

Familienhebammen



Hamburg



Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg Stand 2012

Kurzbericht zur Gesundheit

Impressum

Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg -
Stand 2012

Kurzbericht zur Gesundheit

Herausgeber:	Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Amt für Gesundheit Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung Billstraße 80, 20539 Hamburg November 2012
Stand:	November 2012
Auswertung und Berichterstellung:	Dr. Regina Fertmann
Mitarbeit:	Dr. Jens Jarke
Gestaltung:	Nils Möller
Unterstützung durch Praktikumstätigkeit:	Laura Wagner, Anna Spielhoff
Titelkollage Bildnachweis:	links oben, rechts oben: iStockphoto/Thinkstock rechts unten: Purestock/Thinkstock restliche Fotos: Lia Darjes © 2008, alle Rechte vorbehalten
Bezug:	Sie erhalten den Bericht kostenlos unter ☎ (040) 428 37 - 2368 publikationen@bgv.hamburg.de
Abteilung Gesundheit im Internet:	www.hamburg.de/gesundheit
Druck/Herstellung:	VIG Druck & Media GmbH
ISBN	978-3-9814693-2-5

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg – Stand 2012

Kurzbericht zur Gesundheit

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

Familienhebammen leisten einen Beitrag zur gesundheitlichen Förderung „von Anfang an“. Sie betreuen Schwangere, Mütter, Eltern und ihre Säuglinge, die besonderen Belastungen ausgesetzt sind. Das können eine Erkrankung der Mutter sein, soziale Isolation, Informationsmangel in Bezug auf Hilfs- und Unterstützungsangebote oder Beziehungsprobleme. Familienhebammen besuchen die Frauen zuhause, betreuen bei Bedarf auch länger als „normale“ Hebammen und kennen gerade die in der Nachbarschaft vorhandene Angebote gut. Sie beraten und helfen, vermitteln und leiten weiter, sei es zum Müttertreff, in die Sprechstunde einer Beratungsstelle, zur Kindertagesstätte oder in Angebote anderer Institutionen.

Seit 1998 ist in Hamburg Schritt für Schritt ein System von Familienhebammen aufgebaut worden. Aktuell sind ca. 25 Familienhebammen an 16 Standorten tätig. Die BGV verantwortet u.a. die fortlaufende Evaluation der Familienhebammenarbeit und kann nun auf der Grundlage von fast 1.500 Betreuungen in den vergangenen sechs Jahren bilanzieren.

Die Ergebnisse der letzten beiden Jahre werden in diesem Gesundheitsbericht zusammengefasst und mit den Vorjahren verglichen. In der Gesamtschau wird deutlich, wie intensiv und individuell die Familienhebammentätigkeit zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen der Mütter beiträgt. Ergänzt wird dieser Einblick durch einen Perspektivenwechsel: Auch die betreuten Mütter kommen zu Wort. In mehr als 30 Interviews haben sie Auskunft gegeben, welche Erfahrungen sie mit der Betreuung verbinden, was sie gelernt haben und welche Spuren diese Unterstützung hinterlassen hat.

Dieser Bericht zum aktuellen Zwischenstand der Familienhebammenarbeit erfolgt in einer Zeit des Umbruchs. Das neue Bundeskindereschutzgesetz und das in Hamburg entwickelte integrierte Konzept Frühe Hilfen werden zu Optimierungen im bestehenden System der frühen Hilfen führen. Auch hierzu finden Sie in diesem Bericht eine erste Orientierung.

Wir möchten uns bei allen Familienhebammen für ihre tatkräftige Unterstützung bedanken: Sie bemühen sich nicht nur gute Arbeit zu machen, sondern sie geben auch mit den Einzelfalldokumentationen der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in ihren Alltag. Auch wenn Schwierigkeiten sichtbar werden überwiegt in der Gesamtschau eine beeindruckende gesundheitsförderliche Leistung, die unserer aller Anerkennung verdient.

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	7
2. Rahmenbedingungen für die Hamburger Familienhebammenarbeit	11
3. Wer gehört zu den betreuten Frauen?	14
4. Wie gelingt die Betreuung?	19
5. Was kommt danach?	25
6. Wie sind Merkmale der Familienhebammenbetreuung miteinander verbunden?	29
7. Wie war's? Was sagen die betreuten Frauen im Rückblick?	33
8. Fazit und Perspektiven	44
Anhang	49

1. Einleitung

Die Erfahrungen in den ersten Kinderjahren sind die Grundlage für die weitere emotionale, kognitive und soziale Entwicklung des Menschen. Sie haben Einfluss auf den gesundheitlichen Status ebenso wie auf die weitere Lebensqualität. Da die frühkindliche Entwicklung die Weichen stellt für weiter positive wie auch negative Entwicklungen, ist es so wichtig Kind und Eltern zu unterstützen, wenn sie das brauchen.

Die Betreuung von Hebammen rund um die Geburt hat eine lange Tradition. Familienhebammen ergänzen das krankenkassenfinanzierte System der Hebammenbetreuung. In Hamburg arbeiten z.B. 2010 mehr als 500 freiberuflich tätige Hebammen überwiegend in der Geburtsnachsorge¹. Gleichzeitig sind ca. 25 Familienhebammen tätig, die überwiegend durch Mittel der Stadt Hamburg finanziert werden (s. Kapitel 2). „Familienhebammen sind staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von vulnerablen Schwangeren, Müttern mit Kleinkindern durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen.“²

Zielsetzung

Ziel des Berichts ist es, einen Überblick zu gewinnen über die Betreuung von Schwangeren, Müttern und Familien in besonderen Problemlagen und ihre Einbindung in das Hilfesystem der Beratung und Betreuung durch eine Familienhebamme vor Ort.

¹ Lohmann, Hebammenverband Hamburg, persönliche Kommunikation

² www.familienhebamme.de

Hierbei knüpft der Bericht an den ersten Familienhebammenbericht 2009³ an. In diesem Bericht gab es bereits einen kurzen Abriss zur Geschichte der Familienhebammenarbeit in Hamburg sowie eine Charakterisierung der Familienhebammenarbeit im Vergleich zur klassischen Hebammentätigkeit. Zugleich wurden die Daten der Einzelfalldevaluation der ersten beiden Jahre 2006/2007 analysiert und beschrieben. Während einige wenige Standorte bereits zu diesem Zeitpunkt auf mehrjährige Arbeitserfahrung zurückblicken konnten, befanden sich die meisten Standorte in dieser Zeit in ihrer Gründungsphase. Mit dem jetzt vorhandenen Datenbestand ist ein Einblick in die aktuelle und inzwischen gut etablierte Arbeit der Familienhebammen an allen Standorten Hamburgs möglich. Von daher wird die aktuelle Situation mit Daten aus dem Doppeljahr 2010/2011 im Mittelpunkt stehen. Darüber hinaus ist eine Gesamtschau über alle sechs Jahre möglich und ggf. auch die Beschreibung von Entwicklungen in der Familienhebammenarbeit von 2006 bis 2011. In Einzelfällen bietet sich auch ein Vergleich der Verhältnisse an den verschiedenen Standorten an. Hierbei werden grundsätzlich immer alle Jahre zusammengefasst, um zufallsbedingten Schwankungen aufgrund kleiner Fallzahlen nicht zu viel Bedeutung zuzumessen.

Leitfragen der Einzelfalldevaluation

Die Leitfragen der Einzelfalldevaluation gelten der Zielgruppe, dem Betreuungsverfahren und der Situation zum Abschluss der Betreuung:

- Wer wird von Familienhebammen betreut?
- Wie ist die Familienhebammenbetreuung in Hamburg zu charakterisieren?

³ Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg. Ergebnisse der Einzelfalldevaluation 2006-2007, Kurzbericht zur Gesundheit, Hamburg 2009

- Was kennzeichnet die Situation der Familie am Ende der Betreuung?

Aus einer Betrachtung dieser Ergebnisse ergeben sich weitergehende Fragen zu Änderungen und Zusammenhängen.

- Welche Sachverhalte zeigen sich im Zeitverlauf stabil, welche Aspekte der Familienhebammenbetreuung haben sich in den vergangenen sechs Jahren verändert?
- Welche Assoziationen von Merkmalen lassen Zusammenhänge erkennen bzw. welche Unterschiede werden in Teilgruppen sichtbar?
- Wie sind diese Veränderungen und Assoziationen zu bewerten, ergibt sich daraus ein Diskussionsbedarf oder Handlungsbedarf bei den beteiligten Fachbehörden, Trägern und/oder den Familienhebammen?

Die umfangreiche Datenbasis der vergangenen sechs Jahre macht es möglich, auch diese Fragen zu beantworten.

Erhebung durch schriftliche Dokumentation

Im Rahmen der Einzelfallevaluation wird für jeden betreuten Fall ein zweiseitiger Bogen eingesetzt (s. Anhang). Die ursprüngliche längere Fassung wurde in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen der Familienhebammen deutlich reduziert, um den Zeitaufwand zum Ausfüllen so gering wie möglich zu halten. Besonderheiten der einzelnen Betreuung können als Freitext angemerkt werden. Beispielformhaft werden an verschiedenen Stellen dieses Berichtes solche Anmerkungen der Familienhebammen in **blauen Feldern** zitiert.

Hierbei ist allen Beteiligten präsent, dass mit diesem Verfahren ausschließlich die subjektive Sicht der Familienhebamme abgerufen wird und persönliche Unterschiede die Angaben mitprägen. Dennoch stellt diese am Einzelfall orientierte Evaluation einen reali-

tätsnahen Zugang zur Familienhebammenarbeit dar.

Die hier vorgestellte Erhebung erfasst alle Betreuungsfälle, die in den Jahren 2006 bis 2011 an einem der 16 Hamburger Standorte⁴ abgeschlossen wurden. Diese Fälle mussten zwei Voraussetzungen erfüllen. Eine Voraussetzung war, dass ein Betreuungszeitraum genannt werden konnte. Die Durchführung eines einmaligen persönlichen, ausführlichen Gesprächs zwischen Familienhebamme und Klientin sollte nicht in diese Einzelfall-Evaluation einbezogen werden. Als weitere Voraussetzung galt, dass zumindest eine Betreuungsleistung bei der Krankenkasse oder im Rahmen des Familienhebammenkontingents abrechnungsfähig war.

Die Angaben der Familienhebammen wurden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. In geringem Umfang fehlten bei einzelnen Merkmalen Einträge von bis zu 3%⁵. Daher ergeben sich in der Stichprobenbeschreibung nicht immer Summen, die dem Gesamtumfang der auswertbaren Fragebögen entsprechen. Eine Bewertung der Angaben ist allerdings aufgrund der nahezu erreichten Vollständigkeit uneingeschränkt möglich.

Alle Standorte erhalten auf Anfrage eine standortbezogene Evaluation für das jeweils vorausgegangene Jahr bzw. Doppeljahr. Ein aktueller Überblick zu den Ergebnissen des Vorjahres für ganz Hamburg steht im Internet zur Verfügung⁶.

Datengrundlage

Im Doppeljahr 2010/2011 wurden insgesamt 552⁷ Betreuungsfälle abgeschlossen. Vier

⁴ Weitere zehn Standorte mit Familienhebammen kooperieren im Netzwerk der Familienhebammen, werden allerdings in der Evaluation nicht mit erfasst.

⁵ Falls mehr Angaben fehlen, wird dies in einer Fußnote erwähnt.

⁶ <http://www.hamburg.de/contentblob/2941338/data/evaluation-familienhebammenbericht-2009-2010.pdf>

⁷ An einem Standort konnte 15 abgeschlossene Betreuungen aus Krankheitsgründen nicht dokumentiert werden. Demnach

Standorte haben dazu weniger als 25 Fälle beigetragen, sieben Standorte 25 bis 50 Fälle und drei Standorte 50 Fälle oder mehr⁸. Diese Unterschiede sind u.a. auf die unterschiedlichen Stundenkontingente der Familienhebammen an den einzelnen Standorten zurück zu führen. Bei der Betrachtung des gesamten Zeitraums 2006-2011 werden die Unterschiede in den Fallzahlen der kleineren und größeren Einrichtungen noch deutlicher:

- 4 Standorte mit bis zu 50 Fällen
- 4 Standorte mit 50-100 Fällen
- 4 Standorte mit 100 – 200 Fälle
- 2 Standorte mit mehr als 200 Fällen.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Evaluation keine Informationen über andere Angebote des Standortes bietet. Auch Ablehnungen von potentiellen Klientinnen, einmalige Beratungen oder Weitervermittlungen werden nicht erfasst. Besonders hervorzuheben ist auch, dass die Mitarbeit der sozialpädagogischen Fachkraft in der Einzelbetreuung nicht berücksichtigt wird, weder der Umfang noch der Inhalt ihres jeweiligen Beitrages.

Die Dokumentation und Auswertung der Evaluationsbögen bildet demnach ausschließlich die Ansicht der Familienhebamme ab und lässt keinen Rückschluss auf die Einschätzung anderer Beteiligter und/oder weiterer Kooperationspartner zu.

Die Datengrundlage für alle drei Doppeljahre besteht aus 1.484 Einzelfallevaluationen. Die Anzahl der dokumentierten abgeschlossenen Fälle pro Doppeljahr ist kontinuierlich angestiegen⁹.

wäre die Gesamtzahl für das Doppeljahr 2010/2011 567 abgeschlossene Fälle.

⁸ In der Summe ergeben sich 14 anstatt der 16 o.g. Standorte, da Altona-Nord und Altona-Altstadt sowie Schnelsen-Süd und Eidelstedt-Ost in der Auswertung zusammengefasst werden.

⁹ 2006/07: 422 Fälle; 2008/09: 510 Fälle; 20010/2011: 552 Fälle.

Die Sichtweisen der betreuten Frauen

Diese quantitative Analyse, die auf Angaben und Einschätzungen der Familienhebammen beruht, wird ergänzt durch die zusammenfassende Darstellung einer qualitativen Befragung von betreuten Müttern. Im Rahmen einer **Follow-up Studie**¹⁰ erfolgten Leitfaden-Interviews mit betreuten Frauen.

Mütter, die um die Jahreswende 2008/2009 ihr Einverständnis gegeben haben, wurden in etwa ein halbes Jahr und erneut ca. anderthalb Jahre nach Abschluss der Betreuung kontaktiert und von einer unabhängigen Wissenschaftlerin (Hebamme und Ethnologin) in einem persönlichen Interview befragt.

Das Ziel der Studie war, Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Frauen selbst die Betreuung wahrgenommen haben und inwieweit die Unterstützung durch die Familienhebamme nachhaltig zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz beigetragen hat. Die erste Interviewwelle wurde mit 23, die zweite mit neun Frauen abgeschlossen. Mangelnde Erreichbarkeit und die zeitliche Distanz haben vermutlich zu diesem Verlust an Interviewpartnerinnen beigetragen. Die Interview-Transskripte und eine qualitative Analyse sind die Grundlage für eine zusammenfassende Beschreibung der Familienhebammenarbeit aus Sicht der betreuten Frauen.

Leitfragen der Interviews mit den betreuten Frauen

Die Leitfragen aus den Interviews mit den betreuten Frauen galten der aktuellen Situation der Familie ebenso wie einem Rückblick auf die Zeit der Betreuung.

¹⁰ Martina Henkelmann: Follow-up I und Follow-up II Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung und -kompetenz durch die Arbeit von Familienhebammen in Hamburg. Gutachten im Auftrag der BGV. Hamburg 2010, 2012.

- Wie ist ihre Sicht der Dinge, was ist aus ihnen und ihren Familien geworden?
- Welche Spuren hat die Familienhebammenbetreuung hinterlassen?
- Bestehen die Verknüpfungen mit anderen Hilfsangeboten weiter?
- Wie sieht es in der Kleinkindphase mit der elterlichen Kompetenz aus?

Gliederung des Berichts

Im folgenden Kapitel 2 werden die konzeptionellen und finanziellen **Rahmenbedingungen** der Familienhebammenarbeit in Hamburg dargestellt.

In den Kapiteln 3, 4, und 5 werden jeweils die **betreuten Frauen, das Betreuungsverfahren sowie die Situation zum Abschluss der Betreuung** beschrieben. Die Darstellung der Ergebnisse der Einzelfallevaluation erfolgt jeweils nach folgendem Muster: Im ersten Schritt werden die aktuellen Zahlen des Doppeljahres 2010/2011 beschrieben und bewertet. Im zweiten Schritt werden im Abgleich zu den Gesamtdaten ggf. Abweichungen kommentiert bzw. zeitliche Veränderungen beschrieben. Im dritten Schritt werden – falls vorhanden – regionale Unterschiede in dem betreffenden Merkmal benannt und ggf. Bezüge zu anderen Merkmalen dargestellt.

Darüber hinaus werden im sechsten Kapitel **Zusammenhänge** zwischen einzelnen Merkmalen analysiert, indem Teilgruppen verglichen werden. Im siebten Kapitel kommen schließlich die betreuten Frauen selbst zu Wort, indem die Ergebnisse der **Follow up-Studie** zusammenfassend beschrieben werden. Das achte Kapitel „Fazit und Perspektiven“ bietet eine kurze **Zusammenfassung der Ergebnisse**, regt zu ausgewählten Aspekten die Diskussion der Akteure an und stellt die Ergebnisse in den Kontext der aktuellen Diskussion zum **Hamburger Konzept Frühe Hilfen**.

Zusammenfassung

Das Befragungsinstrument für die Einzelfallevaluation wurde in Zusammenarbeit mit Familienhebammen praxisnah weiterentwickelt. Die Evaluation ist spezifisch auf die individuelle Betreuung von Mutter und Kind durch die Familienhebamme ausgerichtet. Die Erhebung wurde in den vergangenen sechs Jahren an allen 16 Standorten in Hamburg durchgeführt. Der folgende systematische Überblick über die Familienhebammenarbeit in Hamburg wird ergänzt durch eine Befragung einer kleinen Teilgruppe der von Familienhebammen betreuten Müttern, deren Kinder inzwischen zwei bis drei Jahre alt geworden sind.

2. Rahmenbedingungen für die Hamburger Familienhebammenarbeit

Familienhebammen in Hamburg

Seit 1998 ist in Hamburg Schritt für Schritt ein System von Familienhebammen aufgebaut worden. Ziel war es, eingebettet in das bestehende Regelsystem, ein spezifisches Angebot für besonders unterstützungsbedürftige Schwangere, Mütter und Familien mit Säuglingen zu schaffen. Im Haushalt der Freien und Hansestadt Hamburg stehen für das Programm „Familienhebammen in Hamburg“ seit 2012 insgesamt 761.000€ jährlich zur Verfügung.

Das Hamburger Konzept ist gekennzeichnet durch eine Kombination krankenkassenfinanzierter (freiberuflich erbrachter) Hebammenhilfe entsprechend der Vergütungsvereinbarung nach §134a SGB V mit ergänzenden, weitergehenden und von der Stadt Hamburg finanzierten Dienstleistungen der Familienhebamme für die Zielgruppen mit besonderem Hilfebedarf:

- Als Familienhebammen sind die freiberuflichen Hebammen im Team mit sozialpädagogischen Fachkräften und angebunden an einen Träger (meist freie Jugendhilfe) tätig, die Vergütung erfolgt bei den über Honorarverträge tätigen Hebammen nach einem Stundenentgelt und bei den (in Teilzeit) angestellten Hebammen nach Tarifvertrag¹¹.
- Über einen von den Familienhebammen selbstverwalteten Notfallfonds (12.000 € entsprechend ca. 400 Std./Jahr) können Notfalleinsätze ermöglicht und Überlastungen bedarfsbezogen abgefangen werden.

¹¹ Stundenentgelt z. Zt. 7,50 € je angefangene Viertelstunde, bei Anstellungsvertrag überwiegend TV-L E 9 oder analog

- Die Fachbehörde finanziert mit 3 Std. pro Arbeitswoche eine Koordinatorin, die für das selbstorganisierte, unabhängige „Netzwerk der Hamburger Familienhebammen“ den Kontakt zur Fachbehörde, den Trägern und dem Fortbildungsinstitut sowie den Supervisorinnen hält.

Seit 2007 sind ständig ca. 25 Familienhebammen weitgehend bedarfsgerecht in allen Bezirken an 16 Standorten tätig; knapp die Hälfte von ihnen mittlerweile als Teilzeit-Angestellte. An jedem Standort stehen mindestens 23 Stunden/Arbeitswoche für die Familienhebammenarbeit zur Verfügung. Es ist mindestens eine Familienhebamme und eine sozialpädagogische Fachkraft mit mindestens 12 Stunden/Arbeitswoche tätig. Einige Standorte sind aus historischen Gründen finanziell/personell besser ausgestattet¹². Darüber hinaus werden ca. zehn „freie“ oder in andere Einrichtungen wie HzE-Träger¹³ eingebundene Familienhebammen bedarfsbezogen in Kooperation mit den 16 Standorten tätig. Insgesamt sind speziell qualifizierte und praxisbegleitete Familienhebammen eingesetzt („Hamburger Qualitätssicherung“).

Die Standorte (s. Abbildung 1) sind so gewählt, dass insbesondere Stadtteile schlechter sozialer Lage und geburtenstarke Sozialräume erreicht werden. Jeder Standort unterscheidet sich jedoch in vielen Aspekten strukturell von anderen Standorten, sodass jeweils besondere sozio-demografische und/oder soziale Rahmenbedingungen die Arbeit des Familienhebammenteams prägen.

Über die Träger sind die Standorte in den Sozialräumen nicht nur in Arbeitszusammen-

¹² Der Standort Barmbek-Süd im KiFaZ Barmbek-Basch wurde Anfang 1998 als erstes Familienhebammen-Projekt in Hamburg etabliert und bildet eine Ausnahme vom Hamburger Konzept: die beiden Familienhebammen sind fest angestellt und nicht parallel freiberuflich tätig, d.h. sie rechnen keine Leistungen über die Krankenkassen ab. Sie arbeiten im Team mit sozialpädagogischen Fachkräften, die nicht über das Programm Familienhebammen finanziert werden.

¹³ HzE: Hilfen zur Erziehung

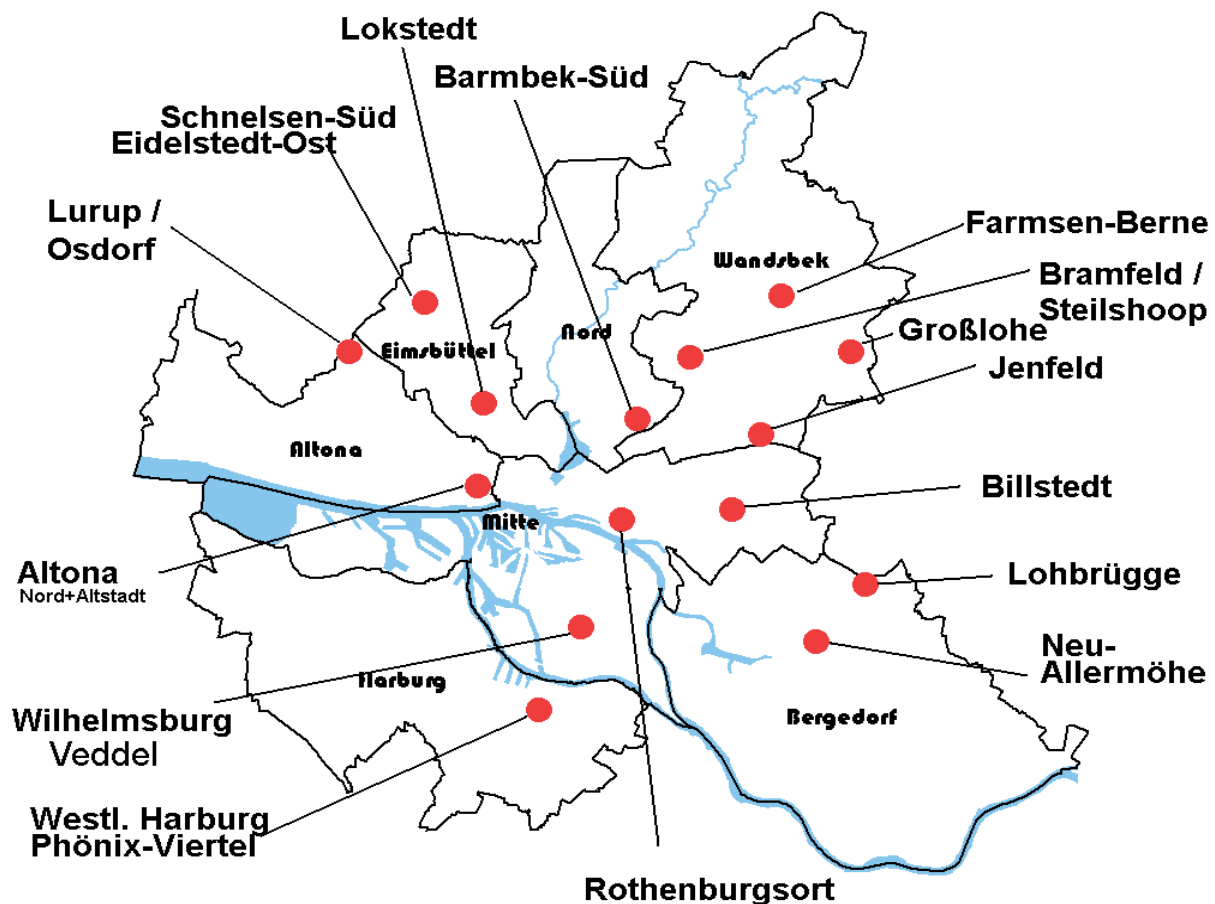


Abbildung 1: Standorte der Familienhebammen in Hamburg

hängen des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen sehr gut vernetzt. Bspw. sind die Familienhebammen fünfmal an einem Kinder- und Familien-Zentrum (KiFaZ) angesiedelt, dreimal ist der Standort an einem Eltern-Kind-Zentrum (EKiZ), acht Standorte sind bei niedrigschwelligen Stadtteileinrichtungen wie „ADEBAR“ in Altona oder „Haus der Familie Rothenburgsort“ angebunden. Häufig gibt es darüber hinaus Sprechstundenangebote teilweise in Zusammenarbeit mit der Mütterberatung, im EKiZ und in anderen Stadtteileinrichtungen.

Zur „Hamburger Qualitätssicherung“ gehören – neben der klassischen Dokumentation und der Einzelfalldokumentation – Fortbildungsangebote, die praxisbegleitende Supervision sowie ein jährlicher Fachtag. Die Supervision

im Umfang von jährlich 20 Stunden wird regelmäßig von ca. 30 Familienhebammen in Anspruch genommen. Der jährliche Fachtag gilt dem gemeinsamen Austausch zu jeweils aktuellen Themen.

Die einjährige, berufsbegleitende Grundfortbildung (220 Stunden in dreitägigen Blöcken) „Familienhebamme – Eine Chance für einen besseren Start“ wird von Kreisel e.V. in Zusammenarbeit mit dem Hebammen Verband Hamburg e.V. durchgeführt. In fünf Kursdurchgängen wurden bisher fast 90 Familienhebammen fortgebildet, knapp 50 aus Hamburg und 40 aus anderen Bundesländern. Die Kursbeiträge von Hamburger Teilnehmerinnen werden von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) bezuschusst.

Aktuell erarbeiten die beiden Fachbehörden Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) und die BGV ein integriertes Konzept Frühe Hilfen, das bestehende Systeme wie Familienhebammen, Familienbegleitung und Gesundheitsförderung einschließlich der Unterstützung der Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zusammenführt. Dafür sollen ab 2013 Mittel aus der „Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen“ eingesetzt und auch die Angebote der Familienhebammen verstärkt werden. Die Perspektiven für die Familienhebammenarbeit im Kontext des Hamburger Konzeptes Frühe Hilfen werden in Kapitel 8 näher erläutert.

3. Wer gehört zu den betreuten Frauen?

Statistisch gesehen ist die typische Klientin einer Familienhebammenbetreuung 27 Jahre alt, deutsch, bekommt ihr erstes Kind, ist erheblich psychisch belastet, arm und weist ein Informationsdefizit auf. Gleichzeitig ist in der Realität die Altersspanne groß und die Problemlagen sind heterogen. Bei fast jeder zweiten Frau liegt ein Migrationshintergrund¹⁴ vor, und es wurden mehr als 50 unterschiedliche Herkunftsländer genannt.

Im Doppeljahr 2010/2011 haben 552 Frauen die Unterstützung von Familienhebammen in Anspruch genommen. Die jüngste war 15 Jahre alt, die älteste 45. Das Durchschnittsalter lag bei 27 Jahren. Der Anteil minderjähriger Mütter (<18 Jahren) lag bei 8%.

Als Teenagerschwangerschaft, d.h. die Mütter waren noch keine 20 Jahre alt, lassen sich immerhin 16% der Fälle charakterisieren. Dieser Wert liegt deutlich höher als der entsprechende Anteil der Teenagerschwangerschaften im Hamburger Bevölkerungsschnitt (2,1%; Amtliche Statistik 2010).

Die Betreuung von jüngeren Müttern kommt an allen Standorten vor; die Altersverteilung der Mütter ist über alle Beobachtungsjahre gesehen stabil.

Migrationshintergrund

Im Doppeljahr 2010/2011 liegt bei fast jeder zweiten Frau (45%) ein Migrationshintergrund vor. Im Vergleich der drei Doppeljahre ist der Anteil von Frauen mit einem Migrationshintergrund von 33% (06/07) auf 45% (10/11) deutlich gestiegen.

¹⁴ „Migrationshintergrund“: hier in „weicher“ Definition als Eindruck der Familienhebamme, wenn Sprache, Staatsangehörigkeit oder soziokulturelles Umfeld diesen Eindruck vermitteln

In dieser Hinsicht unterscheidet sich das Klientel der Familienhebammen in Hamburg deutlich z.B. von den im Jahr 2011 betreuten Frauen in Niedersachsen. Hier weisen nur 19% einen Migrationshintergrund auf¹⁵.

Der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund ist an den einzelnen Standorten unterschiedlich (s. Abbildung 2).

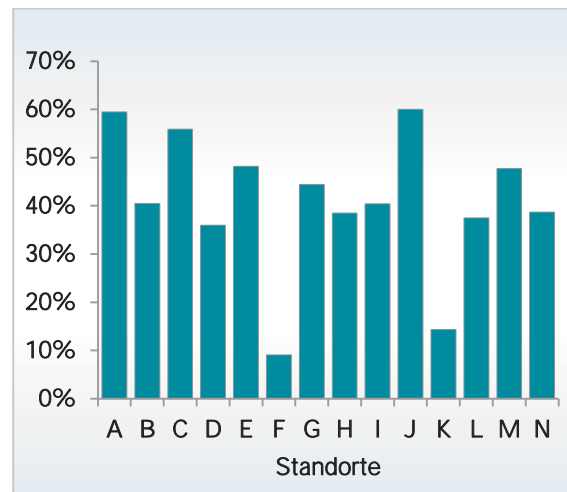


Abbildung 2: Anteile der von Familienhebammen betreuten Frauen mit Migrationshintergrund nach Standort Doppeljahr 2010/2011

Im Doppeljahr 2010/2011 wurden z.B. an zwei kleineren Standorten nur wenige Frauen mit Migrationshintergrund betreut, an drei Standorten mit jeweils ca. 50 Betreuungen im Doppeljahr lag der Anteil von Klientinnen mit Migrationshintergrund bei knapp 60%. Beispielhaft wird an diesem Merkmal der Klientinnen deutlich, wie unterschiedlich die Aufgabenstellungen für die einzelnen Teams an den Standorten sind. Deutschkurse, Beratungen bei Asylrechtsfragen, Familienzusammenführung etc. können bei einem Standort die tägliche sozialpädagogische Arbeit dominieren, während solche Fragen an einem anderen Standort einen Ausnahmefall darstellen. Die entsprechenden Herausforderungen für die Familienhebamme sind z.B. in diesem Zusammenhang ein erhebliches Informationsdefizit vor allem auch bezgl. des Gesund-

¹⁵ Auswertung der Arbeit der Familienhebammen für das Jahr 2011 in Niedersachsen. Stiftung Eine Chance für Kinder. Dokumentation, Hannover 2012

heitssystemen oder Traumatisierungen und soziale Isolation.

Woher stammen die Frauen? Im Gesamtzeitraum waren die häufigsten fünf Herkunftsländer der Frauen die Türkei (22%), Ghana (9%), Afghanistan (9%), Polen (7%) und Russland (5%). Zusammengefasst ergibt sich auch für die Teilrepubliken des ehemaligen Jugoslawien ein nennenswerter Anteil (8%). Darüber hinaus gibt es Angaben von Äquatorial-Guinea über Brasilien und China bis zu USA, Vietnam und Weißrussland.

Kinderzahl

Erstgebärende und Mehrgebärende sind aktuell zu etwa gleichen Anteilen (51%/49%) vertreten. Im Vergleich der Doppeljahre lässt sich allerdings ein Trend erkennen: Der Anteil der Erstgebärenden ist von 63% (06/07) auf 51% (10/11) zurückgegangen. Von den Mehrgebärenden (n=268) haben die meisten ein Kind oder auch zwei (46% bzw. 29%), bei jeder vierten Mehrgebärenden sind schon drei oder mehr ältere Geschwisterkinder in der Familie. Nur bei wenigen betreuten Frauen (<3%) lag eine Mehrlingsgeburt vor.

Die jeweiligen Anteile von Erst- und Mehrgebärenden fallen - über alle Beobachtungsjahre gesehen - in den Standorten unterschiedlich aus. Zum Beispiel hat der Anteil von Erstgebärenden eine große Schwankungsbreite von 39% bis 67%. Dies ist allerdings auf die geringen Fallzahlen bei den kleineren Standorten zurückzuführen und vermutlich zufällig bedingt. Erst- und Mehrgebärende unterscheiden sich in der Problemkonstellation zu Beginn der Betreuung, gleichzeitig stimmen sie hinsichtlich des Betreuungsverfahrens weitgehend überein (s. Kapitel 6).

Besonderheiten

Bei den Frauen, die schon ein älteres Kind hatten, wurde auch erfasst, ob eine Fremdbetreuung vorlag. Dies war auffällig oft der Fall: Bei jeder vierten Frau war 2010/2011 zeitgleich zur Familienhebammenbetreuung ein älteres Geschwisterkind (oder auch mehrere) in einer Pflegefamilie, einem Heim oder bei Familienangehörigen untergebracht.

Dieser Wert ist in den Beobachtungsjahren seit 2006 stabil. Auf die Gesamtheit aller Betreuungen bezogen (Erst- und Mehrgebärende) liegt eine Fremdbetreuung bei etwa jeder zehnten Frau (12%) des Familienhebammenklientels in Hamburg vor.

Die Tatsache, dass Fremdbetreuung vorliegt, kann als Hinweis auf eine besonders schwierige Aufgabenstellung für die Familienhebamme gesehen werden. Schließlich ist den Eltern/der Mutter schon die Fürsorge für ein älteres Kind entzogen worden. Die Familienhebamme ist also besonders gefordert zu beobachten, ob in dieser Situation das Neugeborene eine angemessene Fürsorge erhält oder – im schlechtesten Falle – eine weitere Inobhutnahme angezeigt ist. Eine differenzierte Analyse zeigt, dass im Vergleich der Frauen mit Fremdbetreuung und den Frauen ohne Fremdbetreuung Unterschiede festzustellen sind (s. Kapitel 6).

Die Tatsache, dass Fremdbetreuung vorliegt, kann als Hinweis auf eine besonders schwierige Aufgabenstellung für die Familienhebamme gesehen werden. Schließlich ist den Eltern/der Mutter schon die Fürsorge für ein älteres Kind entzogen worden. Die Familienhebamme ist also besonders gefordert zu beobachten, ob in dieser Situation das Neugeborene eine angemessene Fürsorge erhält oder – im schlechtesten Falle – eine weitere Inobhutnahme angezeigt ist. Eine differenzierte Analyse zeigt, dass im Vergleich der Frauen mit Fremdbetreuung und den Frauen ohne Fremdbetreuung Unterschiede festzustellen sind (s. Kapitel 6).

Problemkonstellationen

Im Doppeljahr 2010/2011 prägten eine erhebliche psychische Belastung der Mutter, ein Informationsdefizit und/oder materielle Armut die Situation jeder zweiten betreuten Frau.

Eine Isolation der Familie, alleinerziehende Elternschaft, migrationsbedingte Belastungen und/oder unzureichende Wohnverhältnisse wurden bei jeder dritten Frau vermerkt. Die Familienhebammen charakterisierten anhand einer vorgegebenen Liste mit möglichen Problemlagen (Fragebogen s. Anhang) die Situation der von ihnen betreuten Frauen. Diese Frage setzte eine Bewertung voraus: Zum Bei-

spiel der Status als allein erziehende Mutter kann, muss aber keine besondere Problemlage darstellen. Die untenstehende Tabelle gibt die Rangfolge der von den Familienhebammen benannten Problemlagen wieder.

Problemlagen	Anteil der Frauen in %
sehr häufige Problemlagen	
erhebliche psychische Belastung der Mutter	56
Informationsdefizit	55
materielle Armut	50
häufige Problemlagen	
Isolation der Familie	37
alleinerziehend	35
migrationsbedingte Belastung	32
unzureichende Wohnverhältnisse	32
seltener Problemlagen	
gesundheitliche Probleme der Mutter	24
psychische Erkrankung der Mutter	13
gesundheitliche Probleme des Kindes	13
Suchtprobleme in der Familie	11
häusliche Gewalt	10
Hinweise auf Vernachlässigung	8

Tabelle 1: Rangfolge der Problemlagen bei den von Familienhebammen betreuten Frauen 2010/2011 (Mehrfachnennung möglich; n=552; bei n=5 keine Angabe)

Als erhebliche psychische Belastung der Mutter gab es z.B. die Trennung vom Kindsvater in der Schwangerschaft oder die Verunsicherung dadurch, dass die Schwangerschaft bis in das letzte Drittel verdrängt wurde. Einige sehr isoliert lebende Familien wurden im Betreuungszeitraum ausschließlich von der Familienhebamme besucht. „Unzureichende Wohnverhältnisse“ wurde z.B. festgehalten, wenn in der Wohnung Schimmelprobleme auftraten oder für mehrere Personen zu wenig Quadratmeter bzw. separate Räume zur Verfügung standen.

Eine identische Rangfolge der Problemlagen ergibt sich bei der Analyse aller Beobachtungsjahre. Somit lässt sich festhalten, dass

sich die betreuten Mütter zum Zeitpunkt der Geburt und im ersten Lebensjahr in Verhältnissen befinden, die für die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung eine Belastung darstellen können. Diese unterschiedlichen Problemlagen machen die Schwangeren und Mütter zur Zielgruppe der Familienhebammenbetreuung; zugleich wird die Notwendigkeit deutlich, die Expertise einer sozialpädagogischen Fachkraft hinzuzuziehen, so wie es auch im Hamburger Modell vorgesehen ist.

Ergänzend konnten die Familienhebammen im Evaluationsbogen kennzeichnen, welche Problemlagen der Mutter bzw. in der Familie besonders beratungsintensiv waren¹⁶. Hier ergibt sich eine etwas andere Rangfolge.

Beratungsintensive Problemlagen	Anteil der Frauen in %
sehr häufig beratungsintensiv	
gesundheitliche Probleme des Kindes*	67
psychische Erkrankung der Mutter	57
erhebliche psychische Belastung der Mutter	54
Informationsdefizit	54
gesundheitliche Probleme der Mutter*	51
Suchtprobleme in der Familie*	50
häufig beratungsintensiv	
häusliche Gewalt*	49
Hinweise auf Vernachlässigung*	48
migrationsbedingte Belastung	46
materielle Armut	44
unzureichende Wohnverhältnisse	39
seltener beratungsintensiv	
Isolation der Familie	31
alleinerziehend	26

Tabelle 2: Rangfolge der besonders beratungsintensiven Problemlagen bei den von Familienhebammen betreuten Frauen 2010/2011 (Mehrfachnennung möglich; Anteile in Bezug auf die jeweiligen Nennungen; *Anzahl der zugrunde liegenden Nennungen <100)

¹⁶ Die Nachfrage nach den besonders beratungsintensiven Problemlagen wurde erst ab 2010 eingefügt.

Als besonders beratungsintensiv zeigen sich nach Einschätzung der Familienhebammen demnach gesundheitliche Probleme des Kindes oder der Mutter, eine psychische Belastung oder Erkrankung der Mutter, Suchtprobleme in der Familie oder ein Informationsdefizit.

Im Vergleich der beiden Rangfolgen wird deutlich, dass die häufigsten Problemlagen nicht zwangsläufig die intensivsten Betreuungen nach sich gezogen haben. Vor allem gesundheitsrelevante Probleme haben die Betreuung als Themen geprägt, in dem die Familienhebamme intensiv zur Gesunderhaltung und Entwicklung von Gesundheitskompetenzen beraten musste.

Ausgewählte Angaben zu gesundheitsrelevanten Problemen:

Es gab große Probleme bez. Gesundheitsversorgung der älteren Kinder - Überleitung und Begleitung ins medizinische System nötig.

Ich hätte der Frau gerne mehr über Ernährung des Kindes beigebracht.

Ohne Krankenversicherung [...] war intensive Familienhebammenbetreuung notwendig.

Mutter wurde in Klinik vermittelt.

Nur die psychische Belastung der Mutter und ein Informationsdefizit stellen gleichzeitig sehr häufige und zugleich beratungsintensive Problemlagen dar.

Die ebenfalls häufig vorkommende Problemlage „alleinerziehend“ war – zumindest aus Sicht der Familienhebamme – seltener beratungsintensiv. Es zeigt sich, dass einige Problemlagen zwar selten vorkommen (gesundheitliche Probleme der Mutter, Suchtprobleme in der Familie, gesundheitliche Probleme des Kindes), dann aber besonders beratungsintensiv sind.

Bei der Bewertung dieses Zusammenhangs ist eine Besonderheit zu beachten. Denn die Betreuung durch die Familienhebamme wird meistens durch eine sozialpädagogische Fachkraft unterstützt, die die Beratung in den nicht hebammenspezifischen Themen komplementiert.

Von daher ergibt sich aus dem Evaluationsbogen ein annähernd vollständiges Abbild der Problemlagen der Frauen, gleichzeitig wird aber ausschließlich nur die individuelle von der Familienhebamme geleistete Betreuung wieder gegeben.

Grundsätzlich ist somit zu erkennen, welches die häufigsten Problemlagen darstellen. Typischerweise ist allerdings die Situation der betreuten Frauen¹⁷ (n=547) dadurch gekennzeichnet, dass gleichzeitig mehrere Probleme zutreffen: Fast die Hälfte der Frauen (47%) hatten aktuell zwei bis drei relevante Probleme, für ein Drittel der Frauen (32%) wurden vier bis fünf Probleme genannt, sechs und mehr Probleme trafen bei deutlich weniger Frauen (16%) zu¹⁸.

In einer Zusammenschau der Problemlagen über alle Beobachtungsjahre hinweg (Faktorenanalyse¹⁹) lassen sich folgende charakteristischen Kombinationen ausmachen:

- Kombination 1 kennzeichnet mit **Migration, Isolation und einem Informationsdefizit** die Problemsituation vieler Frauen. Der Status als Alleinerziehende gehört hier ausgesprochen selten dazu.
- Kombination 2 beruht auf häufigen Nennungen von **materieller Armut, un-**

¹⁷ Im Vergleich der alleinerziehenden Frauen mit den anderen waren keine auffälligen Unterschiede in den Häufigkeiten der Problemlagen festzustellen.

¹⁸ Allein eine Problemlage gab es nur bei wenigen Frauen (5%).

¹⁹ Hierzu wurden Angaben zu Verständigungsproblemen, psychische Belastung durch z.B. Flüchtlingsstatus, kulturell bedingte Schwierigkeiten als „migrationsbedingte Belastung“ zusammengeführt. Methode: Personen n=1.412; Mehrfachantworten n=4.500; Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation; 45% aufgeklärter Gesamtvarianz

- zureichenden Wohnverhältnissen und dem Status als alleinerziehende Mutter.
- Kombination 3 beinhaltet die seltener auftretenden Problemlagen mit **häuslicher Gewalt, Hinweisen auf Vernachlässigung und/oder Suchtproblemen** in der Familie.
 - Kombination 4 schließlich repräsentiert die Problemlagen im **gesundheitlichen Zustand/Krankheit/Behinderung der Mutter und/oder einer psychischen Erkrankung der Mutter**.

Mit dieser Analyse werden typische Problemkonstellationen sichtbar, auch wenn die von Familienhebammen betreuten Frauen sich in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen befinden und nur selten genau übereinstimmende Problemlagen aufweisen. Die sehr häufig auftretende Problemlage „psychische Belastung“ ist demnach für keine der hier beschriebenen Kombinationen charakteristisch.

Zusammenfassung

Mehrere gleichzeitig vorliegende Probleme prägen die Situation der Mütter bzw. Familien zum Zeitpunkt der Familienhebammenbetreuung. Am häufigsten sind psychische Belastungen, Armut und ein geringer Informationsstand. Gesundheitliche Probleme des Kindes stehen bei den Familienhebammen an erster Stelle, wenn nach beratungsintensiven Sachverhalten gefragt wird. Diese Angaben unterstreichen, wie notwendig die Unterstützung und Beratung sowohl einer Familienhebamme als auch einer sozialpädagogischen Fachkraft in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht ist.

4. Wie gelingt die Betreuung?

Kontaktaufnahme

Im Doppeljahr 2010/11 hatten die meisten Frauen (58%) bereits vor der Geburt Kontakt zu ihrer Familienhebamme.

Diese frühzeitige Kontaktaufnahme gelang im ersten Doppeljahr der Evaluation bei jeder zweiten Frau und liegt seitdem meist deutlich darüber. Wenn der Kontakt vorgeburtlich hergestellt wurde, war dies überwiegend innerhalb des letzten Schwangerschaftsdrittels. Bei denjenigen, die erst nach der Geburt erstmalig Kontakt zu ihrer Familienhebamme hatten, war das Kind meistens bis zu 2 Monaten alt (63%), und nur in wenigen Fälle älter als 6 Monate (5%)²⁰.

Über alle Beobachtungsjahre zusammen genommen²¹ zeigt sich bei dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme ein weites Spektrum in Abhängigkeit von den Standorten. Mal sind es ein Drittel der Frauen, die bereits vor der Geburt Kontakt mit ihrer Familienhebamme haben, an anderer Stelle fast 90% der Frauen. Frauen mit Migrationshintergrund und/oder Mehrgebärende haben häufiger schon vor der Geburt Kontakt zu ihrer Familienhebamme. Diese vorgeburtliche Kontaktaufnahme beruht etwas seltener auf der Vermittlung durch die Kooperationspartner (28% statt 37%), die Selbst- und Wiedermelderinnen machen einen höheren Anteil aus.

Auch materielle Armut und unzureichende Wohnverhältnisse begünstigen eine vorgeburtliche Kontaktaufnahme²². Folgerichtig ergeben sich bei denjenigen mit vorgeburtlicher Kontaktaufnahme längere Betreuungszeiten. Weitere mögliche Einflussfaktoren für

die unterschiedliche Gestaltung des Betreuungsbegins sind vermutlich standortabhängig.

Ganz überwiegend haben die Frauen selbst Kontakt zur Familienhebamme aufgenommen (86%)²³, wobei häufig die Kooperationspartner den Anstoß dazu gegeben haben.

Im Wesentlichen hatten sie hierbei als Selbstmelderinnen auf Öffentlichkeitsarbeit und/oder Mundpropaganda reagiert oder meldeten sich bei den Familienhebammen aufgrund der Informationen von Kooperationspartnern (jeweils 44%). In etwa jede zehnte Frau war eine sog. „Wiedermelderin“, die bereits Erfahrungen mit einer Familienhebamme in einer vorausgehenden Schwangerschaft hatte²⁴. Eine besondere Gruppe stellen die Frauen dar, bei denen die Familienhebamme aufgrund eines Hinweises anderer aktiv den Kontakt aufgenommen hat (14%). Dieser Anteil ist über die beobachteten Evaluationsjahre stabil (s.a. Kapitel 6).

Unabhängig von der Benennung der aktiven Rolle in der Kontaktaufnahme wurde im Doppeljahr 2010/2011 zusätzlich vermerkt, dass in etwa ein Drittel der Fälle die Betreuung durch einen Kooperationspartner angebahnt wurde (31%)²⁵.

Fast bei jeder zweiten Familie (42%) hat zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der Familienhebamme bereits das Jugendamt mit der betreffenden Familie zusammengearbeitet (Hilfen zur Erziehung/HzE oder der Allgemeine Soziale Dienst/ASD).

Diese Angaben der Einzelfallevaluation belegen deutlich, dass bereits die Kontaktaufnahmen der Familienhebammen mit den

²⁰ ähnliche Zahlen in Niedersachsen: vorgeburtlicher Kontakt bei 53%; wenn Kontakt nach der Geburt zu 67% im 1.-2. Monat; Auswertung der Arbeit der Familienhebammen für das Jahr 2011 in Niedersachsen. Stiftung Eine Chance für Kinder. Dokumentation, Hannover 2012

²¹ Kontaktaufnahme vor Geburt: n=838; nach Geburt: n=628

²² Chi-Quadrat 0.0001 < p < 0.01

²³ Andere Zahlen in Niedersachsen: aktive Kontaktaufnahme durch (werdende) Mutter bei 23% der Betreuungen (siehe Fußnote ¹⁴)

²⁴ In Einzelfällen wurden Mehrfachnennungen akzeptiert.

²⁵ Für die vorherigen beiden Doppeljahre gibt es die Fragestellung nach der aktiven Kontaktherstellung durch den Kooperationspartner nicht.

Müttern im Kontext einer vernetzten Arbeitsweise erfolgen. Dies kann als geeignete Grundlage dafür gelten, dass sowohl die weitere Betreuung als auch der Abschluss der Familienhebammenunterstützung im lokalen Netzwerk verankert sind.

Betreuung

Die Betreuungsdauer im Doppeljahr 2010/2011 lag bei jeweils ca. einem Viertel der Frauen zwischen 1- 4 Monaten, 5-8 Monaten, 9-12 Monaten sowie 13 Monate und mehr. Bei den 100 Frauen, die länger als ein Jahr betreut wurden, waren es meistens nur ein bis drei Monate mehr. Nur sehr selten (n=15) hat eine Familienhebamme länger als 1 1/2 Jahre die Familie betreut.

Die typische (mediane²⁶) Betreuungsdauer war im Doppeljahr 2010/11 acht Monate. Diese Beobachtung entspricht der in den vorausgehenden Jahren 2008/2009 dokumentierte Betreuungsdauer. Nur in den Anfangsjahren 2006/2007 lag die mittlere Betreuungsdauer mit fünf bis sechs Monaten deutlich darunter. Die folgende Abbildung verdeutlicht diese Beobachtung. Im ersten Doppeljahr wurden annähernd 60% der Frauen bis zu 5 Monaten betreut, in den Folgejahren traf dies noch für ein Drittel der Frauen zu (s. Abbildung 3).

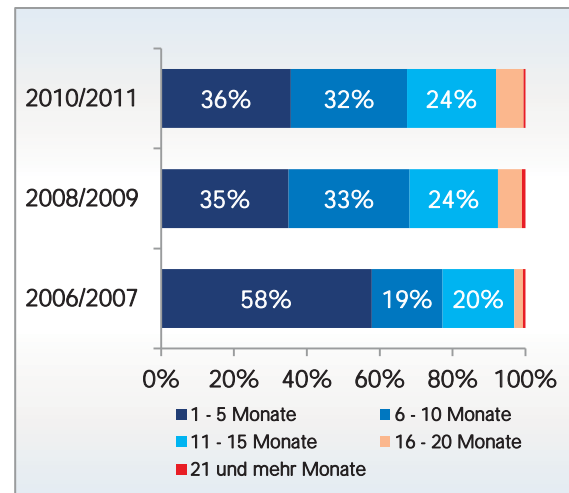


Abbildung 3: Betreuungsdauer in den Doppeljahren 2006/2007, 2008/2009, 2010/2011; n= 1454

Im Vergleich der Standorte wird deutlich, dass die Medianwerte der Betreuungsdauer eher unterschiedlich sind und zwischen drei und elf Monaten liegen. Bei den meisten Standorten beträgt die typische Betreuungsdauer sechs bis acht Monate. Für fünf Standorte ist eine Betreuungsdauer zwischen vier bis fünf Monaten typisch, für drei Standorte ein Wert zwischen neun und zehn Monaten.

Gibt es besondere Merkmale, die mit längerer oder kürzerer Betreuungsdauer einhergehen? Können – auf der Grundlage statistischer Assoziationen – Überlegungen angestellt werden, welche Faktoren z.B. zu einer längeren Betreuung beitragen, bzw. welche Konsequenzen Unterschiede in der Betreuungszeit nach sich ziehen?

Zur Beantwortung dieser Fragen bietet sich – über alle Standorte hinweg – ein Vergleich der Teilgruppen mit längerer (n=501) und eher kurzen (n=482) Betreuungszeit an²⁷. Die längere Betreuung (10 Monate und mehr) erklärt sich z. B. durch einen frühzeitigen Einstieg: Fast zwei Drittel der Frauen (72%), die länger betreut wurden, hatten bereits vor der Geburt Kontakt zu ihrer Familienhebamme. Bei denjenigen mit bis zu vier Monaten Be-

²⁶ Median: Ordnet man Zahlenwerte nach ihrer Größe, liegt der Median genau in der Mitte; er kann als typischer Wert verstanden werden. Wenn einige wenige extrem hohe oder niedrige Werte vorkommen, beeinflusst das nicht den Median, aber den Durchschnitts- oder Mittelwert. Deswegen wird in dieser Beschreibung der Daten überwiegend der mediane Wert herangezogen.

²⁷ Auszug aus Gesamtdatensatz 2006-2011; Frauen, die zwischen fünf bis neun Monate betreut wurden, sind in diesem Teilgruppenvergleich nicht berücksichtigt (n=475).

treuungszeit (n=482) waren es weniger als die Hälfte (44%).

Eine einzelne Problemlage lässt sich nicht als ausschlaggebender Einflussfaktor für eine längere bzw. kürzere Betreuung identifizieren.

Ausgewählte Angaben zur Betreuungsdauer:

eine sehr intensive Betreuung, in der viel Vertrauensaufbau nötig und möglich war; die Mutter hat ihre Kompetenzen stark erweitert

sehr aufwändige Begleitung und leider beratungsresistente Frau

plötzlicher Abbruch der Betreuung durch akute Gefährdung; Inobhutnahme

Erwartungsgemäß ist der Aufwand (Hausbesuche, Telefonate, Kontakte mit Kooperationspartnern) bei den längeren Betreuungen größer. Davon abgesehen scheint der Abschluss von einer längeren Betreuungsdauer deutlich zu profitieren²⁸:

Bei Frauen mit einer längeren Betreuungsdauer konnten häufiger die eigenen Ressourcen gestärkt werden (94% statt 77%), konnte die Frau häufiger in ihr privates Umfeld vermittelt werden (70% statt 44%)²⁹ und es kam häufiger zu einem einvernehmlichen Abschluss (88% statt 61%)³⁰.

Darüber hinaus wurde die für notwendig erachtete Überleitung in ein anderes Hilfsangebot fast bei allen Frauen erreicht (94% statt 77%).

Diese Zusammenhangsanalysen können Ursache und Wirkung nicht abbilden. Aber sie

²⁸ Die typischen Ausprägungen dieser Merkmale für den Gesamtdatensatz 2010/11 sind im folgenden Kapitel 5 beschrieben.

²⁹ s. auch Kapitel 6

³⁰ Chi-Quadrat $p < 0.001$

geben schlüssige Hinweise darauf, dass längere und damit arbeitsintensive Betreuungen bedarfsentsprechend erfolgen und zu einem erfolgreichen und für alle Beteiligten befriedigenden Abschluss beitragen.

Betreuungsphasen

Familienhebammen können wie andere Hebammen in der Schwangerschaft betreuen, im frühen oder späten Wochenbett (bis zur 3. Woche bzw. 4. – 8. Woche nach der Geburt) oder ab der 9. Woche („Nachbetreuung“)³¹. Diese Nachbetreuung spielt bei den Familienhebammen die wichtigste Rolle: Die große Mehrheit der Mütter (85%) wurde in diesen nachgeburtlichen Monaten betreut.

Bei jeder zweiten Frau (50%) handelte es sich ausschließlich um eine Wochenbett- bzw. Nachbetreuung, während etwas weniger Frauen (43%) sowohl vor- als auch nachgeburtlich begleitet wurden. Nur sehr wenige Frauen (7%) wurden ausschließlich während der Schwangerschaft betreut.

Der Schwerpunkt der Familienhebammenbetreuung liegt demnach weiterhin in der nachgeburtlichen Betreuung im Anschluss an das Wochenbett ab dem zweiten Lebensmonat des Kindes.

Diese Beobachtungen für 2010/2011 entsprechen in etwa dem Betreuungsmuster in der Gesamtschau der vergangenen Jahre. Nur im ersten Doppeljahr betreuten die Familienhebammen nennenswert häufiger ausschließlich in der Schwangerschaft (17%). An den einzelnen Standorten bestehen in dieser Beziehung durchaus Unterschiede. Die meisten Einrichtungen betreuen weniger als 10% ihrer Klientinnen nur in der Schwangerschaft. Bei vier Einrichtungen, die jeweils mehr als 100 Frauen im Gesamtzeitraum betreut haben, liegt der Anteil der ausschließlich in der Schwangerschaft betreuten Frauen etwas hö-

³¹ pp: post partum - nach der Geburt

her bei 12-20%. Hier wird vermutlich nach Einschätzung der individuellen Situation der Schwangeren und auch wegen mangelnder Kapazitäten die Wochenbett- und oder Nachbetreuung an kooperierende, freiberuflich tätige Hebammen weitergegeben.

Hausbesuche

Wie sieht die Betreuung der Mütter bzw. der Schwangeren aus? An erster Stelle steht hier der Hausbesuch, der bei fast allen Frauen stattfand (96%). Darüber hinaus spielten bei fast allen Frauen (90%) Telefonate eine wichtige Rolle. Auch mittels Kontakten und Gesprächen zwischen Familienhebammen und ihrer Klientin im Rahmen von Treffen offener Gruppen wurde die Betreuung realisiert (79%). Zusätzlich zum Einsatz der Familienhebamme und ggf. der sozialpädagogischen Fachkraft an ihrer Seite wurde bei ca. zwei Drittel der Frauen die Kooperationspartner durch telefonische Absprachen oder Treffen in die Betreuung einbezogen (72% bzw. 65%).

Wie ist nun der Aufwand bei einer typischen Familienhebammenbetreuung? Die folgende Tabelle 3 fasst die Angaben zu Hausbesuchen, Telefonaten und anderen Kontakten zusammen.

Kontakte	Spannweite	Median
Hausbesuche	1-73	15
Telefonate mit Mutter	1-120	9
Telefonate mit Kooperationspartnern	1-73	5
Treffen mit Kooperationspartnern	1- 33	4
Kontakt in Gruppen	1- 64	6

Tabelle 3: Kennzahlen zum Aufwand in den Betreuungsverfahren 2010/2011; n=552

In einem typischen Betreuungsfall macht die Familienhebamme ca. 15 Hausbesuche, telefoniert mehrfach mit der betreu-

ten Frau und es gibt mehrere Kontakte im Rahmen von Gruppenangeboten wie Mütterfrühstück, Babytreffen u.ä.

Zusätzlich setzt sich die Familienhebamme telefonisch oder persönlich mehrfach mit den Kooperationspartnern ihres Netzwerkes in Verbindung, um weitere Unterstützung für die betreute Frau abzusprechen bzw. zu organisieren.

Ausgewählte Angaben zur Kooperation:

Gute Kooperation – gelungene Betreuung!
Anbindung an Mütterberatung und EkiZ (Eltern-Kind-Zentrum) gelungen.

Gute Teilnahme am offenen Angebot im Stadtteil.

Schade, dass sie nicht in Gruppen eingebunden werden konnte. Nach langen Jahren der Obdachlosigkeit dennoch ganz gutes Ergebnis!

Regelmäßiger Besuch des Mädchentreffs.

Im Vergleich der Doppeljahre erweist sich diese typische Kombination von direkter und indirekter Beratungstätigkeit als stabile Größe. Allerdings hat sich die Zahl der Hausbesuche deutlich erhöht. Im ersten Doppeljahr wurden im Regelfall acht Hausbesuche durchgeführt, seit dem Doppeljahr 2008/2009 sind es 14 bzw. 15 Hausbesuchen pro Betreuungsfall³².

Die Standorte erscheinen auf den ersten Blick in der Anzahl der Hausbesuche sehr heterogen. Die Spanne reicht von 3-4 Hausbesuchen pro Familie (als medianer Wert) an zwei Standorten zu über 22-24 Hausbesuchen pro Familie an drei anderen Standorten. Dies ist größtenteils auf die unterschiedlichen Betreuungszeiten zurückzuführen. Denn wird die Anzahl der Hausbesuche auf die Betreuungsdauer bezogen, ergeben sich für die einzelnen

³² Der Medianwert für die Anzahl der Hausbesuche/Fall im Gesamtzeitraum beträgt 15.

Standorte eher unauffällige Differenzen zwischen den Medianwerten von 1,2 - 2,8 Hausbesuchen pro Monat.

Über alle Beobachtungsjahre und Standorte (n=1.357) beträgt diese Kennziffer, also die Anzahl der Hausbesuche in Bezug auf einen Betreuungsmonat, im Median 2 Hausbesuche/Monat³³. Zweimal wird demnach eine Mutter bzw. die Familie typischerweise in jedem Betreuungsmonat von der Familienhebamme besucht. Dies ist als Kennzahl allerdings nur ein Anhaltspunkt für die Betreuungsintensität. Denn in der Realität gibt es nicht nur große Unterschiede zwischen den Einzelfällen. Auch im individuellen Betreuungsverlauf können sich Phasen mit wöchentlichen Hausbesuchen abwechseln mit Phasen, in der die Betreuung der Mutter bzw. der Familie am Standort selbst anlässlich von Gruppentreffen oder Einzelterminen erfolgt. Die Maxime sollte sein, dass die Familienhebamme die Hausbesuche an den individuellen Bedarf anpassen kann.

Kooperation und Inhalte

Wen hat die Familienhebamme in die Betreuung der Mutter bzw. der Familie einbezogen?

An erster Stelle sind hier das Jugendamt bzw. der Allgemeine soziale Dienst und die sozialpädagogischen Hilfen zur Erziehung zu nennen, die im Doppeljahr 2010/11 in jedem zweiten Fall hinzugezogen wurden.

Auch Familienförderung, Familie/Freunde und Angebote des Gesundheitssystems (Ärztenschaft, Klink, Öffentlicher Gesundheitsdienst) wurden in etwa bei jeder dritten Frau beteiligt. In etwa jedem vierten Fall hat eine freiberuflich tätige Hebamme die Familienhebamme unterstützt. Seltener waren eine Kindertagesstätte oder eine spezielle Bera-

tungsstelle hinzugezogen worden (10% bzw. 6%).

Hierbei muss betont werden, dass die Zusammenarbeit mit einem/r Sozialpädagogen/in im Team als integraler Bestandteil der Familienhebammenarbeit verstanden wird. Von daher wurde die sozialpädagogische Fachkraft als „möglicher Kooperationspartner“ nicht mehr abgefragt³⁴. Darüber hinaus kann der kollegiale Austausch im Familienhebammen-Netzwerk oder Supervision für die Familienhebamme hilfreich sein.

Ausgewählte Angaben zu Kooperationspartnern:

Wichtigster Koop-Partner: Sozialpädagogin aus Team

Intensive Betreuung durch Zusammenarbeit mit Kolleginnen im Team erleichtert. Frau konnte gezielt an Angebote des KIFaZ angebunden werden. Wir sahen uns auf diese Weise noch manchmal.

Glücklicherweise sind Mutter und Säugling in ein Mutter-Kind-Heim gezogen.

Gute Zusammenarbeit mit ASD und Familienhelfern. Familie konnte gestärkt werden und das Kind gut versorgen.

Familienhebbammensupervision hat mich im Zusammenhang mit der Betreuung sehr gestärkt. Dadurch war ich in der Lage, anders (noch passender) auf die Frau zuzugehen und hatte letztlich den gewünschten Erfolg.

Trotz großen Bedarfs ist Zusammenarbeit und Informationsaustausch mit dem ASD nicht ausreichend erfolgt.

Im Laufe der Betreuungszeit hielten die Familienhebammen bei der Mehrheit der betreu-

³³ Die individuelle Spannweite ist hier sehr groß (0,03 - 18).

³⁴ Auch weitere Vergleiche mit den vorausgehenden Doppeljahren sind wegen der veränderten Abfrage nicht möglich. Das Netzwerk der Betreuung wurde ausführlich im ersten Familienhebammenbericht (S.20/21) beschrieben.

ten Frauen/Familien (80%) eine Vermittlung in andere Regelangebote für notwendig. Entsprechende Zahlen ergeben sich auch aus den Angaben für die vorausgehenden Jahre 2008/09. Konnten die Frauen in die Regelangebote vermittelt werden? Erfreulicherweise konnten die Familienhebammen diese Frage überwiegend bejahen:

Die meisten als vermittlungsbedürftig eingeschätzten Frauen konnten an andere Angebotsträger vermittelt werden (71%).

Positiv ist hier auch anzumerken, dass dies den Familienhebammen im Doppeljahr 2010/2011 sogar noch häufiger gelungen ist als im Doppeljahr 2008/2009 (59%).

Abschließend war nach der inhaltlichen Schwerpunktsetzung in der Betreuung gefragt. Im Doppeljahr 2010/2011 waren in etwa zwei Drittel der Betreuungen (70%) durch familienhebammen-spezifische Inhalte (z.B. lebenspraktische Hilfen) geprägt. Bei dem weiteren Drittel der Betreuungen standen die klassischen hebammenspezifischen Themen (z.B. Stillen bzw. Flaschenernährung) im Mittelpunkt (30%)³⁵.

Zusammenfassung

Die Familienhebammenbetreuung wird – bei aller Unterschiedlichkeit im Einzelfall – in Zusammenarbeit der Familienhebammen mit der sozialpädagogischen Fachkraft im Team und anderen Personen und Institutionen realisiert. Die Vernetzung der Familienhebamme prägt sowohl bereits die Kontaktaufnahme der betreuten Frauen als auch die Vermittlung in bestehende Regelangebote am Standort bzw. in Hamburg während der Betreuung. Diese dauert in der Regel ca. acht Monate und beinhaltet – abgesehen von der kooperativen Arbeit – auf individueller Ebene typischerweise 15 Hausbesuche und neun Te-

lefonate. Zwei Drittel der Betreuungen wurden durch familienhebammen-spezifische Inhalte geprägt.

³⁵ Vergl. differenzierte Beschreibung der Betreuungsinhalte im ersten Familienhebammenbericht: Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg. Ergebnisse der Einzelfallevaulation 2006-2007, Kurzbericht zur Gesundheit, Hamburg 2009, S.17/18

5. Was kommt danach?

Im Idealfall wird die Betreuung einvernehmlich abgeschlossen. Das heißt, die Familienhebamme schätzt ein, ob die Familie bzw. Mutter und Kind/er jetzt alleine den Alltag bewältigen können, oder ob ggf. private Unterstützung oder professioneller Hilfe zur Alltagsbewältigung benötigt werden. Und auch die Mutter fühlt sich kompetent, ihre Aufgaben wahr zu nehmen oder sich Hilfe zu holen, so dass sie auf die Beratung und die Erreichbarkeit der Familienhebamme verzichten kann.

Im Doppeljahr 2010/2011 wurden zwei Drittel der Betreuungsverhältnisse einvernehmlich abgeschlossen.

Dieser wünschenswerte Abschluss der Betreuung konnte aber nicht immer erreicht werden. Bei einigen Frauen haben widrige Umstände (13%), wie z.B. ein Umzug, zum Abbruch geführt. In etwa ebenso viele Frauen (14%) haben aus eigenem Antrieb die Familienhebammenbetreuung beendet. In nur sehr wenigen Fällen (7%) hat das Projekt die Betreuung abgebrochen.

Ausgewählte Gründe für einen Abbruch:

Starke psychische Erkrankung der Kindsmutter, die medizinische Behandlung ablehnte; Kind wurde in Obhut genommen.

Leider Kontaktabbruch trotz hoher Bedarfe, vermutlich wegen HzE [Hilfen zur Erziehung]-Vorbelastung und falscher Erwartungen.

Frau möchte keinerlei Betreuung/ Anbindung, da Kind/Familie Privatsache ist.

Plötzlicher Abbruch der Betreuung wegen akuter Gefährdung des Kindes und Inobhutnahme.

Frau ist kurz vor der Entbindung weggezogen; unklare Wohnverhältnisse.

Ein Rückblick auf die vergangenen Beobachtungsjahre bestätigt diesen Eindruck. Auch insgesamt gesehen war ein einvernehmlicher Abschluss bei fast drei Viertel der betreuten Familien möglich, bei jedem zehnten Fall haben äußere Umstände dies verhindert und bei fast jeder fünften Klientin endete die Betreuung nicht einvernehmlich. Das heißt, die Mutter bzw. die Familie (sehr selten die Familienhebamme bzw. das Team) haben einseitig den Kontakt abgebrochen zu einem Zeitpunkt, an dem aus Sicht der Familienhebammen die Betreuung noch hätte fortgesetzt werden sollen.

Hieraus ergibt sich die naheliegende Frage, welche Faktoren möglicherweise einen nicht einvernehmlichen Abbruch der Betreuung bedingen³⁶. Denn nur in Einzelfällen erschließen sich durch die Kommentierung der Familienhebamme situative Ursachen (z.B. Kontaktabbruch seitens der Frau nach Einschaltung des sozialpsychiatrischen Dienstes, Inobhutnahme).

Ein entsprechender Vergleich der Teilgruppen ohne (n=266) und mit einvernehmlichen Abschluss (n=1027)³⁷ über alle Beobachtungsjahre lässt erkennen, dass die Problemlagen psychische Erkrankung und Armut, aber auch Gewalt in der Familie, häufiger mit einem nicht einvernehmlichen Abschluss assoziiert sind³⁸. Die diesem Abschluss vorausgehende Betreuung ist häufig kürzer und weniger intensiv, zumindest was die Anzahl der Hausbesuche/Monat betrifft (Median 1 statt 2 Hausbesuche/Monat)³⁹. Darüber hinaus ist der nicht einvernehmliche Abschluss auch häufiger verknüpft mit dem eher negativen Fazit, dass Hilfsbedarf vorlag, aber eine

³⁶ Hier ist in Erinnerung zu rufen, dass ausschließlich die Angaben der Familienhebammen zur Auswertung herangezogen werden können. Auch wenn es um die Problematik des Abbruchs geht, steht nur ihre subjektive Betrachtungsweise zur Verfügung.

³⁷ Zuordnung durch unterschiedliche Fragestellungen in den Doppeljahren etwas erschwert; 4% Angaben fehlen; 126 Angaben zu Abbruch umständehalber (z.B. Wegzug) ausgeschlossen

³⁸ Chi-Quadrat $p < 0,0001$

³⁹ MWU-Test $p < 0,0001$

Überleitung nicht erfolgen konnte, dass die Ressourcenstärkung nicht gelungen ist oder dass das private Umfeld nicht zur Unterstützung herangezogen werden konnte⁴⁰.

Auch wenn nicht jede Betreuung, die nicht einvernehmlich abgeschlossen wurde, in allen anderen Aspekten belastet war, so bildet diese Analyse doch auch die Grenzen der Familienhebammenbetreuung ab.

Demnach können individuelle Problemlagen wie auch persönliche Faktoren nicht immer zu einer befriedigenden Lösung geführt werden. Die Familienhebammen selbst müssen mit solchen Grenzen umgehen, und ihre Kräfte da bündeln, wo sie etwas bewirken können. Auch kann eine nicht einvernehmlich abgeschlossene Betreuung im Einzelfall Erfolg bedeuten, z.B. wenn es der Familienhebamme gelungen ist, mit einer schwer zugänglichen Familie zeitweise zusammen zu arbeiten. Grundsätzlich ist auch der Aspekt der Freiwilligkeit in Erinnerung zu rufen. Dadurch werden viele Familien erst erreicht, die Freiwilligkeit ermöglicht es aber auch den Kontakt wieder abzubrechen.

Ausgewählte Anmerkungen zu einem unbefriedigendem Abschluss der Betreuung:

Mutter lehnt Hilfe ab, Arbeit mit ihr nicht möglich.

Unbefriedigend: fühlte mich oft überfordert, andere Hilfen wurden nicht angenommen.

Frau sehr unkooperativ, [... umfangreiche Betreuung ...] sehr schwierig, belastend und heftig. Frau hat sich [für die Freigabe] zur Adoption des 2. Kindes entschieden – eine gute Entscheidung.

Schwierige Betreuung wegen sprachlicher und kultureller Barrieren; hat mich sehr angestrengt, habe wenig bewegen können; sehr frustrierend.

Zurück zum Doppeljahr 2010/2011:

Erfreulicherweise kommen die Familienhebammen überwiegend positiv zu dem Schluss, dass sie die Kompetenzen der Frauen gestärkt haben (84%).

Nur bei einer Minderheit von betreuten Frauen konnten sie dies nicht bestätigen (16%). Diese Angaben aus dem Doppeljahr 2010/11 entsprechen den Beobachtungen der Vorjahre.

In aufwändiger Begleitforschung von Familienhebammenarbeit in Niedersachsen konnte gezeigt werden, dass die besten Ergebnisse z.B. beim Abbau von Überforderung und Ängsten, in der Verbesserung des Wissens, bei der angemessenen pflegerischen Versorgung des Kindes, in der Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung und der gesundheitlichen Situation zu sehen war⁴¹. Insgesamt konnte bei 74% der Betreuungen ein positives Fazit gezogen werden⁴².

Ausgewählte Anmerkungen zu einem befriedigendem Abschluss der Betreuung:

Durch die Begleitung konnte die Frau Sicherheit und Zuversicht im Umgang mit ihrem Kind entwickeln.

Die Frau ging gestärkt aus der Betreuung.

Eine sehr intensive Betreuung, in der viel Vertrauensaufbau nötig und möglich war. Die Mutter hat ihre Kompetenzen stark erweitert.

Es entstand eine besonders innige Bindung zwischen Mutter/ Vater und Tochter trotz Behinderung der Eltern.

Hilfe gut angenommen.

⁴⁰ Chi-Quadrat $p < 0.001$

⁴¹ Vergl.: Windorfer, A: Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen. Prx.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 58/2009, 368-383

⁴² Auswertung der Arbeit der Familienhebammen für das Jahr 2011 in Niedersachsen. Stiftung Eine Chance für Kinder. Dokumentation, Hannover 2012

Im Kontext der Hamburger Einzelfall-evaluation kann auch positiv vermerkt werden, dass drei Viertel der Frauen gezielt zu Personen im eigenen Umfeld/ in ihr privates Netzwerk vermittelt werden konnte. Im Vergleich der Beobachtungsjahre wird deutlich, dass dieser Anteil an Frauen, die darin bestärkt wurden Unterstützung durch Personen in ihrem privaten Umfeld zu nutzen, von 40% über 55% auf 77% angewachsen ist.

Damit konnten im Rahmen der Betreuung durch die Familienhebamme und ggf. die sozialpädagogische Fachkraft eine Ressource erschlossen werden, die der Familie eventuell auch langfristig zur Verfügung stehen wird. Verwandtschaftliche Beziehungen und freundschaftliche Verbindungen können im besten Fall Mutter und Kind in Krisensituationen helfen und der weiteren Entwicklung von Mutter und Kind einen großen Dienst erweisen.

Wichtig zum Ende der Familienhebammenbetreuung ist auch die Einschätzung der Familienhebamme, ob weiterer institutionalisierter Hilfebedarf besteht.

Immerhin drei Viertel der 2010/11 betreuten Frauen benötigen weitere Hilfen durch unterschiedliche Institutionen.

Der Anteil dieser Fälle ist in den vergangenen Jahren von 59% (06/07) über 69% (08/09) auf 77% (10/11) angestiegen⁴³.

Was bedeutet das? Die Familienhebammen konnten den Hilfebedarf von Familien und Müttern in den kritischen und herausfordernden Situationen rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr entsprechen. Damit unterstützten sie die Familien in ihrer Findungsphase und knüpften Kontakte zu privaten Netzwerken ebenso wie zu professionellen Hilfsstrukturen. Die Angaben deuten darauf hin, dass der Unterstützungs- und Hilfebedarf überwiegend von der Familienhebamme nicht

abschließend zu befriedigen war, es bestand weiterer Hilfebedarf. Damit identifiziert die Familienhebammenarbeit prozesshaft ein bedürftiges Klientel von Familien, die nicht nur im ersten Lebensjahr eines Kindes sondern auch bei der weiteren Alltagsbewältigung und Erziehung der Kinder von unterschiedlichen Institutionen Unterstützung benötigen.

In welchem Bereich besteht dieser Hilfebedarf? Die folgende Grafik (s. Abbildung 4) verdeutlicht das Bedarfsspektrum und die wichtige Rolle von Kindertagesstättenbetreuung, Jugendhilfe und Familienförderung auf Grundlage der Angaben 2010/2011. Diese werden jeweils bei ca. einem Drittel der Frauen als geeignete Unterstützungsangebote benannt.

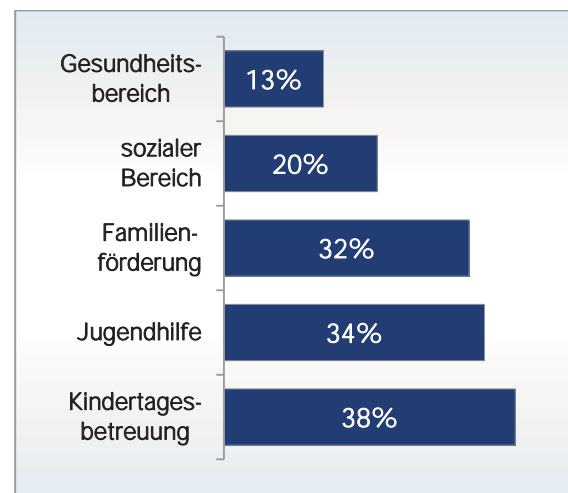


Abbildung 4: Rangfolge des Hilfebedarfs am Ende der Betreuung 2010/2011 (n=414; Mehrfachnennung möglich)

Im Vergleich zum vorausgehenden Doppeljahr 2008/09 ist eine tendenzielle Zunahme an Hilfebedarf im Bereich Jugendhilfe (von 26% auf 34%) und im Bereich Kindertagesstättenbetreuung (von 28% auf 38%) abzulesen. Bei den fast 40 ergänzenden Angaben der Familienhebammen stehen Nennungen zur personenbezogenen Hilfe für psychisch kranke Menschen (PPM) bzw. anderer psychologischer bzw. psychiatrischer Unterstützungsbedarf an erster Stelle.

⁴³ Ab 2008 leicht veränderte Fragestellung

Konnten Frauen mit weiterem Hilfebedarf zum Abschluss der Betreuung weiter vermittelt werden? Diese Angabe wurde erstmalig 2008 erbeten. Der Anteil derjenigen, bei denen in ein anderes Hilfeangebot weitervermittelt werden konnte, lag in all den Einzeljahren bei mindestens 80%, im Doppeljahr 2010/2011 bei 85%.

Erfreulicherweise konnten 85% der Frauen, bei denen weitere Hilfen für erforderlich gehalten wurden, auch erfolgreich in das andere Hilfeangebot übergeleitet werden.

Im Einzelnen (n=58) gaben die Familienhebammen auch an, aus welchen Gründen das Hilfeangebot von der Mutter bzw. der Familie nicht in Anspruch genommen wurde. Beispielhafte Zitate sind unten aufgeführt.

Ausgewählte Gründe für die Ablehnung weiterer Unterstützungsangebote:

Die Frau wird durch die Familie des Mannes isoliert.

Frau war nicht aus der Isolation zu holen, psychisch auffällig.

Gruppenunfähigkeit, mangelndes Selbstvertrauen.

Frau ist fit, kann sich gut helfen, hat familiäre Unterstützung.

Zusammenfassung

Eine typische Familienhebammenbetreuung wird einvernehmlich abgeschlossen und vor allem das private Umfeld der Frau bietet perspektivisch weitere Unterstützung. Im Anschluss an die Betreuung sind bei den meisten Frauen Anknüpfung zu anderen Hilfsangeboten notwendig. Erfreulicherweise gelingt diese Überleitung bei den meisten Frauen.

6. Wie sind Merkmale der Familienhebammenbetreuung miteinander verbunden?

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Merkmalen der betreuten Frauen und Merkmalen im Betreuungsverfahren? Es ist wichtig, diese Fragen zu beantworten, um die Unterschiedlichkeiten in den einzelnen Standorten, den Einzeljahren als auch in den einzelnen Betreuungen nachzuvollziehen. Zur Analyse werden die Angaben aus allen Beobachtungsjahren zusammen ausgewertet (n=1.484).

Erst- und Mehrgebärende

Insgesamt gesehen liegt der Anteil der Erstgebärenden (n=816; 55%) etwas über dem der Mehrgebärenden (n=668; 45%). Bei den Mehrgebärenden sind häufiger Frauen mit Migrationshintergrund (46% statt 35%). Armut und psychische Belastung kommen häufiger vor (53% statt 41% bzw. 47% statt 42%), der Status als Alleinerziehende ist bei Mehrgebärenden weniger häufig relevant (26% statt 37%). Vernachlässigung wurde – nachvollziehbar – häufiger in Familien mit mehr als einem Kind verzeichnet (12% statt 4%)⁴⁴.

Die Betreuungsdauer ist in beiden Gruppen sehr ähnlich ausgeprägt. Bei der Anzahl von Hausbesuchen ist festzustellen, dass Mehrgebärende tendenziell etwas mehr Besuche beanspruchen (Median 14 statt 12⁴⁵). Zum Abschluss der Betreuung bestand bei Frauen mit mehr als einem Kind häufiger weiterer institutionalisierter Hilfebedarf (76% statt 63%), die Überleitung in ein weiteres Hilfeangebot funktionierte in beiden Teilgruppen gleich gut (79% bzw. 80%).

Somit unterscheiden sich die Problemlagen der Frauen mit einem bzw. mehre-

ren Kindern erwartungsgemäß, im Betreuungsverfahren und vor allem im Abschluss der Betreuung sind keine wesentlichen Differenzen festzustellen⁴⁶.

Migrationshintergrund

Werden alle Beobachtungsjahre zusammen genommen, beträgt der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund 40% (n=562). Unter den Frauen mit Migrationshintergrund sind deutlich mehr Frauen, die bereits ein oder mehrere Kinder haben, als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund (52% statt 40%). Zugleich sind in den Familien mit Migrationshintergrund ASD und HzE seltener präsent (29% statt 53%⁴⁷) und es liegt deutlich seltener Fremdbetreuung vor (9% statt 16%).

Erwartungsgemäß stellen kulturelle Schwierigkeiten, Verständigungsprobleme und ggf. psychische Belastungen der Mutter durch Flüchtlingsstatus für die Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund relevante Belastungsfaktoren dar. Doch auch darüber hinaus unterscheidet sich die Konstellation der Problemlagen in Abhängigkeit vom Migrationsstatus (s. Abbildung 5).

Ob mit oder ohne Migrationshintergrund: Armut prägt bei fast jeder zweiten Frau die problematische Situation zu Beginn der Familienhebammenbetreuung.

⁴⁴ (Chi-Quadrat 0,05<p<0,0001)

⁴⁵ (bzw. 2,0 statt 1,8 Hausbesuche /Monat; Man-Whitney-U-Test (MWU) p<0,01)

⁴⁶ In einem systematischen Vergleich der hier beschriebenen Merkmale in Abhängigkeit vom Status als Alleinerziehende waren keine Unterschiede festzustellen.

⁴⁷ Nur 2010/2011; n=68 bzw. 170; Chi-Quadrat p<0,0001)

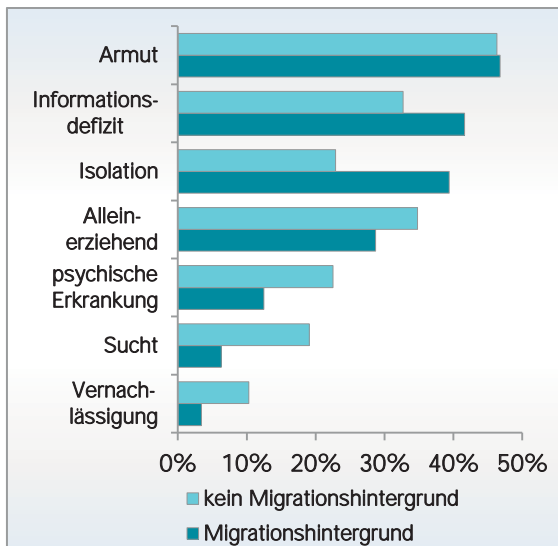


Abbildung 5: Ausgewählte Häufigkeiten der Problemlagen bei den Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (n=886 bzw. n=592).

Bei den Migrantinnen stellen die Isolation der Familie oder ein Informationsdefizit deutlich häufiger ein Problem dar.

Dagegen sind Sucht, Hinweise auf Vernachlässigung und psychische Erkrankungen der Mutter bei Familien mit Migrationshintergrund weniger präsent.

In Bezug auf den Betreuungsaufwand ist festzustellen, dass die Frauen mit Migrationshintergrund etwas kürzer (Median 6 statt 7 Monate) und als Konsequenz davon mit etwas weniger Hausbesuchen (12 statt 14 Besuche) betreut wurden⁴⁸. Bei den anderen Verfahrensmerkmalen (Stärkung der Ressourcen, Bedarf und Weitervermittlung in andere Hilfsangebote) zeigten sich keine Differenzen.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass vor allem die Problemlagen der Frauen mit Migrationshintergrund anders geprägt sind und andere Anforderungen an die Familienhebammenbetreuung stellen.

Familien, bei denen die Familienhebamme aktiv den Kontakt aufgenommen hat

Die Analyse der Informationen zur Kontaktaufnahme hatte gezeigt, dass die Familien-

hebammen über alle Jahre hinweg einer Minderheit (14%; n=204) ihre Betreuung „angetragen“ haben. Für diese Gruppe wird angenommen, dass diese Frauen weder aus eigenem Antrieb noch auf den Rat einer helfenden Stelle – sei es der/die behandelnde Gynäkologe/in, das Jugendamt, eine/r Fachkraft eines Eltern-Kind-Zentrums – die Familienhebamme aktiv kontaktiert hätten. Sie wurden vermutlich erst durch die Initiative der Familienhebamme in eine Betreuung und Beratung rund um die Geburt einbezogen.

Diese kleine Teilgruppe von Frauen ähnelt in manchen Merkmalen der Gruppe mit Fremdbetreuung (s. unten). In der folgenden Analyse wird die Gruppe derjenigen, bei denen die Familienhebamme aktiv den Kontakt aufgenommen hat, mit den Frauen verglichen, die selbst Kontakt mit der Familienhebamme aufgenommen haben (n=1.221). In Hinblick auf die Problemlagen stimmen die Häufigkeiten in wesentlichen überein, allerdings kommt Sucht bei dieser Gruppe doppelt so häufig vor (25% statt 12%).

Das Betreuungsverfahren verläuft arbeitsintensiver, wenn die Familienhebamme den Kontakt hergestellt hat.

Die Zahl der Hausbesuche/Monat liegt hier bei typischerweise bei 2,5, höher als bei den anderen Frauen (1,9)⁴⁹. Die Stärkung von Ressourcen gelang immerhin bei Dreiviertel der betreuten Frauen dieser Gruppe. Bei den Frauen, die selbst aktiv Kontakt zur Familienhebamme aufnahmen, waren es fast 90%. Auch die Vermittlung in das private Umfeld konnte bei den Frauen, bei denen die Familienhebamme aktiv den Kontakt aufgenommen hatte, deutlich seltener realisiert werden (42% statt 62%). In Übereinstimmung mit diesen Angaben wird deutlich häufiger weiterer Hilfebedarf für erforderlich gehalten (85% statt 66%). Außerdem deutet sich an, dass die Überleitung in ein Hilfsangebot auch

⁴⁸ (MWU 0,05 < p < 0,01)

⁴⁹ (MWU bei Hausbesuche/Monat p<0,0001; MWU bei Hausbesuche und Dauer p<0,05)

etwas weniger häufig bewerkstelligt werden konnte (74% statt 81%)⁵⁰.

Fremdbetreuung

In den vergangenen sechs Jahren wurden insgesamt fast 700 Frauen betreut, bei denen es bereits ein oder mehrere ältere Geschwisterkinder gab (n=668). An allen Standorten gab es dabei auch Familien, bei denen zum Zeitpunkt der Familienhebammenbetreuung eines oder mehrere dieser älteren Kinder in Fremdbetreuung war/en. Insgesamt gesehen war das etwa jede vierte Familie (n=185; 28%), an drei Standorten war sogar jede zweite Mehrgebärende davon betroffen.

Unterscheiden sich die Betreuungen in Familien mit Fremdbetreuung von denen bei anderen Familien/Müttern mit älteren Geschwisterkindern? Diese Frage kann eindeutig bejaht werden. Sowohl die Problemlagen als auch die Eckpunkte der Betreuung fallen unterschiedlich aus.

Schon die Kontaktaufnahme erfolgt bei denjenigen mit Fremdbetreuung häufiger aktiv durch die Familienhebamme selbst (27% statt 11%). Wenn die Frau selbst aktiv Kontakt aufgenommen hat, haben die Kooperationspartner häufiger vermittelt oder angebahnt als es normalerweise der Fall ist (60% statt 37%).

Auch ein Vergleich der Problemlagen zeigt, dass – abgesehen von der Tatsache, dass ein älteres Geschwisterkind nicht zu Hause lebt – ein andere Problemkonstellation die Situation der Familie prägt (s. Abbildung 6).

In den Familien mit Fremdbetreuung sind Suchtprobleme (27% statt 7%), psychische Erkrankungen (30% statt 16%) und tendenziell auch Armut (61% statt 50%) häufiger präsent.

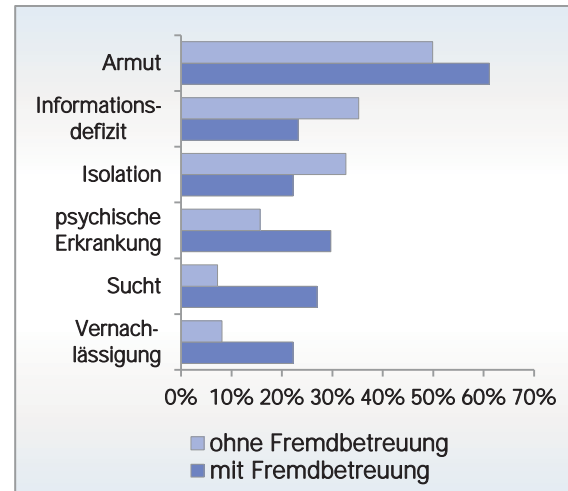


Abbildung 6: Ausgewählte Problemlagen bei den Mehrgebärenden mit/ohne Fremdbetreuung (Anteil in %; n=483 bzw. n=185).

Erwartungsgemäß wird Vernachlässigung häufiger von den Familienhebammen in den Familien mit Fremdbetreuung als Problemlage verzeichnet (22% statt 8%). Andererseits spielt Isolation der Familie (22% vs. 33%) und eine Informationsdefizit anscheinend (23% versus 35%) seltener eine Rolle.

Das Betreuungsverfahren selbst ist – wie die nachfolgende Abbildung 7 verdeutlicht – aufwändiger. Die Betreuung dauert bei Familien mit Fremdbetreuung kaum länger (Median 8 statt 6 Monate⁵¹), dabei liegt die typische Zahl der Hausbesuche bei den Familien mit Fremdbetreuung deutlich höher als bei den anderen Familien (Median 18 statt 12⁵²).

⁵⁰ Angaben zur erfolgten Überleitung erst ab 2008; alle Chi-Quadrat Werte $p < 0,0001$

⁵¹ MWU ns ($p < 0,056$)

⁵² MWU s ($p < 0,0001$); dem entsprechend auch Hausbesuche/Monat im Median 2,5 statt 1,9; MWU ($p < 0,0001$);

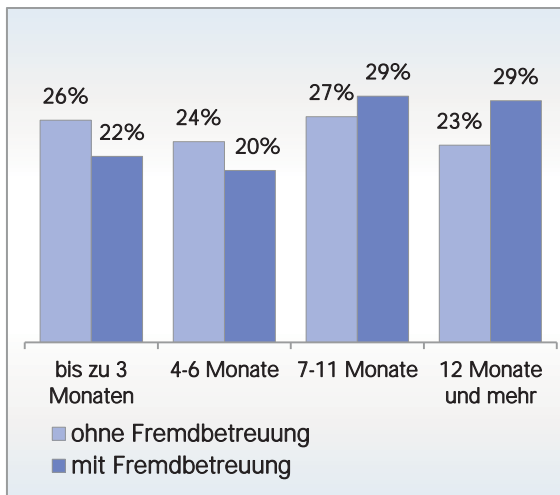


Abbildung 7: Betreuungszeit bei den Mehrgebärenden ohne Fremdbetreuung (n=483) und mit Fremdbetreuung (n=185) (Anteil in %; Kategorien entsprechend den Quartilen der Gesamtheit).

Die großen Herausforderungen in diesen Betreuungssituationen zeigen sich auch im Vergleich der Angaben zum Abschluss der Betreuung:

Seltener gelingt die Vermittlung ins private Umfeld (29% statt 58%), bei fast einem Viertel der Frauen konnten die Kompetenzen eher nicht gestärkt werden (24% statt 12%), auch ein einvernehmlicher Abschluss wird seltener erreicht (62% statt 73%).

Leicht nachvollziehbar ist auch, dass von den Familienhebammen bei fast allen Familien mit Fremdbetreuung weiterer institutionalisierter Hilfebedarf am Ende der Betreuung konstatiert wird (90% statt 71%). Umso erfreulicher ist die Beobachtung, dass trotz der schwierigeren Gesamtkonstellation auch bei den Familien mit Fremdbetreuung zu mehr als 80% eine Überleitung erfolgte.

Zusammenfassung

In der Zusammenschau der Merkmale der betreuten Frauen/Familien und der Charakteristika der Betreuung werden unterschiedliche Bezüge sichtbar. Die Tatsache, dass bereits ältere Geschwister da sind, prägt ebenso wie ein Migrationshintergrund die Situation am Anfang der Betreuung. Während Verlauf

und Abschluss der Familienhebammenbetreuung bei Erst- und Mehrgebärenden sich kaum unterscheiden, zeigen sich in Abhängigkeit vom Migrationsstatus Unterschiede. Die Betreuung von Migrantinnen ist häufig weniger zeitaufwändig, nicht desto trotz aber – soweit es die Befragungsdaten erkennen lassen – ebenso erfolgreich.

Als schwierige Gruppe sind die Mütter/Familien in der Dokumentation abgebildet, die bereits ein oder mehrere Kinder in Fremdbetreuung haben. Die Betreuung ist aufwändiger und in mancher Hinsicht anscheinend auch weniger befriedigend aus Sicht der Familienhebamme. Überwiegend wird jedoch zum Abschluss eine Überleitung erreicht. Schwangere und Mütter, die aktiv von der Familienhebamme kontaktiert wurden, weisen in der Einzelfallevaluation ähnliche Merkmale auf wie die Gruppe mit Fremdbetreuung. Beide „Startbedingungen“ kündigen der Familienhebamme höheren Betreuungsaufwand und ggf. auch begrenzte Erfolgsaussichten an.

7. Wie war's? Was sagen die betreuten Frauen im Rückblick?

Die Erhebung durch eine Einzelfallevaluation, so wie sie den bisher beschriebenen Ergebnissen zugrunde liegt, hat zwei gravierende Einschränkungen.

Zum einen werden alle Beobachtungen und der Betreuungsprozess ausschließlich aus Sicht der Familienhebamme selbst festgehalten. D.h., allen Angaben und Anmerkungen unterliegen demnach ihrer Selektion und subjektiven Bewertung. Die Sichtweise der betreuten Frauen wird hierbei nicht berücksichtigt. Es ist nicht ablesbar, ob sich die Mütter gut beraten fühlten, ob auch aus ihrer Sicht Probleme zumindest teilweise bewältigt werden konnten oder wie in eigener Einschätzung Kompetenzen gestärkt werden konnten.

Zum anderen fehlen Informationen dazu, wie es in der Familie nach der Betreuungsphase weiterging. Sind die durch die Familienhebamme initiierten Kontakte zu Gruppen und Hilfsangeboten bestehen geblieben? Ist die Mutter bzw. die Familie mit dem Kind in seiner weiteren Entwicklung klar gekommen? Von Interesse ist also auch eine Einschätzung der Nachhaltigkeit der Betreuung.

Follow-up: Eine nachfolgende Befragung der Mütter

Eine Follow-up-Untersuchung durch eine nachfolgende Befragung der betreuten Mütter kann diese Einschränkungen der Einzelfallevaluation überwinden. Sie kann sowohl Elemente der Qualitätssicherung als auch die Überprüfung von möglichen Langzeiteffekten beinhalten und der Einschätzung der betreuten Frauen Raum geben.

Vor diesem Hintergrund sollten die betreuten Frauen selbst Auskunft darüber geben, inwieweit die Unterstützung durch

die Familienhebamme nachhaltig zur Gesundheitsförderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz beigetragen hat.

Erhebung

Der erste Schritt hierzu war, eine zufällig zusammen gesetzte Teilgruppe von Frauen zu Beginn der Familienhebammenbetreuung um ihr Einverständnis zu einer späteren Kontaktaufnahme zu bitten. Im Herbst/Winter 2008 wurden alle Standorte gebeten, sich an dieser Rekrutierung betreuter Mütter zu beteiligen.

Die in diesem Zusammenhang eingeholten Einverständniserklärungen wurden am jeweiligen Standort hinterlegt, bis zu einem späteren Zeitpunkt die Kontaktdaten an eine unabhängige Wissenschaftlerin (und Familienhebamme) übergeben wurde. Sie allein war befugt, telefonisch oder auch schriftlich nachzufragen, ob die Mutter für ein Interview zur Verfügung stehen würde; gleichzeitig war sie gegenüber der Fachbehörde und Standort zur Verschwiegenheit in Bezug auf die personenbezogenen Daten verpflichtet.

In etwa ein halbes Jahr nach Abschluss der Betreuung wurde die betreute Mutter von der Interviewerin angesprochen und ein erstes Mal befragt, ein zweites Mal in etwa ein weiteres Jahr später. Die folgende Tabelle weist die Anzahl der jeweils interviewten Mütter aus.

	Follow up I 2010	Follow up II 2011
Einwilligung	40	23
Interviews	23	9
Alter der Mütter in Jahren*	26 (19-42)	24 (22-36)
Alter der Kinder in Monaten*	16 (10-24)	30 (25-37)
Zeit seit Ab- schluss in Mona- ten	6 (3-12)	19 (14-24)

Tabelle 4: Übersicht zu den in der Follow-up Erhebung einbezogenen Frauen und Kindern; zeitliche Angaben mit Median und Spannweite. *: jeweils zum Zeitpunkt des Interviews

Im Follow-up I wurde 23 Interviews geführt, im typischen Fall war die Mutter 26 Jahre alt, das Kind etwa 16 Monate und die vorausgehende Betreuung durch eine Familienhebamme wurde vor einem halben Jahr abgeschlossen. Im Follow-up II wurde neun Interviews geführt, die Kinder waren ca. zweieinhalb Jahre alt und die Familienhebammenbetreuung lag mehr als eineinhalb Jahren zurück. Vermutlich tragen unterschiedliche Gründe dazu bei, dass kaum die Hälfte der Frauen erneut befragt werden konnte. Neue Telefonnummern und Wohnungswechsel schränkten die Erreichbarkeit ein, der lange Zeitraum ließ das Interesse schwinden, auch ließen möglicherweise unsichere Lebensbedingungen oder Misstrauen keine Fortsetzung des Kontaktes zu.

Bei beiden Befragungswellen muss von einer positiven Selektion ausgegangen werden. Mütter, die von Familienhebammen betreut wurden und dies auch negativ erlebt haben, waren vermutlich weniger motiviert, an einem solchen Interview teilzunehmen. Auch ist anzunehmen, dass Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Anfrage (wieder) in einer Krise befanden oder sehr belastet waren, sich nicht einem solchen Gespräch öffnen wollten oder konnten. Insbesondere bei der zweiten Befragungswelle konnten nur wenige Frauen einbezogen werden. Dennoch ist positiv zu bewerten, dass sie sich der erneuten Befragung zur Verfügung gestellt haben und so einen Einblick in die weitere Entwicklung der Familie gewährt haben.

Ziel der Interviews war zu erfahren, welchen Stellenwert die Familienhebammenbetreuung aus Sicht der betreuten Frau hat, welche Erfahrungs- und Lernprozesse sich als nachhaltig erweisen und welche eher nicht. Von besonderem Interesse war auch zu erfahren, inwieweit die betreute Mutter nach Abschluss der Familienhebammenbetreuung ihre Aufgaben ohne oder mit Unterstützung durch weitere Hilfsangebote wahrnimmt.

Follow-up I

Drei Leitfragen prägten die Interviews:

- Wie schätzt die Mutter aktuell ihre Lebenssituation ein?
- Wie beschreibt sie die Entwicklung des Kindes, seinen gesundheitlichen Status, die Ernährung?
- Welche Angaben macht sie zur Alltagsgestaltung?

In allen drei Zusammenhängen ist von Interesse, in welchen Aspekten sich die befragten Mütter an die Familienhebammenbetreuung erinnern und auf welche Lernerfahrungen bzw. Beratungsinhalte sie sich beziehen.

Zur Lebenssituation der Familien

Die meisten Frauen lebten als Alleinerziehende mit ihrem Kind/ihren Kindern, sieben Frauen wohnten zusammen mit dem Kindsvater. Zum Zeitpunkt der Befragung war eine Frau berufstätig, alle anderen bezogen Hartz IV, zwei Frauen planten aber schon konkret die Wiederaufnahme von Ausbildung und beruflicher Tätigkeit. Bis auf vier Kinder wurden alle anderen in einer Krippe betreut.

„Mir geht es sehr gut. Die Kleine macht viel, redet sehr viel, bewegt sich sehr viel, [...]“

„Also, gesundheitlich geht es uns gut, aber die räumliche Situation geht echt an die Psyche. Es ist nicht nur so, dass man als Familie eventuell kurz davor ist auseinanderzubrechen, sondern auch als Partner [...] [da] gibt es dann nichts mehr.“

„Oh, [...] mir geht es ganz gut. Ja, allerdings sind wir immer im Aufbruch, das ändert sich von Tag zu Tag, dass es mal gut geht, mal nicht so gut. [...] ich war in der Psychiatrie, das war ein Einbruch in meinem Leben und seither muss ich ganz viele Sachen lernen [...]. Mein Sohn ist in der Kita, da habe ich ihn ge-

rade eben hingbracht. Da freut er sich immer [...]. Also, er ist dort richtig gern.“

„Es ist nicht mehr so spannend wie früher. Ja, es ist nicht mehr so chillig, aber um einiges schöner geworden.“

„Ja, im Moment ganz gut. Also mich belastet so manchmal am Wochenende, dass der Vater keine Zeit hat [...] 24 Stunden fürs Kind [da sein], sieben Tage die Woche. [...] das fehlt mir dann schon [...] einfach mal entspannen und beobachten [...].“

Zur Entwicklung und Gesundheit des Kindes

Fast alle Mütter konnten ausführlich Auskunft geben zum Entwicklungs- und Gesundheitszustand ihres Kindes. Ausgesprochen positive, generalisierte Aussagen („alles super“, „entwickelt sich schnell“, „kontaktfreudiges Kind“) wurden häufig ergänzt mit detaillierten Angaben. Hier wird deutlich, dass die Mütter die Entwicklungsschritte wahr genommen haben und erinnern:

„Am schönsten fand ich, wo sie angefangen hat zu krabbeln [...].“

„[...] das erste war, als sie die Augen aufgemacht hat und geguckt hat, wo sie schon Sachen wahr genommen hat [...] und als sie immer mehr anfing, was zu lernen.“

Im Erinnern an die Betreuung der Familienhebamme wird auch sichtbar, wie die Hebamme Signale des kleinen Kindes verständlich gemacht hat.

„Sie bündelte die Fragen, sie bündelte die Unsicherheit und leitete, [...] ‘Also, jetzt schau Dir das mal an, beschäftige Dich damit. Jetzt wird gebadet, jetzt üben wir das [...].’ Meine Unsicherheit [...] war nicht wegzureden [...] sie bündelte meine Aufmerksamkeit auf bestimmte Bereiche und das war sehr hilfreich.“

„Ich habe ihr gesagt, sie [die Tochter] schreit so unheimlich viel [...] und ich weiß nicht,

was es ist, und dann sagt sie ‘Du musst die Windeln wechseln und ihr den Bauch massieren, sie ein bisschen hin und her wippen, sie an die Brust legen oder ihr irgendwas noch anbieten.’ So und das ist das, [...], was mir so ein bisschen geholfen hat. Weil ich sonst nicht gewusst hatte, was ich machen soll.“

„[...] es war dann auch häufig so, ich konnte ihn nicht ablegen [...] er hat dann angefangen zu schreien [...] und [ich] habe ihn sofort wieder hoch genommen. Wir haben dann, wenn sie [die Familienhebamme] da war, so Übungen gemacht [...]. Also wir haben tatsächlich an der Kommunikation gearbeitet. Und das war echt ganz toll.“

„Was ich speziell von ihr [der Familienhebamme] habe ist, wo das Kind nur am Quaken ist, und wo man einfach total genervt ist und man nur fünf Minuten braucht [...] dass es okay ist, wenn man sagt, ich kann im Moment nicht, das ist in Ordnung und man ist nicht gleich eine schlechte Mutter [...] dass ich mit solchen Situationen umgehen kann, dass ich nicht in Mitleid versinke und schlecht von mir selbst denke [...].“

„[An den Hausbesuchen hat mir gefallen] [...] dass sie mir so vieles gezeigt hat. Wie man mit dem Kind umgeht, was man mit dem Kind machen kann, [...] wie man sie badet, weil das wusste ich noch nicht so. [...] und dann haben wir uns in der Krabbelgruppe getroffen. [Mit Anträgen], da hat sie mir auch geholfen, [...] bei der Caritas.“

Diese ausgewählten Auszüge aus den Interviews lassen bereits erkennen, wie unter Anleitung der Familienhebammen Lernerfahrungen entstehen und sich Kompetenzen entwickeln. Mit Unterstützung durch die Familienhebammen macht die Mutter positive Erfahrungen in ihrer verantwortungsvollen Rolle. Wünschenswert ist, dass ihr diese neuen Kompetenzen auch für neue Belastungssituationen zur Verfügung stehen, die sie ohne die vertraute Beraterin an ihrer Seite bewältigen muss.

Alle Mütter hatten mit ihren Kindern die Kinderfrüherkennungsuntersuchung U6 und die angeratenen Impftermine wahrgenommen; der Kontakt zum Kinderarzt war vorhanden.

In der Zusammenschau der Angaben zur Ernährung der Kinder wird deutlich, dass die Kinder zuverlässig mit Mahlzeiten versorgt werden und weder hungrig in die Krippe kommen noch abends hungrig zu Bett gehen. Damit wird ein wesentliches Element der elterlichen Verantwortung übernommen und in den Alltag eingebracht.

„Also, sie hat ihn auch gemessen und gewogen, oder hat Tipps gegeben, z.B. was ich ihm für Brei machen kann, selber, und dass ich das nicht immer kaufen muss. [...] was man kochen kann und was er jetzt schon essen darf, was er noch nicht essen darf.“

Manche fühlen sich von der Pflicht, eine abwechslungsreiche Kost zu bieten, durch die Krippe entlastet:

„Also zum Glück kriegt er in der Krippe Mittagessen unter der Woche, weil ich selbst ein Problem mit meiner Ernährung habe [...]“

Angaben zu verschiedenen selbst zubereiteten, gekochten Mahlzeiten konnten nur wenige machen. Auch kam in den Interviews zu Tage, dass einige Kinder nicht mehr altersgemäß noch täglich ein bis zwei Flaschen mit Formulanahrung bekamen.

Zur Alltagsgestaltung

Um die weitere gesunde Entwicklung zu gewährleisten, ist eine kindgerechte Alltagsstruktur wichtig, bei der im Ablauf des Tages Bedürfnisse nach Bewegung, frischer Luft, Kontakten und Ruhephasen befriedigt werden. Gerade die Interviews mit den Erstgebärenden zeigten, dass die kindgerechte Alltagsstruktur sich nur langsam entwickelt. Z.B. kam Frischluft nur in Kombination mit

Einkauf vor oder nur, wenn die Mutter das Kind zur Krippe brachte oder abholte. Hier wurde auch ein positiver Nebeneffekt sozialer Kontakte beobachtet: Zu Verabredungen mit Müttern oder Besuchen bei der Herkunftsfamilie mussten immer Wege zurückgelegt werden, ein guter Anlass, wieder aus dem Haus und an die frische Luft zu kommen.

Ein Krippenangebot kann psychisch kranke Mütter und stressbelastete Mütter bei der Gestaltung einer kindgerechten und entwicklungsfördernden Umgebung für das Kind entlasten.

Die Krippe hat sich bei den Interviews als häufiges gewähltes Hilfesystem gezeigt, in das die Familienhebamme Mutter und Kind bzw. die Familie übergeleitet hat.

Z. B. wurde die Krippe einbezogen, um dem Kind Kontaktmöglichkeiten zu schaffen, was der psychisch erkrankten Mutter zu schwierig war.

„Die Sozialpädagogin kam dazu auf Anraten [der Familienhebamme], [...] und die hat mir intensiv geholfen bei der Kita-Suche. Weil ich war an meiner Grenze und konnte nicht mehr [...]. Sie hat mich überall hin begleitet [...] das ist eine Anstrengung, eine Kita zu finden [...] man macht sich viele Gedanken, wenn man allein ist [...] und [...] kommt vielleicht gar nicht zu einem Schluss.“

Die Notwendigkeit, das Kind pünktlich zu bringen und zu holen, zwingt die Mutter auch in eine verbindliche Alltagsstruktur und ermöglicht soziale Kontakte. Zeitgleich bietet die Krippenbetreuung Entlastungszeit für die Mutter, in der sie Schlaf und Ruhe nachholen kann. Im folgenden Beispiel hat die psychisch kranke Mutter bis zum Ende der Schwangerschaft an einer Gesprächsgruppe teilgenommen:

„Das hatte mir sehr gut getan und mit Baby geht das halt nicht.“

Wenn ihre kleine Tochter in der Krippe ist, *„wird das, denke ich, ganz gut passen [...] Sie lernt mit anderen Kindern spielen, das ist ganz wichtig, sie liebt das. Alleine so zuhause merke ich, ist sie sehr schnell unterfordert [...]. Sie isst auch viel besser, wenn andere Kinder dabei sind.“*

Allerdings ließen zwei Interviews auch erkennen, dass das an sich geeignete Arrangement mit einer Krippe das Risiko in sich trägt, dass die entlastete Mutter unausgefüllt und unzufrieden wird, und daraufhin ihr Kind wieder zu Hause betreut. In einem Fall war das Kind mit acht Monaten in seinen Entwicklungsschritten verzögert:

„ [...] sie lag da wie ein Walfisch und bewegte sich nicht.“

Die Familienhebamme und Sozialpädagogin arrangierte den Krippenbesuch, die Tochter holt die Entwicklungsschritte nach, aber die Mutter bedauert:

„ Sie kommt aus dem Kindergarten, kann krabbeln, dann laufen und ich habe das gar nicht gesehen. Das finde ich schade und plane jetzt, meine kleine Tochter [kleineres Geschwisterkind] bis eineinhalb Jahren hier im Haushalt zu lassen.“

Im zweiten Beispiel handelt es sich um eine Mutter, deren erstes Kind bereits in einer Pflegefamilie untergebracht ist:

„ Er war ja in der Kita, aber da habe ich ihn rausgeholt, weil mir das persönlich noch zu früh war [...] damals konnte ich ihn nicht hinbringen, weil mein Fuß kaputt war. Und wenn ich ehrlich bin, hatte ich keine Lust mehr, weil ich es schöner fand, als er bei mir war [...]. “

Hier war es die Intention der Familienhebamme und der Sozialpädagogin gewesen, die Mutter von ihrem Schreikind zu entlasten, bzw. auch das Kind von der gestressten und wenig feinfühligem Mutter zu entlasten. Die

Kita hat sich in diesem Zusammenhang wegen des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung an das zuständige Amt für soziale Dienste gewandt.

Zur Betreuung durch die Familienhebamme

Die aufsuchende und niedrigschwellige Tätigkeit der Familienhebammen, indem sie Hausbesuche machen, wurde als angenehm und sehr entlastend erlebt:

„ Meine Hebamme ist lange Zeit täglich gekommen, hat die Kleine gewogen und hat den Nabel versorgt, [...] das fand ich ganz wunderbar [...]. “

„ Also, dass jemand ein Jahr kommt, vor allen Dingen, dass sie hierher kommen. Weil, ich hab mich sehr schwer getan, mit ihm raus [zu] gehen [...]. “

Auch die telefonische Erreichbarkeit vermittelte Sicherheit und übte darin sich Hilfe zu holen, wenn sie gebraucht wurde:

„ Dieses Gefühl der Sicherheit, wenn ich mal nicht weiter weiß, ich weiß 100% da ist jemand, da kann ich jederzeit anrufen und nachfragen [...] das hat einem Rückhalt gegeben [...]. “

„ Also, wenn man sie nicht sofort erreicht hat, dann hat sie sofort zurück gerufen. Also, [...] sie hat gefragt, 'ob es sehr wichtig ist' und 'ich rufe später zurück' “

„ Ich konnte sie zu jeder Zeit anrufen, das so wieso, und ich bin auch zwischendurch zum Standort gegangen, ganz klar, wegen der Sozialpädagogin, und dann hab ich auch immer nah mit der Familienhebamme gesprochen.“

Die Vermittlung in weitere Hilfen – sei es durch die Familienhebamme oder die Sozialpädagogin – also die Verknüpfung der Familie mit dem sozialen Netz des Stadtteils

wurde durch viele Befragte (manchmal nur beiläufig) in den Interviews angemerkt:

„Ich gehe mit ihr zur Krabbelgruppe hier in der Elternschule, [die Familienhebamme] hat mir das gezeigt, [...] , wir sind da mal zusammen hin gegangen.“

„Ich bin aufgrund meiner Persönlichkeitsstörung ein wenig gefühlsblind [...] [6 Wochen nach der Geburt] [...] da hat mir die Hebamme den Tipp gegeben, mal zum Müttertreffen in den Standort zu kommen. Das war toll [...] dann zu einer Rückbildungsgruppe, dann zur Spielgruppe [...]. Sie hat für mich einen Kontakt hergestellt zur Leiterin des Kindergartens und die beantwortete mir alle Fragen.“

„Wir haben geredet über Familienprobleme und was [...]. Mein Mann war zwischen-durch mal da und hat gut zugehört, und sie hat uns Tipps gegeben, wenn es nicht klappt, kann man zur Eheberatung gehen, hat schon ein bisschen geholfen [...]. Wenn [jetzt] was ist, würde ich die Frau vom Jugendamt fragen, [...] also meine Hebamme steht an erster Stelle. Also sie hat mir viel geholfen und sie hat mir das auch mit dem Jugendamt vorge-schlagen.“

In diesem Zusammenhang ist das Fazit der Gutachterin, dass je mehr Möglichkeiten im persönlichen sozialen Umfeld bestanden bzw. zum Zeitpunkt der Interviews bestehen, desto weniger wurde und wird das professionelle Hilfesystem in Anspruch genommen. Die Familienhebammen haben den Kontakt zu anderen Helfern und Helferinnen möglich gemacht und auch damit die gesunde Entwicklung der Kinder gefördert. In wenigen Fällen war aber gerade bei sehr jungen Müttern Unterstützung grundsätzlich nicht willkommen, ihre Aussagen deuteten eher mangelndes Problembewusstsein an, sie schätzten sich selbst als sehr stark und kundig ein.

Die Ressourcen der betreuten Frauen wurden durch die Familienhebammenbetreuung auf verschiedene Weise gestärkt. Die Mütter wurden sich ihre Verantwortung sowohl sich selbst als auch gegenüber ihren Kindern bewusst.

Die Mütter haben gelernt, Probleme wahrzunehmen und zuzulassen, sich um Hilfe zu bemühen und diese auch anzunehmen.

Hierzu hatten die Familienhebamme und/oder Sozialpädagogin in der Betreuungszeit angeleitet, Informationen angeboten und die Mütter gegebenenfalls auch unterstützt, erste Hemmschwellen zu überwinden. Ein halbes Jahr nach Abschluss der Betreuung wirkten fast alle befragten Frauen im Rahmen ihre Möglichkeiten recht souverän in der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung und brachten rückblickend der Familienhebammenbetreuung fast uneingeschränkte Wertschätzung zum Ausdruck.

„Über die Analyse der Interviewdaten konnte entwickelt werden, wie die Arbeit der Familienhebamme und ihrer Standorte im Sinne der Gesundheitsförderung wirkt. Erstes wichtiges Instrument ist die aufsuchende Hilfe in den Familien. Hier wird in Beziehungsarbeit der Familienhebamme zur Nutzerin eine Atmosphäre der Verlässlichkeit und Sicherheit in der Betreuung aufgebaut. Kleine Krisen und Herausforderungen der Elternschaft werden im familiären Lebensumfeld gelöst und steigern die Kompetenz der Nutzerin. Indem die Familienhebamme in kleinen Schritten die Nutzerinnen stärkt und motiviert, fördert sie die Entwicklung gesundheitsfördernden Verhaltens. Im Prozess der Betreuung entwickelt die Familienhebamme mit der Nutzerin Perspektiven der kindlichen Entwicklung und eröffnet damit Handlungsräume für Verantwortung und Eigeninitiative.“⁵³

⁵³ Henkelmann, M. Follow-up I: Gutachten für die BGV 2010, S. 31

Follow-up II

Auch hier prägten mehrere Leitfragen die Interviewführung:

- Wie geht es der Mutter, wie hat sich die Familie entwickelt, gibt es Veränderungen und neue Themen?
- Wie hat sich das Kind entwickelt, was lernt es im Moment, was ist wichtig in Bezug auf Gesundheit, Ernährung, Aktivitäten?
- Was waren die wichtigsten Erfahrungen im vergangenen Jahr, gibt es noch Bezüge zur Betreuungszeit der Familienhebamme?

Zur Lebenssituation der Familien

Fünf der neun erneut befragten Frauen sind alleinerziehend, drei leben in einer Partnerschaft, eine Mutter wohnt mit ihrem Kind bei den Eltern. Die beiden jüngsten Mütter in dieser zweiten Interviewserie haben sich durch Ausbildung und Berufstätigkeit weiterentwickelt; sie werden durch eine stabile Partnerschaft und Familie unterstützt. Die vier Mütter mit einer psychischen Grunderkrankung zeichneten sich durch ein dichtes Helfernetzwerk aus; zwei bewältigten den Alltag nur mühsam:

„ [...] also, es ist nicht mehr so die Bedrohung, die ich fühle, wenn er zu Hause bleibt, [...].“

„ [Ich bin ja ein guter Ansprechpartner für ihn], nur das reicht mir, wenn das jetzt nur noch ein, zwei Stunden am Tag sind, oder drei.“

Die anderen beiden Mütter befanden sich gesundheitlich in einer stabilen Phase. Zwei Frauen betonten ausschließlich auf eigenen Füßen zu stehen und hatten kaum private Kontakte; sie waren aber informiert und in der Lage, sich bei Bedarf (professionelle) Hil-

fe zu holen. Alle Kinder wurden zum Zeitpunkt der zweiten Befragung in der Krippe bzw. in der Kita betreut. Die einzige Ausnahme ist die junge Mutter, die weiterhin bei ihren Eltern lebt und zum Zeitpunkt des zweiten Interviews mit ihrem zweijährigen Kind die Krabbelgruppe am Familienhebammenstandort besucht.

„ [Es geht mir] gut, nur die Kinderärztin macht sich Gedanken darüber, dass er noch nicht spricht.“

„ Also momentan kommen wir sehr gut klar. [...] es hat sich richtig gut eingespielt, jetzt. [...] ich probier halt, im Kontakt [mit der Familienhebamme] zu bleiben [...] ich kann jederzeit dahin und fragen. Das ist halt so der Vorteil.“

„ Ja, es geht mir sehr gut [...] ich fühl mich auch befreit, es hat sich mit meinem Sohn ganz viel entwickelt, [...] wo ich auch das Gefühl habe, dass ein paar Hilfen zurück geschraubt werden können. [...] ich habe [mir] eine neue Arbeit gesucht, [...] es gab auch schon wieder eine schwierige Zeit, die Eingewöhnung in der Kita und parallel die Eingewöhnung auf der Arbeit [...] da habe ich meine Hilfen auch tatsächlich sehr in Anspruch genommen, also Familienhilfe, PPM⁵⁴, meine Therapeutin, [...] , die Beratungsstelle.“

„ Ja, im Moment geht [es] grad so [...] , von neun bis drei geht sie jetzt in den Kindergarten. Und dadurch habe ich gut Entlastung bekommen. [...] das läuft [bei mir] aber nicht immer so gut, wie es sich dann anhört. Ich weiß schon, wo ich mir Hilfen holen kann. Ich habe nur die Angst, [...] was mich da vom Amt her erwartet [...].“

„ Also, dieses Jahr war nicht so prickelnd, aber es bessert sich jetzt alles. [...] ich will jetzt Schule weiter machen, aber nur leider

⁵⁴ Personenbezogene Hilfe für psychisch erkrankte Menschen (PPM): Maßnahme der Eingliederungshilfe nach §§ 53/54 SGB XII.

gibt es da ein paar Probleme. [...] ich bin jeden Tag alleine mit meiner Tochter und Unterstützung habe ich von niemanden und will ich auch ehrlich gesagt nicht. [...] wenn sie in die Kita geht, wird sich das bestimmt alles ändern.“

Bemerkenswert ist auch, dass gerade im Blickwinkel der jungen Mütter die Themen Ausbildung und Beruf auftauchen. Unabhängig von oder trotz Mutterschaft sehen sie ihre Verantwortung als Eltern auch darin, einen Weg zur Ausbildung und zur Berufstätigkeit zu finden.

Zur kindlichen Entwicklung und Gesundheit

Die befragten Mütter sind ausnahmslos stolz auf ihre Kinder, wie sie gewachsen sind, was sie gelernt haben, wie sie mit ihnen selbst und anderen Personen des vertrauten Umfelds in Kontakt treten und sich verständlich machen.

„Sie ist ein Wonneproppen geworden [...].“

„Alles super, alles gut, nur ihre Zähne, da müssen wir zum Zahnarzt.“

„Also mein Sohn ist ein topfittes Kind, also er ist wirklich selten krank, die U's haben wir alle gemacht, [...] U7a war die letzte. [...] gerade was das sprachliche angeht, überdurchschnittlich gut entwickelt.“

„Wir haben jetzt Frühchennachsorge das letzte Mal gehabt [...] und sie ist gut entwickelt [...], deswegen braucht sie keine Krankengymnastik mehr. [...] und sie guckt sich alles ab und sie macht alles nach, was man ihr so vormacht.“

„Gut, alles kerngesund. [...] sie ist sehr weit entwickelt für ihr Alter [...] wir machen halt sehr viel mit ihr. [...] [mit dem Arzt bin ich] auf jeden Fall sehr zufrieden, [...] sie hat alle Impfungen durch.“

Die Vorsorge in der kinderärztlichen Praxis wurde und wird von allen Müttern selbstverständlich wahrgenommen. Kindliche Infektionskrankheiten wie Erkältungen und Durchfall waren durchgestanden.

Die Mütter äußerten sich (bis auf eine Ausnahme) sehr positiv und über die vielen neuen Entwicklungsschritte, die ihre Kinder im zweiten und dritten Lebensjahr gemacht hatten.

In der Rückschau auf beide Interviewserien sind der Gutachterin in der Interaktion mit den Müttern und Kindern dennoch einige Beobachtungen aufgefallen, die anzeigen, dass die Stressbelastungen in den Familien weiterhin bestanden und sich im Verhalten oder in der Entwicklung der Kinder wieder spiegelten. Zum Beispiel waren zwei Kinder untergewichtig und zeigten Verhaltensauffälligkeiten, drei Kinder hatten motorische Defizite, die den Müttern bewusst waren und auch therapiert wurden. Zwei weitere sehr hektische und unruhige Kinder beanspruchten ihre Mütter in der Interviewsituation so, dass diese verhalten aggressiv reagierten. Hier kommt die Gutachterin für einen Teil der Familien zu dem Schluss: „Die Erfahrungen von Stress, Ängsten und Finanznöten wirken weiter auf die Familien ein. Die Kinder können von ihren stressbelasteten und deshalb wenig feinfühligem Eltern nicht ausreichend unterstützt und angeregt werden. [...] Hier wird deutlich, dass die Verbindung der Hilfen der Familienhebamme mit Anbietern der Kinder- und Jugendhilfe notwendig ist und [...] weiterhin Bestand haben muss.“⁵⁵

In Bezug auf die Ernährung der Kinder ist nicht nur von Interesse, was die Kinder essen, sondern auch ob Mahlzeiten kind- und alltagsgerecht angeboten werden und welche Bedeutung das Essen in der Eltern-Kind-Beziehung hat.

⁵⁵ M. Henkelmann. Follow-up II. S. 37

Auch hier geben die meisten Äußerungen der Mütter einen sehr positiven Eindruck. In viele Familien werden Mahlzeiten zubereitet und gestaltet, wie man/frau sich das zum Aufwachsen der Kinder wünscht.

„[Am Wochenende] koche ich, auf jeden Fall [...]“

„[Mein Sohn] isst alles, ich habe keine Probleme. [...] Was wir essen, isst er mit. Momentan ist er auf dem Wursttripp.“

„Ja, [wir sitzen] am Esstisch alle zusammen. In der Woche nur abends und am Wochenende alle Mahlzeiten.“

Bei einigen Familien legten jedoch gezielte Nachfragen Probleme offen. Zum Beispiel wurde berichtet, dass sich der dreijährige Sohn am Essen in der Kita kaum beteiligt und sich jeden Abend von den Eltern füttern lässt. Die Gutachterin schlussfolgert: „Hier wird erkenntlich, wie am Thema Ernährung soziales Verhalten, Bindungsverhalten der Eltern und kindliche Entwicklung ineinander greifen. [...] Um Aufmerksamkeit von seinen Eltern zu bekommen, lässt sich das Kind weiterhin von seinen Eltern füttern und stellt dafür sogar eigene Autonomiebestrebungen hinten an, wie sie für andere dreijährige typisch wären.“⁵⁶ Die Mutter beschreibt sehr reflektiert:

„Wir haben eigentlich auch komische Essensgewohnheiten. Wir essen eigentlich auch nur zusammen, wenn wir ausgehen. [...] [Gemeinsame Mahlzeiten] [...] für ein Kind zu machen [...] [wäre wie eine] Theaterdarstellung [...], deswegen haben wir darauf verzichtet.“

In puncto Ernährung spielen die Kitas nicht nur durch ihr Angebot von abwechslungsreicher Kost eine wichtige Rolle, sondern auch dadurch, dass sie mit pädagogischen

Mittel versuchen, das Verhalten der Eltern zu beeinflussen.

„Sie isst bis halb vier im Kindergarten [...] Frühstück, Mittag, Rohkost und Kaffee. [...] am liebsten isst sie alles mit Nudeln. [...] im Kindergarten, also da gibt es jeden Tag was anderes, Kartoffeln, Reis, Fisch, Kartoffelpüree, Suppe [...]“

„[Ich bereite das Pausenbrot] [...] Vollkornbrot, weil im Kindergarten dürfen die kein Toastbrot haben, mit Bärchenwurst und dann packe ich teilweise noch ein Yoghurt oder Gurke mit rein.“

„Und dann hat er in der Kita gesagt, [...] wenn Mama kommt, kriege ich ein Schokobrotchen. [...] da hat die Erzieherin mich zur Seite genommen und hat mir vorgeschlagen, dass ich mit meinem Sohn einen Bäckertag pro Woche verabrede [...] und ansonsten halt nicht. Also, damit er ein bisschen mehr Druck hat, [...] auch zum Mittagessen die Sachen zu probieren. [...] Ich habe das Gefühl, das klappt ganz gut.“

Allerdings wirkt sich das Angebot der Kita auch dahingehend aus, dass die Mütter z.B. gar nicht mit den Kindern frühstücken:

„Ja Frühstück ist nicht so viel, weil die im Kindergarten frühstücken.“

„Ja, nein, ich schaffe es noch nicht [mit dem Kind zu frühstücken], [...], aber er hat in der Kita auch Frühstück, dafür zahle ich, und da haben sie ein kleines Frühstücksbüffet.“

„Nein, [Frühstücken], das macht sie in der Kita morgens. Sie kommt gleich in die Kita und darf schon was essen.“

Die Müdigkeit der Kinder am Abend verhindert auch bei einigen Familien ein gemeinsames Abendessen.

„Also, er ist auch sehr erschöpft, wenn wir nach Hause kommen. [...] ich hab immer was

⁵⁶ M. Henkelmann, Follow-up II, S. 32

dabei, wenn ich ihn abhole, ein Milchbrötchen oder einen Keks. Aber manchmal schläft er auf dem Weg auch ein, und dann hat er gar nix mehr abends.“

Zur Präsenz der Familienhebammenbetreuung in der Erinnerung der Mütter

In den Interviewaussagen eineinhalb Jahre später spielen die Erfahrungen mit den Familienhebammen eine geringere Rolle.

Die Erinnerungen an die Zeit rund um die Geburt sind aber nicht verblasst, sondern – so der Eindruck der Gutachterin – vom Kinderalltag und teilweise auch den Entwicklungen in Bezug auf Ausbildung oder Beruf überlagert.

„Die Unterstützung durch die Familienhebamme in der schwierigen Säuglingszeit hat die Entwicklung der elterlichen Kompetenz gefördert, was den Beziehungsaufbau zum Kind in manchen Fälle überhaupt erst ermöglicht [...] Die Familienhebammen konnten helfen, Stress in dieser Zeit zu reduzieren und schafften damit Raum und Gelegenheit für das Hineinwachsen in die Elternrolle.“⁵⁷

„Okay, also es hat mir schon sehr viel gebracht, weil ich weiß noch, wo sie ganz klein war, dass ich so Berührungängste [hatte], dass ich ihr weh tue und da hat mir die Hebamme gezeigt, dass ich ihr nicht weh tue [...]“

„Mit dem Standort habe ich nicht mehr zu tun, [...] den Babyführerschein hatte ich da beendet und zur Krabbelgruppe war ich [...] [mehr] brauchte ich nicht.“

„Das hab ich alles vergessen. [...] also diese Schritte, das hab ich noch sehr gut in Erinnerung, [...] Vielleicht ist es die Quintessenz dieser Erfahrung [mit der Hebamme], dass man Schritt für Schritt arbeitet [...] Also, das

hab ich lernen müssen, das [war] nicht meins.“

„Die Familienhebamme hat mich ja immer darin bestärkt, dass ich mich mehr auf meine innere Stimme, mein Gefühl verlassen darf. Natürlich wirkt das nach.“

Eine psychisch erkrankte Frau, die aktuell keinen Kontakt mehr zu ihrer Familienhebamme hat, beschreibt im folgenden Zitat ihre Erinnerung an die Zeit rund um die Geburt:

„[...] Ich weiß, dass die Familienhebamme für mich ein Wendepunkt war. [...] [Sie hat mich] ernst genommen in meiner Verzweiflung. [...] und dann standen wir hier am Gitterbettchen und mein Sohn quengelte und die Familienhebamme fragte mich, was meinst Du, was er dir gerade sagen will. Und das ist so [...] ein Schlüsselerlebnis [...], darum ging es im Grunde, ich brauchte tatsächlich einen Dolmetscher für mich und mein Kind. [...] man [hat] mir dort geholfen, mein Kind zu verstehen und auch mich dadurch zu verstehen. [...] ich dachte, ich darf wirklich nicht Mutter sein, [...], das geht nicht gut. [Aber] [...] die Tagesklinik hat dazu beigetragen, die Krippe [...] all das war erst möglich, dadurch, dass ich diesen ersten Schritt in die Tagesklinik gemacht habe und den habe ich durch die Familienhebamme gemacht.“

Bei aller Wertschätzung äußerten sich auch drei Frauen negativ zu bestimmten Vorgehensweisen ihrer Familienhebamme. Trotzdem wurden die Hilfen der Familienhebamme und die Vernetzung zu anderen Angeboten angenommen.

Trotz weiter bestehender Schwierigkeiten fühlen sich die befragten Mütter nicht mehr unsicher in der Elternrolle an sich, sie können auf positive Erfahrungen der vergangenen Monate und Jahre zurückgreifen.

Sie sind in unterschiedlichen Ausmaß – wie alle anderen Eltern auch – unsicher bezüglich

⁵⁷ M. Henkelmann, Follow-up II, S. 29

der nächsten Anforderungen, sei es durch die kindliche Entwicklung oder anderen Herausforderungen in Partnerschaft oder Beruf. Zur Bewältigung tragen nicht nur die Lernerfahrungen der ersten Zeit bei, auch die Standorte selbst mit ihren Angeboten oder die Kooperationspartner stehen den Frauen als helfende Instanzen zur Verfügung. Auch wenn manche Frauen eher nur kurz auf Fragen zur Zeit mit der Familienhebamme antworteten, bezogen sie sich indirekt auf die Betreuungszeit, indem sie schilderten, welche anderen sozialen Hilfen phasenweise oder andauernd in Anspruch genommen wurden bzw. werden, mit denen sie durch die Familienhebamme und/oder die Sozialpädagogin bekannt gemacht wurden.

Eine sehr belastete Frau, die mit einem engmaschigen Hilfenetz nur mühsam die Betreuung ihres Kindes bewältigt, erinnert sich „eigentlich nicht“ an die Betreuung, aber sie hat sich überlegt:

„[...] dass so ein Kind, bis es drei Jahre alt ist, von mir aus gerne [...] unterstützt werden könnte, oder die Mutter, durch diese warme Hebammenunterstützung, die nicht so kritisiert und nicht droht und einfach das positive rauslockt aus jeder Situation. [...] die [Hebamme] setzt sich an unseren Tisch eben und sucht nach Lösungen.“

Zusammenfassung

Im Ergebnis zeigen die mehr als 30 Interviews, dass es den von Familienhebammen betreuten Frauen gelingt, sich an die fortlaufenden Veränderungen in ihrer Elternrolle anzupassen. Allerdings ist auch nicht ganz auszuschließen, dass die Selektionseffekte bei den Interviews letztendlich zu einem positiveren Gesamtbild beitragen, als es der Realität entspricht.

Das Kind erleichtert den Eltern mit zunehmender Sprachentwicklung die Kommunikation, gleichzeitige werden Bewegungsbedürfnisse und Autonomiebestrebungen der Kinder als Herausforderung an-

genommen. Auch andere Faktoren wie Partnerschaft, die Wohnsituation, Therapie u.a.m. fordern die meist alleinerziehenden Frauen. Krippe und Kindertagesstätte bieten Entlastung und zugleich Unterstützung, indem sie kindgerechte Strukturen schaffen, die sich positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken, manchmal aber auch den Kindern (fast) zu viel abfordern.

Der Einblick in den Alltag psychisch kranker Mütter hat gezeigt, dass das Hilfesystem (vor allem die Kita-Betreuung) die notwendige Entlastung bietet, den Rückzug zur Erholung. Die kann auch den Nebeneffekt haben, dass weniger Anreize für die Mutter bestehen, eigenständig einen kindgerechten Alltag zu entwickeln.

Für alle Kinder war die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen selbstverständlich, die Mütter bzw. Eltern schienen sensibilisiert zu sein für Entwicklungsfortschritte. Gleichzeitig waren sie auch bemüht - z.T. in Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen der Kita und anderen Helfern - ggf. notwendige therapeutische Maßnahmen wahrzunehmen.

Als bedenklich ist aus den Interviews abzuleiten, dass häufig Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung zu beobachten waren. Zudem schienen einige Kinder stressbelastet und damit eine Zielgruppe für weitere und frühe Hilfen. Die Erfahrung aus der Zeit der Familienhebammbetreuung sind immer noch relevant; einigen Müttern ist sehr bewusst, welchen Beitrag die Familienhebammen zum Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung bzw. der elterlichen Kompetenz geleistet haben. Allen Frauen ist die damals erfahrene Wertschätzung noch im Gedächtnis, so dass die betreuten Mütter „ihre“ Familienhebammen vollen Herzens weiter empfehlen.

8. Fazit und Perspektiven

Der Gesundheitsbericht „Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg – Stand 2012“ unterstreicht die fachliche Konzeption,

- dass ein gesunder Start ins Leben als wichtige Grundlage für die weitere gesundheitliche und soziale Entwicklung des Kindes langfristig wirksam ist,
- dass Unterstützungsangebote für Familien in sozialen Belastungssituationen besonders dann wirken, wenn sie niedrigschwellig ausgerichtet sind und die Eltern möglichst wenig stigmatisieren und
- dass Familienhebammen als Netzwerkpartner in den Frühen Hilfen und damit für den präventiven Kinderschutz eine Schlüsselfunktion inne haben.

Einzelfallevaluation

Die Angaben im Evaluationsbogen vermitteln einen aktuellen Einblick in die Arbeit der Familienhebammen in den vergangenen zwei Jahren und – auf der Grundlage der kontinuierlichen Dokumentation in den vergangenen sechs Jahren – einen Überblick über Zusammenhänge zwischen typischen Merkmalen in diesem Kontext.

Im Mittelpunkt stehen hierbei die Charakteristika der erreichten Zielgruppe, das Betreuungsverfahren und die Zusammenarbeit der Familienhebammen mit anderen Personen und Institutionen und die Bewertung aus Sicht der Familienhebammen. Mit dieser systematischen Erfassung der Betreuungsverfahren erschließen sich fundierte Erkenntnisse, die sonst häufig nur aus Erfahrungswissen und Beobachtungen abgeleitet werden.

Als Rahmenbedingung ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Standorte alle die konzeptionellen Vorgaben der Bürgerschaftsdressache 18/4306 umsetzen. Dennoch bestehen für die Arbeit der Familienhebammen **stand-**

ortabhängig unterschiedliche Bedingungen. Diese sind struktureller Art, aber auch das Klientel der einzelnen Standorte prägt die Familienhebammenarbeit. Dies konnte beispielhaft durch die unterschiedlichen Anteile von Frauen mit Migrationshintergrund an den einzelnen Standorten anschaulich gemacht werden.

Die Zielgruppe der Familienhebammenbetreuung, schwangere Frauen, Mütter und Familien in besonderen Problemlagen, wird erreicht. Typischerweise liegen zeitgleich mehrere Probleme zugleich vor, die die Familie bzw. die werdende Mutter belasten. Gesundheitliche Probleme des Kindes stehen bei den Familienhebammen an erster Stelle, wenn nach beratungsintensiven Sachverhalten gefragt wird.

Die Informationen zur Kontaktaufnahme und Anbahnung durch die Kooperationspartner belegen die **wichtige Rolle des lokalen Netzwerkes** von Beginn an. Die vernetzte Tätigkeit der Familienhebamme wird sowohl während der Betreuung, im Verlauf als auch zum Abschluss nach Bedarf eingesetzt, um Mutter bzw. Familie und Kind bedarfsgerecht zu helfen. Diese Angaben unterstreichen auch, wie notwendig die Unterstützung und Beratung sowohl einer Familienhebamme als auch einer sozialpädagogischen Fachkraft in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht ist.

Die Betreuung dauert in der Regel ca. acht Monate und beinhaltet – abgesehen von der kooperativen Arbeit – auf individueller Ebene typischerweise 15 Hausbesuche und neun Telefonate. Eine längere Betreuungsdauer ist häufiger mit einem erfolgreichen Abschluss verknüpft.

Die Tatsache, dass bereits ältere Geschwister da sind, prägt ebenso wie ein Migrationshintergrund die Situation am Anfang der Betreuung. Während Verlauf und Abschluss der Familienhebammenbetreuung bei Erst- und Mehrgebärenden sich kaum unterscheiden,

zeigen sich Abhängigkeit vom Migrationsstatus Unterschiede. Die Betreuung von Migrantinnen ist häufig weniger zeitaufwändig, nicht desto trotz aber – soweit es die Befragungsdaten erkennen lassen – ebenso erfolgreich.

Falls zum Zeitpunkt der Familienhebammenbetreuung bereits ältere Geschwister außerhalb der Familie betreut werden, liegen schwierigere Bedingungen vor. Die Betreuung ist aufwändiger und häufiger - aus Sicht der Familienhebamme – weniger erfolgreich. Überwiegend wird jedoch auch in dieser Teilgruppe zum Abschluss eine Überleitung in andere Hilfsangebote erreicht.

Schwangere und Mütter, die aktiv von der Familienhebamme kontaktiert wurden, weisen in der Einzelfallevaluation ähnliche Merkmale auf wie die Gruppe mit Fremdbetreuung. Beide „Startbedingungen“ kündigen der Familienhebamme höheren Zeitbedarf und ggf. auch begrenzte Erfolgsaussichten an.

Abgesehen von den Problemlagen, die diese Mütter zur Zielgruppe der Familienhebammenbetreuung machen, werden Mütter unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Herkunft betreut, Erstgebärende ebenso wie Mehrgebärende. Erst- und Mehrgebärende unterscheiden sich in der Problemkonstellation zu Beginn der Betreuung, gleichzeitig stimmen sie hinsichtlich des Betreuungsverfahrens weitgehend überein.

Die Familienhebammenbetreuung unterscheidet sich deutlich von der „normalen“ Hebammenbetreuung. Sie nimmt einen längeren Zeitraum (im Median acht Monate) in Anspruch und ist auch im Betreuungsverfahren (z.B. Anzahl der Hausbesuche, Absprachen mit Kooperationspartnern) deutlich aufwändiger.

Überwiegend kommen die Familienhebammen zu dem Schluss, dass sie ressourcenstärkend arbeiten konnten. Dass Betreuungen nicht einvernehmlich beendet wurden kommt

regelmäßig, aber nicht so häufig vor. **Im Anschluss an die Betreuung sind bei den meisten Frauen Anknüpfung zu anderen Hilfsangeboten notwendig. Erfreulicherweise gelingt diese Überleitung bei den meisten Frauen.**

Die Einzelfallevaluation macht deutlich, dass die Zielgruppe „schwängere Frauen, Mütter und Familien in besonderen Problemlagen“, erreicht wird. Die vernetzte Tätigkeit der Familienhebamme kommt zum Tragen, um Mutter bzw. Familie und Kind bedarfsgerecht zu helfen. Die Betreuung dauert in der Regel ca. acht Monate und beinhaltet – abgesehen von der kooperativen Arbeit – auf individueller Ebene typischerweise 15 Hausbesuche und neun Telefonate.

Follow-up

Welche Rolle hat rückblickend aus Sicht der Frauen die Betreuung durch die Familienhebamme gespielt? Welche Lernprozesse werden erinnert, welche Erfahrungen waren besonders wichtig, wirkt noch etwas nach?

Die Interviews der betreuten Frauen ein halbes und auch teilweise anderthalb Jahre nach der Betreuung lassen darauf schließen: **Die Familienhebammen haben den Beziehungsaufbau zwischen Eltern bzw. Mutter und Kind nachhaltig unterstützt.**

Die Interviews lange nach der Säuglingszeit zeigen, dass sich die Mütter inzwischen kompetent für eine gesunde Entwicklung des Kindes einsetzen, auch wenn es in Einzelfällen mit einer altersangemessenen Ernährung oder einer kindgerechten Alltagsgestaltung noch Probleme gibt. In einigen Interviews wird deutlich, dass die vielfältige Unterstützung zwar die Mutter entlastet, das Kind aber dennoch einen gestressten Eindruck macht. Bei einigen Familien stellt das Zusammenleben von Mutter und Kind eine Gratwanderung dar, bei der sich Verhaltensauffälligkeiten

ten und Entwicklungsstörungen des Kindes als Warnsignale bemerkbar machen.

Die Frauen nehmen Anteil an den Entwicklungsfortschritten ihrer Kinder und stellen sich den neuen Anforderungen. Die Betreuung des Kindes in der Kindertagesstätte spielt eine sehr wichtige Rolle für die Förderung der Kinder und die Entlastung der Mütter. Die Kita wie auch andere in der Betreuungszeit geknüpften Anbindungen an helfende Einzelpersonen oder Institutionen haben vielfach weiterhin Bestand. In gesundheitlicher Hinsicht sind die Kinder in regelmäßiger pädiatrischer Betreuung bzw. nach Bedarf in therapeutischen Förderungsmaßnahmen. Einige Kinder schienen stressbelastet. **Die Erfahrungen aus der Zeit der Familienhebammenbetreuung sind durchaus noch präsent und werden aner kennend und dankbar erinnert.**

Insgesamt gesehen erschließen die Interviews der Follow-up Studie einen nachhaltigen und positiven Einfluss der Interaktion von Familienhebamme und Mutter auf die elterliche Kompetenz und die Mutter-Kind-Beziehung. Auch die Anknüpfung an private oder professionelle Unterstützung scheint langfristig Entlastung zu bieten für die Mütter in Problemlagen.

Perspektiven

Ansatzpunkte für mögliche Verbesserungen und/oder Empfehlungen für die Familienhebammenarbeit ergeben sich für mehrere Aspekte:

Im Vergleich der Standorte ist aufgefallen, dass große Unterschiede darin bestehen, wann der erste Kontakt mit der Mutter hergestellt wird. Da konzeptionell ein erstes **Kennenlernen von Familienhebamme und werdender Mutter vor der Geburt** stattfinden sollte, wird hiermit eine Diskussion zwischen den Vertretungen unterschiedlicher Standorte

angeregt. Wo liegen die Ursachen für die Unterschiede? Gibt es Kooperationspartner, die zu einer frühzeitigen Weiterleitung an die Familienhebammen verstärkt angesprochen werden müssen? Mit welchen anderen Maßnahmen kann jeder Standort erreichen, dass möglichst viele Schwangere vor der Geburt Kontakt mit ihrer Familienhebamme haben?

Die Follow-up Studie hat darüber hinaus aufgezeigt, dass **kindgerechte Ernährung und Alltagsgestaltung im Kleinkindalter** nach Abschluss der Betreuung durch die Familienhebamme vor allem für Erstgebärende keine Selbstverständlichkeit sind. Welche Einrichtungen können hier in Anknüpfung an die Betreuung Unterstützung bieten?

Eine andere wichtige Beobachtung aus der Befragung war die Bedeutung von **Ausbildungs- und berufliche Perspektiven bei den Müttern**, insbesondere bei den jüngeren Müttern. Dieses Thema ist wohl kaum noch durch die standortbezogenen Netzwerke zu beantworten. Besteht Beratungsbedarf in dieser Hinsicht, ist an den Standorten das Know-how vorhanden, in dieser Beziehung interessierte Mütter weiter zu vermitteln?

Darüber hinaus ist aufgefallen: Väter spielen insgesamt eine fast unsichtbare Rolle, ihre Präsenz wird notiert (alleinerziehend ja oder nein), im Einzelfall wird die Einmischung in den Säuglingsalltag oder die Betreuung von der Familienhebamme negativ (z.B. „kein Vertrauensaufbau möglich; Ehemann unkooperativ“, „Lebenspartner hat sich während der Betreuung getrennt“) bzw. positiv (z.B. „junges Elternpaar ist super in die Rolle hineingewachsen“, „tolle Mutter-Kind-Vater-Beziehung“) vermerkt. Gibt es weitere Möglichkeiten, die **Mitverantwortung der Väter** auch in der Gesundheitsförderung und Entwicklung von Gesundheitskompetenzen in der Zeit der Familienhebammenbetreuung zu stärken?

Die BGV regt zu diesen Aspekten einen Austausch der Beteiligten an und wird sich hierzu mit dem Netzwerk der Familienhebammen bzw. den Trägern in Verbindung setzen.

Im Wesentlichen haben die aktuellen Ergebnisse der Einzelfalldevaluation die bisherigen Erkenntnisse bestätigt. **Von daher soll die Einzelfalldevaluation mit dem Jahr 2012 abgeschlossen werden.** Dies ist auch naheliegend, da die hamburgweite Realisierung des Konzepts frühe Hilfen neue Wege der Evaluation beschreiten wird und ein doppeltes Verfahren schon allein wegen des notwendigen Zeitaufwandes vermieden werden sollte.

Familienhebammen und Frühe Hilfen

Am 1.1.2012 ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) mit dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) in Kraft getreten. Es legt den Schwerpunkt auf die Frühen Hilfen – also auf die Phase der Schwangerschaft und der frühen Kindheit. Damit sollen werdende und junge Eltern ermutigt werden, in einer für die Kindesentwicklung zentralen Phase Hilfen zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz und zum Aufbau einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung in Anspruch zu nehmen. Im Zentrum steht die Unterstützung von Eltern, die aufgrund großer Belastungen aus eigener Kraft nicht ausreichend für ihre Kinder sorgen können.

Frühe Hilfen als förderndes, präventives, an den Ressourcen der Eltern orientiertes Unterstützungsangebot lehnen sich an die Prinzipien der Gesundheitsförderung an. Die Kompetenzen der Eltern sollen soweit gefördert werden, dass sie aus eigenen Kräften für ihre Kinder sorgen können. Die Mobilisierung der Selbsthilfepotenziale und die Wirksamkeit der Hilfen setzen die freiwillige Annahme der Unterstützungsangebote und die partizipative Beteiligung der Familien am Hilfeprozess voraus. Dies erfordert eine professionelle wertschätzende Haltung den Familien gegenüber,

so dass sie trotz schwierigster Lebensverhältnisse grundsätzlich Fähigkeiten ausbilden können, die ein gesundes Aufwachsen der Kinder ermöglichen.

Frühe Hilfen sind kein bestimmter Hilfetyp, sondern basieren auf einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten im Rahmen eines Netzwerks Frühe Hilfen. Grundlage dieser Netzwerke ist eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Familienhebammen handeln – eingebunden in die regionalen Netzwerke der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes – als grundständig dem Gesundheitsbereich entstammende Fachkräfte an der Schnittstelle zur Jugendhilfe. Die langfristige Arbeit in der Familie und das (im Idealfall) enge Vertrauensverhältnis bieten die Möglichkeit, die richtige Ansprache zu finden und für die Annahme passgenauer Hilfen zu werben. Aus dieser Position heraus kann die Familienhebamme auch als Lotsin im Hilfesystem agieren.

Im Rahmen der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ nach dem KKG stellt die Bunderegierung den Ländern dauerhaft Mittel für den Auf- und Ausbau von Netzwerken mit Zuständigkeit Frühe Hilfen sowie für den Einsatz von Familienhebammen (oder bspw. Kinderkrankenschwestern) zur Verfügung. Wie diese Mittel in den Ländern eingesetzt werden können, ist in einer Verwaltungsvereinbarung geregelt, die zum 1.7.2012 in Kraft getreten ist. Darin heißt es u.a.:

„Förderfähig sind der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen. Sie sollen dem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) erarbeiteten Kompetenzprofil entsprechen oder in diesem Sinne qualifiziert und in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingegliedert werden. Die Länder haben die Möglichkeit,

ein darüber hinausgehendes Profil festzulegen.“

Die einjährige, berufsbegleitende Grundfortbildung „Familienhebamme – Eine Chance für einen besseren Start“, die seit 2006 in Hamburg angeboten wird (vgl. Abschnitt 2), entspricht dem Kompetenzprofil des NZFH. Gegenwärtig wird dieses Qualifizierungsangebot überarbeitet und abgestimmt mit der Entwicklung einer entsprechenden Grundfortbildung zur Familien-Gesundheits-Krankenschwester oder -pflegerin.

Das Hamburger Konzept sieht vor, das Hamburger Familienhebammenangebot mit Hilfe der Bundesmittel erheblich auszubauen. Diese multiprofessionellen Familienhebammenangebote werden zusammen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Mütterberatung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionalen Familienteams weiterentwickelt. Diese Familienteams haben einerseits Schlüssel- und Lotsenfunktion für das bezirkliche Hilfesystem der Frühen Hilfen und leisten andererseits selbst aufsuchende Arbeit im Rahmen der Arbeitsteilung im Netzwerk. Sie nehmen insgesamt folgende Aufgaben wahr:

- Abklären der individuellen Hilfebedarfe
- Weiterleitung ins/im Hilfesystem (passgenaue Hilfen)
- Begleitung der Schwangeren/Familien von der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt durch Familienhebammen sowie Familienkinderkrankenschwestern und vergleichbare Berufsgruppen
- Familienbegleitung (Hausbesuche) zu definierten Zeitpunkten (z.B. zu den Terminen der Früherkennungsuntersuchungen bis U6) u.a. durch Familienkinderkrankenschwestern.

Die Bundesinitiative wird in einer dreijährigen Modellphase bis 2015 in den Ländern umgesetzt und bundesweit evaluiert.

Anhang

Erhebungsbogen zur Einzelfall-Evaluation der Hamburger Familienhebammenarbeit

1. Basisinformationen	
Bezirk/Standort	_____
Erhebungsbogen laufende Nr./Jahr	_____ / _____
Dauer der Betreuung	von ____ / ____ (Monat/Jahr) bis ____ / ____ (Monat/Jahr)
Erstkontakt vor der Geburt?	Ja <input type="checkbox"/> _____ SSW Nein <input type="checkbox"/> _____ Monate (Alter des Kindes in Monaten)
Kontaktaufnahme	
A	<p>Frau hat aktiv Erstkontakt aufgenommen</p> <p><input type="checkbox"/> nein, dann weiter bei B <u>oder</u> C</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> als Selbstmelderin (Öffentlichkeitsarbeit, Mundpropaganda, Empfehlung durch Familie, Freunde, Nachbarn) <input type="checkbox"/> als Wiedermelderin (Erstkontakt bei Folgekind) <input type="checkbox"/> wegen Information durch Kooperationspartner, und zwar... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> freiberufl. tätige Hebamme <input type="checkbox"/> Gesundheitssystem (ÖGD, Klinik, Ärzteschaft) <input type="checkbox"/> ASD, SPFH oder andere Hilfen zur Erziehung <input type="checkbox"/> KiTa <input type="checkbox"/> offene Familienförderung (KiFaZ, Elternschule, EKiz, EB,...) <input type="checkbox"/> spez. Beratungsstellen (z.B. Drogen) <p>➔ jetzt weiter bei D</p>
B	<p>Familienhebamme hat aktiv Erstkontakt aufgenommen aufgrund eines Hinweis anderer</p> <p><input type="checkbox"/> ja, dann weiter bei D <input type="checkbox"/> nein, dann weiter bei C</p>
C	<p>Kooperationspartner hat aktiv Kontakt zwischen Frau und Familienhebamme angebahnt/ hergestellt</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
D	<p>Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes: Arbeitet der ASD bereits mit der Familie oder ist bereits eine HzE eingerichtet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
Hat die Frau einen Migrationshintergrund?	
<input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ (Land)	
<input type="checkbox"/> nein	
Alter bei Erstkontakt	
___ Jahre	
Anzahl der Kinder, die zum Zeitpunkt des Erstkontaktes bei der Mutter leben	

Anzahl der Kinder, die nicht bei der Mutter leben	

Mehrlingsgeburt?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Abschluss der Betreuung	
<input type="checkbox"/> Einvernehmlicher Abschluss der Betreuung <input type="checkbox"/> Abbruch durch die betreute Frau <input type="checkbox"/> Abbruch durch das Projekt <input type="checkbox"/> Umstandehalber (Wegzug o.ä.)	

2. Lebens- und Problemlagen (Mehrfachnennung möglich)		beratungsintensiv (max. 3)
aktuell relevant		
<input type="checkbox"/>	alleinerziehend	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtprobleme in der Familie (illegale Drogen, Substitution, Alkohol)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung der Mutter oder des Vaters (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	erhebliche psychische Belastung der Mutter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	erhebliche gesundheitliche Probleme / Krankheit oder Behinderung der Mutter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	erhebliche gesundheitliche Probleme des Kindes (Frühchen/Behinderung etc.)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Materielle Armut / finanzielle Notlage / Schulden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unzureichende Wohnverhältnisse, (drohender) Wohnungsverlust	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Migrationsbedingte Belastungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Informationsdefizit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Isolation der Familie / der Mutter	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hinweise auf Vernachlässigung oder auf Misshandlung des Kindes in der Familie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Gewalt / sexuelle Gewalt / Gewalthintergrund in der Familie	<input type="checkbox"/>

3. Betreuungsverfahren	
in direktem Kontakt mit der betreuten Frau/Familie	Anzahl <input type="checkbox"/> Telefonate mit betreuter Frau/Familie <input type="checkbox"/> Hausbesuche u. a. Einzelgespräche (auch vergebliche Hausbesuche) <input type="checkbox"/> Kontakte in Gruppen oder offenen Angeboten
darüber hinaus	<input type="checkbox"/> Telefonate mit Kooperationspartnern/Team <input type="checkbox"/> Treffen mit Kooperationspartnern/Team, Fallbesprechung im Team

4. Betreuungsphasen- und inhalte	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wochenbett	Frühes Wochenbett (bis 3.W pp) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Spätes Wochenbett (bis 8.W pp) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachbetreuung (ab 9.W pp) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> überwiegend klassische Hebammen-spezifische Betreuungsinhalte oder <input type="checkbox"/> überwiegend Familienhebammen-spezifische Betreuungsinhalte (lebenspraktische Hilfen, psychosoziale Aspekte, Begleitung, Überleitung etc)	

5a. Kooperation während der Betreuung						
freiberuflich tätige Hebamme	Gesundheits-system (u.a. ÖGD, Klinik, Ärzteschaft)	ASD, SPFH, andere Hilfen zur Erziehung o. ä.	KiTa	offene Familienförderung (KiFaZ, Elternschule, EKIZ, EB,...)	spez. Beratungsstellen (z.B. Drogen)	Familie, Freunde, Bekannte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5b. Vermittlung während der Betreuung
Wurde in der Betreuungszeit die Vermittlung in andere Angebote (ASD, ..., KiTa, offene Familienförderung, spez. Beratungsstelle,...) für notwendig und sinnvoll gehalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Konnte die betreute Frau gezielt dahin vermittelt werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> ja

6. Gesamtbewertung aus der Sicht der Familienhebamme
Konnten die Kompetenzen/Ressourcen der Frau aufgegriffen oder gestärkt werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> ja
Konnte die Frau darin bestärkt werden, Unterstützung von Familie/Freunden/ Bekannten zu nutzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> ja

7. Bedarf nach Abschluss der Betreuung
Besteht weiterer spezialisierter besonderer Hilfebedarf? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
wenn ja, überwiegend
<input type="checkbox"/> im sozialen Bereich (z.B. Schuldnerberatung) <input type="checkbox"/> im Jugendhilfebereich (z.B. ASD, HzE) <input type="checkbox"/> durch Kindertagesbetreuung <input type="checkbox"/> im Gesundheitsbereich (z.B. Frühförderung) <input type="checkbox"/> im Bereich Familienförderung (z.B. Elternschule, EKIZ, KiFaZ)
<input type="checkbox"/> anderes: _____
Wenn ja, wird dieses Angebot in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, warum nicht: _____

8. Persönliches Fazit und besondere Anmerkungen

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
(BGV)
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Gesundheitsdaten
und Gesundheitsförderung

Billstraße 80
20539 Hamburg
www.hamburg.de/gesundheit

ISBN: 978-3-9814693-2-5



Hamburg | Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz