

# FRÜHSTART: FAMILIENHEBAMMEN IM NETZWERK FRÜHE HILFEN

KOMPAKT



## **FRÜHSTART: FAMILIENHEBAMMEN IM NETZWERK FRÜHE HILFEN**

### **INHALT**

|           |   |
|-----------|---|
| <b>4</b>  | <b>VORWORT</b>  |
| <b>6</b>  | <b>HINTERGRUND: DAS KINDESWOHL</b>  |
| <b>7</b>  | <b>FAMILIENHEBAMMEN<br/>IN SACHSEN-ANHALT</b>                               |
| <b>7</b>  | <b>AUFGABEN UND ZIELE DER<br/>FAMILIENHEBAMMENTÄTIGKEIT</b>                 |
| <b>8</b>  | <b>EVALUATION DES PROJEKTS<br/>»FAMILIENHEBAMMEN IN<br/>SACHSEN-ANHALT«</b> |
| <b>9</b>  | <b>METHODIK DER EVALUATION</b>  |
| <b>11</b> | <b>ERGEBNISSE</b>   |
| <b>22</b> | <b>DISKUSSION</b>   |
| <b>24</b> | <b>LITERATUR</b>  |

## VORWORT

Durch den Auf- und Ausbau lokaler Netzwerke Früher Hilfen können junge Familien beim Übergang in die Elternschaft wirkungsvoll unterstützt werden. Frühe Hilfen entwickeln und fördern bei jungen Eltern basale Versorgungs- und Erziehungskompetenzen. Dadurch können die kindlichen Entwicklungsperspektiven langfristig deutlich verbessert werden, denn frühe Kindheitserfahrungen haben häufig tiefgreifende und lang andauernde Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit, den Schulerfolg und die Lebensqualität im Jugend- und Erwachsenenalter.

Aufgrund ihrer Positionierung an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe kommt Familienhebammen eine wichtige Aufgabe im Netzwerk Frühe Hilfen zu. In Sachsen-Anhalt wird seit 2006 der landesweite Einsatz von Familienhebammen erprobt. Eingebettet in lokale Netzwerke Früher Hilfen sollen Familienhebammen zwei zentrale Aufgaben zur Unterstützung von Familien übernehmen: Zum einen sollen sie den Familien bei der Bewältigung vielfältiger Herausforderungen beiseite stehen, zum anderen sollen sie die Funktion von »Lotsinnen« im Netzwerk Früher Hilfen übernehmen. Dazu gehört die Sicherstellung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen, wie zum Beispiel kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, und bei Bedarf die Vermittlung in andere Unterstützungsangebote aus dem Gesundheits- oder Jugendhilfebereich.

Inwieweit können Familienhebammen diese Aufgaben erfüllen? Um zu ermitteln, was von verschiedenen Ansätzen Früher Hilfen »in den Familien ankommt«, welche Strategien erfolgreich sind und welche Hürden es zu überwinden gilt, wurde im Rahmen des Aktionsprogramms Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme des Bundesfamilienministeriums (BMFSFJ) die wissenschaftliche Begleitung verschiedener Modelle Früher Hilfen gefördert. Eine der insgesamt zehn Evaluationen ist die Studie »Frühstart«, über deren Ergebnisse im Folgenden berichtet wird. Diese Studie zeichnet sich zum einen dadurch aus, dass eine sehr hohe Anzahl Familien für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden konnte. Zum anderen wurden über umfangreiche qualitative Untersuchungen gehaltvolle Zusatzinformationen generiert, die einen guten Einblick in die Arbeit der Familienhebammen und ihre Rolle als Helferin und Lotsin geben.

Die Ergebnisse der Studie belegen die zentrale Bedeutung der Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen und trugen dazu bei, dass der Einsatz von Familienhebammen heute ein Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

## HINTERGRUND: DAS KINDESWOHL

In den vergangenen Jahren haben die Thematisierung des Kindeswohls und der Prävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in der öffentlichen und politischen Diskussion in Deutschland einen zentralen Platz eingenommen. Auslöser dafür waren einige Fälle von Kindstötung (Deutsche Presseagentur 2007a) wie beispielsweise von Kevin in Bremen (Hellwig & Jeska 2006) oder Lea-Sophie in Schwerin (Deutsche Presseagentur 2007b). Laut Todesursachenstatistik kamen zwischen 1998 und 2008 jährlich zwischen 40 und 66 Kinder unter zehn Jahren durch einen tätlichen Angriff ums Leben. Dazu gehören verschiedene Formen der Misshandlung und Vernachlässigung. Betroffen sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder, die meisten haben das erste Lebensjahr noch nicht vollendet.

Trotz der Änderung des §1631 Absatz 2 zur elterlichen Sorge (BGB) im November 2000, in dem das Recht der Kinder auf gewaltfreie Erziehung verbrieft ist, wenden immer noch viele Eltern (Engfer [2005] schätzt bis zu 15 %) schwerwiegende und häufige körperliche Bestrafungen an.

Auch wenn es keine repräsentativen Daten zur Prävalenz von Kindesvernachlässigung und -misshandlung in Deutschland gibt, sind Schätzungen der Jugendämter aufschlussreich, die auf deren Falldokumentationen beruhen. So wurden in 65 % der Fälle, in denen das Familiengericht angerufen wurde, Vernachlässigung als ein Gefährdungsmerkmal und in 50 % der Fälle Vernachlässigung als zentrales Risiko angegeben (Münder et al. 2000). Bei insgesamt 2.630 Fällen von Kindern unter 3 Jahren, die 2007 in Obhut genommen oder durch eine Herausnahme<sup>1</sup> geschützt wurden, wurden bei 60,2 % Überforderung der Eltern/eines Elternteils, bei 36,0 % Vernachlässigung, bei 6,7 % Anzeichen für Misshandlung, bei 6,4 % Beziehungsprobleme und bei 0,6 % Anzeichen für sexuellen Missbrauch angegeben<sup>2</sup> (Statistisches Bundesamt 2008).

Im Rahmen der Diskussion rund um das Kindeswohl richtete sich das Augenmerk zunehmend auf die Familienhebammen, um das präventive Netzwerk Frühe Hilfen zu ergänzen und zu stärken.

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

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

## FAMILIENHEBAMMEN IN SACHSEN-ANHALT

Die Tätigkeit von Familienhebammen wurde mit dem Projekt »Familienhebammen in Sachsen-Anhalt« 2006 vom Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt gemeinsam initiiert. Von März 2006 bis Ende 2009 wurden insgesamt 33 freiberufliche Hebammen durch eine Weiterbildung im Umfang von ca. 250 Stunden auf ihre inhaltlich und zeitlich erweiterte Tätigkeit als Familienhebamme vorbereitet. Durch Hausbesuche, die sich am Bedarf der betreuten Familien orientieren, können Eltern mit Säuglingen – beginnend in der Schwangerschaft und über die übliche Wochenbettbetreuung hinaus – bis zum ersten Geburtstag des Kindes durch die Familienhebammen begleitet werden. Die fachliche Begleitung einer Familienhebamme können Eltern in Anspruch nehmen, die sich besonderen psychosozialen und/oder gesundheitlichen Belastungen, Schwierigkeiten oder Krisen ausgesetzt sehen, welche mit einem einfachen Erhebungsinstrument belegt werden.

Gesundheitsfördernde und psychosoziale Leistungen, die über den »Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGBV« (insbesondere die Wochenbettbetreuung) hinausgehen und nicht durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt werden, vergütet das Landesministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt mit einem Pauschalhonorar von 36 € pro Stunde. Auf der Basis eines Vertrages mit dem Landesministerium kann jede Familienhebamme neben ihrer Tätigkeit als freiberufliche und/oder angestellte Hebamme bis zu einem maximalen Umfang von zehn Stunden pro Woche als Familienhebamme tätig werden. Dadurch ist sichergestellt, dass die Familienhebammen nicht ausschließlich in belasteten Familien mit besonderen Bedarfslagen tätig werden. So können sie den Unterschied zu Familiensituationen deutlicher wahrnehmen, in denen die elterlichen Belastungen aufgrund der Geburt eines Kindes durch ihre Ressourcen aufgefangen werden.

## AUFGABEN UND ZIELE DER FAMILIENHEBAMMENTÄTIGKEIT

Die Aufgaben der Familienhebammen bestehen zum einen darin, die Eltern zu gesundheitsrelevanten Themen fachlich zu beraten, Informationen zur Inanspruchnahme von gesundheitlichen Prävention- und Versorgungsleistungen an sie weiterzugeben und sie zu weiterführenden Hilfen an Akteure insbesondere im sozialen Bereich zu vermitteln. Diese Weitervermittlung einer Familie im Netzwerk der Frühen Hilfen stellt die Lotsen-Funktion der Familienhebammen dar. Zum anderen leitet die Familienhebamme die Eltern praktisch

in der Pflege und Versorgung des Säuglings an und unterstützt sie in der Entwicklung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung. Dies beinhaltet eine individuelle und auf den Bedarf ausgerichtete Wiederholung und Festigung der erfolgten praktischen Anleitungen sowie die Supervision der Eltern bei der selbstständigen Ausführung von Pflegemaßnahmen oder auf das Kind bezogene Aktivitäten.

Durch die Familienhebammen sollen vorrangig die folgenden Ziele erreicht werden:

- die bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit von Säuglingen im ersten Lebensjahr sicherstellen
- Familien, die in der Phase der Familienbildung und gesundheitlich und/oder psychosozial besonders belastet sind, zusätzlich gesundheitsfördernd und präventiv unterstützen
- die Interessen des Kindes, insbesondere hinsichtlich seiner Gesundheit, Ernährung und seiner entwicklungsbedingten emotionalen und sozialen Bedürfnisse aktiv vertreten
- die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) sicherstellen
- zu einer wirksamen und nachhaltigen Vernetzung der Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, beitragen.

## EVALUATION DES PROJEKTS »FAMILIENHEBAMMEN IN SACHSEN-ANHALT«

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eingerichtet und wird seither von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) gemeinsam getragen. Sitz ist die BZgA in Köln. Im Rahmen des Aktionsprogramms »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« förderte und koordinierte das NZFH zehn Modellprojekte, die Praxisansätze Früher Hilfen in allen 16 Bundesländern wissenschaftlich begleiteten (Renner & Heimeshoff, 2010). Eines davon war das Projekt »Familienhebammen in Sachsen-Anhalt«, welches durch das Evaluationsprojekt »FrühStart« des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg von Oktober 2007 bis September 2009 wissenschaftlich begleitet wurde (Ayerle, Nitschke, Behrens & Luderer, 2009; Ayerle, Luderer & Behrens, 2009, 2010a, 2010b; Ayerle, Makowsky & Schücking, 2011; Luderer, Ayerle & Behrens, 2010).

Die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war, verschiedene Komponenten des Projektes empirisch zu beschreiben und Wirksamkeit zu belegen: den Zugang der Familienhebammen zu den Zielfamilien, die Belastungsmuster und -intensitäten der betreuten Familien, den Umfang und die Art der gesundheitsfördernden und präventiven Leistungen der Familienhebammen, die Wirksamkeit der Familienhebammen hinsichtlich der Kompetenz der Mütter (Pflege, Versorgung und Beziehung zu ihren Kindern), die Vernetzung der Familienhebammen mit anderen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die Perspektive der Akteure auf ihre interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen.

## METHODIK DER EVALUATION

Üblicherweise werden zur Evaluierung von Interventionen randomisierte kontrollierte Studiendesigns verwendet, bei welchen die Familien durch eine Zufallsauswahl entweder der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt werden. So kann vermieden werden, dass die Ergebnisse schon allein aufgrund der Auswahl bestimmter Familien verfälscht werden. Diese Vorgehensweise, bei welcher nur etwa die Hälfte der bedürftigen Familien eine Betreuung durch Familienhebammen erhalten hätte, war bei diesem Evaluationsprojekt aufgrund ethischer Gesichtspunkte nicht zu realisieren.

Um eine komplexe Intervention wie die bedarfsgesteuerten Hausbesuche der Familienhebammen und deren Vernetzung mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialsystems auf ihre Wirkung hin zu untersuchen, wurde ein Mehrfach-Methodenansatz verwendet (siehe Abbildung 1), wie er in der soziologischen Ethnologie in den vergangenen 70 Jahren entwickelt wurde (Glaser & Strauss 1998). Dazu wurden einerseits quantitative Erhebungs- und Analyseverfahren verwendet, die sich eine ausführliche Dokumentation der Familienhebammentätigkeit sowie die von den Müttern ausgefüllten standardisierten Fragebögen zu Nutze machten. Andererseits wurden interpretativ-hermeneutische (so genannte »qualitative«) Methoden herangezogen, um in persönlichen Interviews sowie Telefon- und Experteninterviews das Erleben und die Perspektiven der Mütter und Akteure ausführlich und in größerer Tiefe kennen zu lernen.

**Abb. 1: Quantitative und interpretativ-hermeneutische Erhebungs- und Analyseverfahren zur Evaluation des Projekts »Familienhebammen in Sachsen-Anhalt«**



Bei der Umsetzung der Evaluation sahen sich die Wissenschaftlerinnen verschiedenen methodischen Herausforderungen gegenüber. So mussten die Kontakte zu den freiberuflichen Familienhebammen in verschiedenen Städten und Regionen des Landes Sachsen-Anhalt hergestellt werden. Obwohl die Familienhebammen bereits durch ihre beruflichen Aufgaben äußerst beansprucht und ausgelastet waren, waren sie zum Zwecke der Datenerhebung dazu angehalten, zusätzliche Dokumentationen anzufertigen, die Auskunft über die von ihnen erbrachten Leistungen und Aktivitäten sowie ihre fachlichen Einschätzungen geben sollten. Bei der Datenerhebung musste außerdem damit umgegangen werden, dass die Zielfamilien aus verschiedenen Gründen bei Hausbesuchen oder Telefonanrufen nur eingeschränkt erreichbar waren. So mussten Termine mehrfach verschoben werden; manche Kontakte kamen erst nach wiederholten Anläufen oder gar nicht zustande. Die inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen an die Familien, die mit den Befragungen einhergingen, stellten neben den bereits bestehenden gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen eine weitere Zumutung insbesondere für die Mütter dar. Der geringe Bildungsstand eines Großteils der Teilnehmerinnen erschwerte darüber hinaus die Teilnahme an der Fragebogenerhebung.

Eine weitere Herausforderung sahen die Wissenschaftlerinnen in der Formulierung von Indikatoren, die einerseits eine standardisierte Erhebung von Daten ermöglichen und andererseits

vom Zeitpunkt der Erhebung (z.B. Entwicklungsstand des Kindes) unabhängig sein sollten. Dies zeigte sich insbesondere bei der Erhebung von »Prä«- und »Post«-Daten (vorher-nachher) wie der Einschätzung der mütterlichen Kompetenz durch die Familienhebammen zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung. Diesbezüglich war davon auszugehen, dass sich die Mütter zwar auf der einen Seite durch die praktische Anleitung der Familienhebamme zunehmend Kompetenzen aneignen, sich auf der anderen Seite aber mit zunehmendem Alter des Kindes ständig mit neuen elterlichen Aufgaben konfrontiert sehen würden, die zu bewältigen wären.

Das methodische Vorgehen sowie diesbezügliche ethische Gesichtspunkte wurden von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg geprüft und mit einem positiven Votum versehen. In der Umsetzung des Evaluationsdesigns wurden die Rechte der Teilnehmerinnen hinsichtlich ihrer Freiwilligkeit und Anonymität sowie des Datenschutzes eingehalten. Die Teilnehmerinnen wurden ausführlich informiert und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten.

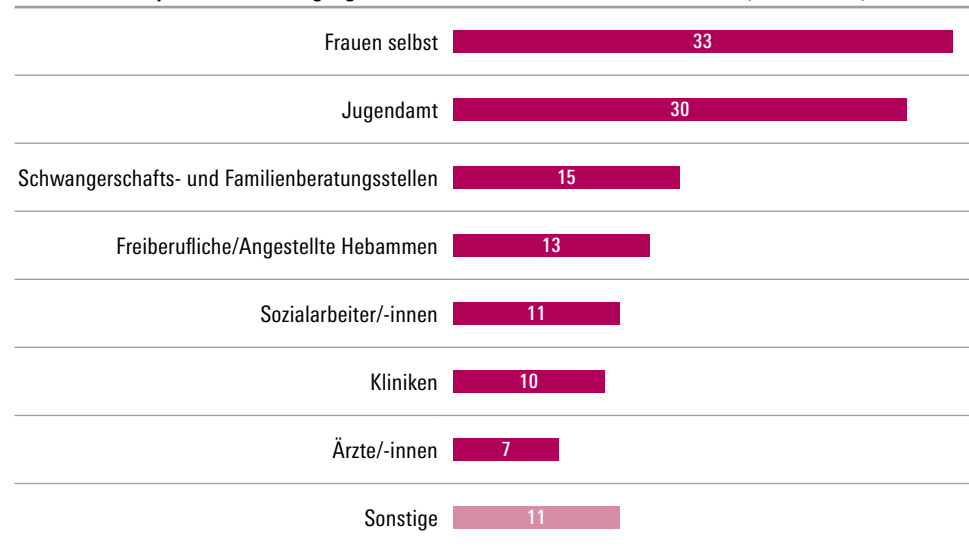
## ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der Projektevaluation werden anhand der nachfolgenden wissenschaftlichen Fragestellungen im Einzelnen dargelegt. Dabei konnte insgesamt auf Daten von 734 Familien mit 757 Säuglingen zurückgegriffen werden.

### **Aufgrund welcher Kontakte kam eine Betreuung durch die Familienhebamme zustande, und unter welchen Umständen wurde sie beendet?**

Die Familienhebammen wurden am häufigsten durch die Frauen selbst (33 %) und durch das Jugendamt (30 %) kontaktiert, wobei Erstere in vielen Fällen bereits eine Wochenbettbetreuung durch die Familienhebammen in deren Rolle als freiberufliche Hebamme in Anspruch genommen hatten. Weitere Kontaktquellen waren Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen (15 %), andere freiberufliche oder angestellte Hebammen (13 %), Sozialarbeiter/-innen (11 %) und sonstige Kontaktquellen (11 %) wie Mitarbeiterinnen des Mutter-Kind-Heims, Familienhelfer/-innen oder gesetzliche Betreuer/-innen. Letztere waren insbesondere bei Frauen, die ihr erstes Kind bekamen, von größerer Bedeutung. Kontakte über Kliniken (10 %) oder Ärzte/-innen (7 %) spielten eine nachrangige Rolle<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Hier konnten mehrfache Angaben gemacht werden.

**Abb. 2: Kontaktquellen für den Zugang der Familienhebammen zu den Zielfamilien (in %; n=734)**

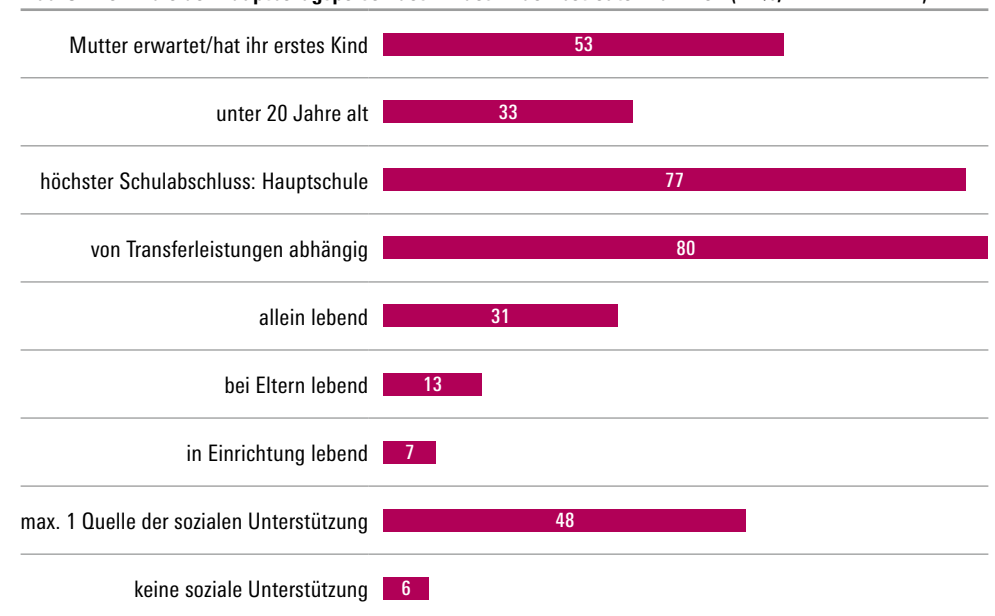
In 38 % der Fälle begann die Betreuung durch die Familienhebammen bereits in der Schwangerschaft, meist um die 28./29. Schwangerschaftswoche herum. Nach der Geburt wurde die Betreuung durchschnittlich in der 7. Lebenswoche des Kindes aufgenommen, wenn die übliche Wochenbettbetreuung durch eine freiberufliche Hebamme zum Abschluss kam.

Von den 446 Betreuungsverläufen, die Ende 2008 bereits abgeschlossen waren, wurden in 46 % der Fälle die Familien bis zum ersten Geburtstag des Kindes betreut, während in 28 % der Fälle entweder die Familienhebamme oder die Klientin entschied, keine weitere Betreuung zu benötigen. Bei weiteren 12 % der Familien wurde die Betreuung aus sonstigen Gründen beendet, beispielsweise wegen Umzug in ein anderes Bundesland oder der Aufnahme der Mutter in ein Entgiftungsprogramm. In 8 % aller Betreuungsverläufe wurde das Kind in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben, und in weiteren 6 % kam es trotz vergeblicher Kontaktbemühungen seitens der Familienhebamme zum Abbruch der Betreuungsbeziehung.

Der Grund der Betreuungsbeendigung hing hoch signifikant mit der Stärke der psychosozialen Belastung der Familien (Anzahl und Gewichtung der gemessenen Belastungsfaktoren) zusammen: Die Stärke der Belastung war bei einer Inobhutnahme oder Adoption (16,5) bedeutend höher als bei allen anderen Beendigungsgründen (10,1-13,0).

### Mit welchen Merkmalen kann die Situation der Hauptbezugspersonen beschrieben werden, die durch die Familienhebammen begleitet wurden?

Im Zeitraum von Mai 2006 bis Dezember 2008 wurden insgesamt 734 Familien mit 757 Säuglingen regelmäßig in ihrem Wohnumfeld besucht. In den meisten Fällen war die Hauptbezugsperson des Kindes die Mutter, in sieben Fällen der Vater und in drei Fällen eine Pflegemutter. Etwas mehr als die Hälfte der Mütter erwartete oder hatte ihr erstes Kind bekommen. Ein Drittel der Frauen war unter 20 Jahre alt, 77 % hatten höchstens einen Hauptschulabschluss und ca. 80 % der Frauen waren von Transferleistungen (ALG I/II, Sozialhilfe) abhängig. Ebenfalls 80 % der Frauen waren ledig, wobei 31 % aller Teilnehmerinnen allein lebten. Knapp die Hälfte der Frauen hatte nur eine einzige Quelle der sozialen Unterstützung, und 6 % mussten ganz ohne Unterstützung durch die Familie oder Bekannte auskommen.

**Abb. 3: Merkmale der Hauptbezugsperson des Kindes in den betreuten Familien (in %; n=711 - n=727)**

Frauen mit zwei oder mehreren Kindern wiesen mit durchschnittlich 12,6 gewichteten Punkten (errechnet aus der Summe und Art der Belastungsfaktoren) eine signifikant höhere psychosoziale Belastung auf als Frauen mit einem ersten Kind (11,0 gewichtete Punkte). Die häu-

figsten Belastungsfaktoren, der sich die Familien ausgesetzt sahen, waren Überforderung und Vernachlässigung (42 %), eine eingeschränkte Fähigkeit zur Alltagsbewältigung (42 %), mangelndes Wissen hinsichtlich einer medizinischen Versorgung bzw. Unterstützungsangeboten (38 %), Konflikte in der Partnerschaft (37 %) und mangelnde soziale Unterstützung (32 %).

Bei der Analyse unterschiedlicher Belastungstypen kristallisieren sich die folgenden heraus:

- **Belastungstyp 1:** Gewalt- und Konflikterfahrungen/Sucht/psychische Erkrankung
- **Belastungstyp 2:** Ressourcenmangel/Überforderung
- **Belastungstyp 3:** Minderjährigkeit/mangelnde soziale Unterstützung/unerwünschte Schwangerschaft
- **Belastungstyp 4:** Längerfristige Trennung von Mutter und Kind (Frühgeburt/Krankheit) oder Mehrlingskind.

### Wie lange dauerte die Betreuung, und welche präventiv-gesundheitsfördernden und psychosozialen Leistungen erbrachten die Familienhebammen im Verlauf ihrer Betreuung?

Im Durchschnitt dauerte die Betreuung durch die Familienhebammen bei jenen 174 Familien (43 %<sup>4</sup>) am längsten, die bis zum ersten Geburtstag des Kindes begleitet wurden (ca. zwölf Monate), und war bei 36 Familien (9 %), in welchen das Kind in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurde, mit knapp vier Monaten am kürzesten. Die Betreuung wurde bei 193 Familien (48 %) im Mittel nach ca. sechs Monaten beendet, da aus Sicht der Familienhebamme oder der Hauptbezugsperson des Kindes keine Notwendigkeit mehr bestand.

Nachfolgend sollen die Leistungen der Familienhebammen differenziert anhand von zwei Vergleichsgruppen dargestellt werden: den Familien, die bis zum ersten Geburtstag des Kindes (Abkürzung: G) und den Familien, die bis zur Inobhutnahme oder Adoption (Abkürzung: I/A) begleitet wurden.

Im Betreuungsverlauf machten die Familienhebammen pro Familie im Durchschnitt 30 (G) bzw. elf (I/A) **Hausbesuche**. In einzelnen Fällen betrug die maximale Anzahl jedoch 101 (G) bzw. 40 (I/A) Besuche.

Während ihrer Schwangerschaft erhielten 80 Frauen, die bereits bis zur 38. Schwangerschaftswoche mit der Familienhebamme Kontakt aufgenommen hatten, im Durchschnitt acht (G) bzw. fünf (I/A) unterstützende Beratungen.

Im Rahmen der Hausbesuche boten die Familienhebammen gesundheitsbezogene Leistungen, Maßnahmen zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung, psychosoziale Leistungen und informative und unterstützende Maßnahmen an (siehe Tabelle 1).

Zu **Gesundheitsfördernden Leistungen** wurden Beratungen zum Stillen, zum Abstillen, zur Flaschen- und Beikosternährung, zum Beruhigen des Kindes und zur Förderung des Einschlafens, zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie zu sonstigen Themen wie beispielsweise die Geschwisterbeziehung oder Hygiene (insbesondere nach der 8. Woche nach der Geburt) gezählt. Unter die **Förderung der Mutter-Kind-Beziehung** fielen alle Handlungen der Familienhebammen, die Hauptbezugsperson zu alters- und situationsgerechten Reaktionen auf das Kind anzuleiten und sie in ihrem Verhalten zu bestätigen und zu motivieren.

Als **Psychosoziale Leistungen** galten einerseits die Bemühungen der Familienhebammen, die Eltern bei emotionalen Belastungen (Konflikte, Trauer, depressive Verstimmung, soziale Isolation, subjektiv erlebte Hilflosigkeit) und in Situationen der Überforderung zu unterstützen. Diese Form der Unterstützung wurde sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt angeboten. Andererseits zählte dazu auch, dass die Familienhebammen Informationen zu externen Hilfeangeboten gaben und bei Erkrankung oder Behinderung eines Elternteils oder des Kindes beratend und unterstützend zur Seite standen.

Unter »**informativen und unterstützenden Maßnahmen**« wurde verstanden, dass die Eltern (vor und nach der Geburt des Kindes) durch die Familienhebammen ermutigt und motiviert wurden (im Sinne eines Coaching), Termine in Arztpraxen oder bei Behörden zu vereinbaren und einzuhalten oder Formulare korrekt auszufüllen. In einigen Fällen fiel darunter auch die Vermittlung einer Haushaltshilfe sowie die persönliche Begleitung der Mutter zu Terminen oder zur Geburt des Kindes.

Von allen Leistungen der Familienhebammen ab der 8. Woche nach der Geburt, wenn die übliche Wochenbettbetreuung beendet ist, entfielen ca. 50 % auf gesundheitsfördernde Leistungen. Im Verlauf der Betreuung wurden demnach pro Familie im Durchschnitt insgesamt 73 (G) bzw. 20 (I/A) **gesundheitsfördernde Leistungen** getätigt. In einzelnen Familien waren

4 Derjenigen Familien, deren Betreuung zum Ende der wissenschaftlichen Begleitforschung bereits abgeschlossen war: hier insgesamt 403 Familien (ohne sog. »Ausreißer« in der Betreuungsdauer)



sie bis zu 266 (G) bzw. 99 (I/A) Mal erforderlich. Die unterschiedlichen Gründe dafür waren mangelnde Gewichtszunahme, Schwierigkeiten in der Zubereitung der Nahrung oder Pflege des Kindes oder wiederholte Erkrankungen des Kindes. Die **Mutter-Kind-Beziehung** wurde im Durchschnitt bei 29 (G) bzw. 9 (I/A) Hausbesuchen pro Familie durch die Familienhebammen gefördert. Jedoch war in bestimmten Fällen eine diesbezügliche Unterstützung der Eltern bis zu 101 (G) bzw. 41 (I/A) Mal notwendig.

Beratungen und **psychosoziale Unterstützung** gewährleisteten die Familienhebammen im Durchschnitt bei 29 (G) bzw. 14 (I/A) Hausbesuchen pro Familie. Bei einzelnen Betreuungen mussten die Familienhebammen diese Unterstützung bei 167 (G) bzw. 72 (I/A) Anlässen geben. Die Familienhebammen informierten und unterstützten die Familien durch wiederholtes Coaching bei durchschnittlich 20 (G) bzw. acht (I/A) Hausbesuchen. Verschiedene Familien benötigten diese »**informativen und unterstützenden Maßnahmen**« bis zu 93 (G) bzw. 43 (I/A) Mal.

**Tabelle 1: Durchschnittliche Anzahl der von den Familienhebammen geleisteten Maßnahmen pro betreute Familie – aufgeteilt in die Gruppe der Familien, die bis zum ersten Geburtstag des Kindes betreut wurden, und die Gruppe der Familien, deren Kind zur Adoption freigegeben oder in Obhut genommen wurde**

| Grund der Betreuungsbeendigung |                     | Anzahl                                |   |  |  |   |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------------------|---|--|--|---|
|                                |                     | der Leistungen in der Schwangerschaft | gesundheitsfördernder Leistungen <sup>1</sup> | Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung <sup>2</sup> | psychosozialer Leistungen <sup>2</sup> | informativer, unterstützender Leistungen <sup>2</sup> |
| <b>Kind ist 1 Jahr alt</b>     | Anzahl der Familien | 63                                    | 170   | 170  | 170                                    | 170   |
|                                | <b>Mittelwert</b>   | <b>8,16</b>                           | <b>73,32</b>                                  | <b>29,28</b>   | <b>28,52</b>                           | <b>19,75</b>  |
|                                | Median              | 6,00                                  | 69,00   | 26,00  | 18,00                                  | 16,50   |
|                                | Standardabweichung  | 6,905                                 | 38,946  | 18,807   | 30,541                                 | 16,947  |
|                                | Minimum             | 0                                     | 8   | 0  | 0                                      | 0   |
|                                | Maximum             | 32                                    | 266   | 101  | 167                                    | 93  |
| <b>Inobhutnahme/Adoption</b>   | Anzahl der Familien | 17                                    | 36  | 36   | 36                                     | 36  |
|                                | <b>Mittelwert</b>   | <b>4,65</b>                           | <b>20,42</b>                                  | <b>8,97</b>  | <b>13,50</b>                           | <b>7,53</b>   |
|                                | Median              | 3,00                                  | 16,00   | 5,00   | 8,00                                   | 2,50  |
|                                | Standardabweichung  | 4,527                                 | 18,066  | 9,758  | 16,850                                 | 11,170  |
|                                | Minimum             | 0                                     | 0   | 0  | 0                                      | 0   |
|                                | Maximum             | 19                                    | 99  | 41   | 72                                     | 43  |

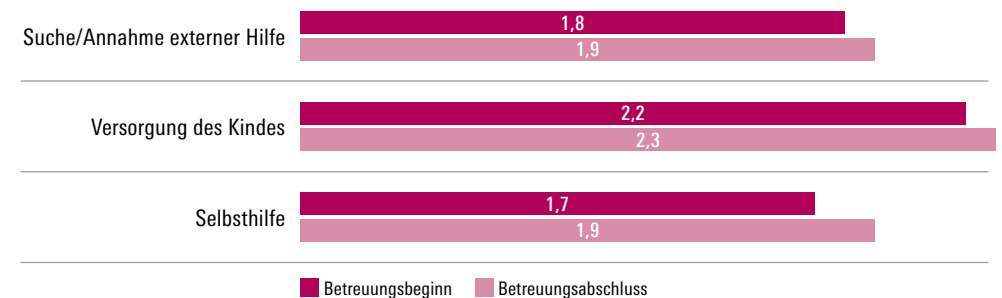
<sup>1</sup> in der Schwangerschaft und nach der Geburt

<sup>2</sup> nach der Geburt

### In welchen Bereichen zeigten die Mütter einen Zuwachs ihrer mütterlichen Kompetenzen?

Die Kompetenzen der Mütter wurden durch die Familienhebammen zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung in drei Bereichen erfasst: in der direkten Versorgung des Kindes (»Versorgung des Kindes«), in der Selbsthilfe und Organisation des Familienlebens mit dem Kind bzw. den Kindern (»Beitrag zum Familienleben«) sowie in der Suche und Annahme externer Hilfe (»Inanspruchnahme von Hilfe«). Sowohl zu Beginn als auch zum Abschluss der Betreuung wurden die mütterlichen Kompetenzen im Bereich der »Versorgung des Kindes« von den Familienhebammen höher eingeschätzt als in den anderen beiden Bereichen.

**Abb. 4: Mittelwerte der mütterlichen Kompetenzen auf einer Skala von 1 bis 3 (Betreuungsbeginn; Betreuungsabschluss; Je nach Item zwischen n=428 und n=444)**



Zu Beginn der Betreuung fielen die Kompetenzen der Mütter sowohl im Bereich ihres »Beitrags zum Familienleben« als auch in der »Versorgung des Kindes« wesentlich niedriger aus, wenn die Familien mehreren und/oder schwergewichtigen Belastungsfaktoren ausgesetzt waren. In diesen beiden Bereichen hatten außerdem diejenigen Mütter deutlich eingeschränkte Kompetenzen, welche dem Belastungstyp 2 (Ressourcenmangel/Überforderung) zuzurechnen waren.

Insgesamt gesehen nahmen die Kompetenzen der Mütter im Verlauf der fachlichen Begleitung durch die Familienhebammen zu, mit Ausnahme derjenigen Mütter, deren Kind in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurde. Ihre Kompetenzen wurden von den Familienhebammen zum Zeitpunkt der Betreuungsbeendigung im Bereich der »Versorgung des Kindes« als wesentlich schlechter eingeschätzt.

Die mütterliche Säuglingspflege und Ernährung des Kindes sowie die Beziehung der Mutter zu ihrem Kind wurden zu Beginn und zum Abschluss der Betreuung von den Familienhebammen auf einzelnen standardisierten Skalen (niedriger Skalenwert = geringe Qualität, hoher Skalenwert = hohe Qualität) eingeschätzt.

Die **mütterliche Säuglingspflege**, welche unter anderem die Bekleidung, Hygiene und die Qualität des Schlafplatzes berücksichtigte, hatte sich zum Abschluss der Betreuung in allen Gruppen – außer im Falle der Inobhutnahme oder Freigabe zur Adoption – wesentlich verbessert. In Familien, die einen hohen Belastungsfaktor aufwiesen oder dem Belastungstyp 1 (Gewalt- und Konflikterfahrungen/Sucht/psychische Erkrankung) bzw. dem Belastungstyp 2 (Ressourcenmangel/Überforderung) angehörten, waren die Endwerte jedoch deutlich niedriger als in den anderen Gruppen.

Bei der Bewertung der **Ernährung des Kindes** wurde berücksichtigt, ob die Nahrung altersgerecht und für die Gesundheit des Kindes zuträglich war. Es zeigte sich, dass bereits zu Beginn der Betreuung die niedrigsten Werte bei denjenigen Familien vorlagen, bei welchen das Kind letztlich in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurde. In diesen Familien verschlechterte sich die Qualität der Ernährung im Verlauf der Betreuung so dramatisch, dass eine Inobhutnahme unvermeidlich war. Ein sehr deutlicher Zusammenhang bestand zwischen einer mangelnden Ernährungssituation des Kindes und einem höheren Belastungsfaktor der Familie bzw. dem Belastungstyp 2 (Ressourcenmangel/Überforderung).

Die **Beziehung der Mutter zu ihrem Kind** wurde anhand der Qualität ihrer Berührung des Kindes, ihrer verbalen und mimischen Reaktionen auf das Kind und ihrer Äußerungen über das Kind eingeschätzt. Sie verbesserte sich im Verlauf der Betreuung wesentlich in denjenigen Familien, die im Durchschnitt länger als vier Monate begleitet wurden. Die Beziehungsqualität in den Familien, deren Kind letztendlich in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben wurde, war bereits zu Betreuungsbeginn am niedrigsten eingeschätzt worden und wurde zum Abschluss der Betreuung noch geringer bewertet. Diejenigen Familien, denen eine mangelhafte Mutter-Kind-Beziehung zugeschrieben wurde, waren im Durchschnitt stärker psychosozial belastet (hoher Belastungsfaktor) als Familien mit einer befriedigenden oder sehr guten Mutter-Kind-Beziehung. Niedrige Werte hingen überdies wesentlich mit dem Belastungstyp 2 (Ressourcenmangel/Überforderung) zusammen.

### Wie wurden präventive Maßnahmen genutzt?

Zum Ende der Schwangerschaft hatten mehr als vier Fünftel der Frauen eine Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien wahrgenommen. Bei dem verbleibenden Fünftel konnten die Familienhebammen keinen Einfluss mehr nehmen, da die Frauen erst zum Ende ihrer Schwangerschaft in die Betreuung der Familienhebammen kamen. Ein Geburtsvorbereitungs- oder ein Rückbildungskurs (in einer Gruppe) wurde von den Frauen kaum genutzt. Die von den Familienhebammen betreuten Familien nahmen zu einem sehr hohen Prozentsatz (mit Schwankungen entsprechend der Gründe der Betreuungsbeendigung) die Vorsorgeuntersuchungen für ihr Kind in Anspruch: U3 (99 %), U4 (97 %) und U5 (90 %). Der Anteil der vollständig geimpften Kinder in diesen hoch belasteten Familien betrug entsprechend der vorhandenen Angaben 91,1 %.

### Wie nahmen die Familienhebammen ihre Lotsinnenfunktion zu relevanten Akteuren des Gesundheits- und Sozialsystems wahr?

Im Verlauf der Betreuung von 304 Familien (41 %) wurde eine Vermittlung der Familie zu oder eine Zusammenarbeit mit Akteuren der Frühen Hilfen (Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen) durch die Familienhebammen dokumentiert. Obwohl die Betreuungszeit der Familien, deren Säugling in Obhut genommen oder adoptiert wurde, mit vier Monaten am kürzesten war, wurden die Akteure der Frühen Hilfen in diesen Fällen am häufigsten von den Familienhebammen kontaktiert, nämlich im Durchschnitt zwölf Mal. Bei Familien, die bis zum ersten Geburtstag ihres Kindes, das heißt durchschnittlich zwölf Monate, betreut wurden, ergriffen die Familienhebammen durchschnittlich zehn Mal die Initiative, die Familie an Akteure der Frühen Hilfen zu vermitteln oder mit Einverständnis der Familie Absprachen zu treffen. Dabei kontaktierten die Familienhebammen pro Familie die Kinder- und Jugendhilfe am häufigsten, nämlich bei durchschnittlich fünf Anlässen. Mit Sozialarbeiter/-innen und Arztpraxen nahmen sie jeweils vier Mal und mit Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen sowie mit Leiter/-innen von Mutter-Kind-Heimen oder Tageseinrichtungen bei ca. drei Anlässen Kontakt auf.

### Wie hoch war der Arbeitsaufwand der Familienhebammen?

Der Arbeitsaufwand für das erweiterte Tätigkeitsspektrum betrug nach einer Übergangsphase (Zeitraum von sechs Monaten nach Abschluss der Weiterbildung) durchschnittlich 24 Stunden im Monat pro Familienhebamme. Jede Familienhebamme betreute im gesamten Projektzeitraum im Mittel 24 Familien, wobei die Fallzahl der acht Familienhebammen in den Städten höher ausfiel (34 Familien) als diejenige der 23 Familienhebammen in den ländlichen Regionen (22 Familien), was sich unter anderem durch längere Anfahrtswege erklären lässt.

Der Einsatz der Familienhebammen lässt sich bei 31 Familienhebammen und 45 Arbeitswochen pro Jahr mit einem monetären Aufwand von ca. 280.500 Euro veranschlagen. Dabei kostete die Betreuung pro Familie im Durchschnitt 750 Euro (berechnet aus den Kennzahlen für 238 Familien, welche im Jahr 2008 durchgängig von 18 Familienhebammen betreut wurden).

### **Wie erlebten die Mütter die fachliche Begleitung durch die Familienhebammen?**

Alle betreuten Mütter hatten die Gelegenheit, die Familienhebammenbegleitung in einem standardisierten Fragebogen zu bewerten. Sie schätzten die beratenden, praktisch-anleitenden und psychosozialen Unterstützungsleistungen der Familienhebammen äußerst positiv ein und vergaben sowohl vor als auch nach der Geburt des Kindes 51 bzw. 52 von maximal 56 Punkten. Sie hatten großes Vertrauen zu den Familienhebammen und gaben an, den Familienhebammen ihre eigene schwierige Situation oder ihr schlechtes subjektives Befinden vorbehaltlos offenbaren zu können.

Die darüber hinaus in persönlichen Interviews befragten Mütter (n=10) betonten, dass ihnen die gute Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit der Familienhebamme sehr wichtig sei. Sie schätzten ihre Rolle als Vertreterin und »Anwältin« gegenüber anderen Akteuren, insbesondere dann, wenn sie einzelnen Professionellen oder Berufsgruppen misstrauten und vor ihnen Angst hatten. Es wurde deutlich, dass ein offenes Angebot der Familienhebammenhilfe und damit eine freiwillig angenommene fachliche Unterstützung eine wichtige Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Eltern und der Familienhebamme sind. Dagegen wurde die vom Jugendamt oder dem Familiengericht ausgesprochene Auflage, die Unterstützung einer Familienhebamme anzunehmen, von den Eltern eher als Einschränkung ihrer Autonomie – und somit negativ – empfunden.

In Telefoninterviews, die mehrere Monate nach Abschluss der Betreuung durchgeführt wurden, schätzten 97 % der Befragten (n=37) den positiven Einfluss der Familienhebammen auf die Versorgung und Gesundheit des Kindes und die Erreichbarkeit und Vertrauenswürdigkeit der Familienhebammen sehr hoch ein. Knapp zwei Drittel der betreuten Familien erhielten durch sie bessere Kontakte zu anderen Akteuren der Frühen Hilfen.

Zwei Drittel der Frauen empfanden den Zeitpunkt, an dem die Familienhebammenbetreuung abgeschlossen wurde, als angemessen. Ein Fünftel der Frauen hatte jedoch das Gefühl, plötzlich allein dazustehen, obwohl über die Hälfte von ihnen immer noch durch Akteure der Kinder- und Jugendhilfe betreut wurden. Auch die Person ihres Vertrauens in ihrer Wohnumgebung

und die relativ hohe soziale Unterstützung, die sie hatten, konnten diesen Effekt anscheinend nicht abmildern. Über ein Viertel hatte nach Beendigung der Familienhebammenbetreuung einen neuen Ansprechpartner aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen erhalten. Dass die Frauen sich jedoch gut mit der neuen Situation arrangierten, ist daraus ersichtlich, dass nur zwei Teilnehmerinnen (6 %) die Zeit nach dem Betreuungsabschluss als schwierig beschrieben.

### **Wie beurteilen Mütter die Unterstützung durch das gesamte Netzwerk Frühe Hilfen?**

Die Wirksamkeit der Akteure der Frühen Hilfen und von in Vereinen ehrenamtlich tätigen Personen wurde im Durchschnitt relativ positiv bewertet entsprechend den subjektiven Erwartungen der Befragten. Jedoch wurde das Netzwerk der Frühen Hilfen selbst von Frauen, die den Hilfsangeboten offen gegenüberstanden, als unübersichtlich und undurchschaubar erlebt. Zur Verunsicherung der Frauen trug häufig auch bei, dass mehrere Akteure parallel nebeneinander in einer Familie tätig waren und sie den Eltern teilweise nicht deckungsgleiche Informationen gaben. Ist das Vertrauen der Frauen zu den jeweiligen Akteuren auf der Grundlage einer effektiven fachlichen Unterstützung gewachsen – wobei der »erste Eindruck« besonders wichtig zu sein scheint –, wird die Beziehung zu den Akteuren als umso gelungener erlebt.

Hinsichtlich der Versorgungssituation der Familien durch Ämter und Behörden fühlten sich 68 % der Befragten richtig gut versorgt. Dagegen erhielten 19 % der Familien aus ihrer Sicht zu wenig amtliche Hilfen und 46 % der Familien schätzten ihre derzeit verfügbaren finanziellen Mittel als nicht ausreichend ein. Ein Anteil von 13 % der befragten Frauen fühlte sich aufgrund zu vieler amtlicher Hilfen übertversorgt.

## DISKUSSION

### Familienhebammen

Entsprechend ihrer Primärqualifizierung stellen die Familienhebammen als Angehörige eines Gesundheitsfachberufs den betreuten Familien eine große Anzahl von gesundheitsfördernden Leistungen zur Verfügung, die im Durchschnitt etwa die Hälfte ihrer Gesamtleistungen ausmachen. Bei besonders belasteten Lebenssituationen und insbesondere bei jenen Familien, deren Kind zur Adoption freigegeben oder letztlich in Obhut genommen wurde, führten sie gesundheitsfördernde Maßnahmen bis zu fünf Mal so häufig durch wie in einem durchschnittlichen Betreuungsverlauf. Dieser hohe gesundheitsorientierte Betreuungsaufwand macht deutlich, dass die Familienhebammen einen wesentlichen Bedarf dieser psychosozial hoch belasteten Familien abdecken.

Die regelmäßigen Hausbesuche der Familienhebammen über einen langen Zeitraum versetzen diese in die Lage, den Unterstützungsbedarf der Familien alltagsnah einzuschätzen und entsprechende beratende, informative und unterstützende Maßnahmen zu ergreifen. Von besonderer Bedeutung sind dabei ihre wiederholte praktisch-anleitende Unterstützung und ihr motivierendes Coaching sowie die Förderung der Beziehung zwischen dem Kind und seiner Hauptbezugsperson.

Die gute Erreichbarkeit und die Unterstützungsmaßnahmen der Familienhebammen werden von den Müttern äußerst positiv eingeschätzt, was zum einen das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und den Familienhebammen positiv bestärkt und zum anderen die Wirksamkeit dieser Maßnahmen begünstigt. Letztere lässt sich anhand der Dokumentationen nachweisen: So nahmen im Verlauf der fachlichen Begleitung die Kompetenzen der Mütter bezüglich einer angemessenen Säuglingspflege und der Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind deutlich zu. Allerdings konnte auch beobachtet werden, dass in denjenigen Familien, die mehreren und/oder schwerwiegenden Belastungsfaktoren ausgesetzt waren, die mütterlichen Kompetenzen nicht so deutlich gesteigert werden konnten oder – wie im Falle der Familien, in welchen das Kind letztendlich nicht mehr in der Familie verbleiben konnte – sogar noch schlechter ausfielen. Die Tatsache, dass meist eine unzureichende Ernährung des Kindes den Ausschlag für eine Inobhutnahme gab, weist einerseits auf die Dringlichkeit hin, diese hoch belasteten Familien engmaschig durch eine Gesundheitsfachkraft, wie die Familienhebamme, zu begleiten. Andererseits wird deutlich, dass bei den Eltern große Defizite vorliegen, die selbst durch eine intensive Betreuung durch die Familienhebamme – und meist parallel durch die Kinder- und

Jugendhilfe – nicht kompensiert werden können. In diesem Fall kann die vermeintliche Wirkungslosigkeit der Familienhebamme nicht als deren Versagen aufgefasst werden.

Die durch vielfache Methoden gestützte Studie zur Tätigkeit der Familienhebammen bekräftigt den wesentlichen Beitrag, den die Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen leisten, und lotet ihre vermutete Wirksamkeit in der fachlichen Begleitung von gesundheitlich und psychosozial hoch belasteten Familien vielfältig aus. Dabei erweist sich als vermutlich wichtigste Bedingung für die Wirksamkeit einer Familienhebamme: der Aufbau des Vertrauens zwischen Mutter/Eltern und Familienhebamme. Vertrauen entwickelt sich, wenn die Eltern – aus Eigeninitiative oder durch Vermittlung anderer Akteure – ihre Bedürfnisse und die des Kindes im Gespräch an die Familienhebamme herantragen und diese deren Auftrag als Arbeitsgrundlage annimmt (Behrens & Langer 2010).

Familienhebammen sind in den Aufgabenfeldern Früher Hilfen dennoch kein »Allheilmittel«, das eine Inobhutnahme oder eine Gefährdung des Kindeswohls prinzipiell ausschließt. Als Teil eines multiprofessionellen Netzwerks Frühe Hilfen unterstützen sie insbesondere Eltern mit psychosozialen Belastungen und eröffnen ihnen den Zugang zu weiteren passgenauen Hilfeangeboten.

## LITERATUR

- Ayerle, G. M. (2009).** Prädikat Familienhebamme. *Hebammenforum*, 7, 529-535.
- Ayerle, G. M., Nitschke, M., Behrens, J. & Luderer, C. (2009).** »FrühStart« - Die Betreuung hoch belasteter Familien durch Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. In *Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten: Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. vom 19.-21. November in Berlin* (pp. 185-193). Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik.
- Ayerle, G. M., Luderer, C. & Behrens, J. (2009).** Die Begleitung von Familien mit besonderen Belastungen durch Familienhebammen: Das Spektrum gesundheitsfördernder Leistungen und die Perspektive der Nutzerinnen. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*, 8(1), 6-25. URL: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-08-01.pdf> (Stand: 12.3.2012)
- Ayerle, G. M., Luderer, C. & Behrens, J. (2010a).** FrühStart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben. In Renner, I., Sann, A. & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen: Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen* (S. 67-87). Köln: BZgA.
- Ayerle, G. M., Luderer, C. & Behrens, J. (2010b).** Modellprojekt FrühStart - Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt: Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53, 1158-1165.
- Ayerle, G. M., Makowsky, M. & Schücking, B. A. (2011).** Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives. *Midwifery*, doi: 10.1016/j.midw.2011.05.009.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010).** Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung (3., überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- BGBl 2011.** Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) vom 22. Dezember 2011. *Bundesgesetzblatt Teil I 2011 Nr. 70* 28.12.2011 S. 2975. [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&start=/\\*\[@attr\\_id=%27bgbl111s2975.pdf%27](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*[@attr_id=%27bgbl111s2975.pdf%27) (Stand: 12.3.2012)
- Deutsche Presseagentur (dpa) (2007a).** Chronologie: Wenn Kinder vernachlässigt werden. Spiegel Online (21.11.2007). Webseite: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,518771,00.html> (Stand: 12.3.2012)
- Deutsche Presseagentur (dpa) (2007b).** Vernachlässigtes Mädchen: Lea-Sophie wog nur noch sieben Kilo – Ärzte entsetzt, Spiegel Online (22.11.2007). Webseite: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,518890,00.html> (Stand: 12.3.2012)
- Engfer, A. (2005).** Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (S. 319). Stuttgart: Schattauer.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1998).** Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Hellwig, S. und Jeska, A. (2006).** Kindesmisshandlung: Tod in Bremen. *DIE ZEIT*, 43 (19.10.2006). Webseite: <http://www.zeit.de/2006/43/Bremen> (Stand: 12.3.2012)
- KOMDAT (2006).** Jugendhilfe. Kommentierte Daten der Jugendhilfe, Informationsdienst der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (9. Jg.). Sonderausgabe Oktober 2006.
- Luderer, C., Ayerle, G. M. & Behrens, J. (2010).** FrühStart: Exemplarische Klientinnenpfade und Bruchstellen im System Frühe Hilfen. In Renner, I., Sann, A. & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen: Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen* (S. 222-240). Köln: BZgA.
- Münder, J., Mutke, B., & Schone, R. (2000).** Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010).** FrühStart – Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt. <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/wissenschaftliche-begleitung/fruehstart-familienhebammen-im-land-sachsen-anhalt-sachsen-anhalt> (Stand: 12.3.2012)
- Renner, I., Heimeshoff, V. (2010).** Modellprojekte in den Ländern: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
- Statistisches Bundesamt (2008).** *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Unicef (2003).** A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. Florence: Unicef.

## PUBLIKATIONEN DES NATIONALEN ZENTRUMS FRÜHE HILFEN (NZFH)

### **Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen**

Materialien zu Frühen Hilfen 5. Elke Mattern, Gertrud M. Ayerle, Johann Behrens.  
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012. Bestellnummer: 16000129

### **Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen für Hebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich**

Materialien zu Frühen Hilfen 6. Gertrud M. Ayerle, Kristin Czin Zoll, Johann Behrens.  
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012. Online abrufbar unter [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

### **Kompetenzprofil Familienhebammen**

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012. Bestellnummer: 16000130

### **Der Einsatz von Familienhebammen in lokalen Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen**

Ute Lange, Christiane Liebald. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.  
Bestellnummer: 16000134

### **Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung**

Ilona Renner, Viola Heimeshoff. Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.  
Bestellnummer: 16000117

### **Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen**

Hrsg.: Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.  
Bestellnummer: 16000116

Diese und weitere Publikationen des NZFH können Sie unter [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de) kostenlos herunterladen oder unter der Angabe der Bestellnummer anfordern.

### **Herausgeber:**

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)  
in der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

[www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

### **Autorin:**

Gertrud M. Ayerle

### **Redaktion:**

Ilona Renner

### **Gestaltung:**

Lübbeke | Naumann | Thoben, Köln

### **Druck:**

Rasch, Bramsche

### **Auflage:**

1.5.10.12

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom NZFH kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger oder Dritte bestimmt.

### **Bestelladressen:**

Fax: 0221 8992 257

E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Post: BZgA, 51101 Köln

Bestellnummer: 16000131

ISBN: 978-3-942816-28-1

