

!npuncto



Lokale Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg

Damit Kinder gesund aufwachsen

Inhalt

- 1 Einführung**

- 2 Kinder im Land Brandenburg**
 - 2.1 Geburten, Mütter, Schwangerschaften**
 - 2.2 Soziale Lage von Kindern**
 - 2.3 Früherkennungsuntersuchungen und Kindeswohl**

- 3 Die lokalen Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg**
 - 3.1 Konzept, Ziele**
 - 3.2 Aufbau und Arbeitsweise**
 - 3.2.1 Aufbau**
 - 3.2.2 Arbeitsweise**
 - 3.3 Wie gut arbeiten die lokalen Netzwerke und welchen Aufwand bringen sie mit sich?**

- 4 Ausblick**

Literatur

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie

Impressum:

Landesgesundheitsamt im Landesamt für Soziales und Versorgung

Wünsdorfer Platz 3, 15806 Zossen

www.lasv.brandenburg.de

Redaktionelle Verantwortung: Dr. Gabriele Ellsäßer

An dieser Ausgabe haben mitgearbeitet:

Dr. Andreas Böhm, Dr. Gabriele Ellsäßer, Margrit Harmel, Bernd Müller-Senftleben

Layout: Werbestudio zum weissen Roessl

Druck: Laserline KG, Berlin

Auflage: 5.000

Erscheinungsdatum: 12/08



1 Einführung

Kinder sind von Erwachsenen abhängig, sie sind auf Unterstützung und Liebe angewiesen. Und Kinder verantworten ihre Lebenslage nicht selbst. Deshalb brauchen Kinder starke Eltern und Fürsprecher in der gesamten Gesellschaft.

Die Netzwerke Gesunde Kinder in Brandenburg sind lokale Initiativen zum Wohl von kleinen Kindern, in denen verschiedene Akteure mitarbeiten: Kinder- und Geburtskliniken, Ärzte und Hebammen, Beratungsstellen freier Träger, Gesundheits- und Jugendämter, Frühförderstellen und Therapeuten. Der Kern des Programms liegt darin, dass zunächst die Angebote und Hilfen für Schwangere und Eltern kleiner Kinder aufeinander abgestimmt und anschließend von Patinnen oder Hebammen passgenau in der Familie des Kindes vermittelt werden. Das Angebot ist an alle Familien gerichtet und nicht allein an bedürftige Zielgruppen.

Die Landesregierung formulierte im Oktober 2005 das Ziel, Brandenburg zu einem besonders familien- und kinderfreundlichen Land zu machen. Zum Maßnahmenpaket gehört seit 2006 die Unterstützung der lokalen Netzwerke Gesunde Kinder.

Kinderärzte haben die Erfahrung gemacht, dass junge Familien sie nicht nur wegen gesundheitlicher Probleme aufsuchen, sondern häufig Rat suchen. Denn Mütter und Väter sind im Umgang mit ihren Kindern unsicher geworden. Die lokalen Netzwerke Gesunde Kinder gehen hier auf diese Bedürfnisse der Mütter und Väter nach Unterstützung ein.

An die Netzwerke richten sich – ausgesprochen oder unausgesprochen – weitere Erwartungen. Durch den aufsuchenden, bevölkerungsoffenen Ansatz sollen auch jene Familien erreicht werden, deren Kinder den Kitas oder den Früherkennungsuntersuchungen fernbleiben. Und es geht um Familien, sehr junge Mütter und Väter und alle anderen, die mit der Verantwortung für ein Baby oder kleines Kind mitunter überfordert sind. Es soll eine „Kultur des Hinsehens und der Gemeinsamkeit“ entstehen, in der Kinder gleiche Chancen haben, gesund aufzuwachsen und Vernachlässigung oder Misshandlung frühzeitig verhindert werden.



Zur Sache

Diese Ausgabe von *inpuncto* behandelt die lokalen Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg. Bevor das Konzept und die Arbeitsweise der Netzwerke dargestellt werden, wird zunächst ein Schlaglicht auf die soziale und gesundheitliche Lage von Kindern im Land geworfen.

Es gibt zwar seit Jahren Bestrebungen, junge Familien mit kleinen Kindern zu unterstützen. Aber die bereits vorhandenen Hilfen systematisch zu vernetzen und den Familien ein kontinuierliches und aufsuchendes Angebot zu eröffnen, ist neu.

Für eine abschließende Bewertung des Erfolges der lokalen Netzwerke ist es noch zu früh.

Für die drei ersten Netzwerke in den Landkreisen Oberspreewald-Lausitz, Barnim und Havelland können wir indes bereits eine erste Bilanz ziehen. Weitere Projekte starteten 2008, weitere werden 2009 hinzukommen.

Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes Brandenburg unterstützt die Netzwerke mit Daten und Erkenntnissen. Die vorliegende Ausgabe von *inpuncto* knüpft dabei an den Gesundheitsreport „Wir lassen kein Kind zurück“ an (MASGF 2007; www.gesundheitsplattform.brandenburg.de).

2 Kinder im Land Brandenburg

2.1 Geburten, Mütter, Schwangerschaften

Brandenburg verzeichnet seit 1999 gleich bleibend etwa 18.000 Lebendgeborene pro Jahr. Diese Zahl wird in den nächsten Jahren voraussichtlich zurückgehen, denn zurzeit wachsen die geburtsschwachen Jahrgänge der Nachwendezeit (insbesondere jene von 1992 bis 1995) zu Erwachsenen heran. Von daher wird es in Zukunft weniger junge Frauen geben, die Mütter werden können.

Das Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder steigt in Brandenburg weiter und nähert sich dem Wert in Deutschland insgesamt an (Abb. 1). Waren im Jahr 1995 lediglich 25%

der Mütter in Brandenburg zwischen 30 und unter 40 Jahre alt, so waren es 2005 bereits 38% (AfS 2008). Dieser Trend setzt sich fort. 40% der Mütter, die 2007 in Brandenburg entbunden, waren zwischen 30 und unter 40 Jahre alt während 56% der Mütter zwischen 18 und unter 30 Jahre alt waren.

Mehr als die Hälfte der Mütter (54%), die in Brandenburger Kliniken entbunden haben, waren sogenannte Erstgebärende (LQS Brandenburg 2007). Von diesen kann man annehmen, dass sie unerfahren und erwartungsgemäß eher unsicher sind. Jedoch werden sie auf der anderen Seite auch seltener durch Geschwisterkinder in Anspruch genommen.

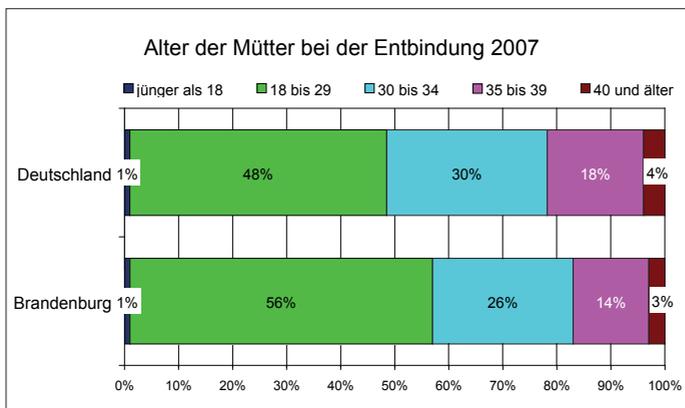


Abbildung 1: Brandenburg und Deutschland im Vergleich hinsichtlich des Alters der Mütter bei Entbindung.



Datenquellen:

Eine wichtige Datenquelle zur Kindergesundheit ist die Schuleingangsuntersuchung. Hier werden medizinisch relevante Gesundheitsstörungen dokumentiert (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de).

Die Berichte der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) Brandenburg zur Geburtshilfe bieten seit 2002 Daten zur Anamnese und zur mütterlichen und kindlichen Gesundheit bei Entbindungen in Brandenburger Kliniken (www.lqs-bb.de).

Die Bevölkerungsstatistik zeigt die Sterblichkeit von Kindern im Trend und im Deutschlandvergleich (www.gbe-bund.de, www.statistik-berlin-brandenburg.de, www.destatis.de).

Die seltenen Fälle von schwerer bzw. tödlicher Kindesmisshandlung zwischen 2000 und 2005 wurden von Leitner und Troscheit (2008) qualitativ analysiert. Nationale Statistiken zur Häufigkeit von Vernachlässigung und anderen Formen der Kindeswohlgefährdung gibt es in Deutschland, im Gegensatz zu anderen Industrieländern nicht (DJI & BMFSFJ 2007).

Im Frühjahr 2007 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Nationale Zentrum Frühe Hilfen eingerichtet. Dafür wird eine Plattform zur Bündelung und dem Austausch von Wissen und Erfahrungen angeboten (www.fruehehilfen.de).

Eine abschließende Gesamtbewertung des Projektes Netzwerk Gesunde Kinder, die auch Wirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung von Netzwerk-Kindern einbezieht, ist frühestens 2010 möglich.

2007 entfiel 1% der Geburten in Brandenburg auf Mütter unter 18, das waren 259 Fälle – wie aus der Abb. 1 ersichtlich. Die Geburtenrate (altersspezifische Fruchtbarkeitsziffer) der unter 18-Jährigen in Brandenburg hat sich seit 1990 kaum verändert. Das heißt, es gibt nach wie vor keine Zunahme von Müttern im Teenager-Alter.

Insgesamt gab es 2007 in Brandenburg 240.000 Familien mit Kindern unter 18 Jahren und diese Brandenburger Familien sind klein. Sie liegen damit im ostdeutschen Trend zur 1-Kind-Familie, während in Westdeutschland Mütter häufiger zwei und mehr Kinder haben. Allerdings bleibt unter den westdeutschen Frauen auch ein größerer Anteil kinderlos (MASGF 2008). 25% der Familien mit Kindern unter 18 Jahren gelten als alleinerziehend. Von den insgesamt knapp 60.000 Alleinerziehenden hatten 80% nur ein einzelnes Kind unter 18 Jahren. Die Einkind-Familie kommt somit bei Alleinerziehenden häufiger vor als bei den anderen Familienformen.

2.2 Soziale Lage von Kindern

Als ein Indikator zur Beschreibung der sozialen Lage von Kindern kann der Sozialstatus von Einschülerfamilien herangezogen werden. Die Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen ermöglichen auf der Grundlage der Sozialanamnese eine Zuordnung jeder Familie zu einer Sozialstatusgruppe, die aus Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern

gewonnen wird. Unter den Einschülerfamilien wächst seit Jahren der Anteil von Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Er betrug 2008 30% (Gesundheitsplattform LGA 2008). Mitte der 90er-Jahre waren es noch 16%. Ein hoher Sozialstatus signalisiert, dass mindestens ein Elternteil höhere Schulbildung hat und mindestens ein Elternteil erwerbstätig ist (MASGF 2007). Insbesondere die höhere Schulbildung steht, wie viele Studien zeigen konnten, im Zusammenhang mit einer günstigen Entwicklung des Kindes.

Die materiellen Lebensumstände vieler Kinder kann man aus Statistiken zum Bezug von Transferleistungen herauslesen. 25% der unter 15-Jährigen im Land Brandenburg bezogen Ende 2007 Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Sozialgeld). Damit ist ein niedriges Einkommen der Familien verbunden. Die Sozialgeldquote ist im Land nicht gleich verteilt. In den Stadt- und Landkreisen, die an Berlin grenzen, zeigten sich niedrigere Quoten. In Berlin-fernen Kreisen erreichten die Quoten dagegen bis zu 38% wie in der Uckermark und 37% wie in Frankfurt (Oder).

Die unter 15-Jährigen dieser Statistik zählen zu den nicht erwerbsfähigen Hilfeempfängern. Sie leben in der Regel in einer Bedarfsgemeinschaft, z. B. in einem Haushalt mit ihren Eltern, die langzeitarbeitslos sind bzw. erwerbstätig sind und aufstockende Leistungen nach SGB II erhalten, da sie kein ausreichendes Arbeitseinkommen erzielen.

Gebiet	Empfänger von Sozialgeld nach SGB II < 15 Jahre	Anteil dieser Empfänger an gleichaltriger Bevölkerung in %
Brandenburg a. d. H.	2.448	36,5
Cottbus	3.183	33,6
Frankfurt (Oder)	2.261	37,3
Potsdam	3.931	22,1
Barnim	4.711	24,5
Dahme-Spreewald	3.778	21,2
Elbe-Elster	3.227	27,8
Havelland	4.187	21,1
Märkisch-Oderland	5.593	27,3
Oberhavel	4.834	19,5
Oberspreewald-Lausitz	3.788	32,0
Oder-Spree	5.346	27,8
Ostprignitz-Ruppin	3.430	31,2
Potsdam-Mittelmark	3.350	13,2
Prignitz	2.757	33,3
Spree-Neiße	3.417	26,8
Teltow-Fläming	4.038	21,2
Uckermark	5.180	37,6
Land Brandenburg	69.459	25,2
Ostdeutschland inkl. Berlin	532.441	29,8
Deutschland	1.854.022	16,4

Tabelle 1: Empfänger von Sozialgeld nach SGB II am 31.12.2007. Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes Brandenburg, eigene Berechnung

Während in Brandenburg 2007 etwa ein Viertel der Kinder unter 15 Jahren Sozialgeld bezogen haben, lag die Quote in den ostdeutschen Bundesländern insgesamt mit 30% höher, wie aus der Tabelle 1 ersichtlich wird. Eine Ursache für die vergleichsweise günstigere Lage in Brandenburg liegt im Zuzug von Familien mit häufig gut ausgebildeten, erwerbstätigen Eltern in die Berlin-nahen Räume Brandenburgs.

2.3 Früherkennungsuntersuchungen und Kindeswohl

Aus der Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung geht hervor, in welchem Ausmaß die kassenfinanzierten Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen wurden und wie es um den Impfschutz der Kinder bestellt ist. Die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr (U1 bis U6) werden von 96-99% in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme der U7 und U8 im 2. und 4. Lebensjahr liegt mit rund 93% bzw. 88% niedriger (siehe Tabelle 2, Schuleingangsuntersuchung 2008). Während die Inanspruchnahme der frühen U-Untersuchungen wenig mit dem Sozialstatus der Familien zusammenhängt, gilt dies beispielsweise für die U8 im vierten Lebensjahr nicht mehr. Die Untersuchung erreichte 93% der Kinder mit hohem Sozialstatus, 90% mit mittlerem und nur noch 78% mit niedrigem Sozialstatus (Schuleingangsuntersuchung 2008).

97 % der Einschulungskinder in 2008 hatten die Grundimmunisierung für Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Polio erhalten sowie 96 % gegen Hämophilus Influenzae Typ B. Die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) in 2006 empfohlene Standardimpfung gegen Meningokokken im 2. Lebensjahr und

Tabelle 2: Inanspruchnahme in % von Früherkennungsuntersuchungen bei Einschülern 2008 (Quelle: LGA Schuleingangsuntersuchung 2008)

Früherkennungsuntersuchungen	Zeit	Inanspruchnahme in %
U1	nach der Geburt	98,7
U2	3. bis 10. Tag	98,6
U3	4. bis 6. Woche	98,2
U4	3. bis 4. Monat	97,8
U5	6. bis 7. Monat	96,8
U6	10. bis 12. Monat	96,4
U7	21. bis 24. Monat	92,7
U8	3 ½ bis 4 Jahre	88,1

zugleich Nachholimpfung wurde bereits bei 50,8 % der Schüler in 2008 realisiert. Auffallend hoch – im Vergleich zu anderen Bundesländern – waren die Impfquoten für die 2-malige MMR-Impfung, mit ca. 93 % (siehe Tab. 3).

Tabelle 3: Impfschutz von Einschülern (Quelle: LGA Schuleingangsuntersuchung 2008)

Abgeschlossene Grundimmunisierung in %	
Diphtherie	97,6
Tetanus	97,7
Keuchhusten	97,2
Polio	96,5
Hepatitis B	93,4
Hämophilus influenzae Typ B	96,0
2-mal MMR	
Masern	93,4
Mumps	93,0
Röteln	92,9

Todesfälle bei Kindern können prinzipiell als Indikator für die Kindeswohlgefährdung herangezogen werden. Allerdings sind sie (glücklicherweise) sehr selten und es gibt eine weiter sinkende Tendenz. Brandenburg liegt damit im gesamtdeutschen Trend. Die Sterbeziffer im ersten Lebensjahr lag 2007 bei 317 Fällen pro 100.000 Kinder dieser Altersgruppe. In absoluten Zahlen: 58 Fälle waren zu beklagen (gbe-bund.de). Betrachtet man die ersten 12 Lebensmonate, ereignen sich die meisten Todesfälle im 1. Lebensmonat.

In den letzten 10 Jahren sind deutschlandweit die Todesfälle im Alter von 1 bis unter 5 Jahren weiter gesunken. Im Durchschnitt der vergangenen Jahre starben ca. 23 Kinder pro 100.000 Einwohner in dieser Altersgruppe. Dies waren 2007 insgesamt 11 Kinder im Land Brandenburg (gbe-bund.de). Nur wenige Todesfälle von dieser Gruppe haben mit Kindeswohlgefährdung im Sinne des Kindschaftsrechtes zu tun. Seltene Sterbefälle, wie solche bei Kindern, unterliegen im Zeitverlauf zudem starken Zufallsschwankungen und lassen sich kaum noch quantitativ analysieren.

Dass das Netzwerk Gesunde Kinder in Brandenburg bereits in der Schwangerschaft startet, lässt sich mit den größeren Risiken im ersten Lebensjahr, insbesondere im ersten Lebensmonat, gut begründen: Um so jünger die betroffenen Kinder sind und je tiefgreifender sie vernachlässigt werden, desto größer ist das Risiko bleibender Schädigungen. Für Säuglinge in den ersten Monaten können Versorgungsmängel sogar schon nach kurzer Zeit lebensbedrohlich werden.

3 Die lokalen Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg

3.1 Konzept, Ziele

Das zentrale Ziel der lokalen Netzwerke Gesunde Kinder geht bereits aus der Bezeichnung hervor: Die Netzwerke sollen dazu beitragen, dass sich Kinder gesund entwickeln können. Empowerment, wie der moderne Begriff heißt, spielt hier eine zentrale Rolle. Die Familien erhalten Unterstützung und Angebote im Sinne einer Ermutigung, einer Stärkung, damit sich die frühkindlichen Beziehungen positiv entwickeln können. Wesentliche Merkmale der Netzwerke Gesunde Kinder in Brandenburg sind:

- Das Hilfesystem arbeitet niedrighschwellig und aufsuchend.
- Es wird bereits früh, am besten in der Schwangerschaft tätig.
- Es behält neben der körperlichen und psychosozialen Gesundheit der Kinder die Qualität der familiären Beziehung im Blick.
- Es ist auf Dauer angelegt.
- Es ist freiwillig, ein Austritt ist jederzeit möglich.

Im Kern geht es bei den lokalen Netzwerken darum, dass Familien mit Säuglingen und Kleinkindern alle Hilfen und die erforderliche Unterstützung für eine gesunde Entwicklung ihres Kindes passgenau erhalten – und zwar unmittelbar in ihrer Lebenswelt.

Konkrete Ideen zur Gründung von Netzwerken wurden an verschiedenen Stellen gleichzeitig entwickelt. In Brandenburg dachten Mitarbeiter des Klinikums Niederlausitz in Lauchhammer (Landkreis Oberspreewald-Lausitz) bereits 2000 darüber nach, wie man gesundheitliche Risiken systematisch verhindern könne. Klar war, dass dazu die Anstrengungen von verschiedenen Akteuren zu bündeln sind, die bis dahin getrennt und auf verschiedenen gesetzlichen Grundlagen tätig wurden. Dass Helfer bislang eher parallel als miteinander arbeiteten, legte die Idee der Vernetzung nahe.

Die folgende Beschreibung beruht vor allem auf den Erfahrungen des Netzwerkes aus

Lauchhammer (Karpinski, Reinisch & Weber 2007). Die anderen Netzwerke sind ähnlich, allerdings spielen auch regionale Besonderheiten eine Rolle.



3.2 Aufbau und Arbeitsweise

3.2.1 Aufbau

Die Netzwerke organisieren sich meist im Umfeld von Kliniken. Kliniken genießen in Gesundheitsfragen in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz und Wertschätzung. Die Koordination des Netzwerkes leistet eine fest angestellte Mitarbeiterin. Sie bringt auch die geschulten, meist ehrenamtlich tätigen Patinnen mit den Familien in Kontakt.

Die Patinnen pflegen über die Besuche den unmittelbaren Kontakt zu den Müttern und Familien. Im Havelländischen Netzwerk werden neben ehrenamtlich tätigen Patinnen (dort Lotsen genannt) auch Hebammen eingesetzt, die für ihre Leistungen eine Pauschale erhalten. Alle Netzwerke erkennen gemeinsame Prinzipien und Standards an, u. a. zur Evaluation und zur Schulung von Patinnen. Ein großer Teil der ehrenamtlich tätigen Patinnen bringt bereits eine pädagogische oder medizinische Qualifikation mit. Alle Patinnen erhalten vor ihrer Tätigkeit eine Schulung zu:

- Gesprächsführung
- frühkindlicher Interaktion und Eltern-Kind-Bindung
- Inhalt und Chancen der gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen
- Leben mit dem neuen Kind
- Rechten und Pflichten der Eltern bei Geburt eines Kindes
- Unfallverhütung im frühen Kindesalter
- Entwicklung und Entwicklungsförderung von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren
- der eigenen Rolle als Patin: Möglichkeiten

und Grenzen einer Familienpatenschaft

- Kindeswohl und Kindesgefährdungen

(Modell Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder)

Für die Elternakademie, das Erwachsenenbildungsangebot der Netzwerke, werden vergleichbare Themen angeboten. Ärzte, Hebammen, Pädagogen und andere Fachleute, die auch die Patinnen schulen, informieren die Eltern über Impfschutz, Mundgesundheit, Sprachentwicklung und -förderung, Unfallprävention usw. Nach den bisherigen Erfahrungen werden diese Bildungsangebote nur von 10 % der Eltern in Anspruch genommen. Damit ist das Verhältnis von Aufwand und Nutzen für diesen Baustein noch unbefriedigend.

Bei Fragen zur Gesundheit des Kindes, zu rechtlichen und verwaltungstechnischen Anliegen (Kindergeld, Anmeldung etc.), zu beratenden und therapeutischen Einrichtungen in der Nähe stehen die Patinnen für die Mütter bzw. Familien unterstützend zur Seite. Das Ideal-Profil der Patinnen enthält folgende Fähigkeiten:

- Bedürfnisse erkennen
- Schwierigkeiten wahrnehmen
- ein konstanter und verlässlicher Begleiter sein
- zuhören können
- Sorgen und Nöte spüren
- Vertraulichkeit wahren
- die Familie mit ihrer Lebensart offen und wertfrei annehmen

Die Patenarbeit ist aufwändig und nicht kostenlos:

- Werbung für Patentätigkeit durch regionale Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Auswahl von Paten in strukturierten Bewerbungsgesprächen
- Schulung von Paten (Familienhebammen) auf der Grundlage vorhandener Curricula
- Anleitung durch professionell tätige Gruppenleiter (ein Gruppenleiter pro zehn Paten) und zwei Supervisionstermine pro Jahr bei spezialisierten Psychologen
- Organisation von Patenstammtischen o. ä.

Abbildung 2: *Gesund groß werden – Der Eltern-Ordner zum Früherkennungsprogramm für Kinder U1-U9 und J1 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).*

Ehrenamtliche Tätigkeiten als Ersatz für staatliche Fürsorge?

In der Diskussion um ehrenamtliche Tätigkeit wird kritisiert, dass manche öffentlichen Aufgaben nicht mehr öffentlich finanziert werden und dass durch unbezahlte Arbeit Aufgaben realisiert werden, die früher in den Bereich staatlicher Fürsorge fielen. Für die Netzwerke mit den ehrenamtlichen Patinnen trifft diese Kritik aber nicht zu, weil die Netzwerke ein neuartiger Ansatz sind und neben den Patinnen auch ein professionelles System zur Koordination zwischen den Akteuren wirken muss. Zudem können erfahrene Mütter als Helfer sehr wirksam arbeiten. Sie bieten einen „Kontakt auf Augenhöhe“ und manchmal auch über die Wahrnehmung von Ähnlichkeit zwischen Nutzerinnen und Helferinnen eine Art Milieunähe. Dies vereinfacht den Zugang zu den Familien (DJI und BMFSFJ 2007).

Mit dem Einsatz von ehrenamtlich tätigen Familienbegleitern schließen lokale Netzwerke eine wichtige Angebotslücke zwischen Rat suchenden Eltern und den mitunter hoch spezialisierten Leistungen professioneller Dienste.

3.2.2 Arbeitsweise

Die Mehrheit der Mütter wird bereits während der Schwangerschaft für das Netzwerk gewonnen, z. B. durch Kliniken und Beratungsstellen freier Träger wie Pro Familia. Die Eltern gehen eine schriftliche Vereinbarung mit dem Netzwerk ein, die sie aber jederzeit lösen können. Darin verpflichten sie sich zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen bzw. Impfberatungen. Als Anreiz für die Erfüllung dieser Verpflichtungen erhalten die Familien „Geschenke“ zur Ausstattung des Kindes. Mit Aufnahme in das Netzwerk wird der Elternordner „Gesund groß werden“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und häufig auch das Familienbegleithandbuch überreicht. Das Handbuch informiert über die Angebote in der Region und dient als Sammelordner für Dokumente wie Mutterpass, Impfausweis und das gelbe Heft für die Früherkennungsuntersuchungen.

Den Eltern fällt die Ver-



pflichtung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen leicht. Dies lässt sich an den hohen Teilnehmeraten in den ersten Lebensmonaten des Kindes ablesen (wie aus den Tabellen 2 und 3 ersichtlich). Die U-Untersuchungen bieten den Patinnen Anknüpfungspunkte bei ihren Besuchen und lenken das Gespräch auf Meilensteine der kindlichen Entwicklung. Der erste Hausbesuch findet vor der Geburt des Kindes, der letzte Besuch im dritten Lebensjahr statt. Im Einzelnen sind folgende Besuche vorgesehen:

- im letzten Schwangerschaftsdrittel bzw. in den ersten 14 Tagen nach der Entbindung (Übergabe von Geschenk 1)
- um die 4. bis 5. Lebenswoche (Erinnerung an U3 und an Impfungen)
- um die 12. Lebenswoche (Erinnerung an die U4)
- im 5. Lebensmonat (Erinnerung an Impfungen)
- im 7. Lebensmonat (Erinnerung an die U5)
- um den 10. Lebensmonat (Erinnerung an die U6)
- um das vollendete 1. Lebensjahr (Erinnerung an Impfungen)
- um den 18. Lebensmonat
- um den 23. Lebensmonat (Erinnerung an die U7)
- im Alter von 2 ½ bis 2 ¾ Jahren

Die Patinnen sind Ansprechpartnerin, Vertrauensperson und Lotse in einer Person. Dabei sollen sie gleichzeitig zwanglos wie methodisch vorgehen. Für jeden Besuch gibt es eine Checkliste. Bei der Besprechung der aktuellen Entwicklungsschritte des Kindes können so zum Beispiel die alterstypischen Unfallgefahren thematisiert werden: Babys sollen im Schlafsack schlafen. Sie brauchen einen geeigneten Wickeltisch mit ausreichend hohem Rand, auf dem sie wegen der Sturzgefahr nicht unbewacht liegen dürfen. Im Krabbel- und Hochziehalter im fünften Lebensmonat bzw. bereits vorausschauend um die 12. Lebenswoche werden die Mütter darauf hingewiesen, dass sie in den nächsten Monaten keine Lauflernhilfe benutzen sollen, um das Risiko schwerer Kopfverletzungen zu vermeiden. Diese Aufklärungsarbeit leistet einen wichtigen zusätzlichen Beitrag zur Beratung durch den niedergelassenen Kinderarzt bei den Früherkennungsuntersuchungen.

Die regelmäßige Begleitung der Familien ermöglicht es den Patinnen und Hebammen, Entwicklungsauffälligkeiten oder erste Symptome einer Vernachlässigung beziehungsweise Kindesgefährdung frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Hilfen zu organisieren. Nach ersten Erfahrungsberichten nahmen bisher alle Familien, die einen besonderen Hilfebedarf hatten, die Vermittlungsangebote für Leistungen professioneller Dienste an.

3.3 Wie gut arbeiten die lokalen Netzwerke und welchen Aufwand bringen sie mit sich?

Für die Netzwerke Gesunde Kinder gibt es nicht den einen richtigen Weg zur Realisierung. Es gilt, regionale Besonderheiten (beispielsweise Berlin-Nähe und dichte Besiedlung gegenüber gering besiedelten Gebieten und Berlin-Ferne) zu beachten, bereits vorhandene Ressourcen einzubeziehen und eine mögliche Fehlversorgung zu vermeiden.

Um die verschiedenen Wege der Realisierung zu beobachten und einheitlich zu bewerten, gehört die fortlaufende Evaluation, die durch ein unabhängiges Institut realisiert wird, zu den Prinzipien der lokalen Netzwerke. 2007 wurden in den drei ersten lokalen Netzwerken bereits 712 Familien regelmäßig von Patinnen und Hebammen besucht. Diese wurden von 111 Patinnen und 18 Hebammen besucht. Die Akzeptanz des Angebotes ist hoch, und die überreichten Geschenke werden von den Familien sehr geschätzt. Nur etwa 4 Prozent der teilnehmenden Familien verließen das Netzwerk aus unterschiedlichen Gründen, weitere 2 Prozent der Familien schieden wegen Umzug aus.

Das Niederlausitzer Netzwerk berichtete nach knapp zwei Jahren (mit Stand vom 31. März 2008) beispielsweise, dass 50% der im Klinikum Niederlausitz entbundenen Frauen Mitglied im Netzwerk sind. Das waren 322 Mütter, die von 97 Patinnen betreut wurden. Die Inanspruchnahme ist bei jüngeren Müttern höher als bei älteren. Die Akteure sind dabei besonders stolz darauf, dass 14 minderjährige Mütter (85% der im Klinikum entbundenen Minderjährigen) in das Netzwerk aufgenommen werden konnten. Diese Zahlen zeigen, dass das Projekt Familien erreicht, die das Netzwerk besonders brauchen.



Die Landesregierung und der Landtag waren sich 2008 einig, dass die lokalen Netzwerke in den Landkreisen und kreisfreien Städten von Brandenburg möglichst flächendeckend etabliert werden sollen. Folgerichtig wurden nach dem Start des Niederlausitzer Netzwerks Gesunde Kinder weitere elf lokale Netzwerke an 20 Standorten gegründet:

- Havelland (Nauen, Rathenow und Falkensee)
- Barnim-Nord (Eberswalde)
- Dahme-Spreewald (Königs Wusterhausen und Lübben)
- Spree-Neiße (Forst, Guben und Spremberg)
- Oberhavel (Oranienburg und Hennigsdorf)
- Ostprignitz-Ruppin (Neuruppin und Wittstock-Außenstelle Kyritz)
- Oder-Spree (Beeskow, Eisenhüttenstadt, Fürstenwalde)
- Barnim-Süd (Bernau/Panketal)
- Potsdam-Mittelmark (Belzig)
- Ost-Uckermark (Schwedt)
- Märkisch-Oderland (Strausberg)

Weitere Netzwerke werden 2009 hinzukommen, beispielsweise im Landkreis Teltow-Fläming und in der Stadt Cottbus.

Auch wenn die lokalen Netzwerke im Kern von ehrenamtlicher Tätigkeit getragen werden, werden professionelle Kräfte und finanzielle Mittel benötigt. Die Gesamtkosten eines Netzwerks betragen derzeit 80 bis 120 Tsd. Euro pro Netzwerk pro Kreis und Jahr. Davon entfallen etwa 2/3 auf Personalkosten und 1/3 auf Sachkosten. Weil die loka-

len Netzwerke Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der staatlichen Daseinsvorsorge zu einer komplexen Leistung zusammenführen, kann die Kostenübernahme nicht eindeutig einem Sozialleistungsträger zugeordnet werden.

Für die notwendige „Mischfinanzierung“ kommen folgende Kostenträger in Frage:

- Krankenhausträger und Krankenkassen
- Träger der Jugendhilfe
- das Land Brandenburg.

Tatsächlich finanzieren die bestehenden Netzwerke ihre Arbeit durch anteilige Zuwendungen des Krankenhausträgers, des Landes und des örtlichen Trägers der Jugendhilfe.

Informationen und Kontakte zu den lokalen Netzwerken Gesunde Kinder im Land Brandenburg

www.masgf.brandenburg.de
www.netzwerk-gesunde-kinder.de

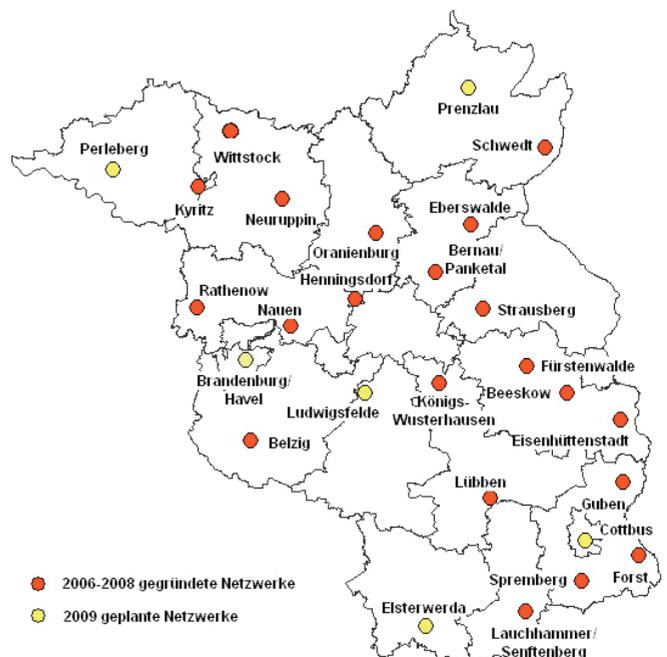


Abbildung 3: Standorte der Netzwerke Gesunde Kinder in Brandenburg. Stand: Dezember 2008.

Ausblick

Die Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler bezeichnete in ihrem Bericht an den Landtag 2008 die Gewinnung und Schulung von Patinnen sowie die Einhaltung der erarbeiteten Qualitätsstandards als zentrale Herausforderung. Aber man kann bereits festhalten: Es ist bisher an allen Standorten gelungen, die für Kindergesundheit und frühe Hilfen Verantwortlichen über Kooperationsvereinbarungen fest in die Arbeit der Netzwerke einzubinden. Die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern und das Hausbesuchssystem durch Patinnen und Hebammen sind in allen Netzwerken gut etabliert.

Viele engagierte Brandenburger und Brandenburgerinnen, Professionelle und Ehrenamtliche, tragen gemeinsam dazu bei, die lokalen Netzwerke Gesunde Kinder Brandenburg zu entwickeln und dieses Land zu einem besonders familien- und kinderfreundlichen Land zu machen.

Literatur

AfS (2008). Statistisches Jahrbuch 2007. Amt für Statistik Berlin Brandenburg.

DJI und BMFSFJ (2007). Abschlussbericht. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern.

(www.dji.de/dasdji/thema/0705/abschlussbericht.pdf, Zugriff am 6.9.2008).

gbe-bund.de (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

(www.gbe-bund.de).

Gesundheitsplattform (2008). Gesundheitsplattform des Landesgesundheitsamtes im Landesamt für Soziales und Versorgung.

www.gesundheitsplattform.brandenburg.de.

Karpinski, H., Reinisch, S. & Weber, S. (2007). Von Anfang an gesund aufwachsen. Das „Netzwerk Gesunde Kinder“ ist ein Beispiel für vorsorgende Familien- und Kinderbetreuung. *Perspektive* 21 (33), 75-81.

Landtag Brandenburg (2008). Bericht der Landesregierung über zentrale Aussagen des ersten Zwischenberichts zur Evaluation der lokalen Netzwerke aus Modellphase I zum Beschluss des Landtages „Netzwerke Gesunde Kinder“ – Qualität sichern, Potenziale nutzen und flächendeckend zur Geltung bringen (LT-DS 4/5916-B). Drucksache 4/6270.

LQS Brandenburg (2007). Jahresauswertung 2007 Geburtshilfe. 16/1. Brandenburg Gesamt. Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Brandenburg.

(www.lqs-bb.de/17_Landesergebnisse/Geburtshilfe/16_1_05_2007_Geburtshilfe.pdf, Zugriff am 10.12.2008)

MASGF (2007). Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie.

MASGF (2008). Lebenslagen in Brandenburg. Chancen gegen Armut. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie.

MASGF und MBSJ (2005). Die Brandenburger Entscheidung: Familien und Kinder haben Vorrang! Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie und Ministerium für Bildung, Jugend und Sport.

Leitner, H. & Troscheit, K. (2008). Fälle gravierender Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltsakten (2000 - 2005). Oranienburg: Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg und Start gGmbH

(www.fachstelle-kinderschutz.de -> Publikationen, Zugriff: 4.9.2008).

**Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie**

Landesgesundheitsamt im Landesamt
für Soziales und Versorgung

Wünsdorfer Platz 3, 15806 Zossen
www.lasv.brandenburg.de

