

Vorbildlich: Das Bremer Modell der Familienhebamme und Familienkinderkrankenschwester

Der BekD e.V. engagiert sich seit vielen Jahren im Bereich der Prävention und bemüht sich, Konzepte und Projekte, die der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge besonders von Kindern und Jugendlichen dienen, bekannter zu machen - auch, um auf die vielseitigen Arbeitsmöglichkeiten im Rahmen der vorbeugenden Beratung und Pflege für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger hinzuweisen.

In diesem Kontext möchten wir das so genannte Bremer Modell vorstellen, in dem schon seit 25 Jahren Familienkinderkrankenschwestern und Familienhebammen zusammen arbeiten, um die elterliche Kompetenz vor und nach der Geburt zu stärken. Der Arbeitsschwerpunkt dieser staatlich examinierten Kinderkrankenschwestern und Hebammen liegt auf der psychosozialen medizinischen Beratung von Risikoschwangeren und Familien mit einem erheblichen Förderbedarf.

In Bremen entstand 1980 das erste Modell der Familienhebamme mit dem Ziel, die Säuglingssterblichkeit zu senken. Als Vorbild galten skandinavische und holländische Modelle, da in diesen Ländern die Säuglingssterblichkeit vergleichsweise gering ist.

Studien in Bremen (J. Collatz 1978-1980) hatten ergeben, dass nur ca. 54 Prozent der Schwangeren die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen. Vor allem Frauen mit sozialem medizinischen Risiko nutzten dieses Angebot nicht, ebenso wenig die Vorsorgemaßnahmen nach der Geburt.

Für ihren Einsatz wurden die Hebammen acht Monate ausgebildet, in sozialen Brennpunkten wurden sieben Beratungsstellen mit jeweils drei Familienhebammen eingerichtet. Nach dem Ausscheiden einiger Hebammen wurden erfahrene Kinderkrankenschwestern in das Modell integriert, was sich sehr positiv auf die Betreuung ausgewirkt hat. Die Kinderkrankenschwestern brachten eine bessere fachliche Voraussetzung für die kranken und älteren Säuglinge mit.

Durch die Initiative der betreuten Familien und Frauen kam es zu einem Folgemodell. Die Stellen wurden reduziert und es erfolgte eine Spezialisierung auf die Risikoklientel. Die Hebammen und

Kinderkrankenschwestern wurden in kommunalen Kliniken angestellt und verbrachten 25 Prozent ihrer Zeit in der Geburtshilfe und der Pädiatrie. Gegen Ende des Modells gelang es, zehn ABM-Stellen zu schaffen.

Seit 1988 gibt es 5,5 Stellen in Bremen mit Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern als festen Bestandteil des regulären Dienstangebotes im Gesundheitsamt. Weitere Projekte in NRW entstanden in Gelsenkirchen, Hagen, Bochum, Bergisch-Gladbach, Herne und Düren, wobei das Landesprojekt NRW wissenschaftlich von Peter Allhoff begleitet wurde. 1990 wurden Familienkinderkrankenschwestern und eine Familienhebamme im Gesundheitsamt in Oldenburg (Niedersachsen) angestellt, auch hier diente das Bremer Modell als Vorbild.

Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern sind im sozialkompensatorischen Bereich tätig, ihre aufsuchende Tätigkeit dient der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge. Dabei folgen sie dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Familienkinderkrankenschwestern und Familienhebammen betreuen:

- junge Frauen unter 18 Jahren
- überforderte Familien oder Frauen
- behinderte Frauen
- ausländische Familien und Asylbewerberinnen
- Frühgeborene oder kranke Kinder
- Schreikinder

Sie beraten und unterstützen:

- bei medizinischen und sozialen Problemen, z.B. Schwangere, die aufgrund von sozialen und/oder medizinischen Komplikationen nicht an Vorbereitungskursen teilnehmen können oder wollen
- bei unzureichenden Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und /oder beim Kind
- bei gestörten Mutter-Kind-Beziehungen
- bei Suchtproblemen (Alkohol, Drogenabusus)
- bei psychosozialen Problemen (Partnerprobleme, Straffälligkeit, Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder Misshandlung, totes oder behindertes Kind in der Anamnese)

Ein Großteil der Familien wird über einen längeren Zeitraum, d. h. von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr betreut. Da die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind, ist das Angebot der Familienkinderkrankenschwester und Familienhebamme sehr breit gefächert und abhängig von den persönlichen Situationen der Frauen bzw. der Familien. Die Beratung in der Schwangerschaft und nach der Geburt bis zum 1. Lebensjahr findet durch Hausbesuche statt. Dabei steht die Förderung der elterlichen Kompetenz zur Pflege und Betreuung im Vordergrund. Die intensive Betreuung ermöglicht eine Früherkennung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen und umfasst folgende Bereiche:

- Beratung, Gespräche und Hilfen während der Schwangerschaft z.B.:
 - + Geburtsvorbereitung im häuslichen Bereich in besonderen Situationen/Risikoschwangerschaften (Entspannungs- und Atemübungen)
 - + Gespräche über den Geburtsverlauf
 - + Stillvorbereitung, Wochenbett und ähnliches
- Gespräche, praktische Hilfen und Unterstützung nach der Geburt, z.B.
 - + Pflege des Kindes
 - + Still- und Ernährungsberatung
 - + Anregung zur Entwicklungsförderung
 - + Unterstützung bei Schreibabys
 - + Schlafverhalten, Rituale
 - + Kontakte zu anderen Beratungsstellen und Institutionen, bzw. Hinweise auf medizinische, soziale und pädagogische Hilfen.

Grundsätzlich muss das Angebot und die Arbeit sehr niedrigschwellig angesetzt werden. Voraussetzung für den Erfolg ist die enge Zusammenarbeit, gegenseitige Vermittlung und der Austausch mit Jugendamt, Kinder- und Frauenkliniken, Drogenberatungsstellen, Kinderärzten und allgemeinen Beratungsstellen, die mit Schwangeren und jungen Müttern zu tun haben. Dieser Austausch findet in so genannten Helferkonferenzen statt, in denen Hilfepläne für die betroffenen Familien erstellt werden - im Team lässt sich diese Arbeit besser bewältigen. In Bremen und Oldenburg arbeiten z.B. Kinder-

krankenschwestern und Hebammen sehr eng und produktiv zusammen.

Da die Betreuung in der Schwangerschaft und bis zum Ende des 1. Lebensjahres angeboten wird, ergänzen sich die jeweiligen Qualifikationen der Hebamme und Kinderkrankenschwester optimal. Wie wir alle aus eigener Erfahrung wissen, hat jede Berufsgruppe eigene Schwerpunkte; die spe-

zifische Berufserfahrung und das fundierte Hintergrundwissen werden in vielen kleinen und großen Dienstbesprechungen ausgetauscht. Da die Arbeit der Familienhebammen- und Kinderkrankenschwestern manchmal äußerst belastend ist, ist ein vertrauensvoller, sich gegenseitig respektierender Umgang der beiden Berufsgruppen unumgänglich; dabei wird das jeweilige Wissen und die Fähigkeiten des Ande-

ren genutzt, statt sich gegenseitig zu behindern. So lässt sich eine optimale Beratung und Begleitung im 1. Lebensjahr eines Kindes gewährleisten, wobei die Zuständigkeiten der Berufsgruppen gewahrt bleiben.

Frauke Oetken
(Hebamme)
Annelen Herdegen
(Kinderkrankenschwester)
Dr. Marion Diehl
Pressereferentin des BeKD e.V.

Leserbriefe

Leserbrief zum Artikel „Die neuen Kinderkrankheiten – Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung“ von H. Schlack, kks 6/2005, S. 245

Wann und wie ging uns Menschen die richtige Intuition und Überlieferungen über die Erfüllung der Bedürfnisse kleiner Kinder abhandeln?

Vor vielen Jahrzehnten oder auch Jahrhunderten musste niemand einer Mutter sagen, wie sie ihr Kind am besten behandelt und welche Spielsachen am wertvollsten für eine soziale und emotionale Intelligenz und Gesundheit sind. Genauso wenig wie man dies einer Affenmutter zeigen oder erklären muss – es würde wohl eher nur zu Verwirrungen kommen und das über lange Zeit durch Evolution ausgeprägte System stören.

In einigen Gemeinschaften (Indianerstämmen z.B.) auf unserer Erde ist auch heute kein Expertenratschlag für die Kindererziehung von Nöten, um die Kinder psychisch heil aufwachsen zu lassen.

Wie im o.g. Artikel beschrieben scheinen aber die „Mütter von heute“ in unserer Gesellschaft dringend Hilfe zu brauchen.

Da soviel feststeht, bleibt die Frage nach dem „Wie“.

Meiner Auffassung nach müssen wir in vielen Bereichen unseres täglichen Lebens zu unseren Wurzeln zurückfinden. Um zum Vergleich zurückzufinden, würde keine Affenmutter einem Ratschlag zufolge ihr Baby schreiend liegen lassen oder es nicht tragen, aus Angst um ihren eigenen Rücken geschweige denn es nicht stillen aus Angst um einen „Hängebusen“.

Das ist nur einer von sehr vielen Ansatzpunkten: Kinderkrankenschwestern im Kontakt mit jungen Eltern sollten sich auch (wie Hebammen schon seit Jahren) auf unseren ursprünglichen Weg zurück begeben, wo immer dies möglich ist.

Stillen ist ein Punkt, der überall selbstverständlich sein sollte, wo mit Säuglingen gearbeitet wird, aber auch das Thema Tragen sowie das Erkennen und Erfüllen der echten Bedürfnisse eines Kindes sollte Wichtigkeit erlangen.

Ich selbst habe erlebt, wie Mütter immer wieder kritisiert und damit ihre Integrität massiv verletzt worden ist; wie ihre mühevoll abgepumpte Muttermilch immer wieder in Labore geschickt und für „schlecht“ (hohe Keimzahl) befunden worden ist, bis sie versiegt war.

Leider verbessert das den Beginn der Mutter-Kind-Bindung nicht wirklich.

Vielmehr sollte Eltern schon in der Schwangerschaft klar gemacht werden, dass es dem Baby egal ist, welche Farbe seine Kleidung hat, ob es ein eigenes Zimmer und neue Spieluhren hat.

Nicht egal, sondern von außerordentlicher Wichtigkeit ist aber, dass es sich immer geliebt und angenommen fühlt.

Dankbar bin ich für jeden, der sich in dem Bereich engagiert und habe auch schon ausführliche Berichte dazu in der „kinderkrankenschwester“ gelesen.

Meiner Meinung nach ist in der gesamten Gesellschaft ein Umdenken nötig.

Immer noch werden Mütter, die auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen, als „Übermutternd“ beschrieben und es als „Verwöhnen“ bezeichnet, wenn sie ihr weinendes Kind aufnimmt.

Auch die Wohnsituation vieler junger Eltern ist schwierig, denn eine Mutter allein in einer Stadtwohnung mit einem subjektiv „seit einer Ewigkeit schreienden“ Säugling hat es schwerer als eine Frau, die mit Eltern/Schwiegereltern, Tanten usw. als Unterstützung zusammen leben kann.

Und wieder: welche Affenmutter würde es wirklich schaffen, ihr Kind ganz allein und abgekapselt gesund großzuziehen?

Sicher sind wir in der Weise weiter entwickelt, dass wir vieles kompensieren können und durch „Tricks“ wie eine elektrische Schaukel auffangen/umleiten – dennoch sollten wir wohl nicht glauben, daher die Grundbedürfnisse eines Säugetiers, das wir nun mal sind, unbefriedigt lassen zu können.

Bevor ich weiter abschweife, möchte ich noch allen, die diese Nachricht lesen und sich für diese Thematik interessieren, dringlich empfehlen, das Buch „Auf der Suche nach dem verlorenen Glück“ von Jean Liedloff zu lesen, die schon vor über 20 Jahren darüber forschte und viel in Erfahrung brachte.

Auch über Antwort freue ich mich.

Nina Schultz