

Frühe Hilfen – Evidenz zur zeitlichen und inhaltlichen Konzeption eines universellen Basisangebots

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Frühe Hilfen – Evidenz zur zeitlichen und inhaltlichen Konzeption eines universellen Basisangebots

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Katja Antony
Heidi Stürzlinger
Marion Weigl

Projektassistenz:

Romana Landauer

Wien, im Jänner 2014

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Zahl: P9/3/4679-1/14

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Als Beitrag zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einem Grundlagenprojekt zu Frühen Hilfen beauftragt. Im Rahmen dieses Projekts wurde ein sogenanntes „Idealmodell Früher Hilfen“ für Österreich entwickelt; es besteht aus einem indizierten Angebot für Familien in belasteten Lebenssituationen durch regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke das mit einem bundesweit bereitgestellten universellen Basisangebot für alle Familien verknüpft ist (Haas et al. 2013). Vorliegender Bericht bereitet die Evidenz auf, und zwar sowohl zu Interventionszeitpunkten als auch zu Inhalten der einzelnen Termine von internationalen universellen Programmen Früher Hilfen (also für alle Schwangeren bzw. werdenden Eltern und Eltern von Babys).

Im Rahmen des Grundlagenprojekts wurde eine **Begriffsdefinition „Frühe Hilfen“** für Österreich erarbeitet (Haas et al. 2013). Demnach stellen Frühe Hilfen „ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) dar, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind. Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern.“ (Knaller 2013)

Fragestellungen

Der Bericht geht folgenden Fragen nach: Welche Interventionen (Beratungsgespräche/ Hausbesuche) setzen etablierte **universelle** Programme (mit aufsuchenden Komponenten) während der Schwangerschaft und binnen zwölf Monaten nach der Geburt des Kindes? Wie viele Termine finden im universellen Angebot geplanterweise statt? Wie verteilen sich die Termine hinsichtlich der Schwangerschaftswochen bzw. des Alters des Kindes? Welche konkreten Inhalte werden zu den einzelnen Terminen angeboten/aufgegriffen? Wie stellt sich die Evidenzgrundlage zu der Gestaltung der Programme (Termine/Inhalte) dar?

Methodik

In Abstimmung mit der Projektkoordinatorin Frühe Hilfen an der GÖG wurden vier europäische Beispielländer ausgewählt: Finnland, Großbritannien (England), Niederlande und Schweden, deren Programme hinsichtlich der oben angeführten Fragestellungen untersucht werden. Weiters berücksichtigt werden zwei regionale Angebote Früher Hilfen in Deutschland (*Netzwerke Gesunde Kinder* des Landes Brandenburg und *Aktionsprogramm Familienbesucher* der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg), die einen universellen Ansatz verfolgen. Für die Evidenzrecherche wurde ein selektiver Zugang gewählt: Internetrecherchen wurden durchgeführt, graue Literatur gesichtet und ein Fragenkatalog entwickelt und an die zuständigen Institutionen in den

ausgewählten Ländern versandt. Für die Darstellung der beiden deutschen Modellprojekte wurde auf Publikationen öffentlicher Institutionen und persönliche Kontakte zurückgegriffen. Umfang, Tiefe und Zuverlässigkeit der Ergebnisse der Evidenzrecherche unterscheiden sich zwischen den einzelnen Ländern aufgrund der Konzeption der Programme und des Zugangs zur Information (Kooperation von Kontaktpersonen, Landessprache).

Ergebnisse

In den Beispielländern werden die Vorsorgeleistungen der Programme „Früher Hilfen“ überwiegend durch nicht-ärztliche Berufsgruppen wie Public-Health-Nurses und Hebammen, verschränkt mit medizinischen Vorsorgeleistungen, erbracht. Ergänzend werden medizinische Vorsorgeleistungen durch ärztliches Personal angeboten. In Deutschland hingegen werden die gesundheitlichen Vorsorgeleistungen im Rahmen der Schwangerschaft sowie für Kinder, ähnlich wie in Österreich, überwiegend von Ärztinnen/Ärzten erbracht. Das Angebot „Früher Hilfen“ wird im *Aktionsprogramm Familienbesucher* von Personen mit pädagogischer oder medizinischer Grundausbildung und zusätzlicher Ausbildung erbracht. Das Modellprojekt *Netzwerke Gesunde Kinder* arbeitet mit ehrenamtlichen Patinnen bzw. Paten.

Ein Vergleich der **Anzahl der in den universellen Programmen angebotenen Termine** zeigt sich aufgrund der unterschiedlichen Strukturen dieser Programme als wenig zielführend (Verschränkung mit medizinischen Vorsorgeleistungen, siehe oben). In den universellen Programmen finden im Rahmen der Schwangerschaft zwischen einem und zehn Terminen und zwischen drei und elf Terminen im ersten Lebensjahr des Kindes statt. Das deutsche *Aktionsprogramm Familienbesucher* sieht nur einen Termin vor (5. bis 12. Lebenswoche), im *Netzwerk Gesunde Kinder* sind neben dem Erstgespräch (das eventuell schon in der Schwangerschaft stattfindet) sechs Besuche im ersten Lebensjahr des Kindes geplant.

Die **Leistungsangebote/Inhalte** in den Beispielländern sind umfassend. In Gesprächen wird gesundheitsförderndes Verhalten ebenso thematisiert wie auch die Lebenssituation der Familien, Fragen der Partnerschaft, des sozialen Umfelds und der wirtschaftlichen und beruflichen Situation (in unterschiedlichem Ausmaß). Ziele der Programme sind jedenfalls eine Stärkung der Ressourcen der Familie, Aufklärung über Förderungen und Angebote für Familien sowie eine frühzeitige Inanspruchnahme weiterführender Beratungs- bzw. Hilfsangebote. In drei Ländern wird ein Screening auf postnatale Depression (z. T. mittels „Edinburgh Postnatal Depression Scale“) durchgeführt, in einem weiteren Programm wird auf Zeichen einer postnatalen Depression geachtet. Auch die Förderung der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung des Kindes ist Thema einiger Programme (Eltern-Kind-Interaktion, Sprache, Vorlesen, Spielgruppen).

Das **Leistungsangebot** wird in Finnland, den Niederlanden und Schweden nur zu einem geringen Teil aufsuchend – im Sinne von Hausbesuchen – erbracht. Jedoch sehen alle Modelle zumindest einen Hausbesuch binnen zwei Wochen nach der Geburt des Kindes vor. Zum Teil sind es die praktischen Rahmenbedingungen, wie fehlende Personalressourcen, die das tatsächliche Angebot an Hausbesuchen bestimmen.

Zum Teil liegen umfassende **Evaluationen** der Programme vor, diese sind jedoch nur in der Landessprache verfügbar. Die Evaluationen beziehen sich zumeist auf die Strukturqualität, die Inanspruchnahme des und die Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot. Evaluationen anhand von Ergebnisparametern, an denen die Effektivität der Programme festgemacht werden kann, dürften erst in den letzten Jahren in das Zentrum der Betrachtung rücken.

Die Inanspruchnahme des Leistungsangebots ist in allen beschriebenen Programmen nicht verpflichtend. Nur zu einem geringen Teil werden kleine materielle Anreize gesetzt. Trotzdem ist die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen in Finnland, den Niederlanden und Schweden sehr hoch. Zu Großbritannien und dem deutschen *Aktionsprogramm Familienbesucher* liegen keine Werte vor. Im Rahmen der *Netzwerke Gesunde Kinder* variiert die Reichweite stark und liegt zwischen 2 Prozent bei neugegründeten und rund 50 Prozent bei etablierten Netzwerken.

Schlussfolgerungen

Die universellen Programme in den ausgewählten Beispielländern werden großteils in ver-schränkten Strukturen angeboten. Aufgrund dieser Leistungsstruktur ist ein Vergleich der Anzahl der Termine in den Programmen nur bedingt aussagekräftig. Jedenfalls werden in allen Ländern (in unterschiedlichem Ausmaß) bereits für die Zeit der Schwangerschaft Leistungen angeboten, die über rein medizinische Vorsorgeleistungen hinausgehen. Ein Termin im letzten Schwangerschaftsdrittel scheint empfehlenswert zu sein, um die Auseinandersetzung der werdenden Eltern mit der sich verändernden Lebenssituation und mit ihren Ressourcen zu fördern, sie frühzeitig zu informieren und allfälligen Unterstützungsbedarf identifizieren zu können.

In allen Programmen sind zumindest drei Besuche vorgesehen – ein Hausbesuch kurz nach der Geburt, ein Termin um die achte Lebenswoche des Kindes und ein Termin um den ersten Geburtstag (mit Ausnahme des Aktionsprogramms Familienbesucher). Zur Identifikation von Familien mit allfällig erhöhtem Beratungs- bzw. Unterstützungsbedarf ist es sinnvoll, in der ersten Phase nach der Geburt Familien zu begleiten und mehrere Termine vorzusehen. Eine längerfristige Begleitung ermöglicht auch, Beratungs- und Unterstützungsbedarf zu erkennen, der sich erst mit der veränderten Lebenssituation und den sich verändernden Bedürfnissen des Kindes ergibt.

Im Fokus der Termine sollte nicht nur das Kind, sondern die Familie mit ihren Ressourcen stehen. Eine aktive und frühzeitige Auseinandersetzung mit Themen wie Familiengesundheit und Lebensstil, eigenen Kindheitserfahrungen, Partnerschaft und Lebenssituation schafft die Möglichkeit, vorhandene Ressourcen zu stärken bzw. frühzeitig allfällige weitere Beratungs- und Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Termine sollten auch Raum bieten, Informationen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil und zur Förderung des Kindes in der entsprechenden Lebensphase zu geben (Interaktion, Sprechen, Vorlesen, Spielgruppen). Im Rahmen rein medizinischer Vorsorgeuntersuchungen scheint der Raum für solche Gespräche aktuell limitiert zu sein.

Inhalt

| | |
|---|------|
| Kurzfassung | III |
| Abkürzungen..... | VIII |
| Personal Child Health Record (GB) | VIII |
| Tabellen | VIII |
| Abbildung | VIII |
| 1 Hintergrund..... | 1 |
| 2 Fragestellung..... | 2 |
| 3 Methodik..... | 3 |
| 4 Etablierte universelle Programme | 6 |
| 4.1 Finnland | 6 |
| 4.2 Niederlande | 12 |
| 4.3 Großbritannien (England) | 20 |
| 4.4 Schweden | 25 |
| 4.5 Deutschland | 29 |
| 4.6 Vergleichende Übersicht der Ländermodelle | 35 |
| 5 Schlussfolgerungen | 42 |
| 6 Weitere Informationen | 44 |
| 6.1 Literatur | 44 |

Abkürzungen

| | |
|------|---|
| DoH | Department of Health (GB) |
| EPDS | Edinburgh Postnatal Depression Scale (auch Edinburgh Depression Scale) |
| GB | Großbritannien |
| GDA | Anbieter/innen von Gesundheitsdienstleistungen |
| HCP | Healthy Child Programme (GB) |
| HV | Health Visitor (GB) |
| KNOV | Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NL) / Royal Dutch Organisation of Midwives |
| NJI | Nederlands Jeugd Instituut (NL) / Netherlands Youth Institute |
| NL | Niederlande |
| PCHR | Personal Child Health Record (GB) |
| SF | Finnland |
| SS | Schwangerschaft |
| SSW | Schwangerschaftswoche |
| STM | Sosiaali- ja Terveystieteistö (SF) / Sozial- und Gesundheitsministerium |
| VZÄ | Vollzeitäquivalente |

Tabellen

| | | |
|--------------|--|----|
| Tabelle 4.1: | Finnland – Leistungen Mutterschaftszentren (Neuvola-System) | 9 |
| Tabelle 4.2: | Finnland – Leistungen Kindergesundheitszentren (Neuvola-System) im ersten Lebensjahr des Kindes | 10 |
| Tabelle 4.3: | Niederlande – Betreuungsleistungen Schwangerschaft | 16 |
| Tabelle 4.4: | Niederlande – Betreuungsleistungen 1. (-2.) Lebensjahr | 17 |
| Tabelle 4.5: | Großbritannien (England)*- Betreuungsleistungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr..... | 23 |
| Tabelle 4.6: | Schweden – Betreuungsleistungen Schwangerschaft | 27 |
| Tabelle 4.7: | Schweden – Betreuungsleistungen 1. (-2.) Lebensjahr..... | 28 |
| Tabelle 4.8: | Behandelte Themenbereiche der universellen Programme in der Länderübersicht – Schwangerschaft..... | 38 |
| Tabelle 4.9: | Behandelte Themenbereiche der universellen Programme in der Länderübersicht – erstes Lebensjahr des Kindes ¹ | 40 |

Abbildung

| | | |
|----------------|--|---|
| Abbildung 3.1: | Fragenkatalog zu den universellen Programmen in ausgewählten Ländern | 4 |
|----------------|--|---|

1 Hintergrund

Projektauftrag / Zielsetzung

Als Beitrag zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einem Grundlagenprojekt zu Frühen Hilfen beauftragt. Ziel des Projektes ist, die strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung von Frühen Hilfen in Österreich zu verbessern. Im Rahmen dieses Projektes werden bzw. wurden Erhebungen zur Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich (Haas et al. 2013) durchgeführt, die Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen aufbereitet (Knaller 2013) sowie weitere Arbeiten der Aufbereitung der fachlichen Grundlagen zu Frühen Hilfen durchgeführt.

Im Grundlagenprojekt wird ein sogenanntes „Idealmodell Früher Hilfen“ für Österreich entwickelt. Es besteht aus einem indizierten Angebot für Familien in belasteten Lebenssituationen durch regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke, das mit einem bundesweit bereitgestellten universellen Basisangebot für alle Familien verknüpft ist (Haas et al. 2013). Als Input für die Konzeption dieses Basisangebots verfolgt der vorliegende Bericht das Ziel der Aufbereitung der Evidenz sowohl zu Interventionszeitpunkten (Anzahl und Abstände der Termine) als auch zu Inhalten der einzelnen Termine von internationalen, bereits etablierten Programmen. Im Fokus stehen hierbei Modelle, die einen universellen Zugang verfolgen, d. h. ein Angebot vorsehen, das allen Schwangeren (bzw. werdenden Eltern) und Eltern von Babys zur Verfügung steht. Ein weiteres Kriterium ist, dass die Angebote (zumindest zum Teil) aufsuchend erbracht werden.

Definition von Frühen Hilfen

Im Rahmen des Grundlagenprojekts wurde eine Begriffsdefinition „Frühe Hilfen“ für Österreich in Anlehnung an die Definition des Zentrums Frühe Hilfen in Deutschland erarbeitet (Haas et al. 2013). Demnach stellen Frühe Hilfen „ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt) dar, die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen und mit vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteuren vernetzt sind.“

Frühe Hilfen zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Elternkompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Des Weiteren sollen damit Entwicklungsstörungen, -verzögerungen und Krankheiten verhindert bzw. reduziert werden. Frühe Hilfen tragen damit maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Frühe Hilfen wenden sich nicht ausschließlich, aber schwerpunktmäßig an sozial benachteiligte Familien bzw. an Familien mit besonderen Belastungen und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.“ (Knaller 2013)

2 Fragestellung

Vorliegender Bericht geht folgender Fragestellung nach:

Welche Interventionen (Beratungsgespräche/Hausbesuche) setzen etablierte **universelle** Programme (mit aufsuchenden Komponenten) während der Schwangerschaft und binnen zwölf Monaten nach der Geburt des Kindes?

1. Wie viele Termine finden im universellen Angebot geplanterweise statt?
2. Wie verteilen sich die Termine hinsichtlich der Schwangerschaftswochen bzw. des Alters des Kindes?
3. Welche konkreten Inhalte werden zu den einzelnen Terminen angeboten/aufgegriffen?
4. Wie stellt sich die Evidenzgrundlage zu der Gestaltung der Programme (Termine/Inhalte) dar?

3 Methodik

In Abstimmung mit der Projektkoordinatorin Frühe Hilfen an der GÖG wurden vier europäische Beispielländer ausgewählt: Finnland, Großbritannien (England), Niederlande und Schweden, deren Programme hinsichtlich der oben angeführten Fragestellungen untersucht werden. Die Länderauswahl berücksichtigt nur Programme, die einen universellen Zugang verfolgen und zumindest einen aufsuchenden Kontakt in der relevanten Zeitspanne (Schwangerschaft und erstes Lebensjahr des Kindes) vorsehen. Die Programme werden oft nicht unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ geführt, erlauben aber wichtige Rückschlüsse für die Gestaltung eines universellen Basisangebots im Rahmen des „Idealmodells Frühe Hilfen“ in Österreich. Sie werden im folgenden als „universelle Programme“ bezeichnet.

Des Weiteren berücksichtigt werden zwei regionale Angebote Früher Hilfen in Deutschland (*Netzwerke Gesunde Kinder* des Landes Brandenburg und *Aktionsprogramm Familienbesucher* der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg), die ebenfalls einen universellen Ansatz verfolgen.

Literatur- und Informationsrecherche

Für den vorliegenden Bericht wurde ein selektiver Zugang der Evidenzrecherche gewählt. Zum einen wurde im Internet nach Begrifflichkeiten wie „Frühe Hilfen“ („early assistance / intervention / help / support“) im Zusammenhang mit den ausgewählten Ländern gesucht, zum anderen wurden Websites öffentlicher Institutionen (wie Ministerien und nachgelagerte Institutionen) sowie von Berufsverbänden durchsucht. Referenzlisten einschlägiger Publikationen wurden geprüft.

Von einer systematischen Literatursuche in Datenbanken wurde abgesehen aufgrund der konkreten Fragestellung (universelle Programme, ausgewählte Länder), der erwarteten Publikationen (graue Literatur, Programmbeschreibungen und -evaluationen) und der Publikationssprachen (Landessprache).

Zur Beantwortung der konkreten Fragestellung wurde ein Fragenkatalog (siehe Abbildung 3.1) entwickelt, der an die für das jeweilige Programm zuständigen Institutionen in Finnland, Großbritannien/England, den Niederlanden und Schweden übermittelt wurde. Zur Klärung allfälliger Rückfragen wurden die Ansprechpersonen telefonisch und per Mail kontaktiert. Auch wurde um Übermittlung von Programmbeschreibungen und -evaluationen ersucht.

Abbildung 3.1:

Fragenkatalog zu den universellen Programmen in ausgewählten Ländern

PARENTING SUPPORT – EARLY ASSISTANCE (PRE- AND POSTNATAL CARE UP TO 12–18 MONTHS AFTER BIRTH) – FOCUS ON UNIVERSAL SERVICES FOR PARENTS

System background – Organisation and embedding of the programme / services

1. Where does the programme / service come in the context of Family / Child Services / Medical Screening?
2. Who is the target group of the programme / service? Is this offered universally to all pregnant women (and their partners) / all families with a newborn, or is this service only offered to / available to a selected group?

Access and take-up of the services

3. How is access to this service guaranteed? Where is the service offered – is this an outreach service (home visits), is the service offered at health centers, community centers – or is it a combination of these?
4. How is the take-up rate of the service? Are there any incentives for attending appointments or taking part in the programme?

Specific design/organisation of the services

5. How many check-ups or counseling meetings are offered during pregnancy? How many during the first year of life of the baby? (Universal service vs. specialized care/programmes/interventions in case of additional risk-factors)
6. At which points in time are these services offered? (week of pregnancy, age of child, ...) (If available – what is the reasoning for timelines and/or number of appointments?)
7. Which topics are discussed during each of the appointments? (Is there a guidance on which topics should be discussed and if so, could you provide us this guidance or information on it?)
8. How is the identification of need for additional services / assessment of risk factors done? (Are there any tools, guidelines, checklists?)

Evaluation and outcome of the programme

9. Is the programme / are the services evaluated?
If so, in respect to which outcomes? (outcome/process indicators)
(Are there publications of evaluation studies available?)

(Health Care) Provider – qualification and communication

10. Who is providing the services (same / different for all appointments)?
Who is overseeing these services? / How is communication between the services ensured?

Ethnicities

11. Are the services only provided in national language(s), or are there special services available to migrants or minorities?

Costs of Services / Financing

12. Who is in charge of financing / commissioning those services?
-

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zu den deutschen Modellprojekten wurde auf verfügbare Publikationen öffentlicher Institutionen und auf persönliche Kontakte zurückgegriffen (Angelika Flaake, Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie).

Aufbereitung und Analyse der vorliegenden Evidenz

Umfang, Tiefe und Zuverlässigkeit der Ergebnisse der Evidenzrecherche unterscheiden sich zwischen den einzelnen Ländern je nach Konzeption der Programme und Zugang zu Information (Kooperation von Kontaktpersonen, Landessprache). Sind Programminformationen und -evaluationen nur in der Landessprache verfügbar, muss auf Übersetzungen bzw. Interpretationen einzelner Kontaktpersonen zurückgegriffen werden. Nach Möglichkeit wurde auf Publikationen und Informationen von öffentlichen Einrichtungen (Ministerien und nachgelagerte Institutionen) und Forschungseinrichtungen zurückgegriffen.

Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse der Literatur- und Informationsrecherche erfolgt nach einer einheitlichen Struktur in den Länderkapiteln. Die Informationen hinsichtlich Anzahl, Zeitpunkt und Inhalten der in den Programmen vorgesehenen Termine werden in Tabellen übersichtlich dargestellt.

Es ist anzumerken, dass die Darstellung – soweit möglich – auf jene Kontakte der Eltern-Kind-Programme fokussiert, die durch Anbieter nicht-ärztlicher Gesundheitsdienste erbracht werden und vor allem auch psychosoziale Komponenten berücksichtigen. Auf ärztliche Vorsorgeuntersuchungen der (werdenden) Mutter und des Kindes wird entsprechend den Fragestellungen des Berichtes nicht bzw. nicht detailliert eingegangen.

4 Etablierte universelle Programme

4.1 Finnland

Das finnische *Neuvola*-System verfügt über eine lange Tradition. Das System wurde 1922 initiiert, und bereits 1944 wurden die Städte und Kommunen gesetzlich verpflichtet, Mutterschafts- und Kindergesundheitszentren einzurichten, die kostenlos zugänglich sind. Seit 1949 werden flächendeckend Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum Schuleintritt) in diesen Zentren angeboten. Des Weiteren wird ein breites Spektrum präventiver Leistungen sowie Beratungs- und Unterstützungsleistungen für Eltern in den Zentren angeboten. *Neuvola* verfolgt einen universellen Ansatz und richtet sich an alle werdenden Eltern und Familien mit Babys und Kleinkindern. (Hakulinen-Viitanen 2013; Linderoos 2008; Vuorenkoski 2008)

Der generelle Rahmen der in den Mutterschafts- und Kindergesundheitszentren sowie im Rahmen der Schulgesundheit zu erbringenden Leistungen ist durch das finnische Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit (Sosiaali- ja Terveystieteistö, STM) geregelt. Die nationalen Empfehlungen wurden zuletzt im Jahr 2013 überarbeitet, zusätzlich wird die Versorgung durch nationale Empfehlungen für die Kindergesundheitszentren (aus dem Jahr 2004), durch Empfehlungen für die Versorgung in den Mutterschaftszentren des Nationalen Instituts für Gesundheit und Wohlfahrt (Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos, THL), zuletzt aus dem Jahr 2010, sowie durch staatliche Verordnung geregelt (Government Decree 338/2011 on maternity and child welfare clinics, school and student health care and preventive oral health care). Für das praktische Leistungsangebot – entsprechend diesen Vorgaben – sind die Kommunen zuständig (Hakulinen-Viitanen 2013; Linderoos 2008; Ministry of Social Affairs and Health 2013b). Das Leistungsangebot wird überwiegend aus öffentlichen Mitteln (Steuergeldern) finanziert.

Das *Neuvola*-System verfolgt einen umfassenden Ansatz und geht mittlerweile über das Fundament „Messen, Wiegen, Impfen“ hinaus. Nicht nur medizinische Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren und des Kindes sind Teil der Leistungen, sondern das Angebot richtet sich bereits in der Schwangerschaft an die künftige Familie und bietet Geburtsvorbereitungskurse und Elternseminare an, spricht die werdenden Väter aktiv an und begleitet auch später Kinder und Familien in Abhängigkeit von ihrem Bedarf (Linderoos 2008; Ministry of Social Affairs and Health 2013b; Vuorenkoski 2008). Als staatliche Zielsetzungen des *Neuvola*-Systems werden die Förderung der Gesundheit und Wohlfahrt der Kinder, Eltern und Familien genannt sowie das frühzeitige Erkennen von speziellen Bedürfnissen von Kindern und Familien und die Bereitstellung des entsprechenden Angebots. Dabei sollen das psychosoziale Wohlbefinden der Kinder, Eltern und Familien sowie ein gesundheitsfördernder Lebensstil gefördert werden. (Friedrich Ebert Stiftung 2006; Ministry of Social Affairs And Health 2013a).

Leistungsangebot

Die Leistungen im Rahmen des *Neuvola*-Systems werden von Mutterschafts- und Kindergesundheitszentren angeboten. In einer Befragung gaben rund 37 Prozent der Gesundheitszentren an, die Leistungen für Mutterschaft und Kindergesundheit als getrennte Services anzubieten, etwa 20 Prozent boten die Leistungen als kombinierte Services an, weitere 16 Prozent im Rahmen eines weiteren Netzwerks oder Familienzentrums, und die restlichen Zentren planten, solche in naher Zukunft einzurichten (Hakulinen-Viitanen et al. 2008). Es besteht ein Trend, die Leistungen des *Neuvola*-Systems verstärkt in Familienzentren zu integrieren bzw. diese auszubauen (Kekkonen et al. 2012). Auch wenn die Leistungen nicht als kombinierter Service angeboten werden, befinden sie sich zum überwiegenden Teil zumindest in demselben Gesundheitszentrum, also in räumlicher Nähe (Hakulinen-Viitanen 2013).

In den Mutterschafts- bzw. Kindergesundheitszentren arbeiten Public Health Nurses (PHN), d. s. Gesundheitspflegefachkräfte, die vor allem im Bereich der Prävention tätig werden (Winkler 2011), bzw. Hebammen, Ärztinnen/Ärzte sowie zum Teil andere Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Die Ausbildung zur PHN dauert vier Jahre (240 ECTS) und schließt mit einem Bachelorgrad. Die überwiegende Zahl der routinemäßig vorgesehenen Betreuungsleistungen im Verlauf einer unkomplizierten Schwangerschaft, aber auch der Vorsorgeleistungen für Kinder und deren Familien werden von den Berufsgruppen der PHN und Hebammen erbracht. 75 Prozent der Gesundheitspflegekräfte in Mutterschaftszentren verfügen über einen Abschluss als PHN, rund 20 Prozent über eine Ausbildung zur PHN und zur Hebamme, und nur 5 Prozent sind ausschließlich als Hebamme ausgebildet (Tuominen et al. 2012). Da im Bereich der in den Mutterschafts- und Kindergesundheitszentren arbeitenden Allgemeinärztinnen und -ärzte eine hohe Fluktuation herrscht, stellen die PHN in der Praxis die kontinuierliche Begleitung der Familien sicher. Etwa ein Drittel der PHN arbeitet in einem kombinierten Mutterschafts- und Kindergesundheitszentrum - d. h., sie begleiten Familien von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt des Kindes (Hakulinen-Viitanen 2013; Tuominen et al. 2012).

Die hohe Anzahl an Kontakten in der Schwangerschaft ermöglicht den PHN bzw. Hebammen, sich ein Bild vom Umfeld der Schwangeren und von allfälligem Unterstützungsbedarf zu machen. Generell ist das Angebot nicht aufsuchend konzipiert, ein Kontakt im Rahmen der Schwangerschaft und ein Besuch nach der Geburt des Kindes sollten jedoch im häuslichen Umfeld der (werdenden) Mutter stattfinden (Linderoos 2008). Zum Teil zeigt gerade der Kontakt im Rahmen der Hausbesuche weiteren Unterstützungsbedarf der Familie (Friedrich Ebert Stiftung 2006). Nach der Geburt des Kindes wird die Betreuung der Familie fortgeführt.

Die Kindergesundheitszentren verfügen über Netzwerke mit verschiedenen Gesundheitsberufen und bieten neben den oben erwähnten Leistungen auch psychotherapeutische und psychologische, logopädische, physiotherapeutische und ergotherapeutische Leistungen an. Auch arbeiten Ernährungsberater/innen und Sozialarbeiter/innen in vielen *Neuvola*-Zentren. Die Leistungen werden entweder in den Zentren direkt angeboten oder zugekauft. (Hakulinen-Viitanen et al. 2005)

Die Inanspruchnahme des Leistungsangebots der Mutterschafts- und Kindergesundheitszentren beträgt nahezu 100 Prozent, nur etwa 0,2 bis 0,3 Prozent der Schwangeren nehmen das Angebot nicht an bzw. wird (laut Daten der Impfstatistik) für rund 0,5 Prozent der anspruchsberechtigten Kinder das Leistungsangebot nicht abgerufen (Hakulinen-Viitanen 2013).

Die Erstuntersuchung bis Ende der 16. SSW stellt eine Grundvoraussetzung für den Bezug des Babypakets bzw. alternativ von 140 Euro dar. Diese Untersuchung kann in einem Mutterschaftszentrum oder auch von einem Arzt / einer Ärztin durchgeführt werden. (THL 2012)

Die Leistungen werden in den Gesundheitszentren in den beiden Landessprachen (Finnisch und Schwedisch) sowie in Englisch angeboten. Alternativ ist das Beiziehen von Übersetzungsdiensten möglich. (Hakulinen-Viitanen 2013)

Zeitpunkte und konkrete Inhalte der Termine

Schwangerschaft und Nachbetreuung

Nach der ersten Meldung im Neuvola-Zentrum wird eine Gesundheitskartei für die Schwangere angelegt. Im Rahmen einer unkompliziert verlaufenden Schwangerschaft wird die werdende Mutter acht- bis neunmal von einer PHN oder einer Hebamme untersucht, zusätzlich finden zwei ärztliche Untersuchungen statt (davon eine umfassende medizinische Untersuchung) sowie eine Reihe von Ultraschalluntersuchungen zu festgelegten Zeitspannen (Hakulinen-Viitanen 2013). Die Vorsorgetermine gehen über die rein medizinische Untersuchung der Schwangeren hinaus; so führt die PHN bzw. Hebamme vertrauensfördernde Gespräche und spricht – so möglich – beide Elternteile hinsichtlich ihrer Lebensumstände, Gesundheit und Vorbereitung auf die Elternschaft an. Elterntrainings für werdende Eltern, die ihr erstes Kind erwarten, und Geburtsvorbereitungskurse werden in den Zentren angeboten, wobei auch die werdenden Väter aktiv eingebunden werden. Bereits während der Schwangerschaft wird im Rahmen einer umfassenden Untersuchung ein „Assessment“ der Gesundheit und des Wohlbefindens der Eltern durchgeführt, werden allfällige Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Stärkung der elterlichen Ressourcen ausgelotet und wird auf Hilfsangebote verwiesen. Indikatoren, die auf einen erhöhten Beratungs- oder Betreuungsbedarf verweisen, sind neben medizinischen Faktoren wie mütterlichen Vorerkrankungen, einem erhöhten Risiko einer Frühgeburt, Problemen in früheren Schwangerschaften u. a. auch soziale Faktoren wie familiäre Probleme (Hakulinen-Viitanen 2013). Ein Fragebogen zu den Ressourcen im Alltag (Gesundheit und Lebensstil, Kindheitserfahrungen, Partnerschaft, wirtschaftliche Situation, Arbeit und Wohnsituation), für Paare (bzw. Alleinerzieherinnen), die ihr erstes Kind erwarten, kann genutzt werden, um die Auseinandersetzung der werdenden Eltern mit der neuen Lebenssituation zu fördern. Im Gespräch über die Inhalte kann sich weiterer Bedarf an Beratungsleistungen oder Hilfsangeboten ergeben. (Kaljunen et al. 2010) Die Neuvola-Zentren arbeiten mit Entbindungskliniken eng zusammen, 99 Prozent der Geburten in Finnland erfolgen im Krankenhaus (Ministry of Social Affairs And Health 2013a). Nach der Geburt sind zwei weitere Termine für die Mutter vorgesehen: ein Termin mit der PHN bzw. der Hebamme (Hausbesuch) sowie eine ärztliche Untersuchung (Hakulinen-Viitanen 2013).

Tabelle 4.1 stellt die Leistungen des *Neuvola*-Systems im Rahmen der Schwangerschaft dar.

Tabelle 4.1:

Finnland - Leistungen Mutterschaftszentren (Neuvola-System)

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|---|--|---|
| SSW 6–8 SSW 8–10 SSW 13–18 SSW 22–24 SSW 26–28 SSW 30–32 SSW 35–36 SSW 37–41 – jede zweite Woche | 8–9 Termine mit PHN oder Hebamme <i>(Generell nicht aufsuchend, ein Termin der PHN/Hebamme sollte ein Hausbesuch sein.)</i> Zusätzlich 2 Arzttermine (+ 4 Ultraschalluntersuchungen) | Erstuntersuchung*: Feststellung der Schwangerschaft, Anamnese, Erbkrankheiten, Lebensgewohnheiten, Alkoholkonsum, Rauchen und Drogenkonsum, Blutabnahme, Blutdruckmessung Medizinische Untersuchungen / Gesundheitszustand, gesundheitsförderndes Verhalten in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsverlauf und Komplikationen, Geburt und Wochenbett, vertrauensfördernde Gespräche, Auseinandersetzung mit der Elternrolle, Partnerschaft, Einbindung des Vaters, Stillen, sicheres Schlafen, Angebote für Familien (Weiterführendes Angebot: Geburtsvorbereitungskurse, z. T. Elterntrainings für Erstgebärende) <i>(Eindruck Lebensumfeld)</i> |
| Nach der Geburt | PHN oder Hebamme (<i>Hausbesuch</i>) Zusätzlich 1 Arzttermin | |

* Die Durchführung einer Erstuntersuchung vor Ende der 16. SSW stellt die Voraussetzung für den Bezug des Babypaketes bzw. alternativ von 140 Euro dar.
 PHN = Public Health Nurse, z. T. = zum Teil

Quellen: Hakulinen-Viitanen 2013, Linderoos 2008; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nach der Geburt (erstes Lebensjahr des Kindes)

Gemäß der aktuellen Verordnung sind zumindest 15 Vorsorgetermine für Kinder zwischen der Geburt und dem sechsten Lebensjahr (LJ) (Schuleintritt) vorgesehen. Im ersten LJ hat das neugeborene Kind neun Termine im Kindergesundheitszentrum, wobei die Kinder in ihrer gesundheitlichen wie auch psychischen und sozialen Entwicklung begleitet werden. Diese Zahl beinhaltet auch drei Untersuchungstermine (4–6 Wochen, 4 Monate, 8 Monate), die von einer PHN und einer Ärztin / einem Arzt gemeinsam durchgeführt werden, wobei die Untersuchung mit vier Monaten umfassend ist. (Hakulinen-Viitanen 2013; Linderoos 2008) Auch Impfungen werden von den PHN im Rahmen der Vorsorgetermine durchgeführt (Linderoos 2008). Für jedes Kind wird eine Gesundheitskartei geführt.

Neuvola-Zentren bieten auch Unterstützungsleistungen und Beratung bei Erziehungsfragen, der Bewältigung des Alltags oder bei Problemen in der Familie. Durch das engmaschige Vorsorgeangebot und die kontinuierliche Betreuung können Probleme frühzeitig identifiziert und kann Hilfestellung geboten werden. Die PHN sind ausgebildet, soziale und medizinische Risikofaktoren zu erkennen, und dazu angehalten, auch versäumte Termine als Warnzeichen zu verstehen. (Friedrich Ebert Stiftung 2006; Winkler 2011)

Tabelle 4.2 gibt einen Überblick der Leistungen im finnischen *Neuvola*-System im ersten Lebensjahr des Kindes.

Tabelle 4.2:
Finnland – Leistungen Kindergesundheitszentren (Neuvola-System)
im ersten Lebensjahr des Kindes

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|---------------------------------|---|--|
| 1–4 Wochen | PHN (Hausbesuch) | Gesundheitszustand, Wohlbefinden, Stillen, Ernährung, sicheres Schlafen, Kindespflege, Wachstum und Entwicklung, Sicherheit/Unfallverhütung für Baby und Kleinkind, Elternschaft und Partnerschaft, z. T. Eltern-Kind-Interaktion, Kinderbetreuung |
| 4–6 Wochen | PHN und Ärztin/Arzt | |
| 2 Monate | PHN | |
| 3 Monate | PHN | |
| 4 Monate | PHN und Ärztin/Arzt | Umfassende Gesundheitsuntersuchung: Gesundheitszustand, Wohlbefinden und gesundheitliches Verhalten, Elternschaft und Partnerschaft, Resilienz, soziale Unterstützung, etc. |
| 5 Monate | PHN | Gesundheitszustand, Wohlbefinden, Stillen, Ernährung, sicheres Schlafen, Kindespflege, Wachstum und Entwicklung, Sicherheit/Unfallverhütung für Baby und Kleinkind, Elternschaft und Partnerschaft, , z. T. Eltern-Kind-Interaktion, Kinderbetreuung |
| 6 Monate | PHN | |
| 8 Monate | PHN und Ärztin/Arzt | |
| 12 Monate | PHN | |
| 2. Lebensjahr bis Schuleintritt | 6 Termine (18 Monate, 2, 3, 4, 5 und 6 Jahre) mit PHN z. T. gemeinsam mit Ärztin/Arzt | |

PHN = Public Health Nurse, u. a. = und andere, z. T. = zum Teil

Quellen: Hakulinen-Viitanen, persönliche Kommunikation 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Konkrete Regelungen zu den Leistungsinhalten der einzelnen Termine bzw. Empfehlungen hierzu sind in den Landessprachen verfügbar.

Gesundheitsberatung wird im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt. Jedenfalls werden im Rahmen der drei umfassenden Gesundheitsuntersuchungen des Kindes (im ersten

Lebensjahr mit 4 Monaten) auch der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Eltern bzw. der Familie erhoben, die elterlichen Ressourcen gegebenenfalls zu stärken versucht sowie Hilfestellungen angeboten. Indikatoren für einen zusätzlichen Betreuungsbedarf sind beispielsweise psychosoziale Probleme des Kindes, Übergewicht und familiäre Faktoren wie psychische Probleme, Alkoholprobleme oder Anzeichen häuslicher Gewalt. (Hakulinen-Viitanen 2013) Zur Thematisierung der elterlichen Ressourcen nach der Geburt eines Kindes wurde (analog zum Fragebogen für Paare, die ihr erstes Kind erwarten; s. o.) ein Fragebogen entwickelt, der sich mit verschiedenen Lebensbereichen auseinandersetzt (Situation nach der Geburt, Partnerschaft, familiäre Netzwerke und Unterstützung, Gesundheit, Zukunftsperspektiven). Dieser kann im Rahmen der Beratung durch die PHN genutzt werden. (Hakulinen-Viitanen/Pelkonen 2010) Weiters kommen standardisierte Instrumente zur Anwendung, wie die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) oder Tests zur neurologischen Entwicklung des Kindes (LENE-Test) (Hakulinen-Viitanen 2013).

Wird ein zusätzlicher Betreuungsbedarf für das Kind oder die Familie identifiziert, so kann an die entsprechenden Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Ergo- oder Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Ernährungsberaterinnen/-berater) überwiesen werden bzw. können Termine vereinbart werden. Wenn es die individuelle Situation bedingt, können auch multiprofessionelle Treffen mit der Familie stattfinden. (Hakulinen-Viitanen 2013)

Die Betreuung im Kindergesundheitszentrum wird jedenfalls bis zum Schuleintritt fortgesetzt, im zweiten Lebensjahr des Kindes erfolgen zumindest zwei Untersuchungen, davon eine umfassende, die wieder von PHN und einer Ärztin / einem Arzt gemeinsam durchgeführt wird. Mit Schuleintritt werden die Kinder durch das Schulgesundheitsystem betreut, die Gesundheitskartei wird hierzu an diese Stellen übermittelt. (Ministry of Social Affairs And Health 2013a; Winkler 2011)

Evidenz zur Wirksamkeit des Programms / Evaluation des Programms

Eine umfassende Evaluation des Leistungsangebots der Neuvola-Zentren wurde im Jahr 2003 durchgeführt. Dabei wurden u. a. die konkreten organisatorischen Rahmenbedingungen, das Leistungsangebot, die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen und der Entwicklungsbedarf erhoben und den bestehenden nationalen Empfehlungen gegenübergestellt wurden. Vor allem zeigte sich ein Mangel an personellen Ressourcen, was sich in Umfang und Angebot der Leistungen niederschlug. So konnte nur etwa ein Drittel der vorgesehenen Untersuchungen der Babys durch PHN entsprechend den Empfehlungen durchgeführt werden, den Ärztinnen und Ärzten war dies bei etwa der Hälfte der Fälle in dieser Altersgruppe möglich. Auch konnten die Vorgaben hinsichtlich der Dauer der Untersuchungen nur von einem Drittel der PHN und einem Viertel der Ärztinnen und Ärzte eingehalten werden. Die Anzahl der Hausbesuche war rückläufig, und nur zwei Drittel der PHN konnten zum Zeitpunkt der Erhebung (2003) nach der Geburt des Kindes einen Hausbesuch tatsächlich durchführen. (Hakulinen-Viitanen et al. 2005) Die Evaluation aus dem Jahr 2007 zeigte leichte Verbesserungen hinsichtlich Personalausstattung, durchgeführter Untersuchungen, Hausbesuche und anderer Arbeitsmethoden. Trotzdem entsprach die Personalausstattung bei den PHN nur bei 61 Prozent der Schwangerschafts- und bei 47 Prozent der Kindergesundheitszentren den Empfehlungen; bei

dem ärztlichen Personal waren es 63 Prozent bzw. 29 Prozent. 2007 gab etwa ein Drittel der Gesundheitszentren an, dass die PHN bzw. Hebammen zumindest einen Hausbesuch während der Schwangerschaft durchführten, nahezu alle Gesundheitszentren konnten einen Hausbesuch durch PHN oder Hebammen nach der Geburt (sowohl bei Erstgebärenden als auch bei Folgegeburten) durchführen. 88 Prozent der Kindergesundheitszentren führten an, dass nach der Geburt oder bei Bedarf Leistungen im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt wurden. (Hakulinen-Viitanen et al. 2008) Im Jahr 2013 wurde eine weitere Evaluation durchgeführt, die Ergebnisse sind jedoch noch nicht veröffentlicht (Hakulinen-Viitanen 2013).

Die sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben zu einer Diskussion geführt über die Notwendigkeit, die Aufgaben der Neuvola-Zentren in einen anderen Rahmen zu setzen. Seitens des professionellen Umfelds, das mit Kindern und Familien in Kontakt steht, wurde der Wunsch nach mehr Kooperation zwischen den einzelnen Gesundheits-, Beratungs- und Hilfeleistungen, die mit Kindern bzw. Familien arbeiten, formuliert, da ohne diese Kooperation Probleme einer Familie häufig nicht effektiv lösbar scheinen. Dies führte in Finnland zur Entwicklung von Familienzentren, die über die bisherigen Strukturen der Neuvola-Zentren hinausgehen. (Kekkonen et al. 2012)

Das erste Familienzentrum in Finnland wurde im Jahr 2002 in Espoo gegründet. Basierend auf den positiven Erfahrungen dieses Zentrums, wurde ein nationales Projekt ins Leben gerufen, das die Einrichtung von Familienzentren als funktionierendes Modell einer familienzentrierten und kommunikationsfördernden Arbeit förderte. Ein Familienzentrum kann dabei folgendermaßen charakterisiert werden: *„A family centre is a locally developing service model whose services include prenatal and child health clinics, open early childhood education, primary school services, early support and family work services. Family centres include meeting places for parents in which they can participate in unstructured or guided parent group activities. Family oriented practices promote child welfare, support parenthood and the couple's relationship, and their nature is preventive. A family centre's working method is family partnership, co-operation with Non-Government-Organisations (NGO) congregations, volunteers and families themselves. Family centres are part of the municipal structure of services for children and families. Case management services ensure that specialised services reach the families who need them“* (Viitala, Kekkonen et al. 2008 in (Kekkonen et al. 2012)). Die Familienzentren in Finnland knüpfen an Kindergesundheitszentren bzw. Eltern-Kind-Zentren an oder agieren als Familienzentrum für eine größere Region und decken den Bedarf der Familien auch über webbasierte Dienste ab. Die so entstandenen vielfältigen Einrichtungen in den verschiedenen Regionen Finnlands sollen hinsichtlich ihrer Erfolgsfaktoren evaluiert werden, um im Sinne von Best-Practice voneinander lernen zu können. (Kekkonen et al. 2012)

4.2 Niederlande

Für die Familien- und Jugendpolitik sind in den Niederlanden mehrere Ministerien verantwortlich, darunter das Gesundheits- und das Sozialministerium. Auf Regierungsebene erfolgen hauptsächlich koordinierende Tätigkeiten. Auf Ebene der zwölf Provinzen gibt es jeweils ein Jugendamt, dessen Hauptaufgabe darin besteht, die Bedürfnisse und den Bedarf von Problemfa-

milien einzuschätzen und diese an entsprechende Unterstützungsangebote weiterzuverweisen. Die rund 400 Gemeinden in den Niederlanden sind verantwortlich für (präventive) Jugend- und Familienpolitik auf lokaler Ebene. Ein 2007 erlassenes Gesetz sieht neben der Dezentralisierung auch die Errichtung eines Jugend- und Familienzentrums in jeder Gemeinde vor, zusätzlich zu den bzw. in Verschränkung mit den bisherigen lokalen Gesundheitseinrichtungen des „Gemeentelijke Gezondheidsdienst“ (GGD). (Boddy et al. 2009; Nederlands Jeugd Instituut; Winkler 2011) Bis 2012 war die Errichtung dieser Zentren in nahezu allen Gemeinden abgeschlossen. Folgende Aufgaben sind ihnen vorgegeben:

1. Jugend- und Kindergesundheit (GGD),
2. fünf gesetzlich festgelegte Gebiete im Rahmen der Elternunterstützung:
 - » Information
 - » (frühzeitige) Problemerkennung
 - » Anleitung und Beratung
 - » Pädagogische Unterstützung
 - » Koordination der lokalen Aktivitäten
3. Verbindung zum jeweiligen Jugendamt,
4. Verbindung zur schulischen Betreuung („School Care and Advice Teams“).

Zusätzliche Funktionen und Angebote (auch für schwangere Frauen) können mit den Zentren verknüpft sein. Die Betreuungsangebote reichen grundsätzlich bis ins Erwachsenenalter der Kinder. (Darwish/de Vries 2010; Nederlands Jeugd Instituut)

Leistungsangebot

Angebote und gesundheitliche Betreuung rund um Schwangerschaft und Geburt werden in den Niederlanden generell von Hebammen getragen. Im Anschluss daran übernehmen die (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der) Jugend- und Familienzentren bzw. die Elternberatungsstellen („consultatiebureau“) die Betreuung inklusive der medizinischen Standard-Untersuchungen.

Schwangerschaft

Abhängig vom gesundheitlichen Risiko der Schwangeren bzw. vom Schwangerschaftsverlauf erfolgt die Betreuung durch freiberufliche Hebammen und ev. Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (geringes Risiko), durch Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe und spezialisierte Krankenhaushebammen in allgemeinen Krankenhäusern (mittleres Risiko) und durch Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe in Universitätskrankenhäusern (hohes Risiko). Frauen mit geringem Risiko können wählen, ob sie im Krankenhaus oder zu Hause entbinden wollen. (Geus 2012) Die Hebamme wird von Frauen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft aufgesucht (erster Kontakt meist in der 7.-8. Schwangerschaftswoche). Die Betreuung ist kostenfrei (die Hebammen haben Verträge mit den Krankenversicherungen); sie ist für die Frauen nicht verpflichtend. Etwa 10 bis 15 Termine bei der Hebamme finden gewöhnlich statt (KNOV 2013; Parenting in Holland 2013). Hausbesuche sind direkt nach der Geburt und ansonsten in Ausnahmefällen vorgesehen. Aktuell ist jedoch eine Diskussion in Gang, einen Hausbesuch vor der Geburt einzuführen (etwa um die 33./34. Schwangerschaftswoche - zu

diesem Zeitpunkt ist manchmal auch ein Besuch der „Kraamverzorgster“ vorgesehen; s. weiter unten). Ziel dieses Hausbesuchs wäre die Überprüfung des sozialen Umfeldes der Schwangeren und inwieweit dieses für ein Baby geeignet ist. Gegebenenfalls kann dann an die/den Hausärztin/-arzt, eine Pflegekraft („community nurse“), Sozialarbeiter/innen etc. weiterverwiesen werden (KNOV 2013).

Für die Betreuung einer Schwangeren gibt es immer (nur) eine als „Case Manager“ fungierende Hebamme, die tatsächlichen Kontakte werden jedoch in der Regel von mehr als einer Hebamme abgewickelt.

Die Ausbildung zur Hebamme dauert vier Jahre, bestehend aus (in Summe) zwei Jahren Theorie, einem Jahr Praktika bei freiberuflichen Hebammen und einem Jahr Praktika in Krankenhäusern. Sie schließt mit dem akademischen Grad „Bachelor“ ab. Primäres Ziel der Ausbildung ist die Tätigkeit als freiberufliche Hebamme. (Geus 2012)

Aktuell wird in den Niederlanden auch die Methode des „Centering pregnancy“ in Pilotprojekten angewendet (Rising et al. 2004). Hierbei werden Frauen anstelle der Einzelgespräche/-untersuchungen in Gruppen von acht bis zehn Personen betreut. Für diese Gruppen sind jeweils eine Hebamme und eine andere Gesundheits-Fachkraft, etwa eine Pflegekraft oder Stillberaterin, zuständig. (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen 2014) Einige dieser Gruppen treffen sich nach der Geburt auf freiwilliger Basis weiter. Seitens der Elternberatungsstellen besteht auch die Überlegung, diese Gruppen nach der Geburt offiziell weiterzuführen (KNOV 2013).

Nach der Geburt

Direkt nach der Geburt gibt es für alle Familien die Möglichkeit, zusätzlich zur nachgeburtlichen Betreuung durch die Hebamme die sogenannte „Kraamzorg“ in Anspruch zu nehmen. Dieser Service wird von Non-Profit-Organisationen bereitgestellt, wobei nationale Richtlinien einzuhalten sind. Dafür ausgebildetes Krankenpflegepersonal („kraamverzorgster“) kommt in der Regel für drei bis sechs Stunden pro Tag zur Familie und leistet Unterstützung in den Bereichen Stillen, Körperpflege des Babys etc., hilft bei der Betreuung älterer Geschwister, übernimmt jedoch auch einfache Haushaltstätigkeiten. Dieses Angebot gilt gewöhnlich für die ersten acht Tage nach der Geburt. Für diese Leistungen gibt es einen Selbstbehalt für die Eltern von zumindest 3,50 Euro pro Stunde. (Boddy et al. 2009)

Im Anschluss an Kraamzorg wird die Betreuung von der Elternberatungsstelle („consultatiebureau“) übernommen, die in diesem Sinn auch als Kindergesundheitszentrum fungiert (child health clinic) und an den seit 2008 neu geschaffenen Jugend- und Familienzentren angesiedelt bzw. mit diesen verknüpft ist. Hier werden die vorgesehenen (medizinischen) Routineuntersuchungen für Kinder bis zum vierten Lebensjahr durchgeführt. Die Kosten dafür werden von den Gemeinden getragen. Laut einer Studie aus dem Jahr 2008 nutzen rund 97 Prozent der Eltern diesen Service. Nach Angaben des Niederländischen Jugendinstituts (NJI) sind es im ersten Lebensjahr sogar 100 Prozent der Familien und immerhin noch 80,6 Prozent im fünften

Lebensjahr. Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf können auf diese Weise niederschwellig identifiziert werden. (Boddy et al. 2009)

An den Jugend- und Familienzentren arbeiten verschiedenste Professionen zusammen, darunter Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderkrankenpflegepersonal („youth nurses“), Arztassistentinnen und -assistenten, Sozialarbeiter/innen sowie Sozialwissenschaftler/innen. Sie sind für ein breites Aufgabenspektrum verantwortlich, das neben Information und Beratung sowie medizinischen Screenings und Impfungen auch die Früherkennung möglicher Risiken bzw. Risikosituationen vorsieht sowie ggf. die Weiterleitung zu speziellen Hilfeangeboten. (Darwish/de Vries 2010)

Zeitpunkte und konkrete Inhalte der Termine

Schwangerschaft

Tabelle 4.3 gibt einen Überblick über Leistungen und Zeitpunkte.

Tabelle 4.3:
Niederlande – Betreuungsleistungen Schwangerschaft

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|--------------|--|--|
| SSW 6–8 | Hebamme in der Hebammenpraxis*, Ersttermin und ein Kontrolltermin | Anamnese, Blutuntersuchungen, körperliche Untersuchung, psychosoziale Aspekte (psychische Symptome, Stimmung, Stress, Veränderungen im täglichen Ablauf, Beratung), Fragen zur sozialen Situation, Partnerschaft, Rauchen, Alkohol, häusliche Gewalt etc. <i>Fragen zur häuslichen Gewalt werden im Lauf der SS noch zwei weitere Male gestellt</i> |
| SSW 8–10 | Hebamme in der Hebammenpraxis* | Information zu pränatalem Screening (falls gewünscht) |
| SSW 10–13 | Hebamme in der Hebammenpraxis* | Besprechung eines „Behandlungsplans“, körperliche Untersuchung, psychosoziale Aspekte, Fragenbeantwortung |
| SSW 9–14 | Hebamme, sofern diese dafür eine Zusatz-Ausbildung hat, oder Zentrum bzw. Arztpraxis | Combined Test, Blutuntersuchung Ultraschall / errechneter Geburtstermin |
| SSW 10 (ca.) | Hebamme, Gruppentermin | Allgemeine Information und Beratung |
| SSW 14–26 | Hebamme in der Hebammenpraxis*, 2–3 Termine | körperliche Untersuchung, psychosoziale Aspekte, Fragenbeantwortung |
| SSW 18–22 | Hebamme, sofern diese dafür eine Zusatz-Ausbildung hat, oder Zentrum bzw. Arztpraxis | Organscreening (anomaly scan) |
| SSW 27–40 | Hebamme in der Hebammenpraxis*, 6–8 Termine | körperliche Untersuchung, psychosoziale Aspekte, Fragenbeantwortung |
| SSW 30 | Hebamme, Gruppentermin | Geburtsvorbereitung |
| SSW 34 | Hausbesuch durch Hebamme | Geburtsvorbereitung im Einzelgespräch, Informationen zur (Sicherheit einer) Hausgeburt, körperliche Untersuchung |
| SSW 36 (ca.) | Kraamzorg | |
| SSW 41–42 | Hebamme in der Hebammenpraxis*, 1–3 Termine | körperliche Untersuchung, psychosoziale Aspekte, Fragenbeantwortung, ggf. Überweisung an eine/n Fachärztin/-arzt für Gynäkologie |

SSW = Schwangerschaftswoche

* Hausbesuche nur in Ausnahmefällen, Arztbesuch bei Bedarf

Quelle: mündliche und schriftliche Auskunft KNOV (KNOV-standaard Prenatale verloskundige begeleiding, J. de Boer en K. Zeeman, 2008); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nach der Geburt

Tabelle 4.4 gibt einen Überblick über Leistungen und Zeitpunkte.

Tabelle 4.4:
Niederlande – Betreuungsleistungen 1. (-2.) Lebensjahr

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|-----------|--|---|
| 1-3 Tage | Hebamme 3 Termine (täglich) | |
| 4-7 Tage | Mütterberatungsstelle, Gesundheitsamt oder Hebamme Fersenblutentnahme i. d. R. zu Hause | Fersenblutentnahme, Hörscreening |
| 4-10 Tage | Hebamme Ca. 3 Termine (jeden 2. Tag) | |
| 2 Wochen | (Mitarbeiter/innen von) Jugend- und Familienzentrum/ Elternberatungsstelle („consultatiebureau“), zu Hause | U. a.: Familie(nmitglieder); Wohnsituation; erbliche Belastung und Risikofaktoren; Gesundheit des Kindes; Schlafhaltung; Stillen; Ernährung, Prävention Übergewicht; Rauchen; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 4 Wochen | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: erbliche Belastung und Risikofaktoren; Gesundheit des Kindes; Schlafhaltung; Stillen; Ernährung, Prävention Übergewicht; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 8 Wochen | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Schlafhaltung; Stillen; Ernährung, Prävention Übergewicht; Beruf und Familie; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 3 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Kinderbetreuung; Gesundheit des Kindes; Schlafhaltung; Stillen; Ernährung, Prävention Übergewicht; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.4 – Seite 2 von 3

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|------------|--|---|
| 4 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Schlafhaltung; Stillen; Ernährung, Prävention Übergewicht; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; sowie laut „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 6 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Schlafhaltung; Stillen; Ernährung, Prävention Übergewicht; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker [Balansmodell]; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 7,5 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Ernährung, Prävention Übergewicht; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; sowie laut „Vroegsignalering van psychosociale problemen“; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 9 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Ernährung, Prävention Übergewicht; Spielen; Trennungsangst; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |
| 11 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Ernährung, Prävention Übergewicht; Rauchen; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risikofaktoren und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären <i>Zwischenstand/Rückblick Säuglingszeit gemeinsam mit den Eltern (mit 11 oder 14 Monaten)</i> |

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.4 Seite 3 von 3

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|-----------|--|---|
| 14 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Ernährung, Prävention Übergewicht; Trotzphase; Grenzen setzen; Umgang mit Wut; Kinderbetreuung/Kinderspielgruppe; Rauchen; allgemeiner Eindruck Kind, Eltern-Kind-Interaktion, Kind-Betreuer*-Interaktion; Verhalten, Stimmung; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/Angebote erklären <i>Zwischenstand/Rückblick Säuglingszeit gemeinsam mit den Eltern s. o.</i> |
| 18 Monate | i. d. R. Jugend- und Familienzentrum/Elternberatungsstelle | U. a.: Gesundheit des Kindes; Medikamente; Ernährung, Prävention Übergewicht; Rauchen; Spielen; Trennungsangst; allgemeiner Eindruck Kind, Kind-Betreuer*-Interaktion, Eltern-Betreuer-Interaktion; Verhalten, Stimmung; Pflege/Hygiene; physische, psychische, emotionale und soziale Auffälligkeiten; körperliche Untersuchung; psychosoziale und kognitive Entwicklung, motorische Entwicklung, Sprachentwicklung (laut „Van Wiechenonderzoek“***, „Vroegsignalering van psychosociale problemen“****); Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren nach dem „Balansmodell“ von vanBakker**; Kindersicherheit; ggf. weiterführende Maßnahmen/ Angebote erklären |

Weitere Kontaktzeitpunkte bis ins 13. Lebensjahr

- * Betreuer des Jugend- und Familienzentrums
- ** (Bakker et al. 1998)
- *** (Nederlands Jeugd Instituut 2005)
- **** (Postma 2008)

Quellen: RIVM Rapport 295001001/2008: Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 –19 jaar per Contactmoment, mündliche Auskunft KNOV; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das sogenannte Van-Wiechen-Schema ist ein Instrument zur Dokumentation der psychomotorischen und neurologischen Entwicklung im Baby- und Kleinkindalter sowie zur Identifizierung von Entwicklungsstörungen. Betroffen sind die Gebiete der Grob- und Feinmotorik, der Anpassung, Sprachentwicklung, Sozialverhalten und Persönlichkeit. (Nederlands Jeugd Instituut 2005)

Evidenz zur Wirksamkeit des Programms / Evaluation des Programms

Das Van-Wiechen-Schema wurde 2009 von der Niederländischen Organisation für angewandte wissenschaftliche Forschung (TNO) einer Evaluation unterzogen (Boere-Boonekamp et al. 2009). 2008 wurden vom selben Institut die zwischen 0 und 19 Jahren empfohlenen „Kontaktmomente“ (s. auch Tabelle 4.4) in Hinblick auf Zeitpunkt, Anzahl und Inhalte einer Evaluierung unterzogen. Unter anderem wurde empfohlen, den ersten als Hausbesuch abgehaltenen Termin vorzuziehen, um einen besseren Anschluss an Kraamzorg und eine bessere Stillunterstützung zu gewährleisten (Verloove-Vanhorick 2008). Das Basisprogramm wurde 2012 nochmals vom TNO evaluiert,

und zwar im Hinblick auf die wissenschaftliche Basis und auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse. Untersuchungsschwerpunkt waren dabei die vorgesehenen Inhalte der einzelnen Termine, nicht die Zeitpunkte (Deurloo et al. 2012). Im April 2013 legte die TNO einen Bericht vor, in dem mit Hilfe einer Fragebogenerhebung Verbreitung und Anwendung der insgesamt neun Richtlinien zur Jugendgesundheit untersucht werden, darunter die Richtlinien zur Früherkennung psychosozialer Probleme („Vroegsignalering van psychosociale problemen“), zur Prävention des plötzlichen Kindstods (SIDS) und zur Prävention von Kindesmisshandlung (Lanting et al. 2013). Die Berichte liegen nur auf Niederländisch vor.

Das Niederländische Jugendinstitut (NJI) bietet auf seiner Website eine öffentlich zugängliche Datenbank effektiver (Kinder- und) Jugendinterventionen in den Bereichen Jugendgesundheit, Jugendwohlfahrt und Jugendkriminalität an, die laufend ergänzt wird. Pro Intervention finden sich standardisierte Angaben zu Methode, Zielgruppe, Unterlagen und dem Stand der Forschung (Evidenzbasierung).¹

4.3 Großbritannien (England)

Das englische Gesundheitssystem sieht eine generelle Steuerung und Festlegung von Standards auf nationaler Ebene durch das Department of Health (DoH) vor, während das konkrete Leistungsangebot vom Nationalen Gesundheitsdienst (NHS England) beauftragt wird.

Im *Healthy Child Programme - Pregnancy and the first five years of life (HCP)* (Shribman/Billingham 2009) legt das DoH auf Basis der verfügbaren Evidenz die Standards und Inhalte fest von Gesundheitsuntersuchungen und Beratungsgesprächen, die die Programme auf regionaler Ebene enthalten sollten. Es führt die Festlegungen des *National Service Framework of Children, Young People and Maternity Services* (Department of Health 2004) näher aus und zielt darauf ab,

1. die Eltern-Kind Bindung zu stärken,
2. eine Betreuung zu ermöglichen, die allen Kindern ein gesundes und sicheres Aufwachsen ermöglicht,
3. Kinder durch Screening und Impfungen vor Erkrankungen zu schützen,
4. Übergewicht/Adipositas bei Kindern zu reduzieren,
5. Mütter zum Stillen zu motivieren,
6. frühzeitig Gesundheits- und Entwicklungsprobleme (z. B. Lernbeeinträchtigungen) sowie Gefährdungen des Kindeswohls (z. B. Vernachlässigung der Obsorge) zu erkennen und frühzeitig Hilfestellungen anzubieten bzw. zu veranlassen,

1

Zugänglich ist die Datenbank unter <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>. Die Datenbank selbst steht nur auf Niederländisch zu Verfügung, englische Beschreibungen finden sich unter <http://www.youthpolicy.nl/yp/Youth-Policy/Youth-Policy-subjects/Netherlands-Youth-Institute-Effective-youth-interventions>.

7. sicherzustellen, dass die Kinder für den Schuleintritt vorbereitet sind, und
8. Kinder in Problemlagen bzw. mit Beeinträchtigungen zu identifizieren, um ihnen im Sinne der Chancengerechtigkeit Hilfestellung anzubieten. (Government of UK 2013)

Das *HCP* deckt die Bereiche Screeninguntersuchungen, Impfungen, Überprüfung der kindlichen Entwicklungsschritte sowie Information und Beratung hinsichtlich Erziehung, Elternschaft und gesunder Lebensführung ab. Das Programm verfolgt einen universellen Ansatz, d. h., es zielt darauf ab, dass für alle Kinder und Eltern ein Basisprogramm („universal services“) angeboten wird. Bei Vorliegen von möglichen Risikofaktoren oder akutem Bedarf definiert das *HCP* eine Reihe von weiteren spezifischen Angeboten an Hilfen und Interventionen („progressive services“). (Shribman/Billingham 2009)

Leistungsangebot „Healthy Child Programme“

Die konkrete Ausgestaltung und Erbringung der Leistungen wird im Rahmen der Programme festgelegt. Jedenfalls sollten sie von unterschiedlichen Professionen im Rahmen von „integrated services“ (abgestimmten, interdisziplinären Netzwerken) erbracht werden, wobei „Health Visitors“ eine koordinierende und überblickende Funktion einnehmen sollten. (Shribman/Billingham 2009)

Health Visitors (HV) sind eine Berufsgruppe, die vor allem im angloamerikanischen Raum und in Skandinavien aufsuchend Leistungen im Rahmen von Public-Health-Programmen erbringt (u. a. Eltern-Kind Programme). In Großbritannien ist für die Weiterbildung zum HV eine Grundausbildung in der Krankenpflege oder der Geburtshilfe (Hebamme) Voraussetzung (Winkler et al. 2012). HV sollen einen „positiven Start“ für Familien sicherstellen und mit den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, Hebammen, anderen Gesundheitsdiensten, den *Sure Start Children's Centres* und anderen Einrichtungen zusammenarbeiten (Department of Health 2011). Die HV erbringen Leistungen im Rahmen der „universal Services“, wie beispielsweise Information und Beratung hinsichtlich gesunder Lebensführung sowie Gesunden- und Entwicklungsuntersuchungen, stellen im Rahmen von „universal Plus“ Leistungen und Informationen auf Anfrage zur Verfügung (wie z. B. bei Stillproblemen, postnataler Depression, Erziehungsfragen) bzw. vermitteln zu diesen und betreuen im Rahmen von „universal partnership plus“ in Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern Familien, die weiteren Bedarf haben. Die Leistungen der HV werden im kommunalen Umfeld (z. B. in den *Sure Start Children's Centres*), in Gesundheitszentren und im Rahmen von Hausbesuchen erbracht.

Da zumindest in einigen Regionen zu wenige HV verfügbar sind, um den Zugang zu den Leistungen des *HCP* für alle Familien sicherzustellen, sollen zwischen 2011 und 2015 zusätzlich 4.200 HV (VZÄ) neu ausgebildet und in den Dienst gestellt werden, sodass 2015 rund 12.000 HV (VZÄ) in Großbritannien die Umsetzung des *HCP* sicherstellen. (Department of Health 2011)

Die *Sure Start Children's Centres*, die allen Familien mit jungen Kindern zugänglich sind, sollten mit einem/einer HV zusammenarbeiten, um gesundheitsfördernde und präventive Angebote machen zu können. (Department of Health 2011)

Im Rahmen des *HCP* werden keine materiellen Anreize gesetzt, um die Inanspruchnahme der Leistungen des *HCP* zu erhöhen. (Watts 2013)

Zeitpunkte und konkrete Inhalte der Termine

Das *HCP* sieht eine Reihe von Untersuchungen zur Gesundheit und Entwicklung des Kindes, Screenings, Impfungen und Beratungsleistungen zu Gesundheit, Entwicklung und Erziehung für die Erziehungsberechtigten vor. (Department of Health 2011)

Das *Personal Child Health Record (PCHR)*, auch *Red Book* genannt, erhalten die Eltern bei Geburt des Kindes in England. In diesem roten Buch werden einige Leistungen des universellen Angebots des *HCP* abgebildet: Untersuchungs- und Screeningergebnisse, Impfungen und Entwicklungsschritte des Kindes werden festgehalten, Informationen und Verweise (z. T. auch auf Filmmaterial) zu Fragen der Entwicklung, Ernährung und Gesundheitsförderung sowie Prävention gegeben. Eine Reihe von Leistungen, die dem Kind und den Erziehungsberechtigten im Sinne des *HCP* angeboten werden müssen, ist im *PCHR* festgehalten. Untersuchungen der Hebamme, der zuständigen Allgemeinmediziner/innen, der/des HV und später auch der „school nurse“ werden im *PCHR* festgehalten. Das *PCHR* soll bei jedem Kontakt zu einem Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (GDA) vorgelegt werden. (Royal College of Paediatrics & Child Health 2009)

Die Festlegungen des *HCP* sehen sieben Zeitspannen vor, zu denen Leistungen erbracht werden sollten. Sie gehen dabei von den Inhalten im Sinne von Rahmenvorgaben aus, die den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und ihren Kindern angeboten werden sollten. Die Inhalte beziehen sich nicht auf einen einzelnen Kontakt oder einen einzelnen GDA. Pränatal nennt das *HCP* zwei Zeitspannen (bis zur 28. Schwangerschaftswoche/SSW und nach der 28. SSW), innerhalb derer Leistungen vorgesehen sind. Nach Geburt des Kindes sind sechs weitere Zeitspannen angeführt: Geburt und erste Lebenswoche, ein bis sechs Wochen, sechs Wochen bis sechs Monate, neun Monate bis ein Jahr, ein bis drei Jahre und drei bis fünf Jahre. Die Leistungskategorien sind je nach Zielgruppe festgeschrieben (universelles Angebot und abgestuftes Angebot bei Vorliegen eines zusätzlichen Bedarfs bzw. von gesundheitlichen oder sozialen Risikofaktoren) und umfassen im universellen Modell zumindest Kategorien wie Gesundheitsförderung und Vorbereitung auf die Elternrolle (bis zur 28. SSW), zusätzlich Einbindung der Väter und vorgeburtliches Gespräch (nach der 28. SSW). Hier sollte auch auf zusätzlichen Bedarf an Unterstützungsleistungen und allfällige Auswahl von Hilfsangeboten geachtet werden.

Binnen der ersten Lebenswoche sind im universellen Programm genannt: Ernährung des Kindes, Prävention, Pflege des Kindes und Interaktion, Schwangerschaft und Geburtserlebnis, Förderung von Erziehungskompetenz, plötzlicher Kindstod (SIDS, Sudden Infant Death Syndrome) und medizinische Untersuchungen wie Hörscreening. Zwischen der ersten und sechsten Lebenswoche werden Themen angesprochen wie Ernährung, Erziehungskompetenz, Förderung der Entwicklung des Kindes, die psychische Verfassung der Mutter im Hinblick auf postnatale Depression und Unfallverhütung (Termin bis zur 3. Lebenswoche des Kindes) sowie (im Anlassfall) weitere medizinische Untersuchungen durchgeführt. Die Themen, die im Alter des Kindes von sieben Wochen und sieben Monaten angesprochen werden sollten, sind Stillen, die

psychische Verfassung der Mutter im Hinblick auf postnatale Depression, Erziehungskompetenz und Förderung der Entwicklung des Kindes, Unfallverhütung sowie Gesundenuntersuchungen und Impfungen, die zu festgeschriebenen Zeitspannen durchgeführt werden sollten. Zwischen sechs Monaten und einem Jahr sollte ein Paket zur Förderung des Vorlesens (Bookstart) überreicht, eine Gesundenuntersuchung durchgeführt (mit einem Jahr), Aktivitäten zur Zahngesundheit sowie dem Alter entsprechende Aktivitäten zu den Themen Erziehungskompetenz und Förderung der Entwicklung des Kindes sowie Unfallverhütung gesetzt werden. (Shribman/Billingham 2009)

Den HV kommt eine koordinierende Rolle bei der Erbringung der Leistungen des *HCP* zu, des Weiteren erbringen sie eine Vielzahl der präventiven Leistungen für Familien mit erhöhtem Bedarf. (Shribman/Billingham 2009)

Da auf Programmebene diese Leistungen nur als Rahmenvorgaben ausgeführt werden, wird im Folgenden beispielhaft das Leistungsangebot *des Sheffield Children's NHS* (NHS Foundation Trust o.J.) hinsichtlich der Leistungen der HV beschrieben. Die von anderen GDA (v. a. Ärzten) zu erbringenden Leistungen (medizinische [Vorsorge-]Untersuchungen und Impfungen) sind hier nicht ausgeführt.

Die HV werden über eine bestehende Schwangerschaft i. d. R. durch die entsprechenden GDA (maternity services) informiert. Der erste Termin findet in der 28. bis 36. SSW statt. Vier Termine sind vorgesehen im ersten Lebensjahr (LJ) des Kindes (10.-14. Lebenstag des Kindes – Hausbesuch, 6. – 8. Lebenswoche, 6 Monate und 12 Monate), ein weiterer im zweiten LJ. Generell sind die Kontakte der HV mit den (werdenden) Eltern aufsuchend, jedoch können sie auch an anderen Orten – so gewünscht oder organisatorisch notwendig – wie beispielsweise in den *Sure Start Children's Centres* stattfinden.

Tabelle 4.5 gibt einen Überblick über die Betreuungsleistungen in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr, die von HV im Rahmen des universellen Angebots erbracht werden.

Tabelle 4.5:
Großbritannien (England)* – Betreuungsleistungen in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|-----------|--|--|
| SSW 28–36 | Health Visitor <i>(bei Bedarf gemeinsamer Besuch mit Hebamme, wo möglich Einbindung des Vaters)</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorstellung (Inhalte und Kontaktmöglichkeiten) 2. Vorläufiges „Family Health Assessment“ der werdenden Eltern/Familie (Ziel: Identifikation Bedarf zusätzlicher Angebote, Einschätzung häusliches Umfeld) 3. Gespräch bezüglich gesundheitsfördernden Verhaltens (Vorbereitung auf die Elternrolle, Bindungsverhalten, Familie und Netzwerk, SIDS, rauchfreies Zuhause, Vorteile des Stillens, Ernährung in der Schwangerschaft, Anamnese, erbliche Krankheiten, Impfprogramm, Prävention von Übergewicht und gesunde Ernährung, häusliche Gewalt) <p><i>(Bereitstellung von Informationsmaterial und Kontaktdaten zu den genannten Themen)</i></p> |

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.5 Seite 2 von 2

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|------------|---|---|
| 10-14 Tage | Health Visitor (Hausbesuch!) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Weiterführung „Family Health Assessment“ (Ziel: Identifikation Bedarf zusätzlicher Angebote, Einschätzung häusliches Umfeld) 2. Untersuchung des Neugeborenen (Wachstum, Entwicklung) 3. Gespräch bezüglich gesundheitsfördernden Verhaltens (Bindungsverhalten, Ernährung Neugeborenes/Baby – Stillen, Säuglingsnahrung, Prävention von Übergewicht und gesunde Ernährung, sicheres Schlafen, Unfallvermeidung, rauchfreies Zuhause, Suchtverhalten, häusliche Gewalt, Elternschaft, vorläufiges „Mental Health Assessment“ der Mutter, Förderungen) 4. Auskunft zu elterlichen Fragestellungen/Anliegen <p><i>(Bereitstellung von Informationsmaterial und Kontaktdaten zu den genannten Themen)</i></p> |
| 6-8 Wochen | Health Visitor | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fertigstellung „Family Health Assessment“ (Ziel: Identifikation Bedarf zusätzlicher Angebote, Einschätzung häusliches Umfeld) 2. „Mental Health Assessment“ der Mutter (postnatale Depression, „Whooley Questions“ und ggf. „Edinburgh Postnatal Depression Scale“) 3. Untersuchung des Babys (Wachstum, Entwicklung) 4. Förderung der verbalen Eltern-Kind-Interaktion („Talking to your baby“) 5. Gespräch bezüglich gesundheitsfördernden Verhaltens (wie bei erstem Besuch nach der Geburt des Kindes) 6. Auskunft zu elterlichen Fragestellungen/Anliegen <p><i>(Bereitstellung von Informationsmaterial und Kontaktdaten zu den genannten Themen)</i></p> |
| 12 Monate | Mitglied des Health-Visiting-Teams | <ol style="list-style-type: none"> 1. Überprüfung „Family Health Assessment“ der werdenden Eltern/Familie (Ziel: Identifikation von Bedarf zusätzlicher Angebote, Einschätzung häusliches Umfeld) 2. Untersuchung des Babys (Wachstum, Identifikation von Beeinträchtigungen des Sehens, Hörens oder Sprechens, Impfungen, Entwicklungsförderung, z. B. „Bookstart“) 3. Gespräch bezüglich gesundheitsfördernden Verhaltens (Bindungsverhalten und bestärkende Erziehung, Ernährung: Stillen, Säuglingsnahrung, Prävention von Übergewicht und gesunde Ernährung, Impfprogramm, Zahngesundheit, sicheres Schlafen, Unfallvermeidung, rauchfreies Zuhause, Suchtverhalten, häusliche Gewalt, Elternschaft, Förderungen) 4. Auskunft zu elterlichen Fragestellungen/Anliegen <p><i>(Bereitstellung von Informationsmaterial und Kontaktdaten zu den genannten Themen, Buchpaket, Zahngesundheitspflegepaket, Information zu Spielgruppen)</i></p> |

SIDS = Sudden Infant Death Syndrome

* SHEFFIELD Health Visiting Plan – universelles Angebot

Quelle: NHS Foundations Trust o. J.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein zusätzlicher Betreuungsbedarf über das universelle Leistungsangebot hinaus ergibt sich aus der Bedarfserhebung (needs assessment) durch die HV bzw. über von den Eltern geäußerten Bedarf. Leitfäden und Instrumente wie die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) oder „Ages and Stages“ kommen im Rahmen der Termine zum Einsatz. (Watts 2013)

Evidenz zur Wirksamkeit des Programms / Evaluation des Programms

Das *HCP* ist ein evidenzbasiertes Programm, die Zeitpunkte der Leistungserbringung sind so gewählt, dass eine möglichst hohe Wirksamkeit der Intervention erwartet werden kann, bzw. sie orientieren sich an dem Informationsbedarf zu bestimmten Zeitpunkten. (Watts 2013)

Die Wirksamkeit des Programms wird durch Public-Health-Outcomeparameter evaluiert. Die Parameter sind noch nicht festgelegt. (Watts 2013) Festgelegt sind aktuell die *Public-Service-Agreement*-Indikatoren für Stillen, Prävention von Übergewicht/Adipositas, Kindersterblichkeit und das Assessment der Neugeborenen mit 12 Wochen. Weitere Parameter sind die Durchimpfungsraten, die Inanspruchnahme des Programms, Rauchen in der Schwangerschaft, Beteiligung der Väter und Feedback/Zufriedenheit der Eltern. (Shribman/Billingham 2009)

4.4 Schweden

Das Gesundheitssystem in Schweden ist hauptsächlich steuerfinanziert und dezentral organisiert. Auf nationaler Ebene werden die Grundsätze der gesundheitlichen Versorgung festgelegt, Hauptzuständige für Organisation und Finanzierung sind die 21 Provinziallandtage und knapp 300 Gemeinden. 2009 wurde von der schwedischen Regierung eine nationale Strategie zur Elternunterstützung (parent support) verabschiedet. Dies geschah vor dem Hintergrund eines Anstiegs psychischer Probleme bei Jugendlichen seit den 1990er Jahren. Ein universeller Ansatz zur Elternunterstützung sollte dem entgegenwirken, wobei keine gesetzliche Regelung erfolgte, sondern Gemeinden und Provinzen zu Aktivitäten angehalten und darin unterstützt werden. Unter Elternunterstützung werden Maßnahmen verstanden, die den Eltern Wissen zur gesundheitlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Entwicklung ihres Kindes vermitteln und/oder die sozialen Netzwerke zwischen Eltern stärken. Dabei geht es um ein Angebot für alle Eltern mit Kindern bis zu deren 17. Lebensjahr. (Bremberg 2012)

Leistungsangebot

Das schwedische System zur Unterstützung und Begleitung von werdenden Eltern und von Eltern mit (kleinen) Kindern hat sich von einem primär medizinisch orientierten bzw. arztzentrierten Angebot hin zu einem stark durch Hebammen und Krankenpflegepersonal geprägten Service verändert. Immer mehr wird der Fokus neben medizinischen Themen auch auf psychologische oder soziale Fragen gelegt (Sundelin/Hakansson 2000). Die Angebote sind häufig in Familiengesundheitszentren gebündelt (rund 200 in ganz Schweden) und in der Regel kostenfrei (Bremberg 2012). Sie werden im Folgenden unterteilt nach den Phasen vor und nach der Geburt beschrieben.

Schwangerschaft

Die Begleitung in der Schwangerschaft erfolgt durch eine Hebamme, die von schwangeren Frauen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft aufgesucht wird. Durchschnittlich sind es bis zur Geburt rund acht Kontakte. Dieses Angebot wird von 99 Prozent der Schwangeren in Anspruch genommen, es gibt allerdings keine Verpflichtung dazu. (Bremberg 2012) Bei Bedarf kann eine Ärztin / ein Arzt aufgesucht werden.

Zusätzlich gibt es in vielen Gemeinden bzw. Familiengesundheitszentren durch Hebammen geleitete Elterngruppen bzw. Gruppen für werdende Eltern, die sich in regelmäßigen Abständen treffen. Auch dieses Angebot wird von einer breiten Mehrheit der Eltern in Anspruch genommen. (Bremberg 2012)

Die Ausbildung zur Hebamme erfolgt in Schweden auf Hochschulniveau und umfasst in Summe vereinhalf Jahre. Hierbei wird zuerst die dreijährige Ausbildung zur allgemeinen Krankenpflegefachkraft absolviert und im Anschluss eine eineinhalbjährige Ausbildung zur Hebamme. Beide Ausbildungsteile schließen mit einer Berufslizenz, die durch das National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) verliehen wird. (Schwedischen Hebammenvereinigung) Die Leitung der Elterngruppen bzw. der Gruppen für werdende Eltern ist Bestandteil des Tätigkeitsprofils. Hierfür erhalten die Hebammen in regional unterschiedlichem Ausmaß eine Zusatzausbildung. An manchen Orten ist eine Supervision durch eine Psychologin / einen Psychologen vorgesehen. (Bremberg 2012)

Nach der Geburt

Auch die Angebote nach der Geburt (child health services) werden von 99 Prozent der Familien in Anspruch genommen, obwohl sie nicht verpflichtend sind. Der erste Kontakt erfolgt in der Regel durch eine Fachkraft der Kinderkrankenpflege, die der Familie bald nach der Geburt einen Hausbesuch abstattet. Das Kinderkrankenpflegepersonal erhält in der Regel eine Liste der jeweils neugeborenen Kinder der jeweiligen Region. Wenn der Kontakt nicht durch die Mutter initiiert wird, nimmt die Pflegekraft von sich aus Kontakt mit der Familie auf. (Bremberg 2012)

Bis zum 18. Lebensmonat finden rund 20 Einzeltermine mit der Kinderkrankenpflegekraft statt, wobei für Familien in belastenden Situationen auch Folgetermine als Hausbesuch stattfinden können. Fragen zur physischen und psychischen Entwicklung des Kindes wird dabei viel Platz eingeräumt. Bei Bedarf kann die Fachkraft an eine/n Kinderpsychologin/psychologen, eine Sozialarbeiterin/arbeiter, eine/n Allgemein- oder Kinderärztin/arzt bzw. an eine psychiatrische Kinderklinik weiterverweisen. (Bremberg 2012)

Auch (ein bis zwei Monate) nach der Geburt finden in vielen Gemeinden bzw. Familiengesundheitszentren wieder Elterngruppen-Treffen statt. Diese Gruppen werden von einer Fachkraft des Kinderkrankenpflegepersonals geleitet. Mit wenigen Ausnahmen (Leksand-Modell) setzen sich die Gruppen allerdings nach der Geburt neu zusammen. Eltern werden von der Fachkraft eingeladen, erfahren darüber durch Mundpropaganda, über das Internet oder über das Familien- und Gesundheitszentrum. (Bremberg 2012)

Die zusätzliche Betreuung in Elterngruppen hat in Schweden starke Tradition. Ein Erfolgsfaktor dürfte auch die personelle Kontinuität sein: Die persönliche Beratung und die Betreuung in der Elterngruppe erfolgt durch ein und dieselbe Kinderkrankenschwester bzw. Hebamme. Seitens der Eltern wird auch die Möglichkeit zur persönlichen Vernetzung mit anderen Eltern sehr geschätzt. (Bremberg 2013)

Die in den oben beschriebenen Bereichen der Kindergesundheit tätigen Fachkräfte des Kinderkrankenpflegepersonals haben eine Zusatzausbildung entweder zur Kinderkrankenpflegekraft oder zur „Public Health Nurse“. Die Ausbildung umfasst damit in Summe wiederum viereinhalb Jahre (auf Hochschulniveau). Die Leitung der Elterngruppen ist Bestandteil des Tätigkeitsprofils. Hierfür erhalten die Pflegekräfte ähnlich den Hebammen in regional unterschiedlichem Ausmaß eine Zusatzausbildung. An manchen Orten ist, ebenfalls analog zur Hebammenausbildung, eine Supervision durch eine Psychologin / einen Psychologen vorgesehen. (Bremberg 2012)

Zeitpunkte und konkrete Inhalte der Termine

Schwangerschaft

Tabelle 4.6 gibt einen Überblick über Leistungen und Zeitpunkte während der Schwangerschaft am Beispiel der Provinz Stockholm.

Tabelle 4.6:
Schweden – Betreuungsleistungen Schwangerschaft

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|------------|--|---|
| SSW 1–12* | Hebamme Arzttermin auf Wunsch bzw. bei Bedarf | Allgemeiner Gesundheitszustand, Arbeitssituation, Krankheiten, Medikamente, Rauchen und Alkohol, Tipps zum Thema Ernährung und Bewegung Regelmäßige Blut- und Harntests, Überprüfung des Blutdrucks Arztbesuche |
| SSW 10–12* | Arzttermin bei Erstgebärenden | K. A. |
| SSW 13–24* | Hebamme Manchmal ersatzweise als Gruppentreffen abgehalten (Ultraschall in SSW 17–20**) | Manuelle Untersuchung, Blutdruckmessung, ev. Harn- und Bluttest, ggf. Besprechung der vorangegangenen Ultraschalluntersuchung |
| SSW 20–30 | Elterngruppe | Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Elternschaft |
| SSW 25–40* | Hebamme bei Erstgebärenden dichtere Intervalle (alle 2–3 Wochen ab SSW 30) | Manuelle Untersuchung, Blutdruckmessung, ev. Harn- und Bluttest, Geburtsvorbereitung |

K. A. = keine Angabe, SSW = Schwangerschaftswoche

* jeweils ein bis mehrere Termine möglich

** erfolgt nicht unbedingt bei der Hebamme

Quelle: Gesundheitsguide Stockholm, <http://www.vardguiden.se/Tema/Gravid/Kontroller-och-stod-under-graviditeten>;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nach der Geburt

Tabelle 4.7 gibt einen Überblick über Leistungen und Zeitpunkte nach der Geburt.

Tabelle 4.7:
Schweden – Betreuungsleistungen 1. (-2.) Lebensjahr

| Zeitpunkt | Wer führt das Gespräch / die Untersuchung durch | Inhalte |
|--------------|--|---|
| 0–48 Stunden | Krankenhaus bei frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb von 48 Stunden durch Hebamme, als Hausbesuch oder in anderer Form | Körperliche Untersuchung |
| 3–7 Tage | Krankenhaus (Hebamme) | Körperliche Untersuchung, Gewicht, Stillberatung, Betreuung, Pflege |
| 1–7 Tage | Hausbesuch durch Krankenpflegekraft oder Besuch im Familiengesundheitszentrum | Fragen der Eltern, Information zum Zentrum, Gesundheit des Kindes, Eltern–Kind–Bindung, gemeinsame Verantwortung der Eltern, Stillberatung, Pflege, Ausrüstung, Schlafen, Rauchen, Alkohol, Kindersicherheit |
| 1–4 Wochen | 2 Termine Krankenpflegekraft und nach Bedarf Elterngruppe | Fragen der Eltern, Gesundheit, Wachstum, Stillberatung, Vitamin D, Entwicklung, Eltern–Kind–Bindung, gemeinsame Verantwortung der Eltern, Kindersicherheit |
| 1–3 Monate | 2 Termine Krankenpflegekraft und nach Bedarf 1 Termin Krankenpflegekraft und Ärztin/Arzt Elterngruppe | Fragen der Eltern, Gesundheit, Wachstum, Entwicklung, körperliche Untersuchung, Stillberatung, Förderung, Eltern–Kind–Bindung, gemeinsame Verantwortung der Eltern, Kindersicherheit |
| 4–6 Monate | 1 Termin Krankenpflegekraft und nach Bedarf 1 Termin Ärztin/Arzt (ca. um 6 Monate) Elterngruppe | Fragen der Eltern, Gesundheit, Wachstum, Entwicklung, körperliche Untersuchung, Stillberatung, Förderung, Sprechen, Singen, Eltern–Kind–Bindung, gemeinsame Verantwortung der Eltern, Karenz, Kindersicherheit |
| 7–9 Monate | 1 Termin Krankenpflegekraft und nach Bedarf Hausbesuch Elterngruppe | Fragen der Eltern, Gesundheit, Wachstum, Entwicklung, körperliche Untersuchung, Lebensmittel und Ernährung, Förderung, Sprechen, Singen, Eltern–Kind–Bindung, gemeinsame Verantwortung der Eltern, Karenz, Kindersicherheit |
| 10–12 Monate | 1 Termin Krankenpflegekraft und Ärztin/Arzt ev. Zahngesundheitspflege Elterngruppe | Fragen der Eltern, Gesundheit, Wachstum, Entwicklung, körperliche Untersuchung, Zähne, Lebensmittel und Ernährung, Förderung, Sprechen, Eltern–Kind–Bindung, gemeinsame Verantwortung der Eltern, Karenz, Kindersicherheit, Kinderbetreuung |
| 18 Monate | Krankenpflegekraft, ev. Ärztin/Arzt ev. Zahngesundheitspflege | Fragen der Eltern, Gesundheit, Wachstum, Entwicklung, körperliche Untersuchung, Zähne, Lebensmittel und Ernährung, Förderung, Sprache, Fernsehen/Video, Kindersicherheit, Kinderbetreuung |

Weitere Termine bis zum 6. Lebensjahr

Quelle: Rikshandboken Barnhälsovård, www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/Oversikt;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Identifizierung von Familien mit erhöhtem Risiko

Die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) wird eingesetzt, um Frauen (vor und nach der Geburt) auf Depression zu untersuchen. (Rikshandboken Barnhälsovård)

Evidenz zur Wirksamkeit des Programms / Evaluation des Programms

Für die Betreuung in Elterngruppen werden in Schweden an einigen der Zentren strukturierte Programme verwendet, die in wissenschaftlichen Studien untersucht worden sind und sich als effektiv erwiesen haben. Dazu zählen – häufig videobasierte – Programme für Eltern(gruppen) mit Babys wie „Right from the start“ oder ICDP (International Child Development Programme) sowie „Active parenting“, ein Programm für Kinder von neun Monaten bis vier Jahren. (Bremberg 2006)

Zu dem in Schweden praktizierten System der (dichten) Betreuung in Einzelgesprächen und –untersuchungen vor und nach der Geburt durch Hebammen und Krankenpflegepersonal gibt es, abgesehen etwa von der wissenschaftlichen Evidenz für die medizinischen Untersuchungen, keine vergleichbare wissenschaftliche Fundierung, was den Aspekt der persönlichen Betreuung und die Betreuungsdichte angeht. Es zeigen sich jedoch „gute Praxiserfahrungen“ im Sinne eines leicht zugänglichen Systems, das von Müttern wie auch von Vätern gut angenommen und dessen Sinnhaftigkeit aktuell in keinster Weise bezweifelt wird. (Bremberg 2013)

4.5 Deutschland

In Deutschland wurde in den Koalitionsverträgen der Bundesregierung 2005 und 2009 das Ziel festgehalten, soziale Frühwarnsysteme zur frühen Förderung gefährdeter Kinder zu entwickeln². Das soll durch eine bessere Verzahnung von Leistungen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und von „zivilgesellschaftlichem Engagement“ erreicht werden. In der Folge entstand das *Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“* (2007–2010) des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, in dessen Rahmen die Förderung wissenschaftlicher Begleitung von neuen oder bereits begonnenen Projekten sowie die Mitfinanzierung neuer Modellprojekte forciert wurde. Während als Aufgabe des Bundes die Förderung der wissenschaftlichen Begleitung von Projekten und deren Wirkungsevaluation im Mittelpunkt stand, sollten Land und/oder Gemeinden oder Träger die jeweiligen Strukturen finanzieren, die für die Funktion eines Frühwarnsystems und Früher Hilfen notwendig sind. Eine Mitfinanzierung ausgewählter Modellprojekte, die die zum Auftragsgegenstand formulierten Kriterien erfüllen, seitens des Bundes war nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Im Jahr 2007 wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gegründet, mit dem Auftrag, die Fachpraxis beim Auf- und Ausbau von Frühen Hilfen zu unterstützen.

2

Vgl. <http://www.fruehehilfen.de/>.

Im Jahr 2012 wurde in Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) die „*Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015*“ (§ 3 Abs 4 KKG) verankert. Durch diese Bundesinitiative sollen die Weiterentwicklung verbindlicher Netzwerke Früher Hilfen und die Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in diese Netzwerke unterstützt sowie ehrenamtliche Strukturen gefördert werden. Grundlage für die Umsetzung der Bundesinitiative ist wiederum die seit 1. Juli 2012 geltende Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern. Diese legt unter anderem fest, dass beim NZFH die Koordinierungsstelle des Bundes, aber auch auf Landesebene entsprechende Koordinierungsstellen eingerichtet werden sollen. Die landesspezifische Umsetzung der Bundesinitiative wird durch die Fördergrundsätze der Länder geregelt und soll eine flächendeckende Partizipation von Kreisen, kreisfreien Städten und kreisangehörigen Gemeinden (sofern Landesrecht vorsieht, dass sie örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind) ermöglichen. Eine begleitende Evaluation der Bundesinitiative soll Ende 2015 vorliegen.

Im Fokus von Aktionsprogramm und Bundesinitiative standen bzw. stehen Kinder bis zu ca. drei Jahren aus sozial benachteiligten Familien, die besonders häufig von Vernachlässigung und Misshandlung betroffen sind. Ein Schwerpunkt der Maßnahmen soll auf der Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern liegen.

Laut einer Studie (Pillhofer et al. 2012a) wurden als konkrete Maßnahmen in BKisSchG und KKG auch Familienbesuche verankert (§ 2 KKG). Dies wird damit begründet, dass die Kenntnis des lokal verfügbaren Angebots eine wesentliche Voraussetzung für die Inanspruchnahme präventiver Leistungen darstellt. Da nicht alle Eltern aus unterschiedlichsten Gründen selbst aktiv werden, wird es als Aufgabe des Staates gesehen, zu informieren und für die Inanspruchnahme der Leistungen zu werben.

Die meisten der neuen Modellprojekte oder der bereits in den Bundesländern laufenden Projekte verfolg(t)en einen selektiven bzw. indizierten Ansatz, d. h., sie versuchten gezielt mit sozial benachteiligten Familien zu arbeiten. Auf diese Projekte wird hier nicht näher eingegangen. Zwei Programme arbeiten jedoch mit einem universellen Ansatz und dem Ziel, alle Familien mit Kindern im entsprechenden Alter, unabhängig von eventuell vorhandenen Risikofaktoren, zu erreichen. Das sind die *Netzwerke Gesunde Kinder* des Landes Brandenburg und das *Aktionsprogramm Familienbesucher* der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg. Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher – entsprechend der Zielsetzung der vorliegenden Publikation – nur auf diese beiden Programme. Die medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen), die den in Österreich angebotenen Mutter Kind Pass-Untersuchungen ähnlich sind, entsprechen nicht den Frühe Hilfen-Modellen und werden daher hier nicht weiter beschrieben.

Leistungsangebot

Das *Aktionsprogramm Familienbesucher* wird seit 2007 von der Stiftung Kinderland Baden-Württemberg umgesetzt³. Ziel des Programmes ist die niederschwellige Unterstützung aller Familien. Damit sollen Stigmatisierungen vermieden und die Akzeptanz des Angebots erhöht werden. Das Programm wurde in einer Pilotphase bis Ende 2010 getestet und wird seither laufend ausgeweitet. Um diese Ausbreitung zu erleichtern, wurde das Curriculum für die Fortbildung der Familienbesucher/innen so gestaltet, dass diese nachher als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in ihren Städten und Gemeinden selbstständig neue Familienbesucher/innen fortbilden können (Pillhofer et al. 2012b). Durch eine Kooperation mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales in Baden-Württemberg konnten bereits etliche Multiplikatorinnen/Multiplikatoren gewonnen werden, eine Fortsetzung ist geplant.

Die Familienbesucher/innen bieten einen Besuch bei jeder Familie mit einem Neugeborenen oder bei neu zugezogenen Familien mit Kindern unter drei Jahren an, um die Kinder willkommen zu heißen und die Familien über Hilfsangebote zu informieren (Pillhofer et al. 2012a). Die Familienbesucher/innen sind Erzieher/innen, Krankenschwestern oder Sozialpädagoginnen und -pädagogen, die dafür eine spezielle Ausbildung absolviert haben. Die Arbeit mit Fachkräften wird deshalb bevorzugt, weil diese über die entsprechende fachliche Kompetenz und Sensibilität verfügen, um die Balance zwischen Information/Beratung und persönlichem Kontakt wahren zu können (Pillhofer et al. 2012b). Zusätzlich sind sie in die lokalen Strukturen eingebunden und daher gut über bestehende Angebote informiert.

Das Curriculum für die Weiterbildung dieser Fachkräfte besteht aus 24 Modulen, die auf drei Blöcke mit jeweils zwei Schulungstagen und acht Modulen aufgeteilt werden können. Damit die Familienbesucher/innen entsprechend der individuellen Situation gut beraten und weitervermitteln können, müssen sie über Wissen verfügen zur Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern sowie zu Hinweisen, aus denen auf eine weniger adäquate Entwicklung geschlossen werden kann (Pillhofer et al. 2012a). Gleichzeitig benötigen sie Wissen über mögliche psychologische bzw. psychosoziale Belastungen in den Familien und deren Einfluss auf die Entwicklung von Kindern sowie über entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten. Aber auch kommunikative Fähigkeiten sind gefragt, damit die Beratung bei den Familien auf Akzeptanz stößt. Teil der Fortbildung ist auch die Organisation und der Ablauf des Familienbesuchs. Empfohlen wird eine Ankündigung des Besuchs per Brief, gefolgt von einem Telefonanruf. Als Zeitrahmen werden 30 bis 45 Minuten pro Besuch vorgeschlagen. Neben einer ausführlichen Anleitung für die Durchführung und Dokumentation des Familienbesuchs werden auch umfangreiche Informationen zur Versorgungsangeboten und verfügbaren Leistungen für Familien gegeben sowie Informationen zu perinatalen psychischen Erkrankungen und zum Handeln bei Kindeswohlgefährdungen vermittelt.

3

Vgl. <http://www.familienbesucher.de/>.

Der Zugang zu den Familien kann auf verschiedenen Wegen erfolgen (Pillhofer et al. 2012a): Die Daten zu aktuellen Geburten können dem kommunalen Amtsblatt entnommen werden oder werden aufgrund einer Eigeninitiative der Familien bzw. deren Einwilligung zur Datenweitergabe an den Familienbesuchsdienst bei verschiedenen Gelegenheiten erhoben (wie z. B. Geburtsanzeige oder Brief des Bürgermeisters). Willigen die Familien nicht in einen Familienbesuch ein, so muss dies akzeptiert werden.

Die meisten Familien haben keinen weiteren Beratungsbedarf, mit der Verabschiedung ist auch die Leistung des Familienbesuchs abgeschlossen. Liegt aus Sicht der Familienbesucher Interventionsbedarf vor, so können einerseits weitere Termine oder Telefonanrufe vereinbart werden, andererseits kann dies im Rahmen der Supervisionen besprochen werden. Für den Fall einer akuten Kindswohlgefährdung gibt es eine konkrete Anleitung für das weitere Vorgehen, das die Involvierung von Polizei und/oder Jugendhilfe vorsieht.

Das Angebot der *Netzwerke Gesunde Kinder* wurde 2005 entwickelt und getestet (Ministerium für Arbeit 2013a). Seit 2006 wird es als zentrale Maßnahme des familienpolitischen Programms im Land Brandenburg flächendeckend umgesetzt. Es verfolgt ähnliche Ziele wie das *Aktionsprogramm Familienbesucher* und bietet ähnliche Leistungen: werdenden Müttern und Familien mit Neugeborenen bzw. mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren wird die Teilnahme am Netzwerk angeboten, und bei Einwilligung werden sie besucht, beraten und bei Bedarf weitervermittelt. Im Unterschied zum *Aktionsprogramm Familienbesucher* wird diese Begleitung der Familien von ehrenamtlichen Patinnen/Paten, die ebenfalls eine Schulung erhalten, sowie an einem Standort teilweise von Hebammen durchgeführt.

Die Umsetzung der *Netzwerke Gesunde Kinder* erfolgt nach Mindeststandards, die sowohl Strukturen als auch Prozesse vorgeben (Ministerium für Arbeit 2013b). Standardisierte Unterlagen sollen zur Verfügung gestellt werden, sind jedoch derzeit noch in Entwicklung befindlich. Zu den Strukturen ist festgehalten, dass die Trägerschaft eines *Netzwerks Gesunde Kinder* von einer gemeinnützigen Einrichtung des Gesundheitswesens übernommen werden sollte, die sich auch an der Mitfinanzierung beteiligt. Formuliert werden Anforderungen für die Netzwerkleitung (Gesamtverantwortung), Netzwerkkoordination (Projektsteuerung), Netzwerkassistenten (administrative und organisatorische Aufgaben), Gruppenleitung (Verbindung zwischen Netzwerkmanagement, ehrenamtlichen Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen und den Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern), für die ehrenamtlichen Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen (aufsuchende Begleitung der Familien) sowie die Kooperationspartner/innen (aus dem multidisziplinären Hilfesystem). Zur Qualitätssicherung bzw. Förderung des Erfahrungsaustausches sollen Lenkungsgruppe (mindestens ein Treffen jährlich), Qualitätszirkel (für Kooperationspartner/innen), Gruppenleitungsstammtische (vierteljährliche Treffen) und Stammtische für die ehrenamtlichen Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen (jeweils 10 mit ihrer Gruppenleitung und 6x jährliche Treffen) organisiert werden. Als Einzugsbereich werden pro Netzwerk 80.000 Einwohner/innen, 540 Geburten jährlich und 300 Familien als Netzwerkmitglieder zur Orientierung vorgegeben. Die Reichweite sollte ab dem vierten Jahr des Bestehens eines Netzwerkes bei mindestens fünfzig Prozent liegen. Die Teilnahme der Familien am Netzwerk ist freiwillig und kostenfrei, sie wird ausdrücklich allen Familien empfohlen und durch Unterzeichnung einer Teilnahmevereinbarung dokumentiert, die bis zum dritten Lebensjahr des Kindes (bzw. zur

Kündigung) gültig ist. Als Anreize dienen pädagogisch wertvolle Geschenke, die auch einen gesundheitsfördernden Wert haben sollen und beim Eintritt in das Netzwerk sowie bei Geburt, mit 12 Monaten bzw. 36 Monaten des Kindes überreicht werden. Zusätzlich sollen ein Familienbegleitbuch und Bildungsangebote für Familien als Anreize dienen.

Die ehrenamtlichen Patinnen/Paten oder Lotsinnen/Lotsen müssen eine Fortbildung nach einem standardisierten Curriculum im Ausmaß von 30 Stunden absolvieren, die von Fachkräften aus den Netzwerken durchgeführt wird (Ministerium für Arbeit 2013b). Durch diese Schulung sollen sie umfassende Informationen zu Kinderkrankheiten und Gesundheitsvorsorge bei Kindern, zu regionalen Förderangeboten für junge Familien sowie zu finanziellen, rechtlichen oder sozialen Fragestellungen erhalten. Nach Abschluss der Ausbildung sind regelmäßige Fortbildungen in einem Modulsystem sowie Supervision vorgesehen. Das Curriculum für die Grundschulung vermittelt auch Kompetenzen für die Gesprächsführung sowie Wissen zur kindlichen Entwicklung und Entwicklungsförderung, zur Familienbegleitung rund um die Geburt, Ernährung von Säuglingen und Kindern, Unfallverhütung und Kindeswohl. Das Curriculum für die verpflichtende weiterführende Schulung (für jene, die bereits Familien begleiten) fokussiert auf Mund- und Zahngesundheit, ermöglicht aber bei Bedarf auch eine Auffrischung zum Thema Gesprächsführung. Freiwillige Fortbildungen werden v. a. zur Kinderentwicklung, Kindergesundheit und zur Entwicklungsförderung im zweiten und dritten Lebensjahr angeboten (z. B. Spielen als Motor der Entwicklung, Bewegung, Spracherwerb).

Der Kontakt zu den *Netzwerken Gesunde Kinder* wird auf verschiedenste Weisen hergestellt, z. B. im Rahmen von Kreissaalführungen, beim Babybegrüßungsdienst oder über Familienangebote. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Kooperationspartner/innen der Netzwerke (z. B. niedergelassene Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Kinderärztinnen bzw. -ärzte, Krankenhäuser mit Geburtsstationen, Schwangerschaftsberatungsstellen), die Informationen über die Netzwerke geben und die Familien an die jeweiligen Netzwerk-Koordinatorinnen bzw. -Koordinatoren vermitteln (Flaake, persönliche Mitteilung).

Zeitpunkte und konkrete Inhalte der Termine

Die Familienbesuche im Rahmen des *Aktionsprogramms Familienbesucher* finden zwischen der fünften und zwölften Lebenswoche des Neugeborenen statt und folgen einer konkreten Anleitung (Pillhofer et al. 2012b). Eine große Bedeutung spielt die Haltung der Familienbesucher/innen den Eltern gegenüber: Diese muss wertschätzend, empathisch und authentisch sein. Konkrete kommunikationsfördernde Tipps erleichtern den Gesprächseinstieg. Die Information über allgemeine Angebote zur Unterstützung von Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern bildet den Übergang zur Abschätzung des individuellen Bedarfs. Um die Ressourcen und Belastungen erheben zu können, wird auf die Befindlichkeit der Eltern inklusive möglicher Anzeichen einer Depression, auf die Pflege und Betreuung des Kindes sowie das soziale Netzwerk und dessen Unterstützung in der Kindesbetreuung näher eingegangen. Weitere Themen sind Elternbildungsmaßnahmen, die Lebenssituation sowie spezifische Fragen rund um Migration (um z. B. abklären zu können, ob sprachliche Unterstützung bei Behördengängen notwendig ist). Konnte ein spezifischer Unterstützungsbedarf identifiziert werden, so sollen im nächsten Schritt passende Angebote empfohlen und die konkrete Vermittlung besprochen

werden. Den Abschluss des Gesprächs bilden Fragen nach Verbesserungsvorschlägen der Eltern an die Gemeinde und das Anbieten und/oder – bei Bedarf – Vereinbaren eines weiteren Termins. Eine Dokumentation kann nur unter Einwilligung der Eltern erfolgen.

Im Rahmen der Netzwerke Gesunde Kinder des Landes Brandenburg erfolgt das erste Gespräch möglichst bereits in der Schwangerschaft, sonst nach der Geburt. Bei diesem ersten Gespräch, das von den Netzwerk-Koordinatorinnen bzw. -Koordinatoren geführt wird, wird die Bereitschaft zur Teilnahme am Netzwerk abgeklärt. Es gibt keinen Leitfaden für dieses Gespräch, es soll jedoch an die jeweilige individuelle Situation angepasst geführt werden (Flaake, persönliche Mitteilung). Willigt eine Familie in die Teilnahme ein, so wird eine Teilnahmevereinbarung unterschrieben. Die tatsächliche Begleitung der Familien erfolgt dann durch die ehrenamtlichen Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen. Dafür sind zehn Pflichtbesuche in festgelegten Abständen vorgesehen, die sich zeitlich an den Terminen der U-Untersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen) orientieren: U1 bei Geburt, U2 3.–10. Tag, U3 4.–5. Woche, U4 3.–4. Monat, U5 6.–7. Monat, U6 10.–12. Monat, U7 21.–24. Monat, U7a 34.–36. Monat, U8 46.–48. Monat, U9 60.–64. Monat. In einem Netzwerk erfolgen diese Besuche im ersten Lebensjahr durch Hebammen. Für die einzelnen Termine gibt es keine inhaltlichen Vorgaben, es soll das Wissen vermittelt werden, das die Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen in ihrer Ausbildung erlernt haben (Flaake, persönliche Mitteilung).

Evidenz zur Wirksamkeit des Programms / Evaluation des Programms

Das Aktionsprogramm Familienbesucher wurde auf Basis von Forschungsergebnissen aus dem angloamerikanischen Raum und mit Unterstützung eines wissenschaftlichen Beirats entwickelt (Pillhofer et al. 2012a). Besonderes Augenmerk wurde auf die Entwicklung eines halbstandardisierten Leitfadens zur Unterstützung der Familienbesuche und auf eine professionelle Fortbildung zur Vorbereitung der Fachkräfte gelegt. Hinsichtlich datenschutzrechtlicher Aspekte im Zusammenhang mit Familienbesuchen wurde vom Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht eine Expertise erstellt, die die Durchführung der Familienbesuche durch freie Träger unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen als rechtlich konform und dem Anspruch eines universell-präventiven Angebots gerecht werdend ansieht (Pillhofer et al. 2012a).

Das Aktionsprogramm Familienbesucher wurde während der Pilotphase evaluiert, die Ergebnisse Ende 2010 veröffentlicht (Fegert et al. 2011). Die Evaluation beschränkte sich zunächst auf die Fortbildung der Familienbesucher/innen, die aufgrund der Rückmeldungen angepasst wurde. Ab Herbst 2009 wurde auch die Umsetzung der Familienbesuche untersucht, d. h. die Erreichbarkeit der Familien und deren Zufriedenheit mit dem Angebot. Auf der Basis von 458 Rückmeldungen von Familienbesucherinnen und 274 Rückmeldungen von besuchten Familien konnten folgende Schlussfolgerungen gezogen werden: Laut 90 Prozent der Fachkräfte erfüllt das Weiterbildungscurriculum seine Aufgabe der Vorbereitung der Familienbesucher/innen gut bis sehr gut. In den Gesprächen wurden v. a. Familienbildungsangebote, allgemeine Beratungs- und Hilfsangebote nach DSGB VIII (Deutsches Sozialgesetzbuch, achttes Buch) und finanzielle Unterstützungsangebote vermittelt. Ein Änderungsbedarf des Curriculums wurde nur dahingehend gesehen, dass nur sehr wenig speziell auf Migrantinnen bzw. Migranten zugeschnittene Angebote vermittelt

wurden. Mit den Familienbesuchen konnten Familien mit sehr unterschiedlichen Lebenssituationen erreicht werden, was dem Ziel des Programmes entspricht. Bei ca. 15 Prozent der Familien lagen aktuelle finanzielle Belastungen vor, wobei der tatsächliche Anteil aufgrund des Befragungsbias als höher eingestuft wird. Die Familien waren großteils mit dem Angebot sehr zufrieden und für eine Fortsetzung des Programms. Ein Großteil der Familien gab an, neue Informationen über Angebote erhalten zu haben, und war auch entsprechend motiviert, diese Angebote in Anspruch zu nehmen. Mit dem Zeitpunkt des Besuchs sind sie ebenfalls großteils zufrieden, rund 15 Prozent hätten diesen allerdings gern bereits in der Schwangerschaft gehabt. Rund 50 Prozent der Familien wurden über den Familienbesuch in einem Brief des Bürgermeisters informiert und haben per Postkarte oder Telefonat ihr Einverständnis erklärt. Rund 64 Prozent der besuchten Familien wünschten keinen weiteren Besuch, ein Drittel hätte gern einen weiteren Besuch zum ersten Geburtstag des Kindes.

Die *Netzwerke Gesunde Kinder* des Landes Brandenburg basieren auf dem finnischen Neuvola-Modell und auf Vorarbeiten des Klinikums Niederlausitz. Alle *Netzwerke Gesunde Kinder* sind zur Teilnahme an einer externen Evaluation verpflichtet (Ministerium für Arbeit 2013b). Zu dieser laufenden Evaluation liegen verschiedene Berichte vor. Demnach waren Ende September 2012 19 Netzwerke an 31 Standorten mit einer Laufzeit von maximal 72 Monaten tätig (Kirschner et al. 2012). In den 17 evaluierten Netzwerken waren insgesamt 26 Netzwerkleiter/innen und 36 Mitarbeiter/innen in der Koordination tätig. Ein Netzwerk verfügt im Durchschnitt über 66 Kooperationspartner/innen. Die Qualität der Zusammenarbeit wird Großteils als sehr gut und kaum verbesserungswürdig empfunden. Insgesamt waren 1.195 ehrenamtliche Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen sowie 25 Hebammen aktiv und betreuten im Durchschnitt 3,4 Familien. Zum Zeitpunkt Ende September wurden im ganzen Land Brandenburg 4.191 Familien begleitet, insgesamt waren es bis zu diesem Zeitpunkt knapp 7.000. Die Reichweiten variieren und liegen bei neuen Netzwerken bei weniger als 2 Prozent, bei etablierten Netzwerken um 50 Prozent. Diese regionalen Unterschiede wurden bereits 2011 beobachtet und werden teilweise auf strukturelle Probleme zurückgeführt (Kirschner et al. 2011). Damals wurde festgestellt, dass die Anzahl der Geburten in den Netzwerken sehr stark variiert, wodurch ein unterschiedliches Ausmaß an zuweisenden Stellen und Patinnen/Paten bzw. Lotsinnen/Lotsen benötigt wird. Die Evaluation zeigte auch, dass Familien aus allen sozialen Schichten erreicht werden konnten, überdurchschnittlich jedoch Familien mit niedrigem Sozialstatus (32 % im Vergleich zu 15 % bei den Erstklässlerinnen/-klässlern im gesamten Land Brandenburg) (Kirschner et al. 2012). Hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Kinder zeigten sich bei den Netzwerk-Familien die üblichen schichtspezifischen Unterschiede nicht, was als Erfolg der Netzwerkarbeit interpretiert wurde.

4.6 Vergleichende Übersicht der Ländermodelle

In Abstimmung mit der Projektkoordinatorin Frühe Hilfen an der GÖG wurden vier europäische Beispielländer ausgewählt: Finnland, Großbritannien (England), Niederlande und Schweden, in denen universelle, d. h. für alle (werdenden) Eltern und Kinder angebotene, Programme mit

Relevanz für das „Idealmodell Frühe Hilfen“ bereits Tradition haben. Zusätzlich wurden zwei deutsche Modellprojekte dargestellt, die ebenfalls einen universellen Ansatz verfolgen.

Generell zeigt sich, dass in den ausgewählten Ländern die Vorsorgeleistungen der universellen Programme überwiegend durch nicht-ärztliche Berufsgruppen erbracht werden. Diesen Berufsgruppen (v. a. Public Health Nurses und Hebammen) kommt in den Ländern eine bedeutende Rolle im Angebot präventiver Gesundheitsleistungen für Schwangere und Kinder zu; die Berufe haben langjährige Tradition. Diese Anbieter/innen von Gesundheitsdienstleistungen haben eine umfassende medizinische Berufsausbildung absolviert, die z. T. stark auf die Erbringung präventiver Leistungen fokussiert. Die Qualifikationen für die Beratung von (werdenden) Eltern und Familien werden häufig über zusätzliche Ausbildungen erworben. Die Leistungsangebote dieser nicht-ärztlichen Berufsgruppen, die häufig einen psychosozialen Fokus aufweisen, werden verschränkt mit medizinischen Vorsorgeleistungen, die ebenfalls durch diese GDA angeboten werden, erbracht. Ergänzend werden medizinische Vorsorgeleistungen durch ärztliches Personal angeboten. In Deutschland hingegen werden die gesundheitlichen Vorsorgeleistungen im Rahmen der Schwangerschaft sowie für Kinder, ähnlich wie in Österreich, überwiegend von Ärztinnen/Ärzten erbracht. In Deutschland wurde in den vergangenen Jahren das Berufsbild der Familienhebamme entwickelt. Im *Aktionsprogramm Familienbesucher* werden die Leistungen von Personen mit pädagogischer oder medizinischer Grundausbildung erbracht (Erzieher/innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen oder Gesundheits- und Krankenpflegepersonal), welche eigens eine zusätzliche Ausbildung absolviert haben. Im deutschen Modellprojekt *Netzwerke Gesunde Kinder* werden die Beratungsleistungen durch ehrenamtliche Patinnen bzw. Paten mit einer Grundausbildung im Ausmaß von 30 Stunden und spezifischen Weiterbildungen nach einem Erstkontakt durch eine/n Netzwerkkoordinatorin/-koordinator erbracht.

In den Beispielländern ist auf nationaler Ebene ein „Leistungsrahmen“ für ein universelles Angebot festgeschrieben bzw. empfohlen, die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung des Angebots obliegt zumeist den Leistungsanbietern auf regionaler Verwaltungsebene. Dementsprechend unterschiedlich können die Services organisiert sein. In Deutschland zielen nationale Vorgaben und länderspezifische Umsetzung auf eine flächendeckende Partizipation der regionalen Verwaltungsebene an Programmen Früher Hilfen ab, jedoch gibt es keine Verpflichtung zum Angebot universeller Programme oder festgeschriebene Leistungsinhalte.

Ein Vergleich der **Anzahl der in den universellen Programmen angebotenen Termine** zeigt sich aufgrund der unterschiedlichen Strukturen dieser Programme als wenig zielführend (Verschränkung mit medizinischen Vorsorgeleistungen; siehe oben). In Finnland sind im Rahmen der Schwangerschaft jedenfalls neun Termine und ein Termin nach der Geburt bei einer PHN oder Hebamme vorgesehen (zusätzlich zwei ärztliche Untersuchungen in und eine nach der Schwangerschaft sowie Ultraschalluntersuchungen). Im Rahmen dieser Untersuchungen finden gleichzeitig medizinische Vorsorgeuntersuchungen statt. In den Niederlanden erfolgt die Betreuung der Schwangeren überwiegend durch Hebammen – hier sind rund zehn Termine in der Schwangerschaft und ca. sechs Termine in den ersten zehn Tagen nach der Geburt vorgesehen. In Schweden sind neben den ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft zumindest drei Kontakte mit einer Hebamme vorgesehen, wobei die Inhalte im Rahmen dieser Termine – soweit bekannt – primär einen medizinischen Schwerpunkt haben. Zusätzlich werden

Elterngruppen angeboten, die von der Mehrheit der werdenden Eltern besucht werden. Für das englische Programm wurden nur die Leistungen der Health Visitors herausgegriffen. Hier findet lediglich ein Termin während der Schwangerschaft statt. Die medizinische Betreuung der Schwangeren erfolgt durch ärztliches Personal und Hebammen. Die genannten Zahlen beziehen sich immer auf das universelle präventive Angebot. Bei Vorliegen von medizinischen oder sozialen Risikofaktoren bzw. bei erhöhtem Betreuungsbedarf finden in allen Ländern weitere Termine statt.

Im ersten Lebensjahr des Kindes sind in Finnland zumindest neun Termine bei einer PHN vorgesehen (bei drei dieser Termine ist auch eine ärztliche Untersuchung vorgesehen). In den Niederlanden erfolgt eine engmaschige Betreuung durch eine Hebamme nach der Geburt des Kindes, die weiteren neun Termine im ersten Lebensjahr des Kindes finden in den Jugend- und Familien- bzw. Kindergesundheitszentren statt („consultatiebureau“). Das englische Programm sieht zumindest drei Termine im ersten Lebensjahr mit einem Health Visitor vor, zusätzlich sind weitere ärztliche Untersuchungen und Vorsorgeleistungen vorgesehen. In Schweden sind es, nach einer letzten Untersuchung durch die Hebamme innerhalb der ersten Woche nach der Geburt, rund elf weitere Kontakte bis zum ersten Geburtstag, zumeist mit einer Krankenpflegekraft, fallweise mit ärztlichem Personal; zusätzlich können die Eltern an Gruppentreffen teilnehmen, die von einer Krankenpflegekraft geleitet werden. Das deutsche *Aktionsprogramm Familienbesucher* sieht nur einen Termin vor (5.–12. Lebenswoche), im *Netzwerk Gesunde Kinder* sind neben dem Erstgespräch (das eventuell schon in der Schwangerschaft stattfindet) zehn Besuche geplant, davon sechs im ersten Lebensjahr des Kindes.

Hinsichtlich der **Inhalte der einzelnen Termine**, die nicht rein medizinische Untersuchungen/Vorsorgeleistungen sind, kann festgehalten werden, dass in der Zeit der Schwangerschaft folgende Themen angesprochen bzw. Inhalte angeboten werden (vgl. auch Tabelle 4.8). In Finnland werden ein gesundheitsförderliches Verhalten in der Schwangerschaft, Stillen und sicheres Schlafen (Vermeidung von SIDS) in der Schwangerschaft thematisiert. Darüber hinaus werden „vertrauensfördernde Gespräche“ geführt. Der werdende Vater soll – so möglich – eingebunden werden. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Veränderungen durch die neue Lebenssituation: Gesundheit und Lebensstil der werdenden Eltern, eigene Kindheitserfahrungen, Partnerschaft, wirtschaftliche Situation, Arbeits- und Wohnsituation sind Themenblöcke, die angesprochen werden. Basis für das Gespräch kann hier ein Fragebogen, der von den werdenden Eltern vorab ausgefüllt wird, bieten. In England werden die Services vorgestellt und ein „Family Health Assessment“ in der Schwangerschaft begonnen (um zusätzlichen Betreuungsbedarfs zu identifizieren und das häusliche Umfeld einzuschätzen). Ein Gespräch wird geführt zu gesundheitsförderlichem Verhalten (rauchfreies Zuhause, Ernährung in der Schwangerschaft, Stillen, Anamnese und erbliche Krankheiten, Impfen, Prävention von Übergewicht, häusliche Gewalt) und zur Vorbereitung auf die Elternrolle (Familie und Netzwerke, Elternrolle, Bindungsverhalten), Informationsmaterialien und Kontaktdaten werden bereitgestellt. In den Niederlanden werden in der Schwangerschaft Fragen zur sozialen Situation und Arbeitssituation, zu Partnerschaft, häuslicher Gewalt und Suchtverhalten gestellt sowie psychosoziale Aspekte diskutiert (psychische Symptome, Stimmung, Stress, Veränderung im täglichen Ablauf). In Schweden werden ebenfalls Themen wie Arbeitssituation und Suchtverhalten (Rauchen,

Alkohol) von der Hebamme angesprochen und Tipps zum Thema Ernährung und Gesundheit gegeben.

Tabelle 4.8:
Behandelte Themenbereiche der universellen Programme in der Länderübersicht – Schwangerschaft

| Themenbereiche | FI | NL | GB | SE |
|---|-----|----|-----|-----|
| <i>Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten in der Schwangerschaft</i> | | | | |
| Alkoholkonsum (bzw. Suchtverhalten) | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Tabakkonsum / rauchfreies Zuhause | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Gesundheitsförderndes Verhalten in der Schwangerschaft | ✓ | | | (✓) |
| Ernährung in der Schwangerschaft | ✓ | | ✓ | ✓ |
| <i>Gesundheit, gesundheitsförderndes Verhalten – Kind und Familie</i> | | | | |
| Stillen | ✓ | | ✓ | |
| Sicheres Schlafen / SIDS | ✓ | | ✓ | |
| Familiengesundheit (Schwerpunkt Ernährung) | | | ✓ | |
| <i>Psychosoziale Aspekte</i> | | | | |
| Psychische Symptome, Stimmung, Stress, Veränderungen im täglichen Ablauf, evtl. Beratung | ✓ | ✓ | | |
| <i>Auseinandersetzung mit der / Vorbereitung auf die Elternrolle</i> | | | | |
| Partnerschaft / Elternrolle | ✓ | ✓ | | (✓) |
| Positive Parenting, Bindungsverhalten, Interaktion | | | ✓ | (✓) |
| Familiäres Umfeld, soziale Netzwerke (Ressourcen) | ✓ | | ✓ | |
| Informationen zu / Vermittlung an weiterführendes Angebot: z. T. Elterntrainings für Erstgebärende, Angebote für Familien | ✓ | | (✓) | |
| <i>Soziale und wirtschaftliche Aspekt</i> | | | | |
| Eindruck Lebensumfeld / häusliches Umfeld / soziale Situation | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Arbeitssituation / wirtschaftliche Aspekte | (✓) | | | ✓ |
| Häusliche Gewalt | ✓ | ✓ | ✓ | |
| <i>[wenn möglich: Einbindung des Vaters in das Gespräch]</i> | ✓ | | ✓ | |

FI = Finnland, NL = Niederlande, GB = Großbritannien, SE = Schweden, SIDS = Sudden Infant Death Syndrome / Plötzlicher Kindstod

Anmerkung: Die Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten behandelten Themenbereiche. Nicht angeführt sind rein medizinische Leistungen. Markiert sind jene Themen, die explizit behandelt werden, wobei die Art und Weise sowie die Tiefe, in der die Themen behandelt werden, zwischen den Ländern bzw. den einzelnen Leistungsanbietern variieren können. Die Informationen zu den einzelnen Leistungen in den universellen Programmen liegen in Detailtiefe vor. Dass ein Thema nicht markiert wurde, bedeutet nicht, dass dieses Thema keinesfalls im Rahmen des jeweiligen Programms angesprochen wird.

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Nach der Geburt des Kindes (vgl. hierzu auch Tabelle 4.9) wird in Finnland im Rahmen der Termine ein gesundheitsförderliches Verhalten (Stillen, Ernährung, Sicherheit und Unfallvermeidung) thematisiert und das psychische Wohlbefinden der Mutter abgefragt (EPDS). Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation und den Ressourcen der Familie (Situation nach der Geburt, Partnerschaft, familiäre Netzwerke und Unterstützung, Gesundheit und Zukunftsperspektiven). Basis für das Gespräch über diese Inhalte kann wiederum ein Fragebogen, der von den werdenden Eltern vorab ausgefüllt wird, bieten. Die Eltern-Kind-Interaktion ist Thema der Termine, und auch allfällige Erziehungsfragen können angesprochen werden. Im

englischen Programm wird das „Family Health Assessment“ fortgeführt (mit dem Ziel der Identifikation zusätzlichen Betreuungsbedarfs und einer Einschätzung des häuslichen Umfelds). Inhalte der Gespräche zu gesundheitsförderlichem Verhalten sind: Bindungsverhalten, Stillen und Ernährung, sicheres Schlafen, rauchfreies Zuhause, Suchtverhalten, häusliche Gewalt. Ein „Mental Health Assessment“ zur Identifikation postnataler Depression wird durchgeführt (einzelne Fragen und bei Bedarf EPDS). Später werden auch Informationen zur Entwicklungsförderung gegeben (verbale Eltern-Kind-Kommunikation und Vorlesen, Spielgruppen). Themen der Elternschaft werden angesprochen, Informationen zu Förderungen gegeben und Fragen der Eltern beantwortet. Nicht zuletzt die Zahngesundheit ist ein Thema, das von den HV angesprochen wird. Auch in den Niederlanden wird eine Vielzahl von Inhalten bei den Terminen thematisiert: Familien- und Wohnsituation, aber auch Beruf und Kinderbetreuung, ergänzt durch Gespräche zu gesundheitsförderlichem Verhalten (Stillen und Ernährung, sicheres Schlafen, Rauchen, Unfallvermeidung). Die Eltern-Kind-Interaktion ist ebenfalls Gegenstand der Termine, auf soziale und emotionale Auffälligkeiten der Kinder wird geachtet und u. a. eine Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren durchgeführt („Balansmodell nach vanBakker“). In Schweden werden bei den Terminen Gespräche zu gesundheitsförderlichem Verhalten geführt (Stillen und Ernährung, sicheres Schlafen, Rauchen, Suchtverhalten und Unfallvermeidung). Ein Screening auf postnatale Depression der Mütter (EPDS) wird durchgeführt. Die Eltern-Kind-Bindung ist Thema der Termine, die gemeinsame Verantwortung der Eltern wird ebenso angesprochen wie Karenz und Kinderbetreuung. Informationen zur Entwicklungsförderung (Eltern-Kind-Kommunikation) werden gegeben. Das *Aktionsprogramm Familienbesucher* (Deutschland) thematisiert die Befindlichkeit der Eltern inklusive Anzeichen einer Depression, die Pflege und Betreuung des Kindes sowie soziale Netzwerke der Familien, die allgemeine Lebenssituation und allfällig spezifische Fragen der Migration. Es gibt Informationen zu Angeboten zur Unterstützung von Familien und Elternbildungsmaßnahmen. Die Inhalte der Termine im Rahmen der *Netzwerke Gesunde Kinder* (Deutschland) orientieren sich an dem Curriculum der Patinnen/Paten (Kinderkrankheiten und Gesundheitsvorsorge bei Kindern, regionale Förderangebote für Familien, finanzielle, rechtliche und soziale Fragestellungen) – genaue Vorgaben zu den Inhalten gibt es nicht.

Tabelle 4.9:
Behandelte Themenbereiche der universellen Programme in der Länderübersicht – erstes Lebensjahr des Kindes¹

| Themenbereiche | FI | NL | GB | SE |
|--|-----|----|-----|-----|
| <i>Gesundheit, gesundheitsförderndes Verhalten – Kind und Familie</i> | | | | |
| Gesundheitszustand des Kindes | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Tabakkonsum (in der Familie) / rauchfreies Zuhause | (✓) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Alkoholkonsum (bzw. Suchtverhalten) in der Familie | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Familiengesundheit | ✓ | | ✓ | |
| Stillen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ernährung / Prävention Übergewicht | ✓ | ✓ | ✓ | (✓) |
| Sicheres Schlafen / SIDS | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pflege / Hygiene (Kind) | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Postnatale Depression | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Zahngesundheit | ✓ | | ✓ | |
| Kindersicherheit / Unfallverhütung | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Ausrüstung | | | | ✓ |
| <i>Entwicklung des Kindes</i> | | | | |
| Allgemeiner Eindruck Kind | | ✓ | ✓ | |
| Eltern-Kind-Interaktion / Eltern-Kind-Bindung | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Physische, psychische, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes / Auffälligkeiten | ✓ | ✓ | ✓ | (✓) |
| Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren / Resilienz | ✓ | ✓ | (✓) | |
| Entwicklung des Kindes hinsichtlich Sprechen, Lesen, Singen, Spielen etc. bzw. diesbezügliche Angebote zur Entwicklungsförderung | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Trennungsangst | | ✓ | | |
| <i>Elternrolle / Interaktion – Familie</i> | | | | |
| Geburt / Erwartungen / Veränderung Lebenssituation | ✓ | | ✓ | |
| Förderung der Elternkompetenz / Erziehungsfragen | (✓) | | ✓ | |
| Gemeinsame Verantwortung der Eltern | (✓) | | | ✓ |
| Partnerschaft und Elternrolle | ✓ | | ✓ | |
| <i>Soziale und wirtschaftliche Aspekte – Familie</i> | | | | |
| Familie(nmitglieder), Wohnsituation | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Häusliche Gewalt | ✓ | | ✓ | |
| Alltag und Familie | ✓ | | | |
| Beruf und Familie / Kinderbetreuung | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Familiäres Umfeld, soziale Netzwerke (Ressourcen) | ✓ | | ✓ | |
| Eindruck wirtschaftliche Situation / Informationen zu Förderungen | | | ✓ | |
| Information zu Angeboten für Familien (Spielgruppen, Familienzentren etc.) | (✓) | | ✓ | |

FI = Finnland, NL = Niederlande, GB = Großbritannien, SE = Schweden, SIDS = Sudden Infant Death Syndrome / Plötzlicher Kindstod

¹ Deutschland wird hier nicht berücksichtigt, da die im Bericht beschriebenen Modellprojekte keine konkreten inhaltlichen Vorgaben für die Gespräche machen. Dennoch werden die hier angeführten Themenbereiche in der Ausbildung der Personen, die die Besuche in den Familien durchführen, angesprochen, so dass bei den Besuchen darauf geachtet bzw. bei Bedarf reagiert werden kann.

Anmerkung: Die Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten behandelten Themenbereiche. Nicht angeführt sind rein medizinische Leistungen. Markiert sind jene Themen, die explizit behandelt werden, wobei die Art und Weise sowie die Tiefe, in der die Themen behandelt werden, zwischen den Ländern bzw. den einzelnen Leistungsanbietern variieren können. Die Informationen zu den einzelnen Leistungen in den universellen Programmen liegen in Detailtiefe vor. Dass ein Thema nicht markiert wurde, bedeutet nicht, dass dieses Thema keinesfalls im Rahmen des Programms angesprochen wird.

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Leistungen in den Beispielländern sind jedenfalls umfassend: Neben Gesprächen zu gesundheitsförderndem Verhalten wird auch die Lebenssituation der Familien, werden Fragen der Partnerschaft, des sozialen Umfelds und der wirtschaftlichen und beruflichen Situation in unterschiedlichem Ausmaß thematisiert. Eine Stärkung der Ressourcen der Familie, Aufklärung über Förderungen und Angebote für Familien sowie eine frühzeitige Inanspruchnahme weiterführender Beratung- bzw. Hilfsangebote ist jedenfalls Ziel der Programme. In drei Ländern wird das ein Screening auf postnatale Depression mittels „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ durchgeführt (Finnland, Schweden und in England bei Bedarf), in einem weiteren Programm (*Aktion Familienbesucher*, Deutschland) wird auf Zeichen einer postnatalen Depression geachtet. Auch die Förderung der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung des Kindes (Eltern-Kind-Interaktion, Sprache, Vorlesen oder Spielgruppen) ist Thema einiger Programme.

Das **Leistungsangebot** wird in Finnland, den Niederlanden und Schweden nur zu einem geringen Teil aufsuchend – im Sinne von Hausbesuchen – erbracht. Jedoch sehen alle Modelle zumindest einen Hausbesuch binnen zwei Wochen nach der Geburt des Kindes vor. In Finnland (PHN oder Hebamme) und in den Niederlanden (Hebamme) ist zumindest je ein Hausbesuch in der Schwangerschaft und nach Geburt des Kindes vorgesehen, wobei in den Niederlanden noch jedenfalls ein weiterer Hausbesuch durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter des Jugend- und Familienzentrums („consultatiebureau“) geplant ist. In England sind ein Hausbesuch in der Schwangerschaft und zumindest zwei Hausbesuche im ersten Lebensjahr des Kindes durch Health Visitors vorgesehen. Nur in Schweden ist kein Hausbesuch während der Schwangerschaft geplant, hier sind im ersten Lebensjahr des Kindes zwei Hausbesuche vorgesehen (Krankenpflegefachkraft). Zum Teil sind es die praktischen Rahmenbedingungen, wie fehlende Personalressourcen, die das tatsächliche Angebot an Hausbesuchen bestimmen (siehe 4.1 Finnland). Auch in England zeigt sich ein Mangel an entsprechend qualifizierten GDA (Department of Health 2011).

Zum Teil liegen umfassende **Evaluationen** der Programme (Finnland und Niederlande) vor, diese sind jedoch nur in der Landessprache verfügbar. Die Evaluationen beziehen sich zumeist auf die Strukturqualität, die Inanspruchnahme des und auf die Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot. Ergebnisparameter, an denen die Effektivität der Programme in der Erreichung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen (beispielsweise Stillrate) oder in der Prävention von Erkrankungen oder gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen (beispielsweise Rauchen in der Schwangerschaft, Übergewicht/Adipositas) festgemacht werden kann, dürften erst in den letzten Jahren in das Zentrum der Betrachtung rücken. (Hakulinen-Viitanen 2013; Watts 2013)

Die Inanspruchnahme des Leistungsangebots ist in allen beschriebenen Programmen nicht verpflichtend. In Finnland ist eine Untersuchung in einem Mutterschaftszentrum oder durch einen Arzt vor Ende der 16. SSW Voraussetzung für den Bezug eines umfassenden Babypakets bzw. eines Pauschalbetrags von 140 Euro. Im Rahmen der Programme werden zum Teil kleine materielle Anreize wie kostenlose Bücher für das Kind (England) oder pädagogisch wertvolle Geschenke (Netzwerk Gesunde Kinder, Deutschland) geboten. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen ist in Finnland, den Niederlanden und Schweden sehr hoch. Zu Großbritannien und zum deutschen *Aktionsprogramm Familienbesucher* liegen keine Werte vor. Im Rahmen der *Netzwerke Gesunde Kinder* variiert die Reichweite stark und liegt zwischen 2 Prozent bei neugegründeten und rund 50 Prozent bei etablierten Netzwerken.

5 Schlussfolgerungen

Die universellen Programme in den ausgewählten Beispielländern werden großteils in ver-schränkten Strukturen angeboten. Erbracht werden umfassende Leistungsangebote wie Vorsorgeuntersuchungen, Beratungs- und Informationsleistungen durch nicht-ärztliches Gesundheitspersonal, ergänzend und in Abstimmung mit ärztlichen Vorsorgeleistungen (wie Untersuchungen, medizinische Beratungen und Impfungen). Die Berufsgruppen, die diese Leistungen anbieten, wie beispielsweise Public Health Nurses (PHN), verfügen über eine etablierte Rolle im Gesundheitswesen. Nur in Deutschland werden diese Leistungen der Struktur nach parallel zu den ärztlichen Untersuchungen angeboten. Für den Erfolg der Programme relevant zu sein scheinen eine klare Aufgabenfestschreibung, die Qualifikation und Akzeptanz der Leistungsanbieter (Mitarbeiter/innen) sowie die Ausstattung der Programme mit entsprechenden Personalressourcen.

Aufgrund der unterschiedlichen Leistungspalette ist ein Vergleich der Anzahl der Termine in den Programmen nur bedingt aussagekräftig. Jedenfalls werden in allen Ländern (in unterschiedlichem Ausmaß) bereits für die Zeit der **Schwangerschaft** Leistungen angeboten, die über rein medizinische Vorsorgeleistungen hinausgehen und dazu dienen sollen, allfälligen weiteren Unterstützungsbedarf der werdenden Eltern zu identifizieren. Das englische Programm, das hier nur die Leistungen der Health Visitors darstellt, sieht einen Hausbesuch in der Schwangerschaft und drei Termine (davon jedenfalls zwei Hausbesuche) im ersten Lebensjahr des Kindes vor. Ein Termin im letzten Schwangerschaftsdrittel dürfte empfehlenswert sein, um die Auseinandersetzung der werdenden Eltern mit der sich verändernden Lebenssituation und ihren Ressourcen zu fördern und frühzeitig informieren und allfälligen Unterstützungsbedarf identifizieren zu können.

In allen Programmen (mit Ausnahme des *Aktionsprogramm Familienbesucher*) sind zumindest drei weitere Termine im ersten Lebensjahr des Kindes vorgesehen, wovon ein Termin jedenfalls als Hausbesuch binnen **zwei Wochen nach der Geburt** stattfindet. Auch um die **achte Lebenswo-che des Kindes** ist in allen Programmen ein Termin vorgesehen – zu dem z. T. ein Screening hinsichtlich einer postnatalen Depression durchgeführt wird. Ein weiterer Termin ist in (fast) allen Programmen mit **Vollendung des ersten Lebensjahres** vorgesehen. Zur Identifikation von Familien mit allfällig erhöhtem Beratungs- bzw. Unterstützungsbedarf ist es sinnvoll, in der ersten Phase nach der Geburt Familien zu begleiten und mehrere Termine vorzusehen. Eine längerfristige Begleitung ermöglicht auch, Beratungs- und Unterstützungsbedarf zu erkennen, der sich mit der veränderten Lebenssituation und den sich verändernden Bedürfnissen des Kindes ergibt.

Im Fokus der Termine sollte nicht allein das Kind, sondern die Familie mit ihren Ressourcen stehen. Eine aktive und frühzeitige Auseinandersetzung mit Themen wie Familiengesundheit, eigenen Kindheitserfahrungen, Partnerschaft und Lebenssituation schafft die Möglichkeit, vorhandene Ressourcen zu stärken bzw. frühzeitig allfällige weitere Beratungs- und Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Termine sollten auch Raum bieten, Informationen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil und zur Förderung des Kindes in der entsprechen-

den Lebensphase zu geben (Interaktion, Sprechen, Vorlesen, Spielgruppen). Im Rahmen rein medizinischer Vorsorgeuntersuchungen scheint der Raum für solche Gespräche aktuell limitiert zu sein.

Die hohe Inanspruchnahme der Leistungsangebote in den Beispielländern (jedenfalls in Finnland, den Niederlanden und Schweden) zeigt eine hohe Akzeptanz der Programme bzw. hohes Interesse an dem Leistungsangebot. Evaluationen, die nicht nur die Inanspruchnahme der Programme, sondern auch deren Wirksamkeit hinsichtlich festgeschriebener Outcomeparameter untersuchen, sind für die kommenden Jahre zu erwarten.

6 Weitere Informationen

6.1 Literatur

Bakker, I.; Bakker, C.; Van Dijke, A.; Terpstra, L. (1998): Balansmodel. In: Netherlands Jeugd Instituut, 21–21

Boddy, Janet; Statham, June; Smith, Marjorie; Ghate, Deborah; Wigfall, Valerie; Hauari, Hanan; Coram, Thomas; Canali, Cinzia; Danielsen, Inge; Flett, Marion; Garbers, Simon; Milova, Hélène (2009): International Perspectives on Parenting Support. Non-English Language Sources. Hg. v. Department for Children/S. a. Families, London

Boere-Boonekamp, Magda M.; Dusseldorp, Elise; Verkerk, Paul H. (2009): TNO-rapport. Onderbouwing van de validiteit van het ontwikkelingsonderzoek bij kinderen van 0 tot en met 4 jaar: het Van Wiechenonderzoek. TNO, Leiden

Bremberg, Sven (2006): New tools for parents. Proposals for new forms of parent support. Hg. v. Swedish national Institute of Public Health

Bremberg, Sven (2012): Parent support in Sweden: a country report Unver  ffentlicht, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin

Bremberg, Sven (2013): Telefoninterview vom 16.10.2013. H. Stürzlinger

Darwish, Letty; de Vries, Sanne (2010): Youth and Family Centres in the Netherlands. Nederlands Jeugd Instituut

Department of Health (2004): Core Standards. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Department of Health, London

Department of Health (2011): Health Visitor Implementation Plan 2011–15. A Call to Action.

Deurloo, J.A.; van Rooijen, K.; Beckers, M.; Dunnink, T.; Verkerk, P.H. (2012): TNO-rapport. Een beknopte evaluatie van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO)

Fegert, J  rg M.; Ziegenhain, Ute; Pillhofer, Melanie; Wahlenmayer, Janka (2011): Aktionsprogramm "Familienbesucher". Ausbildung und Einsatz von Familienbesuchern. Hg. v. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Stiftung Kinderland Baden-Württemberg

Friedrich Ebert Stiftung (2006): Tagungsbericht. Emanzipation und Kinderbetreuung. Demografisch-politische Ansätze für Mecklenburg-Vorpommern, Rostock 28. Mai 2005. Hg. v. Friedrich Ebert Stiftung. Landesbüro Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin

Geus, Myrte de (2012): Midwifery in the Netherlands. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Government of UK (2013): Policy. Giving all children a healthy start in life [Online]. <https://www.gov.uk/government/policies/giving-all-children-a-healthy-start-in-life> [Zugriff am 10.12.2013]

Haas, Sabine; Pammer, Christoph; Weigl, Marion; Winkler, Petra (2013): Ausgangslage für Frühe Hilfen in Österreich. Ergebnisse der Feldanalyse und der Stakeholder-Workshops, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Hakulinen-Viitanen, Tuovi / National Institute for Health and Welfare (2013): Request concerning early assistance in parenting support. Email, K. Antony, GÖG, am 08.01.2014

Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Pelkonen, Marjaana (2010): A questionnaire for identifying the factors that strengthen and burden families with a newborn baby Helsinki: National Institute for Health and Welfare, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aebe349b-3a10-4c67-a7dc-f521a4e6c0ea>

Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Pelkonen, Marjaana; Haapakorva, Arja (2005): Maternity and child health care in Finland. Hg. v. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Hakulinen-Viitanen, Tuovi; Pelkonen, Marjaana; Haapakorva, Arja (2008): Maternity and Child Health Clinic Activities 2007. Results and Development of Monitoring. Hg. v. STAKES, Helsinki

Kaljunen, L; Pelkonen, M.; Hakulinen-Viitanen, T (2010): A questionnaire for Identifying the factors that strengthen and burden parents expecting their first child. Helsinki: National Institute for Health and Welfare, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5c5fcee0-799f-40f1-8cfe-f51ad4a7a5d1>

Kekkonen, Marjatta; Montonen, Mia; Viitala, Riitta (2012): Family centre in the Nordic countries – a meeting point for children and families. Hg. v. Nordic Council of Ministers, Copenhagen

Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Felkel, Susanne; Heinisch, Monique; Höpfner, Stefanie; Schmidt, Anne (2011): Evaluation der Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg im Jahr 2011. Zusammenfassung der Ergebnisse. FB + E, Forschung, Beratung + Evaluation GmbH, Berlin

Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Rabe, Nicole; Heinisch, Monique (2012): Evaluation der Projekte Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg. Kurzbericht 2012. FB + E, Forschung, Beratung + Evaluation GmbH, Berlin

Knaller, Christine (2013): Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

KNOV / Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2013): Telefoninterview vom 24.10.2013, H. Stürzlinger am 24.10.2013

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (2014): Centering Pregnancy [Online]. <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/529/centeringpregnancy> [Zugriff am 07.01.2014]

Lanting, C.I.; Broekhuizen, K.; Fleuren, M. (2013): TNO-rapport. Kennisname en gerapporteerd gebruik van JGZ-richtlijnen gepubliceerd vóór 2012. Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO)

Linderoos, Petra (2008): Der finnische Weg des lebenslangen Lernens. In: Bildungs- und Erziehungskontrakte als Instrumente von Schulentwicklung. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bonn, Berlin, 340

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Land Brandenburg (2013a): Gut behütet ins Leben starten – Familien in besten Händen.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Land Brandenburg (2013b): Mindeststandards – Netzwerk Gesunde Kinder.

Ministry of Social Affairs And Health (2013a): Child and Family Policy in Finland. Helsinki

Ministry of Social Affairs and Health (2013b): Maternity and child health clinics [Online]. http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/primary_health/maternity_clinics [Zugriff am 22.08.2013]

Nederlands Jeugd Instituut [Online]. <http://www.nji.nl/> [Zugriff am 08.01.2014]

Nederlands Jeugd Instituut (2005): Instrument. Van WiechenOnderzoek (VWO). Nederlands Jeugd Instituut, Utrecht

NHS Foundation Trust (o.J.): The Sheffield Health Visiting Service Plan 2012 to 2015.

Parenting in Holland (2013). <http://www.parentinginholland.com> [Zugriff am 10.12.2013]

Pillhofer, Melanie; Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute; Götte, Stephanie; Meysen, Thomas (2012a): Aktionsprogramm Familienbesucher. Ein Programm zur Unterstützung von jungen Eltern. Hg. v. Baden-Württemberg Stiftung gGmbH, 64. Aufl., Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung, Gesellschaft & Kultur

Pillhofer, Melanie; Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute; Hofer, Alexandra; Britsch, Pascal; Schöllhorn, Angelika (2012b): Aktionsprogramm Familienbesucher. Fortbildungskonzept für Willkommensbesuche nach der Geburt zur Information junger Eltern. Hg. v. Baden-Württemberg Stiftung gGmbH, Stuttgart

Postma, S. (2008): JGZ-richtlijn. Vroegsignalering van psychosociale problemen. Hg. v. RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) und Centrum Jeugdgezondheid

Rikshandboken Barnhälsovård. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Psykisk-halsa/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS-Psykisk-halsa> [Zugriff am 07.01.2014]

Rising, S. S.; Kennedy, H. P.; Klima, C. S. (2004): Redesigning prenatal care through Centering Pregnancy. In: J Midwifery Womens Health 49/5-398-404

Royal College of Paediatrics & Child Health (2009): My personal child health record. <http://www.rcpch.ac.uk/PCHR>

Schwedische Hebammenvereinigung. <http://www.barnmorskeforbundet.se/> [Zugriff am 08.01.2014]

Shribman, Sheila; Billingham, Kate (2009): Healthy Child Programme. Pregnancy and the first five years of life. Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004), Department of Health, www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life, London

Sundelin, C.; Hakansson, A. (2000): The importance of the Child Health Services to the health of children. Summary of the state-of-the-art document from the Sigtuna conference on Child Health Services with a view to the future. In: Acta pædiatr suppl/434, 76-79

THL (2012): We're having a baby. A guidebook for expectant parents. Hg. v. National Institute for Health and Welfare, Helsinki

Tuominen, Miia; Kaljonen, Anne; Ahonen, Pia; Rautava, Päivi (2012): Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. In: BMC Pregnancy and Childbirth 12/96, 1-12

Verloove-Vanhorick, E.J.C. Coenen-van Vroonhoven; S.P. (2008): TNO-rapport. Advies 'Contactmomenten JGZ 0-19 jaar'. Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO)

Vuorenkoski, Lauri (2008): Finland: Health System Review. Health Systems in Transition, Hg. v. P. Mladovsky/E. Mossialos. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen

Watts, Pauline / Department of Health (2013): Information regarding HCP (Questionnaire). Email, K. Antony, GÖG, am 5.11.2013

Winkler, Roman (2011): Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu „Normal-“ und „Risikoverläufen“ während der Schwangerschaft und frühen Kindheit bis zum Schuleintritt. Bd. 45b. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien

Winkler, Roman; Erdos, Judit; Wimmer, Bernd; Piso, Brigitte (2012): Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen. Bd. 053. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien