

Quelle:

Ayerle, G. & Sadowski, K. (2007). Gesundheitsförderung durch Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt. In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), XI. Hebammenkongress „Hebammen fördern Gesundheit - von Anfang an“. Kongressband (S. 92-105). Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.

XI. Hebammenkongress, Leipzig, 14.-16.5.2007

Gesundheitsförderung durch Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt

Das Projekt „Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ wurde im Rahmen des „Landesbündnisses für Familien Sachsen-Anhalt“ vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2006) und dem Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. initiiert und aufgebaut. Von März bis Dezember 2006 nahmen 10 Familienhebammen, die in Halle und Magdeburg sowie in fünf Landkreisen tätig sind, an einer qualifizierenden Weiterbildung mit 7 Modulen und einer schriftlichen und mündlichen Abschlussprüfung teil. Die Familienhebammen wurden ab Juni 2006 als solche tätig; dies bedeutet, dass sie über die originäre Hebammentätigkeit hinaus ein erweitertes Tätigkeitsfeld (ab 8. Woche postpartum bis zum Ende des 1. Lebensjahrs des Kindes) wahrnehmen. Im Februar 2007 wurde ein zweiter Weiterbildungskurs mit 10 Familienhebammen begonnen, die ab Mai ihr bisheriges Tätigkeitsfeld in gleicher Form erweitern werden. Das Projekt wird mindestens bis 2009 durch das Landesministerium finanziell getragen.

Ziele und Zielgruppe des Projekts

Das übergreifende Ziel des Projekts „Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ ist zum einen die Förderung der gesundheitsbezogenen Chancengleichheit von vulnerablen Familien und zum andern die Mobilisierung und Stärkung von individuellen und sozialen Ressourcen, wie z. B. die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen. Notwendig hierfür sind die Etablierung eines niedrigschwelligen Hilfsangebotes, eine verbesserte Betreuungskontinuität sowie eine regionale interdisziplinäre Netzwerkbildung. Nur dadurch sind eine nachhaltige und weitestgehende flächendeckende Unterstützung der Familien und eine Verbesserung der kindlichen Gesundheit und Entwicklung möglich.

Durch aufsuchende Familienhilfe und -unterstützung (Hausbesuche) betreuen die Hebammen so genannte vulnerable Familien, d.h. Schwangere oder Mütter und de-

ren Familien, die medizinische und/ oder psychosoziale Risikofaktoren aufweisen. Um den Hebammen einen annähernd objektiven Anhaltspunkt hinsichtlich der Aufnahme in das Projekt zu geben, wurde eine gewichtete Übersicht der Risikofaktoren erstellt (siehe Tabelle1). Jede Frau, die insgesamt mindestens 3 Punkte aufweist, wird in das Projekt aufgenommen.

Tabelle 1: Risikofaktoren der Zielfamilien/Klientinnen

3 Punkte pro Risiko	2 Punkte pro Risiko	1 Punkt pro Risiko
Eltern mit eingeschränkter Fähigkeit in der Alltagsbewältigung: z.B. keine regelmäßigen Mahlzeiten für das Kind/ die Kinder, Vernachlässigung von Aufgaben im Haushalt, problematische Hygiene...	geringer sozio-ökonomischer Status (z.B. arbeitslose Mutter/ Eltern, von Sozialhilfe/ Harz IV abhängige Mütter/ Eltern (oder überschuldete Mütter/ Eltern)	minderjährige Mutter: < 18 Jahre, Schülerin, Auszubildende
Anzeichen für Überforderung/ Hilflosigkeit oder Vernachlässigung der Versorgung des Säuglings	geringer Bildungsstand (Sonderschule, kein Schulabschluss, keine Ausbildung)	mit Kind allein lebende Mutter
Eltern mit Suchtproblemen: Alkohol, Drogen (Methadon, illegale)	mangelnde soziale Unterstützung, soziale Isolation	Schwangere/ Mutter mit zusätzlichem Kleinkind unter 2 Jahren
Gewalterfahrung durch Partner / Familienangehörige / Freunde (Vermittlung durch Beratungsstellen?)	erhebliche Konflikte in Partnerschaft/ Familie und mangelnde Fähigkeit zur Problemlösung	Schwangere/ Eltern mit 4 oder mehr Kindern unter 10 Jahren
mangelndes Wissen über soziale, gesundheitsbezogene Inhalte: Gesundheitssystem, Beratungsstellen, Ausländerbeauftragte, Ämter... oder keine Antragstellung auf öffentliche Hilfen, ...	Migrantin und/oder Analphabetin: mangelnde Deutschkenntnisse	nach Trennung von Mutter und Kind (z.B. Frühgeborenes, stationärer Aufenthalt des Kindes oder der Mutter)
schwieriges Kind oder Schreibaby	Gewalt in der Herkunftsfamilie (körperliche/ psychische Gewalterfahrung als Kind)	verwaiste Mutter (nach Totgeburt)
Mütter mit psychischer Erkrankung: Depression, Psychose, Schizophrenie,... (z.B. nach stationärer Entlassung)	in Einrichtung lebende Schwangere/ Mutter (z.B. Frauenhaus)	unerwünschte Schwangerschaft
geistige Behinderung der Mutter	behindertes Kind	körperliche Behinderung der Mutter
potenzielles Risiko oder Verdacht auf Kindesmisshandlung (Anzeichen)		

Wenn die Frauen eine eingeschränkte Fähigkeit in der Alltagsbewältigung, Anzeichen für Überforderung/ Hilflosigkeit oder Vernachlässigung der Versorgung des Säuglings aufweisen bzw. wenn sie ein schwieriges Kind oder so genanntes „Schreibaby“ haben (3 Punkte), werden sie ohne zusätzliche Risikofaktoren in das Projekt aufgenommen. Weitere Bedingungen, die eine uneingeschränkte Aufnahme ins Projekt bedeuten, sind ein potenzielles Risiko für bzw. ein Verdacht auf Kindesmisshandlung oder eine vorliegende Sucht- bzw. Gewaltproblematik (3 Punkte). Andere Faktoren gelten nur dann als Kriterium für die Aufnahme ins Projekt, wenn eine Kombination verschiedener Umstände vorliegt (2 Punkte oder 1 Punkt), die mindestens 3 Gesamtpunkte erreicht, z. B. wenn eine Frau einen geringen Bildungsstand hat, sozial isoliert ist und eine unerwünschte Schwangerschaft austrägt.

Um das oben benannte Ziel zu erreichen, wird eine kontinuierliche gesundheitsorientierte Betreuung der bedürftigen Familien durch die Familienhebammen angestrebt. Möglichst bereits in der Schwangerschaft sollen die Familienhebammen Kontakt zu den Familien erhalten und diese nach Bedarf bis zum 1. Geburtstag des Kindes betreuen. Durch eine intensive Vernetzung mit Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems soll eine umfassende Unterstützung der Frau und ihrer Familie erfolgen und die Interessen des Kindes so weit wie möglich vertreten werden. Als Teil der Weiterbildung knüpften die Familienhebammen bereits in ihrer jeweiligen Stadt bzw. ihrem Landkreis nicht nur mit Frauen- und KinderärztInnen Kontakte, sondern insbesondere mit Beratungsstellen, dem sozialen Dienst, SozialarbeiterInnen sowie Behörden. Inzwischen werden die Familienhebammen häufig vom Jugendamt auf Familien aufmerksam gemacht, die von sich aus keine Hebamme in Anspruch genommen hätten. Die Familienhebammen nehmen in ihrer Tätigkeit die Funktion einer Lotsin wahr, die je nach Bedarf mit anderen Akteuren in Kontakt steht bzw. die Familie an diese verweist. Sie unterstützt die Familie in der Abmachung und Wahrnehmung von Terminen, in der Aktivierung von vorhandenen Ressourcen und strebt die Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) an.

Evaluation des Projekts: Ziel und Methode

Welche Wirksamkeit hat das Engagement der Familienhebammen auf die Gesundheit der Kinder vulnerabler Familien und die Selbstwirksamkeit (Hilfe zur Selbsthilfe) der Mütter? Lohnt sich der zeitliche, personelle und finanzielle Aufwand für die Qualifizierung der Familienhebammen? Diese und weitere Fragen sollen mit der im Folgenden beschriebenen Evaluationsstrategie beantwortet werden. Zum einen steht die Wirksamkeit der Interventionen durch die Familienhebammen im Vordergrund (Outcome-Orientierung), zum anderen werden Verlaufs- und Ausführungsdaten bzgl. der Betreuung und der Ereignisse während des Betreuungsverlaufs erhoben (Prozessorientierung). Darunter fallen Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung sowie praktisch-funktionelle Bemühungen, die den Familien helfen, zusätzliche bzw. öffentliche Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus wird die Akzeptanz und Zufriedenheit der Klientinnen sowie die Beurteilung der erweiterten Tätigkeit durch die Familienhebammen (Klientinnen- und Mitarbeiterinnenorientierung) bestimmt (BZgA 1999). Hierfür bietet sich eine quantitative Längsschnittstudie mit pre-post-Design mit mehreren Erhebungszeitpunkten an. Die Daten bzgl. der Klientinnen

werden in der Schwangerschaft und postpartal in der 2. Woche, im 4. Monat und im 10. Monat erhoben.

Die Schwangeren und Mütter, die aufgrund der Risikokriterien in das Projekt aufgenommen werden, füllen zu Beginn der Betreuung sowie zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten einen Fragebogen aus, der die allgemeine Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer 1999), ihre mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung (Cappenberg 1997) und ihre wahrgenommene Unterstützung (Schwarzer & Schulz 2000) erfasst. Um die subjektive Einschätzung der Frauen bzgl. der verschiedenen Unterstützungsleistungen durch die Familienhebamme kennen zu lernen, wurden für diesen Zweck eigene Items konstruiert.

Persönliche Interviews werden in der Zukunft durchgeführt, um einerseits die Akzeptanz und Zufriedenheit der Klientinnen mit der Familienhebamme sowie weitere Umstände, unvorhergesehene Einwirkungen auf die Familien und unerkannte Ressourcen kennen zu lernen (hermeneutisch-interpretativer Ansatz). Andererseits setzt sich die Evaluation aber auch zum Ziel, psychosoziale Veränderungen in den Familienhebammen selbst zu eruieren, die sich durch die intensive und zum Teil belastende Tätigkeit ergeben. Hierzu werden einzelne Hebammen auf der Basis von Leitfadenterviews befragt.

Zur Erfassung der Prozesse und Outcomes wurde ein systematischer Dokumentationsbogen mit 100 Items erstellt, in dem die Familienhebammen ihre Arbeit detailliert dokumentieren. Es werden gesundheitsbezogene, psychosoziale und praktisch-funktionelle Leistungen der Familienhebammen in der Zeit der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahrs des Kindes erfasst.

Ergebnisse der Auswertung

Insgesamt 149 Familien wurden im Zeitraum zwischen Juni 2006 und März 2007 durch zehn Familienhebammen begleitet. In diese Zwischenauswertung fließen die Daten des Dokumentationsbogens zur gesundheitlichen und psychosozialen Situation der Frauen und ihrer Kinder ein, die sich auf den Betreuungsbeginn beziehen, und die bis Ende März 2007 erbrachten Leistungen der Familienhebammen. Außerdem wurden von den Frauen insgesamt 119 Fragebögen bei Betreuungsbeginn aus-

gefüllt, die Auskunft geben über die subjektiv empfundene Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Elternkompetenz und die Einschätzung der Familienhebamme. Von weiteren zehn Frauen liegen nur vereinzelt soziodemografische Daten vor, da sie Analphabetinnen oder Migrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse sind. Die verbleibenden Familien, die erst nach dem 4. Monat in das Projekt aufgenommen wurden, die eine Teilnahme ablehnten oder die nicht um ihren Beitrag gebeten wurden, sind in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Erbrachte Leistungen der Familienhebammen

In den ersten sechs Monaten der praktischen Tätigkeit als Familienhebamme wandten sie eine Zeit zwischen 2,5 und 13,5 Stunden pro Monat (Durchschnitt. 7,4 Stunden/ Monat) für Leistungen außerhalb der Hebammengebührenverordnung auf. Diese Zahl steigerte sich – durch Frauen, die in der Zwischenzeit geboren hatten, und die Aufnahme von Familien mit einem Säugling – in den darauf folgenden drei Monaten auf 9,3 bis 38,8 Stunden pro Monat (Durchschnitt: 24,5 Stunden/ Monat). Werden die Leistungen von Anfang 06/2006 bis Ende 03/2007, die im Rahmen und außerhalb der Hebammengebührenverordnung erbracht wurden, zusammen betrachtet, entfielen pro Frau im Durchschnitt 8,3 Leistungen (Min: 0; Max: 27; SD¹: 5,8) auf die Begleitung in der Schwangerschaft sowie 48,5 Leistungen (Min: 0; Max: 260; SD: 40,0) auf die gesundheitliche Versorgung und 21,4 Leistungen (Min: 0; Max: 101; SD: 20,4) auf die psychosoziale-funktionelle Unterstützung im ersten Lebensjahr des Kindes. Die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen umfasste in der Begleitung von Schwangeren und Müttern bis dato im Durchschnitt 3,9 Leistungen pro Familie (Min: 0; Max: 63; SD: 6,5).

Der Kontakt zu den Familienhebammen erfolgte bei jeweils 30,6% der Frauen (n=144) durch sie selbst und/ oder eine Behörde, wie z.B. das Jugendamt. In 15,3% der Familien wurde der Kontakt durch eine andere Hebamme hergestellt, in 10,4% durch ein Krankenhaus und in 8,3% durch eine Ärztin/ einen Arzt. Darüber hinaus wurden die Familienhebammen durch eine Beratungsstelle (11,1%), eine/n Sozialarbeiter/in (9,7%), Familienangehörige (2,8%) oder sonstige (7,6%) kontaktiert. Die Betreuung wurde zu 31% während der Schwangerschaft initiiert (n=129). In der zwei-

¹ Min: Minimum; Max: Maximum; SD: Standardabweichung

ten Woche postpartum zählten weitere 46,5% der Frauen zum Projekt und im vierten Monat postpartum zusätzliche 22,5%.

Merkmale der Familien

Von den seit Juni 2006 von den Familienhebammen betreuten Familien (n= 149) wies ein großer Anteil Merkmale auf, die auf eine psychosoziale Beeinträchtigung und Chancenungleichheit hinweisen, und sie somit zur Aufnahme ins Projekt berechtigten. So zeigen sich bei 40% der Familien zwischen einem und drei Risikofaktoren (von 1, 2 oder 3 Punkten), bei 44% vier bis sechs und bei 5% sieben bis elf Risikofaktoren (vgl. Tabelle 1). Fast zwei Drittel aller Familien (61,7%) haben ein oder zwei Probleme und 19,5% sogar drei bis fünf Problemlagen im Bereich der 3 Punkte. Nur 18,8% der Familien haben ausschließlich Risiken aus den Gruppen mit zwei oder einem Punkt. Gut 64% der Frauen sind unter 25 Jahre alt, 66% haben entweder (noch) keinen Schulabschluss oder einen Hilfs- bzw. Hauptschulabschluss und 32% leben ohne Partner (siehe Tabelle 2). Während 72% der Frauen arbeitslos sind, haben nur 8% einen schlechten Gesundheitszustand. 42% von 119 Klientinnen erwarten ihr erstes Kind, weitere 47% haben zwei bis sieben Kinder.

Tabelle 2: Merkmale der Frauen (%)

	Ja	Nein	keine Angabe
Alter <25 Jahre (n=149)	64,4	32,2	3,4
(Noch) keinen Abschluss oder Hilfs-/ Hauptschulabschluss (n=119)	65,5	21,0	13,5
Ohne Partner/ getrennt lebend (n=149)	32,2	65,8	2,0
Arbeitslos (n=149)	71,8	24,2	4,0
Schlechter Gesundheitszustand (n=149)	8,1	80,5	11,4
Erstes Kind (n=119)	42,0	47,1	10,9

Abhängig davon, unter welchen Umständen die Frauen mit ihren Familien wohnen, erfahren sie soziale Unterstützung von ihren Eltern. Dies ist insbesondere von Interesse, da so viele der Klientinnen unter 25 Jahre alt sind. So werden die meisten derjenigen von ihren Eltern unterstützt, die mit ihnen bzw. einem Elternteil wohnen (95%), die wenigsten (25%) dagegen, wenn sie in einer Betreuungseinrichtung leben (siehe Abbildung 1). Wohnen die Frauen mit ihrem Kind/ ihren Kindern allein, erhalten sie mehrheitlich Unterstützung durch ihre Eltern (61%), im Gegensatz zu Frauen, die ihren Haushalt mit einem Partner teilen (39%).

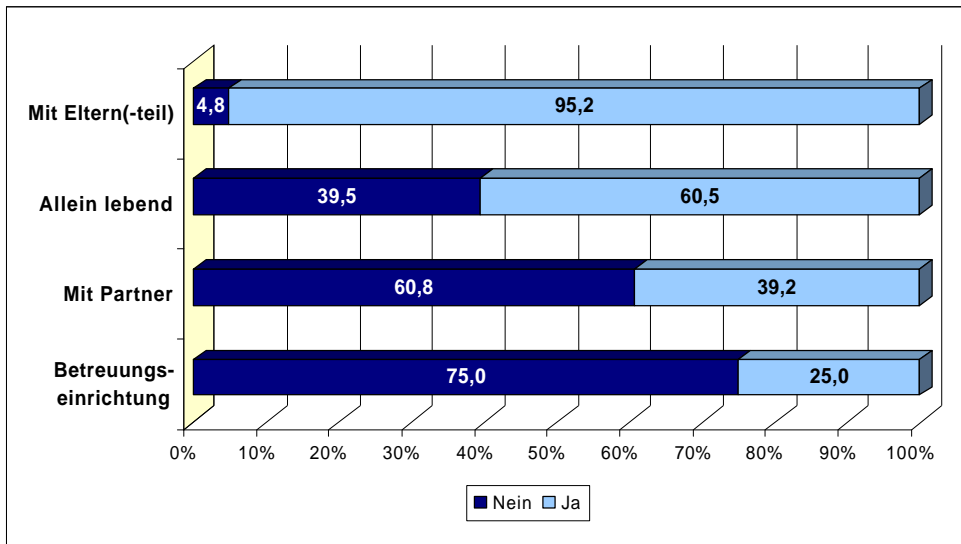


Abbildung 1: Soziale Unterstützung durch die Eltern je nach Wohnsituation (%; n=141)

Auch die Kinder der Mütter weisen zum Teil bedeutende Risikofaktoren auf. So hatten knapp 5% der betreuten Säuglinge zehn Minuten nach ihrer Geburt einen APGAR-Wert unter 9 und 14% bzw. 12% von ihnen hatten ein geringeres Gewicht als 2500g bzw. waren unreif (siehe Abbildung 2). Fast 30% der Kinder waren länger als 7 Tage stationär in der Klinik und 35% wurden selbst in der ersten Lebenswoche nicht gestillt.

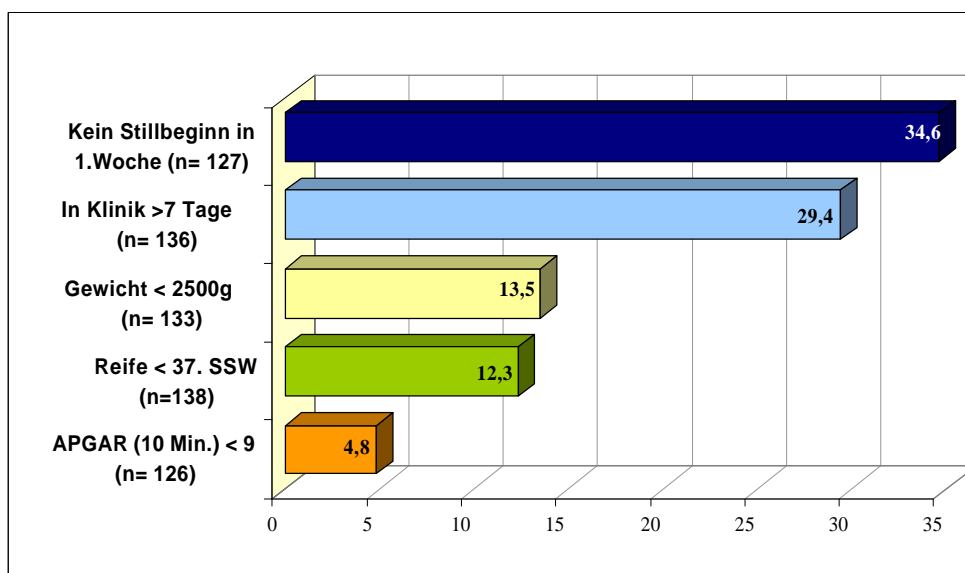


Abbildung 2: Merkmale der Neugeborenen (%)

Elternkompetenz und Selbstwirksamkeit

Aus Sicht der Familienhebamme versorgten 73% der Frauen ihr Kind gut, 16% mittelmäßig und 11% schlecht. Die Mutter-Kind-Beziehung konnte bei mehr als der Hälfte (51%) als gut bewertet werden. Bei 15% stufen die Familienhebammen sie als mittelmäßig und bei 33% als schlecht ein. Werden die Kompetenzen der Frauen in Bezug auf sich selbst, ihre Familie und ihre Bewältigungsstrategien differenziert, zeigt die Einschätzung der Familienhebammen bei etwa je einem Viertel der Frauen ein geringes Bewusstsein für die eigene Gesundheit und einen geringen Beitrag zum Familienleben (siehe Abbildung 3). Jedoch liegen bei wesentlich mehr Frauen geringe Kompetenzen in Bewältigungsstrategien vor. Über 40% der Frauen werden von den Familienhebammen als wenig kompetent eingeschätzt, öffentliche Hilfeleistungen (42%) oder soziale Unterstützung (42%) in Anspruch zu nehmen bzw. sich selbst zu helfen (47%).

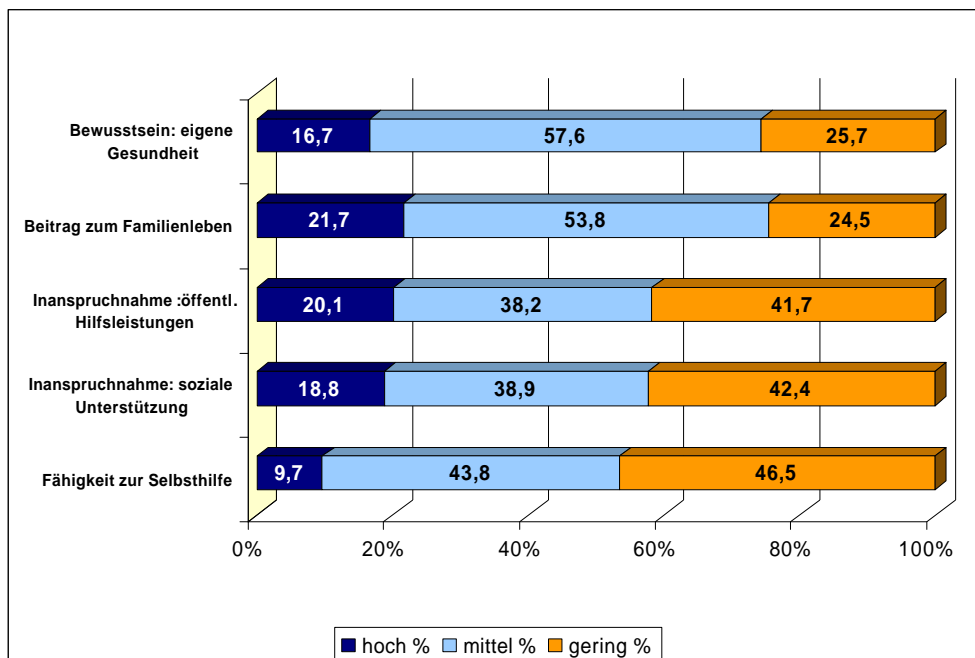


Abb. 3: Kompetenzen der Frau zu Beginn der Begleitung aus Sicht der Familienhebamme (%) [N = 119]

Dagegen wird die allgemeine Selbstwirksamkeit (Jerusalem & Schwarzer 1999), Probleme oder Krisen im Alltag bewältigen zu können, von den Frauen subjektiv besser eingeschätzt: fast die Hälfte der Frauen (49%) betrachten sich als sehr und 40% als mäßig fähig, Schwierigkeiten zu bewältigen und Problemlösungen zu finden. Nur 11% der Frauen geben eine niedrige Selbstwirksamkeit an. Die vier Bereiche der

mütterlichen Kontroll- und Kompetenzüberzeugung nach Cappenberg (1997) geben einen differenzierten Einblick in das Erleben der Mütter im Umgang mit ihren Kindern. Während ein ziemlich hoher Prozentsatz der Mütter überzeugt ist, in der Erziehung ihrer Kinder sehr kompetent zu sein (Kompetenzüberzeugung in der 2. Woche postpartum 67% und im 4. Monat postpartum 79%), sind sich nicht einmal die Hälfte der Frauen sehr sicher, selbst eine Wirkung auf das Kind auszuüben (Internalität in der 2. Woche postpartum 43% und im 4. Monat postpartum 40%). Bemerkenswert ist, dass 4 Monate nach der Geburt jede fünfte Frau (21%) ihre Erziehungskompetenz und jede zweite Frau (60%) ihren Einfluss auf das Kind als gering oder mäßig einschätzt (siehe Abbildung 3).

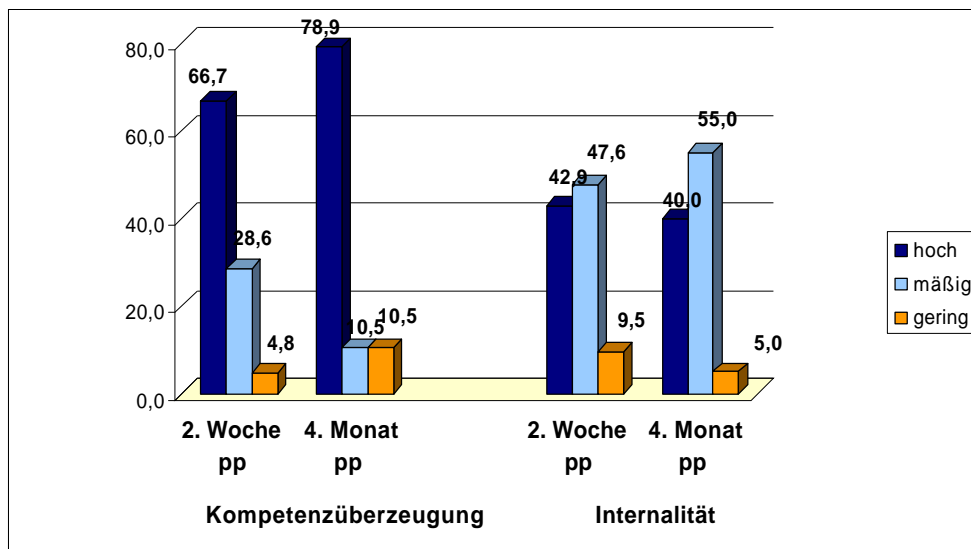


Abbildung 3: Kompetenzüberzeugung und Internalität (Mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung) in der 2. Woche (n=42) und im 4. Monat postpartum (n=19-20)

In den Bereichen soziale und fatalistische Externalität gibt ein beachtlicher Teil der Mütter zwei Wochen nach der Geburt an, dass andere Menschen einen großen (14%) bzw. mäßigen Einfluss (50%) auf die Erziehung ihres Kindes sowie das Schicksal eine große (10%) bzw. mittlere (24%) Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes hat. Wenn das Kind 4 Monate alt ist, sind noch mehr Mütter dieser Ansicht: 20% stimmen der Aussage zu, dass die Erziehung ihres Säuglings wesentlich durch andere Menschen beeinflusst wird und 21% glauben an den Zufall als steuernde Macht (siehe Abbildung 4).

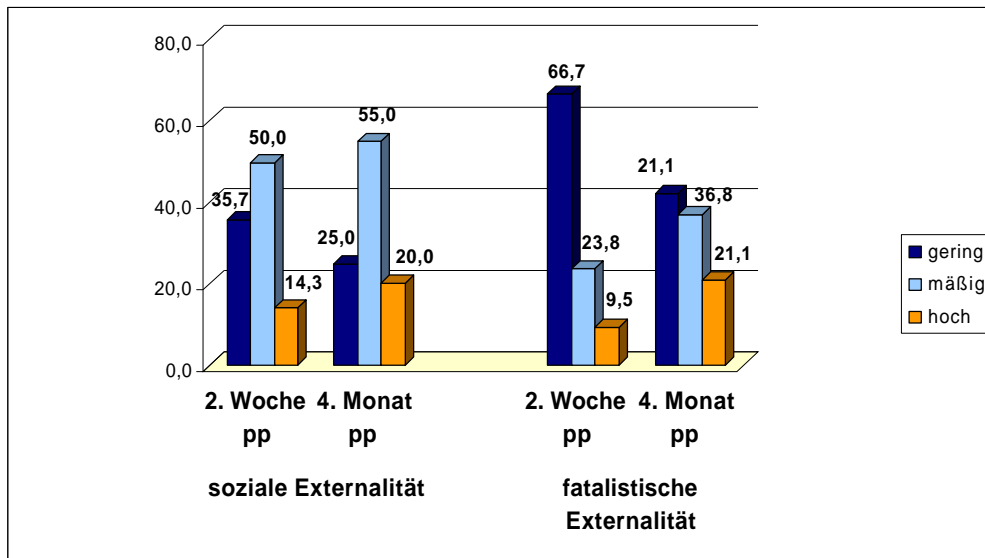


Abbildung 4: Soziale und fatalistische Externalität (Mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung) in der 2. Woche (n=42) und im 4. Monat postpartum (n=19-20)

Unterstützung durch das soziale Netz und Schutz der Familienhebamme durch eingeschränkte Mitteilung der Frauen

Im Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Schwarzer & Schulz 2000) schätzten 89% der Frauen zu Beginn der Betreuung die Unterstützung durch ihre Familie, ihre FreundInnen und Bekannten als groß ein und nur wenige als mittelmäßig (10%) oder gering (1%). Obwohl die Familienhebammen den Frauen zu Beginn der Betreuung völlig fremd sind, scheinen 72% der Frauen ihre Sorgen und Nöte uneingeschränkt mit ihnen teilen zu können. Gut 22% der Frauen geben ein mäßiges und 6% ein großes Schutzverhalten zu Beginn der Betreuung an, das sie davon abhält, ihre Gefühle mit der Familienhebamme zu teilen, ihr ihre Probleme anzuvertrauen oder Kritik zu üben. Dieses Muster verändert sich bis zur zweiten Erhebung nur geringfügig. Etwa genau so viele Frauen (71%) schützen die Familienhebamme in geringem Maße vor Konflikten. Jedoch kommt das mäßige Schutzverhalten bei etwas mehr Frauen vor (26%), während ein großes Schutzverhalten bei weniger Frauen zum Tragen kommt (3%).

Unterstützung durch die Familienhebamme

Die Unterstützungsleistungen durch die Familienhebamme werden durch die Frauen mehrheitlich positiv bewertet (siehe Abbildung 5). Zu Beginn der Begleitung (erste Erhebung) schätzen etwa 9 von 10 Klientinnen ihre emotionale Unterstützung (91%), ihren Rat (93%) und die Unterstützung der mütterlichen Beziehung zum Kind (90%) als groß ein. Lediglich bei der Lösung von Problemen durch Heranziehen von externen Hilfen wird die Wirkung anders eingeschätzt: eine große Unterstützung geben 63% der Frauen an, eine mittlere 24% und eine geringe 14% der Frauen.

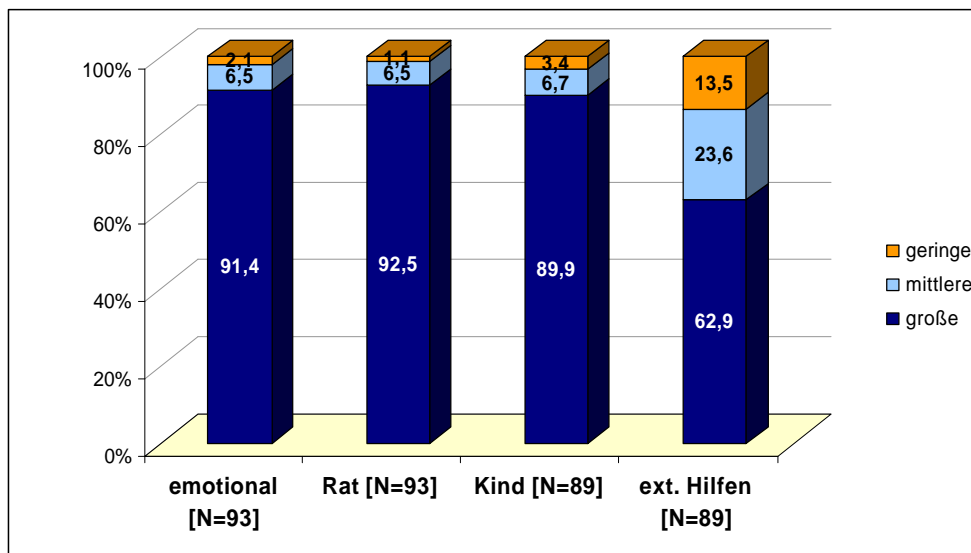


Abbildung 5: Wirksamkeit der Familienhebamme in unterschiedlichen Bereichen (%)

Werden diese Aussagen zur Wirksamkeit zu Beginn der Begleitung mit den Angaben der Frauen bei der zweiten Erhebung verglichen, so zeigt sich bei der emotionalen Wirkung keine wesentliche Veränderung. Da bei der zweiten Erhebung die Fallzahlen nur bei 36 bzw. 37 lagen, wurde bei dieser Zwischenauswertung auf einen Signifikanztest verzichtet. Im Vergleich zur ersten Erhebung empfanden etwas weniger Frauen (83%) den Rat der Familienhebamme als große Unterstützung und mehr Frauen als mäßige Hilfe (17%). Mehr Frauen schätzten bei der zweiten Erhebung das Coaching der Familienhebamme bzgl. ihrer Beziehung zu ihrem Kind als sehr nützlich ein (97%), während die Anzahl der Frauen, die es als mäßig bzw. als kaum hilfreich bewerteten, auf 3% bzw. 0% sank. Bei der Bewertung der Unterstützungsleistung bzgl. Kontakten mit Behörden oder der Lösung von Problemen nahm die

Gruppe der Frauen, die sie als groß einschätzten, nicht zu (62%), jedoch gaben mehr Frauen (32%) an, dass sie ‚mäßig‘ und weniger (6%), dass sie ‚gering‘ war.

Diskussion

In den ersten neun Monaten des Projekts nahm die durchschnittliche Arbeitszeit pro Monat für Leistungen zu, die die Familienhebammen außerhalb der Hebammengebührenverordnung erbrachten. Dies hängt u. a. damit zusammen, dass diese im Rahmen dieses Projekts frühestens ab 8. Woche postpartum extra durch das Landesministerium vergütet werden, auch wenn – z. B. bei Begleitungsbeginn in der Schwangerschaft – vereinzelt psychosozial-funktionelle Unterstützungsleistungen, die außerhalb der Hebammengebührenverordnung liegen, schon vor diesem Zeitpunkt erbracht werden. Neben dieser psychosozial-funktionellen Unterstützung leisteten die Familienhebammen insbesondere einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung im ersten Lebensjahr des Kindes. Dieser kommt unter anderen denjenigen Säuglingen zugute, die einen zusätzlichen, nicht nur gesundheitlichen Versorgungsbedarf aufweisen: wie etwa jedes 8. Kind, das bei der Geburt unreif war oder unter 2500 Gramm wog bzw. jedes 3. Kind, das längere Zeit stationär im Krankenhaus bleiben musste.

Die Daten, dass fast zwei Drittel aller Klientinnen mit mehr als drei Risikofaktoren in ihrer Lebenssituation zu kämpfen hat bzw. etwa die Hälfte mehr als eine schwerwiegende psychosoziale oder gesundheitliche Belastung aufweist, belegen, die Stichprobe stellt tatsächlich die anvisierte Zielgruppe dar. Bei den Teilnehmerinnen im Projekt handelt es sich also um eine vulnerable Klientel, deren mehrfache Problemlagen durch keine einfache oder kurzfristige Intervention gelöst werden können. Diese Konstellation wird kompliziert durch einen Mangel an Bewältigungskompetenz, den die Familienhebammen bei 80-90% als mäßig oder groß einschätzten. Da ein häufiges Risiko die eingeschränkte Fähigkeit im Alltag oder Überforderung im Hinblick auf das Kind war, ist es nicht verwunderlich, dass die Versorgung des Kindes bzw. die Mutter-Kind-Beziehung bei jeder 4. bzw. 2. Frau von der Familienhebamme als mittelmäßig oder mangelhaft eingestuft wurde. Diese Einschätzung kann im Zusammenhang mit dem subjektiven Erleben der Mütter gesehen werden, die sich selbst zum Teil nicht in der Lage sahen, kompetent Einfluss auf ihr Kind zu nehmen und es entsprechend zu fördern und zu erziehen, sondern anderen Personen bzw. dem Schicksal eine größere Macht zuschrieben.

Interessant ist die Tendenz von etwa einem Viertel der Frauen, ihre Gefühle und Konflikte vor der Familienhebamme zurückzuhalten, sie ihr nicht zuzumuten oder ihr keine negative Rückmeldung zu geben. Dafür gibt es sicherlich vielfältige Gründe. Möglicherweise haben sie bereits schlechte Erfahrungen gemacht, die sie nur schwer vertrauen lassen, oder sie schätzen ihre eigene Situation bzw. ihre subjektive Sicht als ‚unzumutbar‘ für ihr Gegenüber ein. Dies könnte allerdings das Unterstützungspotenzial der Familienhebamme entsprechend einschränken und weniger hilfreich machen. Insgesamt ist es als sehr positiv zu werten, dass etwa 90% der Frauen sagen, von der Familienhebamme emotional unterstützt zu werden, durch ihren Rat Hilfe zu bekommen sowie in der Beziehung zu ihrem Kind gefördert zu werden. Bei etwa 40% der Frauen könnte das Angebot der Familienhebammen insbesondere dahingehend verstärkt und verbessert werden, indem Frauen darin unterstützt werden, externe Hilfen zu erhalten und mit Behörden effektiver umzugehen.

Literatur:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1999). *Evaluation – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Band 8). Köln: BZgA.
- Cappenberg M (1997). *Mütterliche Kontroll- und Kompetenzüberzeugung und kindliche Entwicklung*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Jerusalem & Schwarzer (1999). *Allgemeine Selbstwirksamkeit*. Homepage: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit/allgemeine_selbstwirksamkeit.htm (Stand: 11.5.2007)
- Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2006). *Newsletter 5/2006 an die Bündnispartner im Landesbündnis für Familien Sachsen-Anhalt*. URL: http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Familien_und_Gemeinschaften/Newsletter_5-2006_Internet.pdf (Stand: 11.1.2007)
- Schwarzer R & Schulz U (2000). *Berliner Social Support Skalen*. Homepage: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Berliner_Social_Support_Skalen/berliner_social_support_skalen.htm (Stand: 11.5.2007)