

Frühe Hilfen in der Geburtshilfe

Erfahrungen bei der Implementierung des Systems Netzwerk Kinderzukunft an einem Perinatalzentrum

P. Tönnies¹, I. Rascher², M. Wegge³

Warum sollten Gynäkologen sich mit Frühen Hilfen beschäftigen? Ein Grund dafür ist, dass Frühe Hilfen umso effektiver zu sein versprechen, je früher sie mit einer Abklärung der Bedarfssituation bei betroffenen Eltern und gegebenenfalls erforderlichen Maßnahmen ansetzen. Dies ist auch im Sinne der Frauen – also der Patientinnen der Gynäkologen. Wie ein solches Konzept an einer Geburtsklinik implementiert werden kann, wird im Folgenden am Beispiel des Perinatalzentrums des Krankenhauses Bethanien in Moers beschrieben.

Frühe Hilfen sind in der Regel Hilfen für die Familie – und das heißt: auch Hilfen für die Mütter. Die Mütter wiederum sind die Klientinnen der Gynäkologen. Schwangere mit gesundheitlichen oder psychosozialen Problemen sind oft bereits in der gynäkologischen Praxis auffällig, kommen häufiger, haben mehr Probleme in der Schwangerschaft und könnten bereits in dieser Phase Unterstützung erhalten.

Im Tagesgeschäft fehlt dem Gynäkologen oft die Zeit

Diese Frauen seitens des behandelnden Arztes zu identifizieren oder gar zu organisieren, ist – wie bei den Pädiatern oftmals auch – im Tagesgeschäft nur im Einzelfall möglich. Da aber im Durchschnitt bei etwa 8 % aller Gebärenden zumindest nach der Geburt in der einen oder anderen Weise Unterstützung angebracht wäre, ist die Information über Unter-

stützungsleistungen, die Vermittlung an Stellen Früher Hilfen zurzeit eher nicht ausreichend.

Wie eine Unterstützung zum Nutzen aller erfolgreich umgesetzt werden kann, wird im Folgenden anhand des Konzepts Netzwerk Kinderzukunft vorgestellt, das unter dem Namen *KinderZUKUNFT NRW* zunächst im Rahmen eines einjährigen Modellversuchs erprobt und evaluiert wurde. Es wurde inzwischen an einer Reihe von Geburtskliniken des Landes Nordrhein-Westfalen etabliert. Exemplarisch wird über die Implementierung des Systems an einem Perinatalzentrum mit jährlich über 1.100 Geburten berichtet, an dem aufgrund seiner geografischen Lage sowohl Anforderungen eines städtischen als auch eines ländlich geprägten Umlands gestellt werden.

Die Häufigkeit der Erkennung von Problemen variiert stark

Zwischen 1998 und 2008 kamen in Deutschland jährlich zwischen 40 und 66 Kinder unter zehn Jahren durch verschiedene Formen der Misshandlung und Vernachlässigung ums Leben. Dabei handelte es sich insbe-

sondere um Säuglinge und Kleinkinder vor Vollendung ihres ersten Lebensjahrs (1).

Stationär in allen Krankenhäusern betreute Kinder zeigen in etwa 2 % der Fälle körperliche Symptome auf, die an Misshandlung und Vernachlässigung denken lassen. Die Häufigkeit der Erkennung in Kinderarztpraxen variiert stark und liegt bei 4 von 100.000 Patientenkontakten bei Verdacht auf körperliche Misshandlung, 17 bei Verdacht auf seelische Misshandlung und 3 bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Bleibende körperliche Schädigungen und Behinderungen nach körperlicher Misshandlung kommen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern vor (2).

Frühzeitige Erkennung hilft Risiken zu vermindern

Jedoch nicht nur diese gravierenden Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit entsprechendem Medienecho, sondern auch eine erkennbare Verschiebung von akuter zu chronischer Morbidität bzw. von somatischen zu psychischen Erkrankungen bereits im frühen Kindesalter haben in den letzten Jahren zu einer intensiven Diskussion über Präventionsmodelle und damit zu einem breiten Konsens in der Akzeptanz frühkindlicher Hilfsangebote geführt (3). Dabei scheint dem möglichst frühzeitigen Erkennen entsprechender Bedürftigkeit für die Effizienz präventiver Maßnahmen eine besondere Bedeutung zuzukommen, so dass zunehmend auch Schwangerschaft und Geburt und damit die Rolle des Gynäkologen bei der Risikoevaluation in den Blickpunkt des Interesses rücken.

Mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 wurde der Aufbau von Strukturen Früher Hilfen verpflichtend. Mittel für den Aufbau wurden über die Länder zur Verfügung gestellt und eine Bundeskoordinierungsstelle – das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – wurde

¹ Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Stiftung Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers

² Mangement4Health, Bochum

³ IMO-Institut, Hilden

eingrichtet. Der Wissenschaftliche Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen definiert Frühe Hilfen als „lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen“ (4). Die in der Folge aufgebauten Strukturen bei den Kommunen, in der Regel unter Federführung der Jugendämter, sind auf eine Kooperation mit dem Gesundheitswesen angewiesen. Pädiater sind in vielen Konzepten involviert, während die Einbeziehung der Gynäkologen in allen Konzepten eher weniger gut gelingt.

Helfend eingreifen, solange es den Kindern noch gut geht

Derartige Systeme bereits zu einer Zeit einzusetzen, in der es gefährdeten Kindern noch gut geht, d. h. in der Zeit von Schwangerschaft und Geburt anzusetzen und damit einer nachhaltigen Prävention mehr Raum zu geben, ist beim Netzwerk Kinderzukunft gegeben, da die Geburtsklinik und eine dort tätige Koordinatorin als Ansprechpartnerin für die Einleitung von Aktivitäten zur Verfügung steht.

Ein Screeningverfahren zur Erkennung von Familien mit psychosozialen Belastungen wie jugendliches Alter der Eltern, prekären wirtschaftlichen Verhältnissen, sozialer Isolation, psychischen Auffälligkeiten, Drogen- oder Alkoholsucht, Gewalterfahrungen in der eigenen Kindheit und anderen Einflüssen wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entwickelt, an der auch Gynäkologen beteiligt waren. Zentral bei dem Vorgehen ist der Zeitpunkt der Erfassung, denn der frühzeitige Austausch über potenzielle Gefährdungslagen aus psychosozialen ebenso wie aus primär medizinischen Gründen erfolgt spätestens im Kreißsaal oder auf der Wöchnerinnenstation.

Der Austausch zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe wird systematisiert und basiert nicht mehr auf einem deutlich späteren und eher nachrangigen Kontakt zwischen Pädiatern und Jugendhilfe.

Die Implementierung am Perinatalzentrum in Moers

Einer der Autoren (P. Tönnies) war Leiter der Geburtsklinik an einem der Standorte, an denen das Modellvorhaben umgesetzt wurde. Mit dem Antritt einer neuen Stelle an einer größeren Klinik mit Perinatalzentrum zum Anfang 2013 wurde auch an der neuen Klinik eine Möglichkeit gesucht, das System der sektorenübergreifenden Vernetzung und Kooperation von Fachkräften und Institutionen aus unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Unterstützungssystemen ausgehend vom Setting Geburtsklinik einzuführen. Da sich die neue Einrichtung und auch die dortige Kommune offen zeigten, konnte mit Mitteln aus der Bundesinitiative Frühe Hilfen die Einrichtung einer Koordinatorinnenstelle in der Geburtsklinik erfolgen.

Schon binnen sechs Monaten zeigte sich eine relativ stabile Reproduzierbarkeit des Systems. Bedingt durch die im städtischen Umfeld nahe gelegenen Verwaltungsgrenzen traten anfänglich noch Probleme bei der Einbeziehung von nicht aus der eigenen Stadt stammenden Schwangeren auf. Zumindest die kreisangehörigen Kommunen ließen sich aber innerhalb relativ kurzer Zeit zu einer Teilnahme bewegen, so dass das Angebot zeitnah auch dort den Gebärenden und ihren Familien zur Verfügung gestellt werden konnte. Die positiven Erfahrungen des Modellversuchs erwiesen sich als übertragbar.

Naturgemäß ist die risikobelastete Klientel an einer größeren Geburtsklinik mit Perinatal- und abgeschlossenem sozialpädiatrischen Zentrum größer, da neben psychosozialen auch medizinische Risikokonstel-

lationen häufiger anzutreffen sind. Dennoch ließ sich der Arbeitsaufwand mit einer auf der Wöchnerinnenstation tätigen Koordinatorin, deren Arbeitszeit einer halben Vollkraft entspricht, gut darstellen. Als sehr vorteilhaft erwiesen sich dabei eine feste Vertretungsregelung und die Teilnahme von Koordinatorin und zuständigem Chefarzt bei den regelmäßigen Netzwerktreffen auf städtischer sowie auf Kreisebene.

■ Die Geburtsklinik im Netzwerk Früher Hilfen

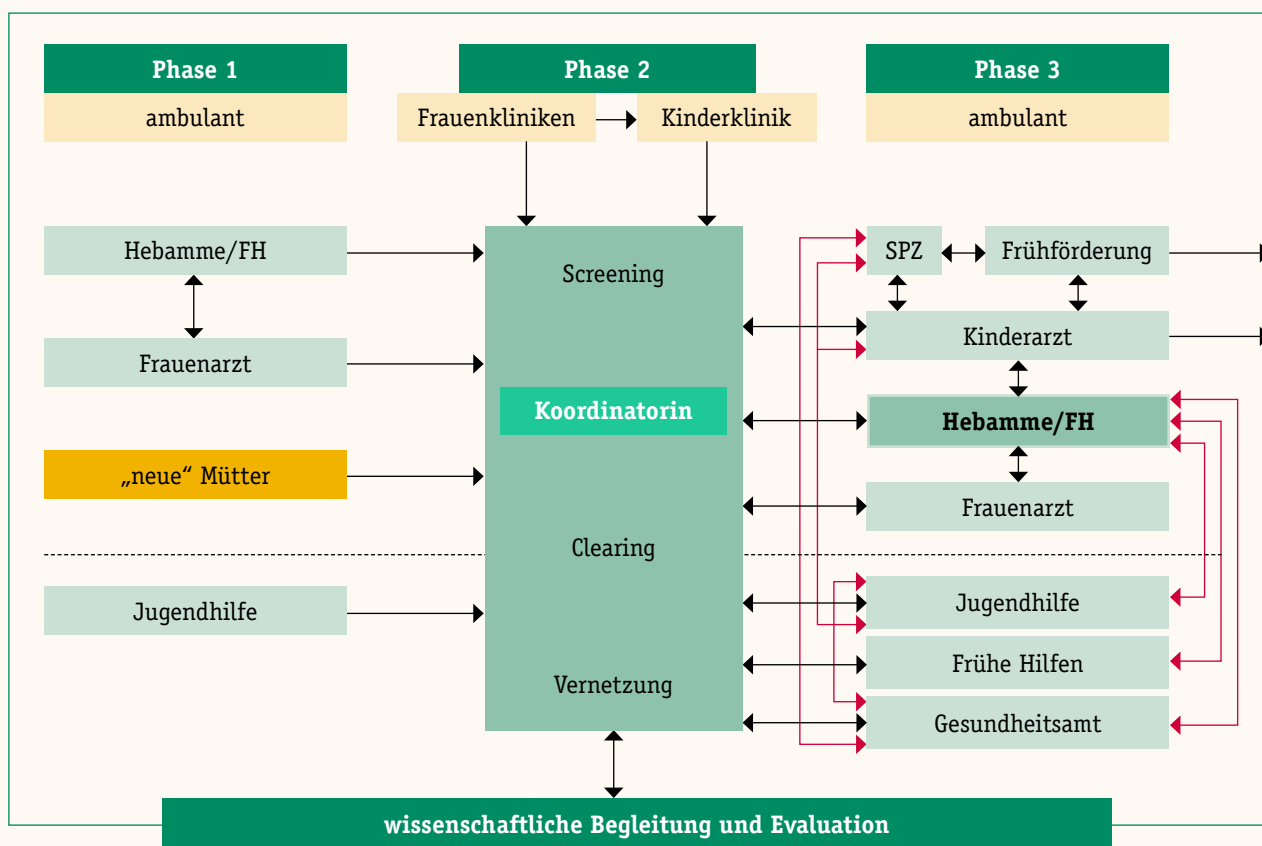
Die Geburtsklinik nimmt in diesem Modell der Frühen Hilfen eine zentrale Rolle wahr (s. Abb. 1 auf S. 552, Phase 2). Spätestens in der Geburtsklinik wird über eine Koordinatorin der Kontakt hergestellt, Vertrauen aufgebaut und – ohne die immer noch existierenden Vorurteile gegenüber den kommunalen Akteuren in der Jugendhilfe und den Frühen Hilfen – Unterstützung aus dem Gesundheitswesen heraus vermittelt. Die Koordinatorin ist die Kontaktperson und im Team erfolgen Screening, Clearing der Bedarfe und Vernetzung.

Auch für die im vorgeburtlichen Bereich aktiven Akteure im Gesundheitswesen wie die niedergelassenen Gynäkologen ist die Koordinatorin Ansprechpartnerin, die bei problembelasteten Patientinnen bereits in der Schwangerschaft kontaktiert werden kann (s. Abb. 1, Phase 2). Die Einbindung der anderen im Gesundheitswesen agierenden Akteure wie Pädiater, Hebammen, Familienhebammen, Fachärzte, Kinderkliniken usw. ist zudem systemintern möglich und in der Regel auch einfacher zu organisieren als durch kommunale Stellen (s. Abb. 1, Phase 3). Die Kooperation mit den Netzwerken kommunaler Früher Hilfen ermöglicht Unterstützung, auch seitens der Jugendhilfe, zu einem sehr frühen Zeitpunkt.

■ Die Koordinatorin im Setting Geburtsklinik

Die Koordinatorin ist die zentrale Ansprechpartnerin, Bezugs- und Ver-

Phasenmodell Netzwerk Kinderzukunft



FH = Familienhebamme; SPZ = Sozialpädiatrisches Zentrum

Abb. 1: Die Koordinatorin spielt im Netzwerk die zentrale Rolle. Bei ihr laufen Screening und gegebenenfalls Vernetzungsprozesse zusammen.

trauensperson für die Mütter und Familien einerseits und für die in den Unterstützungs- und Dokumentationsprozess einbezogenen Akteure des Gesundheitssystems (Hebammen, Kinderärzte, Gynäkologen usw.) andererseits. Darüber hinaus ist sie die Verbindungsstelle in das System der kommunalen Frühen Hilfen. Von der Koordinatorin (in der Regel einer Hebamme) werden für alle Neugeborenen gesundheitliche und psychosoziale Risiken der Familien, insbesondere der Mütter im Screening erfasst und die Daten anonymisiert einem Fallmanagementsystem (s. Punkt „Fallmanagementsystem“ auf S. 553) am Erfassungstag zugeleitet.

Das Screening erfolgt mittels validiertem Erfassungsbogen und ist unterteilt in die Erfassungsblöcke

- Stammdaten,
- Grunddaten der Familie,
- Gesundheit von Vater, Mutter und Kind,
- Überforderungen, jetzige Schwangerschaft und Geburt,
- vorbestehende Kontakte mit der Jugendhilfe.

Die Koordinatorin klärt jede Mutter/Familie in einem Gespräch über das Netzwerk Kinderzukunft und die damit verbundenen Möglichkeiten auf, Unterstützung zu erhalten. Werden keine Risiken erkannt, wird bei vorliegender Einwilligung der Datensatz als negativ im Fallmanagementsystem abgespeichert (s. Abb. 2 auf S. 553). Werden im Screening oder aufgrund von Beobachtungen bei der Geburt oder auf der Wöchnerinnenstation tatsächlich Risiken erkannt

bzw. Unterstützungsbedarfe ersichtlich (Screening positiv, s. Abb. 2), führt die Koordinatorin ein entsprechendes ausführliches Gespräch mit Mutter und Familie und klärt ab, ob eine Unterstützung erforderlich ist. Ist aufgrund des Gesprächs und nach Rücksprache mit der Fachaufsicht kein Unterstützungsbedarf erkennbar, wird wiederum nur mit Einwilligung der Datensatz im Fallmanagement abgelegt. Bei vorliegendem Unterstützungsbedarf stellt die Koordinatorin Kontakte her, organisiert erste Unterstützungsmaßnahmen im Vorfeld der Entlassung.

Dies geschieht jedoch ebenfalls immer nur dann, wenn die Familie dies wünscht und auch schriftlich ihre Zustimmung erklärt. Die Koordinatorin agiert auch hier immer nur in

Abstimmung und im Auftrag ihrer Fachaufsicht (Facharzt) (s. Abb. 2, fachliche Rückkopplung). Die Fachaufsicht analysiert, bewertet die Daten und gibt zeitnah, möglichst am selben Tag, der Koordinatorin Handlungsempfehlungen, wie weiterbetreut werden könnte. Koordinatorin und Fachaufsicht stehen auch Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerinnen zur anonymisierten Beratung für nicht gesundheitliche Problemstellungen aus dem Netzwerk Frühe Hilfen zur Verfügung. Die Koordinatorin kann und wird zudem als Ansprechpartnerin von den Familien in Anspruch genommen, wenn diese nach Entlassung aus dem Krankenhaus selbst weiteren oder erstmaligen Unterstützungsbedarf sehen. Sie ist zudem für die Nachverfolgung

bei den eingeschalteten Akteuren des Gesundheitswesens zuständig.

Die Nachverfolgung der Fälle mit Unterstützungsbedarf erfolgt für einen Zeitraum von drei Jahren. In regelmäßigen vorher festgelegten Abständen (beim Kinderarzt z. B. zu den Vorsorgeuntersuchungen) wird die Entwicklung der Kinder und die Befindlichkeit der Mütter/Väter/Familien durch Abfragen nach weiter bestehenden gesundheitlichen und psychosozialen Problemen, Regulations- und Bindungsstörungen, chronischen Krankheiten, Verletzungen, Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und nach einer unauffälligen bzw. auffälligen Entwicklung der Kinder sowie nach Veränderungen der psychosozialen Belastungsfaktoren in

der Familie verfolgt. Diese Abfragen erfolgen anhand von Nachverfolgungsbögen bei den fallspezifisch involvierten Personen/Organisationen. Das Verfahren hat sich bewährt und ist gut etabliert.

■ **Fallmanagementsystem**

Als unverzichtbar hat sich der Einsatz eines Fallmanagementsystems gezeigt. Das modular aufgebaute System unterstützt neben den Dokumentationen des Screenings in der Geburtsklinik die Nachverfolgung der Fälle mit Unterstützungsbedarf auf der personenzentrierten Ebene bei spezifischen Fragestellungen: Die Erfassung erfolgt mittels Mikrosystemtechnik mit einem „EasyPen“. Dabei handelt es sich um eine digitale Schreibtechnologie, die über eine in

Prozessmodell Netzwerk Kinderzukunft

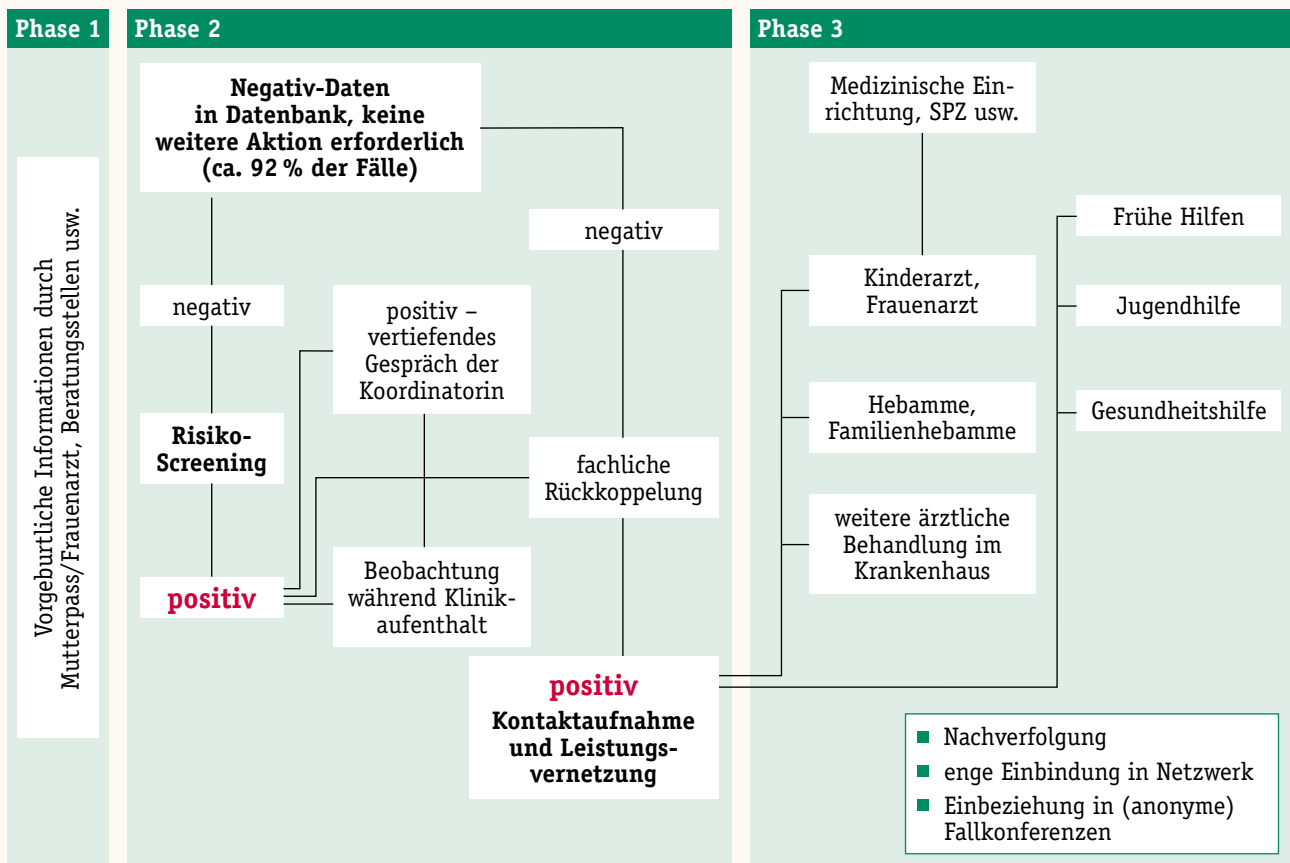


Abb. 2: Kernstück im Prozessablauf des Netzwerks Kinderzukunft ist das Risikoscreening mit Gespräch und Beobachtung durch die Koordinatorin. Sie sorgt für die gegebenenfalls notwendige Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern.

dem Kugelschreiber integrierte Kamera in Kombination – mit speziellen mit dem Auge nicht sichtbaren Papiermustern auf dem Formular – eine verschlüsselte Übertragung an das Fallmanagementsystem im Rechenzentrum ermöglicht. Alle erhobenen Daten (Screening und Nachverfolgung) werden im Rechenzentrum der Teilnehmerinnennummer des anonym geführten „Patienten“ zugeordnet. Die Verlaufsbeobachtung auch in der Fallhistorie ist so möglich.

Das anonymisierte System erfasst die Daten über einen Masterpatient-index. Namen und weitere personenbezogene Angaben wie Anschrift, Versicherung, Geburtsdatum sind nur von der Koordinatorin und der Fachaufsicht einsehbar. Ausschließlich mit gezeichneter Schweigepflichtentbindung können diese Daten für den sich anschließenden Hilfeplan an beteiligte Organisationen weitergegeben werden. Die Informationen stehen direkt ohne Medienbrüche für die Weiterbearbeitung bereit. Für die Frühen Hilfen und – falls gewünscht – auch für die Geburtskliniken ist ein Zugang und eine Eingabe von Daten auch über einen gesicherten Webzugang möglich.

Das ursprüngliche System wurde 2015 mit Praktikern evaluiert und verbessert sowie in einem aufwendigen Usability-Test mit unterschiedlichen Akteuren, u. a. mit Ärzten und Koordinatorinnen im Netzwerk Früher Hilfen, erprobt. Es bietet umfangreiche Analysemöglichkeiten. Exportfunktionen wie CSV und SPSS sind möglich. Es erfüllt hohe Datenschutzanforderungen und unterstützt moderne QM-Zertifizierungen wie ISO 9001.

Das System wird in einem zertifizierten Rechenzentrum gehostet und bietet unter anderem folgende Funktionen:

- fallbezogene Vernetzung (z. B. im Rahmen von § 36 SGB VIII),
- fallübergreifende Vernetzung (Feldsteuerung inklusive Historie und Wirkzusammenhang),

Krankenhaus Bethanien Moers: Zentrale Ergebnisse aus der Evaluierung (N=1103; Juni 2013– Juni 2016)

Jährlich werden im Bethanien Moers etwa 400 Frauen im Alter von 16 bis 43 Jahren in das Programm aufgenommen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben steht das Programm nur aus teilnehmenden Kommunen stammenden Patientinnen offen. Das freiwillige Angebot wird von über 96 % aller Mütter und Väter angenommen und erreicht damit fast alle Neugeborenen aus der Modellregion.

Die Evaluation zeigte unter anderem:

- Unterstützung benötigen nur etwa 8 % der Familien.
- Ein Großteil der Probleme in den Familien, die ohne das Angebot zu diesem Zeitpunkt unerkannt geblieben wären, können durch den Einsatz der Frühen Hilfen erfolgreich in Angriff genommen werden.
- Die Familiensituation verbessert sich auch in mehrfach belasteten Familien und Kinder können sich altersgerecht entwickeln.
- Bei sozialen und materiellen Risikofaktoren wurden Überforderungen im Bereich der eigenen Belastbarkeit (0,6 %), der finanziellen Situation (0,5 %) und der sozialen Isolierung (0,5 %) erkannt.
- In 3,1 % der Fälle war die sprachliche und soziale Kommunikation mit der Mutter nicht möglich.
- Im Bereich Gesundheit wurden bei 2 % die Lebensqualität beeinträchtigende chronische Erkrankungen erkannt.
- Es wurden Risikokonstellationen erfasst, die sich daraus ergeben, dass eine Schwangerschaftsvorsorge erstmalig nach 20 SSW durchgeführt wurde oder bis zur Geburt weniger als fünf Vorsorgen (1,8 %) erfolgt waren.
- In der U1/U2 erkannte Syndrome oder neonatal erworbene Erkrankungen mit mittel- oder langfristigen Konsequenzen (1,8 %) wurden festgestellt.
- In wenigen Fällen (0,5 %) lagen bei Mutter oder Vater therapiebedürftige psychische Erkrankungen vor.
- In weiteren Fällen (1,6 %) fehlte der Mutterpass.
- Erhöhte Anforderungen durch Mehrlinge wurden ebenfalls festgestellt (3,1 %).
- Die Mitwirkungsbereitschaft zentraler Akteure ist als hoch (>90 %) zu bezeichnen.
- Die Hilfeleistung kann frühzeitig und weitgehend standardisiert auf Basis der festgelegten Prozesse und Abläufe erbracht werden.

- Unterstützung der Jugendhilfeplanung und Angebotsplanung,
- Prävention (Frühe Hilfen und für Netzwerke im Rahmen von § 8a SGB XIII, BKiSchG, lokale Netzwerke nach § 3 KKG, Ehrenamt),
- Risikoinventar mit Screeningbogen, Nachverfolgung 0–3 Jahre inklusive der U-Untersuchungen,
- Erfassung der Grunddaten der Familien und Schwangerschaftsvorsorgen,
- Versorgungsstruktur um den Zeitpunkt der Geburt,
- Abbildung medizinischer Ereignisse wie chronische und psychische Erkrankungen,
- fallbezogene Maßnahmebögen und Abbildung der Kostenstruk-

turen für Hebammen, Familienhebammen, Kinder- und Jugendärzte, Gesundheitsamt und Jugendhilfe.

Insgesamt ist das System dazu geeignet, die Maßnahmen aller Beteiligten zu dokumentieren und fallspezifisch aufzubereiten, so dass in Kürze ein Gesamtbild abrufbar ist, das die Unterstützungsleistungen zeigt und auch Informationen zum Entwicklungsstand des Kindes. Es kann zudem ohne Anbindung an bestehende Kliniksysteme betrieben werden und sowohl von den dazu berechtigten Personen aus der Klinik als auch von denen aus den Frühen Hilfen genutzt werden.

Der Preis ist heiß!



Die günstigste* Lafamme® Alternative erfüllt die generische Quote

*Ersparnis bezogen auf die Packungsgröße N2 Lafamme®, Stand Lauer-Taxe 15.5.2017
Ariora 1 mg/2 mg Tabletten. Zusammensetzung: 1 Tabl. enth.: 1 mg Estradiolvalerat (entsp. 0,76 mg Estradiol) u. 2 mg Dienogest. Sonst. Bestandteile: Eisen(III)-oxid, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Maisstärke, Povidon (K 25), hochdisperses Siliciumdioxid.
Anwendungsgebiete: Hormonsubstitutionstherapie (HRT) z. Behandlung v. Estrogenmangelsymptomen b. postmenopausalen Frauen, deren Menopause länger als ein Jahr zurückliegt.
Gegenanzeigen: bestehender o. früherer Brustkrebs bzw. ein entspr. Verdacht; estrogenabh. maligner Tumor bzw. ein entspr. Verdacht; nicht abgeklärte Blutungen im Genitalbereich; unbestimmte Endometriumpherplasie; frühere o. bestehende venöse thromboembolische Erkrankungen; bestehende o. erst kurze Zeit zurückliegende arterielle thromboembolische Erkrankung; bekannte thrombophile Erkrankungen; akute Lebererkrankung o. zurückliegende Lebererkrankungen, solange sich d. relevanten Leberenzymwerte nicht normalisiert haben; Überempfindlichkeit gg. d. Wirkstoffe o. einen d. sonst. Bestandteile; Porphyrie.
Nebenwirkungen: häufig: Kopfschmerzen, Übelkeit, uterine/vaginale Blutungen einschl. Schmierblutungen, Brustschmerzen, Hitzewallungen; gelegentlich: Gewichtszunahme, Depression, Anorexia nervosa, Aggression, Schlaflosigkeit, Schläfrigkeit, Nervosität, Anorgasmie, verringerte Libido, Migräne, Schwindelgefühl, Parästhesie, Hyperkinesie, venöse Thrombose, Thrombophlebitis, Hypertonie, Epistaxis, Bauchschmerzen, Diarrhö, Erbrechen, Obstipation, Blähungen, Mundtrockenheit, Gallenschmerzen, Psoriasis, Akne, Pruritus, verstärktes Schwitzen, trockene Haut, Myalgie, Beinkrämpfe, Endometriumerkrankungen, vaginale Pilzkrankungen, Dysmenorrhö, Pruritus genitalis, Müdigkeit, Ödeme/generalisierte, Ödeme/Gesichtsödeme.
Weitere Nebenwirkungen unter Estrogen-Gestagen-Therapien: erhöhte Häufigkeit v. Mamma- u. Ovarialkarzinomen, leicht erhöhtes Risiko f. d. Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit o. f. einen ischämischen Schlaganfall, Erkrankungen d. Gallenblase, Chloasma, Erythema multiforme, Erythema nodosum, vaskuläre Purpura, wahrsch. Demenz b. Frauen im Alter v. über 65 Jahren.
Warnhinweise: enth. Lactose. Verschreibungspflichtig. Gedeon Richter Plc., Gyömrői ut 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. Örtlicher Vertreter: Gedeon Richter Pharma GmbH, Eiler Straße 3W, 51107 Köln, Tel. 0221 88890444, Fax 0180 3433366, E-Mail: service@gedeonrichter.de. Stand der Information: 01/2017.

Ergebnisse

Frühe Hilfen am Setting Geburtsklinik sind eine Herausforderung für die intersektorale Zusammenarbeit. Mit dem Konzept „Netzwerk Kinderzukunft“ ist es gelungen, ein den Anforderungen in weiten Teilen gerecht werdendes System zu etablieren. Auch wenn die Ergebnisse nicht auf einer randomisierten kontrollierten Studie der Intervention beruhen, kann der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit aus den Routinedaten des Fallmanagementsystems (5) geführt werden.

Ausblick

Wer ein Konzept umsetzen möchte, das
- hilfebedürftige Familien effektiv und effizient
- durch ein Labyrinth differenzierter interdisziplinärer Hilfen begleitet und
- auf der systemzentrierten Ebene dabei unterstützt, die Versorgung von Familien im Gebiet der kommunalen Zuständigkeit effizient zu managen, sowie
- das System der Versorgung organisationsintern und extern in den Bereichen Gesundheit und Soziales optimiert,
sollte sich überlegen, die Geburtsklinik zum Ausgangspunkt für die Erkennung von Hilfebedarf und die Vermittlung und Koordinierung für Frühe Hilfen zu machen.

Die Geburtskliniken sind mit Netzwerk Kinderzukunft ein zu präferierender Ansatz, wenn Hilfen so früh wie möglich angeboten werden sollen, damit die Entwicklung von Familie und Kind unter den gegebenen Rahmenbedingungen optimal und zumindest ohne schwerwiegende Fälle von Kindesmiss-handlung und -vernachlässigung verlaufen kann. Die Geburtskliniken, aber auch die niedergelassenen Vertreter der Gynäkologie in die Netzwerke Früher Hilfen einzubeziehen, ist ein vielversprechender Ansatz in der Prävention. Psychosoziale und medizinische Risikokonstellationen können durch

den Einsatz einer Koordinatorin früher detektiert und durch den gezielten Einsatz vorhandener Hilfsangebote präventiv angegangen werden. Auf der politischen Ebene sollte daher versucht werden, die Verbindung von Gesundheitsfürsorge und Jugendhilfe an dieser Stelle zu verstetigen. Die Kosten, die im Gesundheitssystem für die Mitarbeit im Netzwerk entstehen, d. h. in einem ersten Schritt zumindest die für eine Koordinatorin auf der Wöchnerinnenstation, sollten als Teil der Regelversorgung gesetzlich verankert werden.

Literatur

- 1. Ayerle GM: Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. In: Kompakt, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln, 2012.
2. AWM: S2-Leitlinie Kinderschutz (2009).
3. Kratzsch W, Rascher I, Wegge M, Soditt V: Multicenterprojekt KinderZUKUNFT NRW. Interdisziplinäre Zeitschrift für Prävention und Intervention 2012: 44-60.
4. Krippel L et al.: Communicating psychosocial problems in German well-child visits. What facilitates, what impedes pediatric exploration? A qualitative study. Patient Education and Counseling. 2014;97: 188-96.
5. Rascher I, Wegge M: Jahresberichte Netzwerk Kinderzukunft Bethanien Moers (2013-2015).

Interessenkonflikt
Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.



Für die Autoren
Dr. med. Peter Tönnies
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Perinatalzentrum Level I
Stiftung Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen
Bethanienstraße 21
47441 Moers
Peter.Toennies@bethanienmoers.de