

**DETERMINANTEN DES
INANSPRUCHNAHMEVER-
HALTENS PRÄVENTIVER
UND KURATIVER LEISTUN-
GEN IM GESUNDHEITS-
BEREICH DURCH KINDER
UND JUGENDLICHE**

Forschungsstand, Interventionen,
Empfehlungen

BAND 25



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 25

**DETERMINANTEN DES INANSPRUCH-
NAHMEVERHALTENS PRÄVENTIVER UND
KURATIVER LEISTUNGEN IM GESUND-
HEITSBEREICH DURCH KINDER UND
JUGENDLICHE**

Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen

Von Anja Meurer und Prof. Dr. J. Siegrist

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 25
Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und
kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche –
Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen
Köln: BZgA, 2005

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Monika von dem Knesebeck
E-Mail: monika.knesebeck@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 2500
Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-04-2

Band 25 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 625 000

Vorwort

Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien haben eine höhere Erkrankungshäufigkeit und auch eine höhere Sterblichkeit als Kinder und Jugendliche in günstigeren Lebensumständen. Neben Unterschieden in den gesundheitlichen Belastungen und den Bewältigungsmöglichkeiten wird dies auch durch die unterschiedliche Inanspruchnahme von präventiven und kurativen Leistungen im Gesundheitswesen erklärt.

Das vorliegende Fachheft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gibt erstmals einen zusammenfassenden Überblick des Wissensstandes über die Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme dieser Leistungen. Es referiert die Ergebnisse deutsch- und englischsprachiger Studien und beschreibt nationale und internationale Projekte, die entweder direkt die Inanspruchnahme fördern oder durch die Form des Angebots zu einer erhöhten Inanspruchnahme führen. Als wichtigste Hemmschwelle für die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Versorgungsangebote werden die folgenden, mit dem niedrigeren sozialen Status einhergehenden Faktoren genannt:

- empfundene soziale Distanz zum Anbieter medizinischer Leistungen,
- niedrig eingeschätzte Problemlösungsfähigkeiten,
- niedrigerer Informationsstand sowie
- Unterschiede in den Sprachmöglichkeiten.

In diesem Heft werden Projekte vorgestellt, die die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Dienste durch Kinder und Jugendliche verbessert haben, z. B. Aufklärungs- und Beratungsangebote in Schulen, Vorinformationen und Online-Beratung im Internet, ambulante sozialpädiatrische Zentren mit interdisziplinären Teams, muttersprachliche Therapeutinnen und Therapeuten und Jugendzentren.

Auf der Grundlage dieser Expertise hat auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zwei Projekte zur Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen entwickelt, über die Sie sich im Internet unter www.bzga.de und www.ich-geh-zur-u.de sowie www.j1-info.de informieren können.

Ich würde mich freuen, wenn dieses Fachheft allen im Gesundheitswesen mit Kindern, Jugendlichen sowie ihren Eltern Tätigen sowie den zuständigen Verbänden als Hilfsmittel dient, diejenigen zu erreichen, deren Bedarf für Gesundheitsförderung und Prävention am größten ist.

Köln, im August 2005

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

Projekttitlel:	Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">• Darstellung und Differenzierung der Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Leistungen durch Kinder und Jugendliche• Auflistung nationaler und internationaler Projekte bzw. Einrichtungen, die eine Inanspruchnahme fördern oder zu einer erhöhten Inanspruchnahme führen• Erarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Inanspruchnahme
Methode:	Systematische Recherche nach deutsch- und englischsprachiger Literatur in den Datenbanken Medline, Psynindex und Psycinfo. Auswertung relevanter nationaler und internationaler Studien.
Autorin/Autor:	Anja Meurer, M. A., Prof. Dr. J. Siegrist
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln Tel.: +49(0)221/89 92-0; Fax: +49(0)221/89 92-3 00
Projektleitung:	Dr. Monika von dem Knesebeck

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1. EINFLÜSSE AUF DIE INANSPRUCHNAHME PRÄVENTIVER LEISTUNGEN DURCH KINDER	13
1.1 Nationale Forschungsbefunde	14
1.2 Internationale Forschungsbefunde	16
2. EINFLÜSSE AUF DIE INANSPRUCHNAHME KURATIVER LEISTUNGEN DURCH KINDER	21
2.1 Nationale Forschungsbefunde	22
2.2 Internationale Forschungsbefunde	23
3. EINFLÜSSE AUF DIE INANSPRUCHNAHME PRÄVENTIVER LEISTUNGEN DURCH JUGENDLICHE	27
3.1 Nationale Forschungsbefunde	28
3.2 Internationale Forschungsbefunde	30
4. EINFLÜSSE AUF DIE INANSPRUCHNAHME KURATIVER LEISTUNGEN DURCH JUGENDLICHE	33
4.1 Nationale Forschungsbefunde	34
4.2 Internationale Forschungsbefunde	35
5. INTERVENTIONSPROJEKTE, DIE DIE INANSPRUCHNAHME FÖRDERN	39
5.1 Nationale Projekte	40
5.2 Internationale Projekte	45
6. FAZIT UND AUSBLICK	49
7. ANHANG	53
7.1 Literatur	54

Einleitung

Sich verändernde Lebensbedingungen – wie etwa der Strukturwandel der Familie oder der Wegfall natürlicher Spielräume – gehen an Kindern und Jugendlichen nicht spurlos vorüber. Auf soziale und ökonomische Rahmenbedingungen, die sich negativ auf die Entwicklung auswirken, reagiert diese Gruppe mit einer messbaren Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands: Chronische Erkrankungen, psychosomatische Beschwerden und psychische Auffälligkeiten treten zunehmend häufiger auf. Empirische Studien zeigen außerdem, dass Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit hohem sozioökonomischen Status (der Eltern) höhere Morbiditätsraten aufweisen (zum Beispiel Karies, körperliche Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Unfälle etc.). Diese Ergebnisse tragen dazu bei, dass die Gruppe der Kinder und Jugendlichen sowohl bei Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch bei politischen Entscheidungsträgern mehr in den Blickpunkt des Interesses rückt. Ziel vielseitiger Bemühungen auf nationaler und internationaler Ebene ist eine Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit, vor allem bei sozial benachteiligten Heranwachsenden.

Im Bereich der Gesundheitsförderung ist es allerdings keine neue Erkenntnis, dass diese Angebote eher von Mittel- als von Unterschichtangehörigen wahrgenommen werden. Und auch die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, die sich zwar insgesamt einer hohen Akzeptanz erfreuen, werden von ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern oder Alleinerziehenden mit niedrigerem sozialen Status seltener besucht.

Doch welche Gründe liegen einer solchen Entscheidung zugrunde? Was hält eine junge türkische Mutter davon ab, ihr Kind zu einer Vorsorgeuntersuchung zu bringen? Warum gehen Jugendliche, die sich krank fühlen, nicht zu einem Arzt oder einer Ärztin? Die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitswesen hängt von zahlreichen Faktoren ab, wobei in die Erforschung dieser Faktoren gerade auf nationaler Ebene sicherlich noch investiert werden muss und auch investiert wird.

Beim Versuch, die unterschiedlichen Einflussfaktoren zu differenzieren, muss der Blick zum einen auf die Angebotsseite gerichtet werden. Um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen zu erreichen beziehungsweise eine Verschlechterung zu verhindern, sollten sowohl Institutionen, die mit der Prävention betraut sind, als auch kurative Dienstleister im Gesundheitswesen mit den spezifischen Gesundheitsbedürfnissen der Heranwachsenden vertraut sein. Gerade die Gruppe der Jugendlichen, die allgemein als besonders gesund gilt, ist hier vermutlich eher vernachlässigt worden.

Auf der anderen Seite steht die Hilfe suchende beziehungsweise Hilfe ablehnende Person. Was tun, wenn man die Landessprache nicht beherrscht und keinen Arzt bzw. keine Ärztin derselben Nationalität findet? Wie schwer wird der Weg zur Früherkennungsuntersuchung, wenn man Behörden misstraut und die Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes als eigenes Versagen interpretiert? Zahlreiche Barrieren können den Kontakt zu Dienstleistern im Gesundheitswesen erschweren oder gar ganz verhindern. Dabei spielen ökonomische Barrieren, die zum Beispiel in den USA den Zugang deutlich häufiger verwehren, in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle.

Ist der Kontakt zu einer Ärztin bzw. einem Arzt oder einer anderen Person, die mit der präventiven oder kurativen Betreuung betraut sind, erst einmal hergestellt, rückt die Interaktion zwischen Klient und Dienstleister in den Mittelpunkt des Interesses. Hören die Ärztin bzw. der Arzt der Schilderung junger Patientinnen und Patienten aufmerksam zu? Versuchen sie, sich in die Lage der allein erziehenden Mutter mit drei Kindern zu versetzen, und können sie ihre Ratschläge zur Behandlung des Kindes auf ihre Lebenssituation abstimmen? Ist die Mutter wiederum in der Lage, ihre Probleme angemessen zu schildern? Allein die Arzt-Patient-Beziehung bietet zahlreiche Ansatzpunkte, die die Folge-Inanspruchnahme stark beeinflussen. Als übergeordnete Systeme nehmen auch die Gesundheitspolitik (durch die Zuteilung von Mitteln) und die Wissenschaft (durch den aktuellen Stand der Forschung) Einfluss.

Die Datenlage und die Anzahl der Veröffentlichungen in Deutschland zu Themen der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen durch Kinder und Jugendliche ist insgesamt aber eher spärlich. Deutlich mehr Forschungsbefunde finden sich bei Einbeziehung der englischsprachigen Literatur. Hier wird auch zunehmend zu Inanspruchnahmebarrieren von Gruppen mit einem besonderen Bedarf, wie zum Beispiel Straßenkindern oder homosexuellen Jugendlichen, geforscht.

Der hier vorliegende Bericht referiert Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche nach deutsch- und englischsprachiger Literatur in den Datenbanken *Medline*, *Psycindex* und *Psycinfo* (Schlagworte: health care accessibility, health care utilization, well-child care, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen, adolescent health services, child health services, child, adolescent). Es werden hauptsächlich Studien der letzten zehn Jahre erwähnt, aber auch ältere Untersuchungen fließen ein, wenn die Ergebnisse als besonders relevant erscheinen.

Auf die Schilderung der verschiedenen Einflussfaktoren, die die Inanspruchnahme von präventiven und kurativen Leistungen im Gesundheitswesen durch Kinder und Jugendliche beeinflussen, folgt eine Aufstellung nationaler und internationaler Projekte beziehungsweise Einrichtungen, die entweder direkt die Inanspruchnahme fördern oder aber durch die Form des Angebots zu einer erhöhten Inanspruchnahme führen.

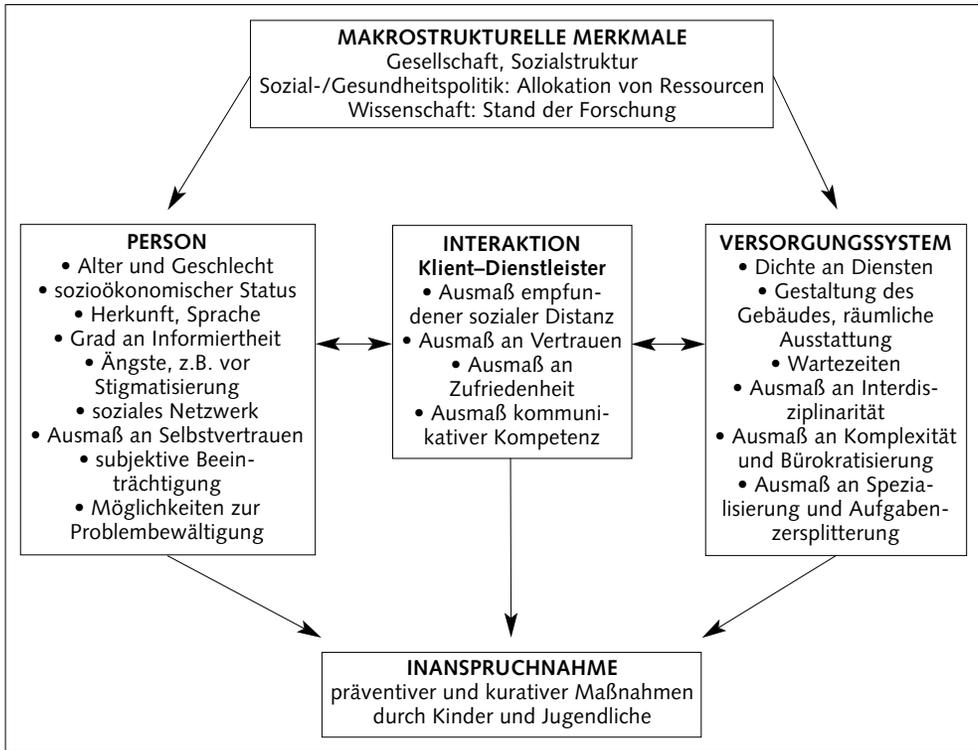
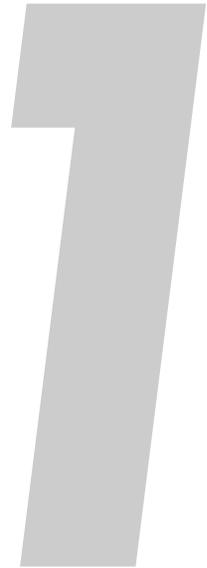


Abb. 1: Determinanten der Inanspruchnahme präventiver und kurativer Leistungen durch Kinder und Jugendliche

**EINFLÜSSE AUF DIE
INANSPRUCHNAHME
PRÄVENTIVER LEISTUNGEN
DURCH KINDER**



1.1

Nationale Forschungsbefunde

Zu den wichtigen präventiven Leistungen, die für Kinder in Deutschland angeboten werden, zählen die Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung (U1–U9). Der Anspruch auf die Teilnahme an diesem Programm ist gesetzlich verankert. Insgesamt werden hohe Raten der Inanspruchnahme beobachtet, auch wenn bestimmte Gruppen (sozial Benachteiligte, ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger) seltener teilnehmen und mit steigender Untersuchungsstufe die Inanspruchnahme leicht sinkt. Das Früherkennungsprogramm ist als sekundärpräventive Maßnahme konzipiert, die in der Regel von niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten durchgeführt wird und die darauf abzielt, ein breites Spektrum von Erkrankungen und Störungen im Frühstadium zu erfassen, wobei der Schwerpunkt auf somatischen Störungen liegt. Mit dem Ansatz der Sekundärprävention ist kein primärpräventiver Ansatz (zum Beispiel Beratungsangebote für Eltern) verknüpft, was Altenhofen (1999) als Kritik am Programm aufführt.

Beratungsbedarf junger Eltern

Dass aber ein Bedarf nach dieser Beratung besteht, zeigt eine Befragung von Bergmann (1998) an 741 werdenden oder jungen Familien in Berlin. Insgesamt 78% der Befragten hielten eine präventive gesundheitsbezogene Beratung für sich und ihr Kind erforderlich. Präventionsangebote sollten nach Meinung der Eltern vor allem von Kinder- und Frauenärztinnen und -ärzten initiiert werden, als Beratungsperson wird die Ärztin bzw. der Arzt oder aber die Hebamme bevorzugt. Die meisten Eltern (86,8%) würden ein Beratungsangebot im Zusammenhang mit der Kindervorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen, wobei hier das persönliche Gespräch anderen Formen der Beratung (Broschüren, telefonische Beratung, Vorträge) deutlich vorgezogen wird. Eltern, die zu bisherigen Erfahrungen mit Beratungsangeboten Auskunft gaben, informierten sich bei Bedarf am häufigsten bei einer Kinderärztin bzw. einem Kinderarzt. Insgesamt 60% waren mit einer diesbezüglichen Beratung zufrieden.

Zur Bewerbung von Früherkennungsuntersuchungen

Ein Versuch, die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen, wurde in den 80er-Jahren unternommen, indem man schriftliche Einladungen an die Eltern schickte. Verres (1987) beurteilt diesen Versuch kritisch. Er weist darauf hin, dass unvorhersehbar ist, welche Emotionen bei den Eltern durch die schriftliche Einladung hervorgerufen werden. Im besten Fall wird dieses Vorgehen als fürsorgliches Entgegenkommen des Staates interpretiert, im schlechtesten Fall als Zeichen von Überwachung.

Gründe für die mangelnde Teilnahme

Gerade Eltern aus unteren sozialen Schichten empfinden eine soziale Distanz zu Institutionen und auch Personen der Medizin, die ja eher aus der Oberschicht stammen beziehungsweise diese repräsentieren. Die tendenziell niedrigere Allgemeinbildung geht

einher mit einem tendenziell niedrigeren Wissensstand über die Beeinflussbarkeit von Gesundheit und Krankheit. Um aber eine Entscheidung zugunsten präventiven Handelns zu treffen, muss der junge Vater beziehungsweise die junge Mutter zunächst übergreifende Zusammenhänge wahrnehmen, müssen spezifische Beziehungen zwischen Verhalten und Erkrankungen erkannt werden. Eine tendenziell eher kurzfristig orientierte Lebensplanung kann eine weitere Barriere hinsichtlich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter darstellen (Siegrist 1995). Das Wissen um gesundheitliche Zusammenhänge ist aber nur ein beeinflussender Faktor.

Wichtig sind auch die Kompetenzen, die notwendig sind, um die „Rolle des Inanspruchnehmers“ zu erfüllen. Wirth (1982) führt aus, dass die insgesamt zur Verfügung stehende Handlungsfähigkeit (kognitive Fähigkeiten, Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Erfahrung) bei Belastungen, die als Voraussetzung für die Inanspruchnahme gelten kann, mit sinkendem sozialen Status abnimmt. Personen mit höherem Bildungsstatus verfügen sowohl über ein größeres gesundheitsrelevantes Faktenwissen als auch über eine höhere Problemsensitivität und ein größeres Vertrauen in die eigenen Handlungskompetenzen.

Zu diesen Handlungskompetenzen zählen auch die kommunikativen Fähigkeiten. Nach Bernstein (1972) unterscheiden sich Personen unterer und mittlerer/oberer sozialer Schichten durch soziokulturelle Sprachcodes. Der elaborierte Sprachcode, der kennzeichnend für die Sprache von Mittelschichtangehörigen ist, zeichnet sich durch komplexere, vollständigere Sätze, Verwendung aller Zeitformen, häufigen Gebrauch von Konjunktiv und Adverbien und die Verbalisierung von Handlungsabsichten aus. Der in der Unterschicht häufiger vorzufindende restringierte Code ist durch kurze, oft verblose Sätze, Dominieren des Präsens, seltene Verwendung des Konjunktivs und unscharfe Trennung von persönlichen und unpersönlichen Pronomina charakterisiert. Verbale Kommunikation ist zudem bei Unterschichtangehörigen stärker affektiv geladen. Flexible Interaktion und differenzierte Verbalisierung von Handlungsintentionen sind erschwert. Gerade der verbalen Kommunikation kommt aber im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer oder psychosozialer Dienste eine zentrale Bedeutung zu. Die Fähigkeit zur differenzierten Beschreibung von Problemen ist eine Bedingung zur erfolgreichen Inanspruchnahme.

Inanspruchnahme bei behinderten Kindern

Dass Faktoren wie Schulbildung und Berufsstatus der Eltern wichtige Voraussetzungen für das Inanspruchnahmeverhalten sind, zeigt eine Studie von Engelbert (1998). Sie befragte 325 Eltern behinderter Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren in NRW und stellte Zusammenhänge zwischen Schulbildung und Berufsstatus der Eltern und der Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen (familienentlastende Dienste oder spezielle Beratungsstellen) fest. Da diese Leistungen aktiv nachgefragt werden müssen, geht Engelbert davon aus, dass die von den Eltern im Beruf erworbenen Kompetenzen wie Problemlösungsfähigkeiten und Eigenverantwortlichkeit entscheidend dazu beitragen, dass sich

Eltern behinderter Kinder im Hilfesystem orientieren können und angemessene Hilfen für das Kind in Anspruch nehmen. Empirisch konnte hier ebenfalls nachgewiesen werden, dass sich soziale Unterstützung positiv auf die Inanspruchnahme auswirkt. So kannten befragte Eltern, die in einer Selbsthilfegruppe aktiv waren, nicht nur mehr Möglichkeiten der Hilfe, sondern nutzten diese auch stärker. Dies kann ebenso ein Hinweis dafür sein, dass durch die Stärkung sozialer Unterstützung die Zugangsbarrieren für Unterschichtangehörige vermindert werden könnten. Studien zu sozialer Unterstützung zeigen, dass es bezüglich Größe und Qualität des sozialen Netzwerks einen sozialen Gradienten gibt. Tendenziell sind soziale Netzwerke von Unterschichtangehörigen kleiner und enger und bieten eher emotionale als instrumentelle Hilfe an.

1.2 Internationale Forschungsbefunde

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist nicht in allen Ländern kostenfrei. So werden beispielsweise in amerikanischen Studien häufiger ökonomische Faktoren als Determinanten der Inanspruchnahme untersucht und Interventionen eingeleitet, die einen kostenfreien Zugang zu präventiven Maßnahmen ermöglichen. Den Zugang zu präventiven Maßnahmen zu fördern ist eines der drei großen Ziele im *Healthy People 2000 Project*, das vom US Department of Health and Human Services ins Leben gerufen wurde.

Bereits 1970 wurde das *Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment-Program* (EPSDT) gestartet. Dieses Programm sichert über Medicaid versicherten Kindern kostenlosen Zugang zu präventiven Leistungen (regelmäßige Check-ups, Impfungen, Gesundheitsberatung für die Eltern) zu. Teilnehmeraten zeigen allerdings, dass nur ein Drittel aller berechtigten Kinder diese Leistungen auch in Anspruch nimmt, obwohl Anstrengungen unternommen wurden, die Eltern über das Programm zu informieren (über E-Mails oder Anrufe) und Hilfen zur Verfügung gestellt wurden, die die Anreise betrafen (zum Beispiel Erstattung von Kosten).

Interviews, die mit Eltern aus sozial schwachen Gebieten durchgeführt wurden, deren Kinder trotz Anspruch nicht am EPSDT-Programm teilnahmen, wiesen auf drei Gruppen von Inanspruchnahmebarrieren hin (Riportella-Muller et al. 1996). Von den 110 befragten Eltern beziehungsweise Alleinerziehenden gaben 55% Probleme an, die mit der Unterbrechung der täglichen familialen Routine zusammenhingen (zum Beispiel jemanden finden, der auf die anderen Kinder aufpasst, vom Arbeitsplatz wegbleiben etc.). 24% hatten Probleme, die mit der Angebotsseite verknüpft waren, wie zum Beispiel Schwierigkeiten, einen passenden Termin zu vereinbaren, aufgrund zu kurzer Öffnungszeiten oder Schwierigkeiten, einen Anbieter zu finden, weil die eigene Hausärztin bzw. der eigene Hausarzt nicht am EPSDT-Programm teilnahm. 32% gaben als Grund für die Nichtteilnahme fehlende oder inadäquate Informationen an. Ein Teil der Befragten (15%) gab

an, gar keine Informationen erhalten zu haben. Immerhin 13% äußerten, die erhaltenen Informationen nicht verstanden zu haben, 2% der Eltern konnten nicht lesen.

Studien wie diese zeigen, dass ein kostenfreier Zugang noch keine hohe Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen garantiert, selbst wenn begleitende Informationskampagnen durchgeführt werden. In ihrer aktuellen Lebenssituation werden die hier befragten Mütter oder Väter mit zahlreichen Problemen konfrontiert, die die Inanspruchnahme erschweren, auch wenn der Wunsch besteht, dass das eigene Kind am EPSDT-Programm teilnimmt. Ähnliche Faktoren konnten auch als Gründe für einen unzureichenden Impfstatus von Kindern identifiziert werden. So nannten die 50 sozial benachteiligten Frauen in einer Studie von Lannon et al. (1995) Schwierigkeiten mit der Terminplanung, lange Wartezeiten, Anfahrtsprobleme, chaotische Verhältnisse zu Hause und Probleme, vom Arbeitsplatz fernzubleiben als Barrieren. Fehlendes Wissen darüber, wann welche Impfung durchgeführt werden muss, trug ebenfalls zu mangelndem Impfschutz der Kinder bei.

Dass sich für Eltern, die in ländlichen Gebieten wohnen, besondere Probleme ergeben, zeigt eine Befragung, die Earle (1998) in Wyoming durchführte. Hier erhielten lediglich 21% der berechtigten Kinder die von der American Academy of Pediatrics empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen. Die befragten Mütter gaben auch hier in erster Linie Schwierigkeiten an, das Kind zum Arzt zu bringen (große Distanzen, keine Zeit, keine Möglichkeit, von der Arbeit fernzubleiben). Auch wurden Informationsdefizite bei den Müttern bezüglich des Nutzens präventiver Angebote und der Aufeinanderfolge der empfohlenen Untersuchungen ausgemacht.

Noch schwieriger stellt sich die präventive und auch kurative Versorgung von Kindern für umherziehende Familien dar. So gibt es etwa in den USA eine Million umherziehender Landarbeiterinnen und Landarbeiter. Die Mütter weisen häufiger Fehlgeburten auf und nehmen seltener präventive Maßnahmen in Anspruch (Littlefield und Stout 1987). Die Kinder dieser Bevölkerungsgruppe haben insgesamt einen schlechteren Gesundheitsstatus. Neben finanziellen Barrieren treffen diese Familien auf geografisch und kulturell bedingte Hindernisse. Durch die Mobilität kann oft keine kontinuierliche Versorgung der Kinder sichergestellt werden. In den ländlichen Gebieten, in denen diese Familien wohnen, gibt es weniger Ärztinnen und Ärzte. Hinzu kommt, dass viele der Landarbeiterinnen und Landarbeiter die englische Sprache nicht beherrschen und auf medizinisches Personal treffen, das weder spanisch spricht noch etwas über die kulturell gefärbten gesundheitsrelevanten Einstellungen dieser Bevölkerungsgruppe weiß (Gwyther und Jenkins 1998). Über unterschiedliche Ansätze wie die Einstellung medizinischer Laienberaterinnen und Laienberater mit Basiskenntnissen in Gesundheitsvorsorge und dem Einsatz mobiler medizinischer Einheiten wird versucht, die gesundheitliche Versorgung dieser Gruppe zu verbessern.

In einer Studie von Grossman et al. (1996) zum Verhalten von Eltern bezüglich des ersten Vorsorgetermins für ihre erstgeborenen Kinder konnte gezeigt werden, dass junge,

weniger gut ausgebildete Mütter es eher versäumten, einen fristgerechten Termin zu vereinbaren, als Mütter mit höheren Abschlüssen. Auch der Berufsstatus der Eltern wurde als Einflussfaktor bereits untersucht. Lutz (1990) konnte aufgrund einer Analyse von Daten der 1982 durchgeführten Befragung *National Access to Medical Care Survey* feststellen, dass Kinder von allein stehenden Müttern oder Vätern, die aktiv am Arbeitsleben teilnahmen, das größte Risiko aufwiesen, nicht an präventiven Maßnahmen teilzunehmen.

Die Wichtigkeit von Bildung und Berufsstatus zeigt sich auch in einer spanischen Studie (Navarro-Rubio et al. 1995). Analysiert wurden Daten von 5622 Kindern im Alter von 1 bis 10 Jahren, die man im Rahmen des spanischen *National Health Survey* erhoben hatte. Insgesamt 65% der Vorschülerinnen und Vorschüler und 31,2% der Schulkinder waren noch bei keiner Vorsorgeuntersuchung (Sehen, Hören, Zähne) vorgestellt worden – im Vergleich zu Deutschland eine ausgesprochen hohe Quote. Mit steigendem Einkommen stieg die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder an diesen Untersuchungen teilnahmen. Als weitere wichtige Einflussgröße erwies sich in dieser Studie der Bildungsstatus der Mutter. Je höher deren Bildungsstatus war, desto höher die Teilnahme. Auch die Größe der Familie spielte eine Rolle. Bei Schulkindern nahm die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit der Familiengröße leicht ab.

Das schwedische *Child Health Promotion Program* ist für Kinder bis zum Eintritt in die Schule konzipiert und zielt neben einer Verringerung von Morbidität, Mortalität und Behinderungen auf die Verminderung schädlicher Einflüsse auf Eltern und Kinder und eine aktive Unterstützung der Eltern ab. Ebenso wie in anderen nordischen Ländern übernehmen Krankenschwestern hier eine wichtige Rolle. Sie verfügen über entsprechende Entscheidungskompetenz und sind für die Mehrzahl der präventiven Maßnahmen verantwortlich. Jansson et al. (1998) untersuchten, wie die Inanspruchnahme des Programms und die Bewertung von formeller und informeller sozialer Unterstützung nach sozioökonomischem Status und nach dem Geburtsort der Mutter variieren. Von den 676 befragten Müttern waren 14% nicht in Schweden geboren, 44% waren das erste Mal Mutter, 77% lebten in Städten und 55% hatten einen niedrigen sozioökonomischen Status. Das Programm wurde von 99,6% (!) der Mütter genutzt. 90% gaben an, dass das Programm wichtig für sie wäre.

Unterschiede zeigten sich für die Inanspruchnahme von Hilfe, sofern bestimmte Probleme vorlagen. In Schweden geborene Mütter nahmen sowohl bei Verhaltensproblemen ihrer Kinder als auch bei präventiven Maßnahmen signifikant häufiger die „Public Health Nurse“ in Anspruch. Dass nicht in Schweden geborene Mütter sich nicht auf diese Weise verhielten, wird auf die mangelnde Kenntnis dieser Mütter bezüglich der umfangreichen Dienste zurückgeführt, die von den Krankenschwestern im Rahmen des Vorsorgeprogramms angeboten wurden. Die ausländischen Mütter gaben allerdings an, dass sie den Empfehlungen der Krankenschwester absolut folgen würden, während die schwedischen Mütter diesen zu einem großen Teil nachkamen. Als weiteres signifikantes Ergeb-

nis zeigt sich, dass Mütter mit hohem sozioökonomischem Status Informationen zur Prävention häufiger aus Büchern/Massenmedien beziehen, während die Mütter aus niedrigen sozialen Schichten hierzu die „Public Health Nurse“ befragen.

Studien, die sich mit kulturellen und psychosozialen Einflüssen auf die Inanspruchnahme präventiver Angebote beschäftigen, sind seltener zu finden. Dass Arztbesuche des Kindes hinausgezögert werden, wenn Eltern die Landessprache nicht beherrschen, zeigt eine Studie von Becerra (1991). Auch in einer amerikanischen Studie von Flores et al. (1998) nannten Eltern, die aus Lateinamerika stammten, Sprachprobleme als größte Barriere hinsichtlich des Zugangs zu Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Dass auch Angst, Scham und landestypische gesundheitsbezogene Einstellungen die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen beeinflussen können, ist das Ergebnis einer Studie, die Coreil et al. (1994) in Form von Gruppeninterviews in Haiti durchführten. Die hier befragten Frauen, die der ländlichen Bevölkerung Haitis angehörten, vermieden es zum Beispiel deshalb, ihre Kinder zu Impfungen zu bringen, weil sie Angst vor den gesundheitlichen Folgen für ihre Kinder hatten. So kursierten zum Beispiel Erzählungen darüber, dass Kinder nach Verabreichung einer Impfdosis gestorben waren. Weiterhin war es ein großes Problem für die Mütter, dass die Kinder häufig unterernährt waren. Die Autorin beschreibt eindrücklich, wie beschämt die Mütter reagierten, wenn die mit den Untersuchungen der Kinder betrauten Ärztinnen und Ärzte oder das Pflegepersonal regelmäßig mitteilten, dass das Kind zu wenig wiegen würde. So berichtet sie ebenfalls, dass die Mütter am Morgen vor den Untersuchungen üppige, stärkehaltige Mahlzeiten verabreichten, um das unzureichende Gewicht zu kaschieren.

Die Mütter nahmen das medizinische Personal, das tagtäglich mit dem Problem der Unterernährung konfrontiert wurde, teilweise als unsensibel wahr und beklagten die fehlende Privatsphäre am Untersuchungsort. Die Enttäuschung der Mütter, die aus den Untersuchungen der Kinder resultierte, führte dann mitunter dazu, dass die Mütter weitere Besuche vermieden. In der bereits beschriebenen Studie von Earle und Burmann (1998) war es für viele Mütter das Gefühl von Bestätigung und Rückversicherung, was sie an den Vorsorgeuntersuchungen besonders schätzten. Wenn das Kind keine Auffälligkeiten aufwies, gingen sie mit dem Gefühl nach Hause, alles richtig gemacht zu haben. Dieses Gefühl blieb den von Coreil befragten Müttern häufig versagt und hatte einen negativen Einfluss auf die Folge-Inanspruchnahme.

Ein weiterer, eher selten erwähnter Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen wurde in einer finnischen Studie entdeckt (Lahti et al. 1999). Hier nannten Eltern, mit denen qualitative Interviews zu möglichen Gründen für die Nichtteilnahme an Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden, ein negatives Image oraler Prävention. Weiterhin betonten sie, wie wichtig die Einfühlsamkeit der Ärztin oder des Arztes für den Ablauf der Untersuchung und damit auch für die Entscheidung für weitere Besuche war.

Fazit

Insgesamt sind die Erkenntnisse bezüglich der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen gerade in Deutschland nicht sehr umfangreich. Auch wenn es als gesichert gelten kann, dass präventive Maßnahmen wie zum Beispiel die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder von Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status seltener besucht werden, fehlen doch Studien, die sich um die Erhebung von Ursachen dieses Verhaltens bemühen. Einschlägige Studien aus den USA zeigen deutlich, dass der Abbau finanzieller Barrieren, die in Deutschland kaum existieren, nicht unbedingt eine höhere Inanspruchnahme garantiert. Unterbrechungen der alltäglichen Routine und Informationsdefizite wurden hier als starke Inanspruchnahmebarrieren identifiziert; diese Faktoren könnten sicher auch bei deutschen Eltern eine Rolle spielen. Dass junge Eltern Vorsorgeuntersuchungen auch als eine Form der Bewertung der eigenen Fürsorge um das Kind empfinden, zeigt die Studie von Coreil. Hier ist zu überlegen, ob die Ergebnisse nicht auch auf Deutschland übertragen werden können. Sozial benachteiligte Kinder weisen häufiger sowohl somatische als auch psychische oder Verhaltensauffälligkeiten auf. Damit erleben diese Eltern wohl auch eher ein negatives Feedback bei Vorsorgeuntersuchungen, obwohl gerade diese Eltern der Rückversicherung bedürften. Dass bei Eltern ein Beratungsbedarf besteht, konnte ja ebenfalls belegt werden. Hier wäre es sicherlich sinnvoll, die Bedürfnisse sozial benachteiligter Eltern detailliert zu erheben, um Maßnahmen besser abstimmen zu können.

**EINFLÜSSE AUF DIE
INANSPRUCHNAHME
KURATIVER LEISTUNGEN
DURCH KINDER**



2.1

Nationale Forschungsbefunde

Studien, die sich mit Faktoren beschäftigen, die die Inanspruchnahme medizinischer Dienste durch Kinder beeinflussen, sind in Deutschland selten und legen ihren Schwerpunkt auf Hilfe bei psychischen Problemen. So zeigen umfangreiche Studien von Remschmidt und Walter (1990), dass in Deutschland nur etwa 20 % der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen durch fachspezifische Institutionen (Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) oder Erziehungsberatungsstellen betreut werden. Als bisher untersuchte Faktoren, die die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen beeinflussen, nennt Höger (1995) kindbezogene (Alter, Geschlecht, Art und Dauer der Störung), familienbezogene (Schichtzugehörigkeit, Lebensbedingungen) und institutionsbezogene Merkmale (Verfügbarkeit von Fachinstitutionen, Stadt-Land-Unterschiede) sowie die Problemwahrnehmung und die Einstellungen von Eltern und Ärzteschaft. Bei insgesamt inkonsistenten Ergebnissen ließen sich lediglich die Dauer und der Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung an sich als wichtige Prädiktoren (zur Vorhersage eines Merkmals herangezogene Variablen) für die Inanspruchnahme herauskristallisieren (Koot u. Verhulst 1992, Esser et al. 1986). Um die Determinanten der Inanspruchnahme besser zu erklären, schlägt Höger ein prozessorientiertes Konzept vor, das das Nachsuchen um professionelle Hilfen als Bewältigungsstrategie begreift, welches nicht statisch, sondern interaktionell abläuft. Innerhalb des Prozesses des Hilfesuchens („help-seeking-pathway“) kommt es zu einer Abfolge von Kontakten, die durch die Bemühungen der Eltern des betroffenen Kindes oder anderer Menschen im Umfeld initiiert werden, wobei diese Abfolge nicht zwangsläufig auch zur tatsächlichen Inanspruchnahme von Fachinstitutionen führen muss. In einer Pilotstudie, in der problemzentrierte Interviews mit 20 Eltern von Grundschulkindern zu Problemdefinition, Einschätzung der Ursachen für Probleme etc. durchgeführt wurden, zeigte sich, dass die eingeschätzten Problembewältigungsmöglichkeiten eine wichtige Rolle spielen. Bei den hier befragten Eltern war eine negative Einschätzung der eigenen Problemlösekompetenz mit der Inanspruchnahme von Hilfe verknüpft. Emotionale Probleme hatten die Eltern dann, wenn sie sich die Ursachen für das Problem des Kindes selbst zuschrieben, wobei die Äußerung von Schuldgefühlen negativ mit Inanspruchnahme verknüpft war.

Eine Studie von Toker und Schepker (1997) widmet sich der Versorgung psychisch auffälliger türkischer Kinder. Toker nennt als Gründe für die unzureichende psychosoziale Versorgung von Familien mit Migrationshintergrund Inanspruchnahmebarrieren auf Seiten der Familie (zum Beispiel fehlendes Wissen über bestehende Angebote) und die monokulturelle Ausrichtung von Institutionen, die der Autor stark kritisiert. 1993 wurde in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Essen ein bilinguales Versorgungsangebot (Einstellung eines deutsch und türkisch sprechenden Psychologen) initiiert, mit dem Ziel, die psychosoziale Versorgung türkischer Kinder und Jugendlicher zu verbessern. Obwohl Befragungsdaten zeigen, dass türkische Familien über dieses An-

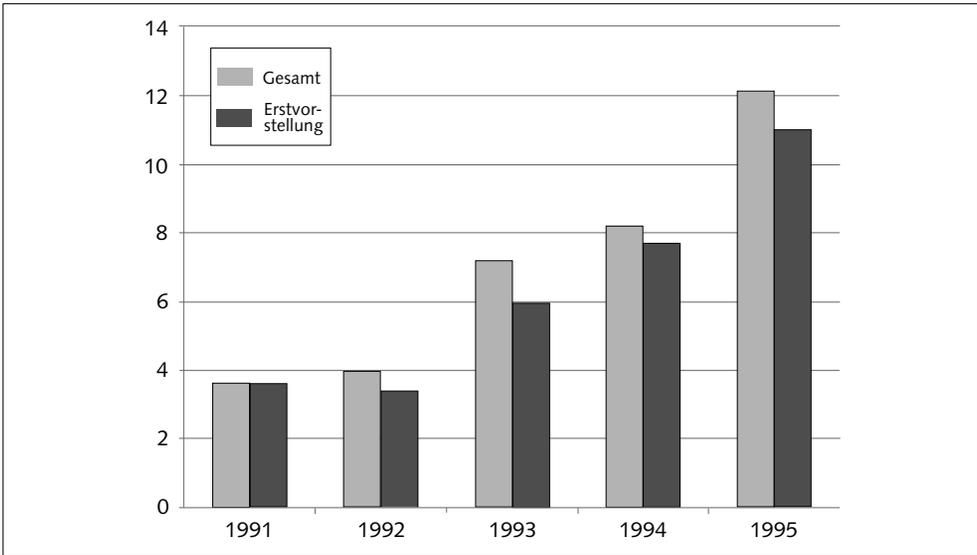


Abb. 2: Entwicklung der Inanspruchnahme der Ambulanz durch türkische Familien (Prozentwert). Quelle: Toker und Schepker 1997

gebot nur unzureichend informiert waren, konnte die Inanspruchnahme deutlich gesteigert werden (siehe auch Kapitel 5: „Interventionsprojekte, die die Inanspruchnahme fördern“). Vorteile dieses Ansatzes sind nach Meinung Tokers die sichere Miteinbeziehung nonverbaler Informationen und die Möglichkeit dieser Psychologinnen und Psychologen sowie Psychiaterinnen und Psychiater, ein Zurückziehen in eine kulturell begründete Abwehrhaltung zu erkennen. Andere deutsche Studien beschäftigen sich mit Zusammenhängen zwischen sozialer Schicht und Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen. Diese Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass sozial benachteiligte Kinder (und auch Jugendliche) an der Inanspruchnahmepopulation von stationären Einrichtungen überrepräsentiert sind (Burow 1999, Esser et al. 1987).

2.2 Internationale Forschungsbefunde

Die wenigen anderen europäischen Studien zu diesem Thema kommen aus Skandinavien und Großbritannien. Halldorson et al. (2002) untersuchten in einer Studie die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Inanspruchnahme von

Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten (persönliche und telefonische Konsultation), Spezialistinnen und Spezialisten sowie stationären Einrichtungen. Die Analyse von Daten von 15.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 17 Jahren aus den fünf nordischen Staaten zeigte hinsichtlich der Inanspruchnahme von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten kaum Unterschiede nach sozioökonomischem Status. Eltern mit niedrigem Status nutzten aber seltener die Möglichkeit, bei Problemen der Kinder telefonisch ärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen, als Eltern mit hohem Status. Kinder von Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status wurden seltener von Spezialistinnen und Spezialisten, aber häufiger stationär im Krankenhaus behandelt. Neben dem Einkommen stellte der Bildungsgrad der Mutter die wichtigste Einflussvariable dar.

Studien aus Großbritannien kommen zu inkonsistenten Ergebnissen. Saxena et al. (1999) analysierten anhand von Daten einer prospektiven Kohortenstudie, wie Arztbesuche, präventive Maßnahmen und Hausbesuche nach sozialer Schichtzugehörigkeit variierten. Erhoben wurden Daten von 106.102 Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren, die in 60 Allgemeinpraxen im Zeitraum von September 1991 bis August 1992 behandelt worden waren. Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status wiesen signifikant mehr Arztbesuche und mehr Hausbesuche auf. Ein umgekehrtes Ergebnis zeigte sich bei der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Zu anderen Ergebnissen kommen Cooper et al. (1998), die eine Sekundäranalyse von Daten von 20.473 Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen des *British General Household Survey* erhoben worden waren, durchführten. Hier konnten keine signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären medizinischen Einrichtungen je nach sozioökonomischem Status festgestellt werden. Diese fanden sich aber bei ethnischen Minderheiten-Gruppen. Im Vergleich zur weißen Bevölkerung wiesen diese Kinder und Jugendlichen signifikant weniger ambulante und stationäre Behandlungen auf.

Vielleicht auch bedingt durch eine völlig andere Organisation des Gesundheitswesens sind Studien zu Inanspruchnahmebarrieren des medizinischen Systems in den USA deutlich häufiger zu finden. Zu den Einflussfaktoren, die in amerikanischen Studien untersucht wurden, zählen: Armut, Herkunft, Sprachkompetenz, Bildung/Berufsstatus der Mutter, Familienstruktur, Wohnort und Anfahrtszeiten (Halfon et al. 1995).

Im Vordergrund standen zunächst Studien, die sich mit finanziellen Barrieren auseinandersetzten. So weisen zum Beispiel Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener einen Versichertenstatus (Guendelmann et al. 2001), weniger Arztbesuche (Kleinmann et al. 1981, Newacheck 2002) und häufiger gesundheitliche Probleme, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht behandelt wurden, auf (Newacheck et al. 2002). Newacheck et al. (1996) untersuchten den Zugang von sozial benachteiligten Kindern zur medizinischen Versorgung anhand von Daten, die im Rahmen des 1987 durchgeführten *National Medical Expenditure Survey* erhoben worden waren. Kinder, die in Armut lebten, Kinder, die Minderheiten angehörten und nicht versicherte Kinder hatten doppelt so häufig wie die Referenzgruppe (weiße, nicht in Armut lebende, versicherte Kinder) keine

kontinuierliche Quelle medizinischer Versorgung, warteten doppelt so häufig 60 Minuten oder mehr bei ihrer Ärztin oder ihrem Arzt und wiesen, nach Kontrolle des Gesundheitsstatus, nur halb so viele Arztbesuche auf. Zunehmend fanden sich dann allerdings auch Hinweise dafür, dass kulturelle Faktoren eine Rolle spielen, für die sich unabhängig vom sozioökonomischen Status ein Einfluss nachweisen ließ.

Im Mittelpunkt der Studien, die sich mit dem Zugang von Minderheitengruppen zur medizinischen Versorgung beschäftigen, stehen meist Kinder südamerikanischer Herkunft (Latinos), die vermutlich bald die größte Minderheitengruppe in den USA sein werden und für die sich eine niedrigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems im Vergleich zu Kindern, die in den USA geboren wurden, nachweisen ließ (Guendelmann 2002). Als Hauptgrund für diese geringere Inanspruchnahme werden Sprachprobleme angegeben. Flores et al. (1998) befragten zum Beispiel die Eltern von 203 Kindern lateinamerikanischer Herkunft zu den von ihnen wahrgenommenen Inanspruchnahmebarrieren. Ein Viertel der Eltern gaben hier Sprachprobleme an, 15% lange Wartezeiten und 13% eine fehlende Versicherung. Die befragten Eltern berichteten, dass Sprachprobleme nicht nur den Zugang zur medizinischen Versorgung erschwerten, sondern sich ebenfalls auf die Behandlung der Kinder negativ auswirkten. Dies zeigt sich auch in einer Studie von Wood et al. (1992). In Armut lebende Familien waren doppelt so häufig mit der medizinischen Versorgung ihrer Kinder unzufrieden als nicht in Armut lebende Familien – und zwar unabhängig vom Versicherten- und Gesundheitsstatus.

In einer Studie von Granados et al. (2001) wurde der Zugang zur medizinischen Versorgung in Abhängigkeit vom Geburtsort der Kinder und der Eltern untersucht. Befragt wurden 376 Haushalte mit Kindern im Alter von 11 bis 12 Jahren, die in drei Gruppen eingeteilt wurden: Gruppe a) Kind in den USA geboren, Eltern in den USA geboren; Gruppe b) Kind in den USA geboren, Eltern in Südamerika geboren; Gruppe c) Kind und Eltern immigriert. Ein mangelnder Zugang zur medizinischen Routineversorgung betrug in Gruppe a) 5%, in Gruppe b) 12% und in Gruppe c) 32%. Auch Weinick (2000) kommt zu dem Schluss, dass Sprachprobleme ein wichtiges Hindernis im Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellen. Eine Analyse von Daten von 6900 Kindern zeigte, dass schwarze und spanische Kinder mit geringerer Wahrscheinlichkeit eine kontinuierliche medizinische Versorgung erhielten als weiße Kinder. Bei Kontrolle der Variablen „Beherrschung der Sprache“ verschwanden die Unterschiede zwischen spanischen und in den USA geborenen Kindern, was Weinick zu der Forderung veranlasst, mehr bilinguale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der medizinischen Versorgung einzustellen.

Eine Studie von Richardson (2001) beschäftigt sich mit den Erwartungen von Eltern hinsichtlich psychologischer/psychiatrischer Versorgung ihrer Kinder. Von den 235 befragten Eltern waren 60% afroamerikanischer Herkunft; sozial benachteiligte Familien waren überrepräsentiert. Es zeigte sich, dass schwarze Eltern allgemein deutlich weniger Vertrauen in die Person der Ärztin oder des Arztes bzw. der Psychologin oder des Psycho-

logen hatten, sowohl was das fachliche Können als auch Respekt und Vertrauenswürdigkeit betraf.

Auf eine Barriere, die auch bei den Determinanten für die präventive Inanspruchnahme bereits auftrat, weist die Studie von Levey et al. (1998) hin. Lange Anfahrtswege erschweren den Zugang zu medizinischen Einrichtungen für Kinder, die in ländlichen Gebieten wohnen, und führen zu Diskontinuitäten, die sowohl die präventive als auch die kurative Versorgung betreffen.

Fazit

Deutsche Studien zu Determinanten der Inanspruchnahme beschränken sich auf die psychologische/psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wie es ebenfalls die amerikanischen Studien zeigen, führen fehlende Sprachkenntnisse zu einer mangelhaften Nutzung einschlägiger medizinischer Angebote. Sicherlich auch interessant ist das Ergebnis der (allerdings nur mit 20 Eltern durchgeführten) Studie von Höger, dass Schuldgefühle der Eltern negativ mit der Inanspruchnahme professioneller psychologischer Hilfe für die Kinder assoziiert waren. Europäische Studien, die die Inanspruchnahme verschiedener medizinischer Dienste in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status untersuchten, zeigen inkonsistente Ergebnisse, während in den USA durchgängig ein niedriger Sozialstatus mit niedrigerer Inanspruchnahme zusammenhängt. Hier hat man auch weitere unabhängige Variablen, wie zum Beispiel die Zufriedenheit mit der Behandlung, untersucht.

**EINFLÜSSE AUF DIE
INANSPRUCHNAHME
PRÄVENTIVER LEISTUNGEN
DURCH JUGENDLICHE**



3.1

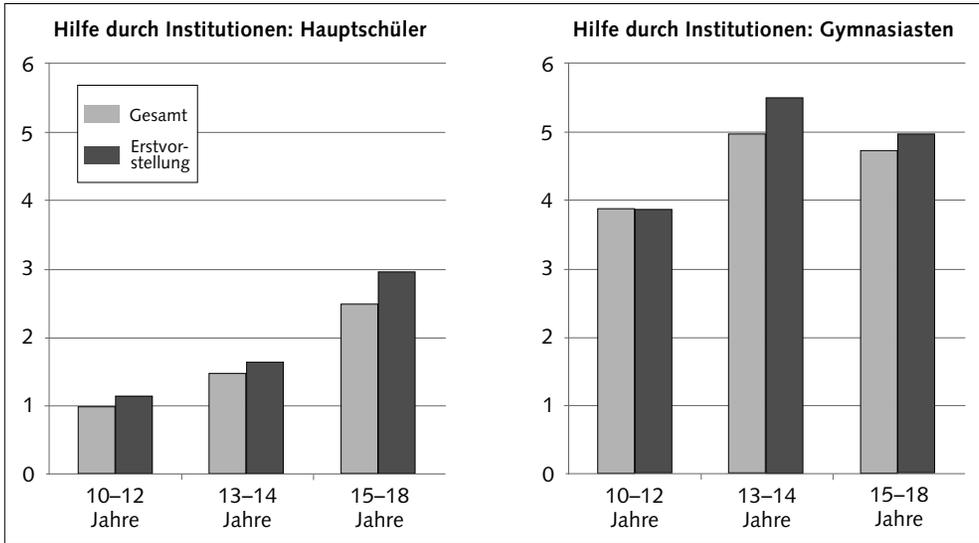
Nationale Forschungsbefunde

Im Zentrum präventiver Maßnahmen für Jugendliche steht weniger die kontinuierliche körperliche Untersuchung als vielmehr das beratende Gespräch und die Vermittlung wichtiger gesundheitsbezogener Informationen. Relevante Themenbereiche betreffen Sexualität, den Konsum von Zigaretten, Alkohol und illegalen Drogen, Essgewohnheiten, Missbrauch, Gewalt und emotionale Probleme, um nur einige zu nennen. Aufgrund tief reichender Veränderungen in der Identitätserfahrung und ihres hohen Konfliktpotenzials muss die Adoleszenz als besonders vulnerable Phase betrachtet werden.

Obwohl zahlreiche Institutionen damit betraut sind, Kindern und Jugendlichen bei Problemen in den oben genannten Bereichen beratend zur Seite zu stehen, gibt es bei dieser Altersgruppe sowohl Informationsdefizite als auch Schwellenängste, die die Inanspruchnahme solcher Angebote behindern. Nach Seiffge-Krenke (1986) ist die Jugendphase gekennzeichnet durch eine Ambivalenz zwischen dem Wunsch und der Hemmung, sich jemandem anzuvertrauen. Die Wichtigkeit der Eltern als Gesprächspartner nimmt ab. Das Bedürfnis, die Intimsphäre zu schützen und Abhängigkeiten zu vermeiden, steht dann häufig dem Bedürfnis nach professioneller Hilfe gegenüber.

Lohaus und Larisch (1994) analysierten anhand von Befragungsdaten von 1225 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren Einflüsse auf die Inanspruchnahme von Einrichtungen, die gesundheitliche Beratungsangebote anbieten. Die Schülerinnen und Schüler mussten dabei nicht nur angeben, an wen beziehungsweise welche Institution sie sich bei welchem Problem (unter anderem Sexualität, Alkoholprobleme, Drogenprobleme, Schulstress, Konzentrationsprobleme) wenden würden, sondern auch die Wirksamkeit der potenziellen Hilfe einschätzen. Von der Mehrheit der befragten Jugendlichen wurde die Hilfe durch Personen der Hilfe durch Institutionen vorgezogen. Eine Ausnahme bildeten hier lediglich Alkohol- und Drogenprobleme, die von den Jugendlichen häufig mit professionellen Beratungsangeboten in Zusammenhang gebracht wurden, was Lohaus auf die Wirkung von Präventionsprogrammen zurückführt. Hinsichtlich der Hilfe durch Institutionen zeigt sich, dass Gymnasiastinnen und Gymnasiasten diese insgesamt eher in Anspruch nehmen würden als Hauptschülerinnen und Hauptschüler, was auch auf eine größere Kenntnis der Angebote zurückgeführt werden kann.

Insgesamt waren die Schülerinnen und Schüler über psychologisch-pädagogische, schulische, medizinische und telefonseelsorgerische Unterstützungsangebote am besten informiert, wobei die Kenntnisse deutlich nach Schultyp variierten. Mehr Informationen über Beratungsangebote wünschten sich 68% der – eh schon am besten informierten – Gymnasiastinnen und Gymnasiasten, 64% der Realschülerinnen und Realschüler und 59% der Hauptschülerinnen und Hauptschüler. Als Gründe für die Inanspruchnahme eines solchen Angebotes gaben die meisten (49%) die Erwartung einer Lösung des Prob-



3

Abb. 3: Nennungshäufigkeit von Institutionen nach Alter und Schultyp (Quelle: Lohaus und Larisch 1994)

lems und die Professionalität der Beratung (18%) an. Schülerinnen und Schüler, die ein solches Angebot ablehnten, gaben den Vorzug einer vertrauten Person (73%) oder hegten Ängste und Befürchtungen hinsichtlich der Beratung (10%). Deswegen ist es nicht nur wichtig, die Kenntnis und Akzeptanz von Beratungseinrichtungen zu erhöhen, sondern den Jugendlichen die Art und Weise nahe zu bringen, wie solche Institutionen arbeiten.

Jugendliche nehmen Beratungsangebote seltener in Anspruch als andere Altersgruppen. Die wichtigsten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in dieser Zeit sind die Peers, die aber, vor allem bei schwerwiegenden Problemen, häufig nicht über ausreichende Kompetenz zur Hilfestellung verfügen. Davon ausgehend, dass auf diese Weise auch sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler über einen kontinuierlichen Zeitraum erreicht werden können, beschäftigte sich Rattay (2002) mit der Einstellung von Schülerinnen und Schülern hinsichtlich psychosozialer und medizinischer Beratung in der Schule. Die Fragestellungen bezogen sich zum einen auf ein grundsätzliches Interesse an einem solchen Angebot und auf die Ausgestaltung. Unterschiede nach Alter, Geschlecht und subjektivem Wohlbefinden wurden ebenfalls erhoben. Befragt wurden 631 Schülerinnen und Schüler eines Berliner Gymnasiums, das Mitglied im Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ist. 40% der Befragten gaben an, in ihrem Leben schon einmal ein Problem gehabt zu haben, über das sie mit niemandem sprechen konnten, wobei Mädchen häufiger über Probleme berichteten als Jungen, Oberstufenschülerinnen

und -schüler häufiger als jüngere Schülerinnen und Schüler. Mehr als die Hälfte der Befragten signalisierte Interesse an einer schulischen Beratung, wobei die Oberstufenschülerinnen und -schüler mit 70 % das größte Interesse bekundeten. Jüngere Schülerinnen und Schüler zogen die Bearbeitung für sie relevanter Themen (Gewalt, Drogen, Liebe und Partnerschaft, AIDS, Sexualität) im Unterricht dem Beratungsangebot vor. Für ältere Befragte war die reine Vermittlung von Wissen eher uninteressant.

In Gruppendiskussionen mit Zehntklässlerinnen und Zehntklässlern zeigte sich, dass Jungen weniger Vorschläge zur Umsetzung eines Beratungsangebotes machten, obwohl sie es grundsätzlich für sinnvoll erachteten. Dies führt der Autor auf ein unterschiedliches Problem- und Hilfeverständnis zurück: Während für Jungen Probleme erst dann beginnen, wenn sie zu einer funktionalen Beeinträchtigung führen, stehen bei Mädchen emotionale und psychische Belastungen im Vordergrund. Dem gesprächsorientierten Hilfeverständnis der Mädchen (wichtig ist jemand, mit dem man Probleme besprechen kann) steht das handlungsorientierte Hilfeverständnis der Jungen gegenüber, das sich an einer möglichst schnellen Wiederherstellung der alten Funktionalität orientiert. Die Schwelle der Wahrnehmung von körperlichen/psychischen Symptomen und auch die Problemwahrnehmung bei Mädchen ist deutlich niedriger als bei Jungen, mit deren männlichem Rollenverständnis eine größere Toleranz gegenüber Unwohlsein und eine Neigung zu ausweichendem Verhalten verbunden ist. Dies bedeutet, dass gesprächsorientierte Beratungsangebote in der Schule eher dem Bedürfnis von Mädchen entsprechen, während Angebote für Jungen handlungsorientierte Elemente beinhalten müssten.

Zu den Vorschlägen, die die Mädchen entwickelten, gehörten zum Beispiel die Durchführung von Einzelberatungen und die Gestaltung von Unterrichtsstunden durch externe Fachkräfte. Der Autor weist allerdings darauf hin, dass das bekundete Interesse an einem Beratungsangebot nicht mit der tatsächlichen Inanspruchnahme gleichgesetzt werden darf. Bei beiden Geschlechtern ließen sich deutliche psychische und soziale Barrieren, wie zum Beispiel Scham und Angst vor Stigmatisierung durch die Mitschülerinnen und Mitschüler, erkennen. Um dem entgegenzuwirken, ist die Verschwiegenheit der beratenden Person gegenüber Eltern, Lehrkräften sowie Mitschülerinnen und Mitschülern sicherzustellen.

3.2 Internationale Forschungsbefunde

Zwei neuere amerikanische Studien beschäftigen sich ebenfalls mit den Beratungspräferenzen von Jugendlichen und mit Aspekten der Interaktion zwischen Jugendlichen und Ärztinnen oder Ärzten beziehungsweise Krankenschwestern oder Krankenpflegern. Klein und Wilson (2002) widmen sich der Frage, welche Themen Jugendliche gern mit ihrem

Arzt bzw. ihrer Ärztin besprechen würden und welche tatsächlich besprochen werden. Von den 6728 befragten Jugendlichen gaben 49% an, mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt über Ernährungsgewohnheiten zu sprechen, 43% diskutierten mit ihnen über das Körpergewicht und 41% über körperliche Bewegung. Dies entsprach allerdings nicht den Wünschen der Jugendlichen, von denen 65% über Drogen, 59% über das Rauchen und 57% über Ernährungsgewohnheiten sprechen wollten. 70% der Jugendlichen äußerten, über gesundheitsbezogene Risikofaktoren zu verfügen (Stress, Alkoholkonsum, Sex ohne Verhütung), aber nur 7% sprachen darüber mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt. Wenn Jugendliche eine Ärztin konsultierten und die Möglichkeit hatten, ein vertrauliches Gespräch unter vier Augen zu führen, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, über gesundheitliche Risikofaktoren zu sprechen.

Auch Ackard und Neumark-Sztainer (2001) kommen zu dem Ergebnis, dass Jugendliche ein großes Bedürfnis besitzen, sich mit medizinischem Fachpersonal zu beraten, dass aber Gespräche über bestimmte von den Jugendlichen bevorzugte Themen nicht zustande kommen. Viele der hier befragten Jugendlichen gaben an, dass es für sie aufgrund von Schamgefühlen schwierig sei, „heikle“ Themen wie körperliche Veränderungen, Verhütung, Essstörungen und Drogenkonsum anzusprechen. Infolgedessen wünschten sie sich Ärztinnen und Ärzte, die diese Themen von sich aus ansprechen und den Jugendlichen das Gespräch über diese Themen erleichtern.

Auch schwule, lesbische und bisexuelle Jugendliche berichten über Probleme, mit Ärztinnen und Ärzten über gesundheitsrelevante Themen zu sprechen. So berichten zwei Drittel der von Allen et al. (1998) befragten Jugendlichen im Alter von 18 bis 23 Jahren, noch nie mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt über ihre sexuelle Orientierung gesprochen zu haben, auch wenn sie diese eigentlich gern tun würden. Weniger als die Hälfte der Befragten war nicht auf die ärztliche Schweigepflicht hingewiesen worden, was einen hemmenden Einfluss ausübte. Denn diejenigen, die ausdrücklich auf diese Vertraulichkeit hingewiesen worden waren, sprachen mit größerer Wahrscheinlichkeit dieses Thema an.

Wissenslücken bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht scheinen bei einem nicht unerheblichen Teil der Jugendlichen zu bestehen. In einer Befragung von Cheng et al. (1993) war sich nur ein Drittel der 1295 Schülerinnen und Schüler der ärztlichen Schweigepflicht bewusst. Dies wiegt umso schwerer, als 58% angaben, gesundheitsbezogene Probleme zu haben, die sie nicht mit den Eltern besprechen wollten. Ein Viertel aller Befragten verzichtete auf Arztbesuche, aus Angst, die Eltern könnten davon erfahren.

Fazit

Sowohl in den deutschen als auch in den amerikanischen Studien wurde bisher vor allem der Beratungsbedarf und das Wissen Jugendlicher hinsichtlich professioneller Beratungsstellen erhoben. Insgesamt lässt sich festhalten, dass trotz reichhaltigen Bedarfs an Beratung diese häufig nicht zustande kommt, wobei Hemmungen auf Seiten der

Jugendlichen und Unsicherheiten bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht einen starken Einfluss auszuüben scheinen. Hier wären sicherlich Studien wünschenswert, die sich mit der Rolle der Beraterinnen und Berater beschäftigen. Denn kommunikatives Geschick von Ärztinnen und Ärzten könnte durchaus einen Einfluss darauf haben, ob der Jugendliche für ihn heikle Themen anspricht. Bedürfnisse hinsichtlich professioneller Beratung variieren stark nach Alter und Geschlecht der Befragten.

**EINFLÜSSE AUF DIE
INANSPRUCHNAHME
KURATIVER LEISTUNGEN
DURCH JUGENDLICHE**



4.1

Nationale Forschungsbefunde

Zu den privat organisierten Diensten des Gesundheitssystems, mit denen Jugendliche bis zu diesem Zeitpunkt in Kontakt gekommen sind, zählen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus den Bereichen Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Augenheilkunde sowie Orthopädie, die sich konkreten Beschwerden der jungen Patientinnen und Patienten widmen. Auf Seiten der staatlich organisierten Versorgung ist der kinder- und jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes zu nennen, mit dem die Heranwachsenden etwa bei Impfungen oder Schuluntersuchungen in Kontakt kommen. Etwa ab dem 13. Lebensjahr entscheiden Jugendliche zunehmend selbst darüber, wann sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Es entwickelt sich bei den Jugendlichen das Bedürfnis, selbst die Verantwortung für den eigenen Körper zu übernehmen, auch wenn dies nicht unbedingt in gesundheitsförderndes Verhalten umgesetzt wird.

Eine Studie von Hoepner-Stamos et al. (1997) zeigt, dass die Wahrnehmung von Krankheitssymptomen bei Jugendlichen nicht unbedingt zu einem Arztbesuch führt. Dies gilt nicht nur für „harmlosere“ Erkrankungen wie Erkältungen, sondern auch für ernsthafte Probleme wie starkes Übergewicht, starkes Untergewicht oder Bulimie. Dabei hatten die subjektive Beeinträchtigung durch die Beschwerden und die Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch den größten Einfluss auf die Entscheidung, eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Ärztliche Hilfe wird also in erster Linie dann in Anspruch genommen, wenn Jugendliche sich durch die auftretenden Symptome stark beeinträchtigt fühlen. Da eine fehlende Versicherung ebenso wie ein unzureichendes Angebot an medizinischen Diensten eine untergeordnete Rolle spielen dürften, wird die niedrige Inanspruchnahme auf problematische Einstellungen der Jugendlichen im Zusammenhang mit Krankheit sowie auf Skepsis und mangelnde Akzeptanz gegenüber den medizinischen Dienstleistern zurückgeführt. Die Jugendlichen werden in der Regel nicht als eigenständige Gruppe mit besonderen gesundheitlichen Problemen und Bedürfnissen wahrgenommen. Sie stellen eine Patientengruppe dar, der sich kein spezielles medizinisches Fachgebiet annimmt. Auch in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden sie kaum berücksichtigt (Gerlach et al. 1995). Der Vorschlag, eine bzw. einen „Fachärztin/Facharzt für Jugendmedizin“ einzuführen, wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert.

Da sich zahlreiche gesundheitliche Probleme von Jugendlichen zumindest teilweise auf deren soziale Lebensumwelt zurückführen lassen, fordert Settertobulte (1995) eine stärkere Kooperation zwischen psychosozialen und medizinischen Angeboten für diese Altersgruppe. Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen unterscheiden sich Jungen und Mädchen in der Inanspruchnahme von Hilfe sowohl bei Vorliegen eines psychosozialen als auch bei einem medizinischen Problem (Palentien 1995). Jungen, die insgesamt über eine geringere psychosoziale Problembelastung berichteten, nahmen vergleichsweise seltener Hilfe in Anspruch als Mädchen. Informelle Hilfe wurde von beiden Ge-

schlechtern bevorzugt. Wird professionelle Hilfe gesucht, wenden sich jüngere Jungen an Lehrkräfte oder Ärztinnen und Ärzte, ältere Jungen an Ärztinnen und Ärzte oder Betreuerinnen und Betreuer im Jugendzentrum oder Sportverein. Für Mädchen stellt die Freundin die Hauptansprechpartnerin dar. Liegt ein medizinisches Problem vor, gehen Mädchen häufiger und auch regelmäßiger zur Ärztin oder zum Arzt. Bei der Bewertung von Arztbesuchen stehen bei Mädchen und Jungen die Arzt-Patient-Interaktion beschreibenden Aspekte (etwa „Ärztin/Arzt hört gut zu“) im Vordergrund. In der hier referierten Befragung waren immerhin 86,4% aller Befragten mit dem letzten Arztbesuch zufrieden.

In einer Studie von Settertobulte (1995) wurden 877 Ärztinnen und Ärzte zu den vermuteten Gründen für die Nichtinanspruchnahme bei problembelasteten Jugendlichen befragt. Jeweils etwa drei Viertel gaben mangelnde Informationen über die Möglichkeiten der Beratung, Unsicherheit bei den Jugendlichen über den Sinn von Beratung, Scham vor dem Bekanntwerden des Problems und mangelndes Problembewusstsein oder mangelnden Leidensdruck als mögliche Inanspruchnahmebarrieren an. Die Befragten sehen sich aber selbst auch nicht unkritisch. Mangelndes Vertrauen in die Person der Ärztin bzw. des Arztes wurde von einem Drittel als Barriere genannt.

Dass die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung mit dem sozioökonomischen Status zusammenhängt, zeigt eine Studie vom Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR. Patientinnen und Patienten mit geringerer Schulbildung waren in allen Bereichen (Wartezeiten, Information, Art der Untersuchung etc.) unzufriedener als diejenigen mit hoher Schulbildung (Mielck 2000). Eine Studie von Hurrelmann et al. (2002) weist auf das unzureichende Versorgungssystem für drogenabhängige oder diesbezüglich gefährdete Jugendliche hin. Beratungsangebote professioneller Stellen nehmen Jugendliche nur in seltenen Fällen freiwillig in Anspruch. Zu den zu überwindenden Zugangsbarrieren zählen die Autorinnen und Autoren Wartezeiten, Anmeldung, Bürokratie, unflexible Öffnungszeiten und mangelnde Sprachkenntnisse. Neben dem Abbau dieser Barrieren wird vor allem die stärkere aktive Beteiligung Jugendlicher in der Gestaltung von Versorgungsangeboten in den Mittelpunkt gerückt. Die Transparenz von Hilfsangeboten sollte durch ansprechend gestaltete Flyer und Broschüren und durch Websites unterstützt werden.

4.2 Internationale Forschungsbefunde

Der Großteil der Studien in diesem Bereich kommt aus den USA. Bevor die umfangreichen Untersuchungen geschildert werden, sollen zuvor noch Ergebnisse von zwei Studien aus England und Australien referiert werden, in deren Mittelpunkt das Wissen Jugendlicher über medizinische Dienste im Mittelpunkt stand.

Die britische Studie, in der 253 Jugendliche im Alter von 14 bis 15 Jahren befragt wurden, konnte ein lückenhaftes Wissen der Schülerinnen und Schüler hinsichtlich so genannten „contraceptive services“ belegen (Oppong-Odiseng und Heycock 1997). Jugendliche aus sozial benachteiligten Gebieten kannten deutlich häufiger den medizinischen Dienst in der Schule, was wohl auf eine geringere Dichte von „General Practitioners“ in diesen Gebieten zurückgeführt werden kann. 85% aller befragten Jugendlichen waren der Ansicht, dass es spezielle Dienste für Jugendliche geben sollte.

Fotheringham (1995) interessierte sich für das Wissen sozial benachteiligter Jugendlicher bezüglich psychologischer/psychiatrischer Hilfe. Auch in Australien geht man davon aus, dass nur ein kleiner Teil der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen professionelle Hilfe erhält. Das Wissen um solche Angebote ist bei Jugendlichen, die ja ihre Kontakte mit dem Hilfesystem in der Regel selbst herstellen, eine notwendige Voraussetzung für die Inanspruchnahme. Die Ergebnisse der von Fotheringham durchgeführten Befragung an 69 sozial benachteiligten Jugendlichen aus Adelaide zeigten, dass diese Gruppe äußerst schlecht über Institutionen informiert ist, bei denen psychologische/psychiatrische Hilfe nachgefragt werden kann. Nur 11% der Befragten konnten überhaupt irgendetwas auf die Frage nach Diensten, an die sich Jugendliche mit psychischen Problemen wenden können, entgegnen. Die Jugendlichen nannten häufig Einrichtungen, die nicht für das geschilderte Problem geeignet waren – wie zum Beispiel eine psychiatrische Klinik für Erwachsene, die zum Zeitpunkt der Befragung häufig in den Medien erschien oder Einrichtungen für Behinderte – und waren sich insgesamt bezüglich der Funktion der Einrichtung sehr unsicher. Damit in Einklang stand die Aussage von einigen psychisch subjektiv belasteten Jugendlichen, noch nie mit jemandem über die eigenen Probleme gesprochen zu haben. Wenn Hilfe in Anspruch genommen wurde, konsultierten die Heranwachsenden Familienmitglieder oder Freundinnen und Freunde. Um diesem mangelnden Wissen zu begegnen, bevorzugten die Jugendlichen Aufklärungskampagnen in der Schule oder aber Informationsweitergabe durch das Fernsehen. Das Fernsehen wird von sozial Benachteiligten vermutlich stark genutzt und wäre von daher eine Zugangsmöglichkeit. Andererseits gibt der Autor zu bedenken, dass psychische Probleme hier häufig bizarr und verzerrt dargestellt werden.

Auch in amerikanischen Studien zeigt sich, dass Jugendliche zwar gut darüber Bescheid wissen, an wen sie sich bei einem körperlichen Problem wenden können, dass dies aber nicht gleichermaßen für psychische Probleme gilt (Klein et al. 1998). Studien zeigen ebenfalls, dass ein nicht unerheblicher Teil der Jugendlichen trotz gesundheitlicher Probleme keine medizinische Versorgung in Anspruch genommen hat. Zimmer-Gembeck et al. (1997) werteten Befragungsdaten von 14.000 Schülerinnen und Schülern aus, die im Rahmen des *Youth Risk Behavior Surveillance Survey* erhoben worden waren. 19% der Jugendlichen berichteten, in bestimmter Hinsicht nicht medizinisch versorgt worden zu sein, obwohl sie dies als notwendig einschätzten. Frauen, Jugendliche, die ethnischen Minderheiten angehörten, auf dem Land lebende und sexuell aktive Jugendliche hatten mit größerer Wahrscheinlichkeit ein gesundheitliches Problem, dem nicht begegnet

wurde. In einer repräsentativen Studie von Klein gaben 27% der 6748 befragten Jugendlichen an, in bestimmter Hinsicht nicht die notwendige Versorgung erhalten zu haben. Hauptgrund für die Nichtinanspruchnahme war, dass die Eltern nichts von dem bestehenden oder befürchteten gesundheitlichen Problem erfahren sollten. Diese Befürchtung war bei den Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Jungen.

Immer wieder belegen amerikanische Studien, wie wichtig die Möglichkeit ist, die Dienste einer Ärztin oder eines Arztes auch beziehungsweise gerade im Jugendalter vertraulich in Anspruch nehmen zu können. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer Studie von Fleming et al. (1994) interessant, die 770 Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer Einstellung zur Einholung der elterlichen Einwilligung für die Behandlung von Jugendlichen befragte. Der Großteil der Befragten, allesamt Mitglieder der American Academy of Pediatrics, holte diese Einwilligung zwar für die medizinische und chirurgische Versorgung ein, nicht aber für Dienste, die in Zusammenhang mit Drogengebrauch oder Sexualität standen. Eine Ausnahme stellte hier lediglich der Wunsch eines Schwangerschaftsabbruchs bei sehr jungen Mädchen (bis 15 Jahre) dar.

In einer weiteren Studie zu diesem Themenbereich wurde der Frage nachgegangen, ob Jugendliche eher gleich- oder eher gegengeschlechtliche Ärztinnen und Ärzte bevorzugen (Kapphahn et al. 1999). Die Hälfte der weiblichen Jugendlichen bevorzugte eine Ärztin, während 48% keine Präferenz angaben. Von den Jungen hatten 65% keine Präferenz, 23% gingen lieber zu einem Arzt. 66% der Jungen gaben an, vertrauliche Dinge mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu besprechen, während dies nur für 57% der Mädchen zutraf. Interessant war hier, dass Mädchen, die von einer Ärztin versorgt wurden, mit größerer Wahrscheinlichkeit über vertrauliche Gespräche berichteten als Mädchen, die zu einem Arzt gingen. Auffällig war auch, dass Jungen, die ethnischen Minderheiten angehörten, Ärztinnen bevorzugten.

Der Zugang zu und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch jugendliche Migrantinnen und Migranten wird in einigen amerikanischen Studien näher beleuchtet. Lieu et al. (1993), die Daten von 7465 Jugendlichen im Alter von 10 bis 17 Jahren auswerteten, konnten zeigen, dass schwarze Jugendliche und Jugendliche lateinamerikanischer Herkunft weniger Arztbesuche als weiße Jugendliche aufweisen, obwohl sie über einen schlechteren Gesundheitsstatus berichteten. Weiterhin waren 11% der weißen Jugendlichen, 16% der schwarzen und über ein Viertel (28%) der Jugendlichen lateinamerikanischer Herkunft nicht versichert. Auffällig ist, dass bei Kontrolle der Variablen „Versichertenstatus“ Unterschiede in der Inanspruchnahme der verschiedenen Gruppen bestehen bleiben.

Dass es nicht nur ökonomische Barrieren sind, die Jugendliche, die Minderheiten angehören, von der Inanspruchnahme medizinischer Dienste abhalten, beschreibt Rew (1998) am Beispiel weiblicher Jugendlicher lateinamerikanischer Herkunft. Im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen haben sie schlechtere Schulabschlüsse und weisen ein

mangelhaftes Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge und den Gebrauch medizinischer Dienste auf. Sprachbarrieren tragen in hohem Maße dazu bei, dass die Mädchen auch bestimmte präventive Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen. Ebenfalls negativ auf die Inanspruchnahme wirkt sich ein ungeklärter Aufenthaltsstatus auf. Um diese zu erhöhen, fordert die Autorin die Einstellung von bilingualem und kulturell kompetentem medizinischem Personal.

Jugendliche, die auf der Straße leben, sind mit zahlreichen gesundheitlichen Gefahren konfrontiert. Gründe, die diese Jugendlichen an einer Inanspruchnahme medizinischer Dienste hindern, sind zum Beispiel Misstrauen gegenüber Erwachsenen und professionellen Institutionen, fehlende Vertrautheit mit medizinischen Diensten, Besorgen der elterlichen Einwilligung, Leugnen, dass man Hilfe benötigt und eine fehlende Versicherung. In einer Befragung von 89 Jugendlichen (Durchschnittsalter 17,5 Jahre) gaben 72 an, bereits unter ernsthafteren gesundheitlichen Problemen wie zum Beispiel Asthma, sexuell übertragbaren Erkrankungen und Erfrierungen gelitten zu haben (Geber 1997). Jede zweite befragte Person hatte trotz dieser Probleme keine medizinische Hilfe aufgesucht. Als Barrieren wurden hier fehlende finanzielle Mittel, lange Wartezeiten und Misstrauen genannt. In einer Longitudinalstudie, die Ensign und Gittelson (1998) in zwei Notunterkünften für Jugendliche in Baltimore durchführten, versuchten die Jugendlichen den Kontakt zu bestimmten Familienangehörigen zu halten, um von diesen Hilfe bei gesundheitlichen Problemen zu erhalten.

Fazit

Insgesamt deuten die geschilderten Ergebnisse darauf hin, dass kurze, an körperlichen Problemen orientierte Arztbesuche im Vordergrund stehen, aber keine umfassende Betreuung der Jugendlichen stattfindet, die auch stärker präventive Aspekte und beratende Tätigkeiten in den Mittelpunkt rückt.

Die deutschen Studien zeigen, dass ein nicht unerheblicher Teil junger Patientinnen und Patienten trotz körperlicher Probleme keine medizinische Hilfe aufsucht. Dass das Wissen um Einrichtungen, die psychologische beziehungsweise psychiatrische Hilfe anbieten, gerade bei sozial Benachteiligten stark verbesserungswürdig ist, wurde durch die Ergebnisse der australischen Studie belegt.

Die Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen durch jugendliche Migrantinnen und Migranten müsste in Deutschland sicherlich stärker erforscht werden. Erste Ansätze zu einer verbesserten Versorgung wurden hier am Universitätsklinikum Hamburg über die Qualifizierung von „Dolmetscherinnen im medizinischen und im sozialen Bereich“ unternommen.

**INTERVENTIONS-
PROJEKTE, DIE
DIE INANSPRUCH-
NAHME FÖRDERN**

5

5.1 Nationale Projekte

Die hier beschriebenen Projekte beruhen auf der zu Beginn der Expertise näher ausgeführten Suchstrategie. Da graue Literatur nicht einfließt, handelt es sich daher nicht um eine repräsentative Darstellung. Im Hinblick auf die Empfehlungen sind aber wohl die wichtigsten Sachverhalte im Rahmen dieser Studien angesprochen.

PSYCHOTHERAPIE VOR ORT – SPIELHAUS HANNOVER-LINDEN

Laufzeit: ca. 1998–2002

Aktivitätenträger: Psychologin

Zielpopulation: Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen in einem sozial benachteiligten Stadtteil

Veröffentlichung: Kögler, M. (2001): Die Benachteiligungsspirale für Kinder aus sozial benachteiligten Familien, Hingeh- statt Kommstruktur. Unsere Jugend 6, S. 268–276.

Im Hannoveraner Stadtteil Linden, einem eher sozial schwachen Gebiet, befindet sich eine sozialpädiatrische Einrichtung, die etwa 90 deutsche und türkische Kinder in zwei Kindergärten und offenen pädagogischen Gruppen betreut. Ein Teil der Kinder ist psychisch auffällig, wurde aber vor Beginn des Projekts nicht psychotherapeutisch versorgt.

Zu den wahrgenommenen Hürden, die die Eltern nicht überwinden konnten, gehören: fehlende Wahrnehmung der Problematik, mangelndes Wissen um therapeutische Hilfe, Gespräch mit der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt, Antrag bei der Krankenkasse, Forderung der Therapeutin bzw. des Therapeuten, die Therapie aktiv zu begleiten, sprachliche Probleme, kulturelle Distanz.

Interventionsschritt 1

Als erster Interventionsversuch wurde eine Sozialpsychologin mit Weiterbildung in analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingestellt, die folgende Aufgaben wahrnahm:

- a) Diagnostik,
- b) Gespräche mit den Eltern auffälliger Kinder,
- c) Vermittlung der Kinder an niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten.

Evaluation

Ergebnisse nach zweijähriger Arbeit der Sozialpsychologin:

- a) Ca. 30 % der Kinder wurden als behandlungsbedürftig eingestuft.
- b) Kein Kind konnte in eine Psychotherapie vermittelt werden.

- c) Die Eltern konnten nicht in nennenswerter Weise zur Mitarbeit motiviert werden, ließen aber erkennen, dass sie Fördermaßnahmen in der Einrichtung zustimmen würden.

Interventionsschritt 2

Weil der Versuch, Kinder an niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten zu vermitteln, scheiterte, wurde von der Psychologin mithilfe eines „mobilen Therapieraum“ Psychotherapie in der Einrichtung angeboten. Problematisch ist hier allerdings die fehlende Einbeziehung der Eltern.

Evaluation

In zwei Jahren wurden insgesamt zehn Kinder im Alter von drei bis 13 Jahren mit einem Umfang von 13 bis 43 Stunden psychotherapeutisch betreut.

Eine wissenschaftliche Begleitung, die die Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie feststellen könnte, wurde nicht durchgeführt, ist aber geplant.

MUTTERSPRACHLICHE THERAPEUTEN IN DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG TÜRKISCHER KINDER UND JUGENDLICHER

Laufzeit: ca. 1993–1995

Aktivitätsträger: Psychologe, bilingual

Zielpopulation: Türkische Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen

Veröffentlichung: Toker, M., Schepker, R. (1997): Inanspruchnahmeverhalten von Migrantenfamilien aus der Türkei und mögliche Versorgungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 29 (3), S. 343–353.

Kinder ausländischer Herkunft befinden sich seltener in einer Beratung, als es den statistischen Erwartungen entsprechen würde. Muttersprachliche Betreuungsangebote wurden in den 90er-Jahren stark zurückgeschraubt. In kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gibt es kaum bilinguale Angebote.

In der Ambulanz der Essener Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters wurde 1993 ein deutsch und türkisch sprechender Psychologe eingestellt. Es handelte sich um eine halbe Stelle, die über den Krankenhausträger finanziert wurde. Dessen Arbeit wurde durch eine seit 1990 sporadisch in der Ambulanz arbeitende Ausländerpädagogin mit türkischer Sprach- und Kulturkompetenz unterstützt. Aufgaben bestanden sowohl in der Beratung und Therapie türkischer Familien als auch in der Gestaltung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen relevanten Institutionen wie zum Beispiel dem Ausländerbeirat, der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung ausländischer Schülerinnen und Schüler, den städtischen Erziehungsberatungsstellen etc.

Evaluation

Eine Analyse von Inanspruchnahmedaten türkischer Familien aus den Jahren 1979 bis 1995 zeigt, dass über das bilinguale Angebot die Nutzung der Ambulanz gesteigert werden konnte. Betrug der Prozentsatz türkischer Patientinnen und Patienten, die die Ambulanz aufsuchten, im Jahre 1989 noch 2,9%, stieg sie auf 12,2% im Jahr 1995.

SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN

Zwar handelt es sich hier nicht um Einrichtungen, über die primär die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Dienste gesteigert werden soll, aber von der Konzeption her erfüllen Sozialpädiatrische Zentren zahlreiche Voraussetzungen, die Folgebarrieren nach einem Erstkontakt minimieren. In Deutschland gibt es insgesamt ca. 100 dieser Zentren (27 in NRW) für die interdisziplinäre ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit den unterschiedlichsten Krankheits- und Störungsbildern. Zunächst in den späten 60er-Jahren für die Betreuung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern geschaffen, umfassen diese Zentren heute auch Angebote für Kinder und Jugendliche mit neurologischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen, psychischen und verhaltensbezogenen Auffälligkeiten. Misshandelte und sexuell missbrauchte Kinder werden hier ebenfalls betreut.

Zu einem sozialpädiatrischen Team, das in der Regel von einer Ärztin oder einem Arzt mit spezieller Qualifikation geleitet wird, gehört Fachpersonal aus den Bereichen Psychologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Sozialpädagogik und Sozialarbeit sowie medizinisch-technisches Assistenzpersonal und Sekretariatskräfte. Über die Koordination ärztlicher, psychologischer, sozialer und pädagogischer Tätigkeit soll eine möglichst umfassende Versorgung der Kinder erreicht werden, wobei der Beratung und Anleitung der Eltern besonderer Raum eingeräumt wird. Die Zentren setzen dabei unterschiedliche Schwerpunkte und variieren nach Größe und Personalausstattung.

Im so genannten Altöttinger Papier hat die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin Qualitätsanforderungen an die Zentren (aus Sicht von Patientinnen und Patient sowie Eltern) formuliert, die sich positiv auf die Inanspruchnahme auswirken können. Dazu zählen:

- angemessen kurze Wartezeiten (bis zum ersten Termin, bis zum Beginn der Therapie)
- feste Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner, Kontinuität der Bezugspersonen,
- Einräumung von ausreichender Zeit,
- verständliche Vermittlung von Diagnose und Therapieinhalten,
- Abläufe, die die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigen,
- höflicher, freundlicher Umgang,
- vertrauensvolles Verhältnis: Empathie, Respekt, Verständnis,
- Ernstnehmen des anderen, aktives Zuhören,
- Verschwiegenheit, Vertraulichkeit.

Auch wenn es sich hier lediglich um die Formulierung optimaler Vorgehensweisen handelt, die im Einzelfall sicher nicht immer voll realisiert werden, sind hier zahlreiche Punkte angesprochen, die sich auf die Inanspruchnahme positiv auswirken dürften. Eltern können diese Einrichtungen mit ihren Kindern allerdings erst nach Überweisung durch die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt aufsuchen.

Weitere Informationen unter:

www.dgspj.de

www.dgspj.de/pdfs/altoettingerpapier.pdf

DUISBURGER INSTITUT FÜR JUGENDHILFE

Das im Jahr 1967 gegründete Institut für Jugendhilfe vereint die zwei Bereiche Jugendgesundheitshilfe und Erziehungsberatung unter einem Dach. Über ca. 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Disziplinen (ärztliche und heilpädagogische Fachkräfte und Arzthelferinnen in der Gesundheitshilfe sowie psychologisches und heilpädagogisches Fachpersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Erziehungsberatung) können Kindern und Jugendlichen zahlreiche Hilfen angeboten werden. In der Jugendgesundheitshilfe werden Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen, sowie Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen betreut. Es werden interne Kooperationen mit der Erziehungsberatung des Instituts und externe Kooperationen mit der Drogenberatung, mit Kliniken, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gepflegt. Auch die Erziehungsberatung erfüllt ihre Aufgaben, Kindern und Eltern bei der Bewältigung von Erziehungs- und Verhaltensproblemen zu helfen – in Kooperationen mit anderen Diensten (Schule, Jugendamt, heilpädagogische Sondereinrichtungen).

Neben einer Hauptstelle existieren drei weitere Nebenstellen, die so über das Stadtgebiet verteilt sind, dass die Anfahrtswege möglichst kurz sind und ein Erreichen mit öffentlichen Verkehrsmitteln (wenn Kinder oder Jugendliche allein kommen) unproblematisch ist. Um Schwellenängste abzubauen, wurde darauf geachtet, dass die Beratungsstellen nicht in Häusern untergebracht wurden, in denen sich auch Behörden befinden.

Sowohl die pädiatrischen Zentren als auch das Institut für Jugendhilfe haben den Vorteil, dass sie eine umfassende Berücksichtigung von Faktoren leisten, die zu Störungen der physischen und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen führen. Erst durch das Einbeziehen somatischer, psychischer, sozialer und ökologischer Ursachen kann eine adäquate, meist interdisziplinäre Anstrengungen erfordernde Beratung und Behandlung durchgeführt werden.

Weitere Informationen unter:

<http://www.duisburg.de/jugendhilfe/start.cfm>



ÄRZTINNEN-INFORMATIONSTUNDE

Aktivitätenträger: Ärztinnen der Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau

Zielpopulation: Schülerinnen ab der 5. Klasse

Veröffentlichung: Klapp, C. (1995): Arztstunde als Ergänzung der schulischen Sexualerziehung – eine Evaluationsstudie. In: Settertobulte, W., Palentien, C., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.

Von der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF), einem Zusammenschluss 42 berufserfahrener Ärztinnen, wurde ein aufsuchendes Angebot für Schulen konzipiert, das die schulische Sexualerziehung ergänzen soll. In der so genannten Ärztinnen-Informationsstunde haben junge Mädchen im Klassenverband die Möglichkeit, mit einer Ärztin neben sexuellen auch allgemeinmedizinische und ethische Probleme zu diskutieren. Das Angebot ist in erster Linie für Mädchen gedacht, wird aber auf Wunsch auch für Jungen durchgeführt. Die Ärztinnen besuchen unterschiedliche Schulformen und Jahrgangsstufen. Inhalte einer solchen Stunde für eine 6. Klasse sind zum Beispiel Pubertät, Körperhygiene, Schwangerschaft, Sexualität, Krankheiten (AIDS), der Besuch bei der Frauenärztin bzw. beim Frauenarzt und (Krebs-)Früherkennungsuntersuchungen. Ziel ist es, die Mädchen zu informieren, zu motivieren und ihre Kompetenzen zu stärken. Eine nicht zu unterschätzende positive Wirkung dieses Angebots dürfte darin bestehen, dass die Schülerinnen zur Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten als Gesundheitsberater bzw. Gesundheitsberaterin ermuntert werden. Die Ärztinnen werden hier nicht als distanzierte Personen in weißen Kitteln erlebt, die körperliche Symptome abfragen und Therapien festlegen, sondern als „Ärztinnen zum Anfassen“, die in verständlicher Sprache gesundheitsrelevante Inhalte vermitteln. Es ist erklärtes Ziel des Angebots, die Schwelle zu niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu senken. Auch auf die Vorsorgeuntersuchung im Jugendalter J1, Impfungen und unterschiedliche Beratungsstellen wird explizit hingewiesen. Dabei werden junge Mädchen durch das Angebot relativ früh erreicht. Laut Angaben der Gesellschaft sind fast 60 % jünger als 14 Jahre.

Evaluation

Eine vom Robert Koch-Institut (Forschungsgruppe Kinder- und Jugendgesundheit) im Jahr 2002 durchgeführte Evaluation wies gerade bei jüngeren Schülerinnen und Schülern einen immensen Wissenszuwachs durch das Angebot nach. Damit im Einklang steht die hohe Akzeptanz der Informationsstunde bei den Schülerinnen. 95% der 881 befragten Sechstklässlerinnen und 88% der Schülerinnen der neunten und zehnten Klassen (1030 Befragte) beurteilten die Gespräche als „gut“ oder „sehr gut“. Inwiefern das Angebot Einfluss auf die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Dienste genommen hat, ist bisher nicht evaluiert worden.

Weitere Informationen unter: <http://www.aeggf.de>

5.2

Internationale Projekte

Australien: CLOCKWORK

Aktivitätenträger: Ärztinnen/Ärzte, Krankenschwestern/Krankenpfleger, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter
Zielpopulation: Jugendliche und junge Erwachsene
Veröffentlichung: Rowe, L. (1997): Making general practice work for young people. Australian Family Physician 26 (12), S. 1403–1405.

Hinter dem Namen Clockwork verbirgt sich eine Einrichtung, die sich speziell um gesundheitliche Bedürfnisse Jugendlicher und junger Erwachsener in Geelong, Australien, kümmert. Laut leitender Ärztin werden hier in erster Linie sozial benachteiligte Jugendliche im Alter von 13 bis 19 Jahren versorgt. Insgesamt arbeiten bei Clockwork neun Ärztinnen und Ärzte, zwei Krankenschwestern, zwei Sozialarbeiter und zwei Psychologen. Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten nicht hauptberuflich bei Clockwork, sondern betreiben ebenfalls eigene Praxen in der Region. Durch ihre Arbeit bei Clockwork erfahren sie allerdings viel über gesundheitsrelevante Bedürfnisse Jugendlicher und lernen ebenfalls, wie sie die eigene Praxis attraktiver für Jugendliche gestalten können. Clockwork ist zusammen mit anderen Jugenddiensten in einem Kunst- und Kulturzentrum untergebracht.

Über viele verschiedene Ansätze wird bei Clockwork versucht, den Jugendlichen die Inanspruchnahme der dort angebotenen Dienste zu erleichtern. Im Vorfeld können sich Jugendliche zum Beispiel über die hervorragend gestaltete Homepage informieren. Es ist erklärtes Ziel von Clockwork, über das Internetangebot die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Jugendliche zu erhöhen. So werden Jugendliche zum Beispiel nicht nur detailliert über ihre Rechte hinsichtlich Vertraulichkeit aufgeklärt, sondern erfahren auch Hilfestellung, wenn es darum geht, einen Termin zu vereinbaren. Über Clockwork werden die Jugendlichen auch an andere Ärztinnen und Ärzte – so genannte „youth friendly general practitioners“ – vermittelt, die besondere Dienste für Jugendliche anbieten. So können Jugendliche beispielsweise Termine für Konsultationen über 15 Minuten vereinbaren, wenn ihre Probleme besonders komplex sind. Eine Inanspruchnahme der Einrichtung ohne Voranmeldung ist bei dringlichen Angelegenheiten ebenfalls möglich. Unsicherheiten bezüglich der Person der Ärztin oder des Arztes werden auch dadurch vermindert, dass ausgeführt wird, was nach Auffassung der Einrichtung eine gute Ärztin bzw. einen guten Arzt ausmacht. Hier wird nicht auf fachliche Qualifikationen eingegangen, sondern auf Aspekte, die wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung sind, wie zum Beispiel Freundlichkeit und Verständnis, Kommunikationsfähigkeiten etc.

Weitere Informationen unter: <http://www.clockhealth.com.au>

Schweden: AMBULANTE JUGENDKLINIK BORLÄNGE

Aktivitätenträger: Ärztinnen/Ärzte, Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter

Zielpopulation: Jugendliche und junge Erwachsene

Veröffentlichung: Holmberg, L. (1995): Wohin können sich Jugendliche wenden, wenn das Angebot medizinischer Dienste nicht adäquat ist? In: Settertobulte, W., Palentien, C., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.

Borlänge in Mittelschweden ist eine industrielle Region mit eher hoher Arbeitslosigkeit. Auf die Probleme Jugendlicher hat man dort bereits 1970 mit der Eröffnung einer ambulanten Jugendklinik reagiert, die die Jugendlichen umfassend bei medizinischen, psychischen oder sozialen Problemen betreut. Zu den häufigsten Gründen für die Konsultation zählen Schwangerschaftsverhütung, Fragen zur Entwicklung und zum äußeren Erscheinungsbild, psychische Probleme sowie Probleme mit der Haut und Sportverletzungen. Zum Personal gehören zwei Krankenschwestern, eine Hebamme, je ein Sozialarbeiter, Psychologe, Gynäkologe und Pädiater. Die Einrichtung, die im Stadtzentrum von Borlänge untergebracht ist, wird jährlich von 2500 bis 3000 Jugendlichen aufgesucht, was ca. zwei Dritteln der weiblichen und einem Zehntel der männlichen Bevölkerung Borlänges entspricht. Terminabsprachen sind auch hier zwar erwünscht, aber nicht zwingend notwendig. Damit Schülerinnen und Schüler auf das Angebot der Einrichtung aufmerksam werden, ist für alle Achtklässlerinnen und Achtklässler der Stadt Borlänge der Besuch der ambulanten Jugendklinik obligatorisch. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik suchen ebenfalls die Schulen auf, um dort Informationsveranstaltungen durchzuführen. Etwa 50% der Jugendlichen, die die Klinik aufsuchen, kommen aus eigenem Antrieb, andere werden von Schulkrankenschwestern geschickt. Arbeitslose Jugendliche sind im Klientel überrepräsentiert.

Einige ausgewählte Grundsätze der Klinik:

- ernsthafter und respektvoller Umgang mit den Jugendlichen,
- Vertraulichkeit,
- Wahrnehmung des jungen Menschen als Teil seines Milieus,
- jugendgemäße Ausstattung.

USA: SCHOOL BASED HEALTH CENTERS/ SCHOOL LINKED HEALTH CENTERS

Aktivitätenträger: Ärztinnen/Ärzte, Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter

Zielpopulation:

SBHC: Schülerinnen/Schüler der jeweiligen Schule

SLHC: Schülerinnen/Schüler umliegender Schulen, Jugendliche ohne festen Wohnsitz etc.

Veröffentlichungen:

Santelli, J., Morreale, M., Wigton, A., Grason, H. (1996): School health centers and primary care for adolescents: a review of the literature. *Journal of Adolescent Health* 18, S. 357–366.

Kisker, E. E., Brown, R. S. (1996): Do school-based health centers improve adolescents' access to health care, health status and risk-taking behavior? *Journal of Adolescent Health* 18, S. 335–343.

Fothergill, K., Ballard, E. (1998): The school-linked health center: a promising model of community-based care for adolescents. *Journal of Adolescent Health* 23, S. 29–38.

In den USA werden seit den 1970er-Jahren verschiedene medizinische Dienste in Schulen angeboten. Unterschieden werden hier die „school based health centers“, deren Räumlichkeiten sich in einer bestimmten Schule befinden, und die „school linked health centers“, die nicht innerhalb des Schulgebäudes angesiedelt sind, aber enge Verbindungen zu den Schulen der Umgebung pflegen. 1990 existierten in den USA 200 solcher Zentren, im Jahre 2000 waren es bereits 1380. Allein in New York gibt es 159 schulische Gesundheitsdienste!

Während von den „school based health centers“ nur die Jugendlichen der betreffenden Schule versorgt werden können, haben bei den „school linked health centers“ auch Jugendliche, die (zurzeit) die Schule nicht besuchen – wie zum Beispiel Jugendliche ohne festen Wohnsitz, schwangere junge Mädchen oder Jugendliche aus Strafanstalten –, die Möglichkeit, die angebotenen Dienste in Anspruch zu nehmen. Diese umfassen die allgemeine medizinische Versorgung (Untersuchungen, Impfungen, medikamentöse Behandlung etc.), Schwangerschaftsverhütung und Sexualmedizin und Beratung, wobei sich die Zentren hinsichtlich Größe und Umfang des Angebots stark unterscheiden.

Da sich die Zentren oft in sozial schwächeren Gebieten befinden, werden die Jugendlichen erreicht, die besonders häufig gesundheitliche Probleme aufweisen. Die Inanspruchnahme wird dadurch erleichtert, dass die Schülerinnen und Schüler keinen Anfahrtsweg haben. Auch eine Versicherung ist nicht notwendig, um die Dienste in Anspruch zu nehmen. Für viele sozial Benachteiligte stellen diese Einrichtungen die einzige Versorgungsquelle dar, während Jugendliche mit höherem sozioökonomischem Status diese Dienste zusätzlich zu anderen nutzen. Für Jugendliche, die ausschließlich diese Dienste nutzen, können aber zum Beispiel die eingeschränkten Öffnungszeiten während der Ferien zum Problem werden.

Für die Mehrzahl der angebotenen Leistungen benötigen die Schülerinnen und Schüler eine schriftliche Einwilligung der Eltern. Davon ausgenommen sind Schwangerschaftstests sowie die Behandlung sexuell übertragbarer Erkrankungen.

Weitere Informationen unter:

<http://www.healthinschools.org/schoolbased.asp>

http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/slhc_mdl.htm

**FAZIT UND
AUSBLICK**



Die vorliegenden wissenschaftlichen Studien zu den Faktoren, die die Inanspruchnahme präventiver und kurativer Dienste durch Kinder und Jugendliche beeinflussen, zeichnen noch kein umfassendes Bild und lassen auch noch einige Fragen offen. Ergebnisse aus internationalen Studien kann man aufgrund der Unterschiede in den Gesundheitssystemen nur eingeschränkt auf die Situation in Deutschland übertragen. Es gibt jedoch einige eindeutig identifizierte Zugangsbarrieren. Hierzu zählen: ein niedriger sozialer Status, der mit Faktoren wie restringiertem Sprachcode, hohem Ausmaß empfundener sozialer Distanz zum Anbieter medizinischer Leistungen, niedrig eingeschätzten Problemlösungskompetenzen und geringerem Informationsstand verknüpft ist und fehlende Sprachkenntnisse, die sowohl die Auswahl des adäquaten medizinischen Anbieters als auch die Behandlung an sich erschweren. Auch wenn es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, wenden Jugendliche sich mit Problemen lieber an Freundinnen und Freunde, da sie sich hier sicher sein können, dass die Informationen vertraulich behandelt werden.

Ein Faktor, der seit Anfang des Jahres 2004 auch in Deutschland eine viel diskutierte Rolle spielt, sind die Behandlungskosten. Zwar fällt für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag beim Besuch von Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten weder für Vorsorge noch Behandlung eine Praxisgebühr an, doch scheinen darüber nicht alle Eltern gleichermaßen gut informiert zu sein. Nach Angaben des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Köln sind die Behandlungszahlen im ersten Vierteljahr 2004 um 6 bis 12% gesunken. Ein Rückgang, der sich nicht mit geringeren Erkrankungsraten erklären lässt. Denn auch die durchgeführten Impfungen sind seit Jahresbeginn zurückgegangen.

Um die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen bei Kindern zu erhöhen, führt der Weg zum einen über die Eltern. Viele der heutigen gesundheitlichen und auch psychosozialen Probleme von Kindern wie Übergewicht, Zahnkaries, Verletzungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Verhaltensstörungen, Sprachstörungen etc. sind grundsätzlich einer Prävention zugänglich. Und dass bei jungen beziehungsweise bei werdenden Eltern ein Beratungsbedarf besteht, dem in Form eines persönlichen Gesprächs mit der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt begegnet werden sollte, kann als gesichert gelten. Allerdings ist es notwendig, dass beim Arztbesuch und bei der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen nicht der Eindruck von Kontrolle des elterlichen Verhaltens erweckt wird. Die Eltern sollten vielmehr den Arztbesuch als Hilfestellung erfahren und die Ärztin bzw. den Arzt als Person wahrnehmen, der ihnen mit Rat und Tat zur Seite steht. Zu überlegen ist auch, ob Krankenschwestern und (Familien-)Hebammen stärker in die Beratung mit einbezogen werden, da hier die soziale Distanz deutlich verringert ist. Auch Jugendliche scheinen Ärztinnen und Ärzte nicht immer als die Personen wahrzunehmen, mit denen man dringliche Probleme, die abseits von Grippe und Rückenschmerzen liegen, besprechen kann. Dabei stellt diese Altersgruppe ein Klientel mit besonderen Bedürfnissen in bestimmten Bereichen (zum Beispiel Sexualität, Experimentieren mit Drogen etc.) dar.

Die Studienergebnisse unterstreichen gleichzeitig auch wieder die Wichtigkeit der auf den Settingansatz gerichteten Gesundheitsförderung. Kindergärten und Schulen als alltägliche Lebensräume von Kindern und Jugendlichen bieten einen geeigneten Rahmen, um präventiv tätig zu werden.

Für die Gruppe der Jugendlichen kann außerdem das Internet ein wichtiges Medium auf dem Weg zu besseren Zugangschancen darstellen, da hier ein hohes Ausmaß an Anonymität zugesichert werden kann. Über das Internet können zum einen Informationen zu einer bestimmten Problematik abgerufen werden, zum anderen können auch Onlineberatungen in Anspruch genommen werden.

Um das Inanspruchnahmeverhalten besser zu verstehen, müssten weitere mögliche Einflussfaktoren genauer untersucht werden. Dazu zählt zum Beispiel das soziale Netzwerk beziehungsweise die erfahrene soziale Unterstützung. In umfangreichen Langzeitstudien wurde hier ein Einfluss sowohl auf die Mortalitätsrate als auch auf den Verlauf von Erkrankungen nachgewiesen. Als weitere psychosoziale Komponente kommt dem Bindungsstatus einer Person große Bedeutung zu. Denn der Bindungsstil (sicher, vermeidend oder ambivalent) beeinflusst in hohem Maße, ob sich eine Person der Hilfe wert fühlt und ob anderen bezüglich einer Hilfeleistung vertraut werden kann. Jugendliche und Erwachsene mit vermeidendem Bindungsmuster, die in ihrer Kindheit erfahren haben, dass sie sich nicht auf die Hilfe ihrer Bezugspersonen verlassen konnten, neigen dazu, sich in übertriebenem Maße auf sich selbst zu verlassen. Dies könnte durchaus auch Implikationen für das Aufsuchen medizinischer Leistungen haben. Nachgewiesen wurde bereits eine schlechtere Compliance bei Patientinnen und Patienten mit vermeidendem Bindungsstil. Dieser Zusammenhang wurde allerdings über die Zufriedenheit mit der Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt moderiert.

Studien, die die Inanspruchnahme als abhängig von der Interaktion zwischen Klient (Elternteil, Kind, Jugendliche/Jugendlicher) und Dienstleister (Ärztin/Arzt, Hebamme, Krankenschwester/Krankenpfleger, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter, Sozialpädagogin/Sozialpädagoge etc.) untersuchen, könnten Aufschluss darüber geben, inwieweit die Kommunikation beim Erstkontakt die weitere Inanspruchnahme der ärztlichen Dienstleistung beeinflusst. Dabei ist eine als hoch empfundene soziale Distanz in der Regel eine ungünstige Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation. Darüber hinaus müsste sich die Gesundheitssystemforschung vermehrt der Frage widmen, welche Rolle die systembedingten Barrieren (lange Anfahrtswege, unzulängliche Bauten, lange Wartezeiten etc.) bei der Ungleichverteilung von Zugangschancen zu präventiven und kurativen Leistungen spielen.

Letztlich ist es wichtig, mehr über die Inanspruchnahme von Gruppen zu erfahren, bei denen man davon ausgehen kann, dass der Zugang zu Leistungen erschwert ist. Dazu zählen nicht nur sozial Benachteiligte, sondern auch Migrantinnen und Migranten, Homosexuelle und Jugendliche mit Drogenproblemen.

ANHANG



7.1

Literatur

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D. (2001): Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health* 29 (3), S. 170–176.
- Allen, L. B., Glick, A. D., Beach, R. K., Naylor, K. E. (1998): Adolescent health care experience of gay, lesbian, and bisexual young adults. *Journal of Adolescent Health* 23, S. 212–220.
- Altenhofen, L. (1999): Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern. Inanspruchnahme und Datenlage. In: BZgA (Hrsg.): *Gesundheit von Kindern, Epidemiologische Grundlagen*. BZgA, Köln.
- Becerra, R. (1991): Knowledge and use of child health services by Chinese-Americans. *Health Social Work* 6, S. 29–38.
- Bergmann, K. E., Bergmann, R. L. (1998): *Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Familie*. RKI-Hefte, Robert Koch-Institut, Berlin.
- Bernstein, B. (1972): *Studien zur sprachlichen Sozialisation*. Schwann Verlag, Düsseldorf.
- Burow, D. (1999): Sozialraumanalyse und Behandlungsprävalenz – eine Untersuchung zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 7 (1), S. 75–94.
- Cheng, T. L., Savageau, J. A., Sattler, A. L., De Witt, T. G. (1993): Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions and attitudes among high school students. *Journal of the American Medical Association* 269 (11), S. 1404–1407.
- Cooper, H., Smaje, C., Arber, S. (1998): Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey. *British Medical Journal* 317 (7165), S. 1047–1051.
- Coreil, J., Augustin, A., Halsey, N. A., Holt, E. (1994): Social and psychological costs of preventive child health services in Haiti. *Social Science and Medicine* 38 (2), S. 231–238.
- Earle, L. P., Burmann, M. E. (1998): Benefits and barriers to well-child care: perceptions of mothers in a rural state. *Public Health Nursing* 15 (3), S. 180–187.
- Engelbert, A. (1998): Wer wird erreicht und wem wird geholfen? In: Mansel, J., Neubauer, G. (Hrsg.): *Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern*, Verlag Leske + Budrich, Opladen.
- Ensign, J., Gittelsohn, J. (1998): Health and access to care: perspectives of homeless youth in Baltimore city, USA. *Social Science and Medicine* 47 (12), S. 2087–2099.
- Esser, G., Lahnert, B., Schmidt, M. H. (1986): Determinanten der Inanspruchnahme kinderpsychiatrisch/-psychologischer Behandlung und ihr Erfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 14, S. 228–244.
- Fleming, G. V., O'Connor, K. G., Sanders, J. M. (1994): Pediatricians' views of access to health services for adolescents. *Journal of Adolescent Health* 15 (6), S. 473–478.
- Flores, G., Abreu, M., Olivar, M. A., Kastner, B. (1998): Access barriers to health care for Latino children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152, S. 227–233.
- Fotheringham, M. J. (1995): Do adolescents know where to find help for mental health problems? A brief report. *Journal of Pediatrics and Child Health* 31 (1), S. 41–43.
- Geber, G. M. (1997): Barriers to health care for street youth. *Journal of Adolescent Health* 21, S. 287–290.
- Gerlach, M. G., Beyer, M., Fischer, G. C. (1995): Gesundheitsprobleme Jugendlicher in der allgemeinärztlichen Praxis. In: Settertobulte, W., Palentien, C., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Granados, G., Puvvula, J., Berman, N., Dowling, P. T. (2001): Health care for Latino children: Impact of child and parental birthplace on insurance status and access to health services. *American Journal of Public Health* 91 (11), S. 1806–1807.

- Grossman, L. K., Humbert, A. J., Powell, M. (1996): Continuity of care between obstetrical and pediatric care: Indicators of non-attendance at the first well-child appointment. *Clinical Pediatrics* 35 (11), S. 563–569.
- Guendelmann, S., Pearl, M. (2001): Access to care for children of the working poor. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 155, S. 651–658.
- Guendelmann, S., Schauffler, H., Samuels, S. (2002): Differential access and utilization of health services by immigrant and native-born children in working poor families in California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 13 (1), S. 12–23.
- Gwyther, M., Jenkins, M. (1998): Migrant farmworker children: health status, barriers to care, and nursing interventions in health care delivery. *Journal of Pediatric Health Care* 12, S. 60–66.
- Halfon, N., Inkelas, M., Wodd, D. (1995): Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Annual Review of Public Health* 16, S. 447–472.
- Halldorson, M., Kunst, A. E., Köhler, L., Mackenbach, J. P. (2002): Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, S. 200–204.
- Höger, C. (1995): Wer geht in Behandlung? Einflussgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44, S. 3–8.
- Hoepner-Stamos, F., Palentien, C., Settertobulte, W., Hurrelmann, K. (1997): Der Zugang Jugendlicher zum ambulanten medizinischen Versorgungssystem und Möglichkeiten zu seiner Verbesserung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 5 (1), S. 42–55.
- Hurrelmann, K., Broekmann, A., Farke, W. (2002): Sekundärprävention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen. Bielefeld: Projektbericht Forschungsverbund Public Health.
- Jansson, A., Isacson, A., Nyberg, P. (1998): Help-seeking patterns among parents with a newborn child. *Public Health Nursing* 15 (5), S. 319–328.
- Kaphahn, C. J., Wilson, K. M., Klein, J. D. (1999): Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *Journal of Adolescent Health* 25, S. 131–142.
- Klein, J. D., McNulty, M., Flatau, C. N. (1998): Adolescents' access to care Teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 152, S. 676–682.
- Klein, J. D., Wilson, K. M. (2002): Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. *Journal of adolescent health* 30 (3), S. 190–195.
- Kleinmann, J. C., Gold, M., Makuc, D. (1981): Use of ambulatory care by the poor: another look at equity. *Medical Care* 19, S. 1011–1021.
- Koot, H. M., Verhulst, F. C. (1992): Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33, S. 717–729.
- Lahti, S. M., Hausen, H. W., Vaskilampi, T. (1999): The perceptions of users about barriers to the use of free systematic oral care among Finnish pre-school children – a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica* 57 (3), S. 139–143.
- Lannon, C., Brack, V., Stuart, J., Caplow, M., McNeill, A., Bordley, C., Margolis, P. (1995): What mothers say about why poor children fall behind on immunizations: a summary of focus groups in North Carolina. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 149, S. 1070–1075.
- Levey, L. M., Curry, J. P., Levey, S. (1988): Rural-urban differences in access to Iowa child health services. *The Journal of Rural Health* 4 (2), S. 59–72.
- Lieu, T. A., Newacheck, P. W., McManus, M. A. (1993): Race, ethnicity, and access to ambulatory care among US-adolescents. *American Journal of Public Health* (83) 7, S. 960–965.
- Littlefield, C., Stout, C. (1987): Access to healthcare: A survey of Colorado's migrant farmworkers. Denver: CO: Colorado Migrant Health Program.
- Lohaus, A., Larisch, H. (1994): Zum Kenntnisstand von Jugendlichen über gesundheitliche Beratungsangebote. Eine Bestandsaufnahme und ein Interventionsansatz. *Zeitschrift für Pädagogik* 40 (6), S. 891–906.

- Lutz, M. E. (1990): The effects of family structure and regular places of care on preventive health care for children. *Health Values* 14 (1), S. 38–45.
- Mielck, A. (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Navarro-Rubio, M., Jovell, A. J., Schor, E. L. (1995): Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain. *American Journal of Preventive Medicine*, 11(4), S. 262–265.
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Stoddard, J. S. (1996): Children's access to primary care: differences by race, income and insurance status. *Pediatrics* 97 (1), S. 26–32.
- Newacheck, P. W., Hung, Y. Y., Hochstein, M., Halfon, N. (2002): Access to health care for disadvantaged young children. *Journal of Early Intervention* 25 (1), S. 1–11.
- Oppong-Odiseng, A. C. K., Heycock, E. G. (1997): Adolescent health services – through their eyes. *Archives of Disease in Childhood* 77, S. 115–119.
- Palentien, C. (1995): Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Versorgungseinrichtungen von Kindern und Jugendlichen. In: Settertobulte, W., Palentien, C., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Rattay, P. (2002): Psychosoziale und medizinische Beratung in der Schule. Bedarf, Interesse und Gestaltungsmöglichkeiten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 45, S. 430–437.
- Remerschmidt, H., Walter, R. (1990): *Psychologische Auffälligkeiten bei Schulkindern*. Verlag Hogrefe, Göttingen.
- Rew, L. (1998): Access to health care for Latina adolescents. *Journal of Adolescent Health* 23, S. 194–204.
- Richardson, L. A. (2001): Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Archives of Psychiatric Nursing* 15 (5), S. 223–231.
- Riportella-Muller, R., Selby-Harrington, M. L., Richardson, L. A., Donat, P. L. N., Luchok, K. J., Quade, D. (1996): Barriers to the use of preventive health care services for children. *Public Health Reports* 111 (1), S. 71–77.
- Saxena, S., Majeed, A., Jones, M. (1999): Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: prospective cohort study. *British Medical Journal* 318 (7184), S. 642–646.
- Seiffge-Krenke, I. (1986): *Psychoanalytische Therapie Jugendlicher*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Settertobulte, W. (1995): Altersadäquate Versorgung für Kinder und Jugendliche. In: Settertobulte, W., Palentien, C., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Settertobulte, W., Palentien, Ch., Hurrelmann, K. (1995): Gesundheitsbedürfnisse, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Kindes- und Jugendalter. In: Settertobulte, W., Palentien, C., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Settertobulte, W., Palentien, Ch., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1995): *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Ein Praxishandbuch. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*. Verlag Urban und Schwarzenberg, München.
- Toker, M., Schepker, R. (1997): Inanspruchnahmeverhalten von Migrantenfamilien aus der Türkei und mögliche Versorgungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 29 (3), S. 343–353.
- Verres, R. (1987): Psychologische Voraussetzungen präventiven Verhaltens. In: H. Schaefer, H. Schipperges u. G. Wagner (Hrsg.) *Präventive Medizin*. Springer Verlag, Berlin, S. 65–74.
- Weinick, R. M., Krauss, N. A. (2000): Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health* 90 (11), S. 1771–1774.
- Wirth, W. (1982): *Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren*. Campus Verlag, New York.
- Wood, D. L., Corey, C., Freeman, H. E., Shapiro, M. (1992): Are poor families satisfied with the medical care their children receive? *Pediatrics* 90, S. 60–70.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Alexander, T., Nystrom, R. J. (1997): Adolescents report their need for and use of health care services. *Journal of Adolescent Health* 21, S. 388–399.

Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*
Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 600 000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen.*
Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 602 000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen.* Eine Expertentagung der BZgA.
Bestellnr.: 60 603 000
- Band 4: *Prävention durch Angst? – Stand der Furchtappellforschung.*
Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 604 000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien.*
Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef.
Bestellnr.: 60 605 000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert.* Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 606 000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele.*
Bestellnr.: 60 607 000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*
Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission.
Bestellnr.: 60 608 000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich.*
Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn.
Bestellnr.: 60 609 000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung.*
Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt.
Bestellnr.: 60 610 000
- Band 11: *Schutz oder Risiko? – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern.* Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 611 000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft.*
Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000.
Bestellnr.: 60 612 000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze*
Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 613 000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive.* Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 614 000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen.*
Bestellnr.: 60 615 000

- Band 16: „*Früh übt sich ...*“ *Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef.
Bestellnr.: 60 616 000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee.
Bestellnr.: 60 617 000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema.
Bestellnr.: 60 618 000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand.
Bestellnr.: 60 619 000
- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 620 000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA.
Bestellnr.: 60 621 000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberger u. a.
Bestellnr.: 60 622 000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke.
Bestellnr.: 60 623 000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption.
Von Bettina Schmidt.
Bestellnr.: 60 624 000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt.
Bestellnr.: 60 626 000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis „Fachpublikationen“.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.