Babylotse ambulant:

verlässliche Kooperation

in der Schwangerschaft

Fachtag Frühe Hilfen, Hannover, 28.02.2018

www.babylotse.de

SeeYou
Stark für Familien

Eine Initiative des Katholischen
Kinderkrankenhauses Wilhelmstift

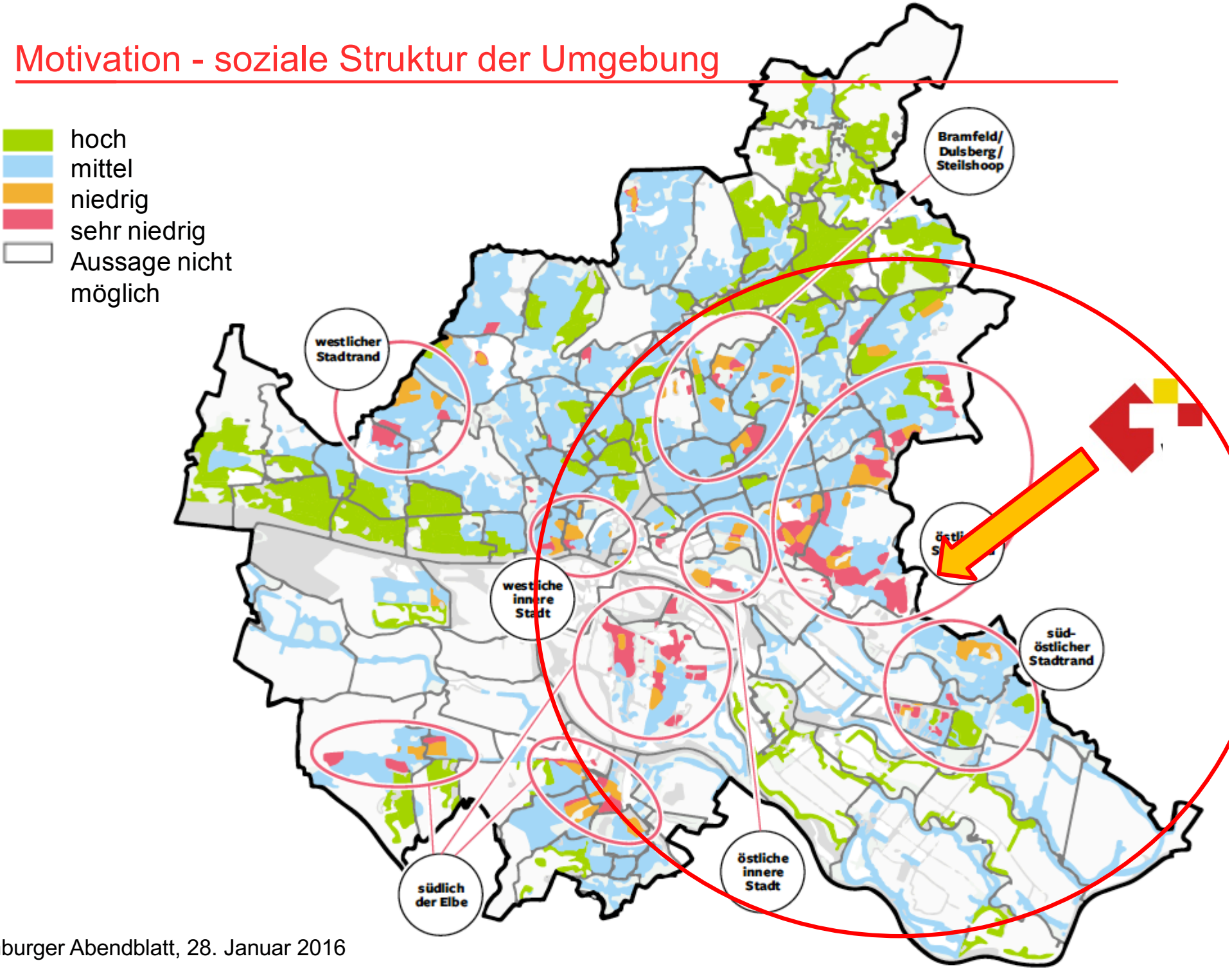
Bis das Leben gelingt.

WILHELMSTIFT
Katholisches Kinderkrankenhaus

- 21 Fachbereiche, 247 Betten
- 700 MitarbeiterInnen
- 11.000 stationäre Patienten
- 47.000 ambulante Patienten
- 6.500 Geburten jährlich in 1 Perinatalzentrum Leven 1 und 4 weiteren Geburtskliniken

ANSGAR GRUPPE

Motivation - soziale Struktur der Umgebung



Hamburger Abendblatt, 28. Januar 2016

Eckdaten der Stiftung SeeYou

- Budget 2017: ≈ € 1.500.000,-
- Personal 2017: 34 MitarbeiterInnen ≅ 20,6 VK

Leistung	2017
Sozialmedizinische Nachsorge	152 Familien
Geschwisterprojekt Ich Auch	8 Geschwisterkinder
Babylotse stationär HH	16.500 Geburten, 2.000 Familien
Babylotse ambulant HH	610 Frauen
Babylotse Deutschland	32 Geburtskliniken, >65.000 Geburten (8,3%)

Familienorientierte Nachsorge

Wir lassen Euch nicht allein!

Wir sorgen uns um Euch!

Wir sehen uns!

SeeYou

CU

Indexfall Babylotse 2006

- Jennifer B., 18 Jahre,
- kurz zuvor aus Mecklenburg-Vorpommern nach Hamburg-Bergedorf gezogen
- Entbindung nach unauffälliger Schwangerschaft in der 39. SSW, Geburtsgewicht 2.800g, APGAR 9 / 10 / 10
- bei der U2 auffallend unsicher im Umgang mit dem Kind, auf Nachfrage sehr isoliert lebend, kleine Wohnung, Hochhaussiedlung im Osten Hamburgs, wirkt überfordert
- medizinisch keine Auffälligkeiten
- Arztbrief: Entlassung in gutem AZ, Wiedervorstellung bei Verschlechterung...

Klassenmedizin

Lampert, 2007, im **cht*:**

- Herzinfarkt-Risi nt:
  - Männer: 2,5-
  - Frauen: 12-
- Schlaganfall- hicht:
  - Männer: 8-
  - Frauen: 6-
- Lebenserwa hicht:
  - Männer:
  - Frauen:

*nach sozioökonomischer Index (SES)

Klassenmedizin

108. Deutscher Ärztetag 2005 – Daten:

- Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit vermutlich weltweit stärkste einzelne Einflussgröße auf vorzeitige Erkrankungen und Sterbefälle
  ➔ sozialer Gradient: je niedriger die soziale Schicht, desto größer die Krankheitslast
- Ergebnis aus britischer Längsschnittstudie an 17.000 Regierungsbeamten: ➔ klarer „Treppeneffekt“: Bereits Regierungsbeamte in zweithöchster Stellung weisen eine höhere Sterblichkeit auf als die Spitzenbeamten und im Vergleich zu diesen sterben die einfachen Bediensteten etwa dreimal so häufig frühzeitig

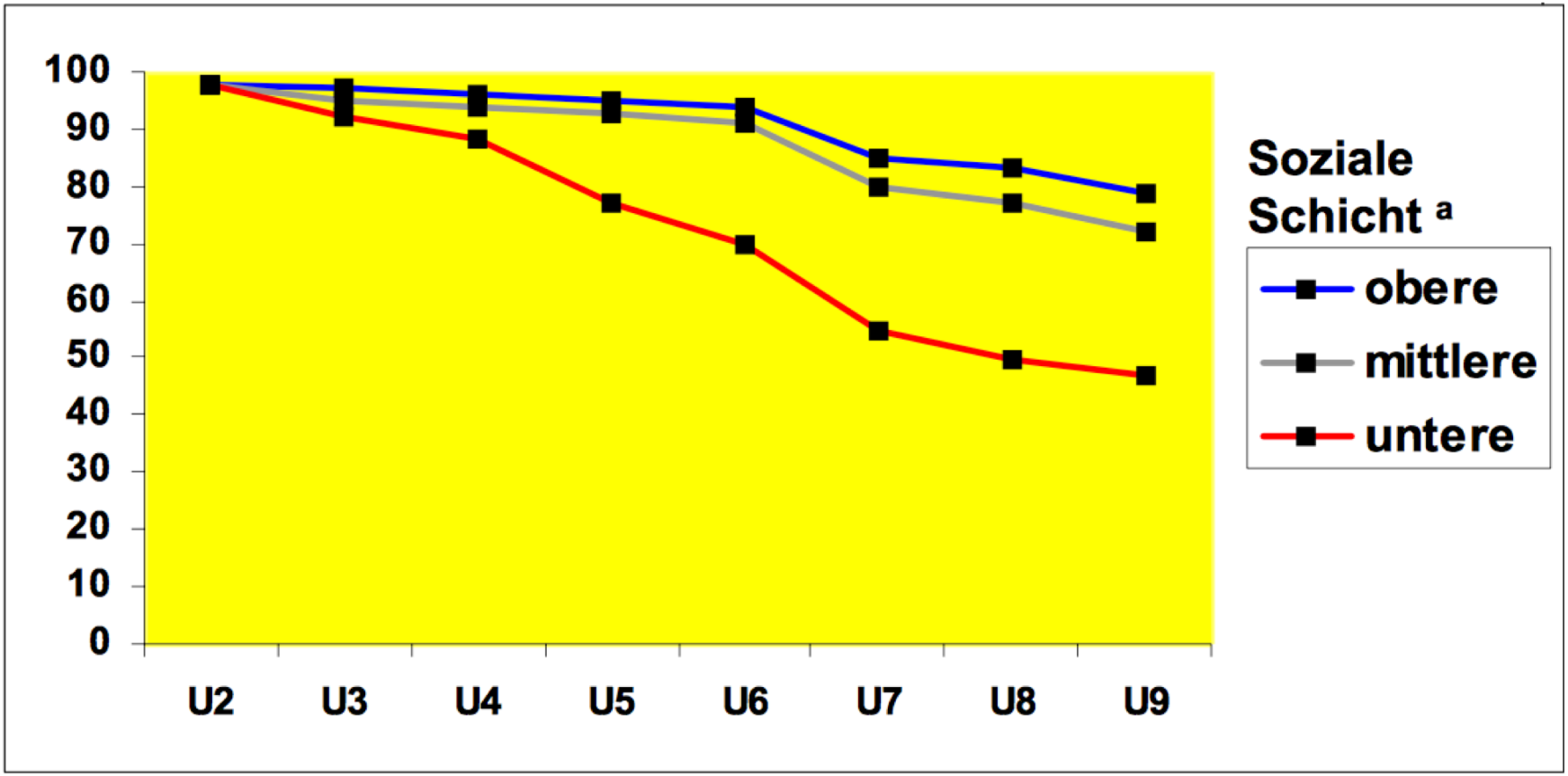
Klassenmedizin

108. Deutscher Ärztetag 2005 – Schlussfolgerungen:

1. Erste Bahnung des sozialen Gradienten von Morbidität und Mortalität bereits am Beginn des Lebens (Schwangerschaft, allerersten Lebensjahre)
2. [.....]
3. [.....]

Klassenmedizin

Vollständige Reihe von U2-U9 Untersuchungen

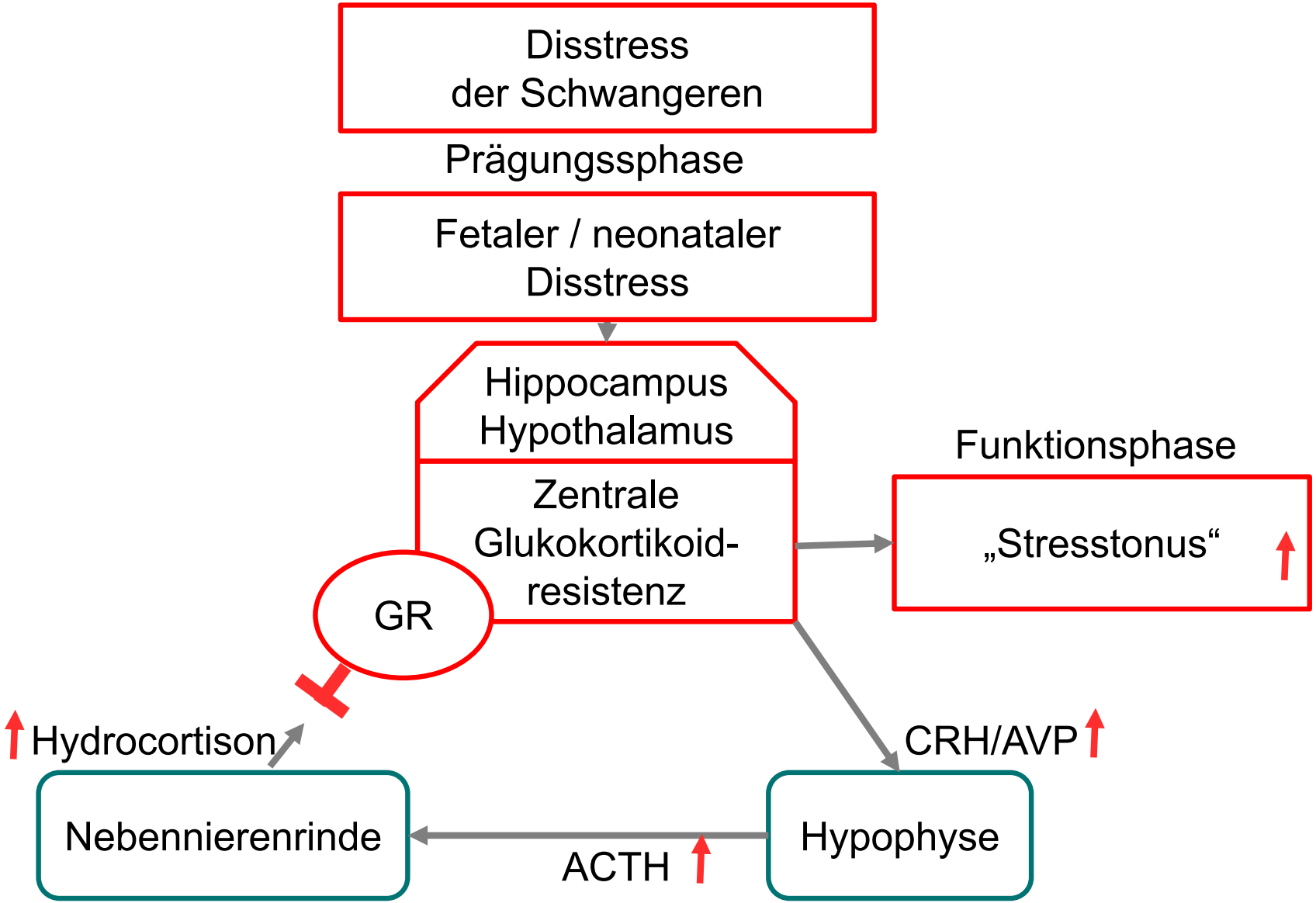


a: Index aus Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern

Schulanfänger in Berlin 1999 (n=20.807)

Quelle: Delekat/Kis 2001(Gesundheitsbericht Berlin, S. 72)

Beispiel 1: Vegetative Fehlprägung durch peripartalen Stress[11]

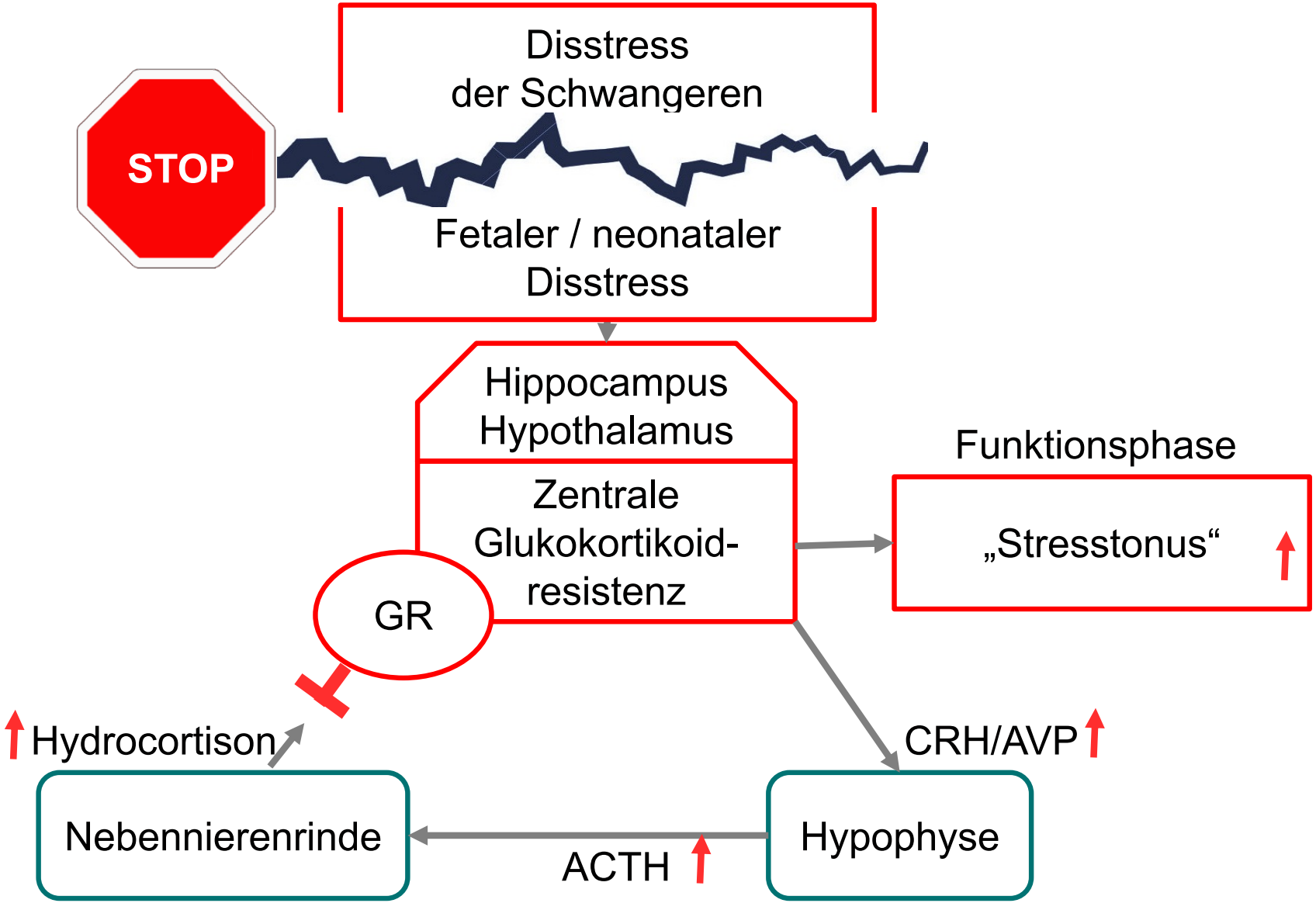


Beispiel 1: Vegetative Fehlprägung durch peripartalen Stress

- Pränataler Stress
  ➔ potentiell lebenslang erhöhte Stresshormon-Produktion
  ➔ beschleunigt die Hirnreifung des Feten auf Kosten von Zellteilung und Wachstum[1, 4]
  vorwiegend Areale zur Entwicklung von Sprache, Lesen, räumlichen Fähigkeiten, Eigeninitiative
  ➔ Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und motorische Störungen[1,4].
- Kleine Einkommensunterschiede bewirken relativ große Veränderungen im Wachstum der Großhirn-Oberfläche[2,3].
- Junge und Mütter aus prekären Verhältnissen erleiden häufiger Frühgeburten und entbinden kleinere Frühgeborene[5,6].

➔Einmal sozial benachteiligt = immer sozial benachteiligt?

Beispiel 1: Vegetative Fehlprägung durch peripartalen Stress[11]

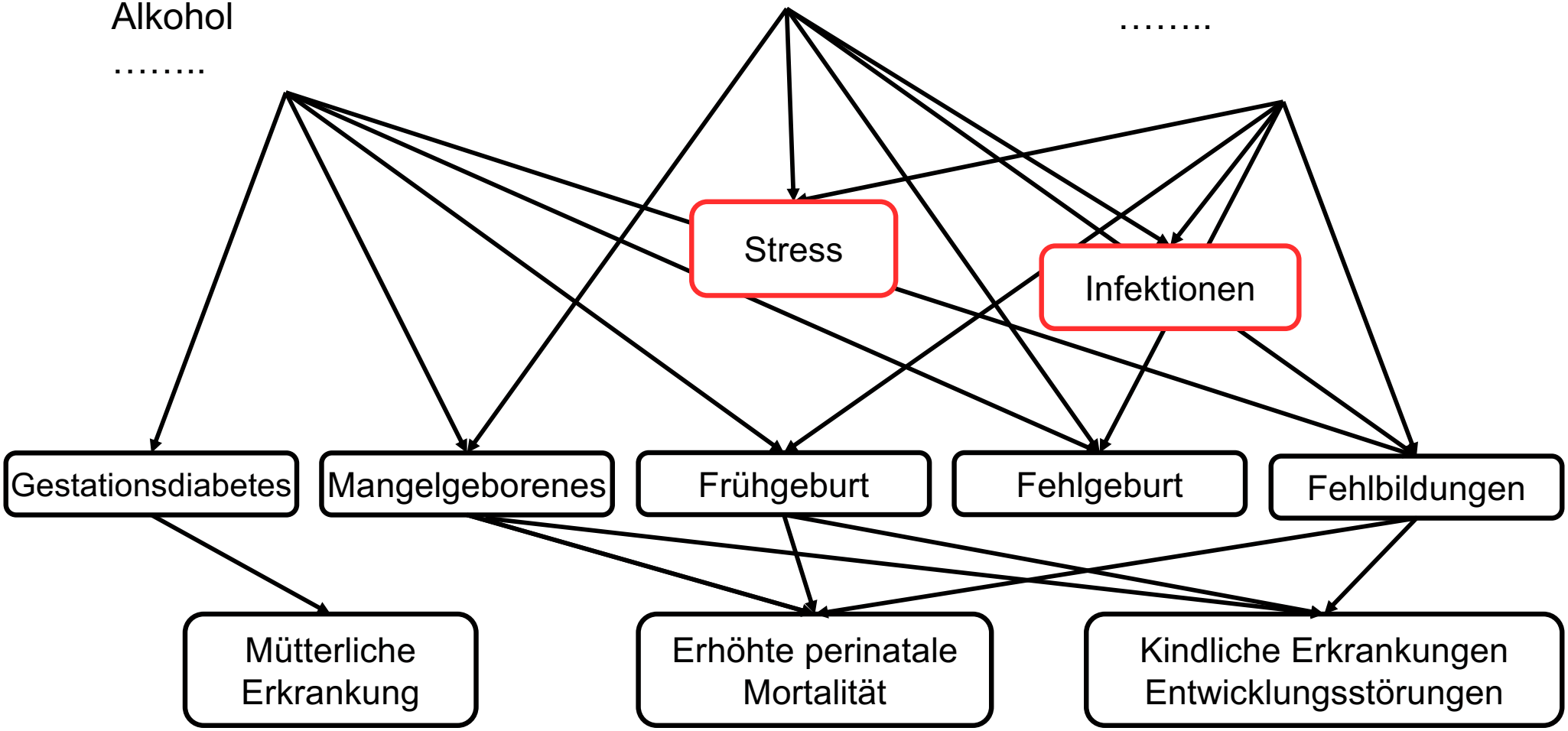


Beispiel 2: Soziale Einflüsse und ihre medizinischen Auswirkungen

Somatische Belastungen
z.B.
Adipositas
Mangelernährung
Nikotin
Alkohol
……..

Psychische Belastungen
z.B.
Paarproblematik
Gewalt
……..

Soziale Belastungen
z.B.
Arbeitsbedingungen
Wohnsituation
Umwelt
……..



Fazit

- Empirische Erfahrungen zu Zusammenhängen von Armut und Gesundheit lassen sich heute naturwissenschaftlich sichern.
- Das Zusammenwirken von Genetik, Epigenetik* und sozioökonomischen Lebensumständen bewirkt zahlreiche gesundheitliche Konsequenzen.
- Medizinische **und** psychosoziale Interventionen müssen extrem früh – Schwangerschaft, früheste Kindheit – einsetzen, um bezüglich der „angeborenen“ Armut erfolgreich zu intervenieren.

**Epigenetik: Welche Faktoren legen zeitweilig die Aktivität eines Gens und damit die Entwicklung der Zelle fest? Welche Änderungen der Genfunktion beruhen nicht auf Mutation oder Rekombination und werden dennoch an Tochterzellen weitergegeben?*

Offene Fragen

1. Welche Ursache spielen mütterliche Kindheitstraumata (intergenerationale Transmission, reduzieren offensichtlich kindliches Gesamthirnvolumen)
2. Wann findet eine Transmission statt?
3. Welches sind effektive Interventionen?
4. Wie können vulnerable Frauen frühzeitig erkennt werden, um frühzeitige Interventionen zu ermöglichen?

Don't blame the mother!

Frühe Hilfen so früh wie möglich!

„Die perinatale Morbidität und Mortalität in Deutschland sind mit psychosozialen Maßnahmen weiter zu senken.“*

*Stiftung SeeYou, Hamburg

Ausgangsthesen Frühe Hilfen

1. Eltern möchten gute Eltern sein.
2. Manchmal scheitern Eltern an diesem Ziel.
3. Belastungsfaktoren für ein besonders häufiges oder ausgeprägtes Scheitern lassen sich früh identifizieren.
4. Ressourcen und protektive Faktoren können Belastungen und damit Risiken kompensieren.
5. Frühe Hilfen helfen, Ressourcen und protektive Faktoren zu stärken.
6. Geburtsklinik / Medizin genießt viel Vertrauen.
7. Empathische, „großelterliche“ Kontrolle ist manchmal notwendig.

Die Versorgungslage

Nach der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 95%)
- Hebamme (?)
- Kinderarzt (> 98%)

Vor / in der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 98%)
- Geburtsklinik (> 98%)
- Hebamme (?)

Bedarf

Die Versorgungslage

Vor / in der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 98%)
- Geburtsklinik (> 98%)
- Hebamme (?)
- Schwangerschaftsberatung

Interesse

Bedarf

Notwendigkeit

In / nach der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 95%)
- Hebamme (?)
- Kinderarzt (> 98%)
- Frühe Hilfen
- Bundesagentur Arbeit
- Bundestiftung Mutter & Kind
- Sozialhilfe
- Grundsicherung
- Hilfen zur Erziehung
- Beratung zu Wohnungslosigkeit
- Ausländerberatung
- .....

Ca. 20%

Warum Frühe Hilfen so früh wie möglich?

HIGHSCOPE
INSPIRING EDUCATORS to INSPIRE CHILDREN

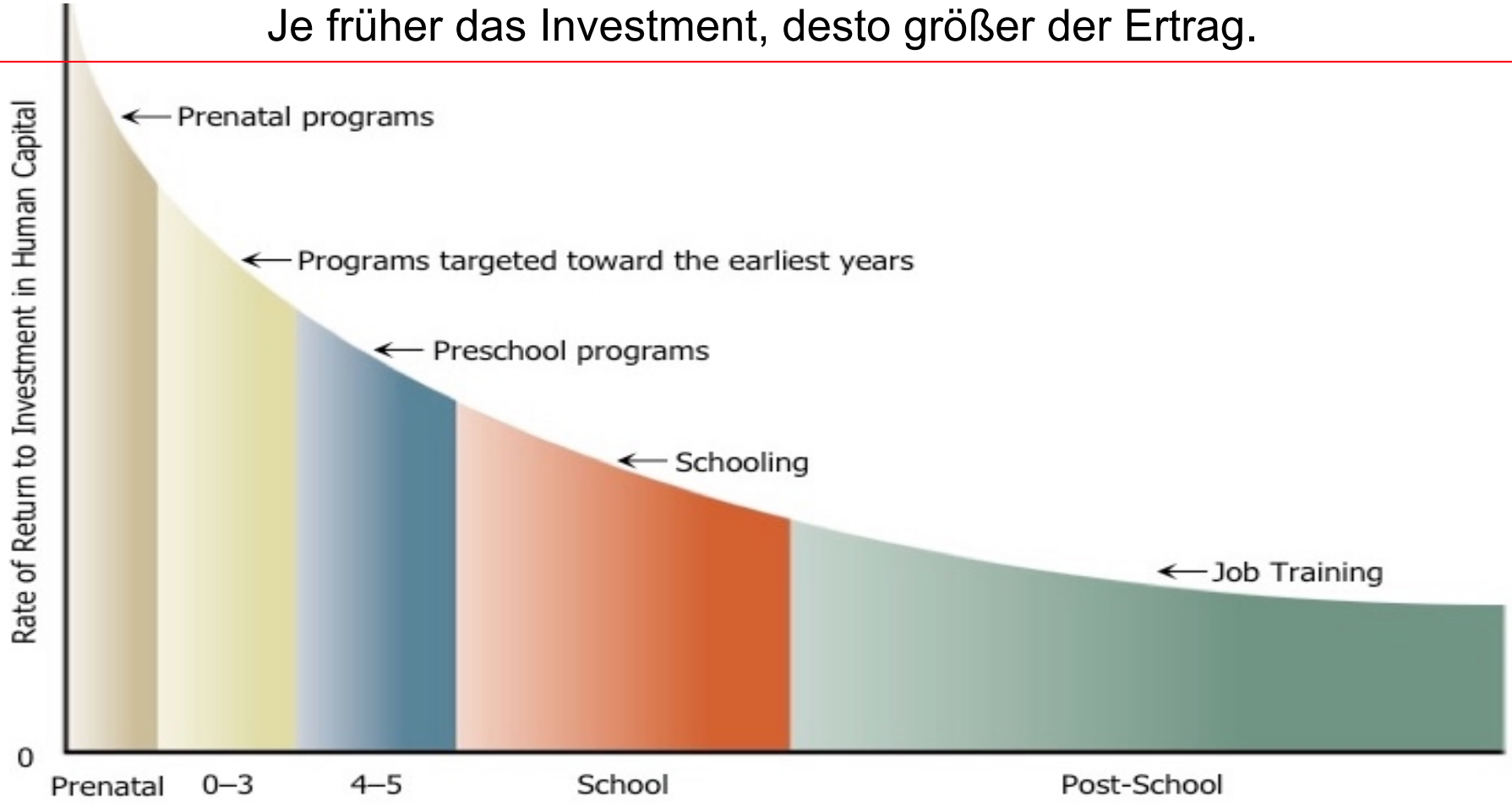
	Intervention	Kontrolle	Faktor
abhängig von Transferleistungen	59%	80%	1,4
Verhaftung	7%	35%	5
Verhaftung wegen Drogendelikt	7%	25%	3,6
alleinerziehende Mütter	57%	83%	1,5
Verdienst > 2.000 US$	29%	7%	4,1
Hausbesitzer	36%	13%	2,8
Highschool-Abschluss	71%	54%	1,3
verheiratet (Frauen)	40%	8%	5

*HighScope Perry Preschool Study

Warum Frühe Hilfen so früh wie möglich?

Förderung Frühkindlicher Entwicklung ist eine lohnende Investition

Je früher das Investment, desto größer der Ertrag.



Source: James Heckman, Nobel Laureate in Economics

Präventionsdilemma

Familien mit Unterstützungsbedarf erhalten keine Unterstützung, weil

1. sie nicht wissen, dass sie einen Unterstützungsbedarf haben,
2. sie nicht wissen, dass ihr Unterstützungsbedarf zu decken wäre,
3. sie nicht wissen, wie (und wo) ihr Unterstützungsbedarf zu decken ist,
4. es kein Angebot gibt, dass ihren Unterstützungsbedarf deckt,
5. die Angebote qualitativ oder quantitativ nicht in der Lage sind, den Unterstützungsbedarf zu decken

„Geeignete Zugangswege zu schaffen stellt eine der größten Herausforderungen für die Forschung als auch für die Praxis in der Prävention und Gesundheitsförderung dar.“
(Walter & Jahn, 2015: „Zielgruppen erreichen –Zugangswege gestalten“)

Wege aus dem Präventionsdilemma

GoodPractice-Kriterien für die Ausgestaltung der Angebote

- Systematische Belastungseinschätzung & Bedarfsorientierung
  - Instrumente
  - Angebotsvorhaltung, -gestaltung und Information, angepasst an Bedarfen der Familien
- Systematisch und umfassend Zugang zu Zielgruppen finden und vernetzte Angebote schaffen
  - Einbindung von „Türöffnern“ mit besonderer Vertrauensstellung zur Zielgruppe (Hebammen, Schwangerschaftsberaterinnen)
  - Nutzung von etablierten Vorsorgestrukturen der medizinischen Versorgung ➔ nicht stigmatisierend!
  - Brückenbauen an System-und Angebotsgrenzen (Lotsensysteme, Präventionsketten, kommunale Netzwerke)

Nach M. Paul, NZFH

DEN ZU- UND ÜBERGANG GESTALTEN!
KERNPROZESS BABYLOTSE

Unsere Vision

- Wir streben an, dass Familien mit einem psychosozialen Unterstützungsbedarf zu unterschiedlichen Zeiten aus dem Gesundheitssystem heraus verlässlich und umfassend wahrgenommen, angesprochen und (an) entsprechende Angebote aus den bestehenden psychosozialen Sicherungssystemen vermittelt werden.
- Wir nutzen dafür den guten Zugang zu Familien und reichhaltigen Erfahrungsschatz der Mitarbeiter in der Gesundheitshilfe.
- Damit schließen wir Lücken zwischen Gesundheitshilfen und anderen Sozialen Sicherungssystemen wie z.B. den Frühen Hilfen („Brückenfunktion“).

Wie umsetzen?

Belastungsfaktoren für eine gestörte kindliche Entwicklung[13]

Vulnerabilitätsfaktoren

- Prä-, peri und postnatale Faktoren (z. B. Frühgeburt)
- genetische Faktoren (z. B. Chromosomenanomalien)
- chronische Erkrankungen
- schwierige Temperamentsmerkmale
- unsichere Bindungsorganisation
- geringe kognitive Fertigkeiten
- geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung.

Wie umsetzen?

Belastungsfaktoren für eine gestörte kindliche Entwicklung[13]

- niedriger sozio-ökonomischer Status, chronische Armut
- psychische Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile
- niedriges Bildungsniveau der Eltern
- alleinerziehender Elternteil
- Erziehungsdefizite/ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern
- sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr)
- häufige Umzüge
- traumatische Erlebnisse

Wie umsetzen? Prozessablauf

- Babylotse in der Frauenarztpraxis

Erkennen + Klären + Vernetzen

Geburt

Während der Schwangerschaft

Begleitung / Unterstützung

Arztpraxis:

- Info über Babylotse
- Systematische und verlässliche Wahrnehmung psychosozialer Bedarfe, z.B. mit einer strukturierten, psycho-sozialen Erweiterung der ärztl. Anamnese

MFA / Babylotsen:

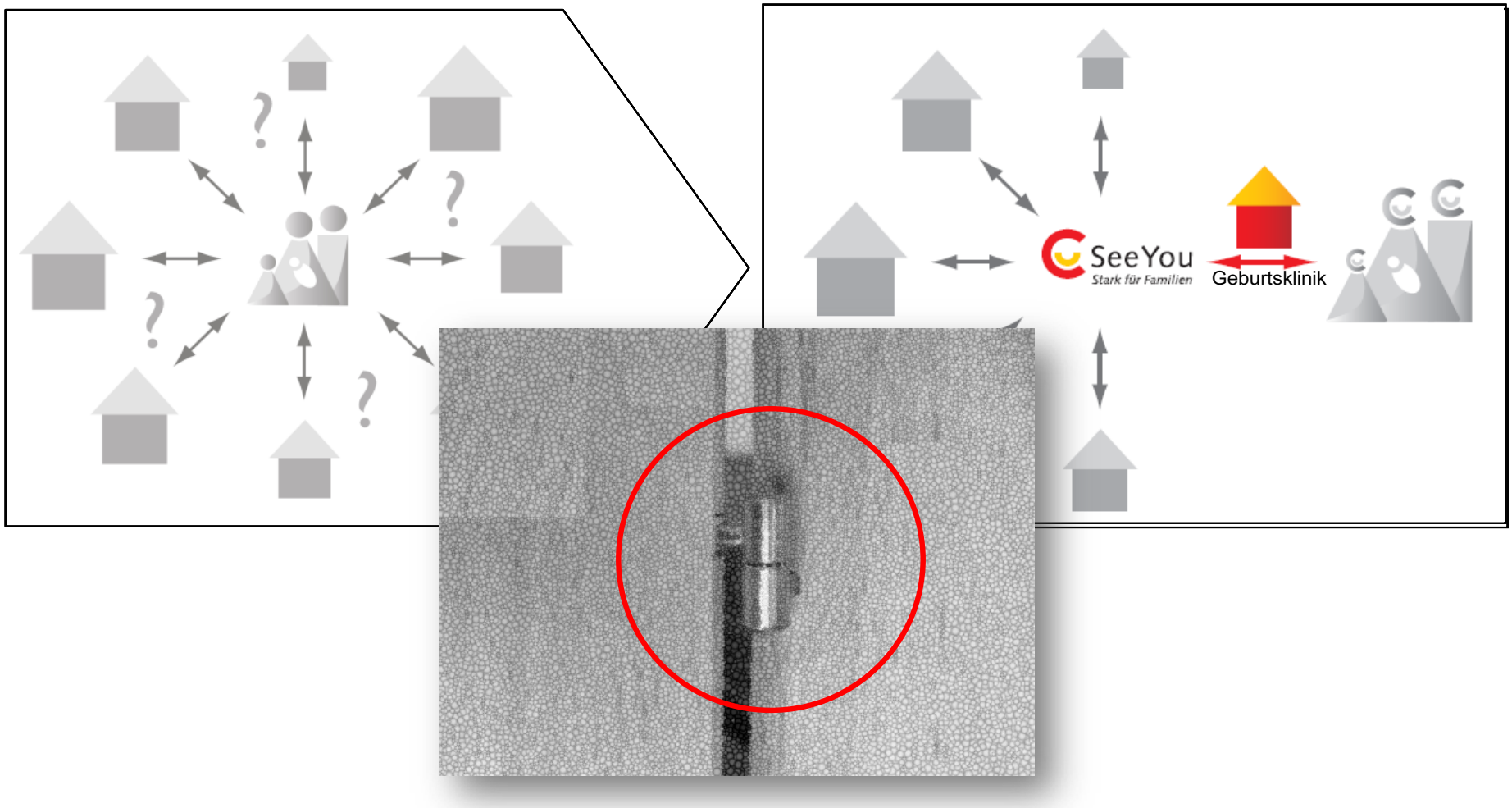
- Anbieten der Unterstützung durch das Programm Babylotse für psychosozial belastete Mütter / Familien
- Clearing – klärendes Gespräch

Babylotsen:

- Bei Interesse und Bedarf Beratung / Begleitung durch persönlichen Babylotsen:
- Empfehlung von passenden Hilfsangeboten
- Unterstützung bei der Kontaktaufnahme
- Evaluation 4 – 6 Wochen nach Abschluss

Wie umsetzen? Prozessablauf

- für psychosozial hoch belastete Mütter / Eltern in das bestehende Netz der Frühen Hilfen



Qualifikation der Babylotsen

Grund-Qualifikation:

- Sozialpädagogik, Pädagogik, vergleichbare Qualifikation

Erforderlich:

- strukturierte Ausbildung und Einarbeitung (Fachzertifikat Babylotse, Theorie und Praxis, 5 Tage, 35 Stunden)
- ausgeprägte Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit
- hoch flexibel und stresstolerant
- wichtig: nicht „nur“ fachliche Arbeit, sondern auch Projektmanagement und intensive Aufbauarbeit
- hilfreich: Klinikerfahrung, multiprofessionelles Team
- ...

Arbeitsbedingungen

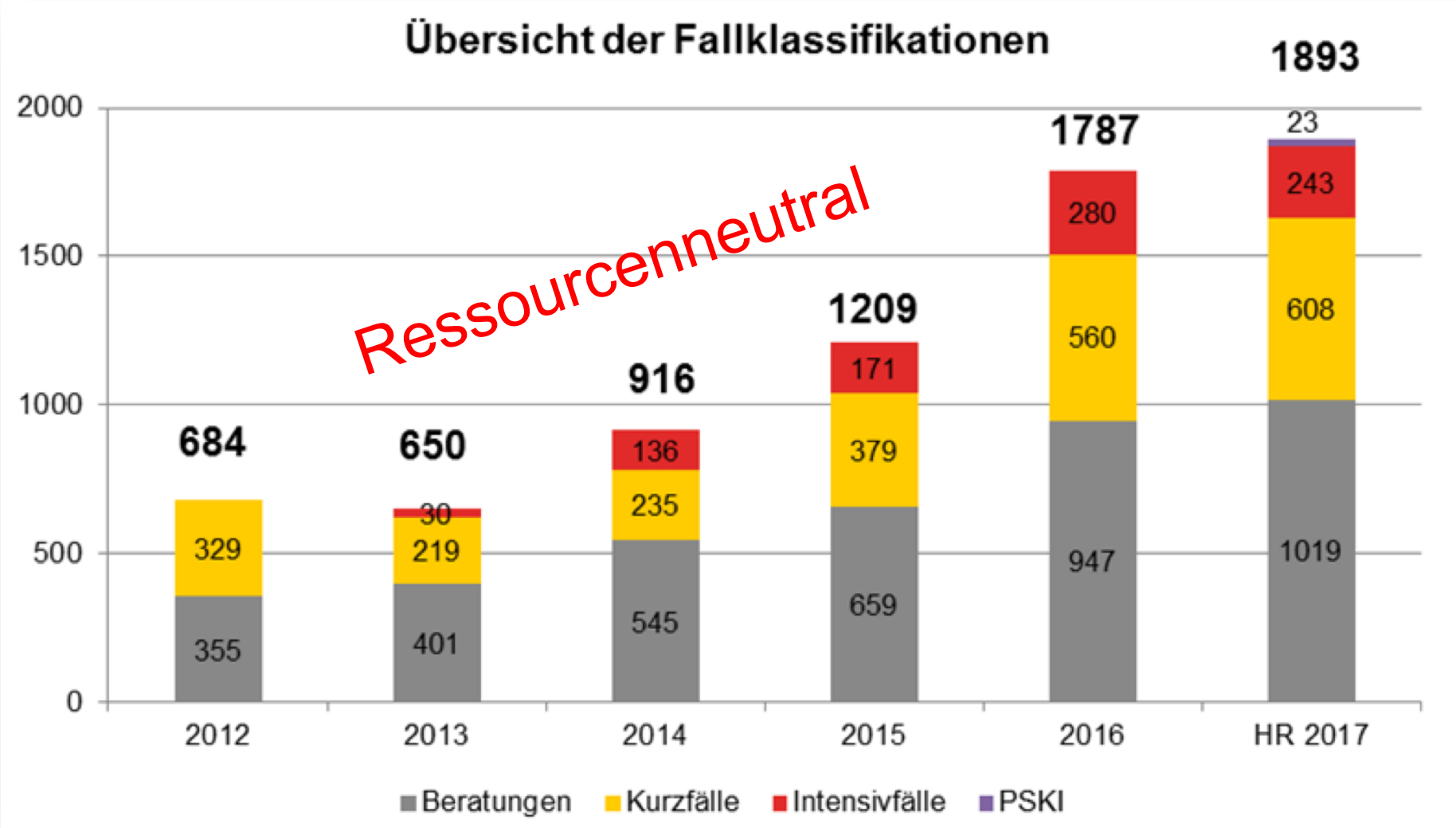
Prinzipien der Babylotsen-Arbeit

- freiwillig
- transparent
- niedrigschwellig
- präventiv
- Ressourcen stärkend

Wo endet die Freiwilligkeit?

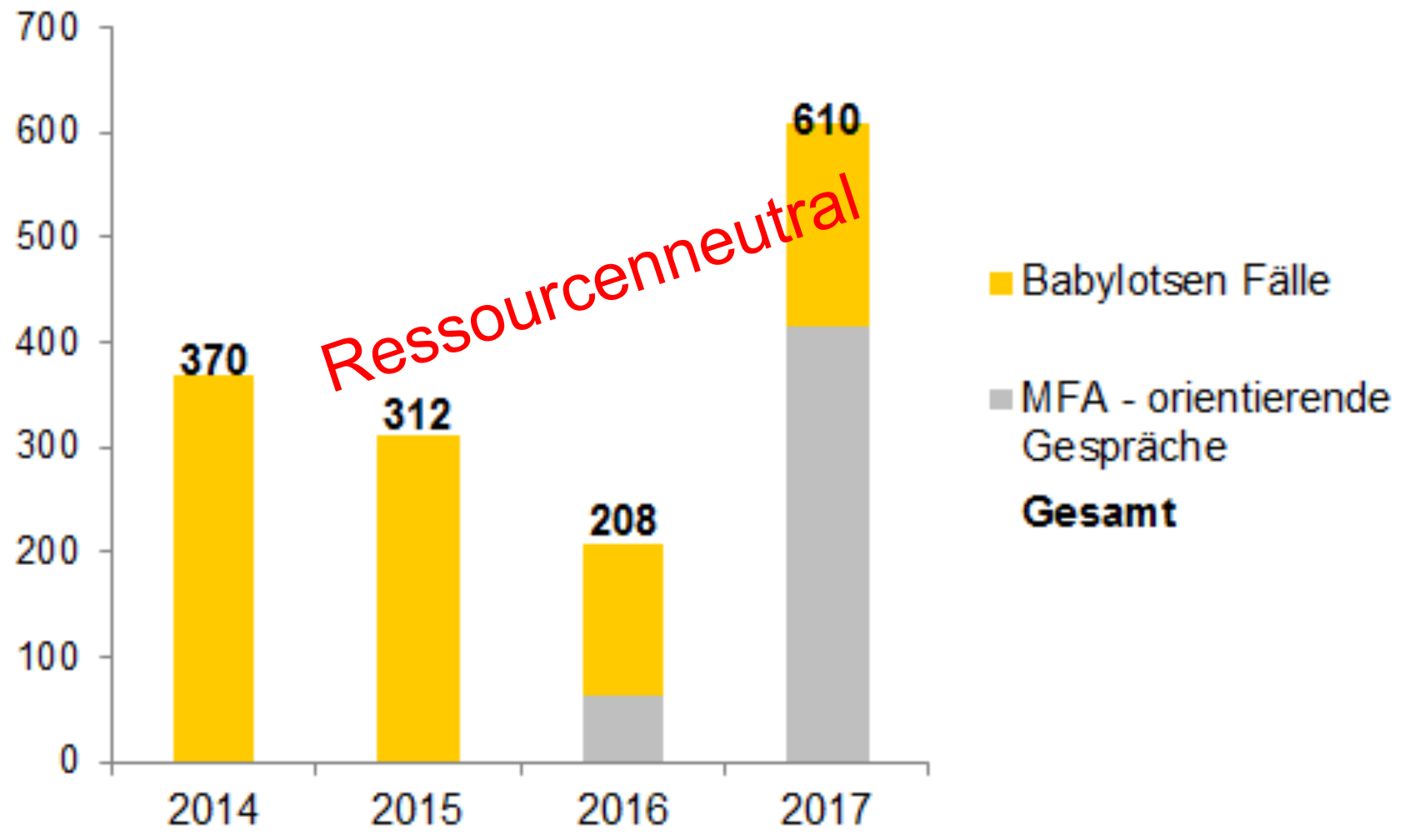
Kennzahlen Babylotsen Hamburg

- Verlauf in beteiligten Geburtskliniken (16.500 Geburten)



Kennzahlen Babylotsen

- Verlauf der Babylotsen-Tätigkeit in Hamburger Arztpraxen



Zusammenarbeit

Vernetzungspartner

- Gesundheitswesen, z.B. (Familien-)Hebamme, Mütterberatung, Kinderarzt
- Familienteams (Hamburg) oder andere Netzwerkzentren Früher Hilfen
- sonstige Frühe-Hilfen-Netzwerkpartner (z.B. Wellcome, Elternschulen, Notmütterdienst)
- Beratungsstellen (z.B. Migrationsberatungsstelle, Familienplanungs-zentrum u.a.)

KID PROTEKT

(= Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor)

- Versorgungsziel: Förderung einer gesunden Kindesentwicklung trotz psychosozialer Belastungssituation in der Familie.
- Das Projekt untersucht,
  - wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteuren der ambulanten Medizin (SGB V) mit der Jugendhilfe (SGB VIII)
  - zur Umsetzung der gesetzlich geforderten Präventionsleistungen gemäß §§ 20, 24d und 26 SGB V
  - unter Effektivitäts- und Effizienzaspekten bestmöglich gelingen kann.
- Auf Basis der Evaluationsergebnisse sollen Empfehlungen zur Umsetzung und Finanzierung der neuen Versorgungsform in der Regelversorgung abgeleitet werden.

KID PROTEKT

Zielgruppen des Projektes sind

- psychosozial belastete schwangere Frauen und Wöchnerinnen
- psychosozial belastete Familien mit Kleinkindern (0-12 Monate)

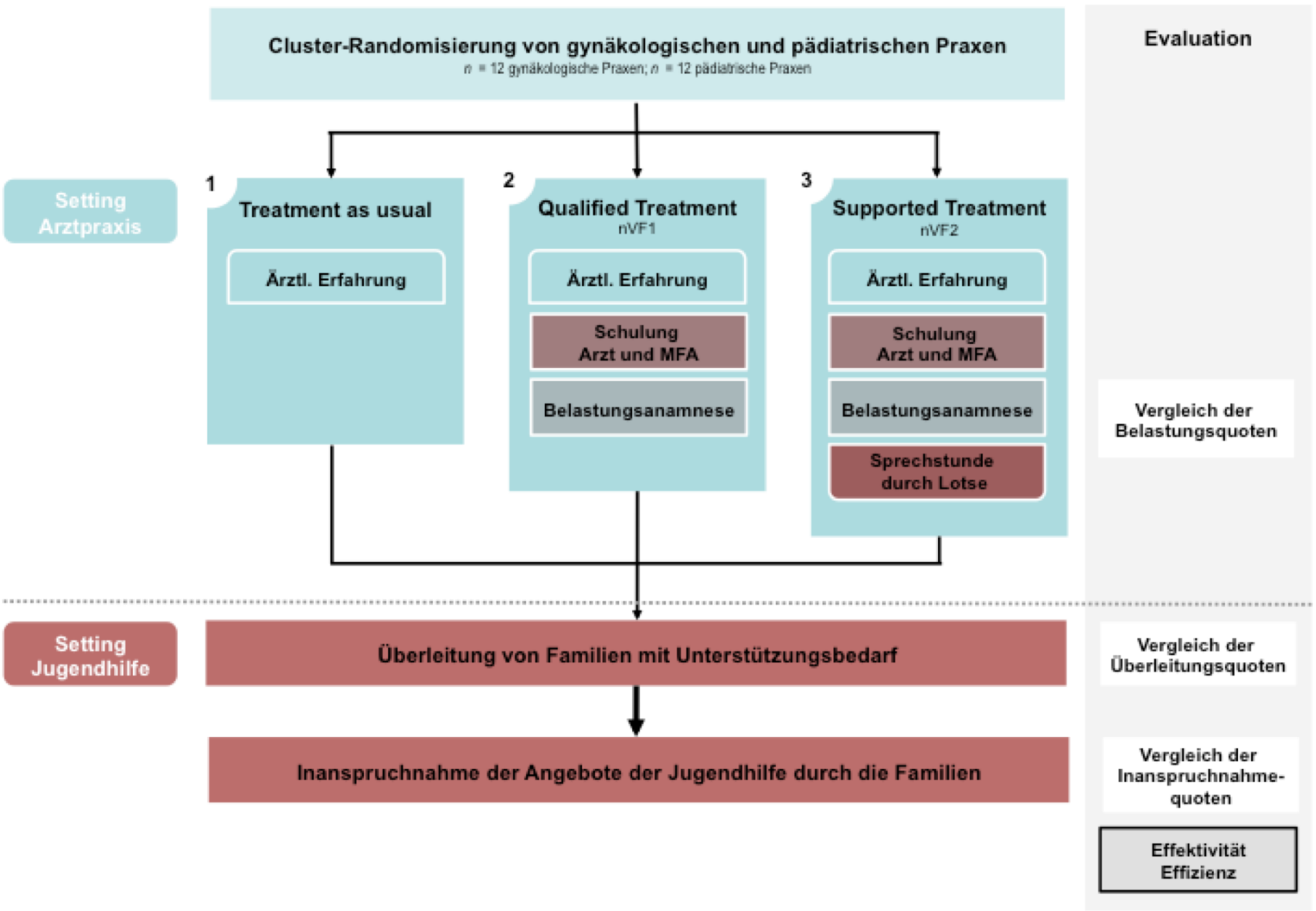
Der Kontakt zur Zielpopulation wird hergestellt

- i. R. d. Schwangerschaftsvorsorge in gynäkologischen Praxen
- i. R. d. Früherkennungsuntersuchungen in pädiatrischen Praxen

Zielregionen sind

- eine städtische Modellregion (Hamburg) und
- eine ländliche Modellregion (Schleswig-Holstein, Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern)

KID PROTEKT


Cluster-Randomisierung von gynäkologischen und pädiatrischen Praxen
n = 12 gynäkologische Praxen; n = 12 pädiatrische Praxen
Evaluation
Setting Arztpraxis
1
Treatment as usual
Ärztl. Erfahrung
2
Qualified Treatment
nVF1
Ärztl. Erfahrung
Schulung Arzt und MFA
Belastungsanamnese
3
Supported Treatment
nVF2
Ärztl. Erfahrung
Schulung Arzt und MFA
Belastungsanamnese
Sprechstunde durch Lotse
Vergleich der Belastungsquoten
Setting Jugendhilfe
Überleitung von Familien mit Unterstützungsbedarf
Vergleich der Überleitungsquoten
Inanspruchnahme der Angebote der Jugendhilfe durch die Familien
Vergleich der Inanspruchnahme-quoten
Effektivität Effizienz

KID PROTEKT

Psychosoziale Belastungsanamnese (nVF1 + nVF2)

1. Systematisches Erkennen von Familien in besonders belastenden Situationen anhand eines validierten Selbstausfüllerbogens
2. Bedarfsklärung, Information und Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfen im Sinne des SGB VIII

Leistungserbringer: Medizinische Fachangestellte, Ärzte

nVF = neue Versorgungsform

KID PROTEKT

Sprechstunde durch Lotse (nVF2)

1. Multiaxiale Bedarfsanalyse / -klärung
2. Beratung und Motivation
3. Begleitung (außerhalb der Arztpraxis)

Leistungserbringer: Sozialpädagogische Fachkräfte

nVF = neue Versorgungsform

KID PROTEKT

Jahr	2018												2019					
Zeitmonate	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Projektmonate	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Projektvorbereitung																		
Vorbereitung (inkl. Personalauswahl)																		
Rekrutierung Arztpraxen																		
Schulung Arztpraxen																		
Implementierung																		
Datenerhebung																		
Datenauswertung																		
Dissemination der Ergebnisse																		
Meilensteine										1			2					

Meilensteine	
0	Vorbereitungsarbeiten November 2017 - Juni 2018
1	Beginn der Umsetzung der neuen Versorgungsform
2	Erster Patient wird eingeschlossen

Allein kann es keiner!

SeeYou
Stark für Familien

WILHELMSTIFT
Katholisches Kinderkrankenhaus

RDM-Stiftung
Gemeinnützige Stiftung zur Förderung von Kinder-, Jugend- und Familienprojekten

DEUTSCHLAND RUNDET AUF
Kleine Cents. Große Wirkung.

caritas
Deutscher Caritasverband e.V.

ACTIVE PHILANTHROPY

EDMUND SIEMERS-STIFTUNG

Hamburger Spendenparlament

NORDMETALL Stiftung

auridis

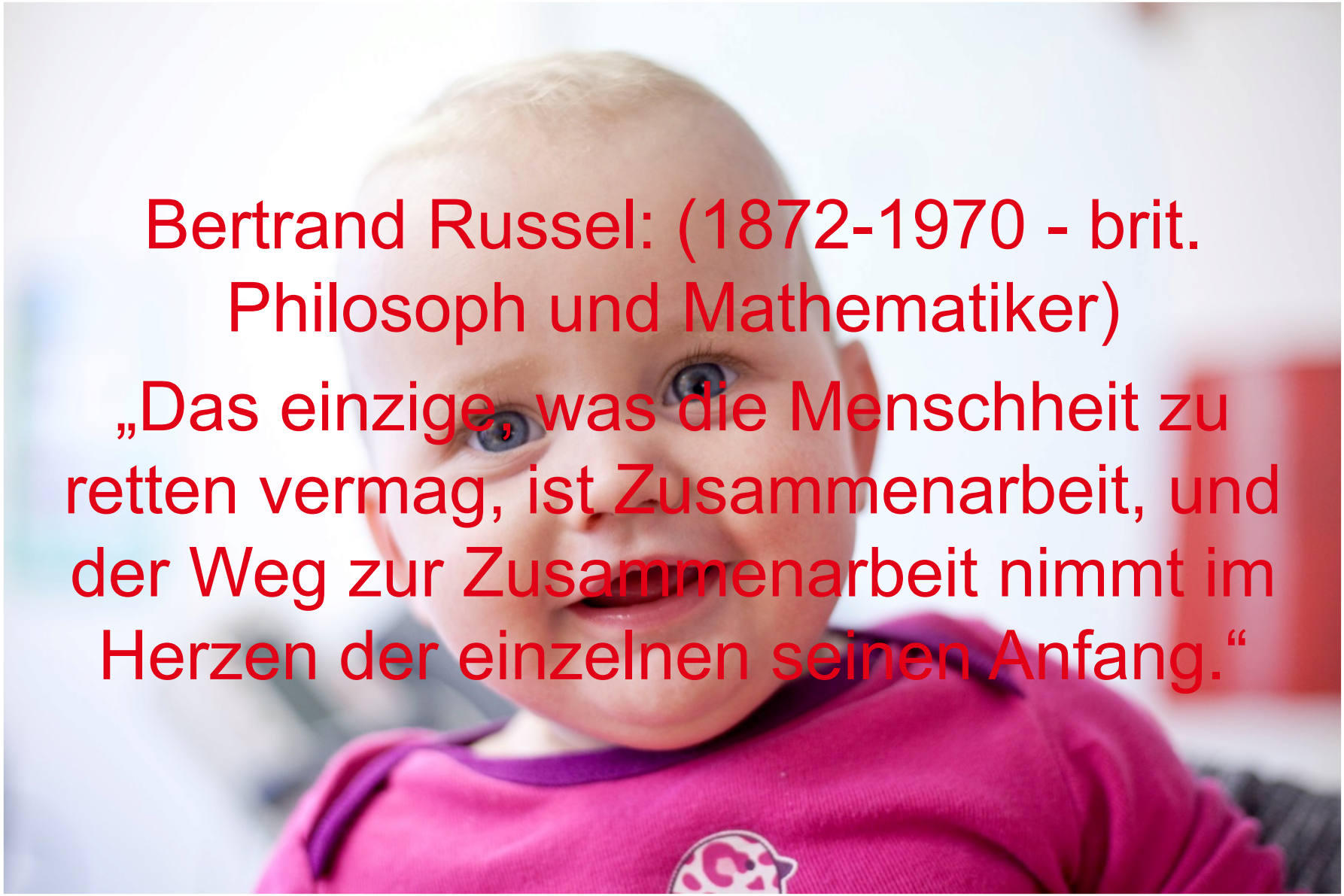
Hamburg

PETER MÖHRLE | STIFTUNG

caritas kkvd.
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Hamburger Abendblatt

OC&C Strategy Consultants



Bertrand Russel: (1872-1970 - brit. Philosoph und Mathematiker)

„Das einzige, was die Menschheit zu retten vermag, ist Zusammenarbeit, und der Weg zur Zusammenarbeit nimmt im Herzen der einzelnen seinen Anfang.“

Zur Nachbereitung...

1. Antonow-Schlorke, Iwa et al.: Vulnerability of the fetal primate brain to moderate reduction in maternal global nutrient availability, in: PNAS 108:7 (02/2011), S. 3011-3016.
2. Noble, Kimberly G. et al.: Family income, parental education and brain structure in children and adolescents, in: Natural Neuroscience 18 (03/2015), S. 773-778.
3. Noble, Kimberly G. et al.: Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain, in: Developmental Science 15:4 (2012), S.516-527.
4. Kane, Heidi S. et al.: Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories, in: Biological Psychology 100 (07/2014), S.13-19.
5. Wadhwa, Pathik D. et al.: The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology 169:4 (1993), S. 858-865.
6. Lobel, Marci et al.: Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women, in: Health Psychology 11:1 (1992), S.32-40.
7. Schweinhart, L. J. (2203) Benefits, Costs, and Explanation of the HighScope Perry Preschool Program (Paper presented at the Meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, Florida, April 26, 2003).
8. Barnett, W. S. (1996). Lives in the balance: Age-27 benefit-cost analysis of the HighScope Perry Preschool Program (Monographs of the HighScope Educational Research Foundation, 11). Ypsilanti, MI: HighScope Press.
9. Pawils, S. et al: Modellhafte Evaluation eines Frühwarnsystems. Babylotse Hamburg, 2010,
10. Pawils, S. et al: Modellhafte Evaluation eines Frühwarnsystems. Babylotse in der Frauenarztpraxis (Daten noch nicht publiziert)
11. Plagemann, A.: Grundlagen perinataler Prägung und Programmierung. Monatsschr Kinderheilkd 2016, 164:91–98
12. Malecke, B. et al: Innovation und Systementwicklung in der Frühförderung. Springer Wiesbaden, 2013
13. Wustmann, C.: Von den Stärken der Kinder ausgehen : das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln. Reinhardt , Vol. 56, No. 10 (2004), p. 402-412

SeeYou

Stark für Familien

Dr. Sönke Siefert

Tel. 040 / 673 77 730 • Fax 040 / 673 77 740

info@ seeyou-hamburg.de • www.seeyou-hamburg.de

Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg, www.seeyou-hamburg.de