

Aufbau eines flächendeckenden Netzes früher Hilfen im Gesundheitswesen

Wilfried Kratzsch | Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft, Düsseldorf

Einleitung

Die Themen „Kinderschutz“ und „Frühe Hilfen“ sind seit 2006 unter dem Eindruck medienwirksamer Berichterstattung über Fälle gravierender Kindesmisshandlung, wie z. B. „Jessica“, „Kevin“, und „Lea-Sophie“, hochaktuell. Seit dieser Zeit ist es zu einer stetigen Zunahme von Kinderschutzmeldungen, Inobhutnahmen [5] und Sorgerechtsentzügen gekommen.

Auch hat eine Flut von Initiativen und Maßnahmen zur Verbesserung des Kinderschutzes eingesetzt. Mittlerweile gibt es zur frühen Erkennung von Kindeswohlgefährdungen in Familien und zum Einsatz früher Hilfen weit mehr als 200 Initiativen in Deutschland, jedes Jahr kommen zahlreiche neue Projekte dazu. In NRW existieren allein über 65 Initiativen, die von dem Institut für Soziale Arbeit unter „Soziale Frühwarnsysteme“ (www.soziale-fruehwarnsysteme.de) zusammengestellt wurden. Darunter befinden sich 2 Modelle, die bundesweite Bedeutung erlangt haben: das „Dormagener Modell“ und „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“. Kennzeichnend für die Projekte in Deutschland ist, dass die Initiatoren über unterschiedliche Erfahrungen verfügen, oft wenig voneinander wissen und häufiger nebeneinander als miteinander arbeiten. Trotz vorhandener Angebote im Gesundheitswesen und in der Jugendhilfe sind diese häufig gekennzeichnet durch unbefriedigende Kooperation, mangelnde Absprachen und eine oft fehlende gegenseitige Wertschätzung. Frauenärzte sind nur selten einbezogen, ei-

ne Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten kommt nicht immer zustande. Die meisten der in der BRD initiierten Projekte sind zeitlich begrenzt tätig, der Übergang in eine Regelversorgung fehlt.

Unter „Soziale Frühwarnsysteme“ (www.soziale-fruehwarnsysteme.de) wurden von dem Institut für Soziale Arbeit über 65 Initiativen allein in NRW zusammengestellt.

Ziel des Multicenterprojektes „KinderZUKUNFT NRW“

Das Multicenterprojekt „KinderZUKUNFT NRW“ geht im Gegensatz zum überwiegenden Trend in Deutschland [4] vom Gesundheitswesen aus und wird an 4 Standorten NRW's in Geburtshilfekliniken im ersten Halbjahr 2010 starten. 2 mittelgroßen Städten (Mönchengladbach und Solingen) stehen eine Kleinstadt (Hilden) und ein Landkreis (Rhein-Erft-Kreis) gegenüber. Das Projektziel ist, Kindeswohlgefährdungen in Familien bereits in der Geburtshilfe zu erkennen, wenn es den Kindern noch gut geht, ihnen wirksam vorzubeugen und die Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern nachhaltig zu verbessern. Die Projektteilnehmer werden jeweils nach gleichem Standard unter Nutzung örtlicher Ressourcen und vorhandener Netzwerke vorgehen. Eine Einbindung der Jugendhilfe wird frühestmöglich erfolgen, wenn dies zur Unterstützung der Familie notwendig erscheint.

Vorbedingung für den Start war, dass alle einbezogenen regionalen und überregionalen Partner für die Beteiligung an dem Multicenterprojekt ihr schriftliches Einverständnis gaben. Das sind als Partner vor Ort Geburtshilfe- bzw. Kinderkliniken, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärzte, Frauenärzte und Hebammen sowie die Vertreter der Jugendhilfe. Überregional haben die jeweiligen Vorsitzenden der Berufsverbände der im Projekt vertretenen Professionen, die Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren in NRW, der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und eine Rechtsmedizinerin ebenfalls ihre Zustimmung gegeben. Nach einer 2-jährigen Pilotphase soll das dann weiterentwickelte Modell zum Aufbau eines flächendeckenden Netzes früher Hilfen in NRW genutzt, auf weitere Kliniken transferiert und schrittweise in eine Regelversorgung überführt werden.

Projektziel: Kindeswohlgefährdungen in Familien bereits in der Geburtshilfe zu erkennen, wenn es den Kindern noch gut geht, ihnen wirksam vorzubeugen und die Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern nachhaltig zu verbessern.

Bei dem Multicenterprojekt wird auf mehrjährige Praxiserfahrungen zurückgegriffen, die bei einem Präventionsmodell an einem Klinikum (Düsseldorf-Gerresheim, 1987–1990) gemacht und im Rah-

men des Projektes „Zukunft für Kinder in Düsseldorf“ (2005–2006) [1] weiterentwickelt wurden. Es berücksichtigt darüber hinaus Erfahrungen und Fortschritte aus Präventionsprojekten an 2 weiteren Standorten in der Bundesrepublik, dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in Hamburg („Babytse See You“) und dem St. Marienkrankenhaus in Ludwigshafen („Guter Start ins Kinderleben“) [3].

Das Multicenterprojekt „KinderZUKUNFT NRW“ wird vom Institut zur Modernisierung von Wirtschafts- und Beschäftigungsstrukturen in Kooperation mit der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft (www.forum-kinderzukunft.de) geleitet. Zur Finanzierung des Projektes wurde ein Antrag beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW gestellt. Die Mitfinanzierung der Pilotphase durch die Krankenkassen wird angestrebt.

Das Vorhaben verfolgt folgende Teilziele:

1. Entwicklung eines Risikoinventars. Dabei soll von einem Gremium namhafter, bundesweit zusammengestellter Experten (www.risikoinventar-praevention.de) ein einheitlicher Screeningbogen mit Handlungsempfehlungen zur Erkennung von Hochrisikofamilien in der Geburtshilfe entwickelt werden. Dieser

Bogen soll an mehreren Kliniken in der Bundesrepublik validiert und kann dann als standardisierter Screeningbogen an weiteren Geburtshilfekliniken eingesetzt werden. Mit diesem Teilprojekt ist im Januar 2010 begonnen worden.

2. Aufbau eines flächendeckenden Netzes früher Hilfen in NRW.
3. Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse.

Projektdurchführung im Rahmen der Regelversorgung in der Geburtshilfe

Einen systematischen Zugang zu Familien über das Gesundheitssystem gibt es derzeit in Deutschland nur punktuell, auch werden die Risiken für eine gesunde Entwicklung der Kinder wenig befriedigend erfasst. Das Multicenterprojekt wird im Rahmen der Regelversorgung in der Geburtshilfe durchgeführt. Im Gegensatz zur Jugendhilfe greift es auf vorhandene Instrumentarien, wie Mutterpass und gelbes Vorsorgeheft, mit den dort aufgeführten psychosozialen Risikofaktoren zurück. Allerdings reichen die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft noch nicht aus, um die Risiken für eine gesunde Entwicklung eines Kindes ausreichend beurteilen zu können. Dieses soll im Rahmen des Projektes weiterentwickelt und ergänzt werden. Es nutzt

die Infrastruktur der Geburtsklinik, in der sämtliche medizinische Professionen rund um die Uhr einschließlich der Wochenenden tätig sind. Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinderkrankenschwestern und Hebammen arbeiten hier interdisziplinär eng zusammen. Diese Fachdisziplinen haben den primären, vertrauensvollen Zugang zu den entbindenden Müttern. In der Klinik werden nahezu alle Geburten eines Jahrganges erfasst. Somit ist dort der Zugang zu nahezu allen Müttern aus Familien mit besonderen psychosozialen Belastungen möglich.

Nach Untersuchungen von Kempe in Denver/USA [2] lassen sich in 70–80 % der Fälle Kindeswohlgefährdungen bereits im Zeitraum um die Geburt vorhersagen. Nach übereinstimmenden Erhebungen in Düsseldorf („Zukunft für Kinder in Düsseldorf“), Hamburg („Babytse See You“) und Ludwigshafen („Guter Start ins Kinderleben“) weisen 7–8 % der Kinder bei der Geburt psychosoziale Risikofaktoren auf. Die Mütter aus Familien mit besonderen psychosozialen Belastungen werden über ein Risikoscreening im Kreißsaal und auf der Wöchnerinnenstation der Geburtshilfe erkannt.

Dies erfolgt in 3 Schritten (Abb. 1):

Schritt 1 Kurzscreening

In einem Kurzscreening werden leicht erfassbare Risikodaten erfragt und dokumentiert. Psychosoziale Risikofaktoren können aus dem Mutterpass entnommen werden, wenn z. B. psychosoziale Belastungen während der Schwangerschaft (Ziffer 6, 7, 30, 31, 32) angegeben oder erkannt wurden. Ein weiteres erhöhtes Risiko besteht, wenn eine Schwangere nur unvollständig an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hat. Das Kurzscreening wird im Rahmen des Klinikalltags durch Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte, Hebammen oder Kinderkrankenschwestern durchgeführt, die mit den Müttern Kontakt haben.

Schritt 2 Beobachtung der Mutter auf der Station

Hier werden Hinweise auf eine auffällige Mutter-Kind-Interaktion wahrgenommen, z. B. wenn eine Mutter an Pflege und

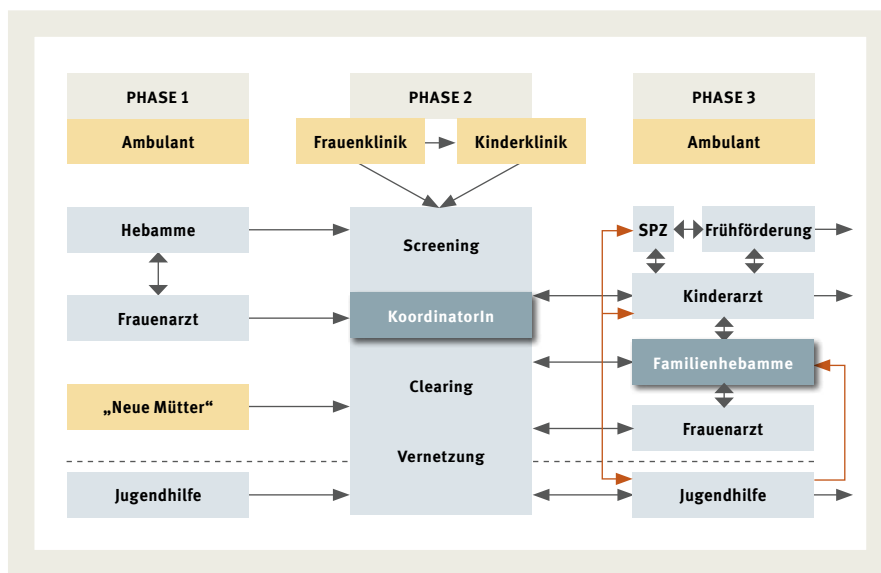


Abb. 1: „Stationen“ für Kinder mit Hochrisikofaktoren

Kontakt zu ihrem Kind desinteressiert erscheint, antriebsarm und depressiv wirkt, negative Bemerkungen über ihr Kind äußert und es auffallend häufig an Schwestern abgibt. Auch ein randalierender Vater auf der Wöchnerinnenstation kann einen Hinweis auf erhöhte psychosoziale Belastung in der Familie bieten.

Schritt 3 Kontaktaufnahme der Koordinatorin zur Mutter

Eine Schlüsselrolle bei der Erkennung von Müttern mit besonderen psychosozialen Belastungen nimmt die Koordinatorin ein. Sie sollte über eine entsprechende Qualifikation wie Hebamme, Kinderkrankenschwester oder Sozialpädagogin verfügen, ihr sollten Abläufe in der Geburtshilfe bekannt und der Klinikalltag vertraut sein.

Um die bisher erfassten Risikofaktoren und Beobachtungen bei einer Mutter bewerten zu können, führt die Koordinatorin ein vertiefendes Gespräch mit ihr. Dieses kann nicht im Rahmen eines oft hektischen Klinikalltags erfolgen. Beim Gespräch mit der Mutter werden z. B. die Befindlichkeit während der Schwangerschaft (z. B. unerwünschte Schwangerschaft, Familienkonflikte) und besondere psychosoziale Belastungen in der Familie angesprochen. Darüber hinaus sollte auf mögliche **Ressourcen** (Schutzfaktoren) bei der Mutter/Vater oder in der Familie geachtet werden, wie z. B. eine einfühlsame Interaktion zwischen Mutter und Neugeborenen oder eine Unterstützung einer sozial isolierten Familie durch eine Nachbarin. Diese sind in die Gesamtbewertung einzubeziehen. Die Koordinatorin nimmt aufgrund der Auswertung des Risikobogens und der dokumentierten Beobachtungsmerkmale eine Festlegung der Risikostufe vor, stellt je nach Risikostufe einen ambulanten Kontakt zu einer Familienhebamme, ggf. auch zur Jugendhilfe her, wenn möglich bereits während des Klinikaufenthaltes, und hält den Kontakt zu den nachbetreuenden Ärzten, zur Familienhebamme und Jugendhilfe im Verlauf der ersten 18 Lebensmonate. Sie wertet die regelmäßigen Rückmeldungen von den Kooperationspartnern aus und kontrolliert alle 3 Monate die Einstufung der Risikolage.

Aufgaben der Familienhebamme

Die zweite Schlüsselrolle im Multicenterprojekt übernimmt die ambulant tätige Familienhebamme. Sie kontaktiert Familien mit erhöhter Risikoeinstufung möglichst bereits in der Klinik und sucht sie mit ihrem Einverständnis zeitnah nach der Klinikentlassung zu Hause auf. **Ihre Tätigkeit erstreckt sich auf die ersten 12 Lebensmonate des Kindes.** Sie unterstützt und berät die Familie vor Ort, beobachtet und fördert die Mutter-Kind-Interaktion und achtet auf eine altersgemäße allgemeine und gesunde Entwicklung des Kindes. Sie nimmt die alltäglichen Aufgaben einer Hebamme (Vorsorge, Wochenbettbetreuung, Nachsorge, Stillberatung etc.) wahr und achtet auf Veränderungen von Belastungs- und Schutzfaktoren. Sie hat ein besonderes Augenmerk auf das Auftreten erster riskanter Entwicklungen, wie beispielsweise frühkindliche Regulationsstörungen mit Schlaf-, Schreistörungen und Fütterproblemen, die für diese Familien eine erhebliche Belastung und hohe Gefährdung für das Kindeswohl (z. B. Schüttelhirntrauma beim „Schreikind“) bedeuten können.

Die Familienhebamme hält den regelmäßigen Kontakt zum Kinder- und Jugendarzt, Frauenarzt und zur Jugendhilfe, wenn diese einbezogen wird. Sie achtet auf die Einhaltung regelmäßiger Vorsorge- und Impftermine. Zu ihrer Netzwerktaetigkeit gehört ein regelmäßiger Austausch mit der Koordinatorin in der Geburtshilfe. Je nach Problematik (Schreistörung, Verdacht auf beginnende Entwicklungs- und Verhaltensstörungen) wird der zeitnahe Kontakt zum Kinder- und Jugendarzt hergestellt, der ggf. weitere Maßnahmen veranlasst. Bei den Kontakten mit der Familie ist wesentlich, dass die frühen Hilfen koordiniert werden und weder ein Überangebot an Hilfen erfolgt noch der Kontakt zur Familie abbricht.

Neben der Tätigkeit der Familienhebamme kann je nach den Gegebenheiten vor Ort das Gesundheitsamt aufsuchende Beratungen durch eine Kinderkrankenschwester anbieten und die Jugendhilfe präventive Unterstützungen übernehmen,

z. B. Entlastung einer überforderten Mutter durch einen Babysitterdienst.

Rolle des Kinder- und Jugendarztes

Der Kinder- und Jugendarzt hat von Anfang an Kontakt zu Kindern aus Hochrisikofamilien. Er sieht sie in seiner Praxis zu verschiedenen Anlässen (Akuterkrankung, Verletzungen, Unfälle, Regulationsstörungen, Vorsorgetermine). Erleichtert wird die Wahrnehmung dieser Kinder, wenn der Kinder- und Jugendarzt die zu ihnen gehörende elektronische Patientenkarte mit einem Marker kennzeichnet. So hat er auch im Rahmen einer „vollen“ Sprechstunde ein besonderes Augenmerk auf diese Kinder, wenn sie wegen gesundheitlicher Auffälligkeiten einschließlich Notfallterminen kommen. Sollten zu Hause, für den Hausarzt unbemerkt, Probleme im Umgang mit dem Kind oder in der Familie auftreten, wird die Familienhebamme während des Projektverlaufes umgehend die Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt empfehlen, die Eltern ggf. dahin begleiten oder zumindest den Arzt mit Einverständnis der Eltern informieren. Sieht der Kinder- und Jugendarzt eine zunehmende Gefährdung für das Wohl des Kindes, kann er es zur weiteren Abklärung von Entwicklungsauffälligkeiten stationär in die Kinderklinik einweisen oder es dem Sozialpädiatrischen Zentrum zuweisen. Darüber hinaus nimmt er Kontakt zur Jugendhilfe auf, mit Einverständnis oder auch ohne, wenn Eltern nicht zustimmen. Dieser Kontakt zur Jugendhilfe kann auch ohne Namensnennung des Kindes anonymisiert erfolgen. Bei drohender Kindeswohlgefährdung übernimmt die Jugendhilfe die weitere Überwachung und Unterstützung der Familie, sie sollte den Arzt gleichzeitig über die weiteren Schritte informieren und sie mit ihm abstimmen.

Controlling durch das TRUST-CENTER (Abb. 2)

Während der 24-monatigen Projektlaufzeit werden in 3-monatlichen Abständen anonymisierte Einstufungen der Risikolage von den Projektpartnern (Koordinatorin in der Klinik, Familienhebamme und Kinder- und Jugendarzt) an ein TRUST-

CENTER gemeldet. Dieses Center ist bei der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft mit Geschäftsstelle an den Sana-Kliniken in Düsseldorf angesiedelt. Es nimmt einerseits Daten auf, darüber hinaus gibt es den mitbeteiligten Akteuren jeweils Rückmeldung, ob und in welcher Weise sich Risikostufen verändert haben, ggf. zusätzliche Unterstützungen aktiviert wurden bzw. Abbrüche zustande kamen.

Nach einer 24-monatigen Pilotphase ist es auf diese Weise möglich, positive Veränderungen bzw. eine Zunahme von Risiken in den Familien zu erkennen und eine erste Gesamtbewertung des Präventionsverlaufs an dem jeweiligen Standort vorzunehmen. Der Datenschutz ist durch Anonymisierung der an das TRUST-CENTER gemeldeten Daten gesichert. Die Erweiterung hin zu einem Kompetenzzentrum „Kinderschutz“ ist möglich.

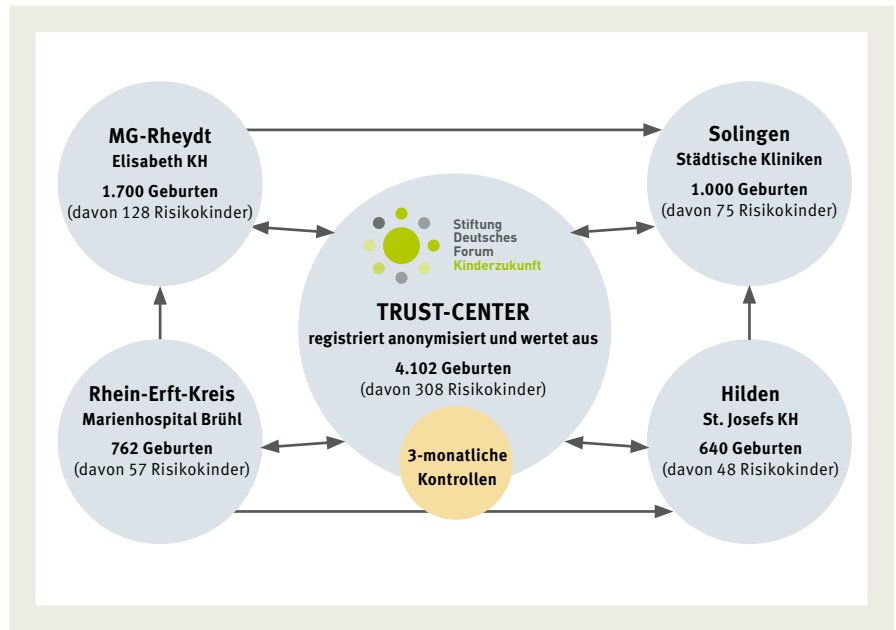


Abb. 2: Controlling durch das TRUST-CENTER

Wesentliches für die Praxis ...

- Mit den Kenntnissen über Risiko- und Schutzfaktoren können Kinder aus psychosozial belasteten Familien über ein Risikoscreening in der Geburtshilfe und in kinderärztlichen Praxen erkannt werden.
- Die Geburtshilfe ist der „ideale“ Standort, um zu Familien mit erhöhten Belastungen frühest möglich Kontakt aufzunehmen und frühe Hilfen anzubieten.
- Mit dem Multicenterprojekt „KinderZUKUNFT NRW“ sollen die Voraussetzungen für den Aufbau eines flächendeckenden Netzes früher Hilfen, ausgehend vom Gesundheitswesen in NRW, geschaffen werden.
- Eine Regelversorgung unter Einbeziehung einer Mitfinanzierung durch die Krankenkassen wird angestrebt.

Der „Erfolg“ der Früherkennung und frühen Unterstützung und Begleitung der Hochrisikofamilien ist an folgenden Kriterien zu messen:

- Verminderung der psychosozialen Belastungen und ggf. der Risikostufe
- Stärkung der Eltern-Kind-Bindung
- Stärkung der Ressourcen in der Familie
- Verbesserung der Gesundheitssituation
- Verminderung der Entwicklungsauffälligkeiten

Eine wichtige Voraussetzung für den vertrauensvollen Kontakt zu den belasteten Familien ist, dass die Akteure des Präventionsnetzwerkes (Klinikmitarbeiter, Koordinatorin, Familienhebamme, Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte und Jugendhilfe) ihre Tätigkeiten miteinander abstimmen. Hierzu wird ein „Pathway“ entwickelt. Die Familien sollten nicht durch mangelnde Koordination und ein Überangebot an Hilfen verunsichert und verprellt werden, bis sie schließlich ihre Kooperationsbereitschaft aufgeben.

Analyse und Fehlermanagement bei gescheiterten Kinderschutzfällen

Im Rahmen des Projektverlaufes werden sich einzelne Fälle von Kontaktabbrüchen bzw. Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen trotz eines gut funktionierenden Netzwerkes nicht vermeiden lassen. In schwerwiegenden Fällen sind die beteiligten Akteure zu einem Gespräch am runden Tisch zusammenzurufen. Dabei sollen Gründe für das Scheitern der Kommunikation mit den Eltern und für Probleme in der Interaktion innerhalb des Prä-

ventionsnetzes aufgedeckt und in einem lernenden Prozess Konsequenzen für das weitere Vorgehen mit „neuen“ Familien gezogen werden.

Kosten-Nutzen-Analyse des Projekts

Während der Projektphase werden in regelmäßigen halbjährlichen Abständen eine Kosten-Nutzen-Analyse und eine Bilanzierung der Ausgaben und Einsparungen erfolgen: Den Ausgaben für den Einsatz von Koordinatorinnen in den Kliniken und ambulant tätigen Familienhebammen und das vorgesehene Monitoring durch das TRUST-CENTER werden die Kosteneinsparungen im Gesundheits- und Jugendhilfebereich gegenübergestellt durch Vermeidung von medizinischen Behandlungen akuter und chronischer Kinderschutzfälle und Verminderung von Inobhutnahmen und der Hilfe-zur-Erziehung-Kosten. Dabei werden jeweils die aktuellen Statistiken den Vorjahresstatistiken gegenübergestellt.

Ausblick: Übergang in die Regelversorgung

Ziel des 2-jährigen Projektvorhabens ist, das an 4 Standorten erprobte Modell auf weitere Standorte in NRW zu übertragen und schrittweise den Übergang in die Regelversorgung zu erreichen. In der Vorbereitungsphase des Multicenterprojektes sind bereits erste Gespräche mit einzelnen Krankenkassen auf Landesebene geführt und um eine Mitfinanzierung der Pilotphase nachgefragt worden. Die Krankenkassen haben ihr Interesse bekundet, eine Teilfinanzierung zu übernehmen. Weiter-

führende Gespräche mit den Krankenkassen vor Ort sind vorgesehen.

Nach einer Auswertung des Projektes – eine Evaluation ist vorgesehen – sollte bei den dann anstehenden gemeinsamen Treffen mit Vertretern des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe Vorschläge erarbeitet werden, wie die Kosten zwischen Krankenkassen und Jugendhilfe bei einer Regelversorgung zu teilen sind. In diese Entscheidungen ist der Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzubeziehen.

Literatur

1. Dombrowski B, Kratzsch W, Lukasczyk P (2006) Lernende (Kooperations-) Systeme: Das Präventionsprojekt „Zukunft für Kinder in Düsseldorf, Vorsorge-Beratung-Unterstützung, Clearingstelle“. In: Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 57: Frühe Intervention und Hilfe. Vom Neben- zum Miteinander von Pädiatrie und Jugendhilfe. Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin
2. Kempe RS, Kempe CH (1980) Kindesmisshandlung. Klett-Cotta, Stuttgart, 85–96
3. Kinder H (2009) Entwicklung und Erprobung eines Risikoinventars mit dem St. Marienkrankenhaus und St. Anna-Stifts Krankenhaus (Ludwigshafen). In: Meysen T, Schönecker L, Kinder H (Hrsg) Frühe Hilfen im Kinderschutz. Juventa Verlag, Weinheim und München
4. Landua D, Arlt M, Sann A (2009) Ergebnisbericht zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“ Berlin, Siehe: www.fruehehilfen.de/fileadmin/fileadmin-nzfh/pdf/Difu-Ergebnisbericht_FH_end_final.pdf
5. Statistisches Bundesamt (2009) Pressemitteilung vom 25.06.2009. www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/06/PD09_234_225.psm

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wilfried Kratzsch
 Ltd. Oberarzt i. R.
 Kinderneurologisches Zentrum
 Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft
 c/o Sana-Kliniken Düsseldorf
 Gräulingerstraße 120
 40625 Düsseldorf
 Tel.: 0211/8 598 99 55 oder 0177/414 14 12
 E-Mail: w.kratzsch@gmx.de
 Internet: www.forum-kinderzukunft.de,
www.risikoinventar-praevention.de

