



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Chancen und Perspektiven für das Kindeswohl durch den Einsatz von Familienhebammen unter Berücksichtigung gesundheitsförderlicher und präventiver Strategien

Evaluation eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes
am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern

M a s t e r - T h e s i s

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M. Sc.)

Vorgelegt von: Stephanie Albrecht

Erstgutachterin: Prof. Dr. Gabriele Claßen
Zweitgutachter: Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 1. Oktober 2009

Die in dieser Darstellung verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Anhangsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
2 Hintergrund und Fragestellungen	3
3 Methodisches Vorgehen	6
<u>Teil I</u>	
4 Das Kindeswohl – Gesundheit und Wohlbefinden in den ersten Lebensjahren	9
4.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Wohl des Kindes	9
4.2 Aktuelle Datenbefunde für Deutschland	14
4.2.1 Physische Erkrankungen und Säuglingssterblichkeit	14
4.2.2 Psychische Erkrankungen	18
4.2.3 Kindeswohlgefährdung	19
4.3 Ausgangslage und Konsequenzen für die Familienhebammenarbeit	21
5 Der Beruf der Hebamme als Fundament für die Familienhebammenarbeit	23
5.1 Einordnung des Berufsfeldes und gesetzliche Rahmenbedingungen	23
5.2 Berufsprofil und Arbeitsbereiche	25
5.3 Modalitäten und Inhalte der Hebammenausbildung in Deutschland	27
6 Die Familienhebamme – ein spezifisches und ganzheitliches Tätigkeitsprofil?	30
6.1 Entstehungshintergrund und Wandel der Familienhebammenprojekte	30
6.2 Zentrale Aspekte der Familienhebammenarbeit	32
6.2.1 Handlungsfeld und Handlungsprinzipien	32
6.2.2 Zielgruppen	33
6.2.3 Fortbildung	35
6.2.4 Projektformen und Arbeitsstrukturen	36
6.2.5 Finanzierung und Honorierung	37

6.3	<i>Kritische Auseinandersetzung über Chancen und Grenzen der Arbeit von Familienhebammen</i>	38
6.3.1	Familienhebammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Kinderschutz	39
6.3.2	Interdisziplinäre Kooperationen als Brücke zu einem ganzheitlichen Versorgungsansatz	45

Teil II

7	Der Einsatz von Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern	47
7.1	<i>Entstehungshintergrund und Zielsetzungen des Projektes</i>	48
7.2	<i>Prämissen und aktuelle Entwicklung der Familienhebammenarbeit in M-V</i>	51
7.2.1	Handlungsfelder und Zielgruppen.....	51
7.2.2	Fortbildung zur Familienhebamme	51
7.2.3	Projektfinanzierung und Honorierung der Arbeit der Familienhebammen	53
7.3	<i>Regionale Verteilung der Familienhebammen in M-V</i>	54
7.4	<i>Exkurs: Aufsuchende Sozialarbeit – Familienhebamme für Eltern und Mütter im Stadtteil Grünhufe (Stralsund)</i>	56
8	Evaluation des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern	58
8.1	<i>Schlüsselbegriffe und Zielsetzung der Evaluation</i>	58
8.2	<i>Methodik und Untersuchungsdesign</i>	60
8.2.1	Schriftliche Befragung.....	61
8.2.2	Gruppendiskussion	66
8.3	<i>Ergebnisse der schriftlichen Befragungen</i>	67
8.3.1	Ergebnisse der Befragung der Familienhebammen.....	67
8.3.2	Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsämter	88
8.3.3	Gegenüberstellung relevanter Ergebnisse	98
8.4	<i>Ergebnisse der Gruppendiskussion: Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen</i>	100

Teil III

9	Fazit – Die Einbindung von Familienhebammen in interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen als Chance für das Kindeswohl	106
----------	---	-----

Literaturverzeichnis

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

BDH	Bund deutscher Hebammen e. V.
BfHD	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bspw.	beispielsweise
DHV	Deutscher Hebammenverband e. V.
engl.	englische Sprache
etc.	et cetera, (lat.) - und die Übrigen
et al.	et alii / et aliae (lat.) und andere
f	folgende [Seite]
ff	fortfolgende [Seiten]
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	Hebammengesetz
Hrsg.	Herausgeber/-in
ISA M-V	Institut für systemische Arbeit M-V
ICM	International Confederation of Midwives (engl.) Internationaler Hebammenverband
Kap.	Kapitel
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
Lkr.	Landkreis
lat.	lateinische Sprache
LVG M-V	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch, Achtes Buch Kinder- und Jugendhilfe
StGB	Strafgesetzbuch
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Säuglingssterblichkeit in Deutschland und M-V	18
Abbildung 2:	Kontroversen der Familienhebammentätigkeit	44
Abbildung 3:	Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U3-U9) in M-V	48
Abbildung 4:	Ziele der Familienhebammentätigkeit in M-V	50
Abbildung 5:	Struktur der Projektfinanzierung in M-V.....	54
Abbildung 6:	Regionale Verteilung der Familienhebammenstellen (FHB) in M-V	56
Abbildung 7:	Durchführung der Evaluation	60
Abbildung 8:	Einsatzgebiet der Familienhebammen	67
Abbildung 9:	Anzahl der betreuten Familien je Familienhebamme	69
Abbildung 10:	Vermittlungskontext aus Perspektive der Familienhebamme.....	70
Abbildung 11:	Beurteilung der Fortbildung	71
Abbildung 12:	Modifizierungswünsche hinsichtlich der Fortbildung	72
Abbildung 13:	Einbeziehung und Empfehlung weiterer Hilfeangebote.....	76
Abbildung 14:	Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention	77
Abbildung 15:	Bedeutsamkeit von Empowerment und Partizipation	78
Abbildung 16:	Soll-Ist-Vergleich hinsichtlich der Netzwerkbildung	79
Abbildung 17:	Kooperation mit dem Gesundheitsamt aus Sicht der Familienhebammen	80
Abbildung 18:	Eindruck von fehlender Unterstützung.....	82
Abbildung 19:	Überforderung der Familienhebammen.....	82
Abbildung 20:	Aspekte der Arbeitszufriedenheit.....	83
Abbildung 21:	Anreize zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Familienhebammen	84
Abbildung 22:	Informationsvermittlung an das Gesundheitsamt	89
Abbildung 23:	Kooperationspartner und Netzwerkbildung	91
Abbildung 24:	Ansprechpartner für Familienhebammen im Gesundheitsamt	92
Abbildung 25:	Formen der Rückmeldung und Zusammenarbeit zwischen Familienhebamme und Gesundheitsamt.....	93
Abbildung 26:	Kooperation mit den Familienhebammen aus Sicht der Gesundheitsämter ..	94
Abbildung 27:	Anreize zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Familienhebammen aus Sicht der Gesundheitsämter	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	12-Monats-Prävalenz akuter Erkrankungen bei 0- bis 2-Jährigen	15
Tabelle 2:	Lebenszeitprävalenz ansteckender Kinderkrankheiten bei 0- bis 2-Jährigen	16
Tabelle 3:	Lebenszeitprävalenz chronischer & allergischer Erkrankungen bei 0- bis 2- Jährigen	17
Tabelle 4:	Anlässe für vorläufige Schutzmaßnahmen in M-V (2007).....	21
Tabelle 5:	Zielgruppen der Familienhebammen	34
Tabelle 6:	Inhaltliche Gliederung der Fortbildung zur Familienhebamme	52
Tabelle 7:	Geburtenzahlen & Familienhebammenstellen nach regionaler Verteilung	55
Tabelle 8:	Übersicht über Interviewpartner und Befragungsschwerpunkte.....	61
Tabelle 9:	Inhaltliche Schwerpunkte der Fragebögen	62
Tabelle 10:	Rücklauf- und Ausschöpfungsquoten der Befragungen	65
Tabelle 11:	Tätigkeitsfelder der Familienhebammen.....	74
Tabelle 12:	Vermittlung an Ämter und Beratungsstellen durch Familienhebammen	75

Anhangsverzeichnis

- Anhang 1: Gesetzesauszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) -
Kinder- und Jugendhilfe
§ 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung
- Anhang 2: Auszug aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen
und Entbindungspfleger
Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) - Theoretischer und praktischer Unterricht
- Anhang 3: Gesamtüberblick über mögliche Tätigkeitsfelder von Familienhebammen
- Anhang 4: Gesetzesauszug aus dem Gesetz über den Öffentlichen
Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)
§ 15b Förderung der Teilnahme an Kinderuntersuchungen nach § 26
SGB V
- Anhang 5: Dokumentationsbögen für die Familienhebammenarbeit in Mecklenburg-
Vorpommern
Kriterien für den Einsatz der Familienhebamme
Monatliche Erfassung und Abrechnung
- Anhang 6: Evaluation – Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern
Fragebogen Familienhebammen
- Anhang 7: Evaluation – Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern
Fragebogen Gesundheitsämter
- Anhang 8: Eidesstattliche Erklärung

1 Einleitung

*„Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.“*

*Hermann Hesse
Auszug aus dem Gedicht „Schritte“ 1941*

Die Geburt eines Kindes stellt für die Eltern ein faszinierendes und einschneidendes Lebensereignis dar, welches gleichzeitig mit einer verantwortungsvollen Aufgabe einhergeht. Um dem Kind einen guten Start in das Leben zu ermöglichen und somit den ‚innewohnenden Zauber‘ im Sinne der Worte von Hermann Hesse zu bewahren, ist es von essentieller Bedeutung das Wohl des Kindes von Anfang an positiv zu fördern und vor Gefahren zu schützen (vgl. Wiesner 2006, S. 1-1). Auch im Rahmen der öffentlichen Diskussion nimmt das Wohl des Kindes eine primäre Bedeutung ein. Das bestätigen nicht zuletzt die aktuellen statistischen Daten über die Zunahme von Inobhutnahmen durch die Jugendämter in Deutschland. Hervorgehoben wurde in diesem Zusammenhang insbesondere die veränderte Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen. So hat sich der Anteil der unter Dreijährigen, die sich in einer akuten, sie gefährdenden Situation befanden und denen infolgedessen kurzfristig eingeleitete Schutzmaßnahmen zukamen, von anteilig 5,4 % im Jahr 2000 auf 9,9 % im Jahr 2008 nahezu verdoppelt. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009a, S. 37)

Auch im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern kommt dem Kindeswohl ein erheblicher Stellenwert zu. Spezifisch für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2003 zehn Gesundheitsziele unter dem Leitgedanken „Chancengleich gesund aufwachsen“ verabschiedet. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V/LVG M-V 2004, S. 24) Eines der Ziele betrifft in besonderer Weise auch die Gesundheit im Säuglingsalter. Neben der Verzahnung adäquater Vorsorgemaßnahmen wurde das Augenmerk in dem bisherigen Umsetzungsprozess auf die Installation von Frühwarnsystemen bei Kindeswohlgefährdungen im Säuglings- und Kleinkindalter gelegt. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008, S. 36 f)

Frühwarnsysteme sollen zu einem Zeitpunkt ansetzen, an dem sich ungünstige Entwicklungsverläufe noch nicht festigten konnten (vgl. Helmig et al. 2006, S. 8 f). Ein beachtliches Maß an Verantwortung und Potential wird diesbezüglich den Hebammen und insbesondere den Familienhebammen zugesprochen. Dementsprechend groß gestaltet sich das öffentliche und politische Interesse an ihrer Arbeit. Auch die Familienhebammen selbst zeigen sich selbstbewusst und ambitioniert, was nicht zuletzt die nachfolgende Aussage hervorhebt: „Die Zeichen für Familienhebammen

stehen so gut wie nie: Alle wollen sie! Nun müssen sie klar machen unter welchen Bedingungen sie zu haben sind!“ (Schneider 2007, S. 446 f)

Doch ist die Festlegung homogener und verbesserter Arbeitsbedingungen die Patentlösung aller offenen Fragen im Hinblick auf die Familienhebammenarbeit? Neben dem politischen Interesse, dem Leistungswillen der Familienhebammen und den vielfältig aufgezeigten Chancen, dürfen auch mögliche Grenzen ihrer Kompetenz nicht außer Acht gelassen werden.

Die vorliegende Ausarbeitung widmet sich aufgrund der familienpolitischen Brisanz der Arbeit der Familienhebammen und deren Einfluss auf das Kindeswohl. Die Ausführungen lassen sich sowohl in einen theoretischen als auch einen empirischen Bereich unterteilen.

Nach einer einführenden Darstellung der gesundheitlichen und sozialen Lage von Kleinkindern in Deutschland werden die Tätigkeitsprofile von Hebammen als auch Familienhebammen vor dem Hintergrund struktureller Gegebenheiten, wie z. B. Fortbildung, Handlungsfelder und Honorierung beleuchtet. Bezugnehmend auf diese Inhalte, wird fokussiert, ob und wie Familienhebammen eine ganzheitliche Versorgung realisieren können. Dabei werden unter Berücksichtigung gesundheitsförderlicher und präventiver Ansätze die Chancen für das Kindwohl aufgezeigt.

Neben dieser kritischen Auseinandersetzung liegt ein weiterer Schwerpunkt dieser Masterthesis auf der spezifischen Betrachtung des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern. Als Fundament fungiert eine aktuelle Beschreibung des jungen Projektes. Daran anschließend liefern empirische Ergebnisse einer durchgeführten Zwischenevaluation erste Erkenntnisse über die Ist-Situation sowie zukünftige Herausforderungen des Projektes. Sowohl aus der Perspektive der Familienhebammen als auch aus dem Blickwinkel der Gesundheitsämter kann für das Bundesland aufgezeigt werden, wie sich die Familienhebammenarbeit derzeit in der Praxis gestaltet und zukünftig weiterentwickeln lässt.

2 Hintergrund und Fragestellungen

„[...]Erst seit einigen Jahren besteht ein erneutes Interesse an der Implementierung und Erforschung dieser Unterstützungsform. Diese neuen Ansätze in der Familienhebammenarbeit entstehen aus der Motivation Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zu vermeiden.“

(Halves/Nieting 2009, S. 51)

Berichte über schwere Fälle von Kindesvernachlässigung haben die (Fach-)Öffentlichkeit und Politik in den letzten Jahren bestürzt und alarmiert. Zunehmend wurde der Blick auf jene Kinder, die in Familien mit hohen psychosozialen Belastungen aufwachsen, verschärft. Frühwarnsysteme und frühe Hilfen kristallisierten sich infolgedessen als adäquate Maßnahmen heraus, um Kinder vor Vernachlässigung zu schützen. (vgl. Helmig et al. 2006, S. 8 f) Zugeschrieben wird diese anspruchsvolle Aufgabe gegenwärtig unter anderen den Familienhebammen. Diese sollen die Eltern in der frühen und sehr sensiblen Phase mit ihren Kindern betreuen und gemeinsam mit ihnen Möglichkeiten der Stabilisierung entwickeln (vgl. Helmig et al. 2006, S. 51). Neben dieser bereits sehr komplexen Aufgabenstellung werden Familienhebammen weitere Kompetenzen zugesprochen. Als 1980 in Bremen das erste Familienhebammenprojekt ins Leben gerufen wurde, verfolgten die Initiatoren ursprünglich das Ziel, die Säuglingssterblichkeit zu verringern und eine verbesserte Schwangerenvorsorge sowie -nachsorge zu gewährleisten (vgl. Collatz et al. 1981, S. 58). Gegenwärtig wird die Betreuung durch Familienhebammen zudem als Versorgungsansatz mit gesundheitsfördernder sowie präventiver Ausrichtung verstanden (vgl. Halves/Nieting 2009, S. 51). Einzelne Modelprojekte wurden darüber hinaus bereits als Beispiele guter Praxis im Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bewertet, wie beispielsweise das Familienhebammenprojekt ADEBAR in Hamburg (vgl. BZgA 2007a, S. 302 f) oder das im Juni 2009 in die Datenbank aufgenommene Familienhebammenprojekt „Kleemobil“ im Stralsunder Stadtteil Grünhufe in Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Bull/Bley 2009, URL).

Dieses mutmaßlich vielseitige Potential der Familienhebammen weckte das persönliche Interesse, dieses Themenfeld unter Hinzuziehung theoretischer als auch praktischer Aspekte zu untersuchen. Insbesondere in dem gesundheitsfördernden sowie präventiven Ansatz und in der Neuartigkeit des Projektes für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern lagen die Beweggründe zur Auseinandersetzung mit dieser speziellen Thematik. Im Rahmen dieser Ausarbeitung wurde drei übergeordneten Forschungsfragen nachgegangen, die verschiedene Blickwinkel und Gesichtspunkte implizierten.

Folgende Fragestellungen wurden im Einzelnen formuliert:

- a) Inwieweit können Familienhebammen zu einer ganzheitlichen Vorsorge bzw. Versorgung und somit zum Schutz sowie zur Förderung des Kindeswohls beitragen?

Mit dieser Problemstellung soll hinterfragt werden, ob und inwieweit Familienhebammen dem Anspruch der Politik und den sich selbst auferlegten Anforderungen im Rahmen ihres Kompetenzumfanges gerecht werden können. Dabei wird differenzierter betrachtet, inwieweit die Familienhebammenarbeit sich an einem ganzheitlichen Konzept von Gesundheit orientiert, welches neben körperlichen auch seelische und soziale Komponenten einschließt. Insbesondere im Kontext innovativer Maßnahmen zur Systemgestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens werden ganzheitlich orientierte, interdisziplinäre und somit multiprofessionelle Tätigkeiten zunehmend bedeutsamer. (vgl. Matzick 2008, S.17 f)

Es gilt daher auch zu untersuchen, in welchem Maße Familienhebammen in der Lage sind, einzelne Gesichtspunkte, wie die Verwirklichung eines Frühwarnsystems und insbesondere Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, zu realisieren. In diesem Zusammenhang werden die Einflussfaktoren auf die kindliche Gesundheit sowie die aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern als Ansatzpunkte für Interventionen verstanden. Um zu ermitteln, inwieweit Familienhebammen diese bewältigen können, werden die in Aus- und Fortbildung erworbenen Kompetenzen der Hebammen sowie Familienhebammen herangezogen und strukturelle als auch gesetzliche Gegebenheiten berücksichtigt. Mögliche Grenzen, ein zusätzlich bestehender Fortbildungsbedarf oder die Erfordernis interdisziplinärer Vernetzungsstrukturen sollen gegebenenfalls aufgedeckt werden.

- b) Welche Projektstrukturen und Attribute kennzeichnen das Familienhebammenprojekt in Mecklenburg-Vorpommern?

Da eine resümierende, der Öffentlichkeit zugängliche Projektbeschreibung zum Entstehungsbeginn der vorliegenden Ausarbeitung noch nicht vorhanden war, ist es notwendig die Strukturen und Rahmenbedingungen des Modellprojektes in Mecklenburg-Vorpommern zu recherchieren und strukturiert zusammenzustellen. Dementsprechend ergeben sich projektspezifische Fragestellungen in Hinsicht auf die Zielgruppe, den Ablauf, die Fortbildungsmodalitäten sowie die Finanzierung. Zudem soll die derzeitige regionale Verteilung der Familienhebammen aufgezeigt werden. Somit kann dargestellt werden, in welchem Umfang eine flächendeckende Versorgung bereits realisiert werden konnte.

- c) Wie sind derzeitige Arbeitsbedingungen und Kooperationsstrukturen gestaltet und welche Herausforderungen ergeben sich für die zukünftige Familienhebammenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern?

Ergänzend zu der Projektbeschreibung sollen ausgehend von einer Prozessevaluation erste Rückmeldungen erfasst und bewertet werden. Von besonderer Bedeutung ist es, in diesem Rahmen die Wahrnehmung und Resonanzen der Familienhebammen und Gesundheitsämter in Mecklenburg-Vorpommern zu erfassen. Es soll aufgezeigt werden, wie Familienhebammen den Zugang zu der Zielgruppe erhalten und welche Tätigkeitsfelder sie daraufhin übernehmen. Ferner sind auch die Beurteilung der Fortbildung und Supervision von Interesse. Weitere Aspekte, die es zu hinterfragen gilt, beziehen sich auf die Arbeitszufriedenheit der Familienhebammen und die interdisziplinären Kooperationsstrukturen. Im Großen und Ganzen soll ein Eindruck darüber vermittelt werden, wie das Projekt angelaufen ist, was als positiv eingestuft wird und welche Gründe es wiederum für eine eventuelle Unzufriedenheit gibt.

Die dargelegten Forschungsfragen bilden die Ausgangsbasis dieser Masterthesis. Das methodische Vorgehen und die Forschungsergebnisse kommen nachfolgend zum Ausdruck.

3 Methodisches Vorgehen

„Fassbar sind immer nur Ausschnitte, und die Ausschnitte, werden erst sinnvoll, wenn sie systematisch und theorieorientiert erhoben werden. Das Ziel schließlich des gesamten Vorganges ist Schöpfen neuer Kenntnis“

(Atteslander 2008, S. 4)

Bevor erste inhaltliche Aspekte der Familienhebammenarbeit aufgezeigt werden, wird zunächst reflektiert, wie die Forschungsfragen entwickelt und auf welche Weise Lösungsansätze und Antworten gefunden wurden. Da das Forschungsvorhaben in Kooperation mit dem Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V, dem Landeshebammenverband M-V sowie dem Institut für systemische Arbeit M-V verwirklicht wurde, war die Einbeziehung der Verantwortlichen und eine dementsprechend praktische Ausrichtung unverzichtbar. Die mögliche Tragweite der Ergebnisse für die Zukunft des Projektes verlangte einen systematischen Forschungsablauf und den Einsatz verschiedener methodischer Ansätze.

Exploration

Die Erkundung der Forschungsthematik, die Exploration, stellte den elementaren Schritt für die Untersuchung dar. Eine Exploration umfasst das systematische Sammeln von Informationen über einen Untersuchungsgegenstand und stellt letztendlich die Vorbereitung für die Formulierung von Hypothesen und Theorien dar (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 354).

In der vorliegenden Masterthesis diente die explorative Untersuchung der Entwicklung der in Kapitel 2 aufgeführten Forschungsfragen. Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass die Entwicklung von Theorien bzw. Hypothesen und eine darauf aufbauende explanative Untersuchung nicht im Vordergrund standen. Vielmehr war die Exploration von Bewandtnis, da sie auch im Rahmen der angewandten Forschung, vorwiegend im Kontext der Evaluationsforschung, ihre Anwendung findet (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 354f). Wird Evaluation ganz allgemein als „systematische Informationssammlung für die fundierte Bewertung von Maßnahmen“ (Loss et al. 2008, S. 44) verstanden, so stellt die Exploration im Rahmen dieses Evaluationsvorhabens den Ausgangspunkt dar, um herauszukristallisieren, welche Indikatoren der Maßnahme untersucht und bewertet werden sollen.

Entschieden wurde sich für eine qualitativ-empirische Explorationsmethode, wobei die Informationen, die von Interesse waren, durch qualitative Befragungen erhoben wurden. Nach einer vorbereitenden Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegen-

stand „Familienhebamme“, wurden insgesamt fünf Experteninterviews geführt, die in ihrer Grundstruktur offen angelegt waren. Sie folgten einem Leitfaden, welcher entsprechend den Gesprächspartnern¹, den jeweiligen Arbeitsgebieten und Interviewsituationen angepasst wurde.

Ein Leitfaden hat die Funktion einer Gedächtnisstütze und eines Orientierungsrahmens für den Interviewenden. Formuliert Fragen sollen sicherstellen, dass beabsichtigte Themenbereiche angesprochen werden, die Fragestellungen jedoch so offen bleiben, dass das narrative Potential des Experten genutzt werden kann. (vgl. Marotzki 2003, S. 114) Experteninterviews können das Problembewusstsein des Forschenden schärfen und zudem hilfreich sein, das Untersuchungsgebiet thematisch zu strukturieren. (vgl. Bogner/Menz 2009, S. 64) Für dieses die Familienhebammenarbeit betreffende Forschungsvorhaben wurden die Experten gezielt als „komplementäre Informationsquelle über die eigentlich interessierende Zielgruppe genutzt.“ (Bogner/Menz 2009, S. 64) Von Relevanz war des Weiteren, dass der Experte, als eine in einen bestimmten Funktionskontext eingebundene Person einen adäquaten Wissensumfang vorweisen kann (vgl. Meuser/Nagel 2003, S. 57).

Die Expertenbefragungen erfolgten von März bis Anfang April 2009. Sie wurden auf Tonband mitgeschnitten und daraus resultierende Themenschwerpunkte sowie Kernaussagen anschließend protokollarisch zusammengefasst. Teilweise wurden während der Befragung zudem Kreativmethoden hinzugezogen, z. B. die Verwendung von Moderationskarten und Flipcharts. Auch die daraus gewonnen Gedankenansätze und Ergebnisse wurden zusammengetragen und verwendet. Sowohl für die theoretische Auseinandersetzung als auch für den empirischen Teil konnte die explorative Expertenbefragung als bedeutender Grundstein aufgefasst werden.

An dieser Stelle ist vorab anzumerken, dass eine strikte Trennung von Theorie und Praxis nicht unbedingt notwendig wäre, denn auch die aufgezeigten theoretischen Aspekte stellen wichtige Anhaltspunkte für die Praxis und die Weiterentwicklung von Projekten dar.

Realsierung des Theorieteils

Im ersten Teil der vorliegenden Ausführungen stand eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Kompetenzumfang von Familienhebammen im Vordergrund. Aus der vorbereitenden Sondierung und den Experteninterviews kristallisierten sich verschiedene Aufgabenschwerpunkte der Familienhebammen heraus. Daraufhin wurde die erste Forschungsfrage (a) formuliert. Im Hinblick auf den umfangreichen Themenkomplex sollten das gegenwärtige Wissen und praxisbezogene

¹ Einen Überblick über die Interviewpartner/innen ist in Kapitel 8 enthalten.

Projekterfahrungen zusammengetragen werden. Dabei erwies sich eine umfassende Literaturrecherche und -auswertung als nützlich. Für den theoretischen Part wurden zudem aktuelle Daten zum Kindeswohl sowie Grundlagen des Hebammenberufes herangezogen. Erst darauf aufbauend wurde das Berufsbild der Familienhebamme detaillierter beleuchtet. Das Hauptaugenmerk lag unabhängig von berufspolitischen Intentionen auf einer kritischen aber sachlichen Auseinandersetzung mit den Chancen und Perspektiven für das Kindeswohl. Mit dieser Herangehensweise wurde die Zielsetzung verfolgt, sich inhaltlich sowie durch die Darstellungsweise von bereits veröffentlichten Darlegungen abzugrenzen.

Methodisch war vorab eine Systematisierung und Begriffsklärung der ganzheitlichen Vorsorge bzw. Versorgung nötig. Orientiert wurde sich an dem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, welcher das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden einschließt. (vgl. WHO 1946 zit. nach Waller 2006, S. 9) Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Ansätze der Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen dieser Ganzheitlichkeit überwiegend gerecht werden. Zu untersuchen ist jedoch, ob die Kompetenzen der Familienhebammen mit den Anforderungen der Gesundheitsförderung und Frühen Hilfen übereinstimmen.

Die erzielten Ergebnisse sind nicht auf Vollständigkeit und Allgemeingültigkeit ausgerichtet, können jedoch als Denkansätze verstanden werden oder möglicherweise einen Fortbildungs- oder Kooperationsbedarf aufzeigen. Die im Theorieteil abgehandelten Kriterien werden zum Teil im Rahmen der Evaluation aufgegriffen.

Planung und Durchführung des empirischen Teils

Die Ergebnisse der explorativen Expertenbefragung stellten gemeinsam mit der Verwirklichung der resümierenden Projektbeschreibung die Grundlage für die Evaluation des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern dar. Um ein einheitliches Gesamtbild und eine ausreichende Transparenz zu schaffen, wird die Methodik (inkl. Zielsetzung, Planung, Durchführung & Auswertung) zusammen mit den entsprechenden Ergebnissen der Evaluation im Kapitel 8 dargelegt. Dieses geht auch auf die Befragungsschwerpunkte der Experteninterviews ein und beschreibt alle die Evaluation betreffenden Gesichtspunkte.

4 Das Kindeswohl – Gesundheit und Wohlbefinden in den ersten Lebensjahren

„Schon in der ersten Zeit nach der Geburt werden entscheidende Weichen für die Gesundheit des Kindes im weiteren Lebensverlauf gestellt. Körperliches und psychisches Wohlbefinden stellen zentrale Voraussetzungen für die normale Entwicklung eines Kindes dar.“

(RKI 2008a S. 75)

Überblick

Die frühe Kindheit kann zweifelsohne als eine äußerst sensible Phase des Lebens dargestellt werden. Da davon ausgegangen werden muss, dass in diesem frühen Lebensabschnitt bereits entscheidende Grundsteine für die weitere Entwicklung gelegt werden (vgl. Richter/Hurrelmann 2007, S. 9), kommt den Familienhebammen eine wachsende Bedeutung und Verantwortung zu. Um die Chancen und Perspektiven der Familienhebammenarbeit für das Wohl des Kindes herleiten zu können, wird eingangs untersucht, welche Faktoren das Wohlbefinden des Kindes beeinträchtigen. In diesem Kontext werden entsprechende Forschungsergebnisse sowie aktuelle Datenbefunde zur Kindergesundheit in Deutschland zusammengefasst. Dabei wird auch der im Rahmen dieser Thematik relevante Aspekt der gesundheitlichen Chancenungleichheit berücksichtigt. Neben der physischen und psychischen Gesundheit wird über das Übliche hinaus die Kindeswohlgefährdung in ihren mannigfaltigen Facetten herangezogen. Es wird angestrebt, bereits in diesem Kapitel, Ausgangspunkte für die Verwirklichung gesundheitsförderlicher und präventiver Interventionsansätze aufzuzeigen.

4.1 Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Wohl des Kindes

Im Rahmen der öffentlichen Diskussion nimmt das Wohl des Kindes stets eine primäre Bedeutung ein, wenngleich der Begriff des Kindeswohls nicht eindeutig definiert ist. Eine allumfassende Begriffsbestimmung ist jedoch auch kaum möglich, da die Frage nach dem Kindeswohl im Grunde individuell beantwortet werden muss – eine Definition wäre hiermit so individuell, wie jedes einzelne Kind (vgl. VAK 2003, URL). Als essentiell gilt im Kontext mit dem Schutz des Kindeswohls, die Rechte der Kinder und die objektiven Kindesinteressen hinreichend zu berücksichtigen: So haben sie das grundlegende Recht, zu wachsen, zu lernen und zu gedeihen, ihre Persönlichkeit zu entfalten und sich somit zu emotional stabilen, eigenständigen, einfühlsamen und

sozial verantwortlichen Persönlichkeiten entwickeln zu können (vgl. Helmig et al. 2006 unter Berücksichtigung von Art. 2 I GG, Art. 1 I GG, UN-Kinderrechtskonvention).

Die menschliche Gesundheit und auch das Kindeswohl werden durch eine Vielzahl und vor allem sehr unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Um jene einzudämmen, werden im folgenden Abschnitt insbesondere soziale Faktoren untersucht, die mit weitreichenden Auswirkungen für das Wohlergehen von Säuglingen und Kleinkindern einhergehen. Eine Vielzahl von Untersuchungen zeigen jedoch, dass Schädigungen von Zellen und Organen bereits im Mutterleib bzw. im Säuglings- als auch frühem Kindesalter erfolgen können. Insbesondere Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie eine Fehl- oder Unterernährung der (werdenden) Mutter können sich nachhaltig auf die Entwicklung und Gesundheit des Kindes auswirken. (vgl. Dragano 2007, S. 19; RKI 2008, S. 41)

Die vorliegende Abhandlung bietet allerdings nicht die Möglichkeit, die prä- und perinatalen Einflussfaktoren differenzierter zu beleuchten. Keinesfalls darf deren Bedeutung jedoch unterbewertet werden und daher sollten auch (Familien-) Hebammen in Form von Aufklärung, Information und Beratung entsprechend agieren.² Das Wohlbefinden und die Entwicklung des Kindes werden jedoch nicht nur durch genetische und biologische Faktoren beeinflusst. Für das Verständnis und die Interpretation von Gesundheit sind soziale Faktoren von besonderer Bedeutung. Dabei gelten nicht zuletzt Wohlstand, Einkommen und Wohnbedingungen als Hauptterminanten der Gesundheit. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 12, 27 ff) Diese Faktoren können bereits auf die Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern direkt oder indirekt Einfluss nehmen, wie nachfolgend im Einzelnen aufgezeigt wird.

Soziale Schichtzugehörigkeit

Zu den bekanntesten und bedeutsamsten Untersuchungen hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Morbidität als auch Mortalität und der sozialen Schichtzugehörigkeit zählt der „Black Report“ aus dem Jahre 1980. Dieser bestätigte, dass Gesundheit und Krankheit gesellschaftlich geprägt seien und konnte dahingehend aufzeigen, dass Angehörige oberer Sozialschichten gesünder sind und eine höhere Lebenserwartung haben als jene in den weniger wohlhabenden Gesellschaftsgruppen. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 29) Soziale Unterschiede resultieren demzufolge in gesundheitlichen Chancenungleichheiten. Von diesen sind nicht zuletzt auch Kinder nachhaltig betroffen, da die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf bereits sehr früh gestellt werden. Armut und soziale Benachteiligung bedingen in der Regel einen „schlechteren Start“ ins Leben und vermindern somit die

² Einschlägige Beratungsmaterialien sind für Hebammen verfügbar (vgl. u.a. BZgA 2004, 2007b, 2008)

Chancen einer guten Gesundheit im weiteren Lebensverlauf. (vgl. Richter/Hurrelmann 2007, S. 9)

In Großbritannien konnte in diesem Zusammenhang zudem aufgezeigt werden, dass die Säuglingssterblichkeit in unteren Schichten nahezu doppelt so hoch ist wie in wohlhabenderen Schichten. Als wichtigster Indikator für das Überleben eines Neugeborenen in den ersten Monaten gilt unter anderem das Geburtsgewicht. Auch dieses weist wiederum einen signifikanten Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit auf. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 31)

Einkommen und Armut

Eng im Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit steht auch der für den Lebensstandard entscheidende Faktor Einkommen. Studien zeigen, dass sich ungleiche Einkommenshöhen und materielle Entbehrungen in unterschiedlichen Erkrankungsraten und in nachweisbaren Auswirkungen auf die Lebenserwartung ausdrücken. Zu den Familien mit einem geringen Einkommen oder mit einem unter dem Durchschnittsverdienst liegenden Einkommen zählen insbesondere Rentner, Geringverdiener, Arbeitslose, Alleinerziehende und Familien mit drei oder mehreren Kindern. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 33 f) Die von einer Einkommensarmut gefährdeten Personengruppen überschneiden sich also größtenteils mit der Zielgruppe der Familienhebammen, wie im weiteren Verlauf deutlich wird.

In Deutschland lag die Armutsrisikoquote³ im Jahr 2007 bundesweit betrachtet bei 14,3 % (vgl. Der Paritätische Gesamtverband 2009, S. 8). Am höchsten war diese jedoch mit 24,3 % im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, wobei in der Region Vorpommern mit 27,0 % die höchste Armutsquote sowohl landes- als auch bundesweit zu verzeichnen war. (vgl. Der Paritätische Gesamtverband 2009, S. 28f) Da dementsprechend nahezu jeder vierte Einwohner Mecklenburg-Vorpommerns unter der ‚Armutsschwelle‘ lebt, stellen die Faktoren Einkommen und Armut insbesondere für das im Rahmen dieser Ausarbeitung fokussierte Bundesland keine durchaus positive Basis für das Kindeswohl dar.

Auswirkungen für die Kinder zeigen sich dahingehend, dass Armut auch die Entscheidungsmöglichkeiten betrifft, sich gesund bzw. gesünder zu verhalten. In vielen Fällen betrifft das wiederum die Ernährung. Aufgrund der hohen Preise gesunder Lebensmittel, greifen weniger wohlhabende Familien vermehrt auf Lebensmittel zurück, welche kalorienhaltig sind, jedoch nicht zwangsläufig einen hohen Nährwert haben. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 33 f) Insbesondere im Säuglingsalter sollte daher

³ Armutsrisikoquote „bezeichnet den Anteil der Personen in Haushalten, deren „bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen“ weniger als 60% des Mittelwerts (Median) aller Personen beträgt.“ (Bundesregierung 2005, S. XV)

das Stillen bevorzugt werden. Hebammen wird bezüglich der Stillförderung eine außerordentliche Bedeutung zugeschrieben.

Untersuchungen zeigen des Weiteren, dass auch schlechte Wohnverhältnisse die Gesundheit von Eltern und Kindern gefährden können. Insbesondere kalte und feuchte Wohnungen begünstigen das Erkrankungsrisiko. Vermehrt treten unter schlechten Wohnbedingungen Infektionen, Erkrankungen der Atemwege und auch Stresssymptome auf. In überbelegten Wohnungen steigt neben dem Erkrankungs- jedoch auch das Unfallrisiko deutlich an. Hinsichtlich hoher Unfallraten bei Kindern unterer Sozialschichten ließ sich ein Zusammenhang mit überbelegten Wohnungen nachweisen. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 34 f)

Zudem stellt Schimmelpilzbefall in der Wohnung einen Risikofaktor für die Gesundheit dar, da sich bei Kindern unter Umständen eine Schimmelpilzallergie bzw. zumindest eine Sensibilisierung entwickeln kann. (vgl. RKI/BZgA 2008, S. 120)

Lebensraumbezogene Angebote wie Still- oder Müttercafés in bestimmten Stadtteilen können zwar nicht die internen Wohnverhältnisse, dafür jedoch das Wohnumfeld bereichern.

Sozialer Zusammenhalt

Ein weiterer Faktor von besonderer Relevanz spiegelt sich im ‚sozialen Zusammenhalt‘ wider. Untersuchungen zeigen, dass Menschen neben oder auch wegen knapper finanzieller Ressourcen oft sozial ausgegrenzt oder isolierter leben. Daher ist es abgesehen von dem Bedarf nach einer sozial gerecht strukturierten Gesellschaft auch von Bedeutung, dass der Einzelne sich in diese Gesellschaft integrieren kann. Es müssen dementsprechend soziale Netze bestehen, auf deren Unterstützung und Rückhalt sich der Einzelne verlassen kann. Der Grad der Integration und der freundschaftlichen als auch familiären Bindungen hat einen maßgebenden Einfluss auf die Gesundheit. Ein funktionierendes Netzwerk ermöglicht es dem Einzelnen, sich auf den Halt, den Beistand und den Zuspruch anderer zu stützen. (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 41) Der soziale Zusammenhalt, insbesondere die familiären Bindungen, nehmen im Rahmen dieser Ausführungen einen wesentlichen Stellenwert ein. Die Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung oder die Schaffung unterstützender Netzwerke innerhalb als auch über die Familien hinaus, stellen nur zwei Beispiele dar, welche sich als Chancen der Familienhebammenarbeit vermuten lassen.

Kindeswohlgefährdung

Ferner sollen, wie bereits angedeutet, Vernachlässigung und Misshandlung als das Kindeswohl beeinflussende Tatbestände in dieses Kapitel integriert werden. Obwohl diese zumeist nicht als ‚klassische‘ Einflussfaktoren für die Gesundheit genannt werden, lässt sich die primär im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelte Kindeswohlgefährdung nicht klar abgrenzen. (vgl. § 8a SGB VIII⁴; § 1666 BGB) Dass diese einen gravierenden Einfluss auf das kindliche Wohlergehen hat, lässt sich nicht von der Hand weisen.

Vernachlässigung

Entsprechend des rechtlichen Rahmens des § 1666 BGB kann Vernachlässigung zusammenfassend verstanden werden:

„als andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet“ (vgl. Kindler 2006a, S. 3-1)

Vernachlässigung umfasst resümierend alle Tatbestände, in denen Kinder erforderliche Maßnahmen, die für ihr Wohlergehen bedeutend sind, nicht oder nicht ausreichend erfahren und deshalb beständig beeinträchtigt sind. Zu den erforderlichen Maßnahmen gehören unter anderem Pflege, Ernährung, Bekleidung, Gesundheitsförderung, soziale Kontakte als auch der Schutz und die Aufsicht durch die Eltern und andere Bezugspersonen. (vgl. Bundesärztekammer 1998, S. 9)

Misshandlung

Zu spezifizieren sind zunächst die physische, psychische und sexuelle Misshandlung. *Die psychische oder auch emotionale Misshandlung* gilt als schwer zu definieren. (vgl. Kindler 2006b, S. 4-1) Sie zeigt sich in einer fortwährenden Gefühlskälte, Feindseligkeit oder Ablehnung von Eltern oder Elternfiguren gegenüber dem Kind. In Hinsicht auf das Verhalten, die emotionale Entwicklung sowie die Persönlichkeit und das Selbstwertgefühl hat eine emotionale Misshandlung (u.a. Ignorieren, Isolieren, Zurückweisen, Terrorisieren oder Abwerten des Kindes) schwerwiegende Auswirkungen. Diese Form der Misshandlung umfasst auch, dass die kindlichen Bedürfnisse nach Zuwendung und Zuneigung ignoriert und nicht erwidert werden (vgl. Bundesärztekammer 1998, S. 9; Kindler 2006b, S. 4-1) Ebenso kann jedoch auch eine

⁴ vgl. Anhang 1

krankhaft überbeschützende Haltung, eine emotionale Ausbeutung des Kindes oder die Konfrontation mit Situationen von (familiärer) Gewalt die emotionale Entwicklung des Kindes gefährden. (vgl. Bundesärztekammer 1998, S. 9)

Eine körperliche Verletzung ist dann als *physische Misshandlung* einzustufen, wenn diese nicht unfallbedingt ist. Zudem ist von einer körperlichen Misshandlung auszugehen, wenn das Wissen, ein begründeter Verdacht oder ein Eingeständnis vorliegt, dass die Verletzung absichtlich oder fahrlässig durch eine mit dem Kind in Bezug stehende Person zugefügt wurde oder auch absichtlich nicht verhindert wurde. Verletzungsformen, wie versuchtes Erstickten, Ertränken, die Verabreichung giftiger Substanzen oder zum Teil auch die unzureichende Aufsicht zählen zu dieser Form der Kindesmisshandlung. (vgl. Bundesärztekammer 1998, S. 8; Kindler 2006c, S. 5-1) Die sexuelle Misshandlung beinhaltet die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in sexuelle Aktivitäten oder jegliche Form sexueller Ausbeute. (vgl. Bundesärztekammer 1998, S. 9 f) Sie ist im Rahmen diese Arbeit jedoch nicht von primärer Bedeutung.

Die hier aufgezeigten Faktoren können zwar prägnante Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohl des Kindes haben, stellen dennoch lediglich einen Ausschnitt aus einer Fülle von Einflüssen dar.

4.2 Aktuelle Datenbefunde für Deutschland

4.2.1 Physische Erkrankungen und Säuglingssterblichkeit

Auf der Grundlage des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) sollen an erster Stelle die Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen von Säuglingen und Kleinkindern aufgezeigt werden. Dabei werden entsprechend der Datenverfügbarkeit die Morbidität von Kindern in den ersten Lebensjahren anhand von 12-Monats- bzw. Lebenszeit-Prävalenzen⁵ fokussiert und ermittelte Sozialstatusunterschiede dargestellt. Herangezogen werden des Weiteren Daten zur Säuglingssterblichkeit.

Akute Erkrankungen

Am häufigsten leiden Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren unter akuten Erkrankungen. Die höchste 12-Monats-Prävalenz war für Atemwegserkrankungen zu verzeichnen. 87,5 % der Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren hatten laut der Studie des Robert Koch-Instituts in den letzten 12 Monaten eine Erkältung bzw. einen grippalen Infekt. Zudem litten etwa ein Viertel (25,6 %) an einer akuten Bronchitis und 18,9 % an einer

⁵ Prävalenz: „Die Prävalenz ist ein Maß für die zu einer bestimmten Zeit in einer definierten Population vorhandenen Krankheitsfälle.“ (Stark/Guggenmoos-Holzmann. S.396)

Mittelohrentzündung. Auch von Magen-Darm-Infekten war knapp die Hälfte (47,6 %) der Kinder in den letzten 12 Monaten mindestens einmal betroffen. (vgl. RKI 2008, S. 81) Eine Übersicht über die häufigsten akuten Erkrankungen ist in folgender Tabelle zahlenmäßig dargestellt.

akute Erkrankungen (in Prozent)	
Erkältung	87,5
Magen-Darm-Infektion	47,6
Akute Bronchitis	25,6
Mittelohrentzündung	18,9
Bindehautentzündung	16,7
Angina	10,5
Pseudokrupp	7,8
Herpes	5,4
Lungenentzündung	4,8
Blasenentzündung	2,7

Tabelle 1: 12-Monats-Prävalenz akuter Erkrankungen bei 0- bis 2-Jährigen

Datenbasis: KiGGS , Elternangaben (vgl. RKI 2008, S. 82),

Signifikante Sozialstatusunterschiede konnten dahingehend aufgezeigt werden, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im frühen Kindesalter häufiger Angina und Herpes hatten. Hingegen litten Kinder aus der mittleren Sozialstatusgruppe häufiger an Pseudokrupp und Kinder aus Familien mit oberen sozialen Status häufiger an Erkältungen bzw. grippalen Infekten, Magen-Darm-Infekten oder Bindehautentzündungen. Hinsichtlich des Differenzierungsfaktors ‚Migrationshintergrund‘ konnte festgestellt werden, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund eine signifikant höhere 12-Monats-Prävalenz von Angina und Magen-Darm-Infekten aufwiesen. Indessen erkrankten Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund vermehrt an Erkältungen bzw. grippalen Infekten, Bronchitis, Bindehaut- und Mittelohrentzündungen sowie Pseudokrupp. (vgl. RKI 2008, S. 82)

Ansteckende Kinderkrankheiten

Untersucht wurden auch die Lebenszeitprävalenzen ansteckender Kinderkrankheiten bei denen eine Zunahme vom frühen Kindesalter bis zum Schul- und Jugendalter erwartet wurde und schließlich auch bestätigt werden konnte. Die höchste Lebenszeitprävalenz bei den 0- bis 2-Jährigen ergab sich für Windpocken (12,4 %), danach folgten Scharlach, Röteln, Keuchhusten, Masern und Mumps. Die Letzteren wurden in dieser Altersgruppe bisher seltener erlebt, wie die Tabelle 2 zeigt.

ansteckende Kinderkrankheiten (in Prozent)	
Windpocken	12,4
Scharlach	1,9
Röteln	1,0
Keuchhusten	0,4
Masern	0,4
Mumps	0,2

Tabelle 2: Lebenszeitprävalenz ansteckender Kinderkrankheiten bei 0- bis 2-Jährigen
Datenbasis: KiGGS, Elternangaben (vgl. RKI 2008, S. 83)

Unterschieden nach Sozialstatus konnte aufgezeigt werden, dass Kinder aus Familien der unteren Sozialstatusgruppe häufiger an Masern oder Röteln erkrankten, dafür jedoch seltener an Windpocken. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund waren häufiger von Keuchhusten und Masern betroffen. Sie erkrankten hingegen weniger häufig an Windpocken und Scharlach. (vgl. RKI 2008, S. 83)

Chronische und allergische Erkrankungen

In Hinsicht auf die chronischen Erkrankungen lassen sich folgende Aussagen treffen (vgl. Tabelle 3). Diagnosen über Herzkrankheiten, Anämien oder Krampfanfälle werden häufig bereits in den ersten Lebensjahren gestellt. Demzufolge verändern sich die Lebenszeitprävalenzen im Schul- und Jugendalter nicht mehr allzu stark. Andere chronische Krankheiten wie Asthma bronchiale, Heuschnupfen oder Migräne hingegen nehmen im Altersverlauf teilweise stark zu. Die spastische (obstruktive) Bronchitis (Atemwegsüberempfindlichkeit gegenüber Reizen) ist eine typische Erkrankung im Säuglings- und Kleinkindalter. An ihr leiden etwa 12,3 % der Kinder im Alter von 0 bis 2 Jahren. Zudem sind in dieser Altersgruppe 8,7 % von Neurodermitis, 2,3 % von einem allergischen Kontaktekzem und 0,5 % der Kinder von Heuschnupfen betroffen. (vgl. RKI 2008, S. 83)

Zudem konnte festgestellt werden, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger an Heuschnupfen leiden, dafür allerdings seltener am allergischen Kontaktekzem (vgl. RKI 2008, S.83f).

chronische Erkrankungen (in Prozent)		allergische Erkrankungen (in Prozent)	
Herzkrankheit	3,4	Neurodermitis	8,7
Spastische (obstruktive) Bronchitis	12,3	Allergisches Kontaktekzem	2,3
Krampfanfall	1,8	Heuschnupfen	0,5
Schilddrüsenerkrankungen	0,3	Asthma	0,5
Diabetes	0,1		
Skoliose	0,8		
Migräne	0,0		
Psoriasis	1,0		
Anämie	1,7		

Tabelle 3: Lebenszeitprävalenz chronischer & allergischer Erkrankungen bei 0- bis 2-Jährigen

Datenbasis: KiGGS, Elternangaben (vgl. RKI 2008, S.84)

Zusammenfassend lässt sich für die physischen Erkrankungen, u. a. hinsichtlich des Sozialstatus' und des Migrationshintergrundes, kein ausgeprägter Handlungsbedarf für den Einsatz und das Tätigwerden von Familienhebammen feststellen.

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit steht in einem erwähnenswerten Zusammenhang mit der Familienhebammenarbeit, da der ursprüngliche Anlass zur Einrichtung der Institution „Familienhebamme“ in der erhöhten perinatalen Sterblichkeit in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Regionen lag.⁶(vgl. Statschek 2006, S. 4)

Der Indikator Säuglingssterblichkeit bezeichnet jene Rate der im ersten Lebensjahr versterbenden Kinder. Dieser gilt zudem als ein wichtiges Maß für den allgemeinen Lebensstandard sowie für die Qualität der medizinischen Versorgung. (vgl. RKI 2006, S. 75) Die Säuglingssterblichkeit ist in den 1990er Jahren kontinuierlich gesunken. In Deutschland wurden 2007 insgesamt 2.656 Säuglingssterbefälle erfasst. Mit einem Durchschnittswert von 3,9 Säuglingssterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen liegt Deutschland unter dem EU-Durchschnitt. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009b, URL; RKI 2006, S. 73)

Mit insgesamt 33 Säuglingssterbefällen (2,6 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene) zeigte Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2007 neben dem Bundesland Sachsen (2,4 Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene) die geringste Säuglingssterblichkeit auf. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009b, URL)

⁶ vgl. Kapitel 6

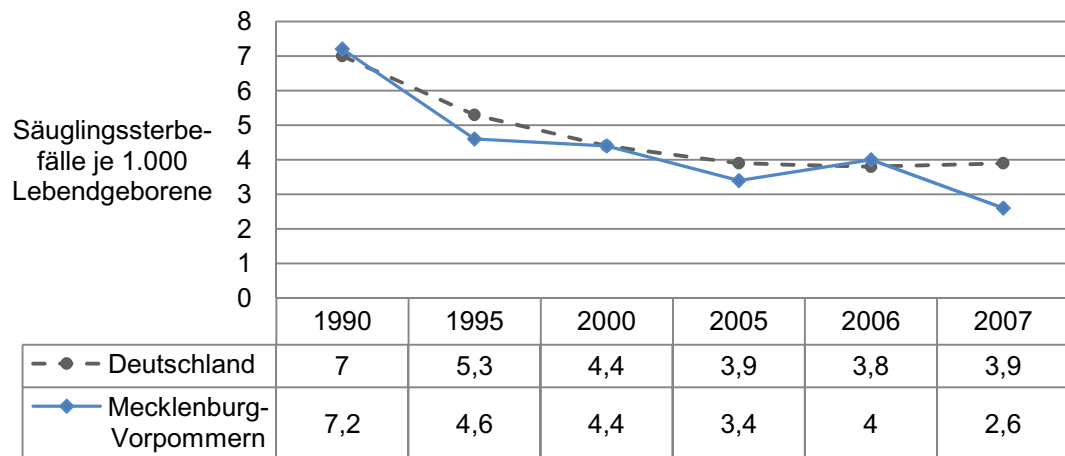


Abbildung 1: Säuglingssterblichkeit in Deutschland und M-V

Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2009b; URL)

Neben der Geschlechtszugehörigkeit beeinflussen auch soziale Faktoren die Säuglingssterblichkeit, wie eingangs bereits angedeutet. Zudem waren auch Säuglinge mit Migrationshintergrund von einer erhöhten Sterblichkeit betroffen. Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit sind hinsichtlich des Geschlechtes und der Staatsangehörigkeit weiterhin zu ermitteln. Diese sind inzwischen jedoch schwächer ausgeprägt. (vgl. RKI 2006, S. 73 f)

Das Sterberisiko wird durch Frühgeburten und ein meist damit einhergehendes geringes Geburtsgewicht erhöht. (vgl. RKI 2006, S. 75) Zu beachten ist im Zusammenhang mit der Säuglingssterblichkeit auch der plötzliche Kindstod (SIDS: sudden infant death syndrom). Die genauen Ursachen konnten bislang jedoch nicht ausreichend und eindeutig geklärt werden. Als Risikofaktoren für den plötzlichen Tod gelten nach Krüger und Steller (2008, S. 429) neben dem mütterlichen Zigarettenkonsum, sechs oder mehr vorrausgegangene Geburten, Mehrlingsgeburten und Frühgeburten, das Schlafen in Bauchlage oder eine Überhitzung. Unter anderem sind aber auch Kinder aus sozial schwachen Familien, Kinder von drogenabhängigen Müttern und von Müttern, die jünger als 20 Jahre alt sind, gefährdet. (vgl. RKI 2006, S. 76) Hinsichtlich der hier aufgeführten gefährdeten Gruppe lässt sich wiederum eine Überschneidung mit der Zielgruppe von Familienhebammen erkennen. Präventive und intervenierende Maßnahmen sind daher von enormer Bedeutung.

4.2.2 Psychische Erkrankungen

Das Morbiditätsspektrum bei Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Festzustellen ist u. a. eine Verschiebung von somatischen zu psychischen Störungen. Dazu gehören insbesondere Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z. B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und

Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft & emotionale Auffälligkeiten. Experten des RKI (2008, S. 43) führen diese „neue Morbidität“ hauptsächlich auf Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens zurück.

Die Basis für eine gesunde psychische Entwicklung wird häufig bereits in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren gelegt. Einen besonderen Einfluss haben dabei die Eltern-Kind-Interaktionen sowie die Bindungen zwischen Eltern und Kind. Gelingt es den Eltern aufgrund von auftretenden Hindernissen und Belastungen nicht, die alters- und entwicklungsspezifischen Bedürfnisse ihres Nachwuchses zu decken, besteht die Gefahr von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen. (vgl. RKI/BZgA 2008, S. 25) Bedauerlicherweise wurden für das Modul „Psychische Gesundheit“ im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey lediglich Probanden im Altersbereich von 7-17 Jahren gewählt. Für die Einbeziehung des Altersspektrums von Säuglingen und Kleinkindern standen keine einheitlichen und vergleichbaren Datenerhebungsverfahren und Untersuchungsinstrumente zur Verfügung. (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2002, S. 90; Erhart et al. 2007, S. 801)

Auch wenn es keine spezifischen Ergebnisse für die 0- bis 1-Jährigen gibt, ist die Herangehensweise der Forschenden hervorzuheben: Bei ihren Untersuchungen berücksichtigten sie insbesondere auch die Schutzfaktoren bzw. Ressourcen für die psychische Gesundheit. Sie bekräftigen somit die Relevanz einer Einbeziehung der in den Gesundheitswissenschaften fokussierten salutogenen Faktoren. (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2002, S. 90) Zu diesen Einfluss- und Schutzfaktoren zählen personale, familiäre und soziale Ressourcen (Kohärenzsinn, Zuversicht, Selbstwirksamkeitserwartung, Familienklima, Familienzusammenhalt, Erziehungsverhalten der Eltern, soziale Unterstützung). (vgl. Erhart et al. 2007, S. 800) Diese Schutzfaktoren und deren Relevanz wurden eingangs bereits angedeutet. Sie sollten in der Familienhebammenarbeit einen hohen Stellenwert einnehmen, da sich adäquate ressourcenfördernde Interventionsmaßnahmen und die Förderung der Vater-Mutter-Kind-Bindung vermutlich positiv auf die Chancen und Perspektiven des Kindeswohls auswirken.

4.2.3 Kindeswohlgefährdung

Hinsichtlich der Kindeswohlgefährdung von Kindern liegen für die Bundesrepublik Deutschland keine repräsentativen Daten oder Untersuchungsergebnisse vor. Durch die öffentliche Berichterstattung werden zwar Einzelfälle bekannt, jedoch bleibt eine genaue Beantwortung der Frage nach der Prävalenz der Kindeswohlgefährdung offen. (vgl. NZFH 2008, S. 8) Die nachfolgend aufgeführten Zahlen können daher nur als Anhaltspunkte für die aktuelle Datenlage verstanden werden.

Münder et al. (2000, S. 99 f) untersuchten Gefährdungslagen von Kindern bei denen das Vormundschaft- bzw. das Familiengericht einbezogen wurde. Von 318 untersuchten Fällen stand mit knapp zwei Drittel (n=207) das Gefährdungsmerkmal⁷ ‚Vernachlässigung‘ an erster Stelle. Doch auch die ‚seelische Misshandlung‘ war mit 36,8 % von quantitativer Bedeutung. Mit jeweils 23,6 % folgten die ‚körperliche Misshandlung‘ und die ‚Erwachsenkonflikte um das Kind‘. Zu den weiteren Gefährdungslagen zählten ‚sexueller Missbrauch‘ (16,7 %), ‚Autonomiekonflikte‘ (12,9 %) und ‚Sonstiges‘ (23,3 %).

Im Rahmen dieser Studie wurden die Fachkräfte des Weiteren dazu angehalten ein zentrales Gefährdungsmerkmal anzugeben. Dabei bildeten Vernachlässigung (50,0 %) und seelische Misshandlung (12,6 %) die Hauptgefährdungslagen. (vgl. Münder et al. 2000, S. 99f) Hinsichtlich der Daten zur Vernachlässigung bezieht sich das NZFH (2008, S. 8) wiederholt auf Schätzungen einer Dunkelstudie von Esser und Weinel (1990, S. 22 f), die davon ausgehen, dass etwa 5 bis 10 % aller Kinder unter 6 Jahre vernachlässigt werden. Die Aussagekraft dieser Schätzungen für die Gegenwart bleibt zu hinterfragen (vgl. NZFH 2008, S. 8).

Hinsichtlich der körperlichen Misshandlung wenden die Mehrheit aller Eltern minderschwere Formen physischer Gewalt an, zu denen auch Ohrfeigen oder ein Klaps gehören (vgl. Bussmann 2002, S.298 ff). Die polizeiliche Kriminalstatistik der BRD erfasste im Jahr 2008 nach § 22 StGB insgesamt 3.426 Misshandlungsfälle von Kindern und spricht von einer Steigerung der angezeigten Fälle (vgl. Bundesministerium des Innern 2008, S. 42). Insgesamt wird die Tendenz hinsichtlich Erziehungsgewalt und körperlicher Misshandlung jedoch als abnehmend beschrieben. (vgl. BMFSFJ 2008, URL) In Deutschland wurden im Jahr 2007 28.200 Kinder und Jugendliche durch das Jugendamt in Obhut genommen. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist die Anzahl um 8,4 % angestiegen. Auch die Eingriffe in die elterliche Sorge⁸ durch das Familiengericht hat sich im gleichen Zeitraum um 12,5 % auf 10.800 Fälle erhöht. Für Mecklenburg-Vorpommern sollen dahingehend Daten zu vorläufigen Schutzmaßnahmen aufgezeigt werden. Erfasst werden in der nachfolgenden Tabelle jene Fälle von Kindern und Jugendlichen, denen das Jugendamt oder ein freier Träger der Jugendhilfe aufgrund problematischer Lebensverhältnisse kurzzeitig Obhut gewährt. (Statistisches Amt M-V 2007a, URL)

⁷ Mehrfachnennungen waren möglich

⁸ Eine Grenze der elterlichen Sorge bildet das Wohl des Kindes, welches in manchen Fällen Eingriffe in das Sorgerecht vorschreibt. (vgl. Oelker 2007; S. 98)

Vorläufige Schutzmaßnahmen				
Anlass/Grund	Kinder & Jugendliche (insgesamt)		Kinder im Alter bis zu 3 Jahren	
	<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>
Integrationsprobleme im Heim/Pflegefamilie	69	7,1	1	1,2
Überforderung der Eltern	372	38,5	50	58,8
Schul-/Ausbildungsprobleme	56	5,8	0	0,0
Vernachlässigung	81	8,4	28	32,9
Delinquenz/Straftaten	56	5,8	0	0,0
Suchtprobleme	25	2,6	0	0,0
Anzeichen für Kindesmisshandlung	33	3,4	2	2,4
Anzeichen für sexuellen Missbrauch	22	2,3	0	0,0
Trennung/Scheidung der Eltern	16	1,7	4	4,7
Wohnungsprobleme	18	1,9	6	7,1
Unbegleitete Einreise aus dem Ausland	3	0,3	0	0,0
Beziehungsprobleme	306	31,7	5	5,9
Sonstige Probleme	306	31,7	30	35,3
Insgesamt	966	100	85	100

Tabelle 4: Anlässe für vorläufige Schutzmaßnahmen in M-V (2007)

Datenbasis: Statistisches Amt M-V (2007b, URL)

Für Kinder und Jugendliche allgemein betrachtet ist zu erkennen, dass die ‚Überforderung der Eltern oder eines Elternteils‘, ‚Beziehungsprobleme‘ und ‚sonstige Probleme‘ die häufigsten Ursachen für vorläufige Schutzmaßnahmen darstellen. Bei Kindern in einem Alter von bis zu 3 Jahren liegen die Gründe für die Einleitung derartiger Maßnahmen insbesondere in der ‚Überforderung der Eltern oder eines Elternteils‘ (58,8 %) und in der ‚Vernachlässigung‘ (32,9 %). (vgl. Statistisches Amt M-V 2007b, URL)

Dieses Resultat muss für diese Ausarbeitung ausdrücklich festgehalten werden, denn die psychischen Probleme und Kindeswohlgefährdung (vorwiegend Vernachlässigung und Überforderung der Eltern) stellen einen wichtigen Ansatzpunkt für die Arbeit der Familienhebammen dar.

4.3 Ausgangslage und Konsequenzen für die Familienhebammenarbeit

Die Konsequenzen, die sich aus den Einflussfaktoren und der Datenlage für die Familienhebammenarbeit schlussfolgern lassen, sollen sich an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff und an dem Bedarf einer ganzheitlichen Versorgung orientieren. Neben der körperlichen und medizinischen Versorgung muss vermehrt auch der seelischen Gesundheit und dem sozialen Wohlbefinden des Kindes Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Dementsprechend beinhalten auch die Strategien der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit als ein Ziel, die Stärkung einer gesunden psychischen Entwicklung. Unterstützt werden sollen im Besonderen jene Kinder und Jugendlichen in Risikosituationen. Alle werdenden, insbesondere jedoch junge Eltern sollten zudem über Risikofaktoren und Ressourcen, die im Zusammenhang mit einer gesunden kindlichen Entwicklung stehen, aufgeklärt werden. Dabei müssen vornehmlich sozial benachteiligte Familien, Alleinerziehende, Arbeitslose und Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Die Förderung von Elternkompetenzen muss eine primäre Rolle spielen. Zudem sollen auch konkrete Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten am Wohnort, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen angeboten werden (z. B. Telefonhotlines, Elterncafés oder aufsuchende Hebammenhilfe). (vgl. RKI/BZgA 2008, S. 25) Die deutschlandweiten Familienhebammenprojekte stellen demzufolge eine angemessene Intervention dar.

Folgende Anhaltspunkte lassen sich herausstellen:

Obwohl die aufgeführten Einflussfaktoren mit einer entsprechenden Risikobelastung bzw. Gefährdung einhergehen können, sollte angegangen werden, dass Familienhebammen vorrangig gesunde Kinder bzw. Familien aufsuchen. Ihr Einsatz sollte daher grundsätzlich primär präventiv und/oder gesundheitsförderlich ausgerichtet sein. In Familien, in denen bereits Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen nachweisbar sind, muss die Familienhebamme „therapeutisch“ agieren. (vgl. Staschek 2006; S. 5) Der Begriff der Prävention beinhaltet in diesem Bezugsrahmen nicht nur die Vermeidung bzw. Minderung von Risiken für die Gesundheit (vgl. Waller 2006, S. 156), sondern kann auch als vorbeugender Schutz vor Kindeswohlgefährdung verstanden werden. Die Stärkung der Erziehungskompetenz und die Förderung einer feinfühligsten Bindung zwischen Mutter/Vater und Kind sind nicht zu vernachlässigen (vgl. NZFH 2008, S. 8).

5 Der Beruf der Hebamme als Fundament für die Familienhebammenarbeit

„Die Hebamme ist eine verantwortungsbewusste Fachkraft, die partnerschaftlich mit Frauen zusammenarbeitet und ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gewährt. Sie leitet eigenverantwortlich die Geburt und betreut das Neugeborene und den Säugling.“

- Internationaler Hebammenverband 2005 (Mändle 2007, S. 3)

Überblick

Um das Handlungsfeld der Familienhebamme erfassen und deren Einflussnahme auf das Kindeswohl nachvollziehen zu können, ist es vorteilhaft, sich zunächst detaillierter mit dem Berufsbild der Hebamme auseinanderzusetzen. Diese Herangehensweise beruht nicht zuletzt auf dem Grundgedanken, dass eine abgeschlossene Ausbildung als Hebamme in den gegenwärtigen Familienhebammenprojekten als grundlegende Qualifikation vorausgesetzt wird. (vgl. u.a. Schneider 2008b, S. 18) Folglich bilden die im Rahmen der Ausbildung vermittelten Kompetenzen und gegebenenfalls eine mehrjährige Berufserfahrung ein weitreichendes Fundament für die Arbeit als Familienhebamme.

Im folgenden Abschnitt soll daher der Beruf der Hebamme genauer vorgestellt werden. Die gesetzlichen Grundlagen, Ausbildungsbedingungen als auch Tätigkeitsschwerpunkte werden dabei aufgezeigt und relevante Aspekte für die Arbeit der Familienhebamme hervorgehoben.

5.1 Einordnung des Berufsfeldes und gesetzliche Rahmenbedingungen

Der Beruf der Hebamme wird in der öffentlichen Diskussion über das Gesundheitswesen und die beteiligten Berufsgruppen wiederholt den Pflegeberufen zugeordnet. In einer Expertise des deutschen Hebammenverbandes betrachten Experten diese Zuordnung im Rahmen einer Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen jedoch kritisch. Ihrer Auffassung nach entsprechen Hebammen auf Grund der Charakteristik ihres autonomen Handlungsfeldes und der gesetzlichen Grundlagen dem Profil eines Pflegeberufes nur bedingt. (vgl. BDH 2006, S. 2) Auch auf internationaler Ebene ist ein vergleichbares Bemühen nach Autonomie unverkennbar. Die ICM forderte dahingehend in einem ihrer Positionspapiere, die Hebammenkunde als selbstständige Profession zu definieren, welche von anderen Berufsgruppen abzugrenzen sei. Eine autonome Berufsausübung ermögliche es den Hebammen, ihrem gesellschaftlichen Auftrag gerecht zu werden

und in diesem Sinne eine aktualisierte, evidenzbasierte, qualitativ hochwertige als auch ethische Betreuung der Frauen und deren Familien zu realisieren. (vgl. ICM 2005, URL)

Für die Bundesrepublik Deutschland lässt sich jedoch verallgemeinernd feststellen, dass den Hebammen bereits eine weitgehend selbstbestimmte und autonome Stellung zugesprochen wurde, die durch verschiedene Gesetze untermauert ist.

Genauer gesagt, stellt der gesetzliche Rahmen die Basis für die Souveränität und Autonomie von Hebammen dar. Nach §§ 195, 196 RVO haben Frauen in Deutschland während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes das Recht auf Hebammenhilfe. Des Weiteren unterliegen nach dem Hebammengesetz selbst Ärztinnen und Ärzte in Deutschland einer im internationalen Vergleich einmaligen Hinzuziehungspflicht, welche beinhaltet, dass es für sie verbindlich sei „[...] dafür Sorge zu tragen, daß bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungshelfer hinzugezogen wird.“ (§ 4 HebG)

Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext, dass diese Verpflichtung im umgekehrten Fall jedoch nicht besteht, denn solange die Geburt normal verläuft, müssen Hebammen keinen Arzt hinzuziehen. (vgl. BDH 2006, S. 2)

Da die RVO als unzeitgemäß empfunden wurde, reichten die Berufsverbände der Hebammen und verschiedene Netzwerke von Geburtshäusern im Jahr 2006 einen Antrag zur Gesetzestextänderung beim Bundesministerium für Gesundheit ein. Dieser Änderungsvorschlag wurde bedauerlicherweise nicht berücksichtigt. Er griff jedoch bedeutende Aspekte auf, die für die vorliegenden Ausführungen von Relevanz sind. Dieser Änderungswunsch umfasste zum Einen die Übernahme der Inhalte der §§195 - 197 RVO in das SGB V⁹ und zum Anderen eine adäquate Erweiterung. Die Antragsteller kritisierten in ihrer Antragsbegründung, dass für Schwangerschaft und Geburt zunehmend Regelungen Anwendung finden, welche insbesondere für die Behandlung von Krankheiten entworfen wurden. Infolgedessen verliere die Auffassung, dass Schwangerschaft und Geburt einen primär gesunden biologischen Vorgang darstellen, an Bedeutung. (vgl. BDH et al. 2006, S. 18) Zu berücksichtigen sei daher, dass Interventionen der Hebammen über die medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung hinausgehen und auch Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Relevanz sind. (vgl. BDH et al. 2006, S. 19) Dieser nicht berücksichtigte Änderungsvorschlag hat genau genommen auch Auswirkungen auf die Finanzierungsproblematik von Familienhebammen und wird daher im Verlauf dieser Ausarbeitung nochmals aufgegriffen.

⁹ Kap. 3, Abschnitt 3 „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Förderung der Selbsthilfe“ (§§ 20 ff SGB V)

5.2 Berufsprofil und Arbeitsbereiche

Die Aufgaben, die der Hebamme gemäß ihrem Ausbildungsziel obliegen, können in drei primäre Bereiche unterschieden werden. (vgl. Wolber 2008, S.11f) Schneider (2008a, S. 90) fügt eine vierte hinzu und verweist auf die klinischen als auch außerklinischen Tätigkeitsfelder in den einzelnen Unterbereichen.

Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft

Die Hebammenbetreuung während der Schwangerschaft umfasst die Schwangerenvorsorge als auch die Geburtsvorbereitung. (vgl. Wolber 2008, S. 11) Dazu zählen vorrangig die Beratung von Schwangeren, Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden als auch die Geburtsvorbereitung per se. (vgl. Schneider 2008a, S. 90f)

Es liegt im freien Ermessen der Schwangeren, ob sie Vorsorgemaßnahmen in einer ärztlichen Praxis, in einer Hebammenpraxis oder je nach Bedarf und Wunsch im Wechsel in Anspruch nehmen wollen. Hebammen sind in der Lage die gleichen Vorsorgeuntersuchungen wie der Arzt durchzuführen. Die Kosten werden unabhängig vom Leistungserbringer von der Krankenkasse übernommen. (vgl. Wolber 2008, S.11f)

Hebammenbetreuung während der Geburt

„Als Fachfrauen für Geburtshilfe verfügen Hebammen über die Kompetenz und die rechtliche Befugnis, eigenverantwortlich Geburten zu betreuen.“ (Bauer et al. 2007, S. 7) Unabhängig von der Entscheidung der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern für einen bestimmten Geburtsort haben sie stets den Anspruch auf Hebammenbetreuung während der Entbindung. Zu ihren Aufgaben gehören die Betreuung von außerklinischen Geburten (d. h. Hausgeburten, Geburten in Hebammenpraxen oder Geburtshäusern) sowie die Betreuung von Entbindungen im Krankenhaus.

Im Falle auftretender Komplikationen ist die Hebamme dazu angehalten, einen Facharzt hinzuzuziehen oder bei außerklinisch begonnenen Geburten die Verlegung der Gebärenden in eine Klinik zu veranlassen. (vgl. Wolber 2008, S.11f) Zu ihren Tätigkeitsfeld gehört auch die Hilfe bei Fehlgeburten (vgl. Schneider 2008a, S. 91).

Hebammenbetreuung im „Wochenbett“

Als „Wochenbett“ wird der Zeitraum vom Tag der Geburt bis einschließlich acht Wochen danach bezeichnet. Diese Zeit geht aufgrund der hormonellen als auch sozialen Umstellung mit einer Vielzahl von Neu- und Umorientierungen einher. Die Hebamme kann in diesem Zusammenhang emotionale und praktische Hilfestellungen

geben. Zudem beobachtet sie die Entwicklung des Kindes und kontrolliert die körperlichen Vorgänge bei den Müttern. (vgl. Wolber 2008, S.12)

Als vierten Aufgabenbereich benennt Schneider (2008b, S. 28) die:

Nachgehende Fürsorge und gesundheitliche Aufklärung

Hebammen haben sich zunehmend auch Aufgabenbereichen zugewandt, die soziale und beratende Tätigkeiten umfassen (vgl. Stiefel 2007, S. 17f). Zu diesem Bereich zählt die Mitwirkung in Mütterberatungsstellen, in Stillgruppen und Elterngruppen oder auch gesundheitserzieherische Maßnahmen, wie die Aufklärung an allgemeinbildenden Schulen. Die innerhalb dieses vierten Bereichs aufgeführten Leistungen sind allerdings nicht über die Gebührenverordnung abzurechnen. Für die Familienhebammen bilden diese Leistungen jedoch einen maßgeblichen Schwerpunkt. (vgl. Schneider 2008b, S. 28)

Insbesondere der vierte Bereich kann als Vorstufe oder Grundlage für das Handlungsfeld der Familienhebammen verstanden werden. Neben den unterschiedlichen Aufgabenbereichen kann eine Hebamme zudem in verschiedenen Arbeitsbereichen oder Anstellungsverhältnissen tätig werden. Sie kann ihre Tätigkeit ausüben, "als

- ◆ angestellte Hebamme im Krankenhaus,
- ◆ freiberuflich tätige Hebamme,
- ◆ angestellte und freiberuflich tätige Hebamme,
- ◆ in anderen Arbeitsbereichen." (vgl. Stiefel 2007, S. 15)

Je nach hausinternen Strukturen können die Einsatzmöglichkeiten auch im Krankenhaus variieren (bspw. Kreißsaalhebamme, Hebamme auf der Wochenstation, Lehrhebamme etc.). Alternative Möglichkeiten haben auch freiberuflich tätige Hebammen. Sie können entweder allein oder in unterschiedlichen Arbeitsmodellen gemeinsam mit Kolleginnen in Hebammenpraxen, Hebammengemeinschaftspraxen, in Geburtshäusern oder als Beleghebamme im Krankenhaus arbeiten. (vgl. Stiefel 2007, S. 15ff) Zudem üben manche Hebammen, die in einem Krankenhaus voll- oder teilzeitbeschäftigt sind eine zusätzliche freiberufliche Nebentätigkeit als Hebamme aus. Doch auch in anderen Arbeitsbereichen werden Hebammen vermehrt tätig. So arbeiten sie beispielsweise in Sozialberatungsstellen für werdende Eltern oder übernehmen die Beratung von Migrantinnen. (vgl. Stiefel 2007, S. 17f)

Damit schließt sich der Kreis zwischen den Aufgaben- und Arbeitsbereichen der Hebammen. Aus dieser differenzierten Darstellung des Tätigkeitsprofils lässt sich

auch schlussfolgern, dass soziale und beratende Tätigkeiten unabhängig von einer Zusatzqualifizierung zur Familienhebamme bereits als ein Teil des Handlungsfeldes der Hebammen genannt werden. Es ist daher interessant zu untersuchen, welche Inhalte und Kompetenzen bereits in der Ausbildung zur Hebamme aufgegriffen werden.

5.3 Modalitäten und Inhalte der Hebammenausbildung in Deutschland

In Deutschland gibt es 57 Hebammenschulen (vgl. BfHD 2009, URL), in denen innerhalb von 3 Jahren die Ausbildung zur Hebamme absolviert wird. Diese umfasst einen theoretischen Teil von mindestens 1600 Stunden und einen praktischen Teil von 3000 Stunden. In Hinsicht auf die Ausbildungsmodalitäten kann herausgestellt werden, dass kein einheitlich verbindlicher Lehrplan vorhanden ist. Auch für die praktische Ausbildung sind, was Art und Umfang der Anleitungen anbelangt, weder Vorschriften noch Anforderungen verfügbar. (vgl. Schneider 2008b, S. 25) Die dazukommenden Unterschiede personeller als auch materieller Ressourcen tragen zu einem „ausgeprägt heterogenen Ausbildungsniveau“ bei. (vgl. Neuscheler 1991, S. 75f)

Das Ziel der Ausbildung ist gesetzlich jedoch einheitlich festgelegt. Nach § 5 HebG sind mit der Ausbildung zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger nachfolgende Ziele verbunden:

„Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel).“ (§ 5 HebG)

Im Anhang 2 werden die vermittelten Kompetenzen des theoretischen und praktischen Unterrichtes nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) vollständig aufgezeigt. Nach § 1 HebAPrV umfasst die Ausbildung mindestens die dort aufgeführten theoretischen und praktischen Unterrichtsinhalte. Allerdings wird im gleichen Zuge die Option geringer Abweichungen hinsichtlich der Zuordnung einzelner Fächer angemerkt. (vgl. § 1 HebAPrV)

Jene Lehrinhalte, die eine Bewandnis für die Gesundheitsförderung sowie die Durchführung sozialer und beratender Tätigkeiten im späteren Berufsalltag annehmen lassen, wurden grau hinterlegt.

Der Anteil an psychologischen, soziologischen und pädagogischen Grundlagen wirkt jedoch verhältnismäßig gering. Die Nachdrücklichkeit einer ganzheitlichen Sichtweise

der Gesundheit wird daher nicht deutlich. Fokussiert wird schwerpunktmäßig die physische Gesundheit und Pflege von Mutter und Kind.

Auffallend war zudem, dass Inhalte der Gesundheitsförderung und Prävention, demnach auch die ressourcenorientierte und salutogene Ausrichtung in den Ausbildungsinhalten nicht hervortreten, obwohl die Hebammen deren Bedeutung vehement bekräftigen. (vgl. Wolber 2008, S. 15)

Auch wenn dieser Schwerpunkt in den Ausbildungsinhalten nicht deutlich wird, handelt es sich bei dem Beruf der Hebamme zweifelsohne um einen Gesundheitsberuf und eventuell werden grundlegende Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention bereits als Unterpunkte im Unterricht an den einzelnen Hebammenschulen behandelt. Nichtsdestotrotz ist eine kontinuierliche Anpassung der Ausbildungsinhalte insbesondere vor dem Hintergrund der neuen, sozialen und beratenden Tätigkeiten ratsam.

Dieser Bedarf wird nicht zuletzt dadurch bestärkt, dass immer weniger Hebammen nach bestandem Examen einen Arbeitsplatz als angestellte Hebamme finden. Die zunehmende Freiberuflichkeit sollte demzufolge in der Ausbildung stärker berücksichtigt werden. (vgl. Stiefel 2007, S. 17) Ein Ausbau der Kompetenzen für die Freiberuflichkeit könnte infolgedessen auch Vorteile für die Kompetenzen der Familienhebamme bedeuten. (vgl. Schneider 2008b, S. 22)

Als ein wichtiger Schritt der Anpassung und Professionalisierung könnte daher der seit 2008 angelaufene Studiengang Bachelor of Science in Midwifery der Fachhochschule Osnabrück gedeutet werden. Das für Deutschland innovative Studienprogramm berücksichtigt neben den veränderten Anforderungen von Hebammen auch die ungenügend genutzten Ressourcen von Hebammen. Die Studieninhalte orientieren sich an einer bedürfnisorientierten Gestaltung der Versorgung von Frauen und ihren Familien. Zu den Themenschwerpunkten gehören u. a. familien- und klientinnenorientierte Versorgungskonzepte, Professionalisierung und Interdisziplinarität sowie Kommunikation, Beratung und Anleitung. (vgl. Fachhochschule Osnabrück 2008, URL)

Eine qualifizierte Ausbildung ist die Basis für eine ganzheitliche, bedürfnisorientierte Versorgung im Sinne einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung. Sie ist sowohl für die Berufspraxis der Hebamme als die der Familienhebamme grundlegend.

Folglich konnte aufgezeigt werden, dass der Hebammenberuf in Deutschland durchaus durch eine autonome Stellung gekennzeichnet ist und zudem ein breites Aufgabengebiet involviert. Des Weiteren wurde im Rahmen dieses Kapitels auch die Ausbildung zur Hebamme beleuchtet. Diese vermittelte den Eindruck einer stark medizinischen Ausrichtung, während die Vermittlung jener Kompetenzen, die auf soziale und beratende Tätigkeiten ausgerichtet sind, als verkürzt empfunden wurde.

Daraus lässt sich vermuten, dass die Ausbildung per se für die Verwirklichung einer ganzheitlichen Vorsorge bzw. Versorgung nicht ausreichend sein könnte. Kompensatorisch könnten gegebenenfalls eine langjährige Praxiserfahrung oder eine ausgeprägt hohe Sozialkompetenz wirken, doch scheint eine entsprechende Zusatzqualifikation als Familienhebamme auf der Basis einer praxisorientierten und qualitativ hochwertigen Fortbildung am effektivsten. Auf die Fragen, inwieweit sich Familienhebammen in ihrem Tätigkeitsprofil von Hebammen unterscheiden und welche Besonderheiten, Verantwortlichkeiten als auch Einschränkungen mit der Familienhebammenarbeit einhergehen, soll das anschließende Kapitel Antworten geben.

6 Die Familienhebamme – ein spezifisches und ganzheitliches Tätigkeitsprofil?

„Familienhebammen sind staatlich 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 Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen.“

(vgl. Jaque-Rodney 2009, URL)

Überblick

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln der Bedarf, die Anforderungen und erste Ansatzpunkte dargelegt wurden, fokussiert der vorliegende Teil dieser Ausarbeitung das Tätigkeitsprofil der Familienhebamme und beleuchtet deren Arbeit aus verschiedenen Blickwinkeln. Im Rahmen einer entsprechenden Fortbildung werden Kompetenzen vermittelt, welche die ursprüngliche Ausbildung staatlich anerkannter Hebammen um eine verstärkt psychosoziale Ausrichtung ergänzt und erweitert. Dieser Ansatz ist nicht neu, denn dessen Potential wurde bereits vor knapp 30 Jahren erkannt. Im vorliegenden Kapitel soll daher der Entstehungshintergrund sowie der Wandel der Familienhebammenarbeit und der dazugehörigen Projekte verdeutlicht werden. Darauf basierend werden gegenwärtige Rahmenbedingungen dargestellt, indem neben dem Handlungsfeld, den Zielgruppen und den gegenwärtig relevanten Projektformen auch die Finanzierungsmöglichkeiten beleuchtet werden. An die Darstellung des Tätigkeitsprofils mit seinen entsprechenden Modalitäten schließt eine kritische Auseinandersetzung an.

6.1 Entstehungshintergrund und Wandel der Familienhebammenprojekte

Der Beweggrund für die Entwicklung der Institution „Familienhebamme“ lag in der erhöhten perinatalen Sterblichkeit sowie in der erhöhten Morbidität in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Regionen. Neben Bremen entwickelten sich die ersten Familienhebammenprojekte in den Bundesländern Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Ein weiterer Entstehungshintergrund spiegelte sich außerdem in der zunehmenden Forschung und den damit verbundenen Ergebnissen über die Vermeidung des plötzlichen Kindstods wider. Ein relevanter Ansatzpunkt basierte auf der Tatsache, dass bereits vorhandene Angebote der Geburtshilfe und Pädiatrie, wie z. B. Geburtsvorbereitungskurse, Vorsorgeuntersuchungen in den am stärksten risikobelasteten Gruppen selten bis gar nicht wahrgenommen wurden. (vgl. Collatz

et al. 1981, S. 12, Staschek 2006, S. 4) Daher war eine Erhöhung der früh- bzw. rechtzeitigen als auch vollständigen Inanspruchnahme adäquater Versorgungsangebote als ein Modellziel von Collatz et al. (1981, S. 12) zu verstehen. Erreicht werden sollte diese Zielsetzung durch den Einsatz von Hebammen, da diese über bedeutsame Voraussetzungen verfügen, wie

- ◆ Sachkenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Neugeborenen sowie medizinisches Hintergrundwissen,
- ◆ ein positives Ansehen in der Bevölkerung (vgl. Collatz et al. 1981, S. 56).

Insbesondere auch die Ansätze skandinavischer Länder sowie die der Niederlande haben die Entscheidung für die Hebamme als geeignete Fachkraft bestärkt. In den Versorgungssystemen der genannten Länder werden die Mütter bereits bis zum ersten Lebensjahr ihres Kindes von Hebammen begleitet, während diese für die Familien vornehmlich auch als Vertrauensperson fungiert. (vgl. Collatz/Rohde 1986, S. 11)

Auch in Deutschland, genauer gesagt im Stadtstaat Bremen, wurden daher bereits ab 1980 die ersten Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet. Sie sollten auf der Basis ihrer Zusatzqualifikation im Rahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention agieren und neben biologisch-somatischen Faktoren zudem psychosoziale Aspekte berücksichtigen. Doch lässt sich der Begriff der Prävention nicht lediglich auf den Krankheitsaspekt beziehen, sondern insbesondere auch in einen sozialen Kontext setzen. Infolgedessen hatten auch soziale und beratende Tätigkeiten im Rahmen dieses Modellprojektes einen präventiven Charakter und somit eine große Bedeutung (vgl. Collatz et al. 1981, S. 11f). Von besonderer Relevanz ist des Weiteren, dass bereits bei dem ersten Modellprojekt als ein weiteres Ziel eine verbesserte und nachhaltige Kooperation zwischen ambulanter und klinischer Versorgung sowie zwischen Geburtshilfe und Pädiatrie angestrebt wurde. (vgl. Schneider 2008b, S. 44)

An den hier aufgezeigten ursprünglichen Zielsetzungspunkten lässt sich, wie einleitend in dieser Ausarbeitung bereits wiederholt betont, verdeutlichen, welche anspruchsvollen Intentionen mit den Projekten und letztendlich mit dem Arbeitsgebiet der Familienhebammen einhergehen.

Während sich die Ziele aller nachfolgenden Projekte weitestgehend ähnelten, verlief die Entwicklung der Familienhebammenprojekte als auch die organisatorische Umsetzung durchaus unterschiedlich, zum Teil nahezu widersprüchlich. Nachdem manche Projekte erloschen oder in einigen Projekten Stellen für Familienhebammen gestrichen wurden, entstanden in anderen Regionen neue Projekte, die in ihren Konzeptionen und Arbeitsbedingungen für die Hebammen bundesweit stark variieren. (vgl. Staschek 2006, S. 4)

Momentan existierende Erscheinungsbilder und entsprechende Arbeitsbedingungen sollen im nächsten Abschnitt untersucht werden.

6.2 Zentrale Aspekte der Familienhebammenarbeit

Angeichts der schnellen Entwicklung und der Vielzahl verschiedener Familienhebammenprojekte, die sich nicht nur in den einzelnen Bundesländern sondern auch teilweise in den einzelnen Städten unterscheiden, ist die Transparenz zunehmend geringer geworden. Die Verwendung des nicht geschützten Begriffes „Familienhebamme“ ist in seinem Gebrauch daher mittlerweile als unklar bis inflationär zu beschreiben. Auch eine klare Abgrenzung der Handlungsfelder einer freiberuflichen Hebamme der Regelversorgung, einer freiberuflichen Hebamme mit bestimmten Zusatzqualifikationen und einer Familienhebamme wird zunehmend schwieriger. Diese Sachlage wird auch von Experten als bedenklich eingestuft, da Qualifikationen und Kompetenzen nicht mehr eindeutig zu identifizieren sind. Dementsprechend ist es sowohl für die Kooperationspartner als auch für die Klientinnen und Klienten nicht unmittelbar feststellbar, welchen Leistungsumfang die „Familienhebamme“ gewährt. (vgl. Staschek 2006, S. 12) Zusammengefasst ergeben sich für die Arbeitskonzeptionen der Projekte gegenwärtig Diskrepanzen:

- ◆ im Grundverständnis der Tätigkeit als Familienhebamme,
- ◆ in der Definition der Zielgruppen,
- ◆ im Beziehungsverhältnis zwischen Familien und Familienhebamme,
- ◆ in den Netzwerk- und Kooperationsstrukturen. (vgl. Staschek 2006, S. 4)

Dennoch soll nachfolgend versucht werden, in Unterpunkten die Familienhebammenarbeit in ihren jeweiligen Grundzügen darzustellen.

6.2.1 Handlungsfeld und Handlungsprinzipien

Die Familienhebamme betreut schwangere Frauen, Mütter und deren Kinder bis zum ersten Geburtstag des Kindes. (vgl. Staschek 2006, S.4)

Es handelt sich also um eine zeitlich begrenzte Intervention, die der Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Schwangeren, Müttern und Kindern dient. Die Betreuung und die Beratungen finden überwiegend im häuslichen Rahmen statt, wobei sowohl medizinische als auch psychosoziale Risikofaktoren berücksichtigt werden. Ein Schwerpunkt liegt unter anderem auch in der Zusammenarbeit mit entsprechenden Behörden und Institutionen. Zum Teil ist es in diesem Kontext auch notwendig, Fami-

lien bei Behördengängen zu unterstützen (z. B. in Form von Ermutigung, Begleitung, Hilfe beim Ausfüllen der Anträge). (vgl. Schneider 2008b, S. 50)

Darüber hinaus ordneten bereits Collatz et al. (1981, S. 36) dem Handlungsfeld der Familienhebammen neben der Betreuung von Risikogruppen auch Schulungen und Kurse hinsichtlich einer adäquaten Gestaltung von Schwangerschaft, Geburt und Kinderpflege zu. Neben den Hausbesuchen ist es zudem ratsam, die Familien bereits auf den Wochenstationen mit ihren Hilfeangeboten aufzusuchen. Abgesehen von der Dokumentation, dem Schriftwechsel, den Vor- und Nachbereitungen von Hausbesuchen und der Präsenz auf Stationen, sollten jedoch auch die Reflexion der Arbeit, Supervision und Informationsaustausch zu dem Aufgabenbereich der Familienhebamme gezählt werden. (vgl. Collatz et al. 1981, S. 36) Die bisher dargelegten Tätigkeitsschwerpunkte schneiden das Handlungsfeld der Familienhebammen in seiner Vielseitigkeit lediglich an. Eine Übersicht im Anhang 3 gibt einen komplexen Überblick über die Aufgabenbereiche. Auch im Rahmen der kritischen Auseinandersetzung (vgl. Kap. 6.3) werden einzelne Aspekte als Vertiefungspunkte aufgegriffen.

Ein derart vielfältiger Leistungsumfang erfordert jedoch auch entsprechende Handlungsprinzipien. Familienhebammen müssen die Menschen, ihre Klientinnen und Klienten annehmen, denn die Basis für ihre Arbeit ist es, dass sie eine Beziehung zu ihnen aufbauen. Insbesondere bei der anknüpfenden Konkretisierung der Zielgruppe wird diese Bedeutsamkeit nachvollziehbar. Eine wichtige Rolle spielen dahingehend die Transparenz und Authentizität. Es sollte ferner der Anspruch einer Familienhebamme sein, ein gewisses Gleichgewicht zwischen Unterstützung und der Ausübung von Kontrolle herzustellen. Auch die Interessen der Kinder und die der Eltern gilt es in der Waage zu halten. Nicht zuletzt muss auch dafür eine ausreichende Qualifikation der Familienhebamme gewährleistet sein. Ein weiteres elementares Handlungsprinzip spiegelt sich auch in der Vernetzung, Kooperation und interdisziplinären Kommunikation wider. (vgl. Staschek 2006, S. 7)

Erst das Befolgen der aufgezeigten Handlungsprinzipien trägt zur Verwirklichung einer ganzheitlich ausgerichteten Familienhebammenarbeit bei.

6.2.2 Zielgruppen

Im Fokus der Familienhebammentätigkeit stehen Familien mit einer „Risikokumulation“. Nach mehr als 25 Jahren Einsatz von Familienhebammen in Deutschland herrscht ein weitreichender Konsens in Hinsicht auf die Zielgruppen. (vgl. Staschek 2006, S. 6) Einbegriffen werden „alle Schwangeren, Mütter, werdende Eltern und ihre jungen Kinder, die aufgrund der körperlichen Situation bzw. der gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedingungen physisch, psychisch und/oder sozial Belastungen ausgesetzt

sind, deren pathogene Bedeutung bekannt sind.“ (Staschek 2006, S. 6) Wie eingangs dargestellt wurde, zeigen Forschungen, dass sozial Benachteiligte unzureichende Ressourcen besitzen, mit höheren gesundheitlichen Risiken konfrontiert werden und weniger häufig gesundheitliche Vorsorge- und Versorgungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. (vgl. Kap. 4)

Insbesondere für die Kinder ist darauf hinzuweisen, dass diese zum Zeitpunkt ihrer Geburt meist gesund sind. Die knappen Budgets erlauben jedoch lediglich die Betreuung von Familien mit besonders hoher Risikokonstellation, wobei diese Familien zumeist bei den Jugendämtern bereits bekannt sind. Tätigkeiten der Primärprävention scheinen infolgedessen fast vollkommen ausgeschlossen zu werden. (vgl. Staschek 2006, S. 7) Empfehlenswert hingegen ist eine Gewichtung der Risikofaktoren wie in Sachsen-Anhalt, die den Familienhebammen einen annäherungsweise objektiven Anhaltspunkt hinsichtlich der Auswahl der Klientinnen gibt. (vgl. Ayerle/Sadowski 2007, S. 92f)

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, problematische Hygiene)	geringer sozioökonomischer Status (z. B. arbeitslose Mutter/Eltern, Überschuldung)	minderjährige Mutter, Schülerin, Auszubildende
Anzeichen für Überforderung/Hilflosigkeit oder Vernachlässigung des Säuglings	geringer Bildungsstand (Sonderschule, kein Schulabschluss)	mit Kind allein lebende Mutter
Eltern mit Suchtproblemen: Alkohol, Drogen	mangelnde soziale Unterstützung, soziale Isolation	Schwangere/Mutter mit zusätzlichem Kleinkind unter 2 Jahren
Gewalterfahrung durch Partner/Familienangehörige/Freunde	erhebliche Problem in der Partnerschaft/Familie, mangelnde Fähigkeit zu Problemlösung	Schwangere/Mutter mit 4 oder mehr Kinder unter 10 Jahren
mangelndes Wissen über soziale/gesundheitsbezogene Inhalte: Beratungsstellen, Ämter, Antragstellung auf öffentliche Hilfen	Migrantin/Analphabetin, mangelnde Deutschkenntnisse	nach Trennung von Mutter und Kind (z. B. Frühgeborenes, stationärer Aufenthalt der Mutter oder des Kindes)
schwieriges Kind/Schreibaby	Gewalt in der Herkunftsfamilie (physische/ psychische Gewalterfahrung als Kind)	verwaiste Mutter (nach Totgeburt)
Mütter mit psychischer Erkrankung (Depression, Psychose)	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		

Tabelle 5: Zielgruppen der Familienhebammen

Quelle: Ayerle/Sadowski (2007, S. 93), leicht modifiziert

Die Tabelle gibt einen Überblick über Risikofaktoren sowie entsprechende Punktwerte. Gleichzeitig stellt sie somit eine Übersicht der Zielgruppen dar. In Sachsen-Anhalt können Familienhebammen alle vulnerablen Familien betreuen, die (mindestens) drei „Risikopunkte“ aufweisen. (vgl. Ayerle/Sadowski 2007, S. 92f)

Um diesen Hochrisiko-Gruppen angemessen zu begegnen, bedürfen Familienhebammen einer entsprechenden Fortbildung.

6.2.3 Fortbildung

Einleitend wurde hinsichtlich der gegenwärtigen Gesichtspunkte angedeutet, dass der Begriff der Familienhebammen nicht geschützt ist und dass sich kein klares Bild über den Kompetenzumfang erstellen lässt. Diese Tatsache könnte die Konsequenz daraus sein, dass keine einheitliche Fortbildung bzw. Qualifizierungsstruktur für Familienhebammen vorhanden ist. Manche Hebammen qualifizieren sich im Rahmen einer Vollzeitfortbildung von 9 Monaten, während andere wiederum ganz individuell Einzelfortbildungen organisieren oder auch ohne jegliche Einarbeitung bzw. Fortbildung eingesetzt werden. (vgl. Biehl et al. 2004, S.10)

Selbst erfahrene Hebammen räumten dahingehend jedoch ein, dass die erforderlichen Kompetenzen für eine solide Basis der freiberuflichen Tätigkeit in der Hebammenausbildung nicht in einem ausreichenden Maße vermittelt wurden. Insbesondere eine adäquate Vorbereitung auf die Arbeit mit Hochrisiko-Gruppen bliebe gänzlich aus. Angesichts der hohen Anforderungen der Familienhebammenarbeit sei eine einheitlich kompetente Fortbildung hingegen unentbehrlich. Sie wäre von großer Bedeutung – sowohl für die Träger, die somit Klarheit über die Qualifikation der tätigen Hebamme erhalten, als auch für die Qualitätssicherung in der Hebammenarbeit. Darüber hinaus dient eine adäquate Qualifizierung dem Selbstschutz der Hebamme, um Überforderung zu vermeiden. (vgl. Biehl et al. 2004, S.10) Im Auftrag des DHV wurde 2005 daher ein Curriculum für die Fortbildung zur Familienhebamme (Schneider 2005) ausgearbeitet und vorgelegt. Folgende Ziele werden mit der Fortbildung in Verbindung gesetzt:

„Neben der Vermittlung fachlicher Kenntnisse sollen die Teilnehmerinnen zum selbstständigen Handeln, zur Kooperation und zur Übernahme von Verantwortung befähigt werden. Zentrale Voraussetzung für die Tätigkeit ist dabei die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit mit der Klientel, den Auftraggebern und den Kooperationspartnern. Mögliche Schwierigkeiten können in der persönlichen Belastung liegen, die sich generell in sozialen Arbeitsfeldern durch Hilflosigkeits- und Ohnmachtgefühle, Überforderung oder Ausgebranntsein äußern können. Deshalb müssen Strategien zu Vermeidung solcher Phänomene

bzw. Entlastungsmöglichkeiten (z. B. Selbstpflege, Supervision) vermittelt werden.“ (Schneider 2005, S. 6f)

Hinsichtlich der Zuständigkeit für eine einheitliche Fortbildung wurden die AG Familienhebammen im Februar 2007 in einer gemeinsamen Beratung mit dem BMFSJ jedoch an die Länderministerien und Krankenkassen verwiesen. Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung von Konzepten zur Implementierung der Familienhebammen sowie deren Ausbildung wurde folglich den Ministerien der Länder übertragen. (vgl. Nieting 2009, URL) Eine Arbeitsgemeinschaft des deutschen Hebammenverbandes, die sich mit der Familienhebammenarbeit auseinandergesetzt hat, empfahl daher die Fortbildung langfristig an Fachhochschulen mit Studienfächern wie Soziale Arbeit, gemeindebezogene Gesundheitsförderung etc. anzusiedeln. Zudem wäre es erstrebenswert, kurz- und mittelfristig aufbauende Fortbildungen auch für bereits tätige Familienhebammen anzubieten. (vgl. Biehl et al. 2004, S.10) Einheitliche Qualifizierungsstrukturen konnten bis heute nicht realisiert werden. Deren Wichtigkeit und Brisanz werden auch bei der Evaluation des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern veranschaulicht.

6.2.4 Projektformen und Arbeitsstrukturen

In der gesamten Bundesrepublik sind Familienhebammen tätig. Jedoch unterscheiden sich die Arbeitsstrukturen und die Länge des Einsatzes in den einzelnen Bundesländern und einzelnen Städten voneinander. Die vorliegende Ausarbeitung bietet nicht den Rahmen die einzelnen Projekte gegenüberzustellen. An dieser Stelle sollen daher zusammengefasst die drei derzeit praktizierten Strukturmodelle aufgezeigt werden.

Strukturmodell A

Die Familienhebammen werden als Angestellte des Gesundheitsamtes im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. Oftmals arbeiten sie kooperativ mit einem interdisziplinären Team (z. B. mit Kindergesundheits- und Krankenpflegern) zusammen. Charakteristisch sind diese Arbeitsstrukturen für die Städte Bremen und Oldenburg. Die Kosten tragen dementsprechend die Kommunen. Teilweise wird, wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, eine Teilerstattung abrechnungsfähiger Leistungen durch Sonderregelungen mit den Krankenkassen angestrebt. (vgl. Sayn-Wittgenstein, z. 2007, S. 126)

Strukturmodell B

Die Hebamme arbeitet als Angestellte in einer Einrichtung der Jugend-, Sozial- oder Familienhilfe, während nichtöffentliche Leistungsanbieter wie z. B. die Caritas als Träger fungieren. Für die Finanzierung der Lohnkosten werden Krankenkassen, Kommunen sowie Projektmittel aus Spenden als auch Stiftungen benötigt. Auch in diesem Projekt gelten Kooperationsstrukturen als äußerst relevant. So werden Familienhebammen in Zusammenarbeit mit Sozialpädagoginnen in sozial belasteten Stadtteilen, wie beispielsweise das Hamburger-Modell Barmbek-Süd tätig. (vgl. Sayn-Wittgenstein, z. 2007, S. 126)

Strukturmodell C

Familienhebammen arbeiten als Beauftragte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder des Jugendamtes. Oftmals handelt es sich um freiberufliche Hebammen, die mittels Honorarvertrag mit den entsprechenden Ämtern zusammenarbeiten und deren Leistungen als Familienhebamme auf diesem Weg vergütet werden. Die Kostenträger für die Finanzierung des Honorars sind verschiedene, dabei kann es sich um Stiftungen oder auch Mittel der Länderebene handeln. Beispiele für diese Modellform sind das sächsische Modell „Eine Chance für Kinder“ als auch die Projektform der Stadt Münster. (Sayn-Wittgenstein, z. 2007, S. 126)

6.2.5 Finanzierung und Honorierung

Anlehnend an die verschiedenen Projektformen soll auch die Frage nach der Finanzierung bzw. Honorierung beantwortet werden. In vielen Bundesländern werden Fortbildungen zur Familienhebamme angeboten. Da diese Fortbildungen jedoch zeit- und auch kostenintensiv sind, hinterfragen Interessentinnen die monetäre Anerkennung ihres Engagements mit der entsprechenden Zusatzqualifikation. Derzeit wird die Familienhebammenarbeit uneinheitlich vergütet. (vgl. Schneider 2007, S. 446) Die Beschäftigungs- und Finanzierungsformen sind vielfältig und lassen aufgrund föderalistischer Strukturen in naher Zukunft keine einheitliche Regelung erwarten. Eine länderübergreifende Lösung wäre zum Beispiel die Aufnahme der Leistungen in übergeordnete Verordnungen bzw. Verträge¹⁰. (vgl. Schneider 2007, S. 447)

Für die Tätigkeit als Familienhebamme und die damit übernommene Verantwortung sind geringe Stundensätze nicht akzeptabel. Bei drastischer Unterbezahlung kann nicht erwartet werden, dass sich langfristig eine gute Betreuungsqualität,

¹⁰ Die Abrechnung freiberuflich erbrachter Hebammenleistungen erfolgt seit 01.08.2007 auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Die HebGV wurde außer Kraft gesetzt (vgl. z. B. vdek 2008, URL)

Verlässlichkeit, Kontinuität und Stabilität entwickelt. Richtlinien und Mindestanforderungen, wie beispielsweise in Hamburg, müssen daher formuliert werden und bundesweit Geltung erhalten. (vgl. Staschek 2007, S. 449)

Zu klären ist im Zusammenhang mit der Vergütung, was zu den abrechenbaren Leistungen einer Familienhebamme gehört. Dabei sind neben der Betreuungszeit die Fahrzeit, Vorbereitung, Evaluation, Fortbildung, Supervision sowie Team- und Dienstbesprechungen zu berücksichtigen. Eine angemessene Honorierung sollte sich heutzutage am Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V orientieren. Häufig erzielte Honorare liegen demnach zwischen 34€ bis 36€ pro Stunde. Diese Richtwerte stellen eine Minimallinie der Honorierung von Familienhebammen dar. (vgl. Staschek 2007, S. 452) Um optimale Tätigkeitsvoraussetzungen und einer gesicherte Entlohnung zu gewährleisten, wird langfristig die Sicherstellung von Arbeitsstellen bei Jugend-, Sozial bzw. Gesundheitsämtern gefordert (vgl. BDH 2007, URL).

6.3 Kritische Auseinandersetzung über Chancen und Grenzen der Arbeit von Familienhebammen

Im Leben von Säuglingen und Kleinkindern stellt die Familie die originäre und gleichzeitig einflussreichste Sozialisationsinstanz dar. Überwiegend sozial benachteiligte Familien sind häufig nicht in der Lage, in ausreichender Weise auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Die Lebensbedingungen, unter denen Eltern ihre Kinder aufziehen, wirken sich letztendlich in einem hohen Maße auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung aus. (vgl. RKI 2008, 76) Forschungsergebnisse belegen zudem, dass soziale Ungleichheit auch nach Jahrzehnten Effekte auf die Gesundheit haben kann. Mit diesem Wissen ergeben sich relevante Ansatzpunkte für die Prävention als auch die Gesundheitsförderung. Soll gesundheitliche Ungleichheit verhindert werden, müssen insbesondere sozialbenachteiligte Eltern und deren Kinder frühzeitig als Zielgruppe fokussiert werden. (vgl. Dragano 2007, S. 24f) Vorab konnte aufgezeigt werden, dass sich Familienhebammen unter Berücksichtigung medizinischer und psychosozialer Gesichtspunkte speziell dieser Aufgabe und diesen Zielgruppen widmen sollen. Inwiefern können Familienhebammen diesem ganzheitlichen Ansatz tatsächlich gerecht werden? Im folgenden Abschnitt sollen die Handlungsebenen von Gesundheitsförderung und Prävention daher genauer reflektiert werden. Das bedeutet zum einen Chancen der Familienhebammenarbeit aufzuzeigen und zum anderen auch ein Gespür für vermutliche Grenzen ihrer Kompetenzen zu entwickeln.

6.3.1 Familienhebammenarbeit zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Kinderschutz

„Hebammenarbeit dient der Gesundheitsvorsorge und ist damit ein wesentliches Element der Gesundheitsförderung für Schwangere und Gebärende, für Mütter und deren Säuglinge“. (vgl. Wolber 2008, S.15)

Die vorangehende Aussage verdeutlicht, dass die Gesundheitsförderung als ein primäres Handlungsfeld von Hebammen verstanden werden kann. Familienhebammen haben die gleiche grundlegende Ausbildung und ohne Zweifel handelt es sich dabei um einen Gesundheitsberuf. Doch inwieweit steckt in ihnen das Potential von Gesundheitsförderinnen?

Die Kenntnisse über Gesundheitsförderung und Prävention

Oftmals werden die Begriffe Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention von Laien unbeirrt synonym, ohne klare Abgrenzungen verwendet. Jedoch gebrauchen diese zum Teil auch Berufsgruppen aus dem Gesundheitssektor gleichbedeutend. (vgl. Bals/Wulfhorst 2008, S. 114) Auch in Fachpublikationen für Hebammen lassen sich Beispiele finden, die die Aufgaben der Prävention als Tätigkeitsfelder der Gesundheitsförderung deklarieren. (vgl. z. B. Dunkley 2003, S. 40) Obwohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention zur Gesunderhaltung beitragen, sind die beiden Ansätze jedoch verschieden. Die Prävention hat einen defizitären Ansatz und zielt auf die Vermeidung bzw. auf die Minderung von Risiken ab, um somit die Gesundheit zu erhalten, während die Gesundheitsförderung das gleiche Ziel, die Gesunderhaltung, durch das Bewahren und Stärken von Ressourcen erreichen soll. (vgl. Waller 2006, S. 156)

Die Idee der Gesundheitsförderung ist genauer gesagt mit dem Ziel verbunden, [...] biologische, seelische und soziale Widerstandskräfte und Schutzkräfte zu mobilisieren und Lebensbedingungen herzustellen, die positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an Be- und Entlastung erlauben.“ (Badura 1992, S. 44)

Insbesondere für die Familienhebammenarbeit ist die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung, denn trotz hoher Risikobelastung der Zielgruppen stehen vorrangig gesunde Kinder und Familien im Vordergrund. (vgl. Staschek 2006, S. 6) Auch zu Sayn-Wittgenstein (2007, S. 128) beteuert den sich in der Arbeitsform der Familienhebammen wiederfindenden salutogenen Ansatz.

Neben dem ressourcenorientierten Ansatz sind mit der Gesundheitsförderung jedoch weitere wertvolle konzeptionelle Grundlagen verbunden. Laut der Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, der darauf ausgerichtet ist, „allen Menschen

ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO 1986, S. 84)

Die in der Ottawa-Charta festgelegten drei Handlungsstrategien umfassen, die Vertretung von Interessen (Partizipation), das Befähigen und Ermöglichen (Empowerment) sowie das Vermitteln und Vernetzen. (vgl. WHO 1986, S. 86f)

Im Hinblick auf den gesundheitsfördernden Part der Familienhebammenarbeit kommt der Handlungsstrategie „Befähigen und Ermöglichen“ eine besondere Bedeutung zu. (vgl. Bals/Wulfhorst 2008, S. 114) Die WHO (1986, S. 89) fasst in diesem Handlungsfeld die Herausbildung von Persönlichkeit, sozialer Fähigkeiten, sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten zusammen. Genau an diesem Punkt sollten die Familienhebammen demnach ansetzen. Im Sinne der in der Ottawa-Charta formulierten Inhalte erreichen sie das, indem sie Familien wertschätzend gegenüber treten und sie dazu ermutigen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und gleichzeitig der Gesundheit zu Gute kommende Veränderungen im Lebensalltag vorzunehmen.

In welchem Umfang den Familienhebammen diese Grundprinzipien der Gesundheitsförderung in ihrer Fortbildung übermittelt werden, inwieweit sie diese demnach kennen und verfolgen, ist schwer nachweisbar, da die Fortbildungsinhalte nicht einheitlich sind. Insbesondere jene Rückschlüsse aus gravierenden Ungleichheiten in Qualifizierungsstrukturen der Familienhebammen, gepaart mit den Inhalten der Hebammenausbildung, lassen jedoch differenzierte Annahmen zu. Hypothetisch und nicht verallgemeinernd werden in Bezug auf Gesundheitsförderung, Empowerment und Partizipation in vielen Fällen Unwissenheit oder zumindest Verbesserungspotentiale vermutet.

Nichtsdestotrotz soll tiefgründiger auf die Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen werden, da sie als Chance für das Kindeswohl verstanden werden.

Gesundheitsförderung im Lebensraum Familie

Um eine schnelle Umsetzung der Gesundheitsförderung zu ermöglichen, ist von der WHO der Setting-Ansatz entworfen worden. Als Setting lässt sich ein abgegrenztes soziales System bzw. ein Lebensraum verstehen, in dem Maßnahmen der Gesundheitsförderung realisiert werden. (vgl. Hanses 2008, S. 16) Bals und Melzer (2008, S. 27) verstehen auch die Familie als Setting. Sie beschreiben sie als ein sozioökologisches Zentrum des gesellschaftlichen Aufwachsens, welches für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung ist. Die Familie kann eine wertvolle Ressource, jedoch auch Verursacher von gesundheitlichen Problemen darstellen, wie bereits angedeutet wurde. Resultierend aus familiären Sozialisationsprozessen, gewöhnen sich Kinder sehr schnell bestimmte Gewohnheiten oder

Bewältigungsstrategien ihrer Eltern an. Dementsprechend ergibt sich eine entsprechende Ansatzstelle für Eingriffsmöglichkeiten, da über den Zugang zu der Familie die Chance gesehen wird, bestimmte Mechanismen und Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu korrigieren. (vgl. Bals/Melzer 2008, S. 27f) Für die Familienhebammen ist das Arbeiten im Lebensraum Familie nicht neu, insbesondere dann nicht, wenn sie zuvor bereits als freiberufliche Hebamme Hausbesuche durchgeführt haben. Familienhebammen werden direkt in der Familie tätig und erfüllen so das im Hinblick auf die Zielgruppe wichtige Kriterium der Niedrigschwelligkeit. Die Familien können somit in ihrer häuslichen Umwelt bleiben, während die Familienhebammen einen Überblick über dieses erhalten. Soziale Ressourcen werden demzufolge eher erkannt und können somit der Stärkung des Selbsthilfepotentials der Familie dienen. Ein weiterer positiver Gesichtspunkt spiegelt sich darin wider, dass Eltern in dieser Phase sensibler für Verhaltensänderungen sind, was nicht zuletzt durch die Motivation „gute Eltern“ sein zu wollen, beeinflusst wird. (vgl. Staschek 2003, S. 133)

Gleichwertige Erfahrungen in diesem Lebensraum können nur wenige andere Berufsgruppen aufzeigen, diese sind daher als positiver Aspekt zu werten. Gleichzeitig sind damit auch verbesserte Chancen für den Zugang zur Familie verbunden.

Zugang zu den Familien

Die Familie als Lebensraum oder spezifisches Setting zu betrachten, ist grundsätzlich auch mit Nachteilen verbunden. Bei diesem Setting handelt es sich um ein weitgehend abgeschlossenes und abgegrenztes System, im Gegensatz zu anderen Settings, wie z. B. der Kindertagesstätte oder der Schule. Dies hat zur Konsequenz, dass der Erfolg der Interventionsmaßnahme in einem hohen Grade von der Akzeptanz als auch Freiwilligkeit der Familie abhängig ist. (vgl. Bals/Melzer 2008, S. 28) Dieser Gesichtspunkt muss auch hinsichtlich der Familienhebammenarbeit kritisch betrachtet werden, vornehmlich im Hinblick auf jene Familien, die noch keine Hebammenleistungen in Anspruch genommen haben. Dem steht allerdings entgegen, dass Hebammen ein äußerst positives Ansehen in der Bevölkerung haben, womit der Zugang zu den Familien somit das kleinere Problem darstellt.

Kompetenzüberschneidungen zwischen Familienhebammenarbeit und Sozialpädagogik

Der Ansatz im Lebensraum Familie einzuwirken, also die spezielle Bemühung um die Familie, ist kein neuer, weder in der Gesundheitsförderung und noch viel weniger in der Familienpolitik und Sozialpädagogik (vgl. Herlth 2008, S. 43). Insbesondere letzterer Aspekt sollte in Hinsicht auf die Familienhebammenarbeit nicht vernachlässigt

werden: Die Familie, insbesondere auch vulnerable Familien stellen auch ein gewichtiges Arbeitsgebiet der Sozialpädagogen dar. Diese verfügen wiederum über eine entsprechend ausgerichtete Ausbildung, wobei die psychosoziale Orientierung der Hebammenausbildung bereits als wenig umfangreich beschrieben wurde. Die Grenzen zwischen sozialpädagogischen Bemühungen und der Gesundheitsförderung beschreibt Herlth (2008, S. 43) dennoch als teilweise fließend. Es ist daher angebracht, dass sich Familienhebammen realistisch mit ihren Kompetenzen auseinandersetzen, mögliche Einschränkungen wahrnehmen und Aufgabenfelder mit anderen Berufsgruppen, wie z. B. den Sozialpädagogen abstimmen.

Spezifische gesundheitsfördernde und präventive Interventionen

Im Hinblick auf konkrete Maßnahmen, die Familienhebammen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention durchführen, lassen sich nachfolgende stichpunktartig aufgeführte Beispiele aufzeigen: Sie beziehen sich insbesondere auf die Schwangerschaft und sind im Grunde genommen deckungsgleich mit den Aufgaben, die bereits der originären Hebamme obliegen.

- ◆ Verringerung der Prävalenz des Rauchens
- ◆ Aufklärung über Alkoholkonsum/Verringerung der Prävalenz des Alkoholkonsums
- ◆ Anti-D-Gabe¹¹ in der Schwangerschaft
- ◆ Fokussierung des Themas der postpartalen Depression
- ◆ Motivation zur sportlichen Aktivität (insb. Beckenbodenübungen)
- ◆ Vorbereitung auf die Versorgung und Erziehung des Kindes
- ◆ Stillförderung (vgl. Dunkley 2003, S. 40, 48ff; Sayn-Wittgenstein 2007, z., S. 124)

Bei näherer Betrachtung dieser Beispiele wird zudem eine stark präventive Ausrichtung deutlich. Eine salutogene, ressourcenorientierte und ganzheitliche Orientierung verdeutlichen eher nachfolgende Handlungsfelder.

Die *Förderung der Elternkompetenz* gilt als eine vielfach in die Diskussion eingebrachte Maßnahme im Rahmen von Kinderschutz, Gesundheitsförderung und Prävention. Die Berührungspunkte zur Familienhebammenarbeit sind unverkennbar und in ihren Ansätzen durchaus erfolgsversprechend. Eine Vielzahl entsprechender Präventionsprogramme werden bereits angeboten, die zum einen die Verbesserung und Entwicklung der „Erziehungsfähigkeit“ der Eltern beinhalten (ohne, dass es zu Auffälligkeiten gekommen sein muss) und zum anderen jene, die auf die Veränderung

¹¹ Während der Schwangerschaft werden zwei Antikörper-Suchtests durchgeführt Die Anti-D-Gabe (Injektion von Anti-D-Immunglobin) dient bei RH-negativen Frauen der Verhinderung einer Rhesussensibilisierung.(vgl. Feige et al. 2005, S. 322) Die Anti-D-Gabe ist als eine Form der primären Prävention anzusehen.(vgl. Brochert 2005 S. 70)

eines unangemessenen Umgangs mit dem Kind abzielen. (vgl. Herlth 2008, S. 44) Diese bestehenden Angebote sollten genutzt werden, um den Aufbau unnötiger Parallelstrukturen zu vermeiden. Aus diesem Grund sollte die Familienhebamme nicht (nur) selbst die Elternkompetenz fördern. Vielmehr sollte ihre Aufgabe darin liegen, die Familie zu einem von ihr empfohlenen, qualitativ hochwertigen Elterntaining, bestenfalls mit einer nachgewiesenen Wirksamkeit ermutigen oder begleiten. (vgl. Herlth 2008, S. 45) Das Handlungsfeld Förderung der Elternkompetenz lässt sich schließlich als positive vielversprechende Intervention zum Wohle des Kindes bestärken. Die Chance der Familienhebammenarbeit wird hier vorrangig in der Vermittlung gesehen, da andere Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich dahingehend bereits spezialisierter ausgebildet werden.

Ein weiterer Gesichtspunkt im Rahmen der familialen Gesundheitsförderung und Prävention ist die *Stressbewältigung in der Familie*, denn Überlastung und Stress können unverkennbar zu gesundheitlichen Problemen führen. Insbesondere für die Zielgruppen der Familienhebammen kann es zutreffen, dass deren Stressverarbeitungskapazitäten aufgrund ihrer familialen und soziostrukturellen Bedingungen (alleinerziehend, finanzielle Notlage etc.) eingeschränkt sind. (vgl. Herlth 2008, S. 45) Doch ähnlich wie bei der Förderung der Elternkompetenz kann die Familienhebamme hier nicht allein tätig werden, da sie nicht in der Lage ist, den Familien die Belastung abzunehmen.

Herth (2008, S. 45) hält demzufolge eine pädagogisch gehaltvolle Ganztagesbetreuung der Kinder für eher ratsam. Somit können erstens Eltern entlastet werden und sich erfolgreicher um die Bewältigung der Alltagsanforderungen (Erwerbstätigkeit, Haushalt, Paarbeziehung) widmen. Zweitens könnten Defizite im Elternhaus (z. B. hinsichtlich Versorgung, Erziehung, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsbewusstsein) durch die Betreuung in einer Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder bei einer Tagesmutter kompensiert werden. Eine Ganztagesbetreuung ist als ein wertvoller Veränderungsimpuls für den Familienalltag zu werten. (vgl. Herlth 2008, S. 45) Die Familienhebammen sollten die Familien dahingehend beraten und unterstützen. Ein weiteres Handlungsfeld der Familienhebammen, welches sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention nahezu überlagert, spiegelt sich in den Frühen Hilfen wider.

Familienhebammenarbeit im Rahmen von Frühen Hilfen und Kinderschutz

Frühe Hilfen sind als präventiv ausgerichtete Unterstützungs- und Hilfeangebote für Eltern ab Beginn einer Schwangerschaft bis etwa zum Ende des dritten Lebensjahres eines Kindes zu verstehen. Diese im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung initiierte Maßnahme richtet sich hauptsächlich an Familien in

belastenden Lebenslagen mit geringen Bewältigungsressourcen. Aufgabe ist es, Risiken für ein gesundes Aufwachsen der Kinder frühzeitig zu erkennen. Des Weiteren sollen die Eltern zur Inanspruchnahme geeigneter Angebote zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenz motiviert werden. (vgl. NZFH 2008, S. 9) An dieser Stelle wird die Überschneidung mit der Gesundheitsförderung offensichtlich. Doch wird im Zusammenhang mit der Verbesserung der Erziehungskompetenz noch eine weitere Zielsetzung verknüpft und die Zweideutigkeit des Begriffes Prävention deutlich. Durch die Inanspruchnahme adäquater Angebote soll der präventive Schutz der Kinder vor einer möglichen späteren Vernachlässigung oder Misshandlung erhöht werden. (vgl. NZFH 2008, S. 9)

Hebammen und insbesondere Familienhebammen werden neben anderen als wichtigste Leistungserbringer in diesem Netz der Frühen Hilfen genannt. (vgl. NZFH 2008, S. 10) Familienhebammen müssen sich dementsprechend auch mit Kindeswohlgefährdung und Fragen des Datenschutzes bezüglich der Weitergabe von Informationen auseinandersetzen. Zudem werden sie nicht selten mit den nachfolgend genannten Kontroversen konfrontiert:

- Freiwilligkeit - Kontrolle
- Vertrauensbeziehung - Wächteramt
- Verschwiegenheit - Informationen an Jugendamt
- niedrigschwellige Angebote - Einzelbetreuung als prioritäres Ziel
- aktive Kontaktaufnahme - vom Jugendamt verordnete Betreuung
- Angebote für alle Familien - ausgewählte Zielgruppen

Abbildung 2: Kontroversen der Familienhebammentätigkeit

Quelle: Staschek (2003, S. 5)

Diese Zielgruppen der Familienhebamme können insbesondere durch aufsuchende Hilfe erreicht und zur Teilnahme motiviert werden. Zudem kann die Hilfe auf diese Weise sehr individuell gestaltet werden. Während Familienhebammenarbeit im privaten Raum die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung einerseits fördern kann, werden jedoch auch Problemstellungen in Hinsicht auf die Gewährleistung des Schutzes des Privatlebens deutlich. Ein hohes Maß an Motivierungsarbeit seitens der Familienhebammen ist daher von Nöten. Für eine aktive und kontinuierliche Teilnahme der Familien ist zudem der Aufbau einer Vertrauensbeziehung unverzichtbar. Der Freiwilligkeit sind aber auch Grenzen gesetzt. So sind bei nicht einsichtigen Eltern zum Teil verbindliche Vereinbarungen, gegebenenfalls in Kombination mit Sanktionen,

notwendig, um das Wohlergehen der Kinder sicher zu stellen. (vgl. Helmig et al. 2006, S. 74)

Für die Familienhebammen zeigen sich in machen Fällen auch die Grenzen der Motivierung und der Compliance auf. Vornehmlich jene Familien, die bereits negative Vorerfahrungen, z. B. mit der Jugendhilfe haben, können sich manchmal auf den Vertrauensaufbau nicht einlassen, da sie u. a. zu viel Angst vor einer Fremdplatzierung ihres Kindes haben. (vgl. Helmig et al. 2006, S. 55)

Im Rahmen des Kinderschutzes sind verschiedene Gesichtspunkte zu beachten, denen sich Familienhebammen erst langsam annähern müssen. Ihre Kompetenzen und Erfahrungen in diesem Bereich sind weniger ausgeprägt, als jene von Sozialpädagogen oder anderen Leistungserbringern aus der Kinder- und Jugendhilfe.

Dass sich Familienhebammen in Bezug auf ihr Tätigkeitsfeld selbst Grenzen eingestehen, zeigt Schneider (2008b, S. 99 f) auf. Sie berichtet als Ergebnis ihrer Forschung von Belastungen der Familienhebammen, die im Rahmen von Interviews drastisch zum Ausdruck gekommen sind. Die Familienhebammen fühlten sich zum Teil unvorbereitet, alleingelassen und überfragt. Die Konfrontation mit Gewalt, Armut und Vernachlässigung wurde von ihnen als sehr belastend empfunden. Dazu kamen Emotionen, wie Hilflosigkeit und Mitleid als auch das Gefühl zu viel Verantwortung zu haben oder die Angst an dieser Tätigkeit „zu Grunde zu gehen“. Zusammenfassend werden die Ängste der Familienhebammen stets mit dem Schlimmsten rechnen zu müssen, beschrieben, denn auf Grund der instabilen Familienverhältnisse können sich die Situationen schnell ändern und das Wohl des Kindes gefährden. (vgl. Schneider 2008b, S. 101)

Einige Chancen und Grenzen der Familienhebammenarbeit konnten vorangehend aufgezeigt werden. Auch wenn das Bild sich im Rahmen dieser Ausarbeitung nicht vollständig zeichnen lässt, stellt sich insbesondere die Frage, wie diese Grenzen zu überwinden und fehlende Kompetenzen auszugleichen sind.

6.3.2 Interdisziplinäre Kooperationen als Brücke zu einem ganzheitlichen Versorgungsansatz

Die im Rahmen der Auseinandersetzung aufgezeigten Aspekte sind keinesfalls als Kritik an die Familienhebammen zu verstehen. Vielmehr sind sie ein Ansatzpunkt dafür, dass diese anspruchsvolle Aufgabe von mehreren Schultern getragen werden muss. Nur auf diese Weise kann die Qualität der Hilfeangebote nachhaltig verbessert werden. Des Weiteren werden die Familienhebammen weniger überfordert und

belastet, während sie selbst ihre Aufgabe vorrangig in der vermittelnden Beratung sehen sollten.

Im Grunde genommen ist daher zu schlussfolgern, dass eine ganzheitliche Versorgung nicht durch die Familienhebammen allein gewährleistet werden kann. Im Übrigen bleibt es fraglich, inwieweit Veränderungen und protektive Mechanismen in den Familien nach Beendigung der Intervention einer Familienhebamme nachhaltig sind. (vgl. Herlth 2008, S. 43)

Die Chance von Ganzheitlichkeit und Nachhaltigkeit lässt sich lediglich durch Kooperation und Vernetzung realisieren. Gerade in der Freiberuflichkeit sind Kooperation und das Eingebundensein der Familienhebammen in Teams und Netzwerke von Bedeutung und daher aktiv zu organisieren. (vgl. Schneider 2007, S. 449 f)

Eine nicht repräsentative Umfrage in den Landesverbänden der Hebammen in Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ergab jedoch, dass die Inhalte der Familienhebammentätigkeit bei den Netzwerkpartnern noch nicht ausreichend bekannt seien. (vgl. Schneider 2007, S. 446)

Generell steckt die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren Akteuren noch im Anfangsstadium. Obwohl in Deutschland auf lokaler Ebene bereits eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Familien vorhanden ist, agieren die meisten Institutionen ohne jegliche Abstimmung nebeneinander. Eine Vernetzung und die verbindliche Kooperation der Akteure der unterschiedlichen Hilfesystemen muss darauf abzielen, in den Sozialräumen niedrighschwellige Angebotsstrukturen aufzubauen und miteinander zu verknüpfen, um auf diesem Wege Kindesvernachlässigung und -misshandlung möglichst frühzeitig, vorzubeugen. (vgl. NZFH 2008, S. 10)

7 Der Einsatz von Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern

„Frühwarnsystem zur Förderung des Kindeswohls und zur Sicherung des Kinderschutzes“

Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V

Überblick

Mit diesem Projekttitle möchte die Politik die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass das Wohl der Kinder insbesondere in seiner Frühkindlichkeit verstärkt geschützt und gefördert werden muss. Auch in Mecklenburg-Vorpommern wird hinsichtlich dieses Kontextes davon ausgegangen, dass qualifizierte Familienhebammen das nötige Potential haben, einen bedeutenden Beitrag für das Kindeswohl leisten zu können. Dabei gilt es, den Familien mit Betreuungs- und Hilfebedarf eine hohe professionelle Aufmerksamkeit zu schenken, welche nicht nur den medizinischen Bereich, sondern vielmehr eine intensive Begleitung unter Berücksichtigung sozialer und psychologischer Gesichtspunkte umfasst. (vgl. ISA M-V 2009, URL) Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern wurde daher 2006 begonnen, Hebammen zu Familienhebammen fortzubilden, die seit 2008 mit zunehmender Flächendeckung in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten tätig geworden sind. Da andere Bundesländer bereits erste Familienhebammenprojekte initiiert und teilweise bereits bewertet hatten, konnte Mecklenburg-Vorpommern ein Stückweit von deren Erfahrungswerten und Evaluationsergebnissen profitieren. Da jedes Land jedoch mit anderen Strukturen und Bedingungen ausgestattet ist, musste auch das Projekt in Mecklenburg-Vorpommern entsprechend angepasst werden. Auf der Basis einer tiefgründig recherchierten Zusammenstellung vorhandener Projektinformationen¹² soll das Projekt in seinen Grundzügen dargestellt werden. Neben dem Entstehungshintergrund und den Zielsetzungen des Projektes wird ein Überblick über die primären Handlungsfelder, die Zielgruppen und die Ausbildungsinhalte der Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern gegeben. Des Weiteren werden die Finanzierungsstrukturen sowie die derzeitige regionale Verteilung beleuchtet. Die Darstellung der verschiedenen Aspekte kann als Basis für die daran anschließende Evaluation verstanden werden.

¹² Als Basis der vorliegenden Projektbeschreibung fungieren insbesondere die aktuellste Leitungsvorlage „Einsatz von Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern“ vom 16.06.2008 und Bestimmungen des Honorarvertrages. Ergänzt wird diese um aktuelle Zahlen und Darstellungen.

7.1 Entstehungshintergrund und Zielsetzungen des Projektes

Die Initiierung des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern kann in einem engen Bezug zu den in diesem Bundesland formulierten Kindergesundheitszielen betrachtet werden. Der Broschüre „Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern“ lassen sich zehn Gesundheitsziele entnehmen, die am 26. Mai 2003 auf der Kindergesundheitskonferenz in Schwerin beschlossen wurden. Im Zusammenhang mit der Projektinitiierung sind insbesondere die Zielsetzungen in Hinsicht auf die Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter, die Gesundheit im Säuglingsalter und die Senkung der Frühgeburten als richtungweisend zu interpretieren. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V/LVG M-V 2004, S. 24)

Bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres hat jedes Kind einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9). Diese sind mit dem Ziel verbunden, Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes gefährden können, möglichst frühzeitig zu erkennen. Während die Untersuchungen U1 und U2 in der Regel bereits in den Krankenhäusern durchgeführt werden, bieten die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte die Untersuchungen U3 bis U9 an. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V/LVG M-V 2004, S. 32 f)

An den Untersuchungen im ersten Lebensjahr (U3 bis U6) nahmen 2007 mit leicht sinkender Tendenz zwischen den einzelnen Untersuchungen noch etwa 90 % der Kinder teil. Bei den 1- bis 2-jährigen Kindern (U7) lag der Anteil nur noch bei rund 83 %, während die Teilnahme bei den 4- bis 5-Jährigen (U8) als auch bei den 5- bis 6-Jährigen (U9) bei rund 76 % lag.¹³

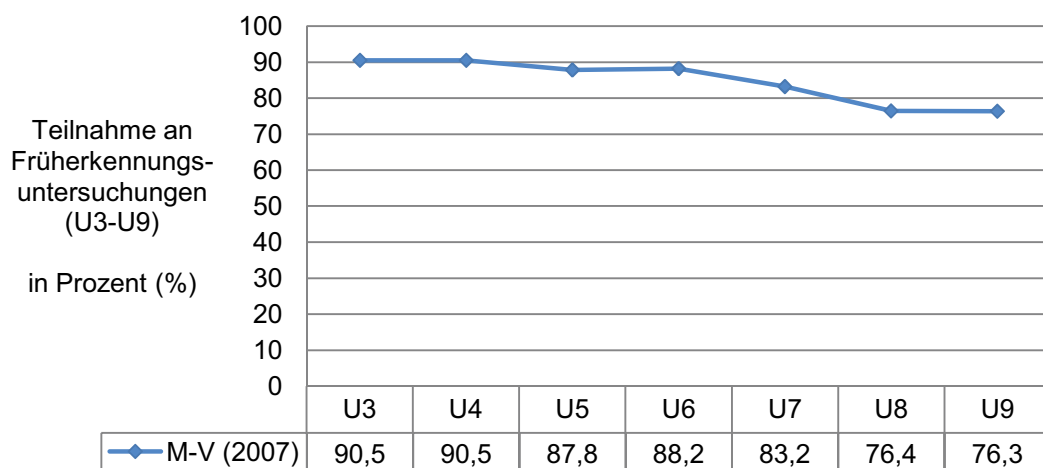


Abbildung 3: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U3-U9) in M-V (2004)

Datenbasis: KV M-V (intern: Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V)

¹³ Die aktuellen Zahlen wurden intern im Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V zur Verfügung gestellt und beziehen sich auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.

Angesichts dieser Datenlage lässt sich die besondere Gewichtung der Früherkennungsuntersuchungen nachvollziehen. In diesem Zusammenhang spielte die Gesetzesinitiative der Landesregierung zur Einführung eines Erinnerungssystems zur Teilnahme an den U-Untersuchungen eine wichtige Rolle und untermauerte letztendlich den Auftrag zum Tätigwerden der Familienhebammen. (vgl. Leitungsvorlage Juni 2008, S. 1) Zur Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen hat die Landesregierung dahingehend eine Servicestelle beim Landesamt für Gesundheit und Soziales eingerichtet. Nicht zuletzt soll mit Hilfe dieser, in einem weiteren Sinne das Kindeswohl und die Frühintervention bei Kindeswohlgefährdung entsprechend gefördert werden. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008, S. 39) Die Aufgabe der Familienhebammen besteht zum Einen darin, basierend auf Hinweisen des Gesundheitsamtes, in den Fällen unterbliebener Früherkennungsuntersuchungen (U1-U6) im ersten Lebensjahr tätig zu werden. (vgl. Leitungsvorlage Juni 2008, S. 1) Das am 23. Oktober 2008 in Kraft getretene Gesetz beinhaltet folgende Neuerungen:

„Auf der Grundlage der Unterrichtung durch die Servicestelle nach Absatz 6 bietet das zuständige Gesundheitsamt jeder zur Personensorge berechtigten Person des Kindes, welches nicht an einer Kinderuntersuchung teilgenommen hat, aufsuchende Hilfe im Sinne von § 2 Abs. 2 des Gesetzes an und gibt Hinweise auf Leistungen dieses Gesetzes sowie auf andere unterstützende Maßnahmen.“ (§ 15b Abs. 7 Satz 1 ÖGDG M-V)“ (vgl. auch Anhang 4)

Familienhebammen bieten in Mecklenburg-Vorpommern demgemäß im Auftrag des zuständigen Gesundheitsamtes eine aufsuchende niedrigschwellige Hilfe u. a. für jene Familien an, welche unbegründet von den Früherkennungsuntersuchungen fernbleiben. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008, S. 39) Neben dem Gesundheitsaspekt sollen Familienhebammen zum Anderen, gewissermaßen synchron geschaltet, in der Funktion eines Frühwarnsystems die Förderung des Kindeswohls und des Kinderschutzes wahrnehmen. Recht deutlich lässt sich diese beabsichtigte Verknüpfung zwischen Kinderschutz und der Förderung der Kindergesundheit auch in einem 2008 vereinbarten Handlungsschwerpunkt in Hinsicht auf die für M-V formulierten Kindergesundheitsziele nachvollziehen. Folgende Zielsetzung ist dem Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entnehmen:

„Im Zielbereich Gesundheit im Säuglingsalter wird in Verbindung mit dem Zielbereich Vorsorgeuntersuchungen der Schwerpunkt künftig auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen schon in der Schwangerschaft und die Installation von Frühwarnsystemen bei Kindeswohlgefährdungen im Säuglings- und Kleinkindalter gelegt.“ (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008, S. 37)

Im Allgemeinen wird mit dem Projekt in Mecklenburg-Vorpommern beabsichtigt, dass Familienhebammen die Familien über den von der Krankenkasse gewährten medizinischen Betreuungszeitraum hinaus in Abstimmung mit den örtlichen Gesundheits- bzw. Jugendämtern bis zum Ende des ersten Lebensjahres beraten, informieren und unterstützen. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008, S. 39) Frauen und Familien soll mit diesem Projekt eine umfassende Beratungs- und Leistungsunterstützung angeboten werden, die gesundheitliche und psychosoziale Gesichtspunkte einschließt. Der Einsatz von Familienhebammen stellt zudem ein Angebot zur Stärkung der Erziehungskompetenz dar und bietet gleichzeitig die Möglichkeit, Entwicklungsdefizite des Kindes frühzeitig zu erkennen. Damit Mütter und Väter nicht mehr an ihren individuellen und sozialen Lebensumständen scheitern und Säuglinge als auch Kleinkinder keinen vermeidbaren Gefahren für ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung ausgesetzt werden, soll im Rahmen dieses Projektes ein beständiges soziales Netzwerk von Kooperationspartnern geschaffen werden. Eine erfolgsversprechende Koordination und Vernetzung der sozialen Dienste kann jedoch nur dann realisiert werden, wenn alle an der gesundheitlichen, sozialen, psychischen und materiellen Versorgung der Familien beteiligten Einrichtungen kontinuierlich, verbindlich und verlässlich zusammenarbeiten. Resümierend lassen sich für Mecklenburg-Vorpommern mit der Familienhebammentätigkeit folgende verknüpfte Zielsetzungen aufzeigen:

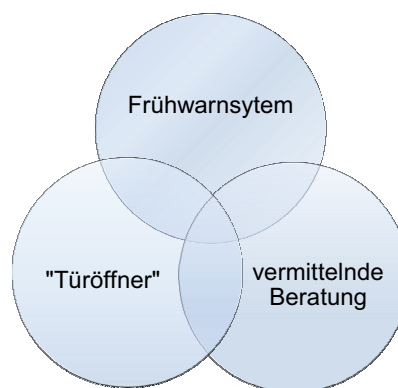


Abbildung 4: Ziele der Familienhebammentätigkeit in M-V

Quelle: ISA M-V (2009, URL), eigene Darstellung

Die Verwirklichung und Umsetzung des Familienhebammenprojektes ist im Wesentlichen dem Ministerium für Soziales und Gesundheit, dem Landeshebammenverband sowie dem Institut für systemische Arbeit M-V zuzuschreiben.

7.2 Prämissen und aktuelle Entwicklung der Familienhebammenarbeit in M-V

7.2.1 Handlungsfelder und Zielgruppen

Die Definition der primären Zielgruppe für Mecklenburg-Vorpommern stimmt weitestgehend mit der bereits im Kapitel 6 dargelegten allgemeinen Auslegung überein. Demgemäß fokussieren die Projektinitiatorinnen und -initiatoren insbesondere jugendliche Mütter, Familien mit Suchtproblemen, Frauen mit eingeschränkter Fähigkeit zur Alltagsbewältigung (unsicher, überfordert), Frauen mit Erkrankungen (psychisch, chronisch, Behinderung) und Familien in schwierigen finanziellen und sozialen Verhältnissen (Armut, Überschuldung, allein erziehend, hohe Kinderzahl).

Die Familienhebammen sollen Familien in Abstimmung mit dem örtlichen Gesundheitsamt beraten, informieren und unterstützen. Dazu gehören folgende spezifischen Handlungsschwerpunkte:

- ◆ Psychosoziale und medizinische Beratung sowie Betreuung von Müttern, Familien und Kindern bis zum Ende des 1. Lebensjahres,
- ◆ Motivation zur Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen,
- ◆ Information und Beratung zu anderen Hilfsangeboten, z. B. Wohngeldstellen, Suchtberatung, AIDS-Beratungsstellen, Schuldnerberatungsstellen etc.,
- ◆ Aufbau und Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern,
- ◆ Hilfe beim Abbau von Überforderung und Ängsten bei Müttern/Eltern,
- ◆ Vermittlung von Informationen zu den negativen Auswirkungen von Suchtmitteln,
- ◆ Vermittlung einer angemessenen pflegerischen Versorgung des Kindes und Beratung zu Ernährungsfragen,
- ◆ Vermittlung von Informationen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Mutter,
- ◆ Hilfe zur Verbesserung der Vater-Kinder-Beziehung. (Leitungsvorlage Juni 2008)

Zur Bewerkstelligung dieser für Hebammen zum Teil fremdartigen Themen- und Aufgabenfelder wurde eine Qualifizierung zur Familienhebamme vorausgesetzt.

7.2.2 Fortbildung zur Familienhebamme

Durch das Fachreferat Familienpolitik des Ministeriums für Soziales und Gesundheit wurde in Zusammenarbeit mit dem Landeshebammenverband M-V und dem Institut für systemische Arbeit M-V eine fachspezifische Fortbildung der Hebammen zur Familienhebamme entwickelt. Die Basis für die Fortbildung zur Familienhebamme in Mecklenburg-Vorpommern bildete das in Rheinland-Pfalz ausgearbeitete und erprobte Curriculum von Schneider (2005, URL). Dieses wurde durch die

Projektverantwortlichen entsprechend angepasst und zudem nach der ersten Durchführung der Fortbildungsreihe ein weiteres Mal modifiziert. In einem Fortbildungsumfang von 144 Stunden werden sowohl Theorie als auch Fachpraxis vermittelt. Die Teilnehmerinnen erhalten nach Abschluss der Fortbildung ein Zertifikat, welches die Zusatzqualifikation "Familienhebamme" bestätigt. Vorrangiges Ziel der Fortbildung ist es, Hebammen in ihrer Kommunikations- sowie Kooperationsfähigkeit zu stärken, entsprechend dem Untertitel der Fortbildung „Kommunikative Fachkompetenz zur Unterstützung von Familien nach der Geburt. Diese Kompetenzerweiterung soll insbesondere dem Wohl der Kinder dienen. Zudem gewinnen die Hebammen im Rahmen der Fortbildung Kenntnisse über die Dynamik von Familiensystemen und lernen diese durch Beratung zu lenken. Die Hebammen lernen sich mit ihrer Fachkompetenz stärker in das regionale Netzwerk zur Unterstützung von Familien einzubinden und einzubringen. (vgl. ISA 2009, URL) Die Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Fortbildungsinhalte.

Block	Inhalte
1. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Möglichkeiten und Grenzen einer Familienhebamme im Kontext sozialer Arbeit ◆ Aspekte frühkindlichen Lernens und der psychologischen Entwicklung während der Schwangerschaft
2. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Public Health neue Ideen für Gesundheit, Salutogenese und Resilienz im Kleinkindalter ◆ Aspekte frühkindlicher, psychologischer Entwicklung von der Geburt bis zum 1. Lebensjahr
3. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ vermittelnde Kommunikation und Gesprächsführung mit Eltern ◆ Wie spreche ich ein heikles Thema an? ◆ wertschätzende und vermittelnde Beratungsarbeit
4. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ interdisziplinäre Netzwerke und Unterstützungssysteme für junge Familien in den Regionen nutzen ◆ Projektarbeit und Elternschule als präventives Angebot einer Familienhebamme ◆ Hilfen aus dem SGB VIII
5. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sozialpädiatrie ◆ Besonderheiten frühkindlicher Bindung ◆ Monte Meo Konzept der Kommunikation zwischen Mutter und Kind
6. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ psychische Probleme in der Familie während der ersten Monate erkennen ◆ Handlungsalternativen bei verschiedenen psychischen Belastungen der Familien
7. Block:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ zwei ausbildungsbegleitende Supervisionen können genutzt werden

Tabelle 6: Inhaltliche Gliederung der Fortbildung zur Familienhebamme
Quelle: Institut für systemische Arbeit M-V (ISA M-V 2009, URL)

Die Finanzierung der Fortbildung wird größtenteils durch finanzielle Mittel aus dem Europäischen Sozialfonds¹⁴ (ESF) gefördert. Lediglich ein verhältnismäßig geringer Eigenanteil muss durch die Teilnehmerinnen selbst getragen werden. Insgesamt wurden seit 2006 46 Hebammen in Mecklenburg-Vorpommern zur Familienhebamme fortgebildet. Seitens des Landeshebammenverbandes wurde darauf hingewirkt, dass möglichst Hebammen aus allen Regionen an der Fortbildung teilnehmen, um einen flächendeckenden Einsatz der Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern zu gewährleisten. Eine Übersicht über die derzeitige Verteilung wird unter Punkt 7.3 zur Verfügung gestellt.

7.2.3 Projektfinanzierung und Honorierung der Arbeit der Familienhebammen

Die freiberuflich erbrachten Leistungen, die nicht über den seit dem 1. August 2007 in Kraft getretenen Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V abgerechnet werden können, werden aus Projektmitteln des Ministeriums für Soziales und Gesundheit als Honorarkosten gewährt. Vorrangig sollen die Leistungen der Familienhebamme erst ab der 9. Woche nach der Geburt erbracht und demzufolge erst ab diesem Zeitpunkt durch das Ministerium honoriert werden. Da bis zur achten Woche eine Abrechnung über den oben genannten Vertrag nach SGB V möglich ist, sollte diese Finanzierungsquelle entsprechend ausgeschöpft werden. Ausnahmen sind allerdings möglich, wenn das Gesundheitsamt den Einsatz einer Familienhebamme beauftragt. Die Projektmittel umfassten für die Haushaltsjahre 2008 und 2009 jeweils 200.000 €. (vgl. Finanzministerium M-V 2007, S. 64)

Folgende Konditionen wurden vertraglich festgelegt: Die Familienhebamme kann jede Woche bis zu 4 Stunden tätig sein. Dieses Zeitbudget ergab sich als rechnerische Größe aus den zur Verfügung stehenden Projektmitteln. Die Familienhebamme kann die ihr zur Verfügung stehenden Stunden jedoch nach Bedarf selbständig einteilen. Um auch von den streng geregelten Wochenstundenbudgets abweichen zu können, konnte sich darauf geeinigt werden, dass ein Stundenvolumen von 16 Stunden im Monat weitestgehend individuell und flexibel eingeteilt werden kann.

Die Honorarkosten für die Jahre 2008 und 2009 liegen bei 30,00 € pro geleisteter Stunde inklusive der Fahrkosten. Es wurde jedoch angestrebt, die Höhe der Honorarkosten mit dem Landeshebammenverband auszuhandeln. Diese forderte ein Honorar von 36 € bis 45 € pro Stunde. Während die Zuwendungen vom Ministerium für Soziales und Gesundheit an die Gesundheitsämter gehen, schließen die

¹⁴ Der Europäische Sozialfonds ein Instrument der Arbeitsmarktpolitik. Sein Ziel ist die Förderung der räumlichen und beruflichen Mobilität von Arbeitskräften der Europäischen Union u.a. in Form von Ausbildung und Qualifizierung von Arbeitskräften. (vgl. BMAS 2007, S. 3)

Gesundheitsämter mit den Familienhebammen ihrer Region Honorarverträge ab. Die Hebammen rechnen die geleisteten Stunden beim Gesundheitsamt ab. Die Hebammen müssen ihre Tätigkeit auf der Grundlage eines standardisierten Dokumentationsbogens (siehe Anhang 5) nachweisen. (vgl. Leitungsvorlage Juni 2008, S. 4)

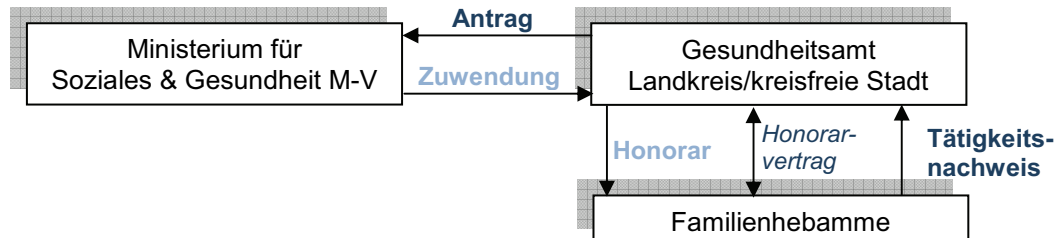


Abbildung 5: Struktur der Projektfinanzierung in M-V
eigene Darstellung

7.3 Regionale Verteilung der Familienhebammen in M-V

In Mecklenburg-Vorpommern sind derzeit 35 Familienhebammen tätig (Stand: August 2009). Somit arbeiten ein Viertel der Hebammen mit entsprechender Zusatzqualifikation nicht als Familienhebammen in diesem Bundesland. Hinsichtlich einer angestrebten Flächendeckung ist zudem zu berücksichtigen, dass die regionale Verteilung der Familienhebammen kaum gesteuert werden kann. Sie richtet sich vielmehr danach, in welchem Kreis die ausgebildeten Familienhebammen derzeit bereits als Hebammen tätig sind. Um einen Überblick über das Verhältnis von Geburtenzahl und Familienhebammen in M-V zu bekommen, wird in der nachfolgenden Tabelle die Geburtenzahl je Region der Verteilung der Familienhebammenstellen für das Jahr 2008 gegenübergestellt. Es wird nach anfänglicher Überlegung bewusst darauf verzichtet, auf dieser Datengrundlage einen prozentualen Anteil der mutmaßlich betreuungsbedürftigen Fälle anzugeben, da keine Zahlen hinsichtlich des tatsächlichen Bedarfes vorhanden sind, keine aktuellen Aussagen über die Dunkelziffer getroffen werden können und die tatsächliche Inanspruchnahme letztendlich nicht beeinflussbar ist.

Die Tabelle enthält zum Teil 0,5-Stellen, die sich daraus ergeben, dass die Familienhebammen nach Absprache mit den jeweiligen Gesundheitsämtern kreisübergreifend eingesetzt werden können. Das Zeitbudget Stunden pro Woche bzw. pro Monat erhöht sich dadurch jedoch nicht, sondern muss anteilmäßig geteilt werden.

Kreisfreie Städte/Landkreise	Geburtenzahl Stand 2008*	Familienhebammenstellen Stand 2008**
Greifswald	470	1,5
Neubrandenburg	573	1
Rostock	1782	7,5
Schwerin	772	2
Stralsund	519	2
Wismar	347	0
Lkr. Bad Doberan	902	2,5
Lkr. Demmin	667	3
Lkr. Güstrow	758	2
Lkr. Ludwigslust	966	4
Lkr. Mecklenburg-Strelitz	587	0
Lkr. Müritz	520	0
Lkr. Nordvorpommern	781	2
Lkr. Nordwest-Mecklenburg	974	0
Lkr. Ostvorpommern	784	2,5
Lkr. Parchim	648	1
Lkr. Rügen	518	1
Lkr. Uecker-Randow	530	2
INSGESAMT	13098	34

Tabelle 7: Geburtenzahlen & Familienhebammenstellen nach regionaler Verteilung (Stand 2008)

Datenbasis: *Statistisches Amt M-V (2009, URL), ** Projektliste FHB (internes Dok.)

Die Abbildung 6 zeigt, dass seit dem 2. Quartal 2009 ein weitestgehend flächendeckender Einsatz von insgesamt 35 Familienhebammen verzeichnet werden kann.

Lediglich im Landkreis Müritz arbeitet derzeit keine Familienhebamme. Anzumerken ist dessen ungeachtet, dass die Familienhebammen in dem Flächenbundesland M-V auch ansonsten noch nicht ausreichend gleichmäßig verteilt sind. Beispielsweise kann eine Familienhebamme allein nicht den Betreuungsbedarf der Hansestadt Wismar und den des Landkreis Nordwestmecklenburg parallel abdecken. Das wird offensichtlich, wenn beispielshalber die Geburtszahlen für das 2008 herangezogen werden. Ein weiterer kritischer Gesichtspunkt hinsichtlich der regionalen Verteilung ist darüber hinaus, dass in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen nur eine Familienhebamme eingesetzt wird, die Betreuung im Krankheitsfall, Urlaub oder bei Kündigung schwer zu überbrücken, wenn überhaupt zu gewährleisten ist.

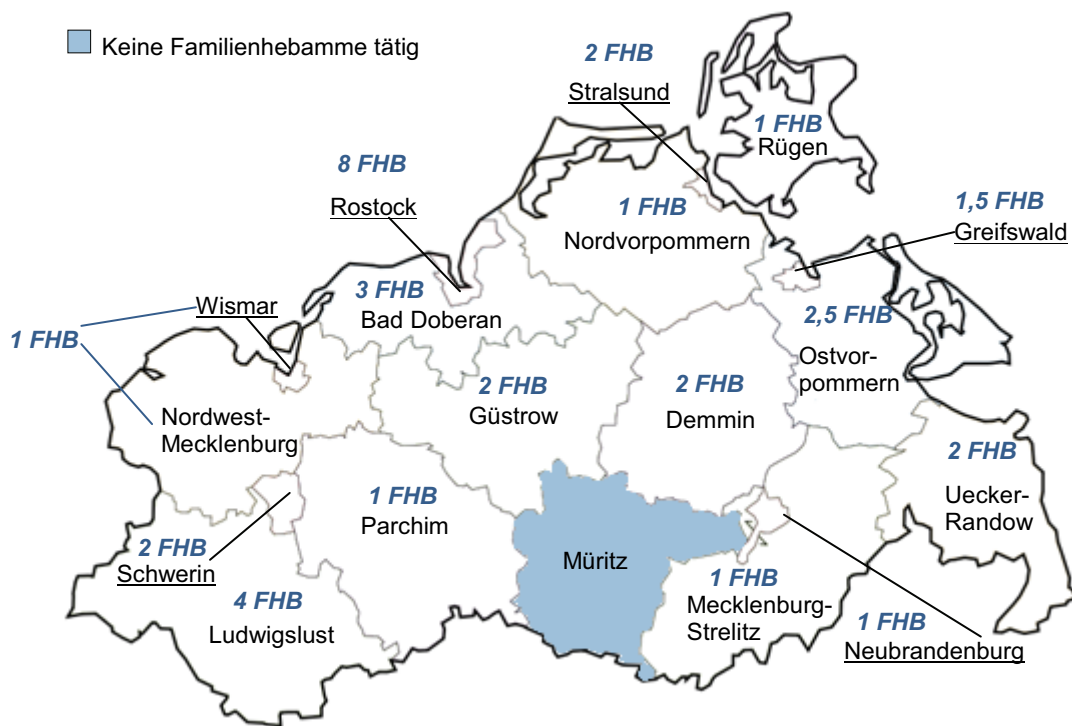


Abbildung 6: Regionale Verteilung der Familienhebammenstellen (FHB) in M-V nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Stand August 2009)
eigene Darstellung, Kartengrundlage: Wikipedia (2008, URL)

Eine Rückmeldung von Seiten der Familienhebammen sowie Gesundheitsämtern zu den hier aufgezeigten Gesichtspunkten, wie z. B. Fortbildung, Finanzierung und regionaler Verteilung wurde mit der von April bis August 2009 durchgeführten Evaluation beabsichtigt. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend an einen kurzen Exkurs vorgestellt.

7.4 Exkurs: Aufsuchende Sozialarbeit – Familienhebamme für Eltern und Mütter im Stadtteil Grünhufe (Stralsund)

Im Hinblick auf die Familienhebammenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern ist auch das Modellprojekt "Kleemobil - Aufsuchende Sozialarbeit – Familienhebamme für Eltern und Mütter im Stadtteil Grünhufe", der Hansestadt Stralsund nicht zu vernachlässigen. Auf Grund baulicher und infrastruktureller Missstände sowie ungünstiger sozioökonomischer Rahmenbedingungen wurde der Stadtteil Grünhufe 1999 in das Programm "Soziale Stadt" aufgenommen. (vgl. Bull/Bley 2009, URL)

Neben inhaltlichen Schnittstellen weist das Projekt in Stralsund organisatorisch und strukturell Unterschiede zur landesweiten Maßnahme auf. Die Intention und das Handlungsfeld sind im Grunde genommen identisch, denn auch im Stadtteil Grünhufe werden seit Juli 2007 Familien in schwierigen Lebenslagen während der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes unterstützt. Zudem

sind auch hier die Entwicklung und das Wohlbefinden des Neugeborenen von primärer Bedeutung. Das Hauptziel des Projektes ist es, Schwangeren sowie jungen Müttern und Eltern mit ihren Kindern, Möglichkeiten aufzeigen, wie sie auf familiäre Krisen adäquat reagieren können und somit das Wohl des Kindes fördern. In diesem Zusammenhang wird ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter aufgegriffen, indem nämlich die eigenen Ressourcen der Familie im Rahmen der Maßnahme sichtbar gemacht und ausgeschöpft werden (Empowerment). Dazu gehören auch selbstständige Aktivitäten, wie die Suche und Wahrnehmung alternativer Hilfeangebote im Wohnumfeld sowie die eigenverantwortliche Entwicklung und Anwendung individueller Problemlösungsstrategien. (vgl. Bull/Bley 2009, URL)

Während sich die Ziele ähneln, sind die Rahmen- und Arbeitsbedingungen des Modellprojektes jedoch andere. In Stralsund wird das Unterstützungsangebot durch eine freiberufliche Familienhebamme in Zusammenarbeit mit zwei Sozialpädagoginnen sichergestellt. Somit lässt sich eine ganz andere Arbeits- und Kompetenzverteilung aufzeigen. Während die Familienhebamme vorrangig in ihrer Funktion als Hebamme u. a. zur Geburtsvorbereitung, zum Stillen und zur Versorgung des Säuglings berät, unterstützen die Sozialpädagoginnen im Umgang mit Behörden und Ämtern und beraten in sozialen, erzieherischen und wirtschaftlichen Fragen bei der Lebensbewältigung, bei Alltagsfragen und Beziehungsproblemen in der Partnerschaft. Dies geschieht in Kooperation untereinander und auf der Basis der Vernetzung mit anderen Hilfsdiensten wie freien Trägern, Institutionen, Ämtern etc. Die Finanzierung des Projektes wird als Modellvorhaben des Programms „Soziale Stadt“ im überwiegenden Maße durch das Ministerium für Verkehr, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern bis Dezember 2009 gesichert. (vgl. Bull/Bley 2009, URL)

Auf der Basis eines systematischen Auswahlverfahrens wurde das Projekt „Kleemobil“ im Juli 2009 von Koordinatoren der Regionalen Knoten als Beispiel guter Praxis (Good Practice) in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten identifiziert. (vgl. Bull/Bley 2009, URL)

Abschließend bleibt anzumerken, dass dem Modellprojekt „Kleemobil“ sehr viel höhere Fördermittel als dem Familienhebammenprojekt im gesamten Bundesland zur Verfügung stehen. Die für den Stadtteil Grünhufe in einem Zeitraum von 30 Monaten investierte Projektförderung von knapp 200.000 € entspricht dem Haushaltsbudget, mit dem 2009 etwa 35 Familienhebammen in ganz Mecklenburg-Vorpommern honoriert werden sollen.

8 Evaluation des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern

„Evaluationen als professionelle Praxis und als eine Form sozialwissenschaftlicher Forschung sind charakterisiert durch ein systematisches und transparentes Vorgehen, um einen Gegenstand der sozialen Wirklichkeit auf der Grundlage empirisch gewonnener Informationen zu beschreiben und zu bewerten.“

(vgl. Haubrich et al. 2005, S. 1)

Überblick

Um aktuelle Rückmeldungen über das Familienhebammenprojekt in Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten, wurde das Projekt im Zeitraum von April 2009 bis August 2009 auf der Basis empirischer Forschungsmethoden evaluiert. Sowohl die Familienhebammen als auch die Gesundheitsämter hatten im Rahmen einer schriftlichen Befragung die Möglichkeit, das Projekt aus ihrem jeweiligen Blickwinkel zu bewerten.

Das vorliegende Kapitel bündelt alle Gesichtspunkte, die mit der Evaluation des Projektes im Zusammenhang stehen¹⁵. Basierend auf einer einführenden Darlegung von Schlüsselbegriffen, Zielsetzung und des Untersuchungsdesigns werden daraufhin die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt. Daran anschließend können Schlussfolgerungen gezogen und Handlungsempfehlungen für die Zukunft des Projektes aufgezeigt werden. Diese sind das Resultat einer auf die Evaluationsergebnisse zurückzuführenden Gruppendiskussion mit den Projektinitiatoren.

8.1 Schlüsselbegriffe und Zielsetzung der Evaluation

Evaluationsforschung umfasst alle forschenden Aktivitäten, bei denen die Bewertung von gezielt eingesetzten Maßnahmen bzw. die Analyse bestehender Institutionen oder Strukturen im Vordergrund stehen (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 97).

Für das Familienhebammenprojekt in Mecklenburg-Vorpommern wurde als Evaluationsmethode eine formative, interne Prozessevaluation gewählt. Im Rahmen einer formativen oder auch gestaltenden Evaluation werden Ergebnisse ermittelt, die dazu beitragen ein laufendes Projekt oder eine entsprechende Maßnahme bei Bedarf zu modifizieren und zu verbessern. (vgl. Haubrich et al. 2005, S. 2)

Die Entscheidung für eine interne Evaluation bezieht sich auf den Bezug zwischen Evaluationsgegenstand und Evaluator. Wie bei der externen Evaluation handelt es sich

¹⁵ Diese zusammenhängende Darstellung erlaubt es, Kapitel 7 und Kapitel 8 separat herauszulösen, um somit ein Gesamtbild über das Projekt, die Evaluationsergebnisse und das dazugehörige methodische Vorgehen zu gewährleisten.

auch bei der internen Evaluation um eine Fremdbewertung. Diese findet zwar innerhalb der Institution statt, wird aber nicht durch die unmittelbaren Projektakteure verantwortet. (vgl. Beywl et al. 2000, S. 30ff.)

Des Weiteren wird im Hinblick auf die Evaluationsforschung häufig zwischen Prozess- und Ergebnisevaluation unterschieden. Im Rahmen einer Prozessevaluation wird das Projekt in seinem Verlauf begleitet. Es wird unter anderem untersucht, welche Aktivitäten und Ereignisse die Umsetzung des Projektes beeinflussen. Eine Ergebnisevaluation hingegen würde gezielt die Überprüfung der Resultate fokussieren und kontrollieren, welche Ergebnisse im Endeffekt bei den Zielgruppen zu beobachten sind. (vgl. Haubrich et al. 2005, S. 2)

Insbesondere im Sinne eines qualitätsorientierten Evaluationskonzeptes ist eine Prozess- und Mitarbeiterorientierung neben der Messung endgültiger Ergebnisse jedoch sehr bedeutsam. (vgl. Christiansen 1999, S. 27) Die Mitarbeiterorientierung wird dahingehend verdeutlicht, indem den Familienhebammen als auch den Gesundheitsämtern die Möglichkeit gegeben wird, ihre Ansichten darzulegen. Da das Projekt in Mecklenburg-Vorpommern zudem noch sehr jung ist, wurde sich ganz bewusst für eine Prozessorientierung entschieden und vorerst von einer Fokussierung der Ergebnisse, bei der auch die Familien befragt werden müssten, abgesehen. Vor dem Hintergrund, dass die Familienhebammen in bestimmten Regionen erst seit Anfang 2009 tätig sind, ist es bedeutsam, dass sich vorausgehend ein Vertrauensverhältnis zwischen den Familienhebammen und den Familien entwickelt.

Mit der Evaluation des Familienhebammenprojektes in M-V wurden die nachfolgenden Zielstellungen verfolgt: Die Evaluation sollte den Ist-Zustand des Projektes ermitteln. Um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen, wurde zu einem frühen Zeitpunkt die Entscheidung getroffen, sowohl Familienhebammen als auch Gesundheitsämter in die Evaluation einzubeziehen. Auf dieser Basis sollten der Zugang zu den Zielgruppen, derzeitige Arbeitsbedingungen sowie Anreize und Herausforderungen für die zukünftige Familienhebammenarbeit in M-V beleuchtet werden. Des Weiteren wurden Rückmeldungen in Hinsicht auf den Tätigkeitsumfang und die Fortbildung erfasst. Die Evaluation diente somit der Aufdeckung von Ressourcen und Verbesserungspotentialen. Zu ermitteln, inwieweit sich bereits eine intensivierete Vernetzung zuständiger Gesundheits- und Sozialbereiche entwickelt hat, war zudem von besonderer Bedeutung.

Die Ergebnisse sollten ferner als Argumentationsgrundlage für Haushaltsanmeldungen und die Planung von Haushaltsmitteln fungieren.

Letztendlich war mit der Evaluation das Bestreben nach einer Zwischenbilanz verbunden, deren Ergebnisse wertvolle Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung und Verstetigung des Projektes aufzeigen sollten. Speziell in dieser frühen Projektphase

sind Veränderungen und Anpassungen möglich. Damit dem Potential der Evaluationsergebnisse ausreichend Beachtung geschenkt wird, sollte eine abschließende Gruppendiskussion mit den Projektverantwortlichen zur Auseinandersetzung mit den Ergebnissen anregen und die Auslotung weiterer Vorgehensweisen fördern. Die Ausarbeitung projektbezogener Handlungsempfehlungen wurde dementsprechend angeregt.

8.2 Methodik und Untersuchungsdesign

Bevor die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt werden, wird vorangehend das methodische Vorgehen umfassend dargelegt. Für die Untersuchung des Familienhebammenprojektes wurden die Standards der Gesellschaft für Evaluation (DeGEVal-Standards) berücksichtigt. Als vier grundlegende Eigenschaften sollten Evaluationen Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit aufweisen: Die Standards sollen sicherstellen, dass sich eine Evaluation an einen geklärten Evaluationszweck und Informationsbedarf ausrichtet. Evaluationen sollen zudem gültige Informationen zu den jeweiligen Evaluationsfragestellungen hervorbringen, die wiederum auf einer realistischen, gut durchdachten und kostenbewussten Planung und Ausführung beruhen sollen. (vgl. DeGEVal 2008, S. 10 ff) Vor dem Hintergrund der Durchführbarkeits- und Genauigkeitsstandards ist es unerlässlich, den Zweck und das Vorgehen der Evaluation, einschließlich der angewandten Methoden genau zu dokumentieren und zu beschreiben. Die Abbildung 7 gibt daher einführend einen Überblick über den Forschungsablauf.

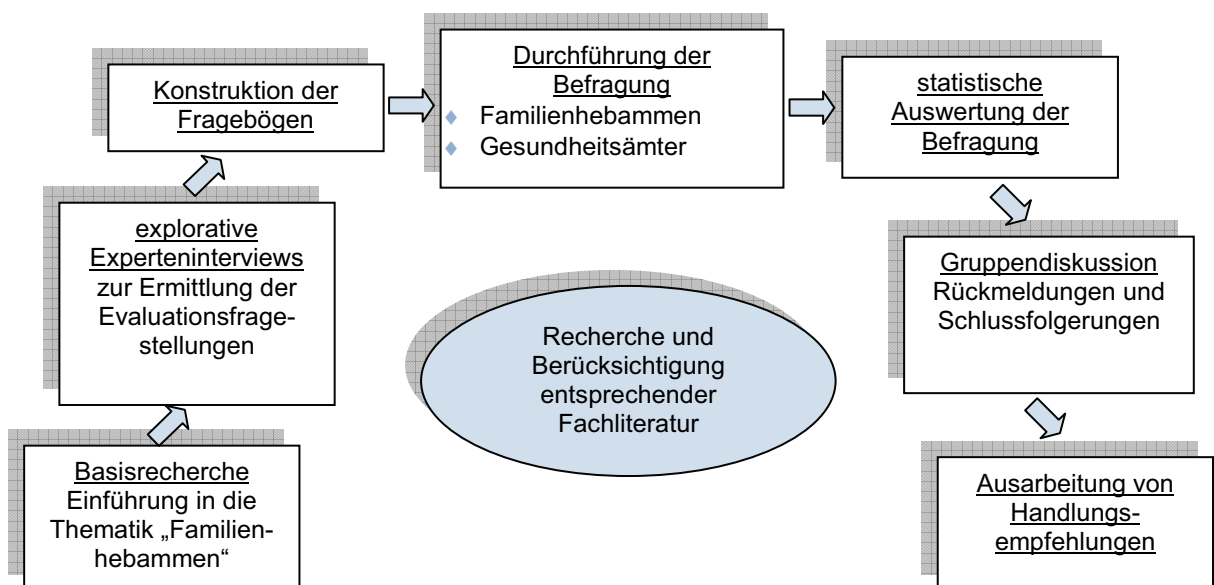


Abbildung 7: Durchführung der Evaluation
eigene Darstellung

8.2.1 Schriftliche Befragung

Als Erhebungsmethode wurde die schriftliche Befragung gewählt. Dafür wurden zwei Fragebögen konstruiert, welche den aktuellen Stand des Familienhebammenprojektes aus verschiedenen Blickwinkeln erfassen sollten.

Explorative Experteninterviews als Ausgangspunkt für die Fragebogengenerierung

Die Basis für die Erstellung der Fragebögen spiegelt sich in fünf explorativ durchgeführten Experteninterviews wider. In diesen Interviews wurde konkret ermittelt, welche Inhalte und Fragen in die Fragebögen für die Evaluation aufgenommen werden sollen. Für die Befragung wurde diese explorative¹⁶ Form gewählt, da mit Hilfe der Erkenntnisse und Anregungen aus der Praxis die Aspekte einer mitarbeiter- und anwenderbezogenen Evaluation gewährleistet werden konnten. Es wurde als bedeutsam erachtet, einen Fragenbogen zu erstellen, der auf die Bedingungen und die Sachlage in Mecklenburg-Vorpommern angepasst ist. Somit wurde sichergestellt, dass möglichst alle relevanten Fragestellungen berücksichtigt und dementsprechend wesentliche Aussagen zum Projekt getroffen werden können. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Interviewpartner und entsprechende Befragungsschwerpunkte.

Interview	Interviewpartner	Institution/Arbeitsgebiet	Befragungsschwerpunkte
A	Interviewpartnerin	Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V, Abteilung Jugend und Familie (Referat: Familienpolitik)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inhalte der Evaluation ◆ Familienhebammen im Kontext von Kinderschutz und Frühen Hilfen
B	Interviewpartnerin	Landeshebammenverband M-V	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inhalte der Evaluation ◆ Kompetenzbereich von Hebammen/Familienhebammen
C	Interviewpartner	Institut für systemische Arbeit M-V (Anbieter der Fortbildung zur Familienhebamme)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inhalte der Evaluation ◆ Familienhebammen im Kontext von Kinderschutz und Frühen Hilfen
D	Interviewpartnerin	Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V, Abteilung Gesundheit (Referat Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik/Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inhalte der Evaluation ◆ Familienhebammen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention
F	Interviewpartnerin	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V e. V.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Inhalte der Evaluation ◆ Familienhebammen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention

Tabelle 8: Übersicht über Interviewpartner und Befragungsschwerpunkte
eigene Darstellung

¹⁶ explorativ: erforschend, erkundend

Da es in den Experteninterviews nahezu ausnahmslos darum ging, sich relevante Fragestellungen für die Evaluation vor Augen zu führen, wurde von einer umfassenden qualitativen Inhaltsanalyse abgesehen. Vielmehr ging es darum, auf der Basis offen formulierter Interviewfragen Kategorien und wenn möglich konkrete Fragen protokollarisch zusammenzustellen. Zum Teil wurden von den Gesprächspartnern in den Fragebogen übernehmbare Fragestellungen ad hoc formuliert und in einigen Fällen musste hinterfragt werden, inwiefern bestimmte Gesichtspunkte im Fragebogen angesprochen werden könnten. Es wird davon abgesehen die Ergebnisse der Experteninterviews im Rahmen dieser Ausarbeitung gesondert darzulegen, da sich deren Inhalte letztendlich vollständig in den Fragebögen widerspiegeln (Anhänge 6 & 7). Grundsätzlich lassen sich folgende Gesichtspunkte zusammenfassen, über die die Experten mittels der Evaluation Informationen und Rückmeldungen erhalten wollten:

Fragebogen Familienhebamme	Fragebogen Gesundheitsamt
Zugang zu den Familien	
Fortbildung	-
Tätigkeitsfelder	-
Kooperation/Zusammenarbeit	
Arbeitszufriedenheit/Anreize	-
-	Nachhaltigkeit/Perspektiven
Ergänzende Anmerkungen und Meinungen	

Tabelle 9: Inhaltliche Schwerpunkte der Fragebögen
eigene Darstellung

Auf der Basis dieser Anhaltspunkte und der damit verbundenen Fragestellungen wurden daraufhin die Fragebögen erstellt.

Entwicklung der Fragebögen

Hinsichtlich der Fragenformulierungen wurden andere Evaluationen und Fragebögen auf Anwendbarkeit geprüft. Für die Frage 10 wurde zum Teil auf den Fragebogen zur Beurteilung guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zurückgegriffen (vgl. BZgA 2007a, S. 364ff).

Sowohl die Experteninterviews als auch die Theorie zur Methodik (u. a. vgl. Wengle 1995, S. 237) verdeutlichten, dass dem Umfang der Fragebögen enge Grenzen zu setzen sind. Da das Risiko, dass ein Großteil der Bögen unausgefüllt oder unvollständig bleibt, nicht eingegangen werden sollte, wurden die Fragebögen für die Familienhebammen auf 5 Seiten und jene für die Gesundheitsämter auf 4 Seiten beschränkt.

Fragengestaltung

Der Fragebogen enthält geschlossene, offene und halboffene Fragen. Geschlossene Fragen sind dadurch gekennzeichnet, dass sich der Befragte für eine Antwort aus einer vorgegebenen und begrenzten Anzahl an möglichen Antwortkategorien entscheiden muss. Zu unterscheiden ist dieser Fragentyp jedoch zwischen Fragen mit nur einer zulässigen Antwort (Einfachnennung) oder Fragen mit mehr als einer zulässigen Antwort (Mehrfachnennungen). (vgl. Porst 2008, S. 51)

Geschlossene Fragen haben den Vorzug, dass sie die Datenaufnahme und Datenauswertung um ein Vielfaches erleichtern. Aufgrund der Standardisierung sind sie jedoch auch mit Nachteilen verbunden, wenn die Befragten sich beispielsweise nicht in den vorgegebenen Antwortkategorien wiederfinden und somit eine Nicht-Beantwortung der Frage möglich sein kann. (vgl. Porst 2008, S. 53) Bereits in den Experteninterviews wurde verdeutlicht, dass für manche Fragestellungen offene bzw. zumindest halboffene Fragen ratsam wären.

Bei der offenen Frage steht dem Befragten nur der abgedruckte Fragetext, jedoch keine Antwortkategorien zur Verfügung. Die Befragungsperson antwortet in ihren eigenen Worten. Somit wird eine Lenkung durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten vermieden, während Gesichtspunkte, die bei der Entwicklung des Fragebogens unberücksichtigt geblieben sind, aufgezeigt werden können. (vgl. Porst 2008, S. 54)

Halboffene Fragen orientieren sich an einer geschlossenen Fragestellung. An diese wird jedoch eine zusätzliche Kategorie, wie z. B.: „Sonstiges, bitte nennen“ angefügt, die wiederum wie eine offene Frage beantwortet wird. Eine halboffene Frage ist dann ratsam, wenn die Fülle möglicher Antworten auf eine Frage recht gut abgeschätzt und dennoch nicht definitiv bestimmt werden kann. (vgl. Porst 2008, S. 56 f)

Antwortkategorien

Als Antwortkategorien wurden verschiedene Möglichkeiten genutzt, die überwiegend von Rating-Skalen erfasst werden. Durch die Auswahl einer bestimmten Vorgabe auf einer gestuften Skala (Rating-Skala) können Einschätzungen und Beurteilungen vorgenommen werden. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 176 f)

Sogenannte Ratingskalen können verschiedene Benennungen der Kategorien und eine unterschiedliche Anzahl an Skalenstufen erhalten. Für die Fragebögen wurden sowohl vier- als auch fünfstufige Skalen verwendet. Bei der Auswahl der vier Skalenstufen wurde bewusst auf eine neutrale Kategorie verzichtet, damit die Befragten nicht auf diese ausweichen können, sondern zumindest eine tendenziell richtungsweisende Beurteilung abgeben. (vgl. Bortz/Döring 2006, S.180)

Für einige Fragen oder Statements wurde zudem lediglich ein zweistufiges kategoriales Urteil verlangt (ja/nein). Für die ja-nein-Alternative spricht ebenso wie bei

der vierstufigen Skala, dass die Befragten sich für eine klare Stellungnahme entscheiden müssen. Vor allem im Hinblick auf die geringe Anzahl an Befragten ist dieses relevant, damit ein aussagefähiges Ergebnis zustande kommt. Es besteht jedoch das Risiko, dass die Befragten eigentlich „teil/teils“ oder „weiß nicht“ antworten wollen und das Ergebnis somit durch diese Einschränkung verfälscht wird. (vgl. Albert/Koster 2002, S. 33) Die Fragen mit den Antwortkategorien „ja“ und „nein“ wurden daher vorab kritisch beleuchtet. Da bei der ja-nein-Alternative nur wenig Informationen zur Verfügung stehen (vgl. Bühner 2006, S. 56), schließen sich größtenteils offene Frage an, die differenziertere Aussagen zulassen.

Durchführung von Pretests

Die Erhebungsinstrumente wurden eingehend geprüft und mit dem Ministerium für Soziales und Gesundheit sowie den anderen Projektverantwortlichen abgestimmt. In einem ersten Schritt wurden die Fragebögen intern im Ministerium begutachtet und daraufhin überarbeitet.

In einem zweiten Schritt wurden Ende April 2009 die Amtsärzte der Gesundheitsämter in M-V, die Vorsitzende des Landeshebammenverbandes sowie der Verantwortliche für die Fortbildung eingeladen. Auf dieser Veranstaltung im Ministerium für Soziales und Gesundheit in Schwerin wurden das Evaluationsvorhaben und die Fragebögen vorgestellt. Es ist wichtig Hintergrundinformationen über den Zweck, die Ziele und die Bedeutung der geplanten Evaluation zu vermitteln, damit es von den Beteiligten getragen und unterstützt wird. (vgl. Wengle 1995, S. 243) Anschließend an den Vortrag führten vier Verantwortliche von zwei Gesundheitsämtern und zwei Familienhebammen Pretests durch. Diese waren sehr aufschlussreich, da die Testpersonen auf Redundanzen aber auch auf heikel formulierte Fragestellungen hinwiesen, deren Antworten mit möglichen Konsequenzen auf kommunalpolitischer Ebene einhergehen könnten.

Versand der Fragebögen

Nach einer weiteren Überarbeitung der Fragebögen wurden diese mit entsprechendem Merkblatt und Anschreiben Anfang Mai 2009 an alle 17 Gesundheitsämter und alle 35 zu diesem Zeitpunkt vertraglich gebundenen Familienhebammen versandt. Die Motivierung der Familienhebammen zum Ausfüllen des Fragebogens wurde durch die Vorsitzende des Landeshebammenverbandes im Rahmen einer Anfang Mai stattfindenden internen Veranstaltung des Hebammenverbandes übernommen.

Zur Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Die Befragung wurde als Vollerhebung konzipiert, da die Grundgesamtheit sowohl bei den Familienhebammen als auch bei den Gesundheitsämtern bekannt und überschaubar war.

An der schriftlichen Befragung nahmen 25 der 35 angeschriebenen Familienhebammen teil. Diese Rücklaufquote von 71,4 % kann als durchaus gut bezeichnet werden. Bei den Gesundheitsämtern konnte ein Rücklauf von 16 Fragebögen verzeichnet werden, wobei ein Fragebogen mit dem Hinweis, dass in der entsprechenden Region derzeit keine Familienhebamme beschäftigt wird, unausgefüllt zurückgesandt wurde. Somit wurde von 15 auswertbaren Fragebögen ausgegangen, was eine Ausschöpfungsquote von 88,2 % ergibt. Lediglich ein Gesundheitsamt nahm an der Evaluation nicht teil.

	Familienhebammen	Gesundheitsämter
Zahl der verschickten und zustellbaren Fragebögen	35	17 ¹⁷
Rücklauf	25	16
Zahl der ungültigen Fragebögen	0	1
Zahl der auswertbaren Fragebögen	25	15
Ausschöpfungsquote	<u>71,4 %</u>	<u>88,2 %</u>
Nichtantwortquote (non-response)	28,6 %	11,8 %

Tabelle 10: Rücklauf- und Ausschöpfungsquoten der Befragungen
eigene Darstellung

Die Auswertung der Befragungen erfolgte im Juli 2009. Dafür wurden die Ergebnisse in das Statistikprogramm SPSS eingegeben. Für die Auswertung des Datenmaterials war es notwendig, die Daten entsprechend vorzubereiten. Bei offen zu beantwortenden Fragen mussten die individuellen Antworten nach der Eingabe kategorisiert werden. Das Zusammenfassen von verschiedenen Ausprägungen zu Klassen war notwendig, um die Ergebnisse übersichtlicher darstellen zu können. Für die Projektverantwortlichen waren über die zentralen Ergebnisse hinaus auch Detailergebnisse von besonderem Interesse. Bei den offenen Fragen wurden daher neben den kategorisierten Antworten teilweise auch einzelne Aussagen wiedergegeben. Das dient gleichzeitig der Erläuterung der Kategorienamen und verleiht den Rückmeldungen der Familienhebammen und der Gesundheitsämter mehr

¹⁷ M-V besteht derzeit aus 12 Landkreisen und 6 kreisfreien Städten. Im Rahmen erster Maßnahmen der Kreisgebietsreform in M-V erfolgte im Kalenderjahr 2004 die administrative Zusammenlegung des Kreises Nordwestmecklenburg und der Hansestadt Wismar. Diese haben ein gemeinsames Gesundheitsamt.

Nachdruck. Für die Auswertung der offenen Fragen wurden zudem die Probanden- und Fragennummer zur Nachverfolgung vermerkt (z. B. 17-18).

Fehlende Werte wurden im Datensatz kenntlich gemacht und als ungültig definiert. Bei der Auswertung der einzelnen Fragen wurde daher die Anzahl der insgesamt gültigen Antworten angegeben. Prozentuale Angaben gehen von dieser Anzahl aus.

Für die Auswertung wurde das Verfahren der deskriptiven (beschreibenden) Statistik gewählt. Es ging folglich nicht darum, Hypothesen zu überprüfen und somit Schlussfolgerungen über Unterschiede und Zusammenhänge zu ermöglichen. Vielmehr lag das Ziel darin, die Informationen und Rückmeldungen der Familienhebammen und Gesundheitsämter überschaubar zu machen. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden abhängig vom Skalenniveau mittels Häufigkeitsverteilungen und Mittelwertvergleichen präsentiert. Zur anschaulichen Darstellung der Häufigkeitsverteilungen werden vorrangig Balkendiagramme gewählt.

8.2.2 Gruppendiskussion

Nach abgeschlossener Auswertung des Datenmaterials wurden die Evaluationsergebnisse Ende August 2009 den Projektverantwortlichen vorgestellt und in einer anschließenden Gruppendiskussion beraten. Diese qualitative Form der Datenerhebung war primär mit der Absicht verbunden, Handlungsempfehlungen für die Zukunft des Familienhebammenprojektes in Mecklenburg-Vorpommern auszuarbeiten. Gruppenbefragungen haben zum einen den Vorteil, dass die Standpunkte mehrerer Gesprächspartner gleichzeitig erhoben werden können. Zum anderen wird in diesem Rahmen nicht nur ein einzelner Gesprächspartner gefordert, vielmehr können die Teilnehmer einer Gruppendiskussion gemeinsam Ideen und Vorgehensweisen ausloten. (vgl. Bortz/Döring 2006, S. 319) Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl wurde auf Videoaufzeichnungen verzichtet und zwei Audioaufnahmegeräte hinzugezogen. Für die Auswertung der Gruppendiskussion wurden die Tonbandaufzeichnungen nicht wörtlich transkribiert, sondern in einem chronologischen Protokoll zusammengefasst. Die Gruppendiskussion war bereits im Voraus derart angelegt, dass die Teilnehmer selbst ein konsensfähiges Diskussionsergebnis erarbeiten. (vgl. u. a. Bortz/Döring 2006, S. 319) Da Gesichtspunkte, wie z. B. Fortbildung, Kooperationsstrukturen und Perspektiven sehr strukturiert diskutiert und Handlungsempfehlungen oder zumindest Ansätze formuliert wurden, konnten diese nahezu ohne Schwierigkeiten herauskristallisiert werden. Die gemeinsam erwägten Handlungsempfehlungen werden unter dem Punkt 8.4 aufgezeigt.

8.3 Ergebnisse der schriftlichen Befragungen

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt. Nachdem vorerst die Auswertungsergebnisse der Familienhebammen und der Gesundheitsämter separat betrachtet werden, rundet eine kurze Gegenüberstellung ausgewählter Resultate die Auswertung ab. Daran anschließend werden die Resonanzen und Handlungsempfehlungen der Gruppendiskussion, die sich ausschließlich auf die Befragungsergebnisse stützen, dargelegt.

8.3.1 Ergebnisse der Befragung der Familienhebammen

Die einzelnen Abschnitte des konstruierten Fragebogens zur Befragung der Familienhebammen wurden eingangs bereits vorgestellt. Chronologisch werden die Ergebnisse anschließend aufgezeigt.

Teil A: Zugang zu den Familien

Der erste Teilabschnitt bezieht sich primär auf die Zugangsmodalitäten der Familienhebammen. Neben Fragestellungen hinsichtlich der Region, in der sie tätig sind, wurden Entfernungen, die Anzahl bereits betreuter Familien und der Vermittlungskontext erfragt. Ausgehend von der Annahme, dass Familienhebammen, die in einem Landkreis tätig sind, mit anderen Zugangsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen konfrontiert werden als jene in kreisfreien Städten, sollten die Probanden einleitend mit *Frage 1* Auskunft über ihr regionales Einsatzgebiet geben.

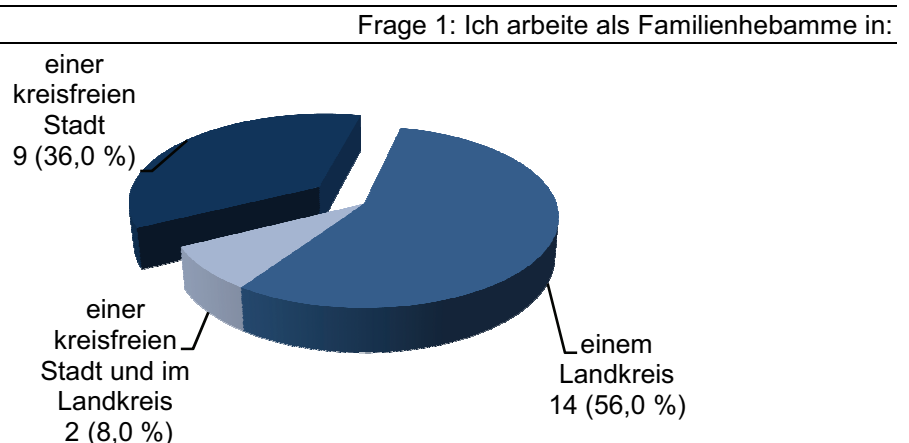


Abbildung 8: Einsatzgebiet der Familienhebammen
N=25, eigene Darstellung

Der in Abbildung 8 aufgezeigten Häufigkeitsverteilung lässt sich entnehmen, dass 14 Familienhebammen (56,0 %) in einem Landkreis tätig sind, während dieser Aufgabe 9 Familienhebammen (36,0 %) in einer kreisfreien Stadt und weitere 2 (8,0 %) sowohl in einem Landkreis als auch in einer kreisfreien Stadt nachkommen.

Die prozentualen Anteile der antwortenden Probanden entsprechen mit kleinen Abweichungen der Gesamtverteilung der 35 in M-V tätigen Familienhebammen. Ausgehend von den Angaben für August 2009 arbeiten 19 Familienhebammen (54,3 %) in einem Landkreis, 14 (40,0 %) in einer kreisfreien Stadt und 2 (5,7 %) sowohl in einer kreisfreien Stadt als auch im Landkreis. Für die nachfolgenden Gegenüberstellungen werden letztere der Gruppe der im Landkreis tätigen Familienhebammen zugeordnet.

Naheliegend war es auch von Interesse zu untersuchen, in welchem Umkreis (in km) die Probanden Familien mit Hilfebedarf betreuen. Basierend auf allen Angaben¹⁸, welche die 25 Familienhebammen zur *Frage 2* machten, konnte ein Mittelwert von 31,5 km berechnet werden. Dementsprechend betreuen die befragten Familienhebammen durchschnittlich Familien in einem Umkreis von 31,5 km. Dabei liegt der minimale Wert bei 10 km, während der maximale Wert mit ca. 80 zu fahrenden Kilometern angegeben wurde. Werden die Entfernungsangaben separat nach Einsatzgebiet unterschieden, ergibt sich für die Familienhebammen in kreisfreien Städten ein Mittelwert von 21,9 km. Das Einsatzgebiet im Landkreis liegt hingegen im Durchschnitt bei 36,9 km.

Diese Unterschiede resultieren höchstwahrscheinlich auch in ungleichen Fahrtzeiten, wobei zu beachten ist, dass diese in das Stundenbudget einzurechnen sind und dementsprechend die reine Betreuungszeit minimieren.

Die Anzahl der bereits betreuten Familien wurde durch die anschließende *Frage 3* ermittelt. Durch die 25 Familienhebammen, die den Fragebogen zurückgesendet hatten, wurden insgesamt 90 Familien in M-V aufgesucht. Während 2 Familienhebammen angaben, dass ihr Hilfeangebot noch von keiner Familie in Anspruch genommen wurde, lag die höchste Anzahl bei 8 betreuten Familien. Wie viele Familien die befragten Familienhebammen im Durchschnitt bereits betreut haben, zeigt Abbildung 9.

¹⁸ Da einige Probanden Angaben, wie z. B. „20 – 25 km“ machten, war es für weitere Berechnungen nötig, bereits aus diesen Angaben einen Mittelwert zu berechnen.

 Frage 3: Wie viele Familien haben Sie bereits als Familienhebamme betreut?

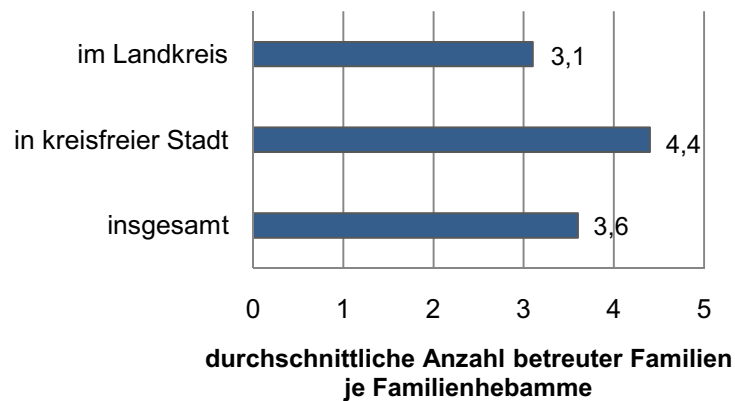


Abbildung 9: Anzahl der betreuten Familien je Familienhebamme
N=25, eigene Darstellung

Im Mittel betreuten die befragten Familienhebammen 3,6 Familien. Bei einer Unterscheidung nach Einsatzgebiet wird auch hier ein Unterschied deutlich. So ist die Anzahl der betreuten Familien in den kreisfreien Städten mit einem Durchschnitt von 4,4 Familien höher als im Landkreis mit durchschnittlich 3,1 Familien.

Warum sich diese Abweichungen ergeben, lässt sich im Rahmen dieser Befragung nicht klären. Sie könnten mutmaßlich auf längere Fahrtzeiten im Landkreis, auf bessere Vernetzungs- und Vermittlungsstrukturen in den kreisfreien Städten oder auch auf einen zeitlich gesehen späteren Einsatz in den Landkreisen zurückzuführen sein.

Insbesondere was den Zugang zu den Familien betrifft, nimmt der Vermittlungskontext eine bedeutende Rolle ein. Die *Frage 4* sollte daher Informationen darüber bereitstellen, welche der aufgelisteten Professionen und Institutionen die Familienhebammen auf hilfebedürftige Familien aufmerksam macht. Die Abbildung 10 zeigt die Ergebnisse dieser Auswertung auf.

Ihr ist zu entnehmen, dass die Vermittlung in den meisten Fällen durch das Gesundheitsamt garantiert wird (18 Probanden). Jeweils 11 Probanden gaben an, dass auch das Jugendamt sowie andere Hebammen oder Familienhebammen auf Familien mit Hilfebedarf hinwiesen. Zudem wurde die Klinik bzw. Geburtsklinik in diesem Zusammenhang von 10 Befragten genannt. Die Probanden hatten bei dieser Frage zudem die Möglichkeit, auch Hinweise zu sonstigen Vermittlern zu machen. Eine Befragte gab dahingehend an, dass sie als Familienhebamme zum Teil auch selbst auf die Familie aufmerksam wurde. Wer die Aufmerksamkeit der Familienhebammen ansonsten auf unterstützungsbedürftige Familien lenkt und entsprechende Vermittlungshäufigkeiten, ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

Frage 4: Wer macht Sie auf hilfebedürftige Familien aufmerksam?

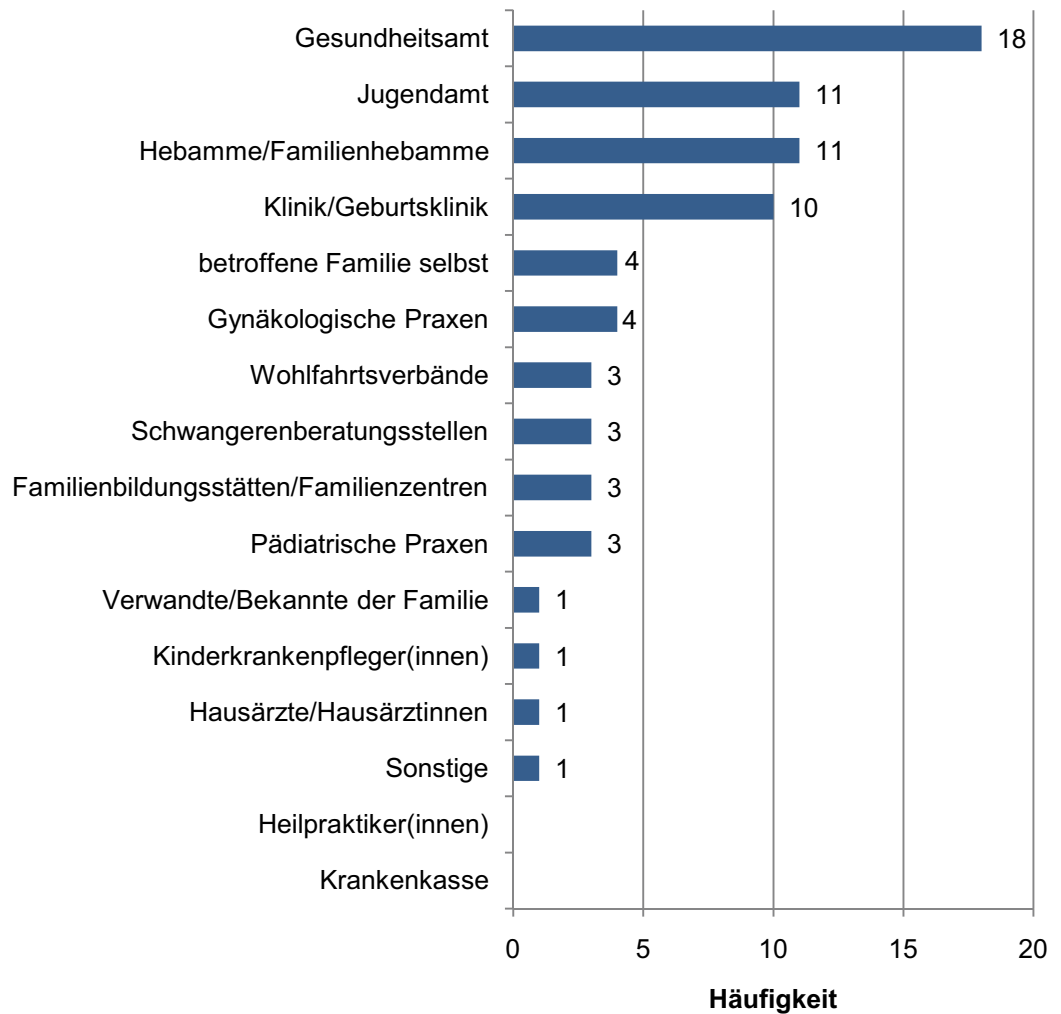


Abbildung 10: Vermittlungskontext aus Perspektive der Familienhebamme
N=25, eigene Darstellung

Die Grundlage, um nach Zugang zu den Familien der anspruchsvollen Aufgabe als Familienhebammen gerecht zu werden, bildet eine fundierte Fortbildung. Dieser Gesichtspunkt nimmt daher auch im Rahmen der Evaluation eine primäre Rolle ein.

Teil B: Fortbildung

Anhand der mit der Fortbildung einhergegangenen Zielsetzungen wurden fünf Aussagen formuliert. Die Familienhebammen sollten beurteilen, inwiefern diese für sie zutreffend sind. Graphisch werden die Ergebnisse der Frage 5 in der Abbildung 11 dargestellt.

Frage 5: Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen in Bezug auf die Fortbildung zur Familienhebamme auf Sie zutreffen?

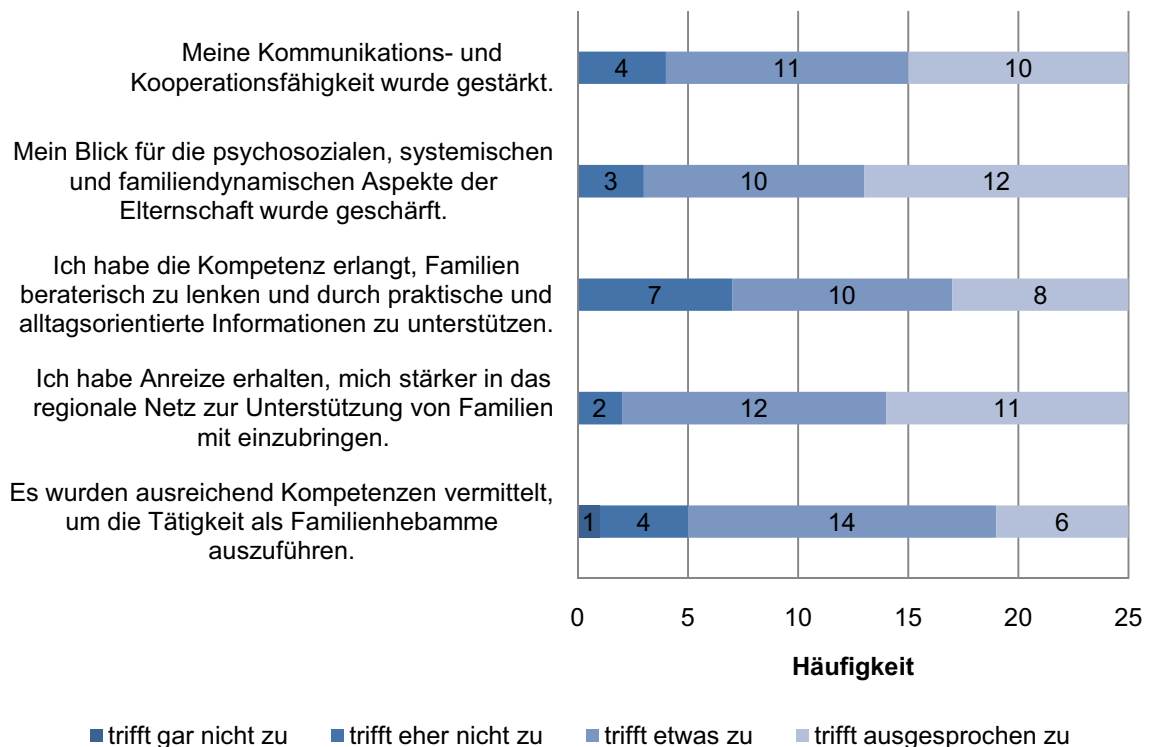


Abbildung 11: Beurteilung der Fortbildung

N=25, eigene Darstellung

Um diese Ergebnisse überschaubarer zu machen, werden die Ergebnisse mit zustimmender Tendenz („trifft etwas zu“, „trifft ausgesprochen zu“) und mit eher ablehnender bzw. verneinender Tendenz („trifft eher nicht zu“, „trifft gar nicht zu“) zusammengefasst.

Dass die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit im Rahmen der Fortbildung gestärkt wurde, bestätigten zusammengefasst 21 Befragte (84,0 %), während 4 Probanden (16,0 %) diese Aussage als weniger zutreffend beurteilten.

Auch die vermehrte Ausrichtung ihres Blickes auf psychosoziale und familiendynamische Aspekte der Elternschaft bestätigte mit 84,0 % die Mehrheit der Befragten (22 Probanden). Lediglich 3 Familienhebammen (12,0 %) meinten, dass dies eher nicht der Fall gewesen sei.

Der Aussage, die Kompetenz erlangt zu haben, Familienberaterisch zu lenken und sie durch alltagsorientierte Informationen zu unterstützen, konnten jedoch 7 der Befragten (28,0 %) weniger zustimmen. Hingegen vertraten 18 Familienhebammen (72,0 %) die Meinung, dass die Fähig- und Fertigkeiten in diesem Bereich ausgesprochen bzw. zumindest in ihren Grundzügen vermittelt wurden.

Weitaus größere Zustimmungen ergaben sich im Hinblick auf die aufgezeigten Anreize, sich stärker in das regionale Netz zur Unterstützung von Familien einzubinden. 23

Probanden (92,0 %) konnten dieser Einschätzung zustimmen. Unterdessen waren nur 2 der Befragten (8,0 %) der Auffassung, dass diese Aussage für sie eher nicht zutreffe. Die fünfte Aussage bezog sich weniger auf die einzelnen Ziele der Fortbildung, sondern vielmehr auf eine zusammenfassende Einschätzung. Hinterfragt werden sollte, ob die Befragten ausreichend Kompetenzen vermittelt bekommen haben, um die Tätigkeit als Familienhebamme auszuführen. Insgesamt empfanden 80,0 % die zusätzliche Qualifikation als (ausreichende) Basis für ihre neue Tätigkeit (20 Probanden), während 20,0 % diese als nicht genügend bewerteten (5 Probanden).

Von Bedeutung war im Zusammenhang mit der Fortbildung, ob und welche Informationen und Fortbildungsinhalte sich noch gewünscht worden wären. Auf diese Fragestellung (*Frage 6*) antworteten lediglich 20 der 25 Familienhebammen. 16 von ihnen (80,0 %) waren der Meinung, dass ein weiterer Fortbildungsbedarf vorhanden gewesen wäre, während 4 der Befragten (20,0 %) das Erfordernis weiterer Fortbildungsinhalte verneinten.

In der anschließenden offen formulierten *Frage 6.1* konnten die Familienhebammen angeben, welche weiteren Fortbildungsinhalte sie als erforderlich empfinden. 16 Probanden nutzten diese Option und unterbreiteten ihre Vorschläge und Wünsche, unter ihnen zum Teil auch jene Probanden, die auf die Frage 6 nicht antworteten. Die Angaben ließen sich zu drei größeren Kategorien zusammenfügen.

Frage 6.1 Wenn ja, welche Fortbildungsinhalte hätten Sie sich gewünscht?

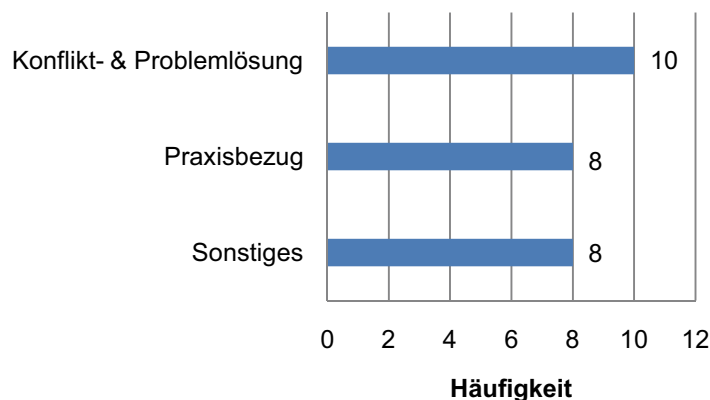


Abbildung 12: Modifizierungswünsche hinsichtlich der Fortbildung

N=16 (kategorisiert), eigene Darstellung

Die Kategorie „*Praxisbezug*“ umfasste u. a. folgende Anliegen: Die Familienhebammen wünschen sich vermehrt fallbezogene und praxisnahe Informationen. Erstrebenswert wären ihrer Meinung nach, mehr praktische Übungen in Gesprächsrunden, Rollenspiele, Einblicke in die Arbeitsweisen von Drogen- und Suchtberatern oder eventuell Praktika in Mutter-Kind-Heimen. Zudem benötigen sie mehr praktisches

"Handwerkzeug", um in besonders brisanten Situationen und bei sehr schwierigen Familien adäquat vorzugehen.

Eng in Verbindung mit dem Praxisbezug wurde der Wunsch nach einer umfangreicheren Vermittlung von Kompetenzen in Hinsicht auf die „Konflikt- und Problemlösung“ genannt. Unter dieser Kategorie wurden Inhalte wie sprachliche Problemlösung, Kommunikationstraining an Fallbeispielen, Vertiefung von Anti-Eskalationstraining, motivierende Gesprächsführung mit praktischen Übungen und Training in Konfliktgesprächen zusammengefasst.

Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden Antworten erfasst, welche ein- bis zweimal genannt wurden. Dazu gehörten der Wunsch nach ausreichenden Informationen zur aktuellen Situation in punkto Kindeswohlgefährdung, Informationen zu Netzwerken bei häuslicher Gewalt sowie gezielte Informationen, Adressen und Hinweise zu bestehenden Netzwerken - speziell für das Territorium der tätigen Familienhebammen. Des Weiteren wurden Inhalte, die die Entwicklung des Kindes im 1. Lebensjahr aufgreifen, als Fortbildungselement genannt. Demgemäß sollte das Fachwissen hinsichtlich der Pädiatrie vertieft werden und Gesichtspunkte wie Abweichungen bei Frühgeborenen, Entwicklungs- sowie Ernährungskalender bis zum 1. Lebensjahr als auch Spiele für Eltern mit dem Kind (ab 6 Monate) berücksichtigt werden. Die nachfolgend zitierte Antwort auf die Frage 6.1 verdeutlicht den Bedarf und Ansatzpunkte für weitere Fortbildungsmodule:

„Ich denke, das Angebot an Themen und Informationen ist nicht zu klein. Die Ausbildungszeit ist einfach viel zu kurz, um die vielen für Hebammen artfremden Themen zu vermitteln, dass sie eine solide Grundlage für die Arbeit bietet. Familienhebammen haben viel sozialpädagogische Arbeit zu leisten, die große Kompetenz in der Kommunikation und im Krisenmanagement erfordert. Diese Fähig- und Fertigkeiten habe ich durch die Ausbildung jedoch leider nicht erlernt.“
(16-6.1)

Anlehnend an die Fortbildungsinhalte wurde mittels der *Frage 7* erfragt, ob die Probanden die ausbildungsbegleitende Supervision in Anspruch genommen haben. Eine Teilnahme bestätigten 15 (60,0 %) und verneinten 10 (40,0 %) der 25 auf diese Frage antwortenden Familienhebammen. Von jenen, die die Supervision in Anspruch genommen (15 Probanden) haben, empfanden 12 (80,0 %) dieses Angebot als hilfreich, während 3 (20,0 %) es als weniger nützlich bewerteten (*Frage 7.1*).

Abschließend für den Teil Fortbildung wurde mit Hilfe der *Frage 8* ermittelt, ob sich die Familienhebammen vertiefende Fortbildungsveranstaltungen wünschen. 24 Befragte antworteten auf diese Fragestellung. Fast einheitlich stimmten 23 (95,8 %) dem Bedarf

weiterer Fortbildungsveranstaltungen zu. Lediglich eine Befragte verneinte den Wunsch nach weiteren Fortbildungen.

Teil C: Tätigkeitsbereiche

Eine weitere Dimension, die der Fragebogen aufgriff, waren die Tätigkeitsbereiche. Anhand der dem Dokumentationsbogen entsprechenden Aufgabenfelder sollten die Befragten angeben, wie oft sie welche Tätigkeiten übernehmen (vgl. Tab.11).

Frage 9.1: Wie häufig übernehmen Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Familienhebamme folgende Aufgaben?

Tätigkeitsfeld	nie	selten	manchmal	oft	immer
Motivation zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für das Kind (N=24)	3	2	2	9	8
Erkennen von Entwicklungsdefiziten (N=25)	-	4	-	14	7
Medizinische Beratung von Mutter, Kind & Familie (N=25)	1	5	9	10	-
Psychosoziale Beratung von Mutter, Kind & Familie (N=25)	-	2	5	9	9
Informationsvermittlung hinsichtlich der negativen Auswirkungen von Suchtmitteln (N=25)	-	4	7	8	6
Abbau von Überforderung & Ängsten bei den Müttern/Eltern (N=25)	-	-	4	16	5
Beratung und Hilfe bei der Säuglingspflege (N=25)	-	-	1	12	12
Ernährungsberatung/Stillberatung (N=25)	-	-	-	8	17
Informationen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Mutter (N=25)	-	2	7	8	8
Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung (N=25)	-	-	2	14	9
Verbesserung der Vater-Kind-Beziehung (N=25)	-	3	8	8	6

Tabelle 11: Tätigkeitsfelder der Familienhebammen

N variiert, eigene Darstellung

Ausgenommen von der medizinischen Beratung von Mutter, Kind & Familie, lässt sich der Tabelle entnehmen, dass mehr als die Hälfte der Familienhebammen die einzelnen Aufgaben in den Familien „oft“ bis „immer“ wahrnehmen. Werden die Antwortmöglichkeiten „oft“ und „immer“ gemeinsam betrachtet, wird deutlich, dass

insbesondere originäre Hebammentätigkeiten, wie die Ernährungsberatung/Stillberatung (25 Befragte; 100,0 %) sowie die Beratung und Hilfe bei der Säuglingspflege (24 Befragte; 96,0 %) auch in der Familienhebammenarbeit ein wichtiges und beständiges Aufgabengebiet darstellen.

Aufschlussreich war auch die Fokussierung der „selten“ und „nie“ durchgeführten Aufgabenbereiche. Dabei ist zu beachten, dass die Ergebnisse keinerlei Informationen darüber bereitstellen, ob einzelne Aufgabenfelder für die Familienhebammen nicht primär relevant erscheinen oder ob sie in den einzelnen Familien bisher einfach nicht nötig waren. 5 Familienhebammen (20,8 %) gaben an, nie bzw. selten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für das Kind zu motivieren. Auch eine medizinische Beratung von Mutter, Kind & Familie wird von 6 Familienhebammen (24,0 %) eher weniger häufig übernommen. Da für die restlichen Aufgabenfelder die Antwortmöglichkeit „nie“ nicht gewählt wurde, erscheint es vor dem Projekthintergrund umso beachtlicher, dass gerade die Motivation zur Inanspruchnahme der Kindervorsorgeuntersuchungen nicht „oft“ und „immer“ von Relevanz ist.¹⁹

Frage 9.2: Wie häufig übernehmen Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Familienhebamme folgende Aufgaben?

Beratung/Begleitung/Vermittlung zu nachfolgenden Ämtern und Beratungsstellen:	nie	selten	manchmal	oft	immer
Ärzte/Ärztinnen (N=24)	1	2	12	8	1
Sozialpsychiatrischer Dienst/Gesundheitsamt (N=24)	6	5	8	5	-
Jugendamt (N=24)	5	3	10	6	-
Sozialamt/ ARGE (N=24)	9	7	7	1	-
Suchtberatungsstelle (N=23)	13	7	3	-	-
AIDS-Beratungsstellen (N=23)	20	3	-	-	-
Wohnungsämter/Wohngeldstellen (N=23)	13	6	4	-	-
Andere Beratungsstellen / Hilfeangebote (N=16)	6	3	4	3	-

Tabelle 12: Vermittlung an Ämter und Beratungsstellen durch Familienhebammen
N variiert, eigene Darstellung

Was die Tätigkeitsfelder anbelangt, ist die vermittelnde Beratung von besonderer Bedeutung, nicht zuletzt, da diese ein Projektziel im Hinblick auf die Familienhebammen-

¹⁹ Anmerkungen: Nach Vorstellung dieser Ergebnisse wurde angefügt, dass dieser Gesichtspunkt im Rahmen der Fortbildung nicht von primärer Bedeutung war. In zukünftigen Fortbildungen und Weiterbildungsmodulen sollten die Kindervorsorgeuntersuchungen nicht außer Acht gelassen werden.

arbeit darstellt. Für die Beratung/Begleitung/Vermittlung zu nachfolgenden Ämtern und Beratungsstellen konnten jene Ergebnisse aufgezeigt werden (vgl. Tab. 12): Während mehr als die Hälfte der Familienhebammen die Familien „immer“, „oft“ oder zumindest „manchmal“ zu Ärzten, zum sozialpsychiatrischen Dienst (Gesundheitsamt) und zum Jugendamt vermittelten, wurden andere Beratungsstellen und Institutionen weniger häufig benannt. Die Häufigkeiten für die Antwortkategorien „manchmal“ und „oft“ waren zusammengerechnet wie folgt verteilt: 8 Familienhebammen vermittelten die Familien an das Sozialamt/ARGE (32,2 %), 3 an die Suchtberatungsstelle (13,0 %), 0 an AIDS-Beratungsstellen (0,0 %) 4 an Wohnungsämter/Wohngeldstelle (17,4 %) und 7 an andere Beratungsstellen (43,8 %).

Als sonstige Beratungsstellen und Hilfeangebote wurden dreimal die AWO und jeweils einmal „Frühe Hilfen“, die Caritas, Familienhilfen, Frühförderung, pro Familia, Schuldnerberatung sowie PEKiP (Prager-Eltern-Kind-Programm) und „Krabbelgruppen“ genannt.

Auch die *Frage 10* bezog sich auf die Tätigkeitsfelder der Familienhebammen. Um die vermittelnde Beratung differenzierter zu betrachten, wurde im Rahmen der *Fragen 10.1 bis 10.4* untersucht, inwieweit Familienhebammen bei Problemstellungen selbst helfen können und wie sich die Form der Vermittlung gestaltet. Auf die Aussage „Bei den meisten Problemstellungen kann ich den Familien selbst helfen.“ antworteten 4 Familienhebammen (16,0 %) „trifft ausgesprochen zu“, 20 Familienhebammen (80,0 %) „trifft etwas zu“ während eine Familienhebammen (4,0 %) entgegnete, dass es eher nicht zutreffe. Die Antwortverteilung zu den Aussagen 10.2 bis 10.4 verdeutlicht die nachfolgende Abbildung.

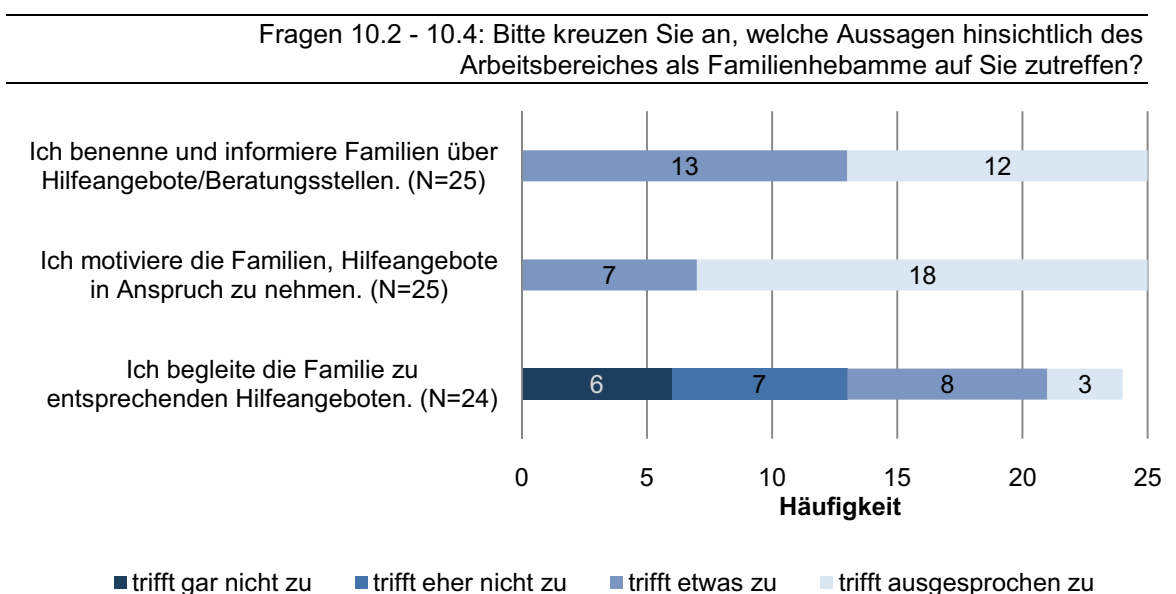


Abbildung 13: Einbeziehung und Empfehlung weiterer Hilfeangebote
N variiert, eigene Darstellung

Dem Balkendiagramm (Abb. 13) ist zu entnehmen, dass alle 25 Familienhebammen die Familien über Hilfeangebote informieren (Antwortmöglichkeit „trifft etwas zu“: 52,0 %, „trifft ausgesprochen zu“: 48,0 %). Nahezu dreiviertel der Probanden (18, 72,0 %) motivierten die Familien ausgesprochen dazu, während auch die weiteren 7 Probanden (28,0 %) die Familien zumindest etwas dazu anregten, Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Bei der tatsächlichen Begleitung der Familien zeigte sich jedoch ein anderes Bild auf. Hier waren es insgesamt mit 13 Familienhebammen mehr als die Hälfte, welche eine Begleitung zu Institutionen und Beratungsstellen vollständig oder eher verneinten. Lediglich 3 Familienhebammen (12,5 %) konnten ganz und gar bestätigen, dass sie die Familien begleiten. Immerhin traf es für 8 Familienhebammen (33,3 %) etwas zu, dass sie die Familien zu entsprechenden Hilfeangeboten begleiteten. Denkbar wäre, dass das Zeitfenster für eine Begleitung einfach zu klein ist.

Da insbesondere präventive und gesundheitsförderliche Strategien im Rahmen der Familienhebammenarbeit von Bedeutung sein sollten, wurden auch diese Gesichtspunkte im Rahmen des Fragenbogens (*Frage 10.5*) aufgegriffen. Mehr als drei Viertel der Probanden maßen diesen Tätigkeitsfeldern eine ausgesprochen bedeutende Rolle bei, während 4 Familienhebammen (16,0 %) diesen etwas folgten, eine Befragte (4,0 %) diesen eher keine und eine weitere Familienhebamme (4,0 %) diesen gar keine bedeutende Rolle zuschrieb.

Frage 10.5 Gesundheitsförderung und Prävention spielen im Rahmen meiner Tätigkeit als Familienhebamme eine bedeutende Rolle.

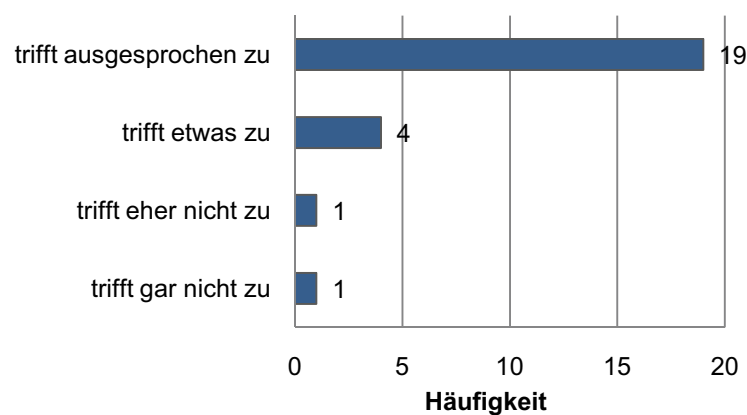


Abbildung 14: Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention
N=25, eigene Darstellung

Daran anschließend wurde in Hinsicht auf die Gesundheitsförderung und Prävention Bezug auf die Kriterien Empowerment und Partizipation genommen. Erfragt werden sollte, inwiefern für die Familien eine auf deren Stärken und Ressourcen aufbauende Befähigung und Qualifizierung erfolgt und wie hoch der Grad an Beteiligungsmöglich-

keiten der Familien ist. Die Ergebnisse sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

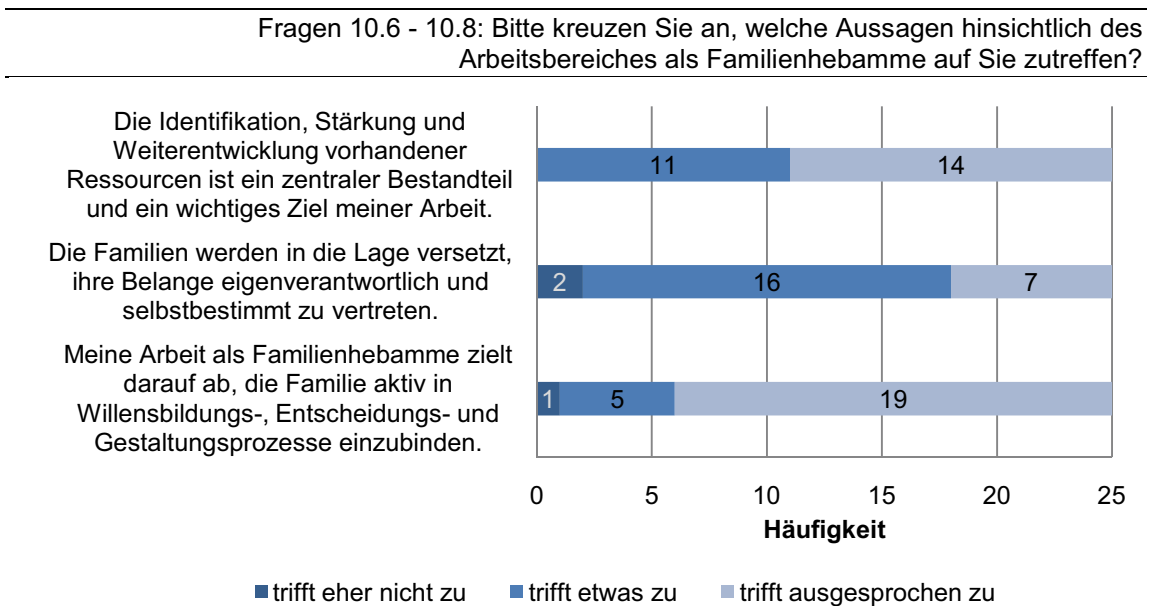


Abbildung 15: Bedeutsamkeit von Empowerment und Partizipation²⁰

N=25, eigene Darstellung

Die Berücksichtigung der Kriterien Empowerment und Partizipation empfanden nahezu alle Familienhebammen als etwas oder ausgesprochen wichtig. Dass die Identifikation, Stärkung und Weiterentwicklung vorhandener Ressourcen einen zentralen Bestandteil und ein wichtiges Ziel ihrer Arbeit darstellen, bestätigten 14 Familienhebammen (56,0 %), während 11 Familienhebammen (44,0 %) dies zumindest tendenziell signalisierten.

Für 16 Familienhebammen (64,0 %) war es zudem etwas zutreffend, dass sie die Familien dazu befähigen, sich eigenverantwortlich und selbstbestimmt für ihre Interessen einzusetzen. 7 der Befragten (28,0 %) verfolgten diesen Ansatz stets, während 2 (8,0 %) diesen für sich als eher nicht zutreffend bewerteten.

Im Hinblick auf die Partizipation waren es wiederum 19 Familienhebammen (76,0 %), welche die Familien durchaus in Willensbildungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen. Neben 5 weiteren Familienhebammen (20,0 %), die Familien zumindest etwas beteiligten, war es nur eine Familienhebamme (4,0 %), die ein derartiges Vorgehen eher verneinte.

Im Allgemeinen zeigen die Ergebnisse eine stark zustimmende Tendenz auf, was die Relevanz der Gesundheitsförderung und Prävention als auch die der beiden untersuchten Kriterien Empowerment und Partizipation im Rahmen der Familienhebammenarbeit verdeutlicht.

²⁰ BZgA 2007a, S. 364ff

Teil D: Kooperation und Zusammenarbeit

Ein bedeutender Aspekt, insbesondere im Hinblick auf die Ganzheitlichkeit der Familienhebammenarbeit ist die Netzwerkbildung. Mit Hilfe der *Frage 11* wurde erfragt, ob die Probanden in Folge Ihrer Tätigkeit als Familienhebamme bereits Kontakt zu Kooperationspartnern aufgenommen haben, um im Bedarfsfall weiterführende Hilfeangebote zu aktivieren. Von 24 auf diese Frage antwortenden Familienhebammen bestätigten 23 (95,8 %) und verneinte lediglich eine Familienhebamme (4,2 %) die Kontaktaufnahme zu Netzwerkpartnern. In den darauffolgenden *Fragen 11.1 und 12* wurde ermittelt, zu welchen Netzwerkpartnern bereits Kontakt aufgenommen wurde und welche sie sich für ein unterstützendes Netzwerk wünschen würden. Die Abbildung 16 verdeutlicht die Ergebnisse in einem Soll-Ist-Vergleich.

Fragen 11.1 & 12: Mit welchen Kooperationspartnern haben Sie bereits Kontakt aufgenommen und welche Kooperationspartner würden Sie sich als unterstützendes Netzwerk wünschen?

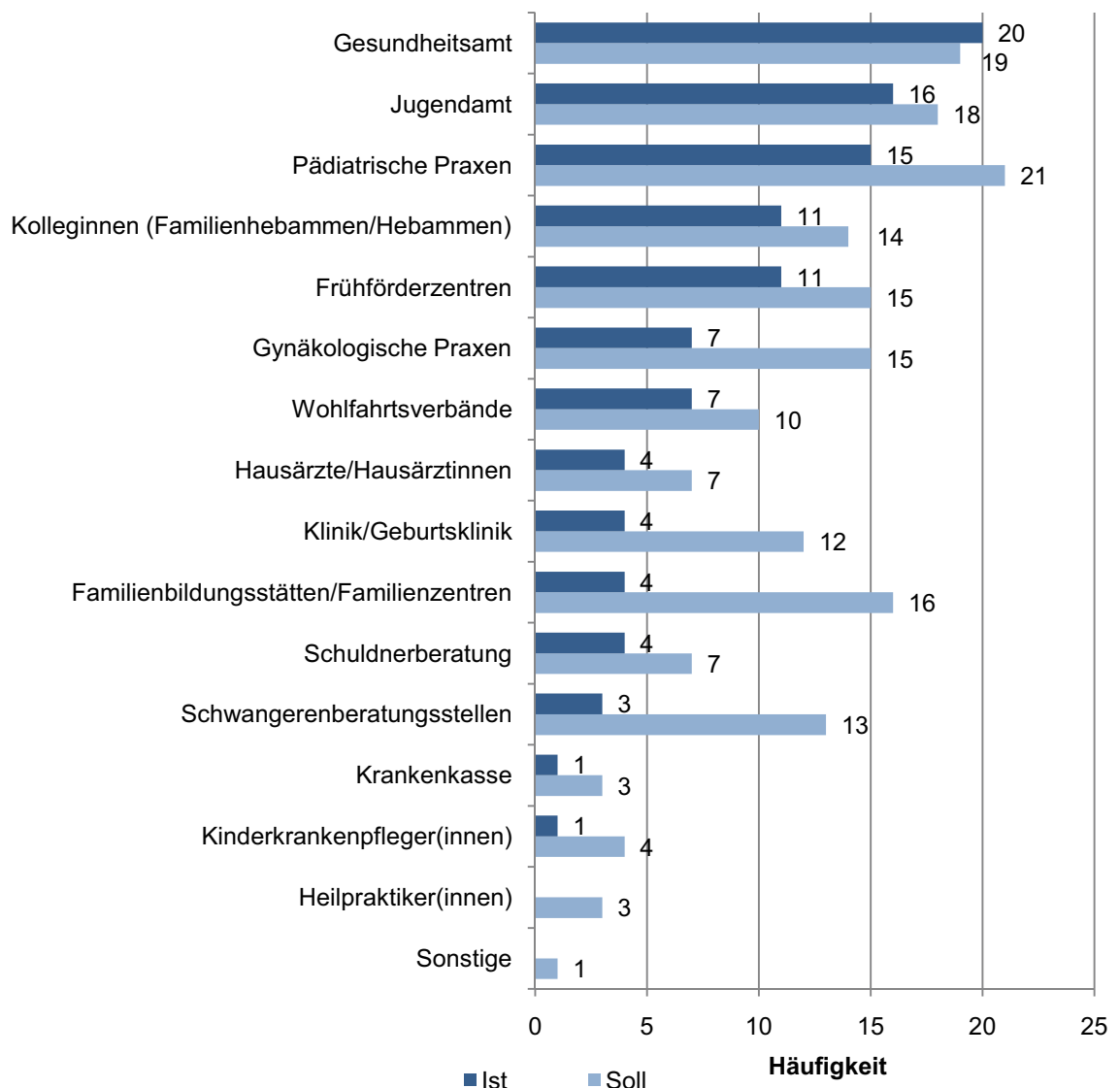


Abbildung 16: Soll-Ist-Vergleich hinsichtlich der Netzwerkbildung
N=25, eigene Darstellung

Derzeit gehören die Gesundheitsämter, Jugendämter, pädiatrische Praxen, Frühförderzentren sowie Kolleginnen mit mehr als 10 Nennungen zu den primären Netzwerkpartnern. Sehr offensichtlich ist mit Ausnahme der Gesundheitsämter, dass der Wunsch nach Vernetzungsstrukturen stets höher als die gegenwärtige Zusammenarbeit ist. Ein drastischer Unterschied zwischen Ist und Soll wird insbesondere hinsichtlich der Familienbildungsstätten/Familienzentren erkennbar. Auch in Bezug auf Schwangerenberatungsstellen, pädiatrischen als auch gynäkologischen Praxen äußerten die Probanden einen ausbaufähigen Kooperationsbedarf. Unter „Sonstige“ wurde des Weiteren das Anliegen einer Vernetzung mit dem Mutter-Kind-Wohnen genannt.

Von Relevanz war auch die Rückmeldung über die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, welche anhand verschiedener Gesichtspunkte ermittelt wurde (Frage 13).

Frage 13: Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen auf die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt zutreffen?

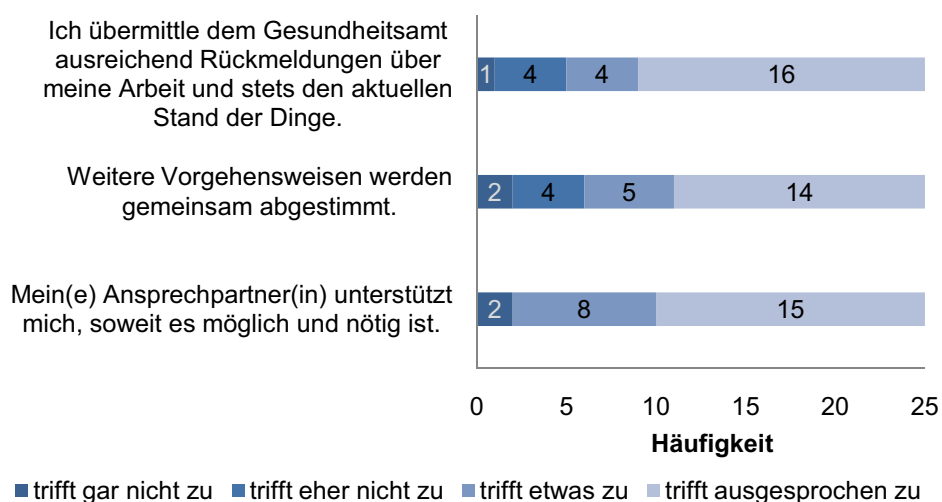


Abbildung 17: Kooperation mit dem Gesundheitsamt aus Sicht der Familienhebammen
N=25,eigene Darstellung

20 Familienhebammen (80,0 %) konnten tendenziell bekräftigen, ausreichend Rückmeldungen über ihre Arbeit an das Gesundheitsamt zu übermitteln, während 5 (20,0 %) dem weniger zustimmen konnten.

Was die Abstimmung weiterer Vorgehensweisen anbelangt, verschoben sich die Antworten leicht. 19 Probanden (76,0 %) bestätigten gemeinsame Absprachen, während 6 Probanden (24,0 %) diese als eher nicht oder gar nicht zutreffend beschrieben. Die Aussage, dass sie von ihrem Ansprechpartner im Gesundheitsamt, soweit es möglich und nötig ist, unterstützt werden, empfand die Mehrheit als richtig. Als ausgesprochen zutreffend beurteilten 15 Familienhebammen (60,0 %) und als

etwas zutreffend 8 Familienhebammen (32,0 %) diese Aussage. 2 Familienhebammen (8,0 %) erhielten ihrer Beurteilung nach gar keine Unterstützung.

Der daran anknüpfenden *Frage 14* mit der Aussage „Im Allgemeinen sind Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt als gut einzustufen.“ stimmten dementsprechend auch 23 Probanden (92,0 %) zu, während 2 Familienhebammen (8,0 %) die Kommunikation nicht als gut einstufen würden.

Die *Frage 14.1* bot den Familienhebammen die Möglichkeit, Gründe für die mangelnde Kommunikation anzufügen. Drei Probanden nutzten diese Gelegenheit, zu erklären, worauf sie die ungenügende Kooperation zurückführen. So meint eine Familienhebamme, dass sie noch keine Gründe gehabt habe, sich an das Gesundheitsamt zu wenden und sich eher an das Jugendamt wenden würde. Eine andere bedauerte wiederum das mangelnde Interesse von Seiten der Gesundheitsämter und beklagte im gleichen Zuge die fehlende Vermittlung an Familien durch das Gesundheitsamt. Sie schilderte, dass das Gesundheitsamt immer verlangen würde, dass das Jugendamt eingeschaltet wird. Zusammenfassend vermutete sie, dass sie als Familienhebamme einfach nicht wichtig genug sei. Auch die dritte antwortende Probandin wies auf die fehlende Übermittlung der Informationen über hilfebedürftige Familien hin. Infolgedessen müsse sie sich selbst um die Familien kümmern. Die Befragte spekulierte, ob die Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes eventuell zu wenige Kenntnisse über den Begriff und die Tätigkeit der Familienhebamme besitzt.

Trotz nicht ausnahmslos positiver Rückmeldungen über die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, werden Besprechungen/Beratungen von einem Großteil für notwendig und zweckmäßig gehalten. 22 der 23 auf *Frage 15* antwortenden Familienhebammen (95,7 %) bejahten die Erfordernis und den Nutzen von gemeinsamen Rücksprachen mit dem Ansprechpartner im Gesundheitsamt.

Teil E: Arbeitszufriedenheit

Der Teil E gab den Teilnehmerinnen der Befragung die Möglichkeit, Rückmeldungen zu ihrer Arbeitszufriedenheit zu geben.

Die Abbildung 18 zeigt die Antwortverteilung der *Frage 16.1* und gibt Auskunft darüber wie oft sich die Familienhebammen mit ihrer Tätigkeit allein gelassen fühlen.

6 Familienhebammen (24,0 %) fühlten sich nie und 7 (28,0 %) selten allein gelassen mit ihrer neuen Tätigkeit. Immerhin gaben „manchmal“ 8 der Befragten (32,0 %) und „oft“ 3 (12,0 %) der Befragten an. Eine Familienhebamme (4,0 %) teilte mit, „immer“ das Gefühl zu haben, wenig unterstützt zu werden.

Frage 16.1: Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.
Ich fühle mich mit meiner Tätigkeit als Familienhebamme alleingelassen.

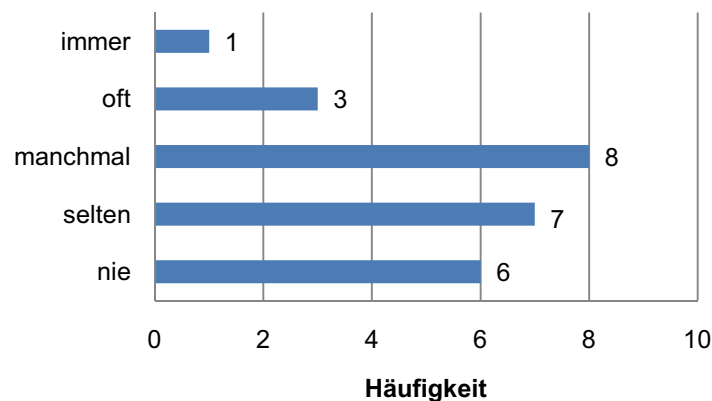


Abbildung 18: Eindruck von fehlender Unterstützung

N=25, eigene Darstellung

Auch Aussagen zur Überforderung sollten die Familienhebammen beurteilen (vgl. Abbildung 19). 4 Familienhebammen (16,0 %) meinten nie überfordert zu sein und 10 Familienhebammen (40,0 %), selten. Übereinstimmend mit dem Alleingelassen fühlen, waren es auch hier 8 Familienhebammen (32,0 %) also knapp ein Drittel, die sich zumindest manchmal überfordert fühlten. 3 Befragte (12,0 %) gaben zudem an, oft überfordert zu sein.

16.2: Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.
Ich fühle mich überfordert mit meinen Aufgaben als Familienhebamme.

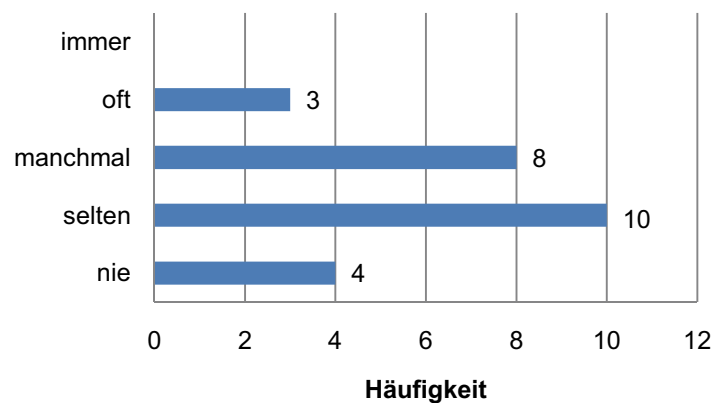


Abbildung 19: Überforderung der Familienhebammen

N=25, eigene Darstellung

Die Beurteilung weiterer Gesichtspunkte zur Arbeitszufriedenheit fasst die Abbildung 20 zusammen. Ihr ist zu entnehmen, dass die Mehrheit (72,0 %) sich immer oder zumindest oft ausreichend kompetent für die Aufgabe als Familienhebamme fühlte. Bei 7 Familienhebammen war es zumindest manchmal zutreffend.

Ähnliche Ergebnisse werden im Hinblick auf die Beurteilung der Anerkennung und Akzeptanz durch andere Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialbereiches sichtbar. Insgesamt 18 Familienhebammen (75,0 %) fühlten sich oft und immer anerkannt, wobei mehr als ein Viertel immer ankreuzte. Während sich 3 der an der Evaluation teilnehmenden Befragten (12,5 %) wenigstens manchmal anerkannt und akzeptiert fühlten, hielten 3 (12,5 %) die Familienhebammentätigkeit als eher selten von anderen Berufsgruppen gewürdigt.

Ein weiterer Gesichtspunkt der Dimension Arbeitszufriedenheit spiegelt sich in der Form der Rückmeldung durch die Familien wider. 18 Familienhebammen (72,0 %) gaben an, oft oder immer positive Rückmeldungen von den Familien zu erhalten, 6 (24,0 %) gaben „manchmal“ und eine Befragte (4,0 %) „selten“ an. Weniger häufig wollten die Familienhebammen jedoch mehr Zeit investieren, um als Familienhebamme tätig zu sein. Nur 4 Familienhebammen (16,0 %) würden jederzeit mehr Stunden investieren. Weitere 8 Familienhebammen würden (32,0 %) oft mehr Zeit für diese Tätigkeit aufwenden. 8 Familienhebammen (32,0 %) könnten es sich manchmal und zusammengefasst 5 (20,0 %), könnten und wollten sich einen zusätzlichen Stundeneinsatz nie bzw. selten vorstellen. Erklärungsansätze für diese Antwortverteilung sind u. a. der Frage 17 zu entnehmen.

Frage 16.3- 16.6: Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

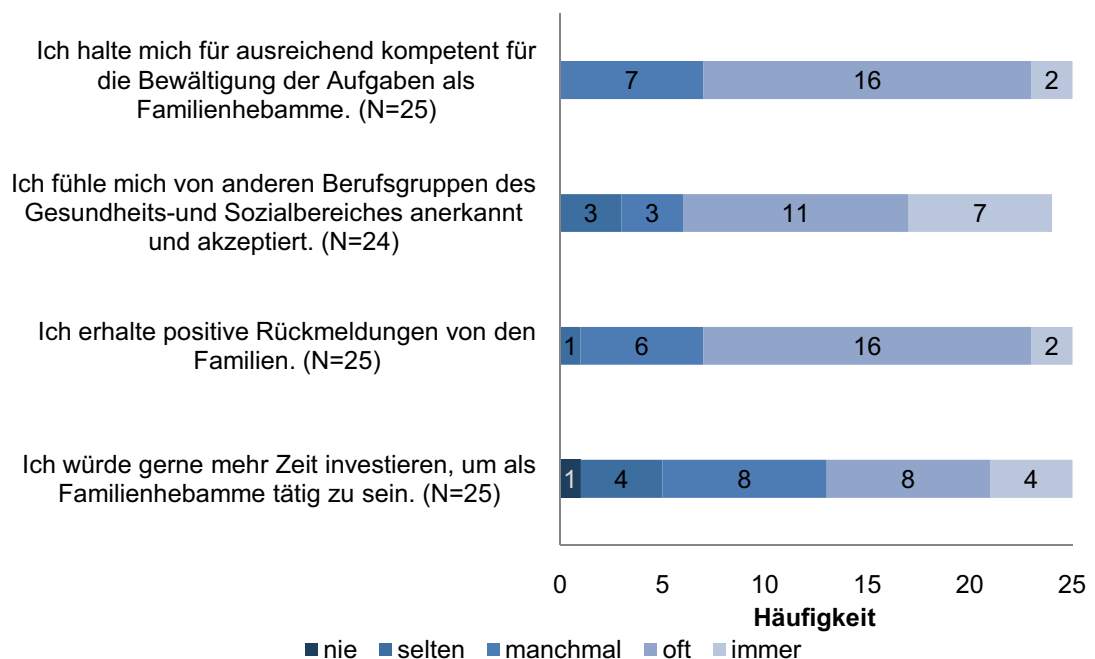


Abbildung 20: Aspekte der Arbeitszufriedenheit
N variiert, eigene Darstellung

Bei *Frage 17* konnten die Familienhebammen angeben, welche Anreize ihrer Meinung nach geschaffen werden müssten, um die Arbeitszufriedenheit der Familienhebammen

zu erhöhen. Die Antworten wurden kategorisiert. Von 17 Familienhebammen nannten 10 (58,8 %) die *Erhöhung des Honorars* sowie 10 (58,8 %) die *Anpassung bzw. Flexibilisierung des Stundenbudgets* – diese sind als elementare Anreize festzuhalten. Des Weiteren wurde in diesem Zusammenhang auch die Verbesserung der Kooperationsstrukturen genannt. Dazu gehört ihrer Meinung nach u. a. eine Art „Stammtisch für Familienhebammen“, eine bessere Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, eine genaue Arbeitsteilung (insbesondere dann, wenn die Familie mehrere Hilfeangebote in Anspruch nimmt) sowie ein in regelmäßigen Abständen stattfindender Austausch mit dem Gesundheitsamt. Einen weiteren Anreiz sahen die Familienhebammen in der Reduzierung der Bürokratie. Sie wünschen sich, dass die Dokumentation vereinfacht wird, und dass sie in die Abrechnungs- und Tätigkeitsdokumentation einbezogen werden. Neben der *Weiterbildung* wurden noch verschiedene Angaben gemacht, die unter „*Sonstige*“ zusammengefasst wurden. Diese bezogen sich auf eine Festanstellung im Gesundheitsamt, den Wunsch, dass mehr Kolleginnen als Familienhebamme tätig werden und Supervisionsangebote. Unabhängig vom Stundenbudget wurde der Zeitfaktor auch in einem anderen Sinne genannt. So bedauerten einige Familienhebammen, dass sie neben ihrer Tätigkeit als freiberufliche Hebamme manchmal nicht ausreichend Zeit hätten, das vorhandene Stundenbudget auszuschöpfen. Eine Familienhebamme beschrieb das folgendermaßen. „Ein Gesundheitsamt müsste eine eigene Familienhebamme einstellen, damit die sonst schon überlasteten Hebammen kein schlechtes Gewissen wegen Zeitmangel haben müssen und die Gesundheitsämter besser arbeiten können.“ (12-17)

Frage 17: Welche Anreize müssten geschaffen werden, um die Arbeitszufriedenheit von Ihnen und auch anderen Familienhebammen zu erhöhen?

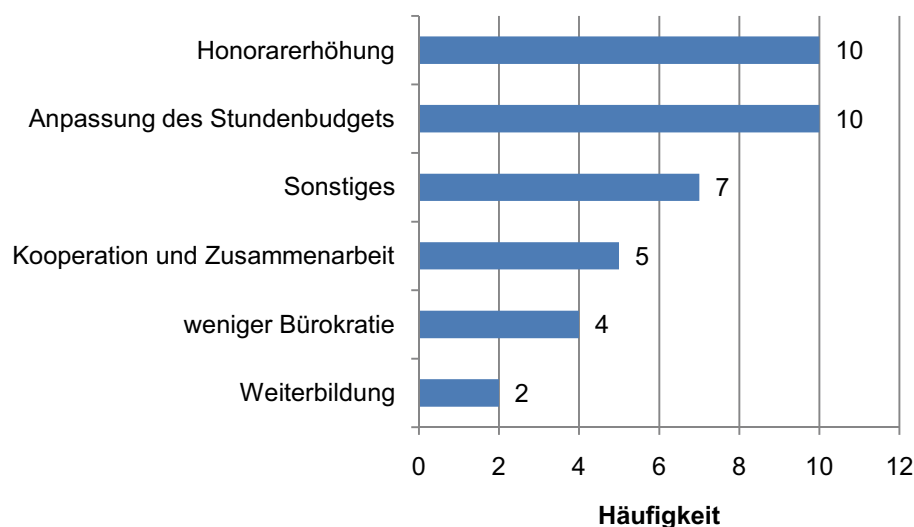


Abbildung 21: Anreize zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Familienhebammen

N=17 (kategorisiert), eigene Darstellung

Teil F Meinungen und Ergänzungen

Abschließend konnten die Familienhebammen zusätzliche Anmerkungen zum Familienhebammenprojekt anfügen. Die *Frage 18* ließ viel Raum für Ergänzungen und Meinungen über die Perspektiven der Familienhebammenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern sowie mögliche Verbesserungsansätze. Aufgrund der Varianz und Unterschiedlichkeit der Antworten, wurde an dieser Stelle eine klassische Kategorisierung als nicht ratsam empfunden. Daher wurden die Angaben der 16 auf diese Frage antwortenden Familienhebammen nach positiven Rückmeldungen sowie Hinweisen auf derzeitige Probleme und Verbesserungsansätze gegliedert.

Positive Rückmeldungen

Eine Befragte verdeutlichte, dass die Arbeit als Familienhebamme eine gute Verknüpfung zur freiberuflichen Hebammentätigkeit darstelle. Die Befragte merkte allerdings auch an, dass sie nicht soviel Glückserlebnisse wie bei einer Geburt habe und sich als Familienhebamme daher schon über kleine positive Erlebnisse freue. (vgl. 15-18) Eine andere Familienhebamme berichtete über die gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, mit dem sie seit August 2008 zusammenarbeitet. Sie sei sehr zufrieden, da es ein tolles Zusammenwirken mit guter Kommunikation sei. Aus diesem Grund hoffe sie auch, dass das Projekt weitergehen wird, da die Familien und besonders die Kinder von der Arbeit der Familienhebammen sehr profitieren. (vgl. 16-18)

Derzeitige Probleme und Verbesserungspotentiale

Die Familienhebammen beklagten zum einen die fehlende Öffentlichkeitsarbeit. Die Informationen über die Arbeit der Familienhebammen seien nicht überall vorhanden, so dass eine Zusammenarbeit mit Gynäkologen und Pädiatern oft nicht stattfand. Jedoch waren ihrer Meinung nach, auch das Jugendamt sowie die entsprechenden freien Träger zu wenig informiert. Da Aufklärungskampagnen fast vollständig fehlen, sei eine Netzwerkarbeit sehr schwer. (vgl. 14-18) Zudem wurde es als großes Problem empfunden, dass die Arbeit der Familienhebamme ihrer Auffassung nach nicht klar definiert ist, was durch verschiedene Strukturen verstärkt wird (z. B. das Kleemobilmodell in Stralsund). (vgl. 10-18)

Des Weiteren kritisierte eine Befragte die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt. Dieses warte auf Familien, auf die die Familienhebamme hinweist. Die Familienhebamme beanstandete, dass das Gesundheitsamt sich nur an dem Projekt beteilige, damit sich keine Nachteile ergeben, hatten jedoch nie die Zeit und das Interesse, sich mit Familienhebammen auseinanderzusetzen. (vgl. 2-18)

Außerdem beklagten zwei Familienhebammen trotz recht guter Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, dass ihnen über 3 Monate kein Honorar ausgezahlt wurde. Da sie zum Teil als selbstständige Hebammen arbeiten, sind dieser Verdienst und eine pünktliche Honorierung sehr notwendig. (vgl. 9-18, 11-18)

Auch die neuen Dokumentationsbögen beschrieben sie als in der Praxis nicht anwendbar. (vgl. 14-18)

Handlungsempfehlungen und Wünsche:

Neben kritischen Äußerungen nahmen die Probanden vielfach auch die Möglichkeiten wahr, Wünsche und konkrete Empfehlungen zu äußern.

Sie wünschten sich Informationsmaterial und Mitteilungen für betroffene Familien über die Arbeit der Familienhebammen, damit es den Müttern und Vätern vielleicht nicht so schwer fällt, ihre Angebote anzunehmen. (vgl. 3-18) Zudem sei generell eine bessere Öffentlichkeitsarbeit nötig, damit auch seitens der Kooperationspartner die Notwendigkeit für den Einsatz einer Familienhebamme optimaler beurteilt werden kann. (vgl. 17-18) Die Förderung der Zusammenarbeit des aufgebauten Netzwerkes für hilfebedürftige Familien sei unabdingbar. Dabei sollte die Arbeitsteilung zwischen Familienhebamme und Jugendamt besser koordiniert werden, um ein „Kompetenzgerangel“, z. B. mit der Familienhilfe, zu vermeiden. (vgl. 21-18) Es sind Treffen zu organisieren oder zumindest ein telefonischer Austausch wäre wünschenswert. Die Befragten meinten, es wäre vielleicht ratsam, die Familien manchmal auch gemeinsam aufzusuchen. (vgl. 13-18) In diesem Zusammenhang äußerten die Befragten auch den persönlichen Bedarf an konkreten Informationen über weitere Hilfeangebote vor Ort (Adressen und Leistungen) für bedürftige Familien (vgl. 21-18).

Im Hinblick auf die Kooperation sollte auch das Treffen der Familienhebammen gefördert werden. Dieses sei vor allem rechtzeitig anzukündigen (vgl. 2-18).

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt betrifft die Flexibilisierung des Zeitbudgets. Die Familienhebammen wollen die durchschnittliche Zeiteinschränkung und Frauenanzahl selbst bestimmen (vgl. 2-18). Sie halten eine individuelle Zeiteinteilung nach Bedarf für wichtig, da manchmal auch ein bewusstes Zurückziehen ratsam sein kann, so dass sich die Familien nicht kontrolliert fühlen. Es darf dementsprechend nicht zu einem "Abarbeiten" der vereinbarten Stunden kommen. (vgl. 6-18)

Neben der Aufstockung des Stundenbudgets sei ferner eine städte- und länderübergreifende Arbeit wünschenswert, wobei mehrere Honorarverträge möglich sein sollten. (vgl. 2-18)

Des Weiteren werden der Bedarf einer einheitlichen Struktur (vgl. 10-18) und die Notwendigkeit an Supervisionsangeboten (vgl. 21-18) erkennbar. Hinsichtlich der

Strukturen sind die Vorstellungen jedoch sehr unterschiedlich. Eine Befragte befürwortete, dass die Familienhebamme schon in der Schwangerschaft ihre Arbeit in der Familie aufnehmen sollte (vgl. 23-18). Andere sind wiederum der Auffassung, dass Familienhebammen generell allen Familien und deren Säuglinge im ersten Lebensjahr ein- bis zweimal im Monat zur Verfügung stehen sollten (vgl. 15-18). Wiederum andere halten eine Familienhebamme am sinnvollsten für jene Familien, in denen noch kein Jugendamt tätig ist

Was die Fortbildung anbelangt, wünschte sich eine Familienhebamme ein kurzes Praktikum bei einer erfahrenen Familienhebamme innerhalb der Ausbildung. (vgl. 25-18) Auch an dieser Stelle wurde ein weiteres Mal die Notwendigkeit einer Honorarerhöhung angesprochen (vgl. 11-18, 13-18).

8.3.2 Ergebnisse der Befragung der Gesundheitsämter

Nachdem vorangehend die Ergebnisse der Befragung der Familienhebammen vorgestellt wurden, werden anknüpfend die Rückmeldungen der Gesundheitsämter aufgezeigt. Diese bieten wiederum eine andere Perspektive auf das Familienhebammenprojekt. Die zum Teil ähnlich formulierten Fragestellungen ermöglichen es, die Sichtweisen und Beurteilungen der Gesundheitsämter mit denen der Familienhebammen prozentual zu vergleichen und eventuelle Abweichungen zu identifizieren.

Teil A: Zugang zu den Familien

Eingangs sollten die Befragten der Gesundheitsämter angeben, an wie viele Familien sie bereits eine Familienhebamme vermittelt haben (*Frage 1*). Entsprechend der Angaben von den 15 an der Befragung teilnehmenden Ansprechpartnern der Gesundheitsämter wurde bereits an 138 Familien eine Familienhebamme vermittelt. Somit lässt sich je Gesundheitsamt ein Mittelwert von 9,2 Familien berechnen. Gemäß den Angaben liegen der minimale Wert jedoch bei 0 Familien und der maximale Wert bei 27 Familien.

Bezug nehmend auf die daran anschließende *Frage 2* sollten die Mitarbeiter der Gesundheitsämter schildern, in welchem Verhältnis der Bedarf an Familienhebammenhilfe und die reale Abdeckung bei Ihnen in der Kommune steht.

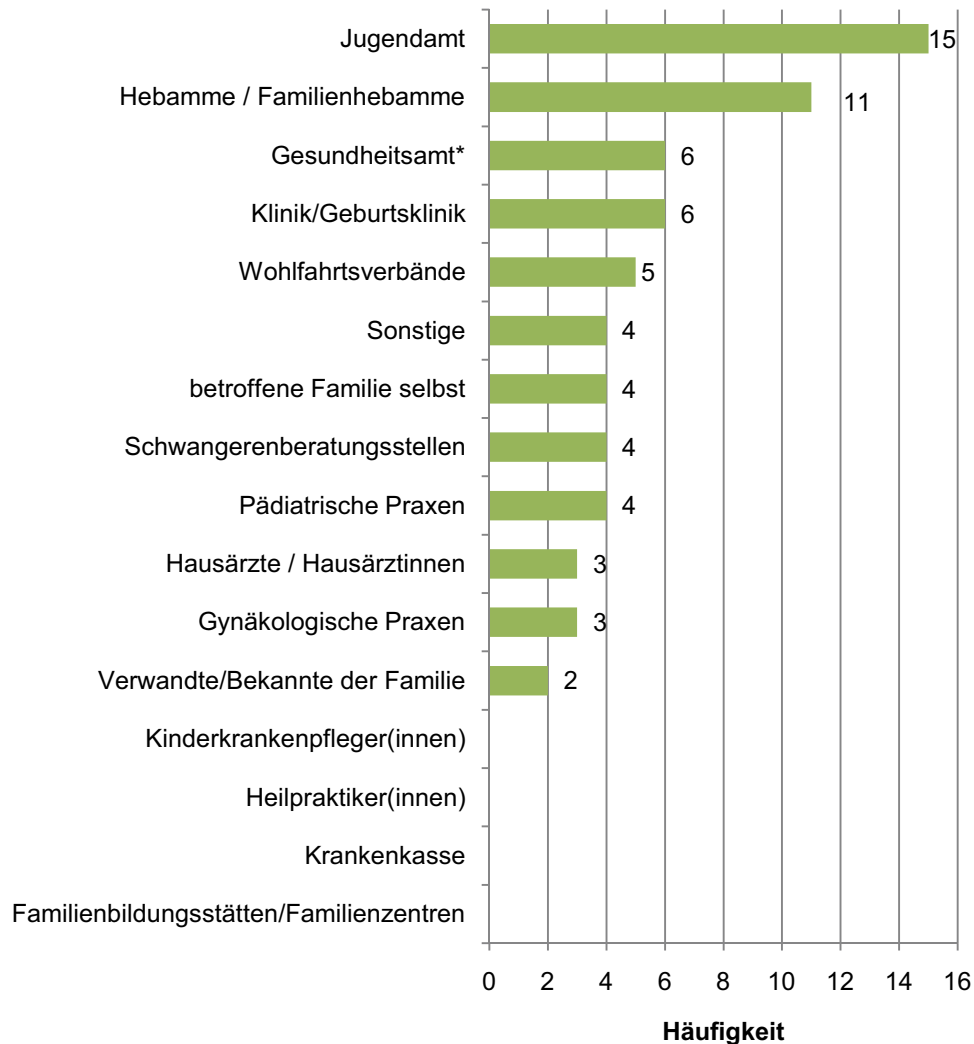
8 Probanden (53,3 %) gaben an, dass der Bedarf höher bzw. mit großer Wahrscheinlichkeit höher als die derzeitige Abdeckung sei. Sie wiesen darauf hin, dass die Stundenzahl nicht ausreichend sei oder, dass die Abdeckung wegen Krankheitsfällen der Familienhebammen nicht gewährleistet werden konnte, aber auch darauf, dass die Familienhebammen zeitweise stark in ihre freiberufliche Hebammentätigkeit eingebunden sind. Zudem wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass es nicht flächendeckend sei, insbesondere in den Landkreisen. In einigen Fällen beharrte auch die Familienhebamme auf ein sehr eingeschränktes Territorium.

Die anderen 7 Befragten (46,6 %) waren der Auffassung, dass der Bedarf durch die derzeit tätigen Familienhebammen abgedeckt werden kann.

Wer die Gesundheitsämter auf Familien mit Hilfebedarf hinweist (*Frage 3*), zeigt Abbildung 22. Ihr ist zu entnehmen, dass bereits alle 15 Befragten entsprechende Informationen von den Jugendämtern erhalten haben. Hebammen bzw. Familienhebammen nehmen mit 11 Nennungen ebenfalls eine wichtige Rolle als Informationsquelle ein. Auch basierend auf der Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) wurde das Gesundheitsamt auf Familien aufmerksam.

Diese Option sowie die Hinweise durch die Geburtsklinik/Klinik wurden 6-mal genannt. Weitere Informationszuträger sind der Abbildung zu entnehmen.

Frage 3: Von wem bekommen Sie die Information über Familien mit Bedarf?



* Nicht-Teilnahme an Früherkennungs-untersuchungen (U-Untersuchungen)

Abbildung 22: Informationsvermittlung an das Gesundheitsamt

N=15, eigene Darstellung

Als sonstige Informationspartner wurden jeweils einmal die Familienhilfe, die gerichtliche Familienbetreuerin, Psychiater/Neurologe sowie der sozialpsychiatrische Dienst genannt.

Mittels der *Frage 4* sollte beleuchtet werden, nach welchen Kriterien die Gesundheitsämter daraufhin entscheiden, welche Familien Unterstützung von einer Familienhebamme erhalten sollten. Während 9 von 14 antwortenden Probanden (64,3 %) sich bei ihrer Angabe an den vorab definierten Zielgruppen (Familien in schwierigen finanziellen und sozialen Verhältnissen etc.) orientierten, beschrieben 5

Probanden (35,7 %) andere Vorgehensweisen und Kriterien. Ein Befragter beschrieb, dass das Zuweisungsverfahren auf der Grundlage einer Risikoanalyse erfolgte. Als Risikokriterien werden jedoch auch hier u. a. Gewalt in der Familie, psychische Erkrankungen oder Behinderungen der Sorgeberechtigten, fehlende intrafamiliäre Unterstützungsfunktionen, eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern etc. genannt. Im Rahmen der Befragung wurde jedoch auch vereinzelt angemerkt, noch keine Erfahrungen diesbezüglich zu haben oder dass die Anfragen die Kapazitäten noch nicht übersteigen. Es werde jedoch versucht, besonders jene Familien zu erreichen, die noch keinerlei andere Hilfen in Anspruch nehmen. Ferner wurde im Zusammenhang mit den Zuweisungskriterien von durchgeführten Hausbesuchen, Rücksprachen mit dem Jugendamt oder der Amtsärztin berichtet. Es lässt sich demnach kein einheitliches Vorgehen nachvollziehen.

Diese heterogene Struktur wird auch durch die Antworten auf die *Fragen 5 und 6* präzisiert. Während 6 Probanden (42,9 %) angaben, dass die Kriterien schriftlich vereinbart worden sind, verneinten 8 (57,1 %) eine nachweisbare Einigung über Zuweisungskriterien (N=14). Ähnliches ist der Häufigkeitsverteilung hinsichtlich der Entscheidungskompetenz zu entnehmen. Neben 4 Befragten (28,6 %), bei denen mehrere Entscheidungsträger für die Zuweisung der Familienhebamme verantwortlich waren, entschieden 10 Mitarbeiter des Gesundheitsamtes (71,4 %) darüber allein.

An dieser Stelle ist das Fazit zu ziehen, dass es an Einheitlichkeit im Hinblick auf Zuweisungskriterien und adäquate Entscheidungskompetenzen fehlt.

Teil B: Kooperation und Zusammenarbeit

Die Entwicklung und der Bestand von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sollte auch aus dem Blickwinkel der Gesundheitsämter geschildert werden.

Der *Frage 7*, ob es ein Netzwerk mit Kooperationspartnern gebe, um im Bedarfsfall weiterführende Hilfeangebote zu aktivieren, waren den 15 in die Auswertung einfließenden Fragebögen 13 gültige Antworten zu entnehmen. 12 von ihnen (92,3 %) gaben an, dass es ein derartiges Netzwerk geben würde. Nur ein Proband (7,7 %) verneinte das Vorhandensein von Kooperationsstrukturen.

Der Abbildung 23 ist zu entnehmen, dass die Zusammenarbeit intern im Gesundheitsamt als auch die mit dem Jugendamt am häufigsten genannt wird (*Frage 7.1*). Mit 9 Nennungen sind auch Frühförderzentren und mit jeweils 6 Nennungen pädiatrische Praxen sowie Wohlfahrtsverbände als Kooperationspartner von Bedeutung. Als sonstiger Kooperationspartner wird zudem das Sozialamt aufgeführt. Weniger häufig zusammengearbeitet wird u. a. mit Familienbildungsstätten/Familienzentren, der Schuldnerberatung, Hausärzten und gynäkologischen Praxen. Die Kooperationsstrukturen könnten als ausbaufähig interpretiert werden.

Frage 7.1 Mit welchen Kooperationspartnern besteht bereits ein funktionierendes Netzwerk?

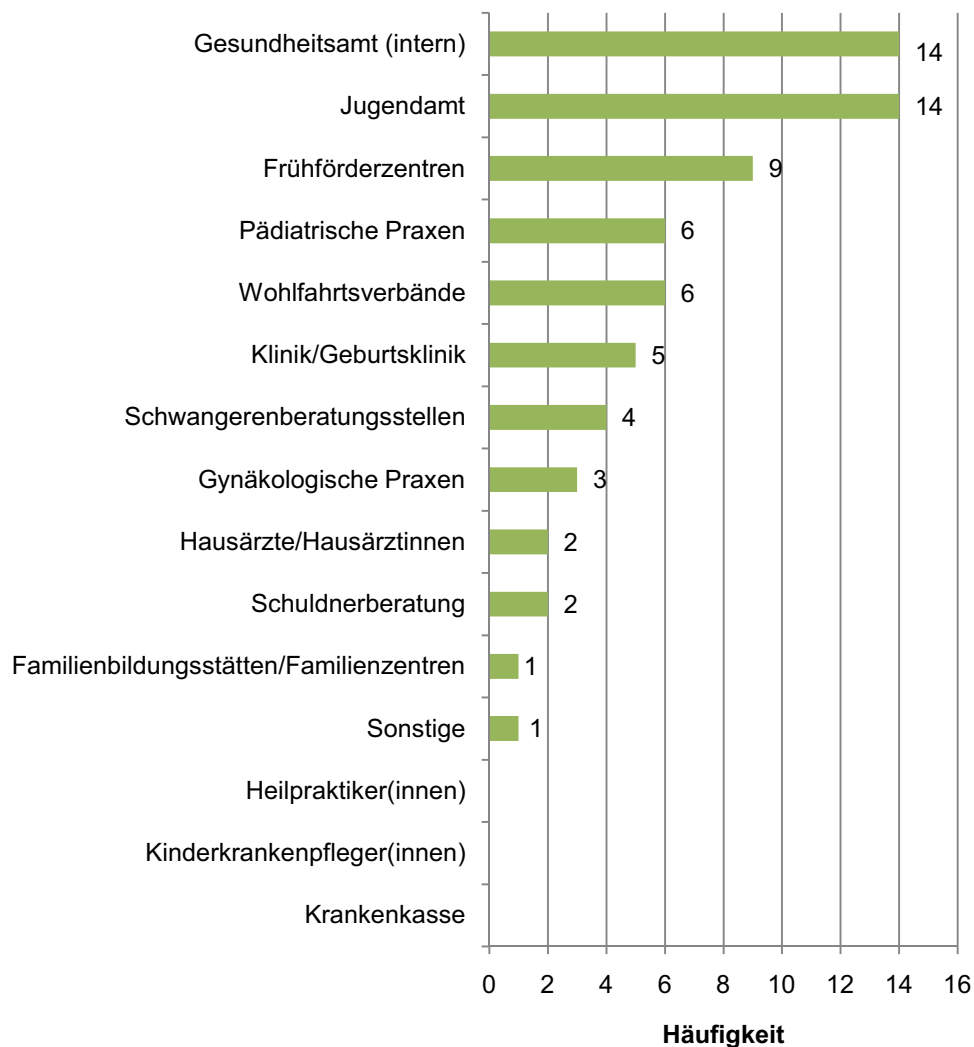


Abbildung 23: Kooperationspartner und Netzwerkbildung
N=14, eigene Darstellung

Unter dem Aspekt der Zusammenarbeit wurde auch genauer erfragt, ob eine Abstimmung mit dem Jugendamt über Jugendhilfeleistungen und Familienhebammenleistungen stattfindet (*Frage 8*). Von 13 Probanden stimmten 10 Mitarbeiter der Gesundheitsämter (76,9 %) die Leistungen mit dem Jugendamt ab. Lediglich 3 Probanden (23,1 %) konnten dahingehende Absprachen und ein gemeinsames Vorgehen nicht bestätigen.

Gemäß den Antworten auf die *Frage 8.1* finden die Abstimmungen im Rahmen gemeinsamer Hilfeplangespräche bzw. (Fach-)Gespräche statt. Diese Form der Abstimmung wurde in dieser oder ähnlicher Formulierung von 10 Mitarbeitern der Gesundheitsämter genannt. In diesem Kontext wurden zum Teil regelmäßige und einzelfallbezogene Beratungen sowie telefonische Absprachen unterschieden. Des

Weiteren wurde auf gemeinsame Hausbesuche und Absprachen zwischen Familienhebammen und Familienhelferinnen hingewiesen.

Ein besonders wichtiger Aspekt der Befragung der Gesundheitsämter ist auch die Einschätzung der Kooperation mit den Familienhebammen aus ihrer Perspektive. Eingangs wurde daher ermittelt, wer von Seiten des Gesundheitsamtes die Verbindung zwischen Gesundheitsamt und Familienhebamme herstellt (*Frage 9*). Die Häufigkeitsverteilung ist dem Balkendiagramm in Abbildung 24 zu entnehmen. Ärzte im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, Sozialarbeiter oder ein Team aus mehreren Ansprechpartnern (z. B. Verwaltungsfachangestellte, Arzt und Sozialarbeiter) fungierten in den meisten Fällen als Kontaktpersonen für die Familienhebammen. Insbesondere in jenen Fällen, in denen mehrere Ansprechpartner genannt werden, sollte vermieden werden, dass die Verwaltungsfachkraft tatsächlich als einziger Ansprechpartner fungiert. Eine fachliche Unterstützung der Familienhebammen von Seiten des Gesundheitsamtes ist unabdingbar.

Frage 9: Wer stellt von Seiten des Gesundheitsamtes die Verbindung zwischen Gesundheitsamt und Familienhebamme her?

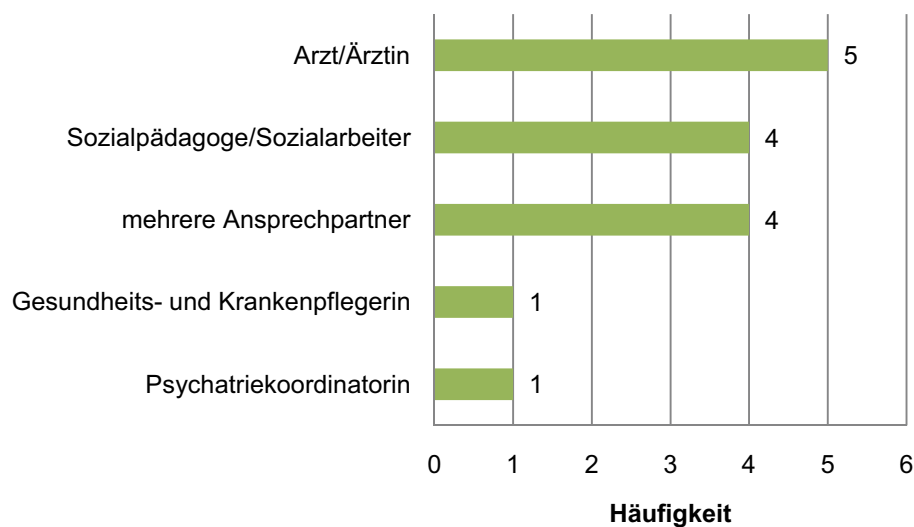


Abbildung 24: Ansprechpartner für Familienhebammen im Gesundheitsamt
N=15, eigene Darstellung

Ebenso wichtig wie die Informationen über den Ansprechpartner sind Informationen über die Kommunikationsstrukturen zwischen Familienhebammen und Gesundheitsamt. Auf die *Frage 10*, welche Formen der Rückmeldung und Zusammenarbeit stattfinden, bestätigten 14 Probanden telefonische Absprachen, 12 die Rückmeldung durch den Dokumentationsbogen, 11 Fallbesprechungen/Beratungen im Gesundheitsamt und 4 Absprachen per Email (Abbildung 25).

Frage 10: Welche Formen der Rückmeldung und Zusammenarbeit finden zwischen der/ den Familienhebamme(n) und Ihnen statt? (Mehrfachantworten möglich)

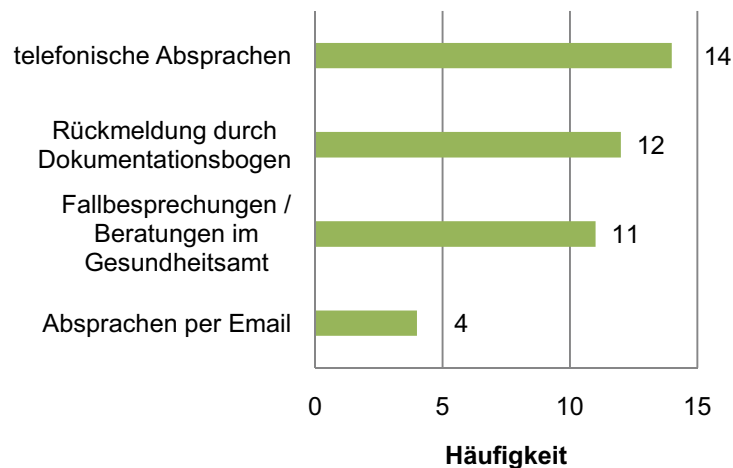


Abbildung 25: Formen der Rückmeldung und Zusammenarbeit zwischen Familienhebamme und Gesundheitsamt
N=14, eigene Darstellung

Wird abgesehen von den verschiedenen Kommunikationsformen die häufigste Form der Zusammenarbeit beleuchtet, lassen sich folgende Ergebnisse aufzeigen: Mit 9 Nennungen (69,2 %) erfolgten vorwiegend telefonische Absprachen. Lediglich 3 Probanden (23,1 %) nannten Fallbesprechen jedoch als häufigste Form der Kommunikation. Eine Rückmeldung durch den Dokumentationsbogen, als häufigste Form der Rückmeldung wurde nur einmal genannt.

Genau wie die Familienhebammen hatten auch die Befragten der Gesundheitsämter die Gelegenheit, die Zusammenarbeit zu bewerten, indem sie entsprechend ihrer Empfindung den verschiedenen Aussagen beipflichteten oder deren Inhalte entkräften konnten.

Die Antwortverteilung der *Frage 12* lässt sich aus der *Abbildung 26* erschließen. Insgesamt 14 Befragte (93,3 %), stimmten der Aussage, ausreichend Rückmeldungen von der Familienhebamme zu erhalten, ausgesprochen bzw. etwas zu. Lediglich ein Proband (6,7 %), empfand die Aussage als weniger zutreffend. Gemeinsame Abstimmungen wurden jedoch weniger häufig bestätigt. Während 11 Befragte (73,3 %) Absprachen über weitere Maßnahmen tendenziell bejahten, waren es mit 4 eher verneinenden Probanden mehr als ein Viertel (26,7 %), welche kommende Aufgaben nicht oder selten im gemeinsamen Einvernehmen abstimmten.

Die Aussage, die Familienhebammen weitestgehend zu unterstützen, wurde wiederum von 14 Probanden (93,3 %) als etwas bzw. ausgesprochen zutreffend eingestuft. Nur für einen Befragten war dieses gar nicht zutreffend. Durchaus aufschlussreich war auch die Antwortverteilung auf die Aussage „Der Einsatz von Familienhebammen stellt

eine Entlastung bei der Wahrnehmung unserer Aufgaben dar (ÖGDG M-V §§ 14,15b)“. Nur 5 Befragte (33,3 %) stimmten dieser Aussage komplett oder tendenziell zu, während 10 Mitarbeiter der Gesundheitsämter (66,6 %) diese als gar nicht oder eher nicht zutreffend beurteilten. Zwei Drittel der an der Befragung teilnehmenden Personen, sahen demzufolge durch die Familienhebammen keine Arbeitserleichterung im Hinblick auf die Schwangeren- und Mütterberatung sowie das Angebot der aufsuchenden Hilfe im Sinne von § 2 Abs. 2 ÖGDG M-V.

Frage 12: Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen auf die Zusammenarbeit mit der/den Familienhebamme(n) zutreffen.

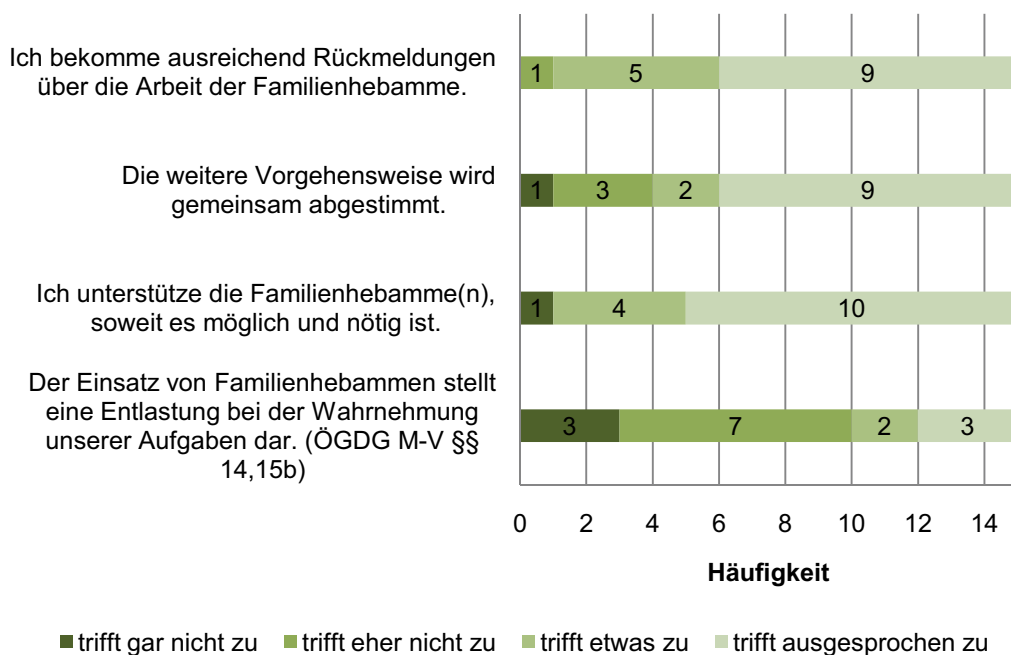


Abbildung 26: Kooperation mit den Familienhebammen aus Sicht der Gesundheitsämter
N=15, eigene Darstellung

Die Aussage der *Frage 13*, dass die Zusammenarbeit mit den Familienhebammen im Allgemeinen als gut einstuft ist, bejahten 14 Probanden (93,3 %) und verneinte eine Person (6,7 %). Die Gründe für die mangelhafte Zusammenarbeit sah der entsprechende Befragte darin, dass die Bedarfsfälle nicht im „vereinbarten“ Einsatzgebiet der Familienhebamme lagen. Demzufolge mussten diese durch das Gesundheitsamt selbst abgedeckt werden (Sozialarbeiter/Mütterberatung).

Nichtsdestotrotz vertraten alle 14 antwortenden Mitarbeiter der Gesundheitsämter die Auffassung, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit von großer Bedeutung sind. Alle (100,0 %) halten demgemäß Besprechungen/Beratungen für notwendig und zweckmäßig (*Frage 14*).

Teil C: Perspektiven und Nachhaltigkeit

Im Zusammenhang mit den Perspektiven und der Nachhaltigkeit des Projektes wurden auch die Befragten der Gesundheitsämter gebeten, Anreize und Konditionen zu nennen, die ihrer Meinung nach die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Familienhebammen verbessern könnten (Frage 15). Die Erhöhung des Honorars wurde 10-mal und die Anpassung des Stundenbudgets wurde 6-mal genannt. Sie galten somit auch nach Auffassung der Gesundheitsämter als wesentliche Anreizfaktoren. Unter „sonstige“ wurden verschiedene Gesichtspunkte zusammengefasst. So sollte die Abrechnung der Fahrtkosten nach den tatsächlich gefahrenen Kilometern erfolgen und nicht pauschal in den 30,00 € enthalten sein, insbesondere im Hinblick auf die Flächenkreise. Da Beratungen und Fallbesprechungen im Gesundheitsamt mit den Familienhebammen notwendig seien, sollten auch diese Zeitaufwendungen abrechenbar sein. Des Weiteren könnten Praktika während der Fortbildung, zusätzliche Weiterbildungsmodule für Familienhebammen sowie Supervision ein zusätzlicher Antrieb sein. Informationen und Einladungen zu Fortbildungen und Veranstaltungen sollten jedoch frühzeitig verschickt werden. Bezugnehmend auf die Kooperation und Zusammenarbeit wären ein Erfahrungsaustausch der Familienhebammen untereinander (z. B. einmal im Jahr) sowie ein fachlicher Austausch mit freien Trägern der Jugendhilfe und die Anbindung an interdisziplinäre Fachteams wünschenswert.

Frage 15: Welche Anreize und Konditionen müssten Ihrer Meinung nach geschaffen werden, um die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Familienhebammen zu verbessern?

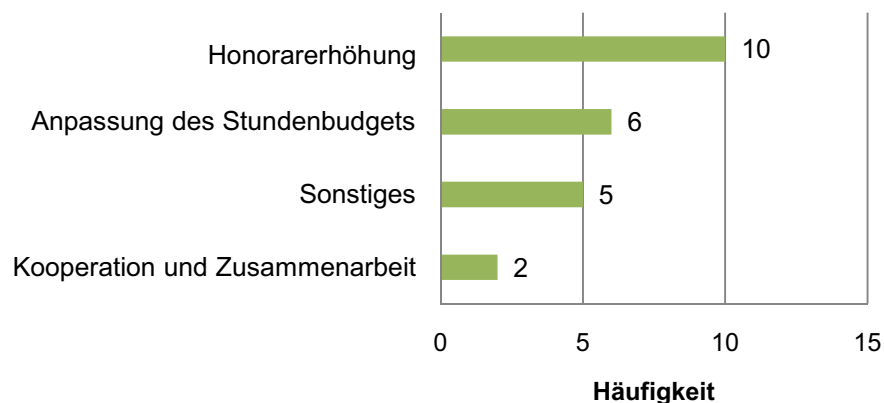


Abbildung 27: Anreize zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Familienhebammen aus Sicht der Gesundheitsämter

N=13 (kategorisiert), eigene Darstellung

Da für die Nachhaltigkeit des Projektes auch die Kommune zur Verantwortung gezogen werden muss, wurde die Existenz entsprechender Ansätze von deren Seite erfragt. 13 der 15 befragten Mitarbeiter der Gesundheitsämter (86,7 %) verneinten

jedoch, bisher Überlegungen getroffen zu haben, um den Einsatz von Familienhebammen in ihrer Kommune dauerhaft zu gewährleisten. Nur 2 Probanden (13,3 %) gaben an, dass in ihrer Kommune bereits die Perspektiven der Familienhebammentätigkeit beleuchtet wurden.

Teil D: Meinungen und Ergänzungen

Positive Rückmeldungen

Ein Proband schätzte den Einsatz von Familienhebammen als sehr positiv ein. Er fügte hinzu, dass gerade in dem Falle, wenn mehrere Familienhebammen gewonnen werden können, Ausfallzeiten wie Urlaub als auch Krankheit eine untergeordnete Rolle spielen. Zudem werde die psychische Belastbarkeit auf mehrere Personen verteilt. Das Familienhebammenprojekt sollte seiner Auffassung nach unbedingt weitergeführt werden. (vgl. 16-16) Auch eine weitere Person vertritt die Meinung, dass die Maßnahme dauerhaft angelegt und die Zusammenarbeit intensiviert werden sollte (vgl.10-16).

Derzeitige Probleme und Verbesserungspotentiale

Es wird darauf hingewiesen, dass das Gesundheitsamt ca. 4-mal soviel Vorschläge zur Betreuung durch eine Familienhebamme bearbeitete, als die, die tatsächlich zu realisieren sind. Zudem erfolgte zum Teil keine Betreuung durch eine Familienhebamme, da die Kindesmutter es ablehnte oder das Jugendamt die Betreuung durch eine sozialpädagogische Familienhilfe als ausreichend ansah. Nicht zuletzt sei es eine kriminalistische Aufgabe herauszufinden, ob ein Kind bereits geboren wurde, da aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Geburtsanzeigen vom Standesamt übergeben werden dürfen. Infolgedessen sei es jedoch schwer, einen vernünftigen Zeitpunkt für die Kontaktaufnahme mit der Mutter nach der Geburt des Kindes festzulegen. (vgl. 5-16)

Des Weiteren wurde beanstandet, dass der Arbeitsaufwand mit der Vergütung nicht vergleichbar sei. Daher bestehe für die Hebammen kein Anreiz für diese Aufgabe. Ferner werden sehr häufig jene Familien erreicht, die schon eine andere Form der Hilfe in Anspruch nehmen. (vgl. 7-16)

Ein weiteres Problem spiegelt sich nach Auffassung der Befragten der Gesundheitsämter zum Teil auch im mangelnden Engagement der Familienhebammen wider. Die Akzeptanz bei den freiberuflichen Hebammen und der Wille zur Zusammenarbeit wurde aus deren Sicht als eher gering beurteilt, was das Projekt eventuell gefährden könnte. (vgl. 12-16, 14-16)

Als weiterer Aspekt wurde angefügt, dass der Aufbau von Netzwerken sehr zeitaufwendig sei und dementsprechend nicht vom Öffentlichen Gesundheitsdienst erwartet werden könnte. (vgl. 5-16, 14-16) Auch die zeitliche Begrenzung der Betreuung bis zum ersten Lebensjahr wurde als nicht ausreichend effektiv gewertet (vgl. 14-16). Außerdem sei eine nachhaltige Wirkung durch dieses Projekt nicht möglich, da der Einsatz nur punktuell erfolgen kann. Die begrenzte Betreuungskapazität (3-4 Fälle pro Familienhebamme) schließe eine intensive Vernetzung aus, da die Akzeptanz dieses Betreuungsangebotes durch die Betreuungskapazität limitiert wird. (vgl. 8-16)

Handlungsempfehlungen aus Sicht der Gesundheitsämter

Wünschenswert ist nach Auffassung des Gesundheitsamtes eine flexiblere Mittelvergabe im Rahmen des insgesamt zur Verfügung stehenden Budgets des Gesundheitsamtes. Die bisherige Budgetregelung, die im Falle eines vorübergehenden Mehrbedarfs einen Zeitausgleichs im Folgequartal erfordert, wird als problematisch angesehen. Es sollte zumindest in begründeten Einzelfällen möglich sein, einen Mehrbedarf geltend zu machen, um Betreuungsengpässe zu vermeiden. (vgl. 4-16, 8-16)

Des Weiteren wurde es als sinnvoll erachtet, einen Sozialarbeiter für die Aufgaben der Koordinierung der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt anzustellen, welcher die Motivation zur Teilnahme an den U-Untersuchungen übernimmt, bei Bedarf Hilfen, wie z. B. die Familienhebammentätigkeit installiert und für den Zeitraum bis zum 6. Lebensjahr des Kindes zuständig ist. (vgl. 2-16, 9-16) Zudem sollten vermehrt jene Familien erreicht werden, die noch keine Hilfeangebote nutzen oder davon wissen. Da Gynäkologen und Allgemeinmediziner bezüglich der Anfrage nach einer Familienhebamme bisher wenig in Erscheinung getreten sind, scheint eine gezielte Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit nötig. (vgl. 7-99)

Neben der Honorarerhöhung (vgl. 7-16) und der Erhöhung des Stundenbudgets (vgl. 13-16) wären aus der Perspektive der Gesundheitsämter weitere Fortbildungsmöglichkeiten für Hebammen notwendig (vgl. 12-16).

Im Hinblick auf die Evaluation wurde vorgeschlagen, bei der nächsten Befragung der Gesundheitsämter zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen zu unterscheiden. (vgl. 8-16) Abschließend soll folgend Aussage festgehalten werden:

„Aktuell ist das Projekt noch zu jung, um die politischen Gremien für eine dauerhafte Weiterführung auf kommunaler Ebene zu gewinnen. Die Evaluation der Maßnahme sollte dazu beitragen. Fachlich-inhaltlich würden wir uns dafür einsetzen.“ (16-16)

8.3.3 Gegenüberstellung relevanter Ergebnisse

Resümierend werden jene Ergebnisse gegenübergestellt, die sowohl aus der Perspektive der Familienhebammen als auch aus jener der Gesundheitsämter zur Verfügung stehen.

Hinweise über den Hilfebedarf/Zugang zu den Familien

Aus den Ergebnissen beider Befragungen geht hervor, dass Hinweise über den Hilfebedarf von Familien am häufigsten durch die Gesundheitsämter, Jugendämter, Familienhebammen/Hebammen und Geburtskliniken aufgezeigt wird. Es wird in diesem Kontext erkennbar, dass sich Familienhebammen und Gesundheitsämter zum Teil wechselseitig auf Familien aufmerksam machen. Weniger häufig werden in diesem Zusammenhang von beiden Seiten u. a. Hausärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen und pädiatrische Praxen genannt. Diese Ergebnisse können möglicherweise dazu anregen, insbesondere die weniger häufig genannten Berufsgruppen, Beratungsstellen und Institutionen vermehrt über die Familienhebammenarbeit aufzuklären. Jegliche Formen der Öffentlichkeitsarbeit könnten zudem den Ausbau von Kooperationsstrukturen erhöhen.

Kooperationsstrukturen

Von besonderem Interesse war in diesem Zusammenhang auch die Fragestellung, zu welchen Kooperationspartnern bereits Kontakt aufgenommen wurde, um im Bedarfsfall weiterführende Hilfeangebote zu aktivieren. Ähnlich wie bei der Vermittlung des Hilfebedarfs nannten sich die Familienhebammen und Gesundheitsämter gegenseitig und zudem ihre auch Kolleginnen und Kollegen. Neben den Jugendämtern wurden von beiden Probandengruppen darüber hinaus Frühförderzentren und pädiatrische Praxen als Kooperationspartner wiederholt erwähnt. Beide Probandengruppen haben jedoch u. a. Krankenkassen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienbildungsstätten/Familienzentren und Schuldnerberatung lediglich vereinzelt bis gar nicht aufgezählt. Die Familienhebammen hatten im Gegensatz zu den Gesundheitsämtern zudem die Möglichkeit, Kooperationspartner zu nennen, mit denen sie sich für die Zukunft eine verstärkte Zusammenarbeit wünschen würden. Der Bedarf wurde stets höher als der Ist-Zustand eingeschätzt, was das Erfordernis von Vernetzung veranschaulichte.

Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und Familienhebamme

Vor dem Hintergrund der Kooperationsstrukturen war auch die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und Familienhebammen von beachtlicher Relevanz. Die Ergebnisse können als größtenteils übereinstimmend beschrieben werden. 80,0 % der

Familienhebammen gaben an, ausreichend Rückmeldungen über ihre Arbeit an das Gesundheitsamt zu übermitteln. Das wurde auch seitens des Gesundheitsamtes bestätigt. 93,3 % stimmen der Aussage, ausreichend Rückmeldungen von der Familienhebamme zu erhalten, ausgesprochen oder etwas zu.

Im Hinblick auf die Abstimmung weiterer Vorgehensweisen bestätigten 76,0 % der Familienhebammen und 73,3 % der Befragten der Gesundheitsämter gemeinsame Absprachen. Die Aussage, dass sie von ihrem Ansprechpartner im Gesundheitsamt, soweit es möglich und nötig ist, unterstützt werden, beurteilten 92,0 % der Familienhebammen, während ein nahezu gleicher Anteil der Mitarbeiter der Gesundheitsämter (93,3 %) die Unterstützung von deren Seite bestätigte. Resümierend würden 92,0 % der befragten Familienhebammen und 93,3 % der Gesundheitsämter die Kommunikation und Zusammenarbeit mit ihrem jeweiligen Vertragspartner im Allgemeinen als gut einzustufen.

Anreize und Nachhaltigkeit

Große Übereinstimmungen ließen sich auch hinsichtlich der Anreize zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Familienhebammen aufzeigen. Sowohl die Familienhebammen selbst als auch die Gesundheitsämter pflichteten bei, dass eine Honorarerhöhung sowie eine Flexibilisierung des Stundenbudgets empfehlenswert wären. Diese Anreizformen wurden die beiden Gruppen am häufigsten genannt. Neben dem Ausbau von Kooperationsstrukturen, die von beiden genannt wurden, nannten Familienhebammen den Wunsch nach Weiterbildung und weniger Bürokratie. Beide nannten zudem jedoch vereinzelt sonstige Anreize, die im Sinne der Nachhaltigkeit des Projektes zu bedenken sind.

Die Gegenüberstellung dieser Ergebnisse zeigt, dass sich die Auffassungen trotz unterschiedlicher Blickwinkel der Familienhebammen und Gesundheitsämter nicht gravierend unterscheiden. Vielmehr ergänzen und bestätigen sie sich gegenseitig. Welche Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen sich auf Basis der Evaluationsergebnisse ergeben, wird nachfolgend dargestellt.

8.4 Ergebnisse der Gruppendiskussion: Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Zum Abschluss der Evaluation kamen die Projektverantwortlichen des Ministeriums für Soziales und Gesundheit M-V, des Landeshebammenverbandes M-V und des Instituts für systemische Arbeit M-V zusammen, um sich im Rahmen einer Gruppendiskussion mit den Ergebnissen der Befragungen auseinanderzusetzen und gemeinsam weitere Vorgehensweisen zu beraten. Auf Basis der Evaluationsergebnisse wurden schließlich konkrete Handlungsempfehlungen für das Familienhebammenprojekt in Mecklenburg-Vorpommern abgeleitet. Die Zusammenstellung von Handlungsempfehlungen entsprach nicht zuletzt der mit der Evaluierung verbundenen Zielsetzung, denn insbesondere die aufgedeckten Ressourcen und Verbesserungspotentiale bieten wichtige Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung und Verstetigung des Projektes. Nachfolgend werden die Rückmeldungen zu den Befragungsergebnissen sowie die in der Gruppendiskussion abgeleiteten Handlungsempfehlungen und Argumentationen aufgezeigt.

Allgemeine Stellungnahme zu den Evaluationsergebnissen

Die Projektverantwortlichen bestätigten, dass die Ergebnisse der Befragungen der Familienhebammen als auch der Gesundheitsämter jene Informationen und Rückmeldungen offenlegen, die sie mit dieser Evaluation beabsichtigt haben. Im Allgemeinen entsprechen die aufgezeigten Ergebnisse den Vermutungen der Diskussionsteilnehmer, auch wenn in mancher Hinsicht andere Ergebnisse erstrebenswert gewesen wären (z. B. eine bessere Beurteilung der Fortbildung oder eine klare Positionierung der Gesundheitsämter hinsichtlich der Weiterführung des Projektes).

Dennoch wurden die Ergebnisse als eine sehr gute Ausgangsposition gewertet, die bedeutsam für die zukünftige Arbeit sein wird. Die wesentlichen und richtungsweisenden Resultate müssen daher herauskristallisiert werden, um das Konzept angemessen zu modifizieren und das Projekt bei Bedarf umzusteuern.

Des Weiteren wurden Aufbau und Struktur der Fragebögen als zweckmäßig befunden, so dass es ihrer Auffassung nach wünschenswert wäre, die Erhebungsinstrumente in ein bis zwei Jahren ein weiteres Mal einzusetzen, um auf diese Weise den Prozess zu überprüfen.

Handlungsempfehlung 1:

Die Anreize zur Tätigkeit als Familienhebamme sollten im Allgemeinen verbessert werden. Es wird empfohlen, die Zeitbudgetierung flexibler zu gestalten und das Honorar für die Familienhebammen zu erhöhen.

Bezug nehmend auf das Ergebnis, dass der Bedarf an Familienhebammen vorhanden ist, jedoch nur wenige Hebammen diese Tätigkeit ausführen wollen, stellt sich die Frage, wie dieses Missverhältnis zu erklären ist. Eine derartige Diskrepanz wurde auch von den Gesundheitsämtern bestätigt - der Bedarf an Familienhebammen ist zwar höher als die derzeitige Abdeckung, jedoch lässt sich in einigen Fällen das Engagement der Hebammen zur Zusammenarbeit sowie zur Fortbildung bezweifeln. Auch in Hinsicht auf die Fortbildung gestalten sich Angebot und Nachfrage widersprüchlich, denn nur noch sehr wenige Hebammen in Mecklenburg-Vorpommern haben ein Interesse an der Zusatzqualifikation „Familienhebamme“.²¹ Die Gründe für die Nichtwahrnehmung der Fortbildung und der Tätigkeit sind u. a. auf die als zu schlecht empfundene Honorierung und Arbeitszeitregelung zurückzuführen. Deutlich wird dies insbesondere, wenn die Ergebnisse der Befragungen hinzugezogen werden. Unter den Anreizen, die geschaffen werden müssten, um die Arbeitszufriedenheit von Familienhebammen zu erhöhen, stehen sowohl bei den Familienhebammen als auch bei den Gesundheitsämtern die Honorarerhöhung sowie die Anpassung des Stundenbudgets an oberster Stelle. Der momentan nicht ausgeschöpfte Mittelabfluss ist in Haushaltsbegründungen damit zu rechtfertigen, dass zum einen die Anreize für die Familienhebammen derzeit nicht genügen und dass zum anderen gegenwärtig tätige Familienhebammen zeitweise verstärkt in ihre freiberufliche Hebammentätigkeit eingebunden sind.

Im Zusammenhang mit der Flexibilisierung des Stundenbudgets sollte zudem in Erwägung gezogen werden, Sonderregelungen für Regionen zu schaffen, in denen nur eine oder zu wenig Familienhebammen zur Verfügung stehen. Wenn der Bedarf an Familienhebammenhilfe vorhanden und eine Familienhebamme bereit ist, mehrere Stunden oder auch kreisübergreifend tätig zu sein, sollte das im Sinne eines flächendeckenden Angebots möglich sein.

Handlungsempfehlung 2

Praxisnahe Fortbildungsmodulare und Supervisionen für Familienhebammen sollten regelmäßig angeboten und rechtzeitig angekündigt werden.

Trotz der geringen Nachfrage an der Fortbildung zur Familienhebamme im Jahr 2009 darf dieses Angebot für 2010 nicht aus den Augen verloren werden. Dieses sollte

²¹ Die Fortbildung wurde im Frühjahr 2009 einmal verschoben und musste im August 2009 wegen mangelnder Teilnehmerzahl für dieses Jahr endgültig abgesagt werden.

inhaltlich und strukturell gut vorbereitet und unter Berücksichtigung der in der Befragung aufgezeigten Wünsche und Anregungen modifiziert werden. Vielleicht wäre es auch ratsam, die Erfahrungen aus dem Kleemobilprojekt der Hansestadt Stralsund zu berücksichtigen und in das Curriculum einfließen zu lassen. Zudem sollten auch für gegenwärtig tätigen Familienhebammen Aufbaumodule angeboten werden, damit diese sich ausreichend kompetent und weitergebildet fühlen. Das Bestreben auf Bundesebene, dass jene Fortbildungsinhalte bereits in die Ausbildung zur Hebamme einfließen, sollte unterstützt werden. Des Weiteren sind Supervisionen durchzuführen. Diese könnten gegebenenfalls mit praxisrelevanten Fortbildungsinhalten kombiniert werden, müssen jedoch in jedem Fall rechtzeitig angekündigt werden. Die Finanzierung der Fortbildungsmodule und Supervisionen bleibt in diesem Zusammenhang zu klären.

Handlungsempfehlung 3

Die Bedürfnisse und Problemlagen der Mitarbeiter in den Gesundheits- und Jugendämtern dürfen nicht unberücksichtigt bleiben.

Die Arbeitszufriedenheit und Belastungen der Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern wurden in der Befragung nicht ausreichend berücksichtigt. Auch diese haben jedoch mit Problemen, wie beispielsweise Personalabbau und begrenzten finanziellen Ressourcen zu kämpfen. Zukünftig soll daher vermehrt auf die Belastungen der Gesundheitsämter eingegangen werden, da Beratungen und Fallbesprechungen mit den Familienhebammen auch für sie einen Mehraufwand bedeuten. Gesundheits- und Jugendämter müssen daher im Hinblick auf ihre unzureichenden Personalkapazitäten unterstützt werden. Auf Grund der kommunalen Selbstverwaltung ist es ebenso Aufgabe der Landkreise und der kreisfreien Städte, notwendige Prioritäten zu setzen, während auf Landesebene lediglich Empfehlungen gegeben werden können.

Handlungsempfehlung 4 :

Die Kommunen sollten dazu angehalten werden, ihre politischen Schwerpunkte auf den Kinderschutz zu fokussieren. Im Rahmen der Förderung des Kindeswohls und des Kinderschutzes kommt der Jugendhilfe und dem Gesundheitsamt eine hohe Verantwortung zu.

Bezug nehmend auf die Befragungsergebnisse der Gesundheitsämter wurde von kommunaler Seite im Grunde eine klare Positionierung und ein stärkeres Engagement hinsichtlich des Projektes erwartet. Den Kommunen wurde vorab verdeutlicht, dass die Projektfinanzierung von Seiten des Landes begrenzt ist und dass es sich demnach um keine strukturelle Förderung, die dauerhaft ausgelegt ist, handelt. Da das Projekt sehr bzw. zu jung ist, sind Antrieb und Motivationsdruck der Kommunen, sich für die

Familienhebammentätigkeit einzusetzen, noch verhältnismäßig gering. Dennoch wurde in der Gruppendiskussion verdeutlicht, dass eine politische Verantwortung von deren Seite nicht zu leugnen ist. Auch auf kommunaler Ebene kommt dem Kinderschutz und dem Kindeswohl eine elementare Bedeutung zu. Nicht zuletzt müssen auch die Landräte die Gewichtung jener Projekte im Rahmen des Kinderschutzes wahrnehmen. Sie sollten dahingehend ihre politischen Schwerpunkte setzen und ausdrücklich hinter diesen Maßnahmen zum Wohle der Kinder stehen. Auch wenn in manchen Landkreisen oder kreisfreien Städten derzeit lediglich eine Familie betreut wird, kann dieses Hilfeangebot eine Chance und einen Beginn in punkto Kinderschutz darstellen. Nur auf diesem Wege besteht die Möglichkeit, Fortschritte und Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Handlungsempfehlung 5 :

Die Öffentlichkeitsarbeit sollte breiter angelegt werden. Sowohl potenzielle Kooperationspartner als auch die Zielgruppen müssen nachhaltiger über die Familienhebammentätigkeit informiert werden.

Im Rahmen der Gruppendiskussion ist davon ausgegangen worden, dass das Projekt bzw. die damit einhergehende Intention auf kommunaler Ebene eventuell noch nicht vollständig eingeordnet werden konnte. Es bedarf daher einer präzisierten Aufklärung und Anleitung, wie das auf Landesebene initiierte Projekt in den Kommunen genau oder besser umgesetzt werden kann. Nicht nur der seitens der Familienhebammen geäußerte Bedarf an Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit verdeutlicht, dass die Aufklärung potenzieller Kooperationspartner vermehrt in das Zentrum der Aufmerksamkeit rücken sollte.

Eine angemessene Öffentlichkeitsarbeit kann zunächst mit einem Flyer über die Ziele und Inhalte der Familienhebammenarbeit gewährleistet werden. Diesem obliegt u. a. die Aufgabe, den Unterschied zwischen der Nachsorge einer Hebamme und der Familienhebammentätigkeit zu verdeutlichen. Da auf Grund der vermehrten Öffentlichkeitsarbeit ein Zuwachs an Nachfragen entstehen könnte, ergibt sich eine weitere Handlungsempfehlung

Handlungsempfehlung 6

Für die Mitarbeiter der Gesundheitsämter sollten einheitliche Zuweisungskriterien zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse der Befragung haben deutlich gemacht, dass nicht in jedem Gesundheitsamt einheitliche Zuweisungskriterien vorhanden sind. Insbesondere vor dem Hintergrund eines angemessenen und flächendeckenden Einsatzes, ist es notwendig, Familienhebammen an jene Familien mit einem erhöhten Hilfebedarf zu

vermitteln. Es sollte verbindlich vereinbart werden, welchen Familien die Intervention zukommt.

Handlungsempfehlung 7

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern muss weiterhin gefördert und ausgebaut werden.

Einen ganzheitlichen Versorgungsansatz kann die Familienhebammenarbeit erst durch vielfältige Kooperationsstrukturen verwirklichen. In der Gruppendiskussion wurde klargestellt, dass auch den Familienhebammen selbst bewusst ist, dass sie nicht alles allein leisten können und ihren Kompetenzen Grenzen gesetzt sind. Infolgedessen sind Netzwerke zu bilden oder vorhandene zweckentsprechende Strukturen im Rahmen des Kinderschutzes bzw. der Frühen Hilfen zu nutzen. Es wird allerdings der Bedarf einer Koordination dieser Kooperationsstrukturen gesehen. Ein weiterer Ansatzpunkt zur Vernetzung spiegelt sich in gemeinsamen Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder wider, in denen sich gegenwärtig Sozialpädagogen um Kinder im ersten Lebensjahr und deren (junge) Eltern kümmern. Auch hier wäre z. B. eine koordinierte Zusammenarbeit bzw. Einbindung der Familienhebammen von Nutzen.

Auch die Kommunikation und Kooperation in Form von regelmäßigen Beratungen zwischen Familienhebammen und Gesundheitsämtern sind von Bedeutung. Es sollte sich dabei nicht ausschließlich um einen Verwaltungsakt handeln. Die fachliche Verantwortung und Betreuung der Familienhebammen ist auch durch das Gesundheitsamt zu gewährleisten. Neben regelmäßigen Absprachen von Gesundheits- und Jugendämtern, muss ein gemeinsames Wirken der Projektverantwortlichen auf Landesebene ebenfalls gefördert werden. Auch die Relevanz der Zusammenarbeit zwischen der Abteilung „Jugend und Familie“ sowie der Abteilung „Gesundheit“ auf ministerieller Ebene konnte abermals veranschaulicht werden.

Handlungsempfehlung 8

Zur Abwicklung und Anpassung jeglicher die Familienhebammentätigkeit betreffenden Aspekte (wie Fortbildung, Netzwerkarbeit und Öffentlichkeitsarbeit etc.) sollte auf Landesebene eine Koordinierungsstelle für die Familienhebammen eingerichtet werden.

Im Rahmen der Gruppendiskussion wurde der Bedarf einer verbesserten Koordination des Familienhebammenprojektes offensichtlich. Nicht zuletzt gilt es, die Umsetzung der Handlungsempfehlungen abzustimmen und anzustoßen. Die Koordinierungsstelle hat die Aufgabe, Konzeptionen zu entwickeln und jegliche Absprachen hinsichtlich der Familienhebammenarbeit zu treffen. Sie würde dann sowohl für die

Familienhebammen als auch für die Gesundheitsämter und Jugendämter als Ansprechpartner fungieren. Prinzipiell sollte die Koordinierungsstelle alle Ziele der in den vorab formulierten Handlungsempfehlungen (Öffentlichkeitsarbeit, Organisation der Fortbildungen, Aufbau von Kooperationsstrukturen) aufgreifen. Des Weiteren sollte sie als ein in das Kooperationsnetz eingebundener Knotenpunkt verstanden werden, mit dem die Absicht verknüpft ist, Lücken im Netzwerk zu schließen. Diese Funktionen können nach Auffassung der Diskussionsteilnehmer weder die Familienhebammen noch die Mitarbeiter vom Gesundheits- bzw. Jugendamt übernehmen, da sie selbst Teil dieses Netzes sind. Damit die Familienhebammen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter nicht überlastet werden und in mehreren Arbeitskreisen aktiv tätig sein müssen, ist zu regeln, wie relevante Informationen weitergeleitet werden. Inwiefern die Koordinierungsstelle neu aufgebaut oder an vorhandene Strukturen angegliedert wird, wäre noch zu klären.

9 Fazit – Die Einbindung von Familienhebammen in interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen als Chance für das Kindeswohl

*„Zusammenkommen ist ein Beginn,
Zusammenbleiben ein Fortschritt,
Zusammenarbeiten ein Erfolg.“*

Henry Ford (1863 - 1947)

Im Rahmen dieser Masterthesis wurden sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil wertvolle Erkenntnisse über die Arbeit der Familienhebammen erlangt. Insbesondere die zunehmende Prävalenz psychischer Auffälligkeiten sowie die Datenlage zur Kindeswohlgefährdung kennzeichnen den Hilfebedarf von Eltern und deren Kindern. Besonders in sozial benachteiligten Familien sind häufig Interventionen bzw. Frühe Hilfen notwendig. Bereits Collatz (1981, 1986) bewertete vor diesem Hintergrund den Einsatz von Familienhebammen als vielversprechend. Dieser Erkenntnis wurde in den letzten Jahren wieder vermehrt Beachtung geschenkt. Da die Förderung des Kindeswohls und des Kinderschutzes von oberster Priorität ist, begegnen die Politik, das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe der Familienhebammenarbeit voller Zuversicht.

Dieser Optimismus ist durchaus nachvollziehbar, da das Tätigwerden von Familienhebammen die Perspektiven für ein gesundes Aufwachsen erhöhen und dementsprechend eine Chance für das Kindeswohl darstellen kann. Nicht zuletzt weist darauf die wachsende Anzahl der Modelle guter Praxis hin. In diesem Kontext sind im Besonderen auch die Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung als erfolgversprechend zu werten.

Dennoch gehen nach Ansicht der Verfasserin aus den aufgezeigten Ergebnissen weitere Implikationen für die Praxis einher. Diese gehen überwiegend mit den aktuellen Zielvorstellungen des Deutschen Hebammenverbandes konform (vgl. Nieting 2009, DHV 2009) und zeigen demnach nicht nur für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, sondern für die gesamte Bundesrepublik einen Klärungsbedarf auf. Dieser umfasst wiederum Gesichtspunkte, die die Aus- und Fortbildung, die Finanzierung der Familienhebammenarbeit sowie die allgemeine Versorgungslage betreffen.

Zum einen sollte den Familienhebammen eine einheitliche praxisorientierte Fortbildung gewährt werden. Der Deutsche Hebammenverband weist diesbezüglich darauf hin, dass die Zusatzqualifikation nach dem vom Verband empfohlenen Curriculum eine optimale Voraussetzung für die Familienhebammentätigkeit darstellt. (vgl. DHV 2009,

URL) Eventuell wäre es auch zu erwägen, entsprechende Inhalte bereits in die Ausbildung zur Hebamme zu integrieren. Weiterbildungsmodule, Fallbegleitung und Supervision sollten kontinuierlich angeboten werden. (vgl. auch DHV 2009) Insbesondere dem Themenkomplex Gesundheitsförderung sollte wegen seiner ganzheitlichen und ressourcenorientierten Ausrichtung eine zunehmende Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Zum anderen muss eine gesicherte und adäquate Finanzierung realisiert werden. Diese ist ein wichtiger Anreiz sowohl für die Tätigkeit als auch für die Entscheidung, die Zusatzqualifikation zu erwerben. Möglichkeiten des Einsatzes öffentlicher Mittel, aber auch die Einordnung der Familienhebammen in das SGB V oder in das SGB VIII sind zu überprüfen und zu klären.

Im Hinblick auf die Versorgungslage sollten Kooperationsstrukturen vermehrt im Fokus der Betrachtung stehen. Auch wenn diese zum Teil bereits bestehen, sollten diese kontinuierlich ausgebaut werden. Die Verankerung der Familienhebammen an der Schnittstelle Sozial/Gesundheitswesen und die Teamarbeit werden ebenfalls vom Deutschen Hebammenverband als Ambitionen und optimale Tätigkeitsvoraussetzungen genannt. (vgl. Nieting 2009; DHV 2009)

Die Verfasserin dieser Masterthesis würde der Netzwerkarbeit darüber hinaus sogar eine essentielle Bedeutung zuschreiben - nicht nur unter den Familienhebammen sondern hauptsächlich mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendhilfe muss eine Zusammenarbeit angeregt werden. Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen dieser Ausführungen auch Hinweise auf die Grenzen der Familienhebammenarbeit aufgezeigt werden konnten, ist eine Vernetzung koordinierter Hilfeangebote für Eltern und Kinder unerlässlich. Diese Quintessenz konnte sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil dieser Abschlussarbeit verdeutlicht werden.

Resümierend soll jedoch festgehalten werden, dass es nicht um das Aufdecken mangelnder Kompetenzen, sondern um die Aufforderung zu einer erfolgversprechenden Vernetzung geht. Die Förderung und Verbesserung von Kindergesundheit und Kindeswohl kann nur dann erzielt werden, wenn die Ressourcen für verbesserte Kooperationsstrukturen gemeinsam erschlossen werden. Der Titel einer Fachtagung, die am 10. September 2009 in Schwerin stattfand, verdeutlicht auch die Intention der Verfasserin: „Zum Wohl unserer Kinder - Netzwerke bilden“.

Literaturverzeichnis

- Albert, R./Koster, C. J.(2002):* Empirie in Linguistik und Sprachlehrforschung: Ein methodologisches Arbeitsbuch. Narr Studienbücher: Tübingen.
- Atteslander, P. (2008):* Methoden der empirischen Sozialforschung. Erich Schmidt Verlag: Berlin. 12. Auflage.
- Ayerle, G./Sadowsky, K. (2007):* Gesundheitsförderung durch Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.): Hebammenkongress „Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang an“. Kongressband. Bund deutscher Hebammen: Karlsruhe. S. 92-105.
- Badura, B. (1992):* Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GWG-Verlag. S. 43 - 51.
- Bals, T./Melzer, W. (2008):* Einführung zum Setting Familie. In: Bals, T./Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa: Weinheim und München. S. 27-28.
- Bals, T./Wulfhorst, B. (2008):* Gesundheitsförderung als Beruf. In: Bals, T./Hanses. A./Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa: Weinheim und München. S. 113-134.
- Bauer, N. et al (2007):* Handbuch Hebammenkreißaal. Von der Idee zur Umsetzung. Verbund Hebammenforschung (Hrsg.). Eigenverlag: Osnabrück.
- BDH (2006):* Expertise des Bund Deutscher Hebammen e. V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bund deutscher Hebammen: Karlsruhe .URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Informationen/Anhörung%20Berufsverbände/Bund%20Deutscher%20Hebammen.pdf> (Stand: 19.05.2009)
- BDH (2007):* 5-Punkte-Papier zum Thema Familienhebamme. Bund deutscher Hebammen: Karlsruhe (Stand 16.04.2009)

BDH/BfHD/Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland/Koordinationsstelle der Berliner Geburtshäuser (2006): Änderungsvorschlag zur Übernahme der Inhalte sowie Ergänzung der §§195 – 197 Reichsversicherungsordnung (RVO) ins Dritte Kapitel, Dritter Abschnitt des Sozialgesetzbuch V (SGB V). BDH, BfHD, Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland, Koordinationsstelle der Berliner Geburtshäuser: Berlin, Frankfurt und Karlsruhe.

Beywl, W./Schepp-Winter, E. (2000): Zielgeführte Evaluation von Programmen – ein Leitfaden, QS – Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Nr. 29. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bonn.

BfHD (2009): Verzeichnis der Hebammenschulen in Deutschland. Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands: Frankfurt am Main. Veröffentlicht unter URL: <http://www.bfhd.de/schulen.htm> (Stand 30.04.2009)

Biehl, G. et al. (2004): Die Familienhebamme. Ergebnisbericht der AG Familienhebammen. Bund deutscher Hebammen: Karlsruhe. URL: http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Die_Familienhebamme.pdf&t=1252932218&hash=7436c075660151be420b4d31c5aac56c (Stand: 06.04.2009)

BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): 50 Jahre Europäischer Sozialfonds – Investitionen in Menschen. berle:druck: Kaarst-Büttgen.

BMFSFJ (2008): Daten und Fakten zu Kindesvernachlässigung und –misshandlung. URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/pressinfos-kindesmisshandlung,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>

Bogner, A./Menz, W. (2009) Das theoriegenerierende Experteninterview. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W.(Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Vs Verlag: Wiesbaden. 3. Auflage.

Böhm, K. (2008): Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: Statistisches Bundesamt/Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung: Bonn.

Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler. Springer Verlag: Heidelberg. 4. Auflage.

-
- Brochert, A. (2005):* Gynäkologie und Geburtshilfe von Fall zu Fall. 50 Express-Fälle für die Prüfung. Urban & Fischer bei Elsevier: München.
- Bühner, M. (2006):* Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Studium: München.
- Bull, A./Bley, R. (2009):* Familienhebammenprojekt Kleemobil. Aufsuchende Sozialarbeit für Eltern & Mütter im Stralsunder Stadtteil Grünhufe Veröffentlicht unter URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=ebf3cf2a266cdfc282e8e5e028b1d1af&id=suche&ssub=2&nr=2> (Stand 21.07.2009)
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (1998):* Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten). Konzept der Bundesärztekammer. Bundesärztekammer: Köln.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2008):* Polizeiliche Kriminalstatistik 2008. SilberDruck ohG, Niestetal.
- Bundesregierung (Hrsg.) (2005):* Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- Bussmann, K.-D. (2002):* Das Recht auf gewaltfreie Erziehung aus juristischer und empirischer Sicht. In: Familie - Partnerschaft - Recht (7). S. 289-293.
- BZgA (Hrsg.) (2004):* Rauchfrei in der Schwangerschaft - Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht. Warlich: Meckenheim. 2. Auflage
- BZgA (Hrsg.) (2007a):* Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Warlich: Meckenheim. 3. erweiterte und überarbeitete Auflage.
- BZgA (Hrsg.) (2007b):* Alkoholfrei durch die Schwangerschaft. Beratungsmanual für die Schwangerenvorsorge. Köln. 4. Auflage.
- BZgA (Hrsg.) (2008):* Gesund aufwachsen in rauchfreier Umgebung. Leitfaden für Kinder- und Jugendärzte, Hebammen und Präventionsassistenten. Peipers: Marsdorf.
- Christiansen, G. (2000):* Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung; eine Expertise. BZgA: Köln.
-

Collatz, J. et al. (1981): Durchführung und Auswertung eines Modellversuchs zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge und der Nachsorge von Säuglingen durch die Aktion Familienhebamme. München.

Collatz, J./Rhode (1986): Evaluation eines Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitsdienlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. Ergebnisse der Aktion Familien-Hebamme im Überblick: Hannover.

DeGEVal (Hrsg.)(2008): Standards für Evaluation der DeGEVal – Gesellschaft für Evaluation. 4. unveränderte Auflage. Mainz.

Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2009): Unter unseren Verhältnissen ... Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Berlin.

DHV (2009): Deutscher Hebammenverband e. V. Wir über uns. URL: <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=3> (Stand: 08.04.2009)

DHV (2009): 5 – Punkte – Papier zum Thema Familienhebamme. Bund deutscher Hebammen: Karlsruhe .Veröffentlicht unter URL: http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/5_Punkte_02092009.pdf&t=1253359247&hash=78510c45bc8777f39ca6354c590da4bb (Stand: 13.09.2009)

Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Oktober 2007. Frankfurter Societäts-Druckerei: Frankfurt am Main. S. 18-25.

Dunkley, J. (2003): Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis. Verlag Hans Huber: Bern.

Erhart, M. et al. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007 (50). S. 800 – 809.

Esser, G., Weinel, H. (1990): Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius, J., Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Verlag Hans Huber: Bern.

- Fachhochschule Osnabrück (Hrsg.) (2008):* Bachelor of Science in Midwifery - Studienprogramm für Hebammenschülerinnen, Hebammen und Entbindungspfleger. Profil des Studiengangs Midwifery. URL: <http://www.wiso.fh-osnabrueck.de/mw-bsc.html> (Stand 25.05.2009)
- Feige, A. et al. (2005):* Frauenheilkunde: Fortpflanzungsmedizin. Geburtsmedizin. Onkologie. Psychosomatik. Urban & Fischer Bei Elsevier. 3. Auflage.
- Finanzministerium M-V (Hrsg.)(2007):* Landeshaushaltsplan Mecklenburg-Vorpommern. Haushaltsjahr 2008/2009. Finanzministerium M-V: Schwerin.
- Gläser, J./Laudel, G.(2009):* Experteninterview und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchung. Verlag für Sozialwissenschaft: Wiesbaden. 3. Auflage.
- Halves, C./Nieting, A. (2009):* Familienhebammen in sozial benachteiligten Familien. In: Bitzer, E. M./Walter, U./Lingner, H./Schwartz, F.-W. (Hrsg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Springer: Berlin/Heidelberg. S. 51-57.
- Hanses, A. (2008):* Zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. In: Bals, T./Hanses, A. Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa: Weinheim und München. S. 11-25.
- Haubrich, K. / Holthusen, B. / Struhkamp, G. (2005):* Evaluation – einige Sortierungen zu einem schillernden Begriff. In: DJI Bulletin PLUS. Heft 72/2005. S. 1-4.
- Helming, E./Sandmeir, G./Sann, A/Walter, M. (2006):* Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Deutsches Jugendinstitut: München.
- Herlth, A. (2008):* Familiäre Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und Konsequenzen für die Prävention. In: Bals, T./Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Juventa: Weinheim/München. S. 29-50.
- ICM (2005):* Midwifery: an autonomous profession. Position statement.of the International Confederation of Midwives.
URL: http://www.ckpa.cz/source/file/zahranicni_okenko/007.pdf (Stand 23.04.2009)

ISA M-V (2009): Institut für systemische Arbeit. Zusatzqualifikation "Familienhebamme" (ESF-gefördert). URL: <http://www.isa-mv.de> (Stand 22.07.2009)

Jaque-Rodney, J (2009) : Familienhebammen. Wir über uns.

URL: <http://www.familienhebamme.de/wir.html> (Stand 03.04.2009)

Kindler, H. (2006a): Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In: Kindler H./Lillig S./Blüml H./ Meysen T./Werner A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e. V.: München. Kap. 3.

Kindler, H. (2006b): Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen? In: Kindler H./Lillig S./Blüml H./ Meysen T./Werner A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e. V.: München. Kap. 4.

Kindler, H. (2006c): Was ist unter physischer Misshandlung zu verstehen? In: Kindler H./Lillig S./Blüml H./ Meysen T./Werner A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e. V.: München. Kap. 5.

Kolip, P./Wydler, H./Abel, T. (2000): Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. In: Kolip, P./Wydler, H./Abel, T. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 3. Auflage. Juventa: Weinheim und München. S. 11-19.

Krüger, M./Steller, J.(2008): Neonatologie. In: Goerke, K./ Valet, A./ Steller, J. (Hrsg.): Klinikleitfaden Gynäkologie, Geburtshilfe. Urban & Fischer Bei Elsevier: München. 7. Auflage. S. 391-433.

Loss, J.; Seibold, C.; Eichhorn, C.; Nagel, E. (2008): Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: München.

Mändle, C. (2007): Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Hebamme. In: Mändle, C./ Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Schattauer Verlag: Stuttgart. 5. Auflage. S. 3 - 5.

Marotzki, W. (2003): Leidfadeninterview. In: Bohnsack, R./ Marotzki, W./Meuser. M. (Hrsg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Leske + Budrich: Opladen. S. 114.

- Matzick, S. (2008):* Einleitung: Weiterbildung – ein Beitrag zur Qualifizierung im Berufsfeld Gesundheit! In: Matzick, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen: Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Juventa Verlag: Weinheim und München. S. 7-26.
- Meuser M./Nagel U. (2003):* Experteninterview. In: (Bohnsack, R./ Marotzki, W./Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Leske + Budrich: Opladen. S. 57-58.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V/LVG M-V (Hrsg.) (2004):* Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern. Gesundheitsziele. Ein Überblick über die Entwicklung der Gesundheitsziele in Mecklenburg-Vorpommern. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V: Schwerin.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V (Hrsg.) (2006):* Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern. Gesundheitsberichterstattung des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V: Schwerin.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V (Hrsg.) (2008):* Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V: Schwerin.
- Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000):* Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Votum: Münster.
- Naidoo, J./Wills, J. (2003):* Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung: Gamburg.
- Neuscheler, V. (1991):* Beruf und Berufsorganisation der Hebamme. Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes? Konstanz.
- Nieting, A. (2009):* Familienhebammen - wie soll es weitergehen?
URL: <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=409> (Stand 28.07.2009)
- NZFH (2008):* Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Köln.
- Oelker, N. (2007):* Aktivierung von Elternverantwortung: Zur Aufgabenwahrnehmung in Jugenddämtern nach dem neuen Kindschaftsrecht. Transcript: Bielefeld.

- Porst, R. (2009) Fragebogen: Ein Arbeitsbuch. VS Verlag: Wiesbaden. 2. Auflage.
- Ravens-Sieberer, U./Schulte-Markwort, M./Bettge, S./Barkmann C. (2002): Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Das Gesundheitswesen 2002, 64 (Sonderheft 1). S. 88-94.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Oktober 2007. Frankfurter Societäts-Druckerei: Frankfurt am Main. S. 3-10.
- RKI (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut: Berlin.
- RKI/BZgA (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI: Berlin.
- RKI (Hrsg.) (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI: Berlin.
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Verlag Hans Huber: Bern.
- Schneider, E. (2005): Fortbildung zur Familienhebamme. Curriculum. im Auftrag des Bundes Deutscher Hebammen. Nümbrecht.
- Schneider, E. (2007): Alle wollen uns! In: Hebammenforum, 6/2007. S. 446 - 447.
- Schneider, E. (2008a): Problemfamilie – ein Fall für die Hebamme? In: Soziale Arbeit. Auflage: 3/2008. Eigenverlag des DZI: Berlin. S. 89-96.
- Schneider, E. (2008b): Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main. 3. Auflage
- Staschek, B. (2003): Gesundheitsorientierte soziale Arbeit und Fürsorge für junge Familien im sozialen Nahraum am Beispiel eines Familienhebammen-Projekts In: (Regiestelle E&C, Stiftung SPI): E&C-Fachforum: Vernetzung – Macht – Gesundheit: Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003 (S.132-133).
-

- Staschek, B. (2006)*: Familienhebammen. Expertise. Ohne Ortsangabe.
- Staschek, B. (2007)*: Nachwüchsiges planvoll in Form schneiden. In: Hebammenforum, Auflage: 6/2007. S. 448-452.
- Statistisches Amt M-V (2007a)*: Definition: Vorläufige Schutzmaßnahmen. URL: <http://www.mvnet.de/inmv/land-mv/stala/sis/definitionen.php?&sachverhalt=K1225004L&id=3689> (Stand: 20.04.2009)
- Statistisches Amt M-V (2007b)*: Daten. Vorläufige Schutzmaßnahmen. URL: <http://www.mvnet.de/inmv/land-mv/stala/sis/tabelle.php?&id=3689> (Stand: 20.04.2009)
- Statistisches Amt M-V (2009)*: Bevölkerungsbewegung im Jahr 2008. Anlage zur Presseinformation Nr. 45/2009. URL: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/start/index.jsp?&pid=14423 (Stand 20.07.2009)
- Statistisches Bundesamt (2009a)*: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen 2008. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b)*: Säuglingssterbefälle (Anzahl und Dichte) und durchschnittliches Sterbealter. URL: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/369002818/10810760#SOURCES (Stand 29.05.2009)
- Stark, K./Guggenmoos-Holzmann, I. (2003)*: Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Elsevier, Urban & Fischer Verlag: München. 2. Auflage S. 393 - 417.
- Stiefel, A. (2007)*: Der Hebammenberuf heute. Arbeitsbereiche. In: Geist, C. / Harder, U. / Stiefel, A. (Hrsg.): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Hippokrates: Stuttgart. 4. Auflage. S. 15-18.
- VAK (Hrsg.)(2003)*: Der VAK stellt sich vor. Verband Anwalt des Kindes: Potsdam. Veröffentlicht unter URL: <http://www.v-a-k.de/index.php?id=6> (Stand 13.04.2009)
- Vdek (2008)*: Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V und Beitrittsverfahren. URL: <http://www.vdak.de/vertragspartner/sonstige-vertragspartner/hebammenhilfe/index.htm> (Stand: 20.06.2009)

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis von Public Health. Stuttgart: Kohlhammer. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage

Wengle, E. (1995): Praxisnahe Evaluation. In: Krause, R. (Hrsg.): Gesundheitsförderung von der Projektplanung zur Evaluation. Handbuch zum Management in der Gesundheitsförderung. Gesundheits-Dialog Verlag: Oberhaching. S. 221-256

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York

WHO (1986): Die Ottawa-Charta. In: Trojan, A./Stumm, B. (1992) Gesundheit fördern statt Kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main. S. 84-92.

Wiesner, R. (2006): Was sagt die Verfassung zum Kinderschutz? In: Kindler H./Lillig S./Blüml H./ Meysen T./Werner A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e. V.: München. Kap. 4.

Wikipedia (2008): Kartengrundlage: Landkreise Mecklenburg-Vorpommern URL: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Landkreise_Mecklenburg-Vorpommern.svg&filetimestamp=20080520195133 (Stand 22.04.2009)

Wolber, E. (2008): Auf den Anfang kommt es an! Kinder sollen sicher und mit Freude geboren werden! Deutscher Hebammenverband (Hrsg.) ulenspiegel druck: Andechs. 3. Auflage.

Anhang 1

Gesetzesauszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Achtes Buch (VIII) Kinder- und Jugendhilfe

§ 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.

(3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

Anhang 2**Auszug aus der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger****Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) Theoretischer und praktischer Unterricht**

Erstes Jahr der Ausbildung		Stunden
1	Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde	70
1.1	Hebammengesetz Geschichte des Berufs	
1.2	Gesetzliche Regelungen für die übrigen Berufe des Gesundheitswesens	
1.3	Arbeitsschutz und Unfallverhütung	
1.4	Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland und internationale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	
1.5	Strafrechtliche, bürgerlich-rechtliche und öffentlich-rechtliche Vorschriften, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind	
1.6	Die Grundlagen der staatlichen Ordnung in der Bundesrepublik Deutschland	
2	Gesundheitslehre	60
2.1	Die Gesundheit und ihre Wechselbeziehungen	
2.2	Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten	
2.3	Allgemeine Ernährungslehre	
3	Hygiene und Grundlagen der Mikrobiologie	60
3.1	Allgemeine Hygiene und Umweltschutz	
3.2	Bakteriologie, Virologie und Parasitologie	
3.3	Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen	
4	Grundlagen für die Hebammentätigkeiten	160
4.1	Einführung in die Tätigkeiten und Aufgaben der Hebamme in der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses, in der freien Praxis und in Einrichtungen der Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsberatung	
4.2	Geburtshilfliche Propädeutik, Grundlagen der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen und der Pflegetätigkeiten	
4.2.1	Umgang mit Patientinnen und deren Betreuung unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychosozialen Bedürfnisse	
4.2.2	Umgang mit Angehörigen und Besuchern von Patientinnen	
4.2.3	Beobachten der Patientin	
4.2.4	Grundpflege und Pflegemaßnahmen	
4.2.5	Einführung in die spezielle Pflege in der Allgemeinen Medizin und in der Allgemeinen Chirurgie	
4.2.6	Umgang mit medizinischen Geräten und Instrumenten	
4.3	Einführung in die Tätigkeiten und Aufgaben der Krankenschwester, des Krankenpflegers und der Kinderkrankenschwester im Krankenhaus, im teilstationären Bereich, in sonstigen Pflegeeinrichtungen, in der Gemeindefrankenpflege im Hause des Kranken und in einer Gemeindepflege oder Sozialstation, in Einrichtungen der Mütter-, Säuglings- und Kinderberatung sowie in Tagesstätten für behinderte Kinder	
4.4	Zusammenarbeit im Krankenhaus und sonstigen Pflegeeinrichtungen	
5	Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik	50
5.1	Psychologie	
5.1.1	Entwicklungspsychologie	
5.1.2	Persönlichkeitspsychologie	
5.1.3	Lernpsychologie einschließlich Methodik und Praxis der geistigen Arbeit	

5.2	Soziologie	
5.2.1	Soziologie der Gruppen	
5.2.2	Soziales Lernen	
5.3	Pädagogik	
5.3.1	Anthropologische Grundlagen der Erziehung	
5.3.2	Erziehungsziele	
6	Biologie, Anatomie und Physiologie	120
6.1	Zelle und Gewebe	
6.2	Fortpflanzung, Wachstum, Reifung	
6.3	Vererbung und Evolution	
6.4	Bewegungsapparat	
6.5	Herz- und Gefäßsystem	
6.6	Blut und Lymphe	
6.7	Atmungssystem	
6.8	Verdauungssystem	
6.9	Endokrines System	
6.10	Harnsystem	
6.11	Genitalsystem	
6.12	Zentrales und peripheres Nervensystem	
6.13	Sinnesorgane	
6.14	Haut- und Hautanhangsorgane	
6.15	Regulationsvorgänge	
7	Allgemeine Krankheitslehre	40
7.1	Krankheit und Krankheitsursachen	
7.2	Reaktionen	
7.3	Re- und Degeneration, Sklerose	
7.4	Atrophie, Hypertrophie und Nekrose	
7.5	Thrombose, Embolie, Infarkt	
7.6	Wunden, Wundheilung	
7.7	Blutungen	
7.8	Störungen des Wachstums	
7.9	Neubildungen	
8	Allgemeine Arzneimittellehre	20
8.1	Herkunft und Bedeutung der Arzneimittel	
8.2	Kennzeichnung und Aufbewahrung von Arzneimitteln in Arzneimittelschränken	
8.3	Arzneiformen	
8.4	Berechnung zur Dosisfindung, Dosierung und Verabreichung von Arzneimitteln	
8.5	Darreichungsformen	
8.6	Übersicht über Arzneimittelgruppen	
9	Erste Hilfe	30
9.1	Erstversorgung von Notfällen einschließlich Blutstillung und Wiederbelebung	
9.2	Herstellung der Transportfähigkeit	
9.3	Aktive Transportbegleitung	
9.4	Maßnahmen bei Traumatisierung	
9.5	Maßnahmen bei Intoxikationen	
9.6	Maßnahmen bei sonstigen Notfällen wie thermische Einwirkungen einschließlich Verbrennungsverletzungen und Einwirkung von elektrischem Strom, Ersticken	
10	Einführung in Planung und Organisation im Krankenhaus	20
10.1	Rechts- und Organisationsformen sowie Trägerschaften von Krankenhäusern	
10.2	Betrieb von Krankenhäusern	
10.2.1	Leistungsbereiche	

10.2.2	Pflegesysteme	
10.3	Schriftverkehr, Karteiführung, Formulare	
10.4	Umgang mit Wirtschaftsgütern	
11	Fachbezogene Physik	30
11.1	Mechanik in Medizin und Pflege	
11.2	Wärmelehre	
11.3	Akustik	
11.4	Optik	
11.5	Elektrizität	
11.6	Radiologie	
12	Fachbezogene Chemie	30
12.1	Allgemeine und anorganische Chemie	
12.2	Organische und physiologische Chemie	
13	Sprache und Schrifttum	30
13.1	Vortrag und Diskussion	
13.2	Mündliche und schriftliche Berichterstattung	
13.3	Benutzen und Auswerten deutscher und fremdsprachlicher Fachliteratur	
13.4	Einführung in fachbezogene Terminologien	
Zweites und drittes Jahr der Ausbildung		
1	Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde	60
1.1	Berufskunde und Ethik	
1.2	Aktuelle Berufsfragen	
1.3	Strafrechtliche, bürgerlich-rechtliche und öffentlich-rechtliche Vorschriften, die bei der Berufsausübung von Bedeutung sind, Rechtsstellung des Patienten oder seiner Sorgeberechtigten	
1.4	Einführung in das Krankenhaus-, Seuchen-, Strahlenschutz-, Arznei- und Betäubungsmittelrecht sowie in das Lebensmittelrecht	
1.5	Arbeits- und berufsrechtliche Regelungen, soweit sie für die Berufsausübung von Wichtigkeit sind	
1.6	Unfallverhütung, Mutterschutz, Arbeitsschutz, Jugendhilfe, Jugendschutz	
1.7	Sozialpolitik einschließlich Einführung in die Systeme der sozialen Sicherung (Sozialversicherung, Sozialhilfe, Sozialstaatsangebote in der praktischen Realisierung)	
1.8	Politische Meinungsbildung, politisches Handeln, aktuelle politische Fragen	
1.9	Wirtschaftsordnungen	
2	Menschliche Fortpflanzung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	120
2.1	Grundlagen der menschlichen Fortpflanzung	
2.1.1	Anatomie und Physiologie der männlichen und der weiblichen Genitalien	
2.1.2	Psychosexuelle Entwicklung und Sexualverhalten des Menschen	
2.1.3	Voraussetzungen für die Empfängnis	
2.1.4	Familienplanung	
2.2	Die regelrechte Schwangerschaft	
2.2.1	Konzeption, Nidation und Schwangerschaftsdauer	
2.2.2	Schwangerschaftszeichen, Schwangerschaftstests	
2.2.3	Veränderungen des weiblichen Organismus durch die Schwangerschaft	
2.2.4	Intrauterine Entwicklung des Feten	
2.2.5	Entwicklung der Plazenta, der Nabelschnur, der Eihäute und des Fruchtwassers	
2.3	Die regelrechte Geburt	
2.3.1	Wehenphysiologie	
2.3.2	Kindslagen	
2.3.3	Geburtsphasen	
2.4	Das regelrechte Wochenbett	

- 2.5 Das gesunde Neugeborene
 - 2.5.1 Lebens- und Reifezeichen
 - 2.5.2 Anpassungsvorgänge
- 2.6 Die regelwidrige Schwangerschaft
 - 2.6.1 Embryo- und Fetopathien
 - 2.6.2 Frühgestosen und EPH-Syndrom
 - 2.6.3 Erkrankungen in der Schwangerschaft
 - 2.6.4 Blutgruppenunverträglichkeit
 - 2.6.5 Diabetes
 - 2.6.6 Blutungen in der Frühschwangerschaft
 - 2.6.7 Blutungen in der Spätschwangerschaft
 - 2.6.8 Regelwidrige Dauer der Schwangerschaft, Frühgeburt, Übertragung
 - 2.6.9 Mehrlingsschwangerschaft
 - 2.6.10 Risikoschwangerschaft, Plazentainsuffizienz
- 2.7 Die regelwidrige Geburt
 - 2.7.1 Regelwidrigkeiten der Wehen und der Muttermunderöffnung
 - 2.7.2 Regelwidrigkeiten des Geburtsmechanismus, insbesondere bei Anomalien der Haltung, der Lage, der Stellung und Einstellung oder der Poleinstellung des Kindes
 - 2.7.3 Regelwidrigkeiten der Geburtswege
 - 2.7.4 Weitere unter der Geburt auftretende Regelwidrigkeiten, insbesondere Nabelschnurvorfal, Placenta praevia, vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta, Blutgerinnungsstörungen, Uterusruptur
 - 2.7.5 Regelwidrigkeiten der Nachgeburtsperiode
- 2.8 Das regelwidrige Wochenbett
 - 2.8.1 Rückbildungsstörungen
 - 2.8.2 Blutungen
 - 2.8.3 Infektionen
 - 2.8.4 Thrombosen und Embolien
 - 2.8.5 Mastitis
 - 2.8.6 Wochenbettpsychose

3 Praktische Geburtshilfe

150

- 3.1 Vorbereitungen für die Geburt
- 3.2 Maßnahmen bei der regelrechten Geburt
 - 3.2.1 Allgemeine und geburtshilfliche Aufnahmeuntersuchung
 - 3.2.2 Lagerung und Betreuung der Gebärenden
 - 3.2.3 Überwachung des Geburtsverlaufs
 - 3.2.4 Schmerzlinderung unter der Geburt, geburtshilfliche Anästhesie-Methoden und ihre Komplikationen
 - 3.2.5 Überwachung der Risikogeburt, apparative Überwachung, Blutgasanalyse
 - 3.2.6 Dammschutz
 - 3.2.7 Entwickeln des Kindes
 - 3.2.8 Absaugen der Atemwege, Kennzeichen des Kindes, Abnabeln, Ermittlung der Apgar-Werte
 - 3.2.9 Leitung der Nachgeburtsperiode, Prüfung der Plazenta auf Vollständigkeit
 - 3.2.10 Dokumentation des Geburtsvorganges
- 3.3 Geburtshilfliche Eingriffe
 - 3.3.1 Dammschnitte
 - 3.3.2 Vaginale Entwicklung der Beckenendlage
 - 3.3.3 Vakuum- und Zangenextraktion
 - 3.3.4 Abdominale Schnittentbindung
 - 3.3.5 Manuelle Plazentalösung, manuelle und instrumentelle Austastung des puerperalen Uterus
- 3.4 Erstversorgung der Wöchnerin
- 3.5 Versorgung des Neugeborenen

4	Pflege, Wartung und Anwendung geburtshilflicher Apparate und Instrumente	30
4.1	Cardiotokographie-Geräte	
4.2	Ultraschall-Geräte	
4.3	Reanimations-Geräte	
4.4	Narkose-Geräte	
4.5	Spezial-Instrumentarium	
5	Schwangerenbetreuung	80
5.1	Schwangerenvorsorge	
5.1.1	Erhebung der Anamnese	
5.1.2	Untersuchungen der Schwangeren	
5.1.3	Beratung der Schwangeren	
5.2	Psychosomatische Geburtsvorbereitung mit Übungsverfahren	
5.3	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden	
5.4	Besondere Überwachung bei Risikoschwangerschaften	
6	Wochenpflege	50
6.1	Hygienische Beratung und pflegerische Betreuung der Wöchnerinnen im regelrechten und regelwidrigen Wochenbett	
6.2	Beobachten und Überwachen der Rückbildungs- und Heilungsvorgänge	
6.3	Hilfe beim Erlernen der Stilltechnik und Brustpflege	
6.4	Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen	
6.5	Wochenbettgymnastik	
6.6	Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Integration des Neugeborenen in die Familie	
6.7	Häusliche Wochen- und Neugeborenenpflege	
7	Neugeborenen- und Säuglingspflege	50
7.1	Körper- und Nabelpflege	
7.2	Natürliche und künstliche Ernährung	
7.3	Beobachten des Neugeborenen und des Säuglings und Einleiten der erforderlichen Maßnahmen bei Auftreten von Besonderheiten	
7.4	Neugeborenen-Screening	
7.5	Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen	
7.6	Hilfe bei ärztlichen Maßnahmen	
7.7	Umgang mit den Eltern und anderen Betreuern des Neugeborenen und deren Beratung, Elternschulung	
8	Allgemeine Krankenpflege	50
8.1	Umgang mit Patientinnen unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychischen Bedürfnisse	
8.2	Aufnahme, Verlegung und Entlassung von Patientinnen	
8.3	Kontakt mit den Angehörigen der Patientin	
8.4	Beobachtung der Patientin, Befunderhebung und Dokumentation	
8.5	Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens	
8.6	Diätetische Kostformen und künstliche Ernährung	
8.7	Besondere Pflegetechniken, physikalische Maßnahmen, Injektionen, Venenpunktionen, Infusionen, Transfusionen, Spülungen einschließlich Einläufe und Katheterisieren	
8.8	Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Mitgliedern des Behandlungsteams	
8.9	Umgang mit Untersuchungsmaterial	
9	Spezielle Krankenpflege	50
9.1	Pflege und Sofortmaßnahmen bei Bewußtseinsstörungen und Bewußtlosigkeit, bei Ateminsuffizienz oder Atemstillstand, bei Herz- und Kreislaufinsuffizienz oder Herzstillstand, bei Störungen der Ausscheidungsfunktionen, bei Störungen der Temperaturregulation, bei Psychosen und bei Suizidgefährdung	

9.2	Pflege von Patientinnen vor und nach operativen Eingriffen	
9.3	Verhalten bei Todesfällen	
9.4	Tätigkeiten in besonderen Bereichen wie in Frühgeborenenzentren und in der Intensivstation, im Operations- und Ambulanzbereich sowie in Gemeindepflege- oder Sozialstationen	
10	Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik	40
10.1	Psychologie der Schwangeren, der Gebärenden und der Wöchnerin	
10.2	Sozialpsychologie	
10.2.1	Einführung in die Gruppendynamik	
10.2.2	Abbau von Vorurteilen	
10.3	Pädagogik, Menschenführung	
11	Grundlagen der Rehabilitation	20
11.1	Die medizinische Rehabilitation	
11.2	Die soziale Rehabilitation	
11.3	Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation	
12	Spezielle Krankheitslehre	120
12.1	Frauenheilkunde	
12.1.1	Störungen der Menstruation und des Menstruationszyklus	
12.1.2	Mißbildungen des weiblichen Genitale	
12.1.3	Entzündliche Erkrankungen des weiblichen Genitale	
12.1.4	Tumoren einschließlich Früherkennungsmaßnahmen	
12.2	Übrige Fachgebiete, insbesondere Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Neurologie, Psychiatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in ihrer besonderen Beziehung zur Geburtshilfe sowie Augenkrankheiten in ihrer besonderen Beziehung zur Geburtshilfe	
12.3	Kinderheilkunde unter besonderer Berücksichtigung der Erkrankungen im Neugeborenen- und Säuglingsalter	
12.4	Vorsorgeuntersuchungen	
12.5	Mütter-, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit	
13	Spezielle Arzneimittellehre	30
13.1	Umgang mit Arzneimitteln	
13.2	Grundbegriffe der Pharmakologie	
13.3	Arzneimittelgruppen	
13.4	Betäubungsmittel	
13.5	Gesetzliche Vorschriften über den Verkehr mit Arznei- und Betäubungsmitteln sowie Führen des Betäubungsmittelbuches	
14	Organisation und Dokumentation im Krankenhaus	30
14.1	Planung, Bau und Ausstattung von Krankenhäusern	
14.2	Wirtschaftliche Betriebsführung	
14.3	Erfassung und Weitergabe von Leistungsdaten	
14.4	Statistik im Gesundheitswesen	
14.5	Elektronische Datenverarbeitung	

Anhang 3**Gesamtüberblick über mögliche Tätigkeitsfelder von Familienhebammen**

In der Schwangerschaft	Nach der Geburt
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anamnese ◆ Konfliktberatung in der Frühschwangerschaft (z.B. bei jugendlichen und traumatisierten Frauen) ◆ Beratung ◆ Hilfeleistung bei Schwangerschaftsbeschwerden ◆ Vermittlung, Feststellen des Bedarfs (z.B. Sozialamt, finanzielle Hilfen, Vaterschaftstests, Wohlfahrtsverbände, Ärzte) ◆ Einzel-Geburtsvorbereitung (z.B. mit Teenagern, oder Ausländerinnen/ Migrantinnen, hier ggf. Mithilfe eines Dolmetschers) ◆ Begleitung (z.B. Anmeldung zur Geburt, Mutter-Kind-Einrichtung) ◆ Durchführen der Schwangerenvorsorge ◆ Anleitung zur Gestaltung eines Wohnumfeldes ◆ Paargespräche ◆ Geburtsplanung in Zusammenarbeit mit der Klinik (z.B. bei traumatisierten Frauen, Frauen mit Suchterkrankung) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Wochenbettbetreuung (HebGV) ◆ Ernährungsberatung für Mutter und Kind (z.B. bei fehlernährten Säuglingen) ◆ Stillberatung unter erschwerten Bedingungen ◆ Mutter-Kind-Beziehung fördern und beobachten ◆ Umgang mit dem Säugling: Handling, Pflege, Babymassage ◆ Kindeswohl beachten, bei Gefährdung Maßnahmen zur Sicherung des Kindes einleiten ◆ Paarbeziehung stärken ◆ Hilfenetz aktivieren (Sozialpädagogische Familienhilfe, Haushaltshilfe) ◆ Unterstützung zur Entwicklung einer angemessenen Hygiene (Körper-, Wohnung- Babyausstattung) ◆ Pflege und Entwicklungszustand des Kindes im Auge behalten und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung einleiten ◆ Psychische Erkrankungen/Verhaltensauffälligkeiten erkennen und ggf. Maßnahmen einleiten ◆ Aufklärung über Vorsorgen, Vermittlung und Begleitung ◆ Begleitung zu Ämtern ◆ Trauerbegleitung ◆ Krisenintervention ◆ Verhütung ◆ Überforderungs- und Stresssituationen erkennen und Kuren oder ähnliche Maßnahmen einleiten ◆ Überleitung in Mutter-Kind-Angebote
Rund um die Geburt	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Untersuchung auf Blasensprung/ Wehen ◆ Begleitung in die Klinik ◆ Telefonische Beratung bei fraglichem Geburtsbeginn ◆ Geburtsbegleitung ◆ Besuch in der Klinik ◆ Fallbesprechung / Hilfeplan mit allen Beteiligten 	

Arbeiten rund um den Einzelfall	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Transporte übernehmen ◆ Dokumentation ◆ Telefonate mit involvierten Hilfspartnern (Sozialpädagogische Familienhilfe, Ärzte, Jugendamt, Eltern) ◆ Fallkonferenzen ◆ Erziehungskonferenzen ◆ Frauen helfen, Kontakte zu knüpfen mit gleichermaßen betroffenen Frauen oder die Familienhebamme knüpft selbst die Kontakte 	
Offene Angebote und Gruppen	Interdisziplinäre Arbeit & Management des Projektes
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Telefonische Sprechstunden ◆ Offene Sprechstunden ◆ Geburtsvorbereitungskurse ◆ Rückbildungskurse ◆ Babymassage ◆ Eltern-Kind-Kurse ◆ Anwesenheit und Beratung im Frühstückscafé für Mütter ◆ Hebammengeleitete Nachmittage in Kooperation mit der Sozialpädagogin im Mädchentreff (6 – 12 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Runde Tische ◆ Arbeitskreise ◆ Fortbildungen organisieren für Kolleginnen und Kooperationspartner ◆ Hebammenstammtisch ◆ Öffentlichkeitsarbeit: Medien, Flyer, Vorträge ◆ Teamsitzungen ◆ Supervision ◆ Kooperationsgespräche ◆ Unterricht und Praktika für Hebammenschülerinnen ◆ Aufklärungsarbeit für Kinder und Jugendliche (in Schulen und anderen Einrichtungen) ◆ Mittel beantragen ◆ Sachberichte erstellen (z. B. für Gesundheitsämter) ◆ Statistik ◆ Abrechnung ◆ Erstellung eines Konzeptes ◆ Verhandlungen mit zuständigen Behörden ◆ Infrastruktur aufbauen Organisation

(vgl. Biehl et al. 2004, S. 3 ff)

Anhang 4

Gesetzesauszug aus dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V)

§ 15b Förderung der Teilnahme an Kinderuntersuchungen nach § 26 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

(1) Das Landesamt für Gesundheit und Soziales ist die Servicestelle zur Förderung der Teilnahme an Kinderuntersuchungen. Es hat die Aufgabe festzustellen, inwieweit die Kinderuntersuchungen nach § 26 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nr. 28 zum BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 15. Mai 2008 (BAnz. S. 2326), - Kinder-Richtlinien - in Anspruch genommen wurden. Dazu ermittelt sie die gesetzlich krankenversicherten und die nicht gesetzlich krankenversicherten Kinder in dem für die Kinderuntersuchungen U2 bis U9 nach Abschnitt B der Kinder-Richtlinien maßgeblichen Alter.

(2) Ärzte sowie Krankenhäuser, die eine Kinderuntersuchung nach Absatz 1 eines Kindes mit gewöhnlichem Aufenthalt in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt haben, sind verpflichtet, der Servicestelle innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung einer Kinderuntersuchung in schriftlicher oder elektronischer Form folgende Daten zu übermitteln:

1. den Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. den Vornamen des Kindes,
3. den Tag und den Ort der Geburt des Kindes,
4. das Geschlecht des Kindes,
5. die Hauptwohnung des Kindes,
6. die Bezeichnung der durchgeführten Kinderuntersuchung.

Die den Ärzten und Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Übermittlung von Daten nach Satz 1 entstehenden Sachkosten trägt das Land. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Innenministerium und nach Anhörung des Landesbeauftragten für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern die Einzelheiten zum Inhalt und zur Form der Übermittlung von Daten fest.

(3) Die Meldebehörden übermitteln der Servicestelle für jedes Kind mit gewöhnlichem Aufenthalt in Mecklenburg-Vorpommern regelmäßig die zur Durchführung der Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 bis 5. Darüber hinaus übermitteln die Meldebehörden den Vor- und Familiennamen (jetziger Name mit Namensbestandteilen) sowie die gegenwärtige Anschrift der und/oder des

Sorgeberechtigten des Kindes. Soweit zutreffend, übermitteln die Meldebehörde den Sterbetag und -ort des Kindes.

(4) Die §§ 15a und 25 bleiben unberührt. Durch einen Abgleich der Daten nach Absatz 2 mit denen nach Absatz 3 stellt die Servicestelle fest, welches Kind nicht an einer Kinderuntersuchung nach Absatz 1 teilgenommen hat. Diese Daten sind zu löschen, wenn ihre Verarbeitung für die Servicestelle nicht mehr erforderlich ist. Die nach Absatz 2 Satz 1 erhobenen Daten sind spätestens sechs Monate nach ihrer Übermittlung, die nach Absatz 3 erhobenen Daten spätestens mit Vollendung des sechsten Lebensjahres des Kindes zu löschen.

(5) Stellt die Servicestelle fest, dass ein Kind nicht in dem für die Untersuchungsstufe vorgesehenen Zeitraum an einer für sein Alter vorgesehenen Kinderuntersuchung nach Absatz 1 teilgenommen hat, so erinnert sie die Sorgeberechtigte und/oder den Sorgeberechtigten schriftlich an diese Untersuchung. Bis zur Kinderuntersuchung U5 nach Abschnitt B der Kinder-Richtlinien weist die Servicestelle auf die nächstfolgende Kinderuntersuchung hin; ab der Kinderuntersuchung U6 erinnert sie daran, die Kinderuntersuchung nachzuholen.

(6) Nimmt ein Kind trotz der Erinnerung nach Absatz 5 nicht an einer Kinderuntersuchung nach Absatz 1 innerhalb der in Abschnitt B der Kinder-Richtlinien festgelegten Toleranzgrenzen teil, so meldet die Servicestelle dem zuständigen Gesundheitsamt unter Bezeichnung der nicht durchgeführten Untersuchung die in Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 5 und in Absatz 3 Satz 2 genannten Daten.

(7) Auf der Grundlage der Unterrichtung durch die Servicestelle nach Absatz 6 bietet das zuständige Gesundheitsamt jeder zur Personensorge berechtigten Person des Kindes, welches nicht an einer Kinderuntersuchung teilgenommen hat, aufsuchende Hilfe im Sinne von § 2 Abs. 2 des Gesetzes an und gibt Hinweise auf Leistungen dieses Gesetzes sowie auf andere unterstützende Maßnahmen. Insbesondere berät das zuständige Gesundheitsamt über den Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchungen und weist auf den Sinn der Durchführung einer ausstehenden Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt hin. Bei Bedarf vermittelt es hierzu die notwendigen Kontakte. Wird dieses Hilfsangebot nicht wahrgenommen oder ergeben sich Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes, nimmt das zuständige Gesundheitsamt sofort Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt auf, damit dieses unverzüglich zum Schutze des Kindes tätig wird.

Anhang 5

**Dokumentationsbögen für die Familienhebammenarbeit in Mecklenburg-
Vorpommern**

Kriterien für den Einsatz der Familienhebamme

Monatliche Erfassung und Abrechnung

Anhang 6

Evaluation – Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern

Fragebogen Familienhebammen



TEIL A: ZUGANG ZU DEN FAMILIEN			
1. Ich arbeite als Familienhebamme in:			
kreisfreier Stadt	<input type="checkbox"/>	Landkreis	<input type="checkbox"/>
2. Ich betreue Familien in einem Umkreis von: _____ km.			
3. Wie viele Familien haben Sie bereits als Familienhebamme betreut? Anzahl: _____			
4. Wer macht Sie auf hilfebedürftige Familien aufmerksam? (Mehrfachantworten möglich)			
Kollegin (Hebamme / Familienhebamme)	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätten/Familienzentren	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>	Schwangerenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>
Hausärzte / Hausärztinnen	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker(innen)	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	<input type="checkbox"/>
Klinik / Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	Verwandte / Bekannte / Freunde der Familie	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	betroffene Familie selbst	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>

TEIL B: FORTBILDUNG				
5. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen in Bezug auf die Fortbildung zur Familienhebamme auf Sie zutreffen?				
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft ausgesprochen zu
Meine Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit wurde gestärkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Blick für die psychosozialen, systemischen und familiendynamischen Aspekte der Elternschaft wurde geschärft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Kompetenz erlangt, Familienberaterisch zu lenken und durch praktische und alltagsorientierte Informationen zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Anreize erhalten, mich stärker in das regionale Netz zur Unterstützung von Familien mit einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wurden ausreichend Kompetenzen vermittelt, um die Tätigkeit als Familienhebamme auszuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hätten Sie sich weitere Informationen / Inhalte gewünscht?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
6.1 Wenn ja, welche:				





7. Haben Sie die ausbildungsbegleitenden Supervisionen in Anspruch genommen?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
7.1 Wenn ja, fanden Sie diese Supervisionen hilfreich?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
8. Würden Sie sich vertiefende Fortbildungsveranstaltungen für Familienhebammen wünschen?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

TEIL C: TÄTIGKEITSFELDER					
9. Wie häufig übernehmen Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Familienhebamme folgende Aufgaben?					
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Motivation zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Entwicklungsdefiziten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Beratung von Mutter, Kind & Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Beratung von Mutter, Kind & Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsvermittlung hinsichtlich der negativen Auswirkungen von Suchtmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbau von Überforderung & Ängsten bei den Müttern / Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung und Hilfe bei der Säuglingspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung / Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Vater-Kind-Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Beratung/Begleitung / Vermittlung zu nachfolgenden Ämtern und Beratungsstellen:</i>					
Ärzte / Ärztinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst / Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialamt / ARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS-Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnungsämter / Wohngeldstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beratungsstellen / Hilfeangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen hinsichtlich des Arbeitsbereiches als Familienhebamme auf Sie zutreffen?				
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft ausgesprochen zu
Bei den meisten Problemstellungen kann ich den Familien <u>selbst helfen</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich <u>benenne und informiere</u> Familien über Hilfeangebote/Beratungsstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich <u>motiviere</u> die Familien, Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich <u>begleite</u> die Familie zu entsprechenden Hilfeangeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsförderung und Prävention spielen im Rahmen meiner Tätigkeit als Familienhebamme eine bedeutende Rolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit als Familienhebamme zielt darauf ab, die Familie aktiv in Willensbildungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einzubinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familien werden in die Lage versetzt, ihre Belange eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Identifikation, Stärkung und Weiterentwicklung vorhandener Ressourcen ist ein zentraler Bestandteil und ein wichtiges Ziel meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEIL D: KOOPERATION/ZUSAMMENARBEIT

11. Haben Sie in Folge Ihrer Tätigkeit als Familienhebamme bereits Kontakt zu Kooperationspartnern aufgenommen, um im Bedarfsfall weiterführende Hilfeangebote zu aktivieren?

ja nein

11.1 Wenn ja, mit welchen: (Mehrfachantworten möglich)

Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätten / Familienzentren	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	Schwangerenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>
Hausärzte / Hausärztinnen	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>
Kolleginnen	<input type="checkbox"/>	Frühförderzentren	<input type="checkbox"/>
Geburtskliniken	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker(innen)	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>

12. Welche Kooperationspartner würden Sie sich als unterstützendes Netzwerk wünschen? (Mehrfachantworten möglich)

Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätten / Familienzentren	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	Schwangerenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>
Hausärzte / Hausärztinnen	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>
Kolleginnen	<input type="checkbox"/>	Frühförderzentren	<input type="checkbox"/>
Geburtskliniken	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker(innen)	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>



13. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen auf die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt zutreffen?				
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft ausgesprochen zu
Ich übermittle dem Gesundheitsamt ausreichend Rückmeldungen über meine Arbeit und stets den aktuellen Stand der Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Vorgehensweisen werden gemeinsam abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein(e) Ansprechpartner(in) unterstützt mich, soweit es möglich und nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen sind Kommunikation und Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt als gut einzustufen.				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
14.1 Wenn nein, welche Gründe gibt es für mangelnde Kommunikation und Zusammenarbeit?				
15. Halten Sie Besprechungen / Beratungen für notwendig und zweckmäßig?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

TEIL E: ARBEITSZUFRIEDENHEIT					
16. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.					
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Ich fühle mich mit meiner Tätigkeit als Familienhebamme alleingelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich überfordert mit meinen Aufgaben als Familienhebamme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich für ausreichend kompetent für die Bewältigung der Aufgaben als Familienhebamme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich von anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialbereiches anerkannt und akzeptiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhalte positive Rückmeldungen von den Familien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne mehr Zeit investieren, um als Familienhebamme tätig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Welche Anreize müssten geschaffen werden, um die Arbeitszufriedenheit von Ihnen und auch anderen Familienhebammen zu erhöhen?					



Anhang 7

Evaluation – Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern

Fragebogen Gesundheitsämter



TEIL A: ZUGANG ZU DEN FAMILIEN			
1. An wie viele Familien haben Sie bereits eine Familienhebamme vermittelt?			
Anzahl: _____			
2. In welchem Verhältnis stehen der Bedarf an Familienhebammenhilfe und die reale Abdeckung bei Ihnen in der Kommune?			
3. Von wem bekommen Sie die Information über Familien mit Bedarf? (Mehrfachantworten möglich)			
Hebamme / Familienhebamme	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätten / Familienzentren	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>	Schwangerenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>
Hausärzte / Hausärztinnen	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker(innen)	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	<input type="checkbox"/>
Klinik / Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	Verwandte / Bekannte / Freunde der Familie	<input type="checkbox"/>
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	betroffene Familie selbst	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt (Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen)	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>
4. Nach welchen Kriterien entscheiden Sie daraufhin, welche Familie Unterstützung von einer Familienhebamme erhalten soll?			
5. Sind diese Kriterien schriftlich vereinbart worden?			
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
6. Wird die Zuweisung von Ihnen allein oder von mehreren Verantwortlichen vorgenommen?			
allein	<input type="checkbox"/>	mehrere Verantwortliche	<input type="checkbox"/>





TEIL B: KOOPERATION/ZUSAMMENARBEIT			
7. Besteht ein funktionierendes Netzwerk mit Kooperationspartnern, um im Bedarfsfall weiterführende Hilfeangebote zu aktivieren?			
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
7.1 Wenn ja, mit welchen Kooperationspartnern? (Mehrfachantworten möglich)			
Jugendamt	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätten / Familienzentren	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>	Schwangerenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)	<input type="checkbox"/>
Hausärzte / Hausärztinnen	<input type="checkbox"/>	Wohlfahrtsverbände	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt (intern)	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>
Geburtskliniken	<input type="checkbox"/>	Frühförderzentren	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker(innen)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>
8. Findet eine Abstimmung mit dem Jugendamt über Jugendhilfeleistungen und Familienhebammenleistungen statt?			
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
8.1 Wenn ja, wie findet diese Abstimmung statt?			
9. Wer stellt von Seiten des Gesundheitsamtes die Verbindung zwischen Gesundheitsamt und Familienhebamme her?			
Funktion / Position des & der Ansprechpartners(in): _____			
Abteilung: _____			
10. Welche Formen der Rückmeldung und Zusammenarbeit finden zwischen der / den Familienhebamme(n) und Ihnen statt? (Mehrfachantworten möglich)			
Rückmeldung durch Dokumentationsbogen	<input type="checkbox"/>		
Fallbesprechungen / Beratungen im Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>		
telefonische Absprachen	<input type="checkbox"/>		
Absprachen per Email	<input type="checkbox"/>		
11. Welche ist die häufigste Form der Rückmeldung und Zusammenarbeit? (bitte nur eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)			
Rückmeldung durch Dokumentationsbogen	<input type="checkbox"/>		
Fallbesprechungen / Beratungen im Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>		
telefonische Absprachen	<input type="checkbox"/>		
Absprachen per Email	<input type="checkbox"/>		





12. Bitte kreuzen Sie an, welche Aussagen auf die Zusammenarbeit mit der / den Familienhebamme(n) zutreffen.				
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft ausgesprochen zu
Ich bekomme <u>ausreichend</u> Rückmeldungen über die Arbeit der Familienhebamme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die weitere Vorgehensweise wird <u>gemeinsam</u> abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich unterstütze die Familienhebamme(n), soweit es möglich und nötig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Einsatz von Familienhebammen stellt eine Entlastung bei der Wahrnehmung unserer Aufgaben dar. (ÖGDG M-V §§ 14,15b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Im Allgemeinen sind Kommunikation und Zusammenarbeit mit der / den Familienhebamme(n) als gut einzustufen.				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
13.1 Wenn nein, welche Gründe gibt es für mangelnde Kommunikation und Zusammenarbeit?				
14. Halten Sie Besprechungen / Beratungen für notwendig und zweckmäßig?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

Teil C: PERSPEKTIVEN/NACHHALTIGKEIT				
15. Welche Anreize und Konditionen müssten Ihrer Meinung nach geschaffen werden, um die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Familienhebammen zu verbessern?				
16. Wurden bereits Überlegungen getroffen, um den Einsatz von Familienhebammen in Ihrer Kommune dauerhaft zu gewährleisten?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
16.1 Wenn ja, welche :				



Anhang 8

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift
