



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«
Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

**Die Begleitung von Familien mit besonderen Belastungen
durch Familienhebammen: Das Spektrum
gesundheitsfördernder Leistungen und die Perspektive der
Nutzerinnen**

von Gertrud M. Ayerle, Christiane Luderer und Johann Behrens

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

2

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·
German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	7
2	Methode	8
3	Ergebnisse	8
3.1	Beschreibung der Stichprobe	8
3.2	Betreuungsleistungen und Vernetzung der Familienhebammen	9
3.3	Subjektive Bewertung der Selbstwirksamkeit und Fremdeinschätzung	10
3.4	Subjektive Einschätzung der Familienhebammen	12
4	Diskussion	19
5	Schlussfolgerungen	21
	Literatur	22

Zusammenfassung

Hintergrund: In den vergangenen Jahren kamen eine Reihe von Kindern aufgrund von Vernachlässigung oder -misshandlung durch die Eltern zu Tode. Seither haben sowohl die Sicherstellung des Kindeswohls als auch die Frühen Hilfen durch interdisziplinäre Vernetzung in der öffentlichen und politischen Diskussion der BRD einen zentralen Platz eingenommen.

Ziele: Die Ziele des Projekts »FrühStart« sind, die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder in psychosozial und gesundheitlich belasteten Familien von der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes durch ein niedrigschwelliges aufsuchendes Hilfeangebot zu fördern, die Interessen des Säuglings als schwächstes Glied der Familie aktiv zu vertreten, Versorgungslücken im Bereich von Primärpräventionsmaßnahmen zu schließen und so zu ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen.

Forschungsfragen: Welche gesundheitsfördernden Leistungen erbringen die Familienhebammen im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung, die das psychosoziale Wohlergehen und die Gesundheit von Mutter und Kind zum Ziel hat (Prozessorientierung)? Wie bewerten die Mütter ihre eigene ‚Allgemeine Selbstwirksamkeit‘ (ASW) im Vergleich zur Einschätzung ihrer psychosozialen Kompetenzen durch die Familienhebammen (Selbst- versus Fremdeinschätzung)? Wie erleben die Mütter aus ihrer subjektiven Sicht die Leistungen und die Wirksamkeit der Familienhebammen (Klientinnenorientierung)?

Methode: Im Rahmen einer Zwischenauswertung werden die längsschnittlich durch standardisierte Skalen erhobenen Daten zur Belastung der Familien, der ASW und der Einschätzung der Betreuung durch die Familienhebamme für eine Stichprobe von mehr als 300 Familien statistisch durch Maße der zentralen Tendenz und Mittelwertvergleiche ausgewertet. Das subjektive Erleben der Betreuung durch die Familienhebammen wird im Sinne einer Methoden-Triangulation mittels eines narrativen sowie leitfadengestützten

Interviews mit 10 Müttern erhoben und die zentralen Aussagen durch eine Analyse mit qualitativ-hermeneutischem Verfahren eruiert.

Ergebnisse: Die Familienhebammen erbringen ein breites Spektrum von gesundheitsfördernden Leistungen mit einem Schwerpunkt auf gesundheitsorientierter Beratung sowie Anleitung und Stärkung individueller Ressourcen, die das Wohlergehen des Kindes zum Ziel haben. Insbesondere mit Akteuren aus dem Sozialbereich sind die Familienhebammen verstärkt vernetzt, um den Unterstützungsbedürfnissen dieser hoch belasteten Familien gerecht zu werden.

Die subjektive Einschätzung der Frauen hinsichtlich ihrer ASW weicht von der Bewertung ihrer psychosozialen Kompetenzen durch die Familienhebammen deutlich ab. Die Mütter erleben die Leistungen und Wirksamkeit der Familienhebammen überwiegend als vertrauensbildend und essentiell in der Sorge für ihr Kind. Die gute Erreichbarkeit und Hilfe der Familienhebammen bei Erkrankungen des Kindes oder akuten Krisen, aber auch deren Ermunterung, für sich als Mutter gut zu sorgen, prägt das positive Meinungsbild der Frauen bzgl. der Familienhebammen.

Schlussfolgerungen: Qualifizierte Familienhebammen leisten einen signifikanten Beitrag in der Gesundheitsförderung von hoch belasteten Familien und setzen sich wesentlich für das Wohlergehen der Kinder und ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit ein. Die Stärkung und Mobilisierung von Ressourcen auf Seiten der Frau bzw. der Eltern sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit stellen eine potenziell effektive und nachhaltige Unterstützung der Elternverantwortung und des Kindeswohls dar. Die positive Resonanz seitens der Frauen wird maßgeblich durch das respektvolle Vertrauensverhältnis und die gute Ansprechbarkeit der Familienhebammen bewirkt.

Abstract

Background: During the past couple of years a number of children died due to child neglect and abuse. Since then the safeguarding of the well-being of young children and early preventive interventions are at the centre of public and political discussions in Germany.

Goals: The project »FrühStart« (Early Start) aims at supporting families that are especially burdened and disadvantaged with regard to psychosocial and health related risk factors. A low access visiting programme by family midwives is geared towards offering the families additional support during pregnancy and in caring for their child up to his/her first birthday by being an advocate for the young child, promoting preventive measures, and thus contributing towards their equal health opportunities.

Research questions: Which health promoting measures and care are delivered by the family midwives which focus on the well-being and health of the child? How do the mothers appraise their own General Self-Efficacy in contrast to the appraisal of their psychosocial competencies by the family midwives? How do the mothers perceive the measures and the effectiveness of the family midwives?

Methods: Data are gathered via documentation of risk factors that are associated with child neglect and abuse, documentation of measures undertaken by the family midwives, as well as standardized questionnaires on the General Self-Efficacy of the women and their appraisal of the family midwife at the beginning and end of their care. The quantitative data of more than 300 women taking part in the project 'FrühStart' are analysed by measures of central tendency and T-tests. The subjective perspectives of 10 women on the care offered by the family midwife are recorded during personal interviews and analysed by qualitative-hermeneutical methods.

Results: The family midwives deliver a broad spectrum of health promoting measures with a focus on health-related counselling and practical teaching, as well as fostering individual resources (empowerment) which aim at safe-guarding the well-being of the child. The family midwives are in close contact with other agents especially of the social sector in order to ensure sufficient support for these families at risk. The women assess their own General Efficacy as being more positive than average whereas the family midwives evaluate the competencies of the women concerning their contribution to their family life and well-being, as well as their help-seeking as being less than average. The women appreciate the family midwives and her care especially due to their easy access in times of crisis, their health counselling, their practical help in caring for their child, as well as their support and encouragement to care for themselves as mothers.

Conclusions: Qualified family midwives make a significant contribution to the support of families at risk of child neglect or abuse. Their continuing care which mobilizes and supports the resources on part of the mothers/ parents, and the interdisciplinary networking across the health and social sectors are potentially effective and sustainable measures to support the parental role and care.

Schlagworte

- Gesundheitsförderung
 - Familienhebamme
 - belastete Familien
 - Chancengleichheit
 - health promotion
 - family midwife
 - families at high risk
 - equal health opportunities
-
-

Über die Autoren

Gertud M. Ayerle ist Hebamme und Krankenschwester und studierte Nursing Science (Master) an der Catholic University in Washington, DC, USA. Seit 2004 arbeitet sie u.a. als

wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) in Lehre und Forschung. Ihre Forschungsprojekte als Mitarbeiterin der MLU umfassen die Evaluation der Weiterbildung zur Familienhebamme (Sachsen-Anhalt), die Evaluation des Praxisprojekts »Familienhebammen in Sachsen-Anhalt« für den Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. sowie »FrühStart – Professionell gesteuerte Frühwarnsysteme für Kinder und Familien in Sachsen-Anhalt« (im Auftrag des BMSFSJ, koordiniert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen/BZgA). Gertrud M. Ayerle verfügt über internationale Erfahrung im Bereich der Community-basierten Gesundheitsförderung (Kenia) und der Qualifikation/Akademisierung von Hebammen (USA). Seit 2008 ist sie Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft.

Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens, geb. 1949, Diplom-Soziologe, Dr. phil. (Frankfurt a. M.), habilitierter Sozialökonom (Bochum). Seit 1982 bis heute ehrenamtlicher Vorstand des gemeinnützigen Institutes für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung in Frankfurt. Seit 1998 Professor und Direktor des Institutes für Gesundheits- und Pflegewissenschaft und des German Center for Evidence Based Nursing der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Sprecher des Pflegeforschungsverbands Mitte-Süd. 1988–1999 Gründungsmitglied und Projektleiter im SFB 186 »Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf« der DFG sowie Gründungsmitglied des Zentrums für Sozialpolitik, Abt. »Arbeits- und Sozialmedizin, Gesundheitspolitik« an der Universität Bremen.

Dr. rer. medic. Christiane Luderer ist Krankenschwester und studierte an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Seit 2003 ist sie als Mitarbeiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft in Forschung und Lehre tätig. Sie promovierte an der MLU zum Thema »IDAK – Interprofessionelle Dokumentation der Aufklärung im Krankenhaus«, dessen gleichnamige Interventionsstudie (2004–2006) sie wissenschaftlich leitete. Seit 2007 ist Christiane Luderer Mitarbeiterin im Projekt »FrühStart – Professionell gesteuerte Frühwarnsysteme für Kinder und Familien in Sachsen-Anhalt« (im Auftrag des BMSFSJ, koordiniert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen/BZgA). Weitere einschlägige Erfahrungen liegen durch die Mitarbeit im Modellprojekt »Familiengesundheitspflege« unter Leitung des DBfK am Regionalstandort Halle (2005–2006), die Regionalkoordination des Projekts »Eurofamcare« unter der Leitung von Frau Prof. Hanneli Döhner sowie die Mitwirkung im Projekt »VerKet – Partizipative Entwicklung patientenbezogener sektorenübergreifender Versorgungsketten«, unter Leitung von Prof. Dr. Margarete Landenberger vor.

1 Hintergrund

In den vergangenen Jahren hat die Prävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in der öffentlichen und politischen Diskussion der BRD einen zentralen Platz eingenommen. Auslöser dafür waren einige Fälle von Kindstötung (Deutsche Presseagentur 2007a), wie beispielsweise von Kevin in Bremen (Hellwig & Jeska 2006) oder Lea-Sophie in Schwerin (Deutsche Presseagentur 2007b). Von den 10 bis 20 Kindern unter 10 Jahren, die jährlich (1998 – 2006) durch »Vernachlässigen und Verlassen« oder »Misshandlung« umkommen, sind vor allem Säuglinge betroffen, die ihren ersten Geburtstag nicht erreicht haben (Unicef 2003). Trotz der Änderung des §1631 Absatz 2 zur elterlichen Sorge (BGB) im November 2000, in dem das Recht der Kinder auf gewaltfreie Erziehung verbrieft ist, wenden immer noch ca. 10-15% der Eltern schwerwiegendere und häufigere körperliche Bestrafungen an (Engfer 2005).

Auch wenn es keine repräsentativen Daten zur Prävalenz von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in Deutschland gibt, können Schätzungen aufgrund von Falldokumentationen der Jugendämter vorgenommen werden. So wurde in 65% der Fälle, in denen das Familiengericht angerufen wurde, Vernachlässigung als ein Gefährdungsmerkmal und in 50% der Fälle Vernachlässigung als *zentrales Risiko* angegeben (Münder et al. 2000). In den Jahren 2005 bis 2007 war eine Zunahme der Eingriffe in die elterliche Sorge bei Kleinkindern (<3 Jahren) um 42% zu verzeichnen, nachdem sie bereits von 1995 bis 1999 um 35% angestiegen waren und die Rate von 2000 bis 2005 relativ konstant geblieben war (Statistisches Bundesamt 2008). Von insgesamt 2.630 Kindern unter 3 Jahren, die 2007 in Obhut genommen oder durch eine Herausnahme¹ geschützt wurden, wurden bei 60,2% Überforderung der Eltern/eines Elternteils, bei 36,0% Vernachlässigung, bei 6,7% Anzeichen für Misshandlung, bei 6,4% Beziehungsprobleme und bei 0,6% Anzeichen für sexuellen Missbrauch angegeben².

Die Ziele des Projekts »FrühStart« sind, die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder in psychosozial und gesundheitlich belasteten Familien von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr durch ein niedrighwelliges aufsuchendes Hilfeangebot zu fördern, die Interessen des Säuglings als schwächstes Glied der Familie aktiv zu vertreten, Versorgungslücken im Bereich von Primärpräventionsmaßnahmen zu schließen und so zu ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Das Ziel der Evaluationsstudie ist zum einen, die Wirksamkeit der Familienhebammen hinsichtlich ihrer Leistungen zu dokumentieren; zum anderen interessiert, wie die durch multiple psychosoziale Risikofaktoren belasteten Frauen sowohl ihre »Selbstwirksamkeit« als auch die Unterstützung des

¹»Vorläufige Schutzmaßnahmen umfassen die Inobhutnahme eines Kindes oder Jugendlichen sowie die Herausnahme eines jungen Menschen, z.B. aus einer Einrichtung, bei Gefahr im Verzug. Bei der Inobhutnahme ist das Jugendamt verpflichtet, Kindern und Jugendlichen vorläufigen Schutz zu bieten, wenn sie darum bitten oder wenn eine dringende Gefahr für ihr Wohl besteht. Die Herausnahme erfolgt bei Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls von Kindern oder Jugendlichen und besteht in der Entfernung aus einer Pflegestelle oder einer Einrichtung, in der sich das Kind oder der Jugendliche mit Erlaubnis des Personensorgeberechtigten aufhält« (Statistisches Bundesamt 2008)

²Für jedes Kind oder Jugendlichen konnten bis zu zwei Anlässe der Maßnahme angegeben werden.

Netzwerks der Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich erleben. Somit werden die folgenden Forschungsfragen gestellt:

- Welche gesundheitsfördernden Leistungen erbringen die Familienhebammen im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung, die das psychosoziale Wohlergehen und die Gesundheit von Mutter und Kind zum Ziel hat (Prozessorientierung)?
- Mit welchen Akteuren des Netzwerks der Organisationen, deren Ziel die Unterstützung der Familien ist, sind/kommen die Mütter in Kontakt (Prozessorientierung)?
- Wie erleben die Mütter aus ihrer subjektiven Sicht die Unterstützungsleistungen der Familienhebamme (Klientinnenorientierung)?
- Wie bewerten die Mütter ihre eigene ‚Allgemeine Selbstwirksamkeit‘ (ASW) im Vergleich zur Einschätzung ihrer psychosozialen Kompetenzen durch die Familienhebammen (Selbst- versus Fremdeinschätzung)?

2 Methode

Die ausführlichen Dokumentationen der Familienhebammen und die längsschnittlich durch standardisierte Skalen erhobenen Daten zur Belastung der Familien, der ASW und Einschätzung der Familienhebamme werden im Rahmen einer Zwischenauswertung für eine Stichprobe von mehr als 300 Familien statistisch durch Maße der zentralen Tendenz, Mittelwertsvergleiche und mit Korrelationsberechnungen analysiert.

Das subjektive Erleben der Betreuung durch das Netzwerk der Akteure wird mittels eines leitfadengestützten narrativen Interviews mit 10 Müttern erhoben. Die zentralen Aussagen werden durch eine interpretativ-hermeneutische Inhaltsanalyse eruiert.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg hatte keine Einwände hinsichtlich des Datenschutzes, der Wahrung der Rechte der Teilnehmerinnen und des Studienprotokolls. Alle Teilnehmerinnen wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die anonyme Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten informiert und gaben ihr schriftliches Einverständnis.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Zeitraum von Juli 2006 bis April 2008 wurden 327 Familien von 22 Familienhebammen betreut. Ein Drittel der Mütter (33%) ist unter 20 Jahre alt, während knapp drei Viertel entweder noch Schülerinnen sind (30%), keinen Schulabschluss (10%) oder einen Hauptschulabschluss (32%) haben. 77% sind unverheiratet und 34% haben keinen Partner oder leben getrennt von ihm. Knapp drei Viertel der Frauen (72%) leben von ALG I oder II und 9% erhalten Sozialhilfe. Jede zwanzigste Frau (5%) ist Migrantin und 9% der Mütter haben mehr als drei Kinder.

Mittels eines Rasters wurden die psychosozialen Belastungen der Familien, die häufig sehr komplex und massiv sind, zu Beginn der Betreuung durch die Familienhebammen

eingeschätzt. Demzufolge ist knapp die Hälfte (46%) der Mütter überfordert, hilflos oder weist Anzeichen für eine (potenzielle) Vernachlässigung ihres Kindes auf. Jeweils mehr als ein Drittel der Frauen ist nicht fähig, ihren Alltag zu bewältigen (37%), leidet unter erheblichen Konflikten mit dem Partner (37%) oder verfügt über kein ausreichendes Wissen zur Gesundheitsversorgung (36%). Etwa jeweils ein Viertel der Frauen hat keine ausreichende soziale Unterstützung (26%) oder hat die Schwangerschaft nicht geplant (25%). Über Gewalterfahrungen in der Herkunftsfamilie oder durch den Partner berichten jeweils 21%. Weitere Belastungen sind: psychische Erkrankung der Mutter (14%), Alkohol- oder Drogensucht (14%), ein zusätzliches Kleinkind unter zwei Jahren (12%).

Kommt der Kontakt bereits in der Schwangerschaft zustande (121 Frauen; 37%), so fällt er im arithmetischen Mittel auf den Beginn des dritten Schwangerschaftsdrittels (SD: 8; Minimum: 6; Maximum 40). Nach der Geburt (206 Frauen; 63%) übernimmt die Familienhebamme typischerweise in der 7. Lebenswochen die Betreuung (SD: 7,5; Minimum: 0; Maximum 46), wenn die Betreuung durch eine freiberufliche Hebamme zu Ende kommt. Die Betreuungsdauer, die nur bei bereits abgeschlossenen Betreuung berechnet wurde (n=189), umfasst durchschnittlich 8,3 Monate (SD: 4; Minimum: 0,7; Maximum: 25,2).

3.2 Betreuungsleistungen und Vernetzung der Familienhebammen

Die Familienhebammen erbringen eine große Bandbreite von gesundheitsfördernden und unterstützenden Leistungen für Mutter und Kind. Im Durchschnitt sind es in der Schwangerschaft 8,1 Anlässe (Hausbesuche), bei welchen beispielsweise eine Beratung oder Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden angeboten wird (Median: 6,0; SD: 6,9; Maximum: 31).

Im Verlauf des ersten Lebensjahres des Kindes ist es ein ganzes Bündel von Maßnahmen, das die Familienhebammen bei jedem einzelnen Hausbesuch durchführen. Werden die Anlässe nach Leistungsart aufgeschlüsselt (vgl. Tabelle 1 auf der nächsten Seite), belaufen sich diese im Mittel auf: 19,2 Hausbesuche mit Interventionen zur Pflege des Kindes, 17,3 zur Ernährung des Kindes, 17,1 zur Mutter-Kind-Beziehung und 7,5 mit Informationen zur Gesundheitsversorgung sowie 4,3 mit Beratungen hinsichtlich der Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen (wie U-Untersuchungen oder Impfungen). Die maximale Anzahl der Leistungen weist daraufhin, dass manche Mütter eine sehr intensive und hochfrequente Unterstützung in der Sorge für ihr Kind benötigen. Von diesen Maßnahmen werden im arithmetischen Mittel 12,4 Hausbesuche (SD: 13,3) außerhalb des § 3 des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen (BDH et al. 2007) durchgeführt. Während der Median bei 9 Hausbesuchen liegt, können diese außervertraglichen Leistungen, die überwiegend die Ernährung und Pflege des Kindes sowie die Mutter-Kind-Beziehung und Gesundheitsförderung betreffen, bis zu 29 Hausbesuche umfassen.

Im Hinblick auf die Überforderung der Mütter und das potenzielle Risiko einer Vernachlässigung des Kindes bieten die Familienhebammen im Verlauf der Betreuung an durchschnittlich 18,3 Tagen Interventionen zur emotionalen Unterstützung der Mutter

Tabelle 1: Anzahl der Hausbesuche nach der Geburt, bei welchen die Familienhebammen gesundheitsorientierte Maßnahmen durchführen (Mehrfachangabe; n=327)

	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum
Beratung und Anleitung in der Pflege des Kindes	19,2	17,3	104
Beratung und Anleitung in der Ernährung des Kindes	17,3	15,8	146
Beratung und Anleitung in der Mutter-Kind-Beziehung	17,1	15,6	101
Beratung zu U-Untersuchungen/ Impfungen	4,3	5,4	34

an, wie beispielsweise bei Überforderung, depressiver Verstimmung und Hilflosigkeit (vgl. Tabelle 2). Das Maximum von 136 Hausbesuchen belegt auch hier eine intensive bzw. längerfristige Unterstützung einzelner Familien durch die Familienhebamme. Weitere psychosoziale Hilfeleistungen der Familienhebammen sind das Coaching beim Ausfüllen von Formularen oder der Terminvereinbarung und die Begleitung der Frau zu Arzt- oder Behördenterminen und evtl. zur Geburt.

Tabelle 2: Anzahl der Hausbesuche während der Schwangerschaft und nach der Geburt, bei welchen die Familienhebammen psychosoziale und unterstützende Maßnahmen durchführen (Mehrfachangabe; n=327)

	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum
Emotionale Unterstützung bei Überforderung, Konflikten, Trauer, sozialer Isolation	18,3	21,4	136
Informationen zur Gesundheitsversorgung und öffentlichen Hilfsangeboten	7,5	8,1	48
Coaching (Ausfüllen von Formularen, Vereinbaren von Terminen)	4,2	5,2	31
Begleitung zu Arzt- oder Behörden-Terminen/ zur Geburt	0,4	1,4	14

Laut Dokumentation der Familienhebammen vermitteln sie die schwangeren Frauen/Mütter im Durchschnitt 7,3 Mal an andere Akteure aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich oder arbeiten interdisziplinär bzw. interprofessionell mit ihnen zusammen (Median: 6; SD: 6,3; Maximum 34). Besonders intensiv ist die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, bei welcher ein Maximum von 32 Kontakten zwischen der Familienhebamme und dem Jugendamt vorliegt (vgl. Tabelle 3 auf der nächsten Seite).

3.3 Subjektive Bewertung der Selbstwirksamkeit und Fremdeinschätzung

Bis Dezember 2008 hatten über 400 Frauen während ihrer Betreuung die Möglichkeit, mittels einer ordinalskalierten, vierstufigen Antwortskala ihre Allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASW) von »stimmt nicht« bis »stimmt genau« einzuschätzen. Ihre Angaben lagen zu Beginn der Betreuung im Durchschnitt bei einem Wert von 2,90 (n=426), welcher über dem (Antwort-)Skalenmittelwert von 2,5 liegt und somit eine positive Einschätzung der subjektiven ASW zum Ausdruck bringt. Zum Abschluss der Betreuung betrug der arithmetische Mittelwert 3,05 (n=230), was einen signifikanten Zuwachs der ASW markiert (p=0,000; Mittelwertsdifferenz: -0,152 [KI: -0,226/-0,078] bei n=202).

Tabelle 3: Anzahl der Anlässe zur Zusammenarbeit der Familienhebamme mit anderen Akteuren oder ihrer Vermittlung von Kontakten im professionellen Netzwerk (Mehrfachangabe)

	Mittelwert	Standard-abweichung	Maximum
Jugendamt (n= 152)	3,9	4,6	32
ÄrztIn (n=124)	2,9	2,1	10
SozialarbeiterIn (n= 97)	2,6	2,1	10
Beratungsstelle (n= 89)	2,4	2,0	11
Sonstige (FamilienhelferIn, Leiterin des Mutter-Kind-Heims, u. a.) (n= 82)	3,3	3,5	20
Gesamt	7,3	6,3	34

Die Fremdeinschätzung durch die Familienhebammen hinsichtlich der psychosozialen Kompetenzen der Frauen wurde im Rahmen der Dokumentation vorgenommen. Zu Beginn der Betreuung erreichten die Frauen auf einer 3-stufigen Skala (hoch, mittel, niedrig) einen Mittelwert von 1,93 (n=323) für ihre Kompetenzen hinsichtlich ihrer Familie (Gesundheit, Kind, Organisation) und einen Mittelwert von 1,76 (n=333) für ihre Kompetenz, soziale Unterstützung oder öffentliche Hilfen in Anspruch zu nehmen. Beide Einschätzungen liegen unter dem Skalenmittelwert von 2,0 und belegen eine eher unterdurchschnittliche Kompetenz der Frauen.

Im Vergleich dazu wurden zum Abschluss der Betreuung die Kompetenzen der Frauen sowohl hinsichtlich ihrer Familie (2,07; n=203) als auch der externen Unterstützung höher eingeschätzt (1,85; n=205). Diese prä-post-Differenz war jedoch nur bzgl. der familienorientierten Kompetenz hoch signifikant ($p > 0,000$; n=202).

Tabelle 4: Einschätzung der Familienhebammen durch die Schwangeren/Mütter zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung

	Mittelwert zu Beginn der Betreuung (Anzahl der Fälle)	Mittelwert zum Ende der Betreuung (Anzahl der Fälle)
Gesamtskala	3,34 (n=412)	3,31 (n=226)
Teilkomponente: Emotionale Unterstützung	3,46 (n=420)	3,42 (n=228)
Teilkomponente: Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung/Versorgung des Kindes	3,66 (n=399)	3,53 (n=222)
Teilkomponente: Unterstützung zur Inanspruchnahme von externer Hilfe	2,82 (n=401)	2,86 (n= 221)

Die Mütter erlebten die Familienhebammen insgesamt überdurchschnittlich positiv (auf einer Skala von 1-4) mit einem arithmetischen Mittelwert von 3,34 (n=412) zu Beginn der Betreuung (vgl. Tabelle 4). Zum Ende der Betreuung hin sank diese Einschätzung geringfügig auf 3,31 (n=226). Bei Betrachtung der drei inhaltlichen Teilkomponenten der Gesamteinschätzung nimmt der Mittelwert bzgl. der ›Emotionalen Unterstützung‹ nur unwesentlich ab, während er bzgl. der ›Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung/Versorgung des Kindes‹ stärker, d.h. um 0,13 abnimmt. Die Einschätzung hinsichtlich der ›Unterstüt-

zung der Familienhebamme zur Inanspruchnahme von externer Hilfe fällt zum Ende der Betreuung geringfügig höher aus. In der Analyse zeigt sich, dass letztere insbesondere von Schwangeren (zu Beginn und Ende) höher eingeschätzt wird als von Müttern nach der Geburt.

Tabelle 5: Gepaarte Mittelwertvergleiche der Einschätzungen zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung

	Anzahl der gepaarten Fälle	Mittelwert zu Beginn der Betreuung	Mittelwert zum Ende der Betreuung	Signifikanz (2-seitig) im T-Test, Mittelwert-Differenz mit Konfidenzintervall
Gesamtskala	192	3,44	3,33	p=0,001; ,110 [KI: 0,043/0,177]
Teilkomponente: Emotionale Unterstützung	196	3,55	3,45	p=0,002; ,105 [KI: 0,040/0,170]
Teilkomponente: Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung/Versorgung des Kindes	188	3,69	3,53	p=0,001; ,160 [KI: 0,070/0,250]
Teilkomponente: Unterstützung zur Inanspruchnahme von externer Hilfe	186	2,99	2,88	p=0,056; ,106 [KI: -0,003/0,215]

Auch wenn die T-Test-Vergleiche der prä-post-Mittelwerte hoch signifikant ausfallen (vgl. Tabelle 5), müssen diese vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass in die Berechnung der gepaarten Differenzen eine wesentlich geringere Fallzahl mit etwas anderen Mittelwerten eingehen, die Differenzen von 0,105 bis 0,16 aufweisen.

3.4 Subjektive Einschätzung der Familienhebammen

Zehn Mütter im Alter von 15 bis 33 Jahre (Durchschnitt: 24,2 Jahre) wurden mittels eines problemzentrierten und leitfadengestützten Interviews nach Witzel (2000) im Verlauf von vier Monaten befragt. Der Leitfaden thematisierte das Erleben präventiver und gesundheitsfördernder Angebote durch Familienhebammen in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr, ihre Förderung der Kindesentwicklung sowie einer positiven Mutter-Kind-Bindung, ihre Unterstützung in der Pflege und Ernährung des Kindes.

Tabelle 6: Soziodemografische Angaben zu den Interviewpartnerinnen

Alter	25	15	30	20	20	23	22	33	31	23
Kinder	2	1	schw	1	3	1+schw	1	5	2	1
Schulabschluss	HS	-	HS	-	HS	HS	HS	RS	RS	HS
Abgeschl. Lehre	LH	-	BA	-	LH	-	-	-	BA	LH
Berufserfahrung	-	-	-	-	-	-	-	Ja	-	-
Partnerschaft	-	Ja	-	Ja	Ja	-	Ja	Ja	Ja	-

schw = zurzeit schwanger
 HS = Hauptschulabschluss
 RS = Realschulabschluss

LH = Lehre als Hilfskraft
 BA = 2-jähr. Berufsausbildung

Zwei lebten in dörflicher und vier in kleinstädtischer Umgebung; die anderen vier Frauen in einer größeren Stadt mit mehr als 200.000 Einwohnern. Die soziodemografischen

Merkmale der Frauen werden in Tabelle 6 auf der vorherigen Seite aufgeführt. Sechs der zehn Mütter erwarteten bzw. bekamen ihr erstes Kind. Zwei Frauen waren aufgrund einer psychischen Erkrankung frühberentet, eine Frau nahm an einem Methadonprogramm teil und eine Frau hatte einen Migrationshintergrund. In allen Fällen hatte das Jugendamt vor oder während der Zeit der Betreuung der Frauen durch die Familienhebamme soziale Unterstützung geleistet.

Die Familienhebamme wird als Person beschrieben, die sich persönlich für die Familien engagiert und verlässlich ist.

»Ihr liegt viel an diesem Beruf, das kriegt man mit« (2:54).

»Man kann sie wirklich zu jeder Zeit anrufen. Die ruft dann auch zurück. Echt.« (3:840).

»Wenn sie sagt, sie sei an diesem Tag da, kommt sie auch pünktlich.« (1:32).

In der Betreuung schätzen die Klientinnen insbesondere die Erreichbarkeit der Familienhebamme und ihre Sorge um ihr Wohlergehen. Als Akteurin, die primär weder eine Kontrollfunktion noch Macht ausübt (im Sinne von Genehmigung von Geldern oder Leistungen), wird ihr von den Schwangeren und Müttern Vertrauen entgegen gebracht.

»Frau [Name der Familienhebamme], die kann ich immer anrufen, die hat immer einen Rat.« (4:47).

»Also ich würde mal sagen, äh, die Familienhebamme [ist meine wichtigste Kontaktperson]. Da würde ich zuerst... Weil da hab ich ja mehr Vertrauen zu ihr als wie zu den anderen Leuten« [Jugendamt, Behörden]. (10:318)

Mütter, die wenig soziale Unterstützung haben, da beispielsweise ihre Mutter gestorben ist, sind dankbar für die unproblematische Erreichbarkeit der Familienhebamme. Bei erheblichem Stress, wenn sich der Kindsvater sich in die Versorgung des Kindes einmisch, obwohl die Mutter allein sorgeberechtigt ist, kann der rasche Hausbesuch der Familienhebamme schnell Erleichterung und Sicherheit bringen.

»Ja, [Name der Familienhebamme] ist für mich da. Sie war auch gestern Abend noch mal da, weil ich sie angerufen habe... Da war sie eigentlich schnell hier, weil sie mächtig tolle Angst hat um uns beide.« (1:149).

Frauen, die mit ihren Kräften nicht mehr gut haushalten können und ihre Grenzen überschritten haben, benötigen die Ermutigung durch die Familienhebamme, auf sich selbst und ihre Bedürfnisse zu achten.

»Ich hab mich ja so in meiner Rolle... war nur noch Mutter und Hausfrau, nichts anderes mehr. Da hat sie mich auch so ein Stückchen rausgeholt, hat gesagt: Sie [vergraben] sich da total drinne. Sie sind nur noch für alle da. Und wo bleiben Sie? Ja, und wenn das einem nicht klargemacht wird, dann ist irgendwann mal Schluss. Dann gibt's einen großen Zusammenbruch.« (8:359).

Die professionelle interpersonale Beziehung der Familienhebamme zur Klientin ist durch Offenheit, Verständnis, Empathie und sowohl emotionale als auch praktische Unterstützung gekennzeichnet.

»Weil sie eigentlich auch immer da ist, wenn man irgendwie Probleme hat. Weil ich kann auch mit ihr über alles reden.« (6:192).

»Das hab ich ihr ja erzählt [warum ich nicht mehr stillen konnte], diese ganzen Sachen. Das wusste sie dann auch, warum. Dass halt Probleme sind. Na ja.« (9:247)

»Sie versteht einen auch. . . Also wie gesagt, sie tröstet mich meistens ganz dolle.« (2:47)

»Sie versteht einen auch, hilft auch, versucht mir zu helfen. Sie hat mir schon oft geholfen, wenn ich nicht mehr weiter wusste. Sie ist eigentlich eine große Erleichterung und Hilfe. Ich komme gut mit ihr klar.« (2:47).

»Es war auf einmal alles zuviel. Und da hab ich dann nur noch die Familienhebamme angerufen. Ich sage: [Name der Familienhebamme], ich kann nicht mehr. Sagt sie: Was ist denn los? Ich sag: Ich weiß nicht, ich könnte heute nur den ganzen Tag heulen.« (3:703)

Die Familienhebamme ermöglicht durch Lotsen- und Vermittlungsmaßnahmen den Anschluss von isolierten Schwangeren und Müttern zu anderen Müttern oder Peer-Gruppen und eröffnet ihnen so Zugang zu weiteren Bewältigungsstrategien.

»Und ich hab die Sachen gesehen, Schuhchen, auf einmal fing ich an zu heulen. . . Da hat [mich] dann die Hebamme beruhigt. Die hat gesagt: Komm, mach dir keine Sorgen, heute haben wir so einen Kurs für die. . . Krabbelgruppe. . . die waren so aufgeschlossen, das kannst du dir gar nicht vorstellen. Ich habe gleich ein Baby in den Arm gekriegt, da war [ich] glücklich. . . Hat mir unheimlich gut getan.« (3:647; 661).

»Also das hat mir auch die Hebamme vorgeschlagen. Die hatte auch gesagt: Ja, geh mal hin da. Das wird ganz schön. Na, dann hab ich zu ihr gesagt: Ne, ich möchte nicht so gerne. Weil wie gesagt. Und dann hat sie gesagt: Doch, geh mal hin. Und dann bin ich hingegangen das erste Mal, war ganz gut. Ja, so ein bisschen hab ich mich mit denen unterhalten.« (10:350)

Die zum Teil durch verschiedene sozio-ökonomischen Einschränkungen hoch belasteten Mütter schätzen an der Familienhebamme, dass sie ihnen als Gesprächspartnerin zur Seite steht, zumal wenn sie auf kein informelles Hilfenetzwerk zurückgreifen können.

»Sie war eigentlich immer an meiner Seite. . . Sie hat mir viel geholfen, sonst hätte ich Angst gehabt.« (2:84).

»Weil irgendwo versteh ich ja nicht, was das Kind hat und sie kann mich darüber aufklären und irgendwo, ja, kann sie mich dann aufklären, was ich machen soll, was ich zu tun habe. Ja. Eben halt so.« (10:84)

»Naja, das halt, das ist schon ein bisschen besser, wenn man einen Ansprechpartner hat, wenn man selber keine, das heißt wenig Freunde hat, find ich schon.« (9:125).

»Und ich find's schon gut, dass, ich find's schon gut, dass die Frau [Name der Familienhebamme] da ist, weil auf meine Eltern kann ich mich, kann ich mich nicht groß verlassen. Die helfen mir nicht so mit.« (6:47)

»Mit Hilfe von Frau [Name der Familienhebamme] habe ich wieder Spaß dran, Mutter zu sein. Es war eine Zeitlang, diese erste Zeit, wo mein Mann dann auch ständig weg war. Man fühlte sich total allein gelassen, hatte auch die ganzen finanziellen Probleme. Sie hat mir so ein Stückchen Mut gemacht und gesagt: ›Sie müssen das nicht alles für sich alleine auf Ihren Buckel nehmen und immer die Starke sein. Nehmen Sie auch Zeit für sich, und delegieren Sie mal ein bisschen‹. Ich sage: ›Ja, mit delegieren ist einfach, aber wenn doch keiner was macht, was soll ich tun?‹ Ich meine, ich rede zwei-, dreimal. Ich erinnere sie auch daran. Aber letztendlich mache ich es doch alleine. Weil, ich möchte am Ende des Tages mein Pensum geschafft haben, ja? Ich möchte sagen können: OK, viertel neun, schön. Gut, ich halte dann meistens noch eine halbe Stunde durch und schlafe dann... (8:199)

Manche Frau schätzt die Ermutigung der Familienhebamme, die ihre Ängste ernst nimmt und sie in ihrem Mutter-Sein bestärkt.

»Und hatte Angst gehabt, immer noch so ein bisschen Angst davor, dass das Kind dann irgendwann tot in dem Bettchen liegt... oder so. Also oder dass ich dem Kind irgendwas antue in diesem ersten Lebensjahr. Man kann's ja nicht wissen. Also, von daher. Ich hab zwar immer noch meine Eltern, zum Glück, ja, aber es ist dann schon besser, wenn da noch jemand da ist, der dann immer mal kurz gucken kann oder den ich mal fix anrufen kann, wenn die Nerven wieder blank liegen. Die Mutti geht arbeiten, die macht oft Schichten.« (3:607)

»Oh, sie hat mir wirklich Mut gemacht, wieder gerne Mutter zu sein... auch ganz anders auf meine Kinder einzugehen.« (8: 208).

Ein Schwerpunkt der Hausbesuche der Familienhebammen ist die fachliche Beratung der Klientinnen hinsichtlich der eigenen Gesundheit, die sowohl den Kindern als auch anderen Angehörigen zu Gute kommt.

»Und [Name der Familienhebamme] hat dann halt auch wirklich drauf hingewiesen, dass es dann höchstwahrscheinlich dazu kommen kann zu diesem Wochenbettdepression und ich wollt ja damit gar nichts mehr zu tun haben... da diese Depression schon vorher bestanden, ist es, das Risiko ist groß... dass ich sofort mit den Ärzten sprechen soll, wenn irgendwo was auftritt oder dass ich mich nicht wieder zurückziehe.« (3:743; 750; 758)

»Oder auch schon während der Schwangerschaft. Ich habe ja die ersten Monate überhaupt nichts zugenommen, erst hab ich nur abgenommen... und [Name der Familienhebamme] hat mir dann geholfen und hat mich in dem Moment wieder beruhigt. Und hat gesagt: ›Du nimmst schon noch zu, warte nur... mittlerweile [habe ich] acht Kilo zugenommen.« (3:783; 793; 798)

»Weil die Sicherheit haben... Ich bin ein total unsicherer Mensch. Einfach... also wenn ich irgendwas anfangen: entweder überfordere ich mich damit total oder ich krieg's überhaupt nicht gebacken... also es gibt keinen Mittelpunkt in mir. Und die [Drogenberaterinnen und die Familienhebamme] zeigen mir halt immer den Mittelpunkt, was ich kann und was ich halt machen kann. – Mein Leben ging los, wo ich angefangen hab, mit Drogennehmen. Mit zwölf, was machen die da? Andere spielen mit Puppen.« (4:366; 384)

»Früh am Morgen heute bin ich aufgestanden und hab gemerkt, meine Füße sind total dick, geschwollen. Ich hab auf einmal einen Schreck gekriegt, wusste nicht, was ich machen sollte, wie ich darauf reagieren sollte. Auf alle Fälle kamen mir sofort die Tränen. Die Mutti hat dann [Name der Familienhebamme] angerufen... Dann hat sie erst mal den Tipp gegeben, die Beine sofort hoch zu machen, den ganzen Tag nur Ruhe.« (3:817).

»Frisches Obst ist doof, weil McDonalds... Hm. Ja, also diesen Denkprozess erst... Mit Hilfe von Frau [Name der Familienhebamme] ist man da auch erstmal hingekommen, [dass Fast Food nicht gesund ist]. Die hat so... die hat mir den richtigen ›Tritt‹ gegeben, den ich brauchte, ja. Und diesen, diesen ›Tritt‹ gebe ich eigentlich auch weiter [an meine Schwägerin].« (8:222)

Darüber hinaus steht die Anleitung der Frauen in den (neuen) Aufgaben als Mutter im Zentrum der Betreuung: die praktische Pflege, Versorgung und Ernährung des Kindes. Dabei kann die Familienhebamme konkrete Unsicherheiten klären, wie beispielsweise Äußerungen des Kindes, die für die Frau unverständlich und unerklärlich sind.

»Sie... hat mir erst mal gezeigt, wie das mit dem Wickeln geht, Bäuerchen, dass man nicht zu dolle anfasst und drauf haut. Sie hat mir viel geholfen, sonst hätte ich Angst gehabt.« (2:84).

»Nachher war Frau [Name der Familienhebamme] immer da, hat mir gesagt, wie ich es am besten machen kann.« (6:39).

»Nach der Schwangerschaft hat sie mir gezeigt, wie das mit Stillen geht, Abpumpen, Flaschen kochen. Sie hat mir sehr viel geholfen« (2:82).

»Auch die Pflege nicht nur mit der Mutti zu machen, sondern mit jemandem, der weiter weiß, war sehr hilfreich.« (2:70).

»Und das mit Stillen war das Thema, dann noch... wie soll ich sagen? Na dann mit dem Zufüttern auch noch... Na ja und dann, aber da hab ich öfter mal angerufen: ›Was mach ich nu? Der wird satt...‹ Überhaupt keine Ahnung, was er hatte... ich hab's ja nicht gewusst, er hat's mir ja nicht gesagt.« (9:225)

Während der Hausbesuche klärt die Familienhebamme über potenzielle Gefahren für das Kind auf und gibt Hinweise zu Präventions- und Vorsorgemaßnahmen, die die Frauen eigenständig wahrnehmen.

»Na, zum Beispiel nicht irgendwo liegen lassen, also nicht auf Höherem... Immer eine Hand beim Kind haben, wenn man sich doch mal umdreht. Und ja mit dem Anziehen halt. Wenn's windig ist, die Fenster nicht offen lassen, keinen Zug. Was noch? Die Nuckel immer richtig auskochen...« (4:125)

»... wegen dem Schlaf hat sie erzählt, wegen die Gefahr, dass er von Anfang an, dass er in einem Schlafsack schlafen soll, sonst erstickt er. Keine Kissen, keine Decken so was, halt einen Schlafsack.« (10:147)

»Das wurde schon gemacht, ja, bis U4, glaub ich schon. Also und da war alles in Ordnung, mit den Knochen und so was, haben sie ja auch untersucht. Ultraschall wurde gemacht auf die Beine und alles ist in Ordnung... Das hab ich selbst [organisiert], das hab ich selbst gemacht. Ja. Die [Familienhebamme] hat mir bloß einen Ratschlag gegeben, dass ich dahin gehen soll und da bin ich hingegangen. (10:178)

Inbesondere in Situationen, wenn das Kind krank ist, kann die Familienhebamme neben der ärztlichen Behandlung zusätzliche Sicherheit geben.

»Wenn ich jetzt sage, ich rufe sie jetzt an: «Er hat Fieber«, dann soll ich sie auch noch mal anrufen, ob es höher geworden ist... das kam dann Nachmittag noch höher, da wusste ich nicht, gibst du ihm noch eins oder gibst du ihm gar keins. Weil, denen sollst du nicht so viele Zäpfchen geben. Da rufe ich lieber [Name der Familienhebamme] an, die kann mir das dann auch sagen.« (1.91; 100)

»Da hab ich Frau [Name der Familienhebamme] angerufen und gefragt. Und sagt sie: »Na, wie sieht's aus?« Ich meine, ich kenne nicht viele Kinderkrankheiten. Also meine Jungs haben die Masern gehabt und die Windpocken. Aber so mit Röteln hab ich gar keine Erfahrung, hatte ich auch selber nicht. Äh, oder dann eben so ein Ekzem, so was hatten wir nicht. Und wenn das dann das erste Mal vorkommt, kriegt man natürlich erstmal einen Schock. Und man fragt sich: »Inwieweit ist es ansteckend?« Und da hat sie mir damit geholfen.« (8:548)

Während die vertrauliche Mitteilung von Informationen und das einfühlsame Eingehen der Familienhebamme auf die subjektive Situation der Frau sich in Verständnis, einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und besonderem Engagement der Frauen äußern können, reagieren die Frauen ärgerlich und ungehalten auf subjektiv als Kontrolle empfundene Interventionen der Familienhebammen.

»Das hab ich ihr ja erzählt, warum [ich nicht mehr stillen konnte], diese ganzen Sachen. Das wusste sie dann auch, warum. Dass halt Probleme sind. Eine Weile hab ich das noch weitergemacht, ich hab mir wenigstens die Mühe gemacht. Hab dann gesagt: Ich probier's einfach, und wenn's nicht klappt, dann klappt's eben gar nicht, und wenn halt doch, warum nicht?« (9:247).

»Da war ich ein bisschen voreilig, hat sie auch manchmal geschimpft. Ich war bei meiner Mutti, da war sie drei Monate, und ich hab ihr das erste Mal Zwieback mit Tee gegeben. Dann habe ich angefangen, Brei zu geben, das war eine Woche bevor sie vier Monate alt war. Da hat sie wieder gemeckert. Jetzt kriegt sie halt abends ihren Brei. Da hat sie gesagt: »Das ist schön.«« (4:110).

»Sie wollte mir vorschreiben, wie ich dies und das zu machen habe. Und ich soll die Flasche nicht so heiß machen. . . « (7:202).

Manchmal können die Frauen den Verdacht hegen, dass die Familienhebamme durch die Behörden instrumentalisiert wird und sie durch ihre Hausbesuche kontrolliert würden.

»Ich hab erstmal gedacht: Hä? Was soll denn das und so? Ja, ich gedacht, sie [das Gesundheitsamt durch die Familienhebamme] würden mich kontrollieren und so, ja, wie und was. Aber ne, das war nicht so. Ja.« (10:89).

Eine der Frauen berichtete auffallend negativ von ihrer Familienhebamme. Die Dissonanz zwischen ihr und der Familienhebamme kann dadurch resultieren, dass zum einen die »Chemie nicht stimmt« und zum anderen die Wahrnehmung beider »Parteien« konträr ist.

»Die Fragen kommen [mir] immer plötzlich. Wenn man ihr [Name der Familienhebamme] was sagt, dann tut sie das, so gesagt, nicht wirklich wahrnehmen. Und. . . Ja, die sagt immer was – und das stimmt dann halt nicht. . . Weil sie tut immer fragen nach Essen und alles. Also, ob ich ihnen kein Essen gebe, so in der Art.« (5:72; 79).

»Sie sagt immer, die Mittlere soll sprechen lernen und alles, obwohl wir das auch alles machen. Sie spricht erst, wenn niemand da ist. Und tut's auch, wenn du dich mit ihr beschäftigen willst, aber sie glaubt uns nicht wirklich.« (5:87).

»Na, das Problem ist, es wurde ja festgestellt, also [vom Jugendamt] festgelegt, dass sie ja ein ganzes Jahr hier bleibt, besser gesagt kommt. . . wenn ich das gewusst hätte, dass sie so ist, dann brauche ich keine Hebamme« (5:406).

»Hm. Also sie war gestern da gewesen und es hieß: sie wiegt schon. . . also gut zugenommen. Aber unsre Meinung, sie wiegt 6500 und das mit sieben Monaten, also nicht wirklich. Dann, äh, was war das noch? Dann [sollten wir ihr] Flaschen [geben] aller vier Stunden. Also, ich bin der Meinung, sie ist sieben Monate, da kann sie auch ein bisschen später kriegen. Also, ich hab's bei meinem Großen gemacht, bei meinem Mittleren und so werd ich's auch bei ihr machen.« (5:124)

Wenn es im Verlauf der Betreuung zu keiner Lösung dieses Konflikts kommt oder kritische Nachfragen und Korrekturversuche hinsichtlich des Verhaltens einer Mutter erfolgen, kann ein grundsätzliches gegenseitiges Misstrauen resultieren. Anzeichen dafür könnte eine mangelnde Kooperation bzw. Adhärenz sein, die hinsichtlich der Erkennung von Kindeswohlgefährdung potenziell problematisch ist.

»Na, sie kriegt, na, ein bisschen anders als, also. . . sie kriegt die Flasche, dann geht mehr Brei rein und dann so zum Beispiel, dann fünf Löffel (unverständlich). Tun wir schütteln und das geben wir ihr dann. . . [Wir erzählen der Familienhebamme] gar nichts mehr, weil sie sagt dann immer, das ist falsch, das dürfen Sie nicht machen, und ja. . . Das sind so Sachen, aber ich höre nicht mehr wirklich auf sie.« (5:207; 167).

»Dann guckt sie so... wie sie aussehen, ob blaue Flecken da sind und sagt das... tut sie dann beim ASD sagen. Und jedes Kind fällt mal hin oder so... Und ich bin die Letzte, die ein Kind schlagen würde... Und so kommt's aber raus so... Also wenn, wenn noch ein blauer Fleck, wie gesagt, passiert, dann wird sie weggenommen, [sagte] halt auch eine von ASD« (5:223; 242; 259).

Die Familienhebammen, die selbst Teil eines Netzwerks von Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sind, verweisen die Mütter bei Bedarf an weiterführende fachliche Hilfe. In manchen Fällen begleiten sie die Frauen persönlich zu Terminen.

»... dass ich sofort mit den Ärzten sprechen soll, wenn irgendwo was auftritt, dass ich mich nicht wieder zurückziehe« (3:758).

»Sie hat mich auch in der Hebammenklinik angemeldet, also Gymnastik, das war sehr hilfreich für die Schwangerschaft und Geburt, sonst hätte ich es nicht so schnell geschafft« (2:78).

»Wir machen auch manchmal irgendwelche Behördengänge, dass sie einfach mitkommt« (3:815).

»Ja, sie hat ihn gewogen und alles und hat ihn gemessen. Und dann auf einmal ging's ihm nicht so gut. Weil, er war blass im Gesicht und ja, hat gebrochen. Dadurch hat sie gesagt: Schleunigst in ein Krankenhaus!« (10:160)

»Gestern war sie ja wieder da und weil sie ja auch ne belegte Zunge hatte, dann sind wir ins Krankenhaus. Sie hat mich ja da gleich angemeldet, hat gleich alles in die Wege geleitet, nicht, wenn doch was Schlimmes ist.« (2:120)

»... die erste Zeit... bin ich hier auch nicht so mit den Ämtern zurande gekommen. Da hat sie halt immer gesagt, wie ich's am besten machen kann. Und Kinderarzttermine, wie ich das da am besten machen kann.« (6:63)

»Also sie hat mir die Adressen gegeben, zum Beispiel von... wie heißt denn das? Na, Standesamt zum Beispiel. Da sollt ich hingehen wegen Namen und so alles wegen mein Kind da... Ja, auf jeden Fall war ganz gut mit ihr. Zum Beispiel, wo ich Papierkram zu erledigen hatte und nichts verstanden habe davon. Sie hat's mir vorgelesen, hat's mir erklärt, was und wie, und dann bin ich eben halt ein Stück weiter gekommen.« (10:99)

4 Diskussion

Psychosozial und gesundheitlich belastete Familien werden in der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes mit einem niedrigschwelligen aufsuchenden Hilfeangebot durch die Familienhebammen erreicht. Auch wenn keine empirischen Hinweise dahingehend existieren, welcher Prozentsatz der potenziell existierenden Zielgruppe Teil des Projektes ist, so bestätigen die Merkmale der Stichprobe eine zum Teil erheblich durch multiple Risikofaktoren belastete Klientel.

Da der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen (BDH et al. 2007) ausschließlich gesundheitsorientierte Leistungen während der Schwangerschaft und – in der Regel – bis zur 8. Woche nach der Geburt vergüten, ist ein beträchtlicher Anteil der Leistungen nach dieser Zeitspanne von dieser vertraglichen Vereinbarung unberührt: nämlich im Durchschnitt 12 und maximal 29 Hausbesuche, die – wie die ersten Hausbesuche postpartum – überwiegend die Ernährung und Pflege des Kindes, die Mutter-Kind-Beziehung sowie Gesundheitsförderung betreffen.

Neben diesen gesundheitsorientierten Maßnahmen, die unbestreitbar im Zentrum der Tätigkeit der Familienhebammen stehen und zur gesundheitlichen Chancengleichheit der Kinder beitragen, leisten die Familienhebammen in beträchtlichem Umfang emotionale Unterstützung bei Überforderung, Konflikten, Trauer und sozialer Isolation (im Durchschnitt 18 Mal während der Betreuung, mit einem Maximum von 136 Anlässen). Außerdem unterstützen die Familienhebammen die Frauen als »Coach« beim Ausfüllen von Formularen und der Vereinbarung/Einhaltung von Terminen. Auch diese psychosozialen Leistungen werden im Rahmen des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen (BDH et al. 2007) weder eigens aufgeführt noch vergütet. Erst nach Abschluss der Regelversorgung (d.h. ab der 9. Woche postpartum) vergütet das Landesministerium für Gesundheit und Soziales sowohl die gesundheits- als auch psychosozialen Leistungen der Familienhebammen in Form eines Honorars. Da die Familienhebammen ihre Betreuung bei über einem Drittel der Frauen bereits in der Schwangerschaft beginnen und auch in dieser Zeit gesundheitsfördernde und psychosoziale Maßnahmen ergreifen, ist hier auf Seiten der Familienhebammen ein hohes persönliches Engagement gefordert, das die Frauen – wie die Interviews zeigen – wertschätzend anerkennen.

Die Familienhebammen stehen mit einer großen Anzahl von Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereiches in Kontakt und verweisen die Frauen auf weiterführende Hilfsmaßnahmen oder ärztliche Behandlungen. Aus der Perspektive der Frauen wird ihnen einerseits durch die Netzwerkakteure – insbesondere das Jugendamt – eine Familienhebamme vermittelt, andererseits nimmt die Familienhebamme im Hilfenetzwerk eine Lotsenfunktion wahr. Da relativ wenige Familienhebammen (zum Beispiel in Halle/Saale nur vier) einer Großzahl von Kinder- und FrauenärztInnen sowie Beratungsstellen, SozialarbeiterInnen des Jugendamtes und der Freien Träger sowie Familienhelferinnen gegenüberstehen, ist mit der Erreichung der Kapazitäts- und Belastungsgrenze auf Seiten der Familienhebammen zu rechnen – zumal den Familienhebammen nur maximal 10 Stunden wöchentlich für ihre Tätigkeit als Familienhebamme zur Verfügung stehen.

Während die Fremdeinschätzung durch die Familienhebammen hinsichtlich der psychosozialen Kompetenzen der Frauen eher unterdurchschnittlich ausfällt, schätzen die Frauen dagegen ihre ‚Allgemeine Selbstwirksamkeit‘ in Krisensituationen überdurchschnittlich positiv ein. Der signifikante Zuwachs ihrer subjektiven Selbstwirksamkeit zum Ende der Betreuung hin könnte als Ergebnis der Bemühungen der Familienhebammen interpretiert werden, den Frauen ein Bündel von Fertigkeiten und Kompetenzen in der Sorge für die Familie (bzgl. Gesundheit, Kind, Organisation) und in der Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung oder öffentlichen Hilfen zu vermitteln. Da hier jedoch kein Kontroll-

gruppendesign vorliegt, wäre dieser Schluss voreilig, weil neben den Familienhebammen in vielen Familien mehrere Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich parallel aktiv sind und manche Frauen auf ein – wenn auch häufig begrenztes und nicht immer verlässliches – informelles Netzwerk zurückgreifen können. Dennoch geben sowohl die subjektive Einschätzung der Frauen hinsichtlich der Familienhebammen als auch die Interviews eindeutige Hinweise dahingehend, dass die Frauen die Betreuung durch die Familienhebammen überdurchschnittlich positiv zu Beginn und zum Ende der Betreuung erleben.

Die Familienhebamme wird als Vertrauenspartnerin gesehen, die den Frauen Offenheit, Empathie und Verständnis entgegenbringt. Die Frauen erwarten und erhalten Beratungen, praktische Anleitung und fachliche Hilfe in der Pflege, Versorgung und Ernährung des Kindes. Sie schätzen sehr die Erreichbarkeit der Familienhebammen und deren Hausbesuche, die ihnen oft beschwerliche Wege zu außerhäuslichen Terminen ersparen. Auch wenn viele der befragten Frauen eigenständig die Vorsorgetermine und Impfungen für ihre Kinder wahrnehmen, so sind sie doch dankbar für Hinweise und Erinnerungen der Familienhebammen bezüglich der Termine sowie Präventionsmaßnahmen im Haushalt zum Schutz des Kindes. Somit erleben die Frauen ihre Familienhebamme häufig als Partnerin, die sie entlastet und bestärkt und insbesondere bei einem mangelnden informellen Hilfenetzwerk eine Bewältigungsressource darstellt. Sie sind erleichtert darüber, dass sie primär keine Kontrollfunktion wahrnimmt und möchten selbst als ebenbürtige Partnerin im Betreuungsprozess ernst genommen werden. So bewerten sie die gemeinsame Entscheidungsfindung positiv und sehen sie als Grundvoraussetzung dafür, dass sie Verantwortung übernehmen und sowohl Informationen als auch Verhaltensempfehlungen annehmen.

Jedoch können sich in bestimmten Situationen das Misstrauen und die Kritik der Frau gegenüber der Familienhebamme und der Zweifel der Familienhebamme hinsichtlich der wahrheitsgemäßen Aussagen der Frau gegenüberstehen. Diese Dissonanz erschwert das »Arbeitsbündnis« (Behrens & Langer 2006) zwischen beiden Parteien oder macht es gar unmöglich. Es kann einerseits zu einer mangelnden Kooperation bzw. Adhärenz der Frau führen und andererseits Verdächtigungen aus der Perspektive der Familienhebammen nahe legen, dass die Frau oder die Eltern ihr Kind vernachlässigen oder misshandeln. Vor dem Hintergrund einer frühzeitigen Erkennung einer Kindeswohlgefährdung stellt dies eine problematische Situation dar. Es wären unterschiedliche Lösungen denkbar: die Abgabe der Klientin an eine andere Familienhebamme, wobei auch diese als mögliche Kontrollperson im Falle einer potenziellen Kindeswohlgefährdung erlebt werden kann; die Einladung einer vertrauten Person zu den Gesprächen zwischen der Familienhebamme und der Frau, die allerdings die Kompetenz der Vermittlung und der positiven Einwirkung auf die Frau haben sollte; oder auch gemeinsame Hausbesuche der JugendamtsvertreterIn mit der Familienhebamme, die unweigerlich den Anstrich einer Kontrollausübung haben werden, aber bei ernsthafter Gefährdung des Kindes unumgänglich sind.

5 Schlussfolgerungen

Qualifizierte Familienhebammen leisten einen signifikanten Beitrag in der Gesundheitsförderung von hoch belasteten Familien und setzen sich wesentlich für das Wohlergehen

der Kinder und ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit ein. Die Stärkung und Mobilisierung von Ressourcen auf Seiten der Frau bzw. der Eltern sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit stellen eine potenziell effektive und nachhaltige Unterstützung der Elternverantwortung und des Kindeswohls dar. Die positive Einschätzung der Betreuung der Familienhebammen aus der Perspektive der Frauen wird maßgeblich durch das respektvolle Vertrauensverhältnis, die Erreichbarkeit und das Engagement der Familienhebammen, die praktische Relevanz ihrer Angebote sowie ihre psychosoziale Unterstützung bewirkt.

Die kontinuierliche Betreuung von zum Teil komplex belasteten Familien durch die Familienhebamme ist hinsichtlich der Prävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung ein unverzichtbares, niedrigschwelliges Angebot, das auch auf Zukunft hin integrativer Teil des Hilfenetzes des Gesundheits- und Sozialbereichs sein muss. Hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung des Tätigkeitsumfangs muss eine weitere Qualifizierung von zusätzlichen Familienhebammen geplant und vorgenommen werden, um einerseits einer Überlastung der bereits aktiven Familienhebammen und Frustrationen auf Seiten der Netzwerkakteure vorzubeugen und andererseits ihr Angebot für alle belasteten Familien verfügbar zu machen, die der anvisierten Zielgruppe entsprechen.

Literatur

- Behrens, J. & Langer, G. (2006). Evidence-based Nursing and Caring: Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Bern: Huber.
- Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) & Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2007). Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGB V.
<http://www.saechsischer-hebammenverband.de/RahmenvertragKrankenkasse2007.pdf>
(Stand: 1.3.2009)
- Hellwig, S. und Jeska, A. (2006). Kindesmisshandlung: Tod in Bremen. DIE ZEIT, 43 (19.10.2006).
Webseite: <http://www.zeit.de/2006/43/Bremen>. (Stand: 27.2.2009)
- Engfer, A. (2005). Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen (S. 3-19). Stuttgart: Schattauer.
- KOMDAT (2006). Jugendhilfe. Kommentierte Daten der Jugendhilfe, Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (9. Jg.). Sonderausgabe Oktober 2006.
- Münder, J., Mutke, B., & Schone, R. (2000). Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum.
- Deutsche Presseagentur (dpa) (2007a). Chronologie: Wenn Kinder vernachlässigt werden. Spiegel Online (21.11.2007). Webseite: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,518771,00.html> (Stand: 27.2.2009)

- Deutsche Presseagentur (dpa) (2007b). Vernachlässigtes Mädchen: Lea-Sophie wog nur noch sieben Kilo – Ärzte entsetzt, Spiegel Online (22.11.2007). Webseite: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,518890,00.html> (Stand: 27.2.2009)
- Statistisches Bundesamt (2008). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Unicef (2003). A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. Florence: Unicef.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.