

**HOCHSCHULE FÜR ÖFFENTLICHE VERWALTUNG
UND FINANZEN LUDWIGSBURG**

**Studiengang Innenverwaltung
Wahlpflichtfach „Gesellschaft im Wandel“**

**Die Familienhebamme – Eine Hilfe für junge Familien
zur Prävention von Kindeswohlgefährdung**

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des Grades einer Diplom-Verwaltungswirtin (FH)

vorgelegt von

Anita Hafner

Studienjahr 2008/2009

Erstgutachterin: Isabella König-Dreher, Ass. jur.

Zweitgutachterin: Manuela Rettig (M.A.)

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Anlagenverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Elternrecht und staatliches Wächteramt.....	3
2.1 Kindeswohlgefährdung.....	5
2.2 Frühe Hilfen.....	7
3 Familienhebammen	10
3.1 Entwicklung.....	10
3.2 Zielgruppen.....	12
3.3 Aufgaben	14
3.4 Tätigwerden.....	17
3.5 Arbeitsorganisation.....	18
3.5.1 Unterstützung.....	21
3.5.2 Probleme.....	23
4 Bisherige Möglichkeiten der rechtlichen Einordnung	25
4.1 Leistungen des Gesundheitswesens.....	26
4.1.1 Katalogleistung der Krankenkassen	27
4.1.2 § 20 SGB V (Prävention).....	30
4.1.3 Finanzierung	31
4.2 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe	32
4.2.1 Niedrigschwellige Hilfen.....	33
4.2.2 § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie)...	34
4.2.3 § 18 SGB VIII (Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts)	36
4.2.4 §§ 27 i.V.m. 31 SGB VIII (Hilfe zur Erziehung in Form der Sozialpädagogischen Familienhilfe).....	37
4.2.5 Finanzierung	41

4.3	Rechtliche Würdigung.....	42
5	Zusammenfassende kritische Betrachtung.....	44
6	Familienhebammen in Baden-Württemberg: Das Projekt Familienhebammen in Pforzheim	48
7	Fazit.....	53
Anlagen.....		VII
Literaturverzeichnis.....		XXIII
Erklärung.....		XXXI

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
AZ	Aktenzeichen
BDH	Deutscher Hebammenverband e.V. (vor Oktober 2008: Bund Deutscher Hebammen e.V.)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BVerfGE	Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
CEP	Centrum für Europäische Politik
Ders.	Derselbe
EU	Europäische Union
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
HebBO	Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsordnung)
HebGebO	Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales über die Gebühren für die Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Hebammengebührenordnung)
HebVV	Hebammenvergütungsvereinbarung
Hrsg.	Herausgeber
HS	Halbsatz
i.d.R.	in der Regel
i.S.d.	im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
Jg.	Jahrgang
KiFaZ	Kinder- und Familienhilfezentrum Barmbek-Süd in Hamburg
KJuG	Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz
Lfg.	Lieferung
MuSchG	Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz)
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz)
OLG	Oberlandesgericht
o.O.	ohne Ort
Rn.	Randnummer

RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Satz oder Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
vgl.	vergleiche
ZKJ	Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe

Anlagenverzeichnis

Anlage 1:	http://www.familienhebamme.de/wir.html	VII
Anlage 2:	Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!.....	VIII
Anlage 3:	Schöllhorn, Angelika: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (0-3 Jahre) in besonderen Belastungssituationen.....	IX
Anlage 4:	MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Vorbeugen ist besser als heilen.....	X
Anlage 5:	MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht 2008.....	XI
Anlage 6:	AOL Nachrichten: Brüssel will den Mutterschutz verlängern.....	XII
Anlage 7:	Spiegel: Familienpolitik.....	XIII
Anlage 8:	Centrum für Europäische Politik (CEP): EU-Änderungsrichtlinie – Verbesserung des Mutterschutzes.....	XIV
Anlage 9:	Stadt Münster: Öffentliche Berichtsvorlage V/0192/2005 vom 02.05.2005.....	XV
Anlage 10:	Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V.: Zuständigkeit.....	XVI
Anlage 11:	Pforzheimer Zeitung: Hebammen sind gefragt.....	XVII
Anlage 12:	Stadt Pforzheim: Verwaltungshaushalt 2009.....	XVIII
Anlage 13:	Flyer Familienhebamme Pforzheim.....	XIX
Anlage 14:	Handlungskonzept Pforzheim.....	XX
Anlage 15:	Protokoll Telefonat mit Frau Kirner.....	XXI
Anlage 16:	E-mail Frau Clauß.....	XXII

1 Einleitung

Frau Z., eine 24-jährige Türkin, lebt seit zwei Jahren in Deutschland und wohnt mit ihrem Mann in einer Ein-Zimmer-Wohnung. Sie versteht nur wenig Deutsch. Ihr erstes Kind ist im Alter von drei Monaten am plötzlichen Kindstod verstorben. Nur zwei Monate später ist sie erneut schwanger. Als das Kind vier Monate alt ist, wendet sich Frau Z. an eine Beratungsstelle, die sie an eine Familienhebamme vermittelt. Diese stellt bei ihrem ersten Hausbesuch fest, dass Frau Z. scheinbar keine angemessene Beziehung zu dem Säugling hat. Frau Z. gibt an, sich nicht über das Kind freuen zu können. Offensichtlich hat sie die Trauer über ihr erstes Kind noch nicht verarbeitet. Frau Z. macht sich zudem große Sorgen über die finanzielle Situation, da ihr Mann vor Kurzem ins Gefängnis abgeholt wurde und sie nun mittellos dasteht. Die Familienhebamme hört zu und versucht, Frau Z. zu beruhigen. Sie bietet ihr an, sie am nächsten Tag zum Sozialamt zu begleiten. Anschließend untersucht sie das Kind. Sie stellt fest, dass Frau Z. die Vorsorgeuntersuchungen für den Säugling nicht in Anspruch genommen hat und weist sie auf deren Wichtigkeit hin. Bevor sie geht, hinterlässt die Familienhebamme ihre Telefonnummer und fordert Frau Z. auf, anzurufen, wenn sie sich irgendwie besorgt fühlt oder Fragen hat.¹

So könnte ein typischer Betreuungsfall einer Familienhebamme aussehen. Die Besonderheit von Familienhebammen liegt in der Verknüpfung von medizinischem und sozialpädagogischem Handeln und der Ausrichtung auf eine spezielle Zielgruppe. Hebammen begleiten (werdende) Eltern vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit.² Durch ihre Arbeit haben sie frühzeitig direkten und umfassenden Zugang zu Familien in der Zeit rund um die Geburt und können Ansprechpartnerinnen und Vertrauenspersonen sein.³ Dieser Ansatz wird der Arbeit von Familienhebammen zugrunde gelegt. Familienhebammen kümmern sich vorrangig um „Problemfamilien“ wie sozial Benachteiligte, Alleinerziehende, minderjährige Mütter, Familien mit Suchtproblemen oder Fälle von Vernachlässi-

¹ Schneider, Eva: Zeitintensive Betreuung von Risikofamilien, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 490.

² Brixius-Stapf, Birgitta: Das Projekt, in: Hebammenforum, 12/2006, S. 987.

³ a.a.O., S. 987.

gung und Überforderung. Hierbei ist es besonders wichtig, zu der Familie einen engen Kontakt und eine gute Vertrauensbasis aufzubauen. Der Beruf der Hebamme ist durchweg positiv belegt und wird mit Hilfe, Unterstützung und Lebensabschnittbegleitung assoziiert. Hebammen genießen Ansehen, Akzeptanz und Vertrauen. Dies erlaubt es insbesondere den Familienhebammen in Vernetzung mit anderen Institutionen sich für das Wohl des Kindes und der Mutter auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene einzusetzen und somit vermeidbare Gefahren zu erkennen und gegebenenfalls die Folgen abzuwenden bzw. zu mildern.⁴

Im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung ist die Lebensphase vom Beginn der Schwangerschaft über Geburt und Wochenbett bis zum Ende des ersten Lebensjahres eines Kindes als vulnerable⁵ und sensible Zeit anzusehen.⁶ Wenn es hier gelingt, Mutter und Kind optimal zu versorgen, steigen die Chancen für ein gesundes Aufwachsen erheblich.⁷ Die Familienhebamme kann dazu beitragen, dass Familien trotz schwieriger Lebensbedingungen wie Armut oder sozialer Benachteiligung gesundheitsbewusster leben und hilft auch in lebenspraktischen Fragen weiter. Dadurch gewährleistet sie eine umfassende Versorgung der Familie und kann Überforderungssituationen entgegenwirken, die oftmals Auslöser für Kindeswohlgefährdungen sind.

Familienhebammen arbeiten unter schwierigen Arbeitsbedingungen und sind nicht selten unerwünscht, da die Kontaktaufnahme zumeist nicht freiwillig erfolgt, sondern über andere Institutionen, z.B. das Jugendamt, geschieht. Dennoch müssen sie zu den Schwangeren, Müttern und ihren Familien Vertrauen aufbauen, um etwas erreichen zu können.⁸ Hier sind Fingerspitzengefühl und ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten gefragt. An dieser Stelle wird deutlich, dass der Beruf der Familienhebamme nicht allen Hebammen liegt. Die Verbindung von medizinischen und psychosozialen Aspekten macht ihn zu einem ganz besonderen Hilfsangebot für Mütter und ihre Kinder, das in der vorliegenden Arbeit näher beleuch-

⁴ <http://www.familienhebamme.de/wir.html>, Internetabruf vom 27.10.2008.

⁵ Anm.: „vulnerabel“ bedeutet verletzlich, verwundbar.

⁶ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, o.O. 2006, S. 3.

⁷ Stadt Münster, Öffentliche Berichtsvorlage V/0192/2005 vom 02.05.2005, S. 1, www.stadt-muenster.de/stadt/gesundheitsamt/gruppen_lebensraumbezogene_projekte.html, Internetabruf vom 27.10.2008.

⁸ Weidner, Frank in: Schneider, Eva: Familienhebammen – Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, Frankfurt am Main 2004, S. 9 f (im Folgenden zitiert als: Familienhebammen).

tet werden soll. Insbesondere soll untersucht werden, ob Familienhebammen als Teil eines regionalen Frühwarnsystems in der Lage sind, Fälle von drohender Kindeswohlgefährdung zu erkennen und dem entgegenzuwirken, sei es durch die eigene Arbeit oder durch Weitervermittlung in andere geeignete Hilfen.

Im Folgenden werden unter „Familie“ alle möglichen Konstellationen verstanden, in denen Kinder mit mindestens einer Bezugsperson zusammenleben und von ihr versorgt werden. Ferner wird bei Berufsbezeichnungen auf die Unterscheidung von männlichen und weiblichen Formen aus Gründen der besseren Lesbarkeit weitgehend verzichtet. Es sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

2 Elternrecht und staatliches Wächteramt

Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutz der Verfassung und sind in Art. 6 des Grundgesetzes (GG) verankert. Gemäß Art. 6 Abs. 2 GG sind Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. § 1 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Aches Buch (SGB VIII) übernimmt den Wortlaut des Art. 6 Abs. 2 GG und bindet ihn somit ausdrücklich in den Kontext des Gesetzes ein.⁹ Bei Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG handelt es sich um ein Grundrecht der Eltern, das eine Abwehrfunktion gegen staatliche Eingriffe und eine Anspruchsfunktion auf Leistungen des Staates beinhaltet.¹⁰ Die Eltern haben das Recht, die Pflege und Erziehung ihrer Kinder nach ihren eigenen Vorstellungen zu gestalten.¹¹ Die Grenzen der elterlichen Befugnisse ergeben sich u.a. daraus, dass das Recht gleichzeitig auch eine Pflicht für die Eltern darstellt.¹² Die negative Freiheit der Nicht-Pflege oder Nicht-Erziehung der Kinder wird damit ausgeschlossen.¹³ Die Verknüpfung von Rechten und Pflichten unterscheidet das Elternrecht des Art. 6

⁹ Vgl. Wiesner, Reinhard in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München 2006, S. 1-1 (im Folgenden zitiert als: Handbuch Kindeswohlgefährdung).

¹⁰ Kunkel, Peter-Christian/Steffan, Ralf in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg): Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe – Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl., Baden-Baden 2006, § 1 Rn. 8 (im Folgenden zitiert als: Sozialgesetzbuch VIII).

¹¹ a.a.O., § 1 Rn. 8.

¹² Reineck, Karl-Michael: Allgemeine Staatslehre und Deutsches Staatsrecht, 15. Aufl., Hamburg 2007, Rn. 372.

¹³ Jestaedt in: Kommentar zum Bonner Grundgesetz, Loseblatt, Stand: 74. Lfg. Dezember 1995, Art. 6 Abs. 2 und 3 Rn. 29.

Abs. 2 GG von anderen Grundrechten; hierbei ist die Pflicht nicht lediglich eine das Recht begrenzende Schranke, sondern ein wesensbestimmender Bestandteil des Elternrechts.¹⁴ Insofern wird das Elternrecht von der Rechtsprechung auch als „Elternverantwortung“ bezeichnet.¹⁵ Die positive Förderung sowie der Schutz des Kindes vor Gefahren für sein Wohl obliegen zunächst den Eltern.¹⁶ In dieses Erziehungsrecht darf der Staat nur nach Maßgabe des Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG und nur unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit eingreifen.¹⁷ Dieses Eingriffsrecht des Staates wird auch als staatliches Wächteramt bezeichnet. Nur wenn Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls des Kindes vorliegen und die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, diese Gefährdung abzuwenden („Gefahrenschwelle“ des § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)), darf der Staat einschreiten und selbst die Pflege und Erziehung des Kindes übernehmen.¹⁸ Bevor es aber zu einer solchen Gefährdung kommt, sollte der Staat versuchen, durch andere Maßnahmen (etwa Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff SGB VIII) den Schadenseintritt abzuwehren.¹⁹ Diese vorbeugende Funktion unterhalb der Eingriffsschwelle des Staates kann als „Präventionsbereich des staatlichen Wächteramtes“ charakterisiert werden.²⁰

Die Arbeit der Familienhebammen fällt in diesen Präventionsbereich, da sie ansetzen will, bevor es zu Schädigungen des Kindes kommt. Familienhebammen wollen Eltern möglichst frühzeitig erreichen und sie in ihrer Erziehungs- und Familienkompetenz stärken.²¹ So soll verhindert werden, dass Eltern durch Überforderungssituationen das Wohl ihrer Kinder gefährden.

¹⁴ BVerfGE 68, 176 ff. (190).

¹⁵ Kunkel, Peter-Christian/Steffan, Ralf in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 1 Rn. 9; BVerfGE 24, 119 (143).

¹⁶ Wiesner, Reinhard in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung, S. 1-1.

¹⁷ OLG Hamm, AZ: 11 UF 53/04 in: Zentralblatt für Jugendrecht, 92. Jg. 2005, S. 373-376 (375).

¹⁸ Wiesner, Reinhard in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung, S. 1-2; Kunkel, Peter-Christian/Steffan, Ralf in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 1 Rn. 10 f.

¹⁹ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, 5. Aufl., Baden-Baden 2006, Rn. 41.

²⁰ Bringewat, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 8 a Rn. 13.

²¹ Schneider, Eva: Hebammen beraten Familien: Ein Programm macht Schule, in: Hebammenforum, 12/2006, S. 986.

2.1 Kindeswohlgefährdung

Der Begriff der Kindeswohlgefährdung ist gesetzlich nicht definiert, er wird jedoch in § 8 a SGB VIII und § 1666 BGB erwähnt. Es handelt sich dabei um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der der Auslegung bedarf.²² Nach § 1666 Abs. 1 BGB muss das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes gefährdet sein. Die Rechtsprechung versteht unter Gefährdung eine gegenwärtig in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.²³ Die Gefährdung kann dabei sowohl von den Eltern als auch von dritten Personen ausgehen.²⁴ Im neuen Gesetzeswortlaut des § 1666 Abs. 1 BGB (gültig ab dem 12.07.2008) wurde das Tatbestandsmerkmal des elterlichen Erziehungsversagens gestrichen. Vielfach waren den Eltern ein konkretes Fehlverhalten und seine Ursächlichkeit für die Gefährdung des Kindeswohls nur schwer nachzuweisen.²⁵ Durch die Beseitigung soll nun dieser Prüfschritt entfallen.²⁶

Die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung beruht auf einer Risikoeinschätzung bzw. Prognose über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von erheblichen Schädigungen für das Kind auf der Grundlage relevanter Informationen.²⁷ Die Kindeswohlgefährdung ist Voraussetzung für eine Berechtigung und Verpflichtung des Staates zum Eingriff in ansonsten grundgesetzlich geschützte Elternrechte.²⁸ Nur bei einem akuten Gefährdungsrisiko für das elementare Kindeswohl hat der Staat ein Interventionsrecht.²⁹ Es lassen sich mehrere Formen von Kindeswohlgefährdung unterscheiden. Im engeren Sinne werden darunter Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch verstanden, wobei Vernachlässigung ein Unterlassen fürsorglichen Handelns meint, Misshandlung und Miss-

²² Schone, Reinhold: Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8 a Abs. 2 SGB VIII, in: Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz (KJuG), 2/2007, S. 37.

²³ a.a.O., S. 36; BGH FamRZ (Zeitschrift für das gesamte Familienrecht) 1956, S. 351.

²⁴ Bauer in: jurisPK-BGB, 4. Aufl. 2008, § 1666 BGB Rn. 2.

²⁵ a.a.O., § 1666 Rn. 29.

²⁶ a.a.O., § 1666 Rn. 30.

²⁷ Schone, Reinhold: Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8 a Abs. 2 SGB VIII, S. 37.

²⁸ Kindler, Heinz/Sann, Alexandra: Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, in: KJuG, 2/2007, S. 42.

²⁹ Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ), 5/2008, S. 201.

brauch dagegen aktives schädliches Handeln. Im weiteren Sinne wird bereits dann von Gefährdung gesprochen, wenn aufgrund vorliegender Risikofaktoren oder erkennbarer Schwierigkeiten die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Entwicklungsverlaufes beim Kind als deutlich erhöht angesehen wird.³⁰ Das rechtliche Niveau einer Kindeswohlgefährdung i.S.d. § 1666 BGB mit der Konsequenz des Eingriffs in elterliche Sorgerechte wird dabei noch nicht erreicht.³¹ Bei vielen Misshandlungen und Vernachlässigungen von Kindern (z.B. körperliche Härte in der Erziehung, mangelnde Versorgung) ist die Gefährdungsschwelle, die einen solchen Eingriff rechtfertigt, noch nicht überschritten.³² Bei diesen Fällen besteht lediglich ein Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII.³³ Es ist also zu unterscheiden zwischen einer auf Förderung ausgelegten Orientierung am Kindeswohl, die für alle Angebote der Kinder- und Jugendhilfe gilt und insbesondere in den Hilfen zur Erziehung Ausdruck findet, und einer notwendigen kontrollierenden Intervention des Staates bei konkretem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.³⁴ Die Kinder- und Jugendhilfe muss dabei darauf achten, das Gleichgewicht zwischen Dienstleistung und Schutzauftrag zu wahren.³⁵

Als Risikoindikatoren für Vernachlässigung und Misshandlung gelten u.a. psychische Erkrankungen der Eltern, erfahrene Kindeswohlgefährdung in der eigenen Kindheit und mangelnde persönliche Reife, besonders bei sehr jungen Eltern.³⁶ Ebenfalls von Bedeutung können persönliche Belastungen der Eltern (z.B. ungewollte Schwangerschaft, Sucht), familiäre Belastungen (z.B. anhaltende Paarkonflikte) als auch Besonderheiten des Kindes (z.B. Behinderung) sein.³⁷ Auch soziale Benachteiligung und Armut erhöhen das Risiko für Kinder, von ihren Eltern

³⁰ Kindler, Heinz/Sann, Alexandra: Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, S. 43.

³¹ Schone, Reinhold: Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8 a Abs. 2 SGB VIII, S. 37.

³² a.a.O., S. 37.

³³ Hildebrandt, Johannes: „...in der Hoffnung, dass Sie nicht das Jugendamt alarmieren!“, in: ZKJ, 10/2008, S. 402.

³⁴ Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, S. 200.

³⁵ a.a.O., S. 201.

³⁶ Reinhold, Claudia/Kindler, Heinz in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung, S. 18-1 ff.

³⁷ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern, München 2007, S. 8 (im Folgenden zitiert als: Abschlussbericht Kurzevaluation).

vernachlässigt zu werden.³⁸ Liegen mehrere Risikofaktoren kumulativ vor, steigt die Gefahr von Vernachlässigung drastisch an.³⁹ Besonders für Säuglinge und Kleinkinder haben solche Gefährdungssituationen gravierende Auswirkungen, denn sie sind sowohl körperlich verletzlicher als auch abhängiger von elterlicher Fürsorge als ältere Kinder.⁴⁰ Typische Vernachlässigungs- und Misshandlungsformen im Säuglingsalter sind Schütteltrauma, Gedeihstörungen, falsches Füttern und unterlassene Aufsicht.⁴¹ Wie viele Kinder in Deutschland von Kindeswohlgefährdung betroffen sind, lässt sich nicht eindeutig bestimmen. Schätzungen differieren zwischen 48.000 und 430.000 Kindern im Alter bis zu sechs Jahren, die in gefährdeten Lebensbedingungen aufwachsen.⁴²

2.2 Frühe Hilfen

Frühe Hilfen versuchen, bei Vorliegen von Gefährdungslagen im weiteren Sinne eine Kindeswohlgefährdung im engeren Sinne zu verhindern, indem möglichst frühzeitig wirksame Hilfe angeboten wird.⁴³ Dabei sollen negative Entwicklungen erkannt und Ansätze für Vernachlässigungen und Misshandlungen, die oftmals durch Überforderung der Eltern hervorgerufen werden, schon im Keim erstickt werden, sodass es gar nicht erst zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommt. Diesen vorbeugenden Ansatz bezeichnet man auch als Prävention. Besonders risikobelastete Familien, z.B. Alkohol- und Drogenabhängige, Familien mit Migrationshintergrund oder Arme müssen in dieser Hinsicht mehr unterstützt werden, da dort erfahrungsgemäß mehr Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung auftreten.⁴⁴ Frühe Hilfen müssen daher versuchen, einen niedrigschwelligen⁴⁵ Zu-

³⁸ Seus-Seberich, Elfriede in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung, S. 21-2, 21-4.

³⁹ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 20.

⁴⁰ Reinhold, Claudia/Kindler, Heinz in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung, S. 17-1.

⁴¹ Schöllhorn, Angelika: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (0-3 Jahre) in besonderen Belastungssituationen, S. 6, http://www.lpk-bw.de/archiv/lptage/lpt2008/080705_schoellhorn_fruehhilfen.pdf, Internetabruf vom 04.12.2008.

⁴² Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, S. 200.

⁴³ Kindler, Heinz/Sann, Alexandra: Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, S. 43.

⁴⁴ Vgl. Kindler, Heinz/Sann, Alexandra: Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, S. 43.

⁴⁵ Anm.: Niedrigschwellig bedeutet, dass die Hilfe für möglichst viele Familien unmittelbar zugänglich sein muss. Nähere Ausführungen hierzu in Kapitel 4.2.1.

gang zu dieser Zielgruppe zu finden, die Risiken zu erkennen und die Familien zu motivieren, die Hilfe anzunehmen und aktiv mitzuarbeiten.⁴⁶ Die Zugangswege können vielfältig sein und reichen von Screenings⁴⁷ z.B. in Geburtskliniken über die selbsttätige Kontaktaufnahme durch die Familie bis hin zur Vermittlung durch Vertrauenspersonen, Fachkräfte oder das Jugendamt.⁴⁸ Nur wenige Hilfsangebote nutzen einen breiten und systematischen Ansatz, der alle Familien erreichen will. Dazu gehören u.a. die Screenings, beispielsweise in Geburtskliniken oder im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen der Kinder, Besuchsdienste rund um die Geburt oder auch breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit, z.B. durch den flächendeckenden Versand von Informationsmaterial.⁴⁹ Die Mehrzahl der Angebote hat spezifische Zugänge und richtet sich gezielt an bestimmte Bevölkerungsgruppen. Durch offene Treffs in Stadtteilen mit hoher Problembelastung, Elternkurse, Beratungsstellen, aufsuchende Hilfen oder Kontaktaufnahme über Vermittlungsstellen bzw. das Jugendamt werden nur bestimmte Familien angesprochen, bei denen ein Hilfebedarf vermutet wird.⁵⁰ Grundsätzlich stellt jeder aufsuchende Zugangsweg auch einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Familie dar, da ungefragt in die Privatsphäre eingedrungen wird.⁵¹ Als schwierig gestaltet sich daher die Aufgabe, die Eltern zu motivieren, die angebotene Hilfe anzunehmen und dabei zu bleiben, denn die Familien werden in den seltensten Fällen selbst aktiv und fragen nach Unterstützung, sondern bekommen die Hilfe vermittelt oder werden von ihr aufgesucht ohne danach verlangt zu haben. Die Hilfsangebote haben so einen gewissen Kontrollcharakter für die Familien und wirken stigmatisierend.⁵² Im Gegensatz zu anderen Angeboten der Frühen Hilfen wirken Familienhebammen nicht stigmatisierend, da Hebammenhilfe jeder Frau zusteht. Außerdem ist die Arbeit einer Familienhebamme noch nicht an Erziehungsdefiziten orientiert, son-

⁴⁶ Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!, in: Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 35, S. 47, http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-lkbgg/bfg/nummer35/15_helming.pdf, Internetabruf vom 04.12.2008.

⁴⁷ Anm.: Screeningverfahren dienen der Erkennung von Risikofaktoren, die rein statistisch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass in einer Familie ein Hilfebedarf vorliegen könnte. Dazu werden die Familien z.B. selbst befragt oder von Fachpersonal anhand eines Risikobogens beurteilt.

⁴⁸ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 28.

⁴⁹ a.a.O., S. 29 f.

⁵⁰ a.a.O., S. 32-35.

⁵¹ a.a.O., S. 41.

⁵² Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!, S. 50.

dern auf den Aufbau einer Mutter-Kind-Bindung und die Stärkung der Erziehungskompetenz gerichtet.⁵³ Die betreuten Familien haben so nicht den Eindruck, sie hätten etwas falsch gemacht und seien unfähig, ihre Kinder zu erziehen, denn Hebammenhilfe in Anspruch zu nehmen ist etwas Normales.

Den Familien fällt es oft schwer Hilfe anzunehmen, da sie ihren eigenen Hilfebedarf gar nicht erkennen. Vielen Eltern ist gar nicht bewusst, dass ihren Kindern etwas fehlt. Sie erleben die Hilfestellung als Einmischung und Kontrolle und lehnen sie daher ab.⁵⁴ Hier müssen die Kontaktpersonen äußerst sensibel vorgehen, um langsam eine Vertrauensbasis aufbauen zu können. Fortbildungen im kommunikativen Bereich sind hier unerlässlich.

Familienhebammen stellen eine Form der Frühen Hilfen dar, da sie gerade zu risikobelasteten Familien früh Kontakt aufnehmen und dadurch Ansätze für Kindeswohlgefährdung erkennen können. So werden sie präventiv in diesen Familien tätig und können ihnen Hilfestellung geben, damit es nicht zu Schädigungen des Kindes kommt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass ein einzelnes Angebot allein nicht alle Risiken erkennen, geschweige denn ausmerzen kann.⁵⁵ Gerade für Familien in gravierenden Unterversorgungslagen ist eine Kombination mehrerer Unterstützungsleistungen als sinnvoll anzusehen.⁵⁶ Die Reichweite und der Erfolg einzelner Maßnahmen hängen dabei deutlich vom Grad ihrer Einbindung in ein lokales Kooperationsnetzwerk ab. Das bedeutet, dass die verschiedenen Hilfen untereinander umfassend und differenziert vernetzt werden müssen.⁵⁷ Insbesondere die Verknüpfung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe ist in einem System der Frühen Hilfen von Bedeutung.⁵⁸ Vernetzung bedeutet in diesem Zusammenhang die Herausforderung, gezielt und methodisch reflektiert zusammenzuarbeiten. Es müssen Ziele definiert werden und daran ausgerichtete Vereinbarungen sowie Absprachen über personelle Zuständigkeiten und zeitliche Ressourcen getroffen werden. Lediglich Treffen in Form von „runden Tischen“ zu veranstalten, bei

⁵³ Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!, S. 51.

⁵⁴ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 42 f.

⁵⁵ Vgl. Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 77.

⁵⁶ a.a.O., S. 63.

⁵⁷ Kindler, Heinz/Sann, Alexandra: Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, S. 44.

⁵⁸ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 77.

diglich Treffen in Form von „runden Tischen“ zu veranstalten, bei denen keine genaue Abstimmung des Handelns und systematisches Aufarbeiten von Problemen und Erkenntnissen stattfindet, führt zu einem Gefühl von Ineffektivität bei den beteiligten Akteuren.⁵⁹ Die Arbeit des Netzwerkes muss einer ständigen Evaluation und Reflexion unterworfen sein, um sich den veränderten Bedarfen anpassen zu können.⁶⁰

3 Familienhebammen

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. (...) Familienhebammen betreuen schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder bis zum vollendeten 1. Lebensjahr, die gesundheitlichen, medizinisch-sozialen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind. (...) Die Betreuung findet in der Regel im vertrauten häuslichen Bereich (Hausbesuche) statt. Dabei erstreckt sich die Tätigkeit der Familienhebamme neben den allgemeinen Leistungen einer Hebamme wie Vorsorge, Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung, Nachsorge und Stillberatung und einer Kinderkrankenschwester (Ernährungsberatung, Anleitung zur Pflege etc.) vor allem auf die Motivation zur Selbsthilfe („Empowerment“) bzw. die Förderung des Selbsthilfepotentials der Frauen.⁶¹

3.1 Entwicklung

1980 wurde das erste Familienhebammenprojekt in Bremen eingerichtet mit dem Ziel, die Säuglingssterblichkeit zu senken. Diese wies in Bremen die bundesweit höchste Rate auf.⁶² Die Säuglings- und Müttersterblichkeit kann ebenso wie die durchschnittliche Lebenserwartung als Indikator zur Beurteilung des Standes der

⁵⁹ Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, S. 204.

⁶⁰ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 84.

⁶¹ <http://www.familienhebamme.de/wir.html>, Internetabruf vom 27.10.2008.

⁶² Schneider, Eva: Familienhebammen – Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, Frankfurt am Main 2004, S. 39(im Folgenden zitiert als: Familienhebammen).

gesundheitlichen Versorgung eines Landes angesehen werden.⁶³ Studien über die Ursachen dieser hohen Säuglingssterblichkeit ergaben, dass knapp die Hälfte der Schwangeren die Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nahmen und auch nach der Geburt von dem gefährdeten Personenkreis die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern nicht genutzt wurden.⁶⁴ Gerade Frauen mit sozialem oder medizinischem Risiko, bei denen die Gefahr der Säuglingssterblichkeit deutlich erhöht war, nahmen diese Angebote nicht wahr. Nach skandinavischem und niederländischem Vorbild sollten in Bremen Hebammen eingesetzt werden mit der Aufgabe, das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten bei dieser Risikogruppe zu verbessern und diese dazu zu bewegen, die Vorsorgeangebote frühzeitig und umfassend in Anspruch zu nehmen.⁶⁵ Eines der Hauptziele dieses Projektes war demnach die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung von Mutter und Kind (medizinische Prävention). Daneben sollten auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt werden (soziale Prävention). Das Modellprojekt war zunächst für drei Jahre angesetzt und richtete sich an alle Schwangeren und Mütter in Bremen und Bremerhaven.⁶⁶ Die 25 Hebammen wurden 8 Monate in Vollzeit geschult und arbeiteten anschließend als Angestellte des Landes.⁶⁷ Beabsichtigt war, die Zielgruppe flächendeckend zu erfassen und zu betreuen und ein möglichst klientennahe Versorgungsangebot zu gewährleisten.⁶⁸ Im Ergebnis konnte nach Abschluss des Projekts eine Senkung der Säuglingssterblichkeit nachgewiesen werden; die Zielsetzung des Modellvorhabens wurde überwiegend erreicht.⁶⁹ Auf Initiative der betreuten Familien wurde ein Folgemodell eingerichtet, bei dem nun eine Spezialisierung auf Risikoklientel erfolgte.⁷⁰ Die 12 teilnehmenden Hebammen waren nunmehr Angestellte der Kliniken.⁷¹ In der Zwischenzeit sind in Bremen Familienhebammen zu einem festen Bestandteil des regulären Dienstleistungsan-

⁶³ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 39 m.w.N..

⁶⁴ a.a.O., S. 42 f. m.w.N..

⁶⁵ a.a.O., S. 42 f.

⁶⁶ a.a.O., S. 45 f.

⁶⁷ a.a.O., S. 46.

⁶⁸ a.a.O., S. 44.

⁶⁹ a.a.O., S. 45 f.

⁷⁰ a.a.O., S. 46.

⁷¹ a.a.O., S. 47.

gebots des Gesundheitsamtes geworden.⁷² Auch in anderen Bundesländern wurden inzwischen Familienhebammenprojekte eingerichtet, allerdings gibt es noch kein bundeseinheitliches Modell, insbesondere was die organisatorische Einbindung und die Finanzierung angeht.

3.2 Zielgruppen

Gemäß § 1 Abs. 1 Hebammenberufsordnung (HebBO) dient die Arbeit von Hebammen und Entbindungspflegern der Gesunderhaltung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Hebammenarbeit bedeutet also immer Betreuung von Mutter und Kind. Um effektive Erfolge zu gewährleisten, ist es aber ebenso unerlässlich, dass auch der Partner der Frau miteinbezogen wird. Somit richtet sich Hebammenhilfe an die gesamte junge Familie.

Familienhebammen kümmern sich im Gegensatz zu freiberuflich tätigen Hebammen in erster Linie um Familien mit einer Risikokumulation, sog. Multiproblemfamilien.⁷³ Diese Familien stehen oft „am Rande der Gesellschaft“ und nehmen von sich aus weniger Angebote der gesundheitlichen Versorgung wahr. Häufig wissen sie gar nicht, welche Leistungen der Gesundheitshilfe ihnen überhaupt zustehen.⁷⁴ Somit weisen sie höhere gesundheitliche Risiken im Vergleich zu sozial bessergestellten Familien auf.⁷⁵ Beispielsweise treten in dieser Bevölkerungsgruppe vermehrt Probleme wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit auf. Unabhängig von der sozialen Situation der Familien können auch psychische Erkrankungen oder Behinderungen den Einsatz einer Familienhebamme sinnvoll erscheinen lassen. Vor allem die Betreuung psychisch kranker Frauen stellt die Familienhebamme dabei vor besondere Herausforderungen, da oftmals Unkenntnis und Verunsicherung im Umgang mit diesem Personenkreis besteht.⁷⁶

Zu den bereits geschilderten Risiken medizinischer Art gesellen sich häufig auch noch Probleme sozialer Art, die sehr vielfältig sein können. Ein typisches Merkmal der Klientel der Familienhebammen scheint zu sein, dass ihrer Lebensführung eine Struktur fehlt, welche sich z.B. im Umgang mit Geld oder mangelnder Über-

⁷² Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 48.

⁷³ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 6.

⁷⁴ a.a.O., S. 43.

⁷⁵ a.a.O., S. 6.

⁷⁶ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 65.

nahme von Verantwortung zeigt.⁷⁷ Große Probleme stellen auch sehr häufig die Wohnverhältnisse dar. Die Wohnungen der betreuten Familien werden fast immer als beengt, feucht, dunkel, kalt, verschimmelt und laut sowie unaufgeräumt und chaotisch geschildert.⁷⁸ Weiterhin handelt es sich bei den Familien überwiegend um bildungsferne Schichten und/oder von Armut bedrohte Familien. Familien mit Migrationshintergrund beherrschen teilweise die deutsche Sprache nicht oder nur unzureichend oder kennen das deutsche Gesundheitssystem nicht. Hier muss nicht selten ein Dolmetscher hinzugezogen und grundlegende Aufklärungsarbeit durch die Hebamme geleistet werden. Teenager-Mütter stellen eigene Anforderungen an die Betreuung, da ihnen altersbedingt die notwendige Einsicht fehlt oder sie oft überfordert sind mit ihrer Situation. Ferner gibt es Mütter, die keine Bindung zum Kind aufbauen können, die sozial isoliert leben oder die Überforderungs- und Schuldgefühle zeigen.⁷⁹ Vielen dieser Familien fehlt die Einsicht, dass sie Probleme haben und Hilfe in Anspruch nehmen sollten.⁸⁰ Sie erkennen also ihren Hilfebedarf gar nicht. Dies kann sich darin äußern, dass die Mitarbeit bei notwendigen Maßnahmen sehr zurückhaltend ausfällt, ganz ausbleibt oder die Hilfe gar abgelehnt wird.⁸¹

Beginnt die Betreuung in der Schwangerschaft, stehen oftmals die sozialen Probleme wie beispielsweise Wohnungssuche, Krankenversicherungsschutz oder die Stellung verschiedener Anträge im Vordergrund, sodass die Familienhebamme diese zuerst angehen muss, bevor die Schwangerschaft Thema sein kann.⁸²

Die meist schwierigen Verhältnisse in den Herkunftsfamilien der Klientel verstärken die Problemsituation zusätzlich. Vielfach stammen die Frauen und Männer selbst aus Problemfamilien, sind in Pflege- oder Stieffamilien oder gar im Heim aufgewachsen. Meistens besteht kein Kontakt zur Herkunftsfamilie mehr. Die Schule wurde oft nur unregelmäßig besucht, was Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit, die Selbstständigkeit und das Verantwortungsbewusstsein hat. Wenn Partner vorhanden sind, stellen diese zumeist keine Hilfe für die Frauen

⁷⁷ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 67.

⁷⁸ a.a.O., S. 69.

⁷⁹ a.a.O., S. 70-73.

⁸⁰ a.a.O., S. 72 f.

⁸¹ a.a.O., S. 72.

⁸² a.a.O., S. 67.

dar, sie haben schlechten Einfluss auf sie und werden manchmal sogar als gefährlich beschrieben. Oft kommt es vor, dass in den betreuten Familien bereits ein oder mehrere Kinder von Amts wegen aus der Familie genommen wurden, was Misstrauen nach sich zieht und den Beziehungsaufbau zwischen Frau und Hebamme erschweren kann.⁸³

3.3 Aufgaben

Das Tätigkeitsspektrum von Familienhebammen ist sehr breit gefächert. Zunächst bieten Familienhebammen originäre Hebammentätigkeiten an. Jedoch gibt es im Vergleich zu freiberuflichen Hebammen einige Unterschiede in der Ausgestaltung. Beispielsweise wird die Geburtsvorbereitung von den Familienhebammen üblicherweise als Einzelunterricht zu Hause bei den jeweiligen Familien durchgeführt.⁸⁴ Um die Mutter-Kind-Bindung zu stärken, zeigen Familienhebammen den Eltern gerne auch Babymassagetechniken, die von „normalen“ Müttern in zusätzlichen Kursen erlernt werden müssen.⁸⁵ Die Säuglingspflege wird zum Anlass genommen, das ganze Kind nackt anzusehen im Hinblick auf eventuelle Zeichen von Gewalteinwirkung. Dies ist besonders in den Familien wichtig, in denen bereits Fälle von Vernachlässigung oder Misshandlung vorgekommen sind.⁸⁶

Weitere Aufgaben von Familienhebammen liegen in der Unterstützung und Vermittlung bei amtlichen oder medizinischen Angelegenheiten. Die Familienhebamme begleitet die Eltern in Situationen, in denen sie sprachliche oder moralische Unterstützung benötigen, z.B. auf Ämtern, bei der Polizei oder bei Arztbesuchen. Dabei setzt sie sich für die Interessen der Eltern ein.⁸⁷

Auch Tätigkeiten, mit denen sich eine gewöhnliche Hebamme nicht identifizieren kann und muss, gehören für eine Familienhebamme mitunter zum Aufgabenfeld. So leisten Familienhebammen praktische Lebenshilfe, indem sie etwa Möbel ausräumen, Umzugswagen organisieren, mit den Frauen einkaufen gehen, ihnen das

⁸³ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 73-75.

⁸⁴ a.a.O., S. 79 f.

⁸⁵ a.a.O., S. 80.

⁸⁶ a.a.O., S. 82.

⁸⁷ a.a.O., S. 77.

Kochen beibringen usw. Da die Aufgaben nicht klar abgegrenzt sind, obliegt die Konkretisierung der einzelnen Hebamme.⁸⁸

Oftmals ist die Familienhebamme auch erste Ansprechpartnerin, wenn es um Not-situationen geht, z.B. wenn die Frau geschlagen wird oder das Kind in Lebensge-fahr schwebt.⁸⁹

Familienhebammen üben auch beratende Tätigkeiten aus. Dazu gehören u.a. In-formationen über Angebote des Gesundheitssystems, Aufklärung über Ansprüche auf Wohngeld, Kindergeld, Sozialhilfe und Themen wie gesunde Lebensführung. Ein Schwerpunkt liegt auf der Beratung zu vorbeugenden Maßnahmen gegen den Plötzlichen Kindstod, da die hier vorliegende Betreuungsgruppe in dieser Hinsicht besonders gefährdet ist. Auch das Ausräumen von Missverständnissen oder Unsi-cherheiten im Umgang mit dem Kind gehören zu den Beratungsleistungen von Familienhebammen. Vielfach findet die Beratung durch praktisches Vormachen am Kind statt, z.B. indem die Familienhebamme mit dem Kind spielt.⁹⁰

Alle Hebammen bieten als einzelfallübergreifende Regelangebote regelmäßige Sprechzeiten und ein tägliches Beratungstelefon an, meist zählen auch Mutter-Kind-Gruppen oder Geburtsvorbereitungskurse zum Angebot.⁹¹ Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass die Einzelbetreuung überwiegt. Dabei haben die offenen, niedrighschwelligten Angebote, die allen Frauen/Familien einer Region zur Verfügung stehen, eine sog. Screening-Funktion, mit der bislang nicht bekannte Gefährdungen erkannt werden können.⁹² Mit diesen Angeboten können auch Fa-milien erreicht werden, für die das Elternwerden ein kritisches Lebensereignis darstellt, die aber ansonsten keinen besonderen Belastungen ausgesetzt sind.⁹³ Den Familien können weitere Hilfen aufgezeigt werden oder sie erhalten das An-gebot intensiverer Einzelbetreuung.⁹⁴ Die Familienhebammen wirken so in einem Frühwarnsystem mit, das in risikobelasteten Situationen rechtzeitig für Hilfe sor-

⁸⁸ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 78.

⁸⁹ a.a.O., S. 78 f.

⁹⁰ a.a.O., S. 82-84.

⁹¹ a.a.O., S. 76 f.

⁹² Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 7, 9.

⁹³ Schneider, Eva/Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Hebammen beraten Familien – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Projektbe-gleitung, Mainz Oktober 2007, S.20 (im Folgenden zitiert als: Hebammen beraten Familien - Ab-schlussbericht).

⁹⁴ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 7, 9.

gen soll.⁹⁵ Das Ziel dieser Arbeitsweise ist, nicht stigmatisierend, sondern integrierend zu arbeiten.⁹⁶ Hier kommt ein zentrales Anliegen der Arbeit der Familienhebammen zum Ausdruck, nämlich die Prävention.

Schließlich zählen zu den Aufgaben einer Familienhebamme auch organisatorische Tätigkeiten wie den Bedarf einzuschätzen, die Betreuung zu planen, die Weitervermittlung z.B. an Beratungsstellen oder an Ärzte zu organisieren, die Betreuung zu dokumentieren und auszuwerten.⁹⁷

Betrachtet man die Aufgaben einer Familienhebamme hinsichtlich ihres Auftretens in den verschiedenen zeitlichen Phasen der Betreuung, lässt sich feststellen, dass während der Schwangerschaft sozialarbeiterische Tätigkeiten im Vordergrund stehen. Diese dienen dazu, soziale Probleme aus dem Weg zu räumen und die Familie auf die Ankunft des Kindes vorzubereiten. Im Wochenbett überwiegen die originären Hebammentätigkeiten, weshalb in dieser Zeit Fälle auch an freiberufliche Hebammen abgegeben werden können. In der Zeit nach dem Wochenbett richtet sich der Fokus eher auf beratende Themen wie Pädagogik, Förderung des Kindes, Ernährung und Kontaktvermittlung zur Stabilisierung der neuen mütterlichen Situation, z.B. zu Mutter-Kind-Gruppen.⁹⁸

Familienhebammen vollziehen also in der Regel mehrere Berufe der Gesundheits- und Sozialarbeit gleichzeitig, wobei sich das Tätigkeitsfeld aufgrund der speziellen Zielgruppe eher zum Sozialarbeiterischen hin entwickelt.⁹⁹ Die meisten Tätigkeiten stellen keine primären Hebammenleistungen dar und selbst die Tätigkeiten, die zum üblichen Spektrum einer Hebamme gehören, werden oft anders ausgestaltet. Somit kann die Familienhebamme viele der Tätigkeiten gar nicht mit den Krankenkassen abrechnen, da diese in der Hebammengebührenordnung (HebGebO) nicht vorkommen.¹⁰⁰ Familienhebammen übernehmen anwaltschaftliche Funktionen, indem sie die Familie gegenüber Außenstehenden verteidigen

⁹⁵ Brixius-Stapf, Birgitta: Das Projekt, S. 987.

⁹⁶ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 9.

⁹⁷ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 84-87.

⁹⁸ a.a.O., S. 87.

⁹⁹ Weidner, Frank in: Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 9; Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 12.

¹⁰⁰ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 87 f.

oder die Interessen und Bedürfnisse des Kindes als schwächstem Glied in der Familie den Eltern gegenüber vertreten.¹⁰¹

3.4 Tätigwerden

Die Arbeit der Familienhebammen soll diejenigen Schwangeren und Mütter erreichen, die sonst keinen Gebrauch von Leistungen des Gesundheitswesens und sonstigen Hilfeangeboten machen. Diese Klientinnen nehmen in den seltensten Fällen persönlich Kontakt zu einer Familienhebamme auf. Vielmehr muss die Familienhebamme auf diese Frauen zugehen. Dabei sind die Familienhebammen auf die Vermittlung durch Kooperationspartner angewiesen. Diese können sein Gesundheitsamt, Jugendamt, Beratungsstellen wie Schwangerschafts- oder Drogenberatungsstellen, Kliniken, Ärzte (Kinderärzte, Gynäkologen, Allgemeinmediziner), Frauenhäuser, Familienzentren. Außerdem kann die Kontaktaufnahme beispielsweise durch Nachbarn, Bekannte oder Freunde erfolgen. Der Regelfall ist jedoch die Vermittlung durch einen Kooperationspartner. Dieser nimmt üblicherweise mit der betreffenden Frau Kontakt zur Familienhebamme oder deren Koordinationsstelle auf. Innerhalb der nächsten Tage führt die Familienhebamme dann einen Hausbesuch bei der Familie durch, um den tatsächlichen Bedarf zu prüfen.¹⁰²

Wichtig bei der Vermittlung durch Kooperationspartner ist eine gute Zusammenarbeit mit den Familienhebammen, damit möglichst viele Familien erreicht werden können. Besonders der Austausch zwischen den Hebammen und den Sozialarbeitern des Jugendamtes muss gewährleistet sein, damit die Betreuten die beiden Parteien nicht gegeneinander ausspielen können oder „Geheimnisse“ die Arbeit der jeweils anderen Seite nicht behindern.¹⁰³ In diesem Zusammenhang ergeben sich aber oftmals Probleme bezüglich des Datenschutzes. Hebammen unterliegen genau wie Ärzte der Schweigepflicht und dürfen Informationen außer in lebensbedrohlichen Fällen nicht weitergeben (§ 4 HebBO). Das bedeutet, dass die Hebammen weder von den die Frauen betreuenden Ärzten Auskünfte zur Vorgeschichte der Patientinnen bekommen, noch dürfen sie selbst Daten und Informa-

¹⁰¹ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 118.

¹⁰² Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Frühe Hilfen für Familien: Familienhebamme – Handlungskonzept, Pforzheim 2007, S. 8 (im Folgenden zitiert als: Handlungskonzept Pforzheim).

¹⁰³ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 104.

tionen weitergeben.¹⁰⁴ Einzige Möglichkeit dem abzuhelfen, ist eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht. Dieser stimmen jedoch nicht alle Familien zu.¹⁰⁵ Der Informationsfluss ist aber insbesondere innerhalb des Helferteams unabdingbar, sodass diesbezüglich noch konkrete Regelungen von Seiten des Gesetzgebers getroffen werden sollten.

Die Tatsache, dass der Hebammenberuf positiv besetzt ist und mit Hilfe und Unterstützung in Verbindung gebracht wird, kann der Familienhebamme beim Kontaktaufbau nützlich sein.¹⁰⁶ Die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe stellt keine Stigmatisierung dar, da sie jeder krankenversicherten Frau zusteht (§ 196 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO)). Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeit einer Familienhebamme in der Regel angenommen und akzeptiert wird.¹⁰⁷

Schwierig für die Hebammen gestaltet sich allerdings der Aufbau von Vertrauen in den vom Amt vermittelten Familien, da sie hier oftmals unerwünscht sind oder eine gewisse Skepsis seitens der Familien besteht. Daher kann in der Kontaktaufnahme sowie dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau schon der erste Erfolg für die Familienhebamme liegen.¹⁰⁸ Da das Vertrauen i.d.R. langsam und mühsam aufgebaut werden musste, kann es sehr dauerhaft sein – bis hin zu einer gewissen Abhängigkeit von der Familienhebamme und Fixierung auf diese.¹⁰⁹

3.5 Arbeitsorganisation

Bezüglich der Grundstruktur der Arbeitsorganisation gibt es bisher drei verschiedene Modelle:

1. Familienhebammen sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie sind beim Gesundheitsamt angestellt, teilweise rechnet der Träger bestimmte Leistungen mit den Krankenkassen ab (Refinanzierung). Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Einzelfallhilfe. Diese Struktur ist bisher am verbreitetsten und kam auch im Bremer Modell zur Anwendung.

¹⁰⁴ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 90.

¹⁰⁵ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 70.

¹⁰⁶ <http://www.familienhebamme.de/wir.html>, Internetabruf vom 27.10.2008.

¹⁰⁷ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 37.

¹⁰⁸ a.a.O., S. 19.

¹⁰⁹ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 101-103.

-
2. Freiberufliche Hebammen übernehmen Familienhebammen-Leistungen, die über die HebGebO hinausgehen, sowohl zeitlich als auch im Umfang. Der Landkreis, die Kommune oder das Land tragen die entstehenden Kosten. Die Hebammen sind als Beauftragte des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder des Jugendamtes auf Honorarbasis tätig.
 3. Familienhebammen sind im Rahmen der Gemeinwesenarbeit Angestellte oder Honorarkräfte eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege.¹¹⁰

Für die Festanstellung der Familienhebammen sprechen u.a. die guten Erfahrungen im Hinblick auf Verlässlichkeit, Kontinuität und Betreuungsqualität.¹¹¹ Festangestellte Familienhebammen können sich mehr Zeit für die Familien nehmen als freiberufliche Hebammen, was bei den zu betreuenden Familien durchaus wichtig ist, denn sie benötigen umfassendere, intensivere und länger dauernde Betreuung als freiberufliche Hebammen diese bieten können.¹¹² Durch den längeren Betreuungszeitraum gewinnt die Familienhebamme tiefere Einblicke in die familiären Verhältnisse und erhält so bessere Ansatzpunkte für Hilfsangebote.¹¹³

Die Arbeitgeber (in der Regel Kommunen, Landkreise oder freie Träger) nehmen allerdings aus Kostengründen immer häufiger Abstand von einer Festanstellung.¹¹⁴ Die Tätigkeit der Familienhebamme erfolgt dann auf Honorarbasis. Indes weichen die Stundensätze und auch die Definition der zu erbringenden Leistungen stark voneinander ab.¹¹⁵ Daher sollten zwischen der freiberuflichen Hebamme und ihrem Arbeitgeber schriftliche Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden, in denen auch Arbeitsziele und eine angemessene Vergütung festgelegt sind.¹¹⁶ Vorteile dieser Arbeitsform für die Familienhebamme sind, dass sie keiner Behörde unterstellt ist und ihr Blick sich nicht nur auf die Defizite der Familie richtet, sondern auch auf deren Ressourcen.¹¹⁷

¹¹⁰ Staschek, Barbara: Hebammen und Sozialpädagoginnen ziehen an einem Strang, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 492.

¹¹¹ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 13.

¹¹² Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 13, 91.

¹¹³ a.a.O., S. 91.

¹¹⁴ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 13.

¹¹⁵ a.a.O., S. 14.

¹¹⁶ a.a.O., S. 15.

¹¹⁷ Schwarz, Clarissa zitiert bei: Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 15.

Das weitgehende Erreichen der Ziele und Empfehlungen wird jedoch begünstigt durch Festanstellung bei einem freien Träger und gleichzeitiger Einbindung in ein Team eines Kooperationspartners wie eines Kinder- und Familienzentrums.¹¹⁸ Beispielhaft soll hier das Modell des Kinder- und Familienhilfezentrums (KiFaZ) Barmbek-Süd in Hamburg genannt werden. Dort arbeiten zwei Familienhebammen als Angestellte eines freien Trägers, dem Verband Kinder- und Jugendarbeit Hamburg, eng mit Sozialarbeiterinnen und einer Mütterberatungsschwester zusammen und haben sich vernetzt mit freiberuflichen Hebammen, Krankenhäusern, Mutter-Kind-Einrichtungen, Drogenberatungsstellen, dem Allgemeinen Sozialen Dienst und dem Sozialdienst Katholischer Frauen. Die Einzelbetreuung richtet sich gezielt an Risikofamilien, während die Kurse und Gruppen allen Familien des Stadtteils offen stehen. Zusätzlich gibt es ein Müttercafé sowie an zwei Tagen in der Woche einen Mittagstisch.¹¹⁹ Dadurch sollen die betreuten Frauen aktiv in die sozialen Strukturen des Stadtteils integriert werden.¹²⁰ Durch die Kombination von zielgenauer, nachgehender Einzelarbeit und niedrigschwelligen Angeboten, die für alle zugänglich sind, Stigmatisierungen vermeiden und Chancen der Integration bieten, soll die Inanspruchnahme gesundheitlicher und pädagogischer Leistungen unterstützt und der sozialen Isolation entgegengewirkt werden.¹²¹ Die Einbindung der Familienhebammen in das Team des KiFaZ und die daraus resultierende enge Kooperation mit den Sozialpädagoginnen führt dazu, dass die Familien auch nach dem ersten Geburtstag des Kindes in dem gewohnten Umfeld weiterbetreut werden können. Dadurch entfällt der sonst übliche Bruch am Ende des Betreuungszeitraumes.¹²²

Die Einbindung der Familienhebammen in ein Netzwerk verschiedener Kooperationspartner, die sich gegenseitig unterstützen, und die reibungslose Überleitung in Folgeangebote, die speziell auf das zweite und dritte Lebensjahr der Kinder ausgerichtet sind, ist für die Qualität und Nachhaltigkeit der Arbeit der Familien-

¹¹⁸ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 15.

¹¹⁹ Biehl, Gabriele/Mertins, Camilla: Familienhebammenprojekt im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd in Hamburg, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 500.

¹²⁰ Staschek, Barbara: Hebammen und Sozialpädagoginnen ziehen an einem Strang, S. 492.

¹²¹ a.a.O., S. 492 f.

¹²² a.a.O., S. 494.

hebammen äußerst wichtig.¹²³ Durch eine berufs- und fächerübergreifende Kooperation können zudem mehr Familien erreicht werden, was die Qualität der Beratungsangebote steigert und die gesundheitliche Situation der Familien verbessert.¹²⁴ Hier ist auch der persönliche Einsatz der Familienhebammen gefragt, indem sie aktiv auf mögliche Kooperationspartner zugehen und ihre Zusammenarbeit anbieten.

3.5.1 Unterstützung

Bei optimaler Organisation und Zusammenarbeit erfahren Familienhebammen in vielerlei Hinsicht kompetente Beratung und Unterstützung in ihrer Arbeit durch Sozialpädagogen, Fachärzte, Gespräche, Supervision, Fortbildungen, Schulungen etc.

Der persönliche Kontakt zu anderen Fachkräften kann die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Familienhebammen erweitern. Beispielhaft sollen einige Situationen genannt werden, in denen Familienhebammen Unterstützung durch andere Fachkräfte erhalten könnten: Sozialarbeiter des Jugendamtes weisen die Familienhebammen z.B. in die Erstellung eines Hilfeplanes ein und besprechen mit ihnen die laufenden Betreuungsfälle. Sozialpädagogen können Familienhebammen beim Erwerb von kommunikativen Kompetenzen helfen. Sie begleiten die Familienhebammen im Bedarfsfall zu den Familien bzw. suchen diese ergänzend im Rahmen der eigenen sozialpädagogischen Arbeit auf. Fachärzte wie z.B. Gynäkologen und Kinderärzte können den Familienhebammen Kenntnisse über gesundheitsgefährdende Risikofaktoren für Mutter und Kind vermitteln und sie über die Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr unterrichten. Mitarbeiter des Sozialamts stehen den Familienhebammen als Ansprechpartner in rechtlichen Fragestellungen (z.B. Asylrecht, Wohngeld, Sozialhilfe) zur Seite. Der Kontakt zu anderen Familienhebammen führt zu einem fachlichen Austausch und einer berufsbezogenen Reflexion der Arbeit.¹²⁵

¹²³ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 44.

¹²⁴ a.a.O., S. 47.

¹²⁵ Borchard, Christiane: Auch kleine Schritte sind Bewegung, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 498.

Durch die belastende Arbeit ergibt sich ein großes Gesprächsbedürfnis. Besonders wichtig zum Erhalt der Psychohygiene¹²⁶ der Familienhebammen ist daher eine regelmäßige und fachlich durchgeführte Supervision.¹²⁷ Hierbei treffen sich die Familienhebammen regelmäßig unter Leitung eines (externen) Supervisors, um Probleme der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Kooperation zu bearbeiten.¹²⁸ Sie dient also dem Austausch und der Problembewältigung und ergänzt die Gespräche der Familienhebammen untereinander.

Die Tätigkeit als Familienhebamme erfordert ein hohes Maß an Berufserfahrung und eine kontinuierliche Fortbildung, denn lediglich eine Ausbildung zur Hebamme reicht nicht aus, den Anforderungen als Familienhebamme gerecht zu werden.¹²⁹ Das medizinische Wissen einer Hebamme beschränkt sich auf die Schwangerschaft, die Geburt und den Zeitraum von zwei Monaten danach. Über die Entwicklung des Kindes ab acht Wochen bis zum Alter von einem Jahr hat sie wenig bis gar keine Kenntnisse.¹³⁰ In diesem Bereich besteht für zukünftige Familienhebammen also Fortbildungsbedarf. Die Fortbildungen sollten über medizinische Themen hinaus einen Schwerpunkt auf die sozialen Aspekte der Tätigkeit als Familienhebamme legen. Kommunikation, Gesprächsführung, Umgang mit problematischen Situationen, Antieskalationstraining und Beratung können Inhalte solcher Fortbildungen sein.¹³¹ Die Familienhebammen sollen sensibilisiert werden, Risikolagen in Familien frühzeitig zu erkennen.¹³² Großer Informationsbedarf besteht auch hinsichtlich der Zuständigkeiten verschiedener Ämter sowie Kenntnisse über familienpolitische Leistungen und Gesetze, auch im Hinblick auf den Aufbau erfolgreicher Netzwerkarbeit.¹³³ Schon im Voraus sollten die Familienhebammen solche Schulungen besuchen, um für die zukünftige Tätigkeit ausreichend qualifiziert zu sein. Eine achtmonatige Schulung, wie sie seinerzeit in

¹²⁶ Anm.: Psychohygiene meint den Erhalt der seelischen Gesundheit.

¹²⁷ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 109 f.

¹²⁸ vgl. Schulz von Thun, Friedemann: Praxisberatung in Gruppen, Weinheim/Basel 1996, S. 24 f.

¹²⁹ Stadt Münster: Öffentliche Berichtsvorlage V/0192/2005 vom 02.05.2005, S. 3; Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 120.

¹³⁰ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 89, 110.

¹³¹ a.a.O., S. 110 f.

¹³² Schneider, Eva: Hebammen beraten Familien – Abschlussbericht, S. 6.

¹³³ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 110 f. Anm.: Mögliche Fortbildungsinhalte finden sich in Anhang 1 zum „Handlungskonzept Pforzheim“, im Abschlussbericht „Hebammen beraten Familien“ sowie im Ergebnisbericht der AG Familienhebammen des Bundes Deutscher Hebammen e.V. (BDH) „Die Familienhebamme“, o.O. 2004, S. 10-13.

Bremen durchgeführt wurde, gibt es heute nicht mehr. Vielmehr werden bundesweit einzelne Fortbildungen angeboten, deren Inhalte sich an den Rahmenrichtlinien des Bundes Deutscher Hebammen e.V. (BDH) orientieren.¹³⁴

3.5.2 Probleme

Der Begriff „Familienhebamme“ ist als Berufsbezeichnung nicht geschützt. Jede Maßnahme, in der ein Jugendamt oder freier Träger mithilfe einer Hebamme eine Zielgruppe erreichen will, kann im Moment mit dem Begriff Familienhebamme bezeichnet werden.¹³⁵

Zudem gibt es keine bundeseinheitliche Aus-, Fort- bzw. Weiterbildung¹³⁶ für diese Tätigkeit. Dies bedeutet, dass nicht jede Familienhebamme dieselbe Qualifikation vorweist und die Abgrenzung zu freiberuflichen Hebammen der Regelversorgung bzw. freiberuflichen Hebammen mit bestimmten Zusatzqualifikationen kaum möglich ist.¹³⁷ Teilweise haben Familienhebammen eine zusätzliche Ausbildung zur Kinderkrankenschwester absolviert¹³⁸, zum Teil aber auch nur mehrtägige Fortbildungen. Für die Träger ist aber unverzichtbar zu wissen, welche Qualifikation eine Hebamme für diese Tätigkeit mitbringt. Auch für die Hebammen können durch Schulungsmaßnahmen Überforderungssituationen vermieden werden.¹³⁹ Es ist daher anzuraten, Überlegungen hinsichtlich eines einheitlichen Schulungskonzeptes anzustellen und in diesem Zusammenhang ein Curriculum zu erstellen. Grundsätzlich wäre es sinnvoll, die Schulung in Form einer Aus- oder Weiterbildung zu organisieren, um danach die Berufsbezeichnung „Familienhebamme“ führen zu dürfen. Der Vorteil einer Ausbildung läge darin, dass bereits von Anfang an der Schwerpunkt auf Beratung und Betreuung im häuslichen

¹³⁴ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 33 f.; Bund Deutscher Hebammen e.V.: Ergebnisbericht der AG Familienhebammen: Die Familienhebamme, o.O. 2004, S. 10-13. Anm.: Der Bund Deutscher Hebammen e.V. hat sich im Oktober 2008 in Deutscher Hebammenverband e.V. umbenannt.

¹³⁵ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 12.

¹³⁶ Anm.: Eine Fortbildung dient der Anpassung des Wissens und der Fertigkeiten an neue fachspezifische Kenntnisse und Entwicklungen. Eine Weiterbildung soll die Berufsqualifikation erhöhen und die Tätigkeit in speziellen Bereichen innerhalb des Berufsbildes ermöglichen. Sie setzt eine abgeschlossene Ausbildung voraus und schließt i.d.R. mit der Anerkennung einer Qualifikation ab. (Schell, W. zitiert bei: Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 19).

¹³⁷ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 12.

¹³⁸ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 59, 110.

¹³⁹ Bund Deutscher Hebammen e.V.: Die Familienhebamme, S. 10.

Umfeld gesetzt würde und die Hebammen weniger klinikorientiert ausgebildet würden. Ein großer Nachteil bestände dabei allerdings in der fehlenden Berufserfahrung. Außerdem müsste ein komplett neuer Ausbildungsgang geschaffen werden mit allen Konsequenzen wie Dozentenakquise, Praxisstellensuche (z.B. Hospitation bei bereits tätigen Familienhebammen), Klärung der Finanzierung etc.. Für eine Weiterbildung spräche die bereits abgeschlossene Hebammenausbildung mit Berufserfahrung, auf die im weiteren Verlauf aufgebaut werden könnte. Eine staatlich anerkannte Weiterbildung mit dem Anrecht auf höhere Eingruppierung bei Angestellten bzw. auf Abrechnung höherer Honorare bei Freiberuflern könnte zur Motivation der Hebammen beitragen, als Familienhebamme tätig zu sein.¹⁴⁰ Der Bund Deutscher Hebammen e.V. empfiehlt, eine Weiterbildung zur Familienhebamme langfristig an einer Fachhochschule anzusiedeln.¹⁴¹ Weiterhin dürfen aber auch Fortbildungen für bereits tätige Familienhebammen nicht vernachlässigt werden. Nur so kann die Qualität der Tätigkeit der Familienhebammen gesichert werden.

Ein weiteres Problem liegt in der Ausgestaltung als Projekt. Projekte sind immer zeitlich begrenzt.¹⁴² Es ist fraglich, ob diese langfristige Stabilität erzeugen können. Besser wäre es, die Familienhebammen dauerhaft in die Regelversorgung zu integrieren. Damit wären Präsenz, Verbindlichkeit und Kontinuität gewährleistet.¹⁴³ Die Familienhebammen könnten fest angestellt werden und dadurch Arbeitsplatzsicherheit erfahren.

Eine zentrales Problem stellt auch die Finanzierung dar. Es gibt verschiedene Ansätze, wie die Arbeit der Familienhebammen finanziert wird, allein schon dadurch, dass kein einheitliches Berufsbild existiert. Sind Familienhebammen in Projekten organisiert, erfolgt die Finanzierung aus Projektmitteln. Teilweise sind auch andere Geldgeber wie Stiftungen beteiligt.¹⁴⁴ Sind die Familienhebammen fest angestellt, erhalten sie ihr Geld von ihrem Arbeitgeber. Eine Möglichkeit für die Hebammen bzw. ihre Arbeitgeber, zumindest einen Teil der Kosten erstattet

¹⁴⁰ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 34.

¹⁴¹ Bund Deutscher Hebammen e.V.: Die Familienhebamme, S. 10.

¹⁴² Hopp, Helmut/Göbel, Astrid: Management in der öffentlichen Verwaltung, 3. Aufl., Stuttgart 2008, S. 195.

¹⁴³ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 11.

¹⁴⁴ Borchard, Christiane: Auch kleine Schritte sind Bewegung, S. 498.

zu bekommen, ist das Modell der Refinanzierung. Die Hebammen können die Leistungen, die in der HebGebO aufgeführt sind, mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.¹⁴⁵ Das Problem hierbei ist, dass Familienhebammen häufig gar nicht primär Hebammenleistungen erbringen, sondern ihre Tätigkeit eher sozialpädagogische Züge aufweist. Diese Leistungen sind nach der HebGebO nicht abrechenbar. Aber auch Leistungen wie Hausbesuche, bei denen die Familienhebammen vor verschlossenen Türen stehen, was relativ häufig geschieht, können nach dem Leistungskatalog der HebGebO nicht abgerechnet werden.¹⁴⁶ Dieses Verfahren deckt aber zumindest die Regelleistungen ab, die die Familienhebammen erbringen.¹⁴⁷ Allerdings besteht kein Rechtsanspruch auf Umsetzung dieses Verfahrens und die Krankenkassen können dieses Vorgehen verweigern.¹⁴⁸ In dieser Hinsicht sollte vom Gesetzgeber in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Berufsverbänden der Hebammen ein Verfahren entwickelt werden, das die Frage der Abrechnungsmöglichkeit klärt.¹⁴⁹ Insgesamt sollte sich die Finanzierung der Familienhebammen auf eine Mischfinanzierung stützen, in die sowohl die Krankenkassen als auch der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Jugendhilfe miteinbezogen werden sollten. Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung sollten auch Bundes- und Landesmittel miteinfließen.¹⁵⁰ Im Zusammenhang mit der Finanzierung stehen die bisher ungeklärten rechtlichen Rahmenbedingungen für das Berufsbild der Familienhebamme.¹⁵¹

4 Bisherige Möglichkeiten der rechtlichen Einordnung

Familienhebammen nehmen sowohl Aufgaben des Gesundheitswesens als auch der Kinder- und Jugendhilfe wahr. Demnach stellt sich die Frage, wo diese Leistungen gesetzlich verankert werden können und wer letztendlich für die Finanzierung der Familienhebammen zuständig ist. Problematisch hierbei ist – wie bereits oben ausgeführt – das fehlende einheitliche Berufsbild. Grundsätzlich sind

¹⁴⁵ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 23.

¹⁴⁶ a.a.O., S. 71, 76.

¹⁴⁷ a.a.O., S. 23.

¹⁴⁸ a.a.O., S. 23.

¹⁴⁹ a.a.O., S. 24.

¹⁵⁰ a.a.O., S. 26.

¹⁵¹ a.a.O., S. 22.

Heb-ammenleistungen in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Sozialversicherung einzuordnen (§§ 195 f. RVO).¹⁵² Allerdings werden dadurch nur Leistungen, die nach der HebGebO abrechenbar sind, erfasst. Dies sind Leistungen bis zu acht Wochen nach der Geburt. Darüber hinaus ist keine gesetzliche Regelung vorhanden.¹⁵³ Im Rahmen der Gesundheitsfürsorge wäre eine Einordnung unter das Sozialgesetzbuch Fünfter Teil (SGB V) denkbar. Die sozialpädagogischen Elemente der Tätigkeit der Familienhebammen könnten unter das Leistungsspektrum des Sozialgesetzbuches Achter Teil (SGB VIII) subsumiert werden. Im Folgenden sollen die verschiedenen Möglichkeiten untersucht werden.

4.1 Leistungen des Gesundheitswesens

Gesundheit als Zugangsweg zu Familien tritt immer mehr in den Vordergrund. Besonders in der Phase rund um die Geburt weisen (werdende) Eltern eine hohe Motivation und Lernbereitschaft auf, da doch die überwiegende Mehrzahl gute Eltern für das Kind sein will. Gesundheit kann daher als effektiver und niedrigschwelliger Zugangsweg gelten.¹⁵⁴ Zudem gilt diese Lebensphase für Kinder als vulnerable und sensible Zeit und könnte auch als „Prisma-Zeit“ bezeichnet werden, da in dieser Zeit positive wie negative Impulse gebündelt wirken und langfristige sowie tiefgreifende Konsequenzen entfalten.¹⁵⁵ Gesundheitsförderung, die in dieser Zeit ansetzt, legt also den Grundstein für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Der Hebammenberuf richtet sich ursprünglich am Gesunden aus, Gesundheit gilt als Basis und Ziel von Hebammentätigkeit.¹⁵⁶ Insofern gehört Gesundheitsförderung zum Aufgabenbereich der Hebammen und kann insbesondere auch von Familienhebammen an die spezielle Zielgruppe der Multiproblemfamilien herangetragen werden. Denn je tiefer eine Familie in der sozialen Stufenleiter steht, desto höher sind ihre gesundheitlichen Risiken, desto weniger nimmt sie Angebote der gesundheitlichen Versorgung wahr und desto weniger gesundheits-

¹⁵² Wagener, Paul: Prävention familiärer Krisen durch Einsatz einer „Familienhebamme“?, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ), 5/2008, S. 457.

¹⁵³ a.a.O., S. 457.

¹⁵⁴ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 45.

¹⁵⁵ a.a.O., S. 3, 46.

¹⁵⁶ Staschek, Barbara: Hebammen und Sozialpädagoginnen ziehen an einem Strang, S. 494.

förderlich ist das eigene Verhalten.¹⁵⁷ Umso wichtiger ist es daher, gerade diesen Familien zu helfen, ihre Lebensumstände zu verbessern, um den Kindern einen gesunden Start ins Leben zu gewährleisten.

4.1.1 Katalogleistung der Krankenkassen

Jeder krankenversicherten Frau steht während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Geburt Hebammenhilfe zu (§ 196 Abs. 1 RVO).¹⁵⁸ Die freiberuflichen Hebammen können dabei nach der Hebammengebührenordnung (HebGebO) bestimmte Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen. Diese erstrecken sich von der Schwangerschaft bis auf acht Wochen nach der Entbindung. Dabei können nach Ablauf von zehn Tagen nach der Geburt jeweils acht Hausbesuche und fernmündliche Beratungen abgerechnet werden. Darüber hinaus können nur noch Leistungen der Rückbildungsgymnastik und Beratung bei Stillschwierigkeiten berechnet werden. Viele Tätigkeiten, die eine Familienhebamme erbringt, werden über die HebGebO allerdings nicht erfasst. Es sind hierbei nur die Regelleistungen einer „normalen“ Hebamme aufgeführt. Aber selbst die Inanspruchnahme dieser Regelleistungen übersteigt oftmals das Maß der abrechenbaren Leistungen. Der Bund Deutscher Hebammen e.V. und der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. haben mit den Spitzenverbänden verschiedener gesetzlicher Krankenkassen zum 01.08.2007 einen „Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V“ geschlossen, dessen Anlage 1 eine Hebammenvergütungsvereinbarung (HebVV) enthält, nach der Mitglieder der genannten Berufsverbände und Krankenkassen Hebammenleistungen abrechnen. Auch dabei können maximal 16 Haus- oder Krankenhausbesuche und Beratungen mittels Kommunikationsmedium bis acht Wochen nach der Geburt stattfinden. Der Leistungszeitraum entspricht dem der HebGebO.

¹⁵⁷ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 6.

¹⁵⁸ Anm.: Bei Frauen, die über keinen oder einen nicht ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen, greift notfalls das Sozialhilferecht in Form der Hilfen zur Gesundheit nach §§ 47 ff. Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) (Caritasverband für die Diözese Münster e.V. (Hrsg.): Ansprüche im Sozialrecht für Mütter und Kinder – Ein Leitfaden für die Beratungspraxis, 6. Aufl., Baden-Baden 2007, Rn. 731).

Darüber hinaus steht es den Krankenkassen natürlich offen, mit den Hebammen eigene Vereinbarungen zu treffen, in denen der Zeitraum der Abrechenbarkeit verlängert wird.¹⁵⁹

In diesem Zusammenhang soll auf die Überlegungen der Europäischen Union eingegangen werden, den Mutterschutz zu verbessern, indem eine Änderungsrichtlinie zur bereits vorhandenen EU-Richtlinie 92/85/EWG erlassen werden soll. Schwangeren und stillenden Arbeitnehmerinnen sollen dadurch längerer bezahlter Mutterschaftsurlaub, erweiterter Kündigungsschutz sowie bessere Rechtsschutzmöglichkeiten gewährt werden.¹⁶⁰ Die derzeit gültige Richtlinie 92/85/EWG schreibt die Gewährung von mindestens 14 Wochen Mutterschaftsurlaub vor, wobei zwei Wochen davon obligatorisch vor und/oder nach der Geburt zu nehmen sind. Die geänderte Richtlinie sieht u.a. vor, die Mutterschutzzeit um vier Wochen auf insgesamt 18 Wochen am Stück auszudehnen. Mindestens 6 Wochen davon müssen nach der Entbindung genommen werden, über die restliche Verteilung des Mutterschaftsurlaubs vor und/oder nach der Geburt kann die Arbeitnehmerin frei entscheiden.¹⁶¹ In Deutschland beträgt der Mutterschutz derzeit 14 Wochen, davon entfallen 6 Wochen auf den Zeitraum vor der Geburt und 8 Wochen auf die Zeit nach der Entbindung (§§ 3 Abs. 2, 6 Abs. 1 S.1 Mutterschutzgesetz (MuSchG)). Bei Früh- oder Mehrlingsgeburten verlängert sich der Mutterschutz nach der Geburt auf 12 Wochen.

Die Änderungsrichtlinie soll der Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen dienen. Ein längerer Mutterschaftsurlaub soll dazu beitragen, dass sich die Frauen besser von der Entbindung erholen können und dass eine solide Mutter-Kind-Bindung entsteht. Zudem könnte es den Frauen leichter fallen, in den Beruf zurückzukehren, wenn die Kinder älter sind.¹⁶² Allerdings lehnt das Bundesfamilienministerium die Änderung der

¹⁵⁹ Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“: Angebot ohne gesicherte gesetzliche Heimat, in: FamRZ, 16/2008, S. 1500 (im Folgenden zitiert als: „Familienhebamme“).

¹⁶⁰ Centrum für Europäische Politik (CEP): EU-Änderungsrichtlinie – Verbesserung des Mutterschutzes, Stand 07.11.2008, S. 1, http://www.cep.eu/fileadmin/user_upload/Kurz-Analysen/Mutterschutz/KA_Richtlinie_Mutterschutz.pdf, Internetabruf vom 06.12.2008 (im Folgenden zitiert als: CEP: EU-Änderungsrichtlinie).

¹⁶¹ a.a.O., S. 1.

¹⁶² Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Vorschlag des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 92/85/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 über die

Richtlinie ab, da es darin keine Verbesserung des Gesundheitsschutzes sieht, sondern eher von wirtschaftlichen Nachteilen für die Unternehmen, einer Anhebung der Lohnnebenkosten sowie einem Hindernis für Arbeitsplätze für junge Frauen ausgeht.¹⁶³ In Deutschland tragen die Arbeitgeber die Kosten für den Mutterschutz zum größten Teil selbst. Lediglich 13 Euro pro Tag erhalten sie als Zuschuss von den Krankenkassen. Die Kosten für die Arbeitgeber belaufen sich so auf rund 1,6 Mrd. Euro pro Jahr.¹⁶⁴ Eine Verlängerung um vier Wochen würde für die Arbeitgeber zu Mehrkosten von 427 Mio. Euro führen, bei den Krankenkassen würden sich die Mehrkosten auf 140 Mio. Euro belaufen.¹⁶⁵ Die Änderung der Richtlinie würde zudem mit nationalem Recht kollidieren. Laut deutschem Mutterschutzgesetz ist es den Arbeitnehmerinnen beispielsweise verboten, länger als bis sechs Wochen vor der Geburt zu arbeiten. Träte nun diese geänderte Richtlinie in Kraft, müsste das Mutterschutzgesetz wesentlich geändert werden.¹⁶⁶ Die Schwangeren könnten dann aufgrund der freien Einteilungsmöglichkeit bis zur Entbindung weiterarbeiten und die gesamten 18 Wochen Mutterschutz erst nach der Geburt in Anspruch nehmen. Dies würde nicht zum Gesundheitsschutz schwangerer Arbeitnehmerinnen beitragen.¹⁶⁷

Bei Inkrafttreten der Änderungsrichtlinie sollten konsequenterweise auch die Vorschriften über die Dauer der Hebammenbetreuung, insbesondere hier die HebGebO, geändert werden. In Anlehnung an eine längere Mutterschutzzeit sollten die Frauen auch länger Anspruch auf Hebammenbetreuung haben. Den Hebammen müsste dann zustehen, die Leistungen für einen längeren Zeitraum mit den Krankenkassen abrechnen bzw. sogar zusätzliche Leistungen in Rechnung stellen zu können. Der Arbeit der Familienhebammen würde eine solche Regelung sehr entgegenkommen.

Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz (52008PC0637).

¹⁶³ Spiegel: Familienpolitik, 02.10.2008, <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,582036,00.html>, Internetabruf vom 18.11.2008.

¹⁶⁴ AOL Nachrichten: Brüssel will den Mutterschutz verlängern, 01.20.2008, <http://nachrichten.aol.de/nachrichten-wirtschaft/bruessel-will-den-mutterschutz-verlaengern/artikel/20080929054657108236465>, Internetabruf vom 18.11.2008.

¹⁶⁵ CEP: EU-Änderungsrichtlinie, S. 3.

¹⁶⁶ AOL Nachrichten: Brüssel will den Mutterschutz verlängern.

¹⁶⁷ CEP: EU-Änderungsrichtlinie, S. 3.

4.1.2 § 20 SGB V (Prävention)

Das Hauptziel der Arbeit der Familienhebammen liegt in der Prävention. Prävention bedeutet das Ergreifen vorbeugender Maßnahmen. Dabei können sowohl im Einzelfall als auch generelle Maßnahmen eingesetzt werden.¹⁶⁸ Es lassen sich primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden. Mit der Primärprävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindert werden.¹⁶⁹ Es geht also um die Erhaltung der Gesundheit bei (noch) Gesunden.¹⁷⁰ Sekundärprävention bedeutet, eine Krankheit im Frühstadium zu erkennen und ihr Fortschreiten zu verhindern.¹⁷¹ Tertiärprävention setzt bei der Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit an.¹⁷²

Familienhebammen haben es trotz hoher Risikobelastung in den Familien zunächst meist mit gesunden Kindern zu tun. Hier setzt die primäre Prävention an.¹⁷³ Das Ziel der Primärprävention ist, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen (§ 20 Abs. 1 S. 2 SGB V). Dabei zielen die Angebote der Primärprävention insbesondere auf Familien ab, die unter schlechteren sozialen Rahmenbedingungen leben. Zur Erreichung dieser Bevölkerungsgruppen konzentrieren sich die Krankenkassen vor allem auf den Setting-Ansatz, d.h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern.¹⁷⁴ Die Arbeit der Familienhebammen kann der Primärprävention zugerechnet werden: Sie erbringen Leistungen der Gesundheitsfürsorge i.d.R. an der gesunden Mutter und deren gesundem Kind und das in einer Zielgruppe, die derjenigen Zielgruppe der Krankenkassen entspricht. Zudem erreichen Familienheb-

¹⁶⁸ Heinze, Helmut: Sozialgesetzbuch V – Die neue Krankenversicherung – Kommentar, Wiesbaden, Loseblatt, Stand: 9. Lfg. Dezember 1997, § 20 S. 2.

¹⁶⁹ MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Vorbeugen ist besser als heilen, <http://www.mds-ev.org/Praevention.htm>, Internetabruf vom 30.01.2009.

¹⁷⁰ Gerlach, Werner in: Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang: Sozialgesetzbuch SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, Berlin, Loseblatt, Stand: 60. Lfg., 5/2002, § 20 Rn. 25.

¹⁷¹ MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Vorbeugen ist besser als heilen.

¹⁷² Gerlach, Werner in: Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang: Sozialgesetzbuch SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, § 20 Rn. 25.

¹⁷³ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 5.

¹⁷⁴ MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht 2008, S. 16, http://www.mds-ev.org/media/pdf/1-Praeventionsbericht_2008.pdf, Internetabruf vom 30.01.2009.

ammen ihre Klienten durch ihre aufsuchende Arbeit in ihrem jeweiligen Lebensumfeld.

Bei Familien, in denen es bereits zu Auffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen der Kinder gekommen ist, muss die Familienhebamme im Sinne von sekundärer Prävention tätig werden. Aber auch hier sollen die Ansätze der primären Prävention weitergelten. In dieser Gruppe erfolgt der Kontakt zumeist durch Institutionen der Jugendhilfe, d.h. diese Familien werden der Familienhebamme vermittelt.¹⁷⁵ Hier geht es u.a. darum, auf mögliche Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zu achten und bei Bedarf rechtzeitig einzuschreiten.

Die Arbeit der Familienhebammen kann also der Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V zugerechnet werden. Anderer Auffassung sind dagegen die Krankenkassen. Sie sehen die derzeitige Gesetzeslage als nicht passend an, um Familienhebammen als eine Leistung der Primärprävention gelten zu lassen. Begründet wird dies u.a. damit, dass es während des Zeitraumes der Betreuung durch die Familienhebammen kein diagnostizierbares Krankheitsbild gibt, an das die Prävention anknüpfen könnte.¹⁷⁶ Dem ist entgegenzuhalten, dass es gerade Aufgabe der Primärprävention ist, alle denkbaren Krankheiten zu verhindern. Die Primärprävention muss sich nicht zwangsläufig auf ein spezielles Krankheitsbild richten. Vielmehr gilt dies bei der Sekundär- und Tertiärprävention.

4.1.3 Finanzierung

Die Finanzierung der Familienhebammen im Rahmen des Gesundheitswesens ist hauptsächlich Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Hier ist zu unterscheiden zwischen Regelleistungen und Präventionsleistungen. Die Regelleistungen einer freiberuflichen Hebamme können über die HebGebO bzw. die HebVV mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Dieses Vorgehen wird auch als Refinanzierung bezeichnet und findet in diversen, vorwiegend älteren Familienhebammenprojekten Anwendung. Der Anteil der so vergüteten Leistungen liegt zwischen 0 und über 50 %.¹⁷⁷ Allerdings verweigern sich die Krankenkassen immer mehr

¹⁷⁵ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 5.

¹⁷⁶ Wagener, Paul: Prävention familiärer Krisen durch den Einsatz einer „Familienhebamme“?, S. 463.

¹⁷⁷ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 23.

diesem Vorgehen. Daher müssen die Familienhebammen zu einem immer größeren Teil von den Kommunen bzw. aus Projektmitteln finanziert werden.

Weiterhin erfordert die Arbeit mit Problemfamilien einen größeren Arbeitseinsatz und längere Betreuungszeiten, die nicht über die HebGebO vergütet werden können. Auch hier halten sich die meisten Krankenkassen lediglich an den nach der HebGebO bzw. HebVV abrechenbaren Leistungskatalog.¹⁷⁸

Darüber hinaus beinhaltet die Arbeit der Familienhebamme aber auch Leistungen der Primärprävention, die gemäß § 20 Abs. 1 SGB V Aufgabe der Krankenkassen ist. Insofern könnte die Familienhebamme auch als Angebot der Primärprävention über die Krankenkassen finanziert werden. Die Krankenkassen sehen indes die derzeitige rechtliche Situation als nicht passend an, die Leistungen der Familienhebammen als ein Angebot der Primärprävention gelten zu lassen.¹⁷⁹

Auch die Gesundheitsämter bieten Leistungen des Gesundheitswesens an. Nach § 7 Abs. 3 S. 1 des Gesundheitsdienstgesetzes (ÖGDG) sollen die Gesundheitsämter andere Stellen, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung befassen, beraten und unterstützen. Daraus folgt, dass auch die Gesundheitsämter in die Finanzierung der Familienhebammen im Rahmen der Prävention miteingebunden werden können. Allerdings kann nicht die gesamte Finanzierung auf die Gesundheitsämter abgewälzt werden, da sie ja nur beratend und unterstützend tätig werden. Grundsätzlich liegt die Verpflichtung, Angebote der Prävention bereitzustellen, bei den Krankenkassen.

4.2 Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

Über die Aspekte der Gesundheitsförderung hinaus nimmt die Familienhebamme Aufgaben wahr, die eher in den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe fallen. Hierzu zählen v.a. die sozialpädagogischen Elemente der Tätigkeit. Die Leistungen der Jugendhilfe sollen die Erziehung in der Familie unterstützen, ergänzen und – mit ihrem Einverständnis – notfalls auch ersetzen. Sie sollen nicht erst dann einsetzen, wenn die Erziehung in der Familie bereits gefährdet ist, sondern dazu beitragen,

¹⁷⁸ Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“, S. 1499.

¹⁷⁹ Wagener, Paul: Prävention familiärer Krisen durch den Einsatz einer „Familienhebamme“?, S. 463 f.

Gefährdungen zu vermeiden.¹⁸⁰ Das bedeutet, dass auch die Jugendämter präventiv tätig werden und Hilfen für Familien in schwierigen Lebenslagen anbieten sollen.¹⁸¹ Notwendig sind hierzu möglichst früh einsetzende niedrigschwellige Angebote, die nicht stigmatisierend wirken und die sich auf die Stärken und Ressourcen der Familie konzentrieren. Dadurch wird die Akzeptanz der hilfeleistenden Person erhöht und zugleich die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit geschaffen.

4.2.1 Niedrigschwellige Hilfen

Damit Frühe Hilfen möglichst vielen Familien zugute kommen, sollten sie niedrigschwellig in Anspruch genommen werden können. Dazu muss ein unmittelbarer Zugang zu der Hilfe bestehen, also insbesondere ohne Hilfeplanungs- oder Verwaltungsverfahren und ohne Kostenbeteiligung.¹⁸² Niedrigschwelligkeit wird daneben beispielsweise auch erreicht durch nachgehende und aufsuchende Angebote, Vermittlung durch Vertrauenspersonen bzw. bekannte vertraute Institutionen im sozialen Nahraum oder sog. „Türöffner-Angebote“ (Kleiderkammer, Mittagstisch etc.).¹⁸³ Es sollen keine Hürden für die Inanspruchnahme aufgebaut werden.¹⁸⁴

Dem gegenüber steht das vorgeschriebene Hilfeplanungsverfahren nach § 36 SGB VIII bei Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII. In dieser Hinsicht ist die Niedrigschwelligkeit bei Hilfe zur Erziehung nicht gewährleistet. Für Hilfen nach §§ 16-21 SGB VIII kann ein Hilfeplanungsverfahren sinnvoll sein, auch wenn es nicht vorgeschrieben ist.¹⁸⁵ Niedrigschwelligkeit kann ferner über die Kostenfreiheit definiert werden. In den Vorschriften über die Kostenbeteiligung (§§ 90-95 SGB VIII) sind ambulante Hilfen vom Gesetzgeber kostenfrei gelassen worden.¹⁸⁶ Gemäß § 36 a Abs. 2 SGB VIII sollen ambulante Hilfen niedrigschwellig zur Verfügung gestellt werden. Nicht jede ambulante Hilfe ist auch eine niedrigschwellig-

¹⁸⁰ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 95.

¹⁸¹ Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“, S. 1500.

¹⁸² Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, S. 385.

¹⁸³ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 74.

¹⁸⁴ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 326.

¹⁸⁵ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 36 Rn. 13.

¹⁸⁶ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 73.

ge. „Niedrigschwellig“ bezieht sich auf die Inanspruchnahme der Hilfe, während „ambulante“ die Form der Hilfe bezeichnet.¹⁸⁷ Ambulante Hilfen sind solche, bei denen die Personen nicht über Tag und Nacht untergebracht sind¹⁸⁸, i.d.R. findet die Betreuung in der Familie statt und wird von außen beratend und unterstützend geleistet.¹⁸⁹ Familienhebammen werden durch ihre aufsuchende Arbeit ambulant in der Familie tätig. Damit ist die Hilfe grundsätzlich kostenfrei und kann als niedrigschwellig bezeichnet werden.

4.2.2 § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie)

§ 16 SGB VIII regelt die Voraussetzungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie und zählt beispielhaft deren Inhalte auf (sog. Familienarbeit).¹⁹⁰ Leistungsempfänger sind die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten, Leistungsadressaten die Kinder.¹⁹¹ Es wird also die Familie als Ganzes in ihrem gesamten Lebenszusammenhang in den Blick genommen.¹⁹² Das Ziel des § 16 SGB VIII besteht darin, die Eltern in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen.¹⁹³ Dies kann v.a. durch Familienbildung (Abs. 2 Nr. 1) und Familienberatung (Nr. 2) erreicht werden. Die Angebote der Familienbildung können in Form der Jugend- sowie der Erwachsenenbildung stattfinden. Im Zentrum steht dabei die Erweiterung der Handlungskompetenzen zur Gestaltung des familiären Zusammenlebens sowie die Vorbereitung auf das Zusammenleben mit Kindern.¹⁹⁴ Die Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen sind - im Gegensatz zur Familienbildung, die präventiv und anlassunabhängig ist – anlassabhängig und setzen einen Beratungsbe-

¹⁸⁷ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 36 a Rn. 5.

¹⁸⁸ a.a.O., § 91 Rn. 2.

¹⁸⁹ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 153.

¹⁹⁰ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 16 Rn. 4.

¹⁹¹ a.a.O., § 16 Rn. 1.

¹⁹² Fischer, Lothar in: Schellhorn/Fischer/Mann: SGB VIII – Kommentar zum Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe, München 2007, § 16 Rn. 6 (im Folgenden zitiert als: Kommentar SGB VIII).

¹⁹³ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 96.

¹⁹⁴ Struck, Jutta in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.): SGB VIII, 3. Aufl., München 2006, § 16 Rn. 11, 14.

darf voraus.¹⁹⁵ Allerdings reicht es aus, dass ein abstraktes Erziehungsproblem vorliegt.¹⁹⁶ Die Familienberatung hat also dennoch präventiven Charakter.¹⁹⁷ Bei den Leistungen nach § 16 SGB VIII ist kein Erziehungsdefizit erforderlich.¹⁹⁸

Der sehr allgemein gehaltene Auftrag des § 16 SGB VIII räumt den Trägern der Jugendhilfe auch Spielraum für Angebote der vorgeburtlichen Förderung der Erziehungskompetenzen ein.¹⁹⁹ Es ist sinnvoll und auch wirksam, schon während der Schwangerschaft mit der Familienarbeit zu beginnen.²⁰⁰ Dies wird auch an Familienbildungsstätten beobachtet, die sozusagen die „klassischen“ Grundsäulen der Familienbildung darstellen: Insbesondere die Themen Gesundheitsbildung und Geburtsvor- und Geburtsnachbereitung wurden laut einer Untersuchung am meisten nachgefragt. Speziell das Prager Eltern-Kind-Programm (PEKiP), das ein besonderes Angebot für das erste Lebensjahr des Kindes beinhaltet, ähnelt den Familienhebammenprojekten sehr stark.²⁰¹ Daher würde sich die Familienhebamme als Angebot des Jugendamtes besonders anbieten. Soweit Familienhebammen vorrangig präventiv erziehungsfördernd und familienbildend tätig werden, könnten diese Leistungen unter § 16 SGB VIII subsumiert werden. Allerdings können darunter gemäß dem Wortlaut des Gesetzestextes ausschließlich die erziehungsfördernden Maßnahmen fallen. Die Leistungen der Gesundheitsfürsorge, die eine Familienhebamme darüber hinaus auch noch erbringt, werden vom SGB VIII nicht erfasst und bleiben daher dem Gesundheitsbereich vorbehalten.²⁰² Da es sich bei der Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie um eine Sollleistung ohne Rechtsanspruch handelt²⁰³, können die Träger der öffentlichen Jugendhilfe nicht verpflichtet werden, Familienhebammen vorzuhalten.²⁰⁴

¹⁹⁵ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 16 Rn. 4.

¹⁹⁶ a.a.O., § 18 Rn. 3.

¹⁹⁷ Struck, Jutta in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.): SGB VIII, § 16 Rn. 19 f.

¹⁹⁸ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 16 Rn. 4.

¹⁹⁹ DIJuF-Rechtsgutachten: Kinder- und Jugendhilferecht - Umgang mit Situationen von Kindeswohlgefährdung (Alkohol- oder Drogenkonsum) während der Schwangerschaft, in: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendliche und Familienrecht, 5/2008, S. 248.

²⁰⁰ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 96.

²⁰¹ Wagener, Paul: Prävention familiärer Krisen durch den Einsatz einer „Familienhebamme“?, S. 459 m.w.N..

²⁰² Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“, S. 1501.

²⁰³ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 47.

²⁰⁴ Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“, S. 1501.

Gemäß § 90 Abs. 1 Nr. 2 SGB VIII können Teilnahme- oder Kostenbeiträge für die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 16 SGB VIII festgesetzt werden. Ausgenommen hiervon ist die Familienberatung.²⁰⁵ Dies würde allerdings dazu führen, dass die Niedrigschwelligkeit des Angebotes nicht mehr gewährleistet wäre. Der Präventionsgedanke gerade für die von Familienhebammen betreuten Problemfamilien wäre damit zunichte gemacht. Da die Entscheidung, ob ein Teilnahme- oder Kostenbeitrag erhoben wird, im Ermessen des Trägers der Jugendhilfe steht²⁰⁶, müsste zumindest in den Fällen, in denen sog. Problemfamilien beteiligt sind, nach § 90 Abs. 2 SGB VIII davon abgesehen werden, damit diese nicht dadurch abgeschreckt werden.

4.2.3 § 18 SGB VIII (Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge und des Umgangsrechts)

Hier kommt nur die Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII in Betracht. §§ 1626 Abs. 1 S. 2 i.V.m. 1631 BGB beschreiben die Personensorge näher. Dazu gehören insbesondere die Pflege und Erziehung sowie die Beaufsichtigung des Kindes und die Aufenthaltsbestimmung durch die Eltern. Nicht von der Regelung des § 18 SGB VIII erfasst ist die Vermögenssorge.²⁰⁷ Im Kontext der Arbeit der Familienhebammen liegt der Fokus auf der Pflege und Erziehung der Kinder. Leistungsempfänger sind allein sorgeberechtigte Mütter oder Väter bzw. solche, die tatsächlich für ein Kind sorgen; sie haben einen Rechtsanspruch auf die Beratungsleistung.²⁰⁸ Unter Beratung ist eine verbale Hilfe bei der Bewältigung von Problemen zu verstehen, es kann sich dabei um Rechts- oder Lebensberatung handeln.²⁰⁹ Die Beratung umfasst insbesondere Hilfe in Erziehungsfragen, aber auch in praktischen Fragen (z.B. zur Haushaltsführung). Daneben kann sie sich auf Rechtsberatung im Zusammenhang mit der Ausübung des Personensorgerechts erstrecken.²¹⁰ In Erziehungsfragen richtet sich die Beratungsleistung nach § 18 SGB VIII im Gegensatz

²⁰⁵ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 326.

²⁰⁶ a.a.O., Rn. 328.

²⁰⁷ Fischer, Lothar in: Schellhorn/Fischer/Mann: Kommentar SGB VIII, § 18 Rn. 15.

²⁰⁸ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 18 Rn. 1, 2.

²⁰⁹ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 18 Rn. 3.

²¹⁰ Struck, Jutta in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.): SGB VIII, § 18 Rn. 7.

zur Beratung nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 SGB VIII auf einen konkreten Fall.²¹¹ Daraus folgt, dass diese Leistung kein präventives Angebot darstellt. Wie bei § 16 SGB VIII wird auch hier kein Erziehungsdefizit vorausgesetzt. Unterstützung meint eine nach außen gerichtete Tätigkeit und umfasst Hilfe bei der Formulierung von Schreiben²¹², Information, Begleitung, Belehrung, Recherche und Berechnung.²¹³ Die rechtliche Vertretung, sowohl gerichtlich als auch außergerichtlich, fällt nicht hierunter.²¹⁴

Die Leistungen einer Familienhebamme können nur teilweise unter § 18 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII subsumiert werden. Zum Großteil nimmt eine Familienhebamme praktische erzieherische und pflegerische Aufgaben wahr. § 18 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII geht dagegen eher von theoretischen und verwaltenden Aufgaben aus wie Information und Belehrung. Zweifellos fallen auch diese Tätigkeiten unter das Leistungsspektrum einer Familienhebamme, jedoch liegt der Schwerpunkt auf anderen Aufgaben. Die Familienhebamme hier gesetzlich einzuordnen, würde demnach einen großen Teil ihrer Arbeit nicht erfassen. Zudem könnten aufgrund des beschränkten Adressatenkreises nicht alle Familien erfasst werden.

4.2.4 §§ 27 i.V.m. 31 SGB VIII (Hilfe zur Erziehung in Form der Sozialpädagogischen Familienhilfe)

Auf Hilfe zur Erziehung hat der Personensorgeberechtigte (in der Regel die Eltern) einen Rechtsanspruch²¹⁵, wenn die Voraussetzungen des § 27 Abs. 1 SGB VIII vorliegen. Demnach muss eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig sein. Eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung ist dann nicht gewährleistet, wenn die individuelle oder soziale Entwicklung des Kindes derart gefährdet ist, dass ohne Hilfeleistung eine körperliche, geistige oder seelische Störung der Persönlichkeit einzutreten droht oder die Persönlichkeitsentwicklung schon gestört ist. Ein derartiges sog. Erziehungsdefizit ist also eine Mangellage in

²¹¹ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 18 Rn. 3.

²¹² Müller, Christian in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkommentar zum SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, München 2006, § 18 Rn. 3 (im Folgenden zitiert als: Kurzkommentar).

²¹³ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 18 Rn. 3.

²¹⁴ a.a.O., § 18 Rn. 4.

²¹⁵ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 151.

der Erziehung. Dabei kommt es nicht auf einen Mangel in der Person des Erzogenen oder des Erziehers an, vielmehr genügt ein objektiver Ausfall von Erziehungsleistung, ohne dass dieser vorwerfbar sein müsste, z.B. durch Krankheit oder Berufstätigkeit der Eltern.²¹⁶ Das Vorliegen einer Mangellage ist am Ziel der Erziehung zu messen, also der Gewährleistung des Kindeswohls. Dieses besteht in der Herausbildung der eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) und orientiert sich an den Grundbedürfnissen des Kindes (abgeleitet aus der UN-Kinderkonvention): Liebe, Zuwendung, Akzeptanz, stabile Bindung, Versorgung, Körperpflege, Gesundheitsfürsorge, Schutz vor Gefahren, geistige und soziale Bildung.²¹⁷ Dabei ist weder auf eine abstrakte Idealfamilie noch auf eine durchschnittliche Normalfamilie abzustellen, sondern auf die in der konkreten Familie erreichbaren Qualitätsstandards.²¹⁸

Geeignet ist eine Hilfe, wenn sie tauglich ist, das Erziehungsdefizit zu beseitigen.²¹⁹ Notwendig ist sie, wenn andere Leistungen der Jugendhilfe und die Eigenhilfe der Eltern nicht ausreichen, die Mangellage zu beseitigen. § 27 SGB VIII greift dann, wenn familienunterstützende Angebote nach §§ 11 ff. SGB VIII hierzu nicht genügen, aber noch bevor eine Kindeswohlgefährdung i.S.d. § 1666 BGB eingetreten ist.²²⁰ Allerdings schließt das Überschreiten der Gefährdungsschwelle des § 1666 BGB die Gewährung von Hilfe zur Erziehung nicht aus.²²¹ Als weitere Voraussetzung muss der Personensorgeberechtigte mit der Hilfeleistung einverstanden sein, was sich aus § 36 Abs. 1 S. 1 SGB VIII ergibt. Ein Antrag ist nicht erforderlich.²²²

Liegen die Voraussetzungen des § 27 Abs. 1 SGB VIII vor, kommt eine der in §§ 28-35 SGB VIII genannten Arten der Hilfe zur Erziehung in Betracht. Die gesetzliche Reihenfolge orientiert sich an der pädagogischen Intensität der einzelnen Hilfeart, dennoch sind alle Hilfearten grundsätzlich gleichrangig. Es müssen nicht

²¹⁶ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 152.

²¹⁷ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 27 Rn. 3.

²¹⁸ a.a.O., § 27 Rn. 3.

²¹⁹ a.a.O., § 27 Rn. 6.

²²⁰ Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 27 Rn. 2.

²²¹ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 27 Rn. 4.

²²² Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 27 Rn. 1.

alle Hilfearten nacheinander „ausprobiert“ werden.²²³ Die in den §§ 28-35 SGB VIII genannten Hilfearten stellen keine abschließende Aufzählung dar.²²⁴ Die Formulierung „insbesondere“ in § 27 Abs. 2 SGB VIII ist eine Innovationsklausel, die neue Hilfearten zulässt.²²⁵

Die aufsuchende Tätigkeit einer Familienhebamme kommt derjenigen einer Sozialpädagogischen Familienhilfe nach § 31 SGB VIII wohl am nächsten.²²⁶ Diese ist eine der ambulanten Hilfearten, die intensiver und tiefer als die anderen Hilfen in die Intimsphäre der Familie eindringt.²²⁷ Durch diese Nähe zur Familie können aber gezielte Hilfestellungen für den gesamten Familienverband gefunden werden. Die Sozialpädagogische Familienhilfe muss sich dem gesamten System Familie widmen und darf nicht nur die Interessen einzelner Personen wahrnehmen.²²⁸ Sie ist auf Verlässlichkeit und Kontinuität ausgerichtet. Die Besuche in der Familie finden regelmäßig statt (mindestens zweimal in der Woche, bei Bedarf auch häufiger). Die Hilfe kann sich über einen Zeitraum von einem halben Jahr bis zu zweieinhalb Jahren erstrecken.²²⁹ Voraussetzung für die Sozialpädagogische Familienhilfe ist, dass die Familie bereit ist, mitzuarbeiten.²³⁰ Die Sozialpädagogische Familienhilfe soll u.a. Unterstützung bei der Erziehung, der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen und bei Kontakten mit Ämtern und Institutionen geben.²³¹ Während der Betreuungszeit gilt es, die vorhandenen Ressourcen der Familie zu entdecken, zu fördern und zu entwickeln.²³² Durch den rechtzeitigen Einsatz kann in vielen Fällen das Selbsthilfepotenzial der Familie gestärkt werden.²³³ Daraus ergibt sich ein hohes Anforderungsprofil an die Sozialpädagogische Familienhilfe, es müssen zwangsläufig

²²³ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 153.

²²⁴ a.a.O., Rn. 154.

²²⁵ Kunkel, Peter-Christian in: Ders. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 27 Rn. 22.

²²⁶ Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“, S. 1501.

²²⁷ Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 31 Rn. 1.

²²⁸ Frings, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 31 Rn. 3.

²²⁹ Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 31 Rn. 2.

²³⁰ a.a.O., § 31 Rn. 4.

²³¹ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 158.

²³² Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 31 Rn. 5.

²³³ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 158.

Fachkräfte eingesetzt werden (s. auch § 72 Abs. 1 SGB VIII).²³⁴ Insofern kommen insbesondere Berufsgruppen mit sozialpädagogischer Ausbildung in Betracht: Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Erzieher, Haus- und Familienpfleger.²³⁵ Familienhebammen besitzen i.d.R. keine sozialpädagogische Ausbildung. Im Hinblick auf die vielfältigen Aufgaben, die eine Sozialpädagogische Familienhilfe erbringt, wäre sie jedoch durch die vorhandenen Qualifikationen durchaus geeignet, diese Aufgaben zu erfüllen. Insbesondere in Familien mit Neugeborenen wäre die Familienhebamme den nur sozialpädagogisch ausgebildeten Fachkräften durch zusätzliches Wissen im Pflege- und Gesundheitsbereich überlegen. Auch lässt § 72 Abs. 1 S. 1, 2. HS SGB VIII die Ausnahme zu, aufgrund besonderer Erfahrung in der sozialen Arbeit die Aufgaben des Jugendamtes zu erfüllen. Allerdings lässt schon die Bezeichnung „Sozialpädagogische“ Familienhilfe darauf schließen, dass der Schwerpunkt der Tätigkeit auf der sozialpädagogischen Arbeit mit der Familie liegt. Sofern die Familienhebamme hauptsächlich im sozialpädagogischen Kontext tätig wird und entsprechend qualifiziert ist, kann sie durchaus unter das Leistungsspektrum der §§ 27 i.V.m. 31 SGB VIII verortet werden.²³⁶

Bei Hilfe zur Erziehung muss ein Hilfeplan gemäß § 36 SGB VIII aufgestellt werden. Dieser soll längerfristige Perspektiven im Auge behalten und in regelmäßigen Abständen hinsichtlich der weiteren Geeignetheit der Hilfe überprüfbar sein.²³⁷ In dieser Hinsicht ist die Niedrigschwelligkeit des Angebotes nicht gewährleistet. Dies ergibt sich auch aus § 36 a Abs. 2 SGB VIII, der vom Träger der Jugendhilfe fordert, ambulante Hilfen, insbesondere die Erziehungsberatung, als niedrigschwelliges, unmittelbares Angebot zur Verfügung zu stellen. Die Sozialpädagogische Familienhilfe stellt zwar eine ambulante Hilfeform dar. Der explizite Hinweis auf die Erziehungsberatung kann jedoch als Kriterium für die Auswahl derjenigen Hilfeformen gelten, die unmittelbaren Zugang erfordern. Die niedrigschwellige Inanspruchnahme bezieht sich demnach regelmäßig auf ambulante Hilfen, die in ihrer Eingriffsintensität mit der Erziehungsberatung vergleichbar sind. Die Sozialpädagogische Familienhilfe wirkt im Vergleich zu den anderen

²³⁴ Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 31 Rn. 7.

²³⁵ Frings, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 31 Rn. 18.

²³⁶ Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“, S. 1502.

²³⁷ Nix, Christoph in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 36 Rn. 3.

Arten der Hilfe zur Erziehung deutlich intensiver auf die Lebenssphäre einer Familie ein. Sie wird daher von § 36 a Abs. 2 SGB VIII nicht erfasst und kann demzufolge auch nicht als niedrigschwellig gelten.²³⁸

Aufgrund der intensiven Betreuung erhält die Sozialpädagogische Familienhilfe tiefe Einblicke in die Familie und damit auch Informationen, die des Datenschutzes bedürfen. Ungeachtet dessen muss aber der Schutz des Kindes gewährleistet sein, d.h. bei drohender Kindeswohlgefährdung ist die Fachkraft von ihrer Schweigepflicht nach §§ 61 ff. SGB VIII entbunden. Hierauf kann im Hilfeplangespräch bereits hingewiesen werden.²³⁹

Da ein Rechtsanspruch auf die Bewilligung der Sozialpädagogischen Familienhilfe besteht, darf die Hilfe nicht wegen fehlender finanzieller Mittel im Haushalt oder wegen Ausschöpfung des für die Sozialpädagogische Familienhilfe zur Verfügung stehenden Betrags abgelehnt werden.²⁴⁰ Die Inanspruchnahme der Sozialpädagogischen Familienhilfe ist für die Familien kostenlos, ein Kostenbeitrag wird nicht verlangt.²⁴¹

4.2.5 Finanzierung

§ 3 Abs. 2 SGB VIII bestimmt, dass Leistungen der Jugendhilfe von Trägern der freien Jugendhilfe und Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht werden. Nach § 2 Abs. 2 SGB VIII sind Leistungen der Jugendhilfe u.a. Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie nach §§ 16-21 (Nr. 2) und Hilfe zur Erziehung nach §§ 27-35 (Nr. 4). Das bedeutet, dass die oben dargestellten Leistungen sowohl von den Jugendämtern als auch von freien Trägern erbracht werden können. Bedient sich der öffentliche Träger des freien Trägers, um seine Leistungsaufgaben zu erfüllen, übernimmt er die Kosten, wenn er mit dem freien Träger eine Kostenvereinbarung nach § 77 SGB VIII abgeschlossen hat.²⁴² Dabei können sowohl eine Pauschalfinanzierung oder eine Einzelfallabrechnung ausge-

²³⁸ Wiesner, Reinhard in: Ders. (Hrsg.): SGB VIII, § 36 a Rn. 39.

²³⁹ Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 31 Rn. 8.

²⁴⁰ Frings, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 31 Rn. 5.

²⁴¹ a.a.O., § 31 Rn. 26.

²⁴² Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, Rn. 283.

handelt werden.²⁴³ Eine finanzielle Eigenleistung des freien Trägers ist nicht erforderlich.²⁴⁴ In einem solchen Fall ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, also das Jugendamt, für die Finanzierung des Angebotes allein zuständig. Sollte der freie Träger eigene Mittel beisteuern, ist auch er an der Finanzierung der Hilfeleistung beteiligt.

Daraus lässt sich schließen, dass bei der Verortung der Familienhebamme unter das SGB VIII vorrangig die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Finanzierung verantwortlich sind.

4.3 Rechtliche Würdigung

Die Arbeit der Familienhebammen weist sowohl Aspekte der Gesundheitsförderung als auch der Kinder- und Jugendhilfe auf, weshalb es nicht einfach ist, das Berufsbild unter die derzeitige rechtliche Situation einzuordnen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff „Familienhebamme“ als Berufsbezeichnung nicht geschützt ist und es auch kein einheitliches Berufsbild gibt, aus dem sich die Schwerpunkte der Tätigkeit ableiten lassen. Im Hinblick auf die Prävention von Kindeswohlgefährdung erscheinen sowohl der gesundheitliche als auch der sozialpädagogische Arbeitsansatz als geeignet. Gesundheit kann als niedrigschwelliger Zugangsweg zu den Familien genutzt werden über den Ansatz der originären Hebammentätigkeit. Da jeder Frau Hebammenleistungen zustehen, wirkt die Inanspruchnahme nicht stigmatisierend. Zudem sind Eltern gerade in der Phase rund um die Geburt besonders empfänglich für gesundheitsförderliches Verhalten, da sie dem Kind einen guten Start ins Leben ermöglichen wollen. Die Arbeit der Familienhebamme kann wie oben dargestellt der Primärprävention i.S.d. § 20 Abs. 1 SGB V zugerechnet werden. Da dies Aufgabe der Krankenkassen ist, wären diese somit auch für die Finanzierung zuständig. Doch selbst wenn die Krankenkassen die Familienhebamme nicht als ein Angebot der Primärprävention gelten lassen wollen, sollten sie sich nicht der Möglichkeit verwehren, den Familienhebammen zumindest die Regelleistungen, die nach der HebGebO abgerechnet werden können, zu vergüten. Eine zusätzliche Vereinbarung, die Regelleistungen auch noch

²⁴³ Frings, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 31 Rn. 22.

²⁴⁴ Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, S. 201.

über den nach der HebGebO abrechenbaren Zeitraum hinaus zu vergüten, käme den Familienhebammen sehr entgegen, da gerade bei ihrer Zielgruppe die Leistungen oftmals länger und intensiver benötigt werden.

Die sozialpädagogischen Aspekte der Tätigkeit erlauben desgleichen eine Zuordnung der Familienhebammenarbeit zur Kinder- und Jugendhilfe. Im präventiven Bereich kommt die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 SGB VIII in Betracht. In Form der Familienbildung und Familienberatung setzen diese Angebote an, bevor ein Erziehungsdefizit vorliegt. Dagegen kann die Familienhebamme als ein Angebot der Hilfe zur Erziehung in Form der Sozialpädagogischen Familienhilfe tätig werden, wenn bereits ein Erziehungsdefizit besteht. Bei beiden Möglichkeiten wäre der jeweilige Träger der Jugendhilfe (Jugendamt oder freier Träger) für die Finanzierung zuständig. Jedoch bleibt zu sagen, dass Familienhebammen i.d.R. schwerpunktmäßig gesundheitsorientiert arbeiten. Dies liegt u.a. an der grundständigen Hebammenausbildung, die alle Familienhebammen absolviert haben. Eine Zuordnung zum Gesundheitswesen und hier zur Primärprävention erscheint daher schlüssiger. In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die Möglichkeit einer Verortung der Familienhebammen beim Gesundheitsamt hingewiesen werden. Nicht zu vernachlässigen ist allerdings – gleich welche rechtliche Zuordnungsform letztendlich gewählt wird – die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen untereinander.

Die strukturelle Anbindung der Familienhebammen richtet sich zu einem großen Teil nach den bereits vorhandenen Angeboten. In der einen Kommune sind die präventiven Handlungsansätze des Gesundheitsamtes vielleicht so ausgebaut, dass sie auch im Sinne der Frühen Hilfen für Kinder in gefährdeten Lebenssituationen genutzt werden können. In einer anderen Kommune kann dagegen eine im Stadtteil verankerte Erziehungsberatungsstelle günstigere Zugangsmöglichkeiten bieten. Hier wird deutlich, dass die Zugänge individuell verschieden sein können und es nicht eine einzige richtige Lösung gibt.²⁴⁵

²⁴⁵ Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, S. 203.

5 Zusammenfassende kritische Betrachtung

Die Arbeit der Familienhebammen ist immer auf Mutter/Vater und Kind gerichtet, wobei das Kindeswohl oberste Priorität hat.²⁴⁶ Familienhebammen sind in der Lage, erste Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zu erkennen und die notwendigen Schritte einzuleiten. Oberstes Ziel der Familienhebammentätigkeit muss es jedoch sein, schon bevor es zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommt, Präventionsarbeit zu leisten. Daher beginnt die Familienhebammenarbeit idealerweise schon während der Schwangerschaft und wird bis zu einem Jahr nach der Geburt fortgesetzt. Um möglichst viele Familien zu erreichen, müssen die Angebote niedrigschwellig in Anspruch genommen werden können. Dazu gehören u.a. Kostenfreiheit und keine bis niedrig ausgestaltete bürokratische Hürden. Meist wird die Familienhebamme aufgrund von Vermittlung tätig. Ein gut ausgebautes und funktionierendes Kooperationsnetz ist Voraussetzung dafür, dass die Familienhebamme von problematischen Situationen erfährt, um daraufhin ihre Hilfe anbieten zu können. Fehlt diese Zusammenarbeit der Institutionen untereinander, wird die Familienhebamme erst gar nicht auf Familien aufmerksam, die Hilfe benötigen würden. Ein großes Problem stellt die Erreichbarkeit von isolierten Familien mit von außen schwer erkennbaren Problemen dar. Sie lassen sich weder durch Screening zuverlässig identifizieren noch schaffen sie selbst den Weg in Hilfeangebote.²⁴⁷ Hier müssen die Fachkräfte und auch die Gesellschaft sensibilisiert werden, auf Anzeichen zu achten, die einen Hilfebedarf implizieren könnten und es muss versucht werden, diese Familien über offene Angebote wie z.B. Müttertreffs zu erreichen. Bei einer Vermittlung von außen stellt sich immer die Frage nach dem Verhältnis zwischen Öffentlichkeit und Privatheit, von gesellschaftlicher Kontrolle und individueller Freiheit.²⁴⁸ Den Familien darf nicht das Gefühl gegeben werden, die Hilfe würde ihnen aufgezwängt und sie würden vom Staat kontrolliert werden, denn dies führt zur Ablehnung der Hilfe und einer fehlenden Eigenmotivation der Familie, die es fast unmöglich macht, vernünftig mit ihr zusammenzu-

²⁴⁶ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 38.

²⁴⁷ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 36.

²⁴⁸ Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!, S. 54.

arbeiten.²⁴⁹ Sind die Familienhebammen bei freien Trägern angestellt, fällt es den Familien leichter, sich auf die Hilfe einzulassen, denn die Familienhebamme kommt dann nicht „vom Jugendamt“. Die Kontrollfunktion erscheint dadurch abgemilderter und der Vertrauensaufbau kann unter Umständen schneller und leichter erfolgen.²⁵⁰ Sollte es parallel Angebote von öffentlichen und freien Trägern geben, muss zwischen ihnen die Zusammenarbeit abgeklärt werden, z.B. durch vertragliche Vereinbarungen.²⁵¹ Ebenfalls muss die Einhaltung des Datenschutzes Beachtung finden. Einerseits gilt bei Verortung der Familienhebammen unter die Kinder- und Jugendhilfe der Sozialdatenschutz nach §§ 64 f. SGB VIII, andererseits unterliegen die Hebammen auch der Schweigepflicht des § 4 HebBO. Eine Weitergabe von Daten ohne das Wissen der Familie ist grundsätzlich nicht zulässig. Daraus ergeben sich aber auch Probleme bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Hilfeleistenden, denen dadurch wesentliche Details beispielsweise bei der Weitervermittlung nicht mitgeteilt werden dürfen. In diesem Bereich sollten die bisherigen Regelungen zum Datenschutz überprüft werden, denn ein Informationsfluss innerhalb des Helferteams ist im Interesse des Kinderschutzes für eine kompetente Betreuung nahezu unerlässlich.

Da Familienhebammen besonders Familien in schwierigen Lebenslagen betreuen, stoßen sie des öfteren an ihre Grenzen. Diese liegen zum einen in der personellen Auslastung durch viele Betreuungsfälle. Der Bedarf ist groß und meist gibt es in den Kommunen nicht genügend Familienhebammen, um alle Familien betreuen zu können. Die Familienhebammen dürfen nicht in ihrer Arbeit „verschlissen“ werden, indem ihnen zu viele Betreuungsfälle aufgeladen werden.²⁵² Zum anderen kann eine Familienhebamme trotz ihres breit gefächerten Tätigkeitsspektrums nicht auf alle Fragen eine Antwort wissen. In manchen Fragen muss sie sich Rat und Hilfe bei einem Spezialisten holen. Das kann z.B. ein Sozialpädagoge, ein Arzt oder auch ein Jurist sein. Besonders deutlich wird dies im Zusammenhang mit psychisch Kranken. Sehr häufig erkennen diese ihren eigenen Hilfebedarf

²⁴⁹ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 36.

²⁵⁰ Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar, § 31 Rn. 8.

²⁵¹ Frings, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII, § 31 Rn. 15.

²⁵² Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 11.

nicht und wollen sich nicht helfen lassen.²⁵³ Für die Familienhebamme ist es schwierig, mit diesen Personen richtig umzugehen, da sie nicht über das nötige Fachwissen verfügt. Daher empfinden die Familienhebammen die Betreuung psychisch kranker Frauen als besonders belastend. Die Hinzuziehung eines Spezialisten, gegebenenfalls auch ein gemeinsamer Hausbesuch, muss in solchen Fällen möglich sein. Wenn die Familienhebamme merkt, dass andere Hilfsangebote sinnvoller erscheinen, ist eine Weitervermittlung oft die einzige Lösung. Die Familienhebamme muss dabei den Familien erklären, warum sie diesen Schritt für notwendig erachtet und sie auf die neue Situation vorbereiten.

Gegen Ende des Betreuungszeitraums sind einige Familien noch nicht in der Lage, ohne Hilfe auszukommen. Hier müssen dann Folgeangebote einsetzen, die nahtlos an die Familienhebammenbetreuung anknüpfen. Hilfreich ist hierbei die Einbindung der Familienhebammen in eine Institution, die auch weiterführende Hilfen anbietet (z.B. Modell KiFaZ Barmbek-Süd in Hamburg). Somit kommt es am Ende der Betreuung nicht zu einem Bruch, sondern die Familie kann im gewohnten Umfeld weiterbetreut werden. Für die Familienhebammen kann Erfolg einerseits bedeuten, weitergehende Hilfen, z.B. Hilfe zur Erziehung, zu vermeiden, andererseits kann Erfolg aber auch darin bestehen, dass weiterführende Hilfen nach Beendigung der Familienhebammenzeit in Anspruch genommen werden.²⁵⁴

Familienhebammen können nicht auf alle Missstände im Rahmen ihrer Arbeit Einfluss nehmen. Manche Verhaltensweisen der Eltern lassen sich einfach nicht ändern. Diesbezüglich ist es sehr wichtig, dass sich die Familienhebammen ihre Probleme von der Seele reden können. Dazu ist eine fachlich angeleitete Supervision unerlässlich.²⁵⁵ Außerdem kann die Arbeit ohne vorhergehende Fort- oder Weiterbildung nicht qualifiziert ausgeführt werden. Lediglich eine Hebammenausbildung reicht nicht aus, um den Anforderungen an eine Familienhebamme gerecht werden zu können.²⁵⁶ Erforderlich wäre hier eine bundeseinheitliche Wei-

²⁵³ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 56.

²⁵⁴ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 20.

²⁵⁵ Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 110.

²⁵⁶ a.a.O., S. 18, 110 f., 120.

terbildung zur Familienhebamme mit einem anerkannten qualifizierenden Abschluss und im Anschluss regelmäßige Fortbildungen.

Auch die rechtliche Zuordnung und damit zusammenhängend die Frage der Finanzierung sollten schnellstmöglich geklärt werden, um Rechtssicherheit zu gewährleisten. Anzustreben ist eine Mischfinanzierung, an der sich sowohl die Träger der Jugendhilfe, der Öffentliche Gesundheitsdienst als auch die Krankenkassen beteiligen sollten. Zusätzlich wäre eine Einbindung von Bundes- und Landesmitteln wünschenswert. Hinsichtlich der Arbeitsorganisation gibt es mehrere Möglichkeiten, Familienhebammen bei ihrem Träger zu integrieren. Zum einen kann die Familienhebamme für einen Träger der öffentlichen Jugendhilfe, also ein Jugendamt, tätig werden. Daneben gibt es auch die Möglichkeit, für einen Träger der freien Jugendhilfe zu arbeiten. In beiden Fällen kann die Familienhebamme sowohl fest angestellt sein als auch auf Honorarbasis tätig werden. Zum anderen ist eine Anstellung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, also dem Gesundheitsamt, denkbar. Schließlich bleibt noch die Anstellung bei einer Krankenkasse unter dem Aspekt der Präventionsarbeit. Dieser Fall konnte aber im Rahmen dieser Arbeit in keinem praktischen Beispiel gefunden werden. Bei der organisatorischen Anbindung an einen bestimmten Träger kommt es immer auch auf das bereits bestehende Hilfesystem an. Ungeachtet der Ausgestaltung des Arbeitsvertrags ist es für die Familienhebamme äußerst wichtig, mit anderen Institutionen und Fachkräften zusammenarbeiten zu können.

Bisher werden die meisten Familienhebammen lediglich auf Projektbasis tätig. Dadurch fehlt die langfristige Perspektive in Bezug auf Verlässlichkeit, Kontinuität und Betreuungsqualität.²⁵⁷ Daher sollte überlegt werden, ob es möglich ist, die Familienhebammen dauerhaft in die Regelversorgung einer Kommune zu integrieren. Dies richtet sich nach dem jeweiligen sozialräumlichen Bedarf. Zuerst sollte die vorhandene Struktur optimiert und ausgebaut werden, bevor eine neue Form der Hilfeleistung aufgebaut wird. Das bedeutet, dass auf eine Vielfalt von Hilfeangeboten in der Kommune Wert gelegt und nicht ein einzelnes Modell in den Mittelpunkt gestellt werden sollte. Zugleich sollten die vorhandenen Projekte und Modelle intensiv evaluiert und bewertet werden, um Erfolg versprechende

²⁵⁷ Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, S. 24.

Hilfen dauerhaft zur Verfügung stellen zu können.²⁵⁸ Frühe Hilfen müssen strukturell in einem System verankert werden, das Gesundheitswesen und Jugendhilfe verknüpft. Außerdem ist die Schaffung der rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen erforderlich. Ein überregionaler Austausch kann dabei helfen, Wissen und Erfahrung anderer Kommunen für den Aufbau eines eigenen Hilfenetzes zu nutzen.²⁵⁹ Beispielsweise hat die Stadt Münster sehr gute Erfahrungen mit dem Einsatz einer Familienhebamme mit eigenem Migrationshintergrund und hoher Sprachkompetenz gemacht.²⁶⁰ Dies kann als Vorbild für andere Kommunen dienen.

Letztendlich darf aber von Familienhebammen nicht erwartet werden, dass jegliche Kindeswohlgefährdung durch deren Arbeit vermieden werden kann. Zwar haben Familienhebammen als ein Teil eines Frühwarnsystems umfassend und früh Einsicht in problematische Konstellationen. Allerdings wird es trotz aller Bemühungen und Präventionsarbeit auch weiterhin dramatische Fälle von Kindeschädigungen geben.²⁶¹ All diese Programme sind in ihren Wirkungsmöglichkeiten begrenzt und es darf in der Öffentlichkeit nicht der Eindruck erweckt werden, man hätte damit das Problem weitgehend „unter Kontrolle“.²⁶² Zugleich darf Prävention nicht so weit gehen, dass die Freiheit der Familie durch permanente Kontrolle und Überwachung durch den Staat eingeschränkt wird. Die Freiheit des Einzelnen und auch das Elternrecht müssen stets gewahrt bleiben.

6 Familienhebammen in Baden-Württemberg: Das Projekt Familienhebammen in Pforzheim

Die Arbeit mit Familienhebammen ist in Baden-Württemberg noch nicht sehr verbreitet. Das könnte daran liegen, dass Familienhebammen vorrangig mit Familien arbeiten, die am Rande der Gesellschaft und somit am Rande des Interesses angesiedelt sind. Durch die wachsende Armut und Fremdenfeindlichkeit wurde

²⁵⁸ Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, S. 203.

²⁵⁹ Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation, S. 70-72.

²⁶⁰ Stadt Münster: Öffentliche Berichtsvorlage V/0192/2005 vom 02.05.2005, S. 3; Borchard, Christiane: Auch kleine Schritte sind Bewegung, S. 496 ff.

²⁶¹ Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, S. 201.

²⁶² a.a.O., S. 201.

den Familienhebammen in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit zuteil. Nur langsam entwickelten sich über Bremen hinaus weitere Familienhebammenprojekte.²⁶³ In Baden-Württemberg gibt es derzeit z.B. in Karlsruhe, Stuttgart und Pforzheim Familienhebammen. Im Folgenden soll das Projekt in Pforzheim vorgestellt werden, das als Modellprojekt für Baden-Württemberg gelten kann.²⁶⁴

Anfang 2006 erarbeitete eine Arbeitsgruppe des Pforzheimer Bündnis für Familie ein Rahmenkonzept für Frühe Hilfen für Familien, um Kindesvernachlässigung und -misshandlung zu vermeiden.²⁶⁵ Der Vorschlag, mit Familienhebammen zu arbeiten, fand großen Zuspruch und so erklärten sich der Caritasverband e.V. Pforzheim und der Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V. bereit, als Träger dieses Projektes zu fungieren.²⁶⁶ Unter Mithilfe des Bundes Deutscher Hebammen Pforzheim wurde ein erweitertes Konzept erstellt, das nun die Grundlage für die Familienhebammenarbeit darstellt.²⁶⁷ Im Juni 2006 startete das Projekt in Pforzheim²⁶⁸ mit drei Familienhebammen²⁶⁹, die als freiberufliche Hebammen auf Honorarbasis für die Caritas bzw. den Kinderschutzbund tätig sind.²⁷⁰ Die Zuständigkeiten sind unter den beiden Trägern aufgeteilt: für die Stadt Pforzheim ist der Kinderschutzbund zuständig, im Enzkreis der Caritasverband.²⁷¹ Die Familienhebammen haben eine Zusatzqualifikation, die in die Grundlagen der sozialen und medizinischen Diagnostik einführt, Kenntnisse über das bestehende soziale Netz sowie Methoden der Krisenintervention und Konfliktbewältigung, ein sozialpädagogisches Handlungsrepertoire und Maßnahmen zur Psychohygiene vermit-

²⁶³ Weiß, Magdalene in: Schneider Eva: Familienhebammen, S. 7.

²⁶⁴ Pforzheimer Zeitung: Hebammen sind gefragt, http://www.pz-news.de/Home/Nachrichten/Pforzheim/Hebammen-sind-gefragt-arid.27525_puid.1_pageid.17.html, Internetabruf vom 27.10.2008.

²⁶⁵ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 1.

²⁶⁶ Aussage von Frau Heike Kirner, Projektkoordinatorin bei der Caritas Pforzheim im Telefonat vom 28.11.2008 (im Folgenden zitiert als: Aussage von Frau Kirner).

²⁶⁷ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 1.

²⁶⁸ Aussage von Frau Kirner.

²⁶⁹ Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Flyer Familienhebamme.

²⁷⁰ Aussage von Frau Andrea Clauß, Projektkoordinatorin beim Kinderschutzbund Pforzheim in der E-mail vom 27.01.2009 (im Folgenden zitiert als: Aussage von Frau Clauß).

²⁷¹ Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V.: <http://www.kinderschutzbund-pforzheim.de/>, Internetabruf vom 31.01.2009.

telt.²⁷² Die Hebammen wurden und werden einheitlich geschult. Im Mai 2009 soll in Pforzheim eine Fortbildung stattfinden, die in Hebammenzeitschriften beschrieben wird.²⁷³ Unterstützt werden die Familienhebammen durch sozialpädagogische Fachkräfte, die sie im sozialpädagogischen Kontext beraten und ihnen fachlich zur Seite stehen. Im Bedarfsfall begleiten sie die Familienhebammen zu den Klienten oder werden selbst beratend oder unterstützend in der Familie tätig.²⁷⁴ Weiterhin sind die Sozialpädagoginnen unter anderem für die Projektorganisation und -entwicklung zuständig sowie für den Ausbau und Erhalt des Kooperationsnetzes. Jeder der beiden Träger stellt eine Koordinatorin für das Projekt zur Verfügung.²⁷⁵ In bestimmten Abständen treffen sich die Familienhebammen und die Sozialpädagoginnen zu Teambesprechungen. Ebenso finden regelmäßige Supervisionssitzungen mit externen Beratern statt.²⁷⁶

Das Projekt soll den Familien frühzeitigen und niedrigschwelligen Kontakt zu einer Familienhebamme ermöglichen. Ursprünglich war geplant, die Familienhebammen präventiv einzusetzen, um eine möglichst breite Basis zu erreichen. Inzwischen werden immer öfter auch Familien, die schon z.B. beim Jugendamt auffällig geworden sind, betreut.²⁷⁷ Typische Problemfamilien gibt es aber nicht.²⁷⁸ Da die wenigsten Frauen/Familien von sich aus auf die Familienhebammen zukommen (unter 10 %)²⁷⁹, sind diese auf Vermittlung durch Kooperationspartner wie Ärzte, Kliniken oder Beratungsstellen angewiesen.²⁸⁰ Gerade Ärzte haben häufig früh Kontakt zu den Schwangeren, Müttern und ihren Kindern. Bei Bedarf können sie sich dann mit dem Einverständnis der Familie bei der Familienhebamme bzw. der Koordinationsstelle melden, um eine Aufnahme in das Projekt anzuregen und den weiteren Ablauf zu klären.²⁸¹ Meist erfolgt dann innerhalb der folgenden Tage ein

²⁷² Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 4.

²⁷³ Aussage von Frau Clauß.

²⁷⁴ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 5.

²⁷⁵ a.a.O., S. 5.

²⁷⁶ a.a.O., S. 5-7.

²⁷⁷ Aussage von Frau Kirner.

²⁷⁸ a.a.O.

²⁷⁹ a.a.O.

²⁸⁰ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 5.

²⁸¹ Aussage von Frau Kirner.

Hausbesuch der Familienhebamme.²⁸² Um in das Projekt aufgenommen werden zu können, müssen in einer Familie mehrere Kriterien zutreffen. Die Familienhebamme und die Koordinatorin entscheiden darüber anhand eines Kriterienkataloges. Die Kriterien dienen ausdrücklich nicht einer Stigmatisierung, sondern sollen möglichst viele Ursachen und Problematiken aufzeigen, um Ansatzpunkte für die Hilfeangebote zu haben.²⁸³ Etwa die Hälfte der Familien/Mütter benötigen weitergehende Hilfsmaßnahmen. Werden diese in Anspruch genommen oder erfolgt eine Weitervermittlung, wird dies auch als Erfolg gewertet.²⁸⁴

Rechtlich ist die Familienhebamme als eine Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe nach § 16 SGB VIII (Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie) eingeordnet.²⁸⁵

Die Finanzierung des Projektes erfolgt überwiegend aus kommunalen Mitteln. Im Verwaltungshaushalt der Stadt Pforzheim ist für 2009 ein Betrag von 20.000 Euro veranschlagt.²⁸⁶ Zusätzlich übernimmt das Jugendamt eine Fallpauschale und 2008 spendete die Organisation „Menschen in Not“ 20.000 Euro.²⁸⁷ Bis 2010 ist die Finanzierung durch die Stadt für 15 Familien in Pforzheim gesichert, für den Enzkreis, wo das Projekt später startete, wurden bis 2012 Mittel für 10 Familien genehmigt.²⁸⁸ Die originären Hebammenleistungen werden mit den Krankenkassen abgerechnet, die Übernahme weiterer Leistungen haben die Krankenkassen abgelehnt. Daher werden diese Mittel aus der Jugendhilfe aufgebracht. Das Honorar der Hebammen ist an den Krankenkassensatz angelehnt, ebenfalls die Fahrtkosten. Die monatlich stattfindende Supervision ist für die Familienhebammen kostenlos, weiterhin finden monatlich bezahlte Teamsitzungen und Fallbesprechungen statt. Pro Fall sind 30 Stunden Kontaktzeiten zusätzlich zur originären Tätigkeit veranschlagt und genehmigt.²⁸⁹

²⁸² a.a.O.

²⁸³ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 3 f.

²⁸⁴ Aussage von Frau Clauß.

²⁸⁵ Stadt Pforzheim: Verwaltungshaushalt 2009, S. 267, http://www.pforzheim.de/uploads/media/04_Verwaltungshaushalt_02.pdf, Internetabruf vom 21.01.2009.

²⁸⁶ a.a.O., S. 267.

²⁸⁷ Pforzheimer Zeitung: Hebammen sind gefragt.

²⁸⁸ Aussage von Frau Kirner.

²⁸⁹ Aussage von Frau Clauß.

Eine Besonderheit des Pforzheimer Projekts liegt im erweiterten Betreuungszeitraum, der sich bis maximal zum vollendeten dritten Lebensjahr des Kindes erstreckt.²⁹⁰ Das setzt natürlich eine andere, weitergehende Vorbildung und fachliche Begleitung der Familienhebammen voraus, die die Entwicklung des Kindes im Kleinkindalter einschließt. Das zur Verfügung stehende Stundenkontingent ist allerdings meist schon im 1. Lebensjahr des Kindes ausgeschöpft.²⁹¹ Durch die begrenzten Kapazitäten konnten im Jahr 2008 nicht alle Familien, die Unterstützung angefragt hatten, in das Projekt aufgenommen werden.²⁹² Hier wird deutlich, dass in Pforzheim durchaus Bedarf besteht.²⁹³ Jedoch gibt es in Pforzheim zu wenige Hebammen, die als Familienhebammen tätig sein wollen. Dies schlägt sich in den Betreuungszahlen nieder, die mit 6-8 Fällen pro Hebamme über dem Idealfall von 5 Betreuungsfällen liegen.²⁹⁴ Der Grund für den Mangel an Familienhebammen liegt an der hohen Belastung, die die Arbeit mit risikobehafteten Familien mit sich bringt.²⁹⁵ Eine Lösung für dieses Problem wurde noch nicht gefunden, aber die Anerkennung des Berufsbildes und eine damit zusammenhängende verbesserte Einkommenssituation könnte ein Anreiz für Hebammen sein, als Familienhebammen zu arbeiten. Auch eine weitergehende Öffentlichkeitsarbeit könnte dazu beitragen, Hebammen für diese Tätigkeit zu gewinnen.

Nach Meinung der Projektkoordinatorinnen werden sich in Pforzheim Familienhebammen langfristig gesehen etablieren und auch dauerhaft als Frühe Hilfen zur Verfügung stehen.²⁹⁶

Die Einrichtung eines solchen Projektes in anderen Kommunen und Landkreisen kann ausdrücklich empfohlen werden.²⁹⁷ Wie in Pforzheim festgestellt werden konnte, ist der Bedarf an frühen, niedrigschwelligen Hilfen groß. Da jeder Frau das Recht auf Hebammenhilfe zusteht und die Inanspruchnahme somit keine Stigmatisierung darstellt, wird die Arbeit der Familienhebamme gerne angenom-

²⁹⁰ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 4.

²⁹¹ Aussage von Frau Clauß.

²⁹² a.a.O.

²⁹³ Aussage von Frau Kirner.

²⁹⁴ Aussage von Frau Clauß.

²⁹⁵ a.a.O.

²⁹⁶ Aussage von Frau Kirner.

²⁹⁷ Aussage von Frau Clauß.

men. Für die Umsetzung sollten folgende Voraussetzungen geschaffen werden: Erstellen eines Konzeptes, Anbindung an einen Träger, Vernetzung, Ausbildung von Familienhebammen und Bereitstellung einer ausreichenden Finanzierung.²⁹⁸ Bei der Finanzierung ist zu beachten, dass ein hoher Aufwand für Kooperation, Vernetzung, Information, Beratung, Supervision und Evaluation einzuplanen ist.²⁹⁹ Der Zeitaufwand für den Aufbau eines Kooperationsnetzes und die Weitergabe von Informationen an die Kooperationspartner darf nicht unterschätzt werden.³⁰⁰

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pforzheim einen guten Weg gefunden hat, Familienhebammen in das regionale Frühwarnsystem zu integrieren. Vorbildlich hierbei ist der lange Betreuungszeitraum bis maximal zum dritten Geburtstag des Kindes. Allerdings reichen die personellen und finanziellen Mittel nicht aus, die Familien auch wirklich so lange betreuen zu können. Im vergangenen Jahr konnten längst nicht alle Familien vermittelt werden, da die Kapazitäten bereits erschöpft waren. Eine ausschließliche Finanzierung durch die Kommune ist nicht ausreichend, um den tatsächlichen Bedarf zu decken. Auch die Krankenkassen sollten sich an der Finanzierung beteiligen. Zudem könnte bei den Trägern angeregt werden, die Familienhebammen fest anzustellen, sofern dies von den Hebammen gewünscht wird. Meistens werden die Hebammen jedoch froh sein, nebenbei als Ausgleich auch ein paar „normale“ Familien betreuen zu können.³⁰¹

7 Fazit

Die Familienhebamme als Frühe Hilfe zur Prävention von Kindeswohlgefährdung hat sich in den Kommunen, in denen sie eingesetzt wurde, bewährt. Es wurden durchweg gute Ergebnisse erzielt und doch ist ein flächendeckender Einsatz noch längst nicht realisiert. Unter anderem liegt dies an der fehlenden Anerkennung des Berufsbildes. Allen Familienhebammen gemeinsam ist nur die grundständige Hebammenausbildung, Zusatzqualifikationen müssen individuell erworben wer-

²⁹⁸ Aussage von Frau Clauß.

²⁹⁹ Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Handlungskonzept Pforzheim, S. 9.

³⁰⁰ Staschek, Barbara: Hebammen und Sozialpädagoginnen ziehen an einem Strang, S. 493.

³⁰¹ Vgl. Schneider, Eva: Familienhebammen, S. 113.

den. Dennoch trägt die Arbeit der Familienhebammen durch ihr aufsuchendes, niedrigschwelliges Angebot, das möglichst viele Familien erreichen will, dazu bei, potenzielle Risiken für die Kinder zu entdecken und einer Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken. Die Ausrichtung der Hebammenarbeit an den Bedürfnissen von Schwangeren, Müttern und Säuglingen deckt dabei eine Bevölkerungsgruppe ab, die von anderen Hilfsangeboten kaum oder gar nicht erfasst wird. Diese setzen meistens erst ein, wenn die Kinder schon älter sind. Hier leistet die Familienhebamme einen Beitrag zur Erreichung einer Randgruppe, die sonst viel zu wenig Beachtung findet.

Allerdings dürfen in die Arbeit der Familienhebammen nicht zu hohe Erwartungen gesetzt werden im Hinblick auf die gänzliche Beseitigung von Kindeswohlgefährdung. Die Familienhebamme ist längst nicht die Universallösung für alle Probleme. Keine Frühe Hilfe ist allein in der Lage, allen Anforderungen gerecht zu werden. Vielmehr kommt es auf das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure und deren Vernetzung an. Es werden trotz aller Bemühungen immer Fälle von Kindeswohlgefährdung auftreten. Dennoch stellt der Einsatz von Familienhebammen eine Form der Frühen Hilfen dar, die in der Lage ist, Anzeichen von Kindeswohlgefährdung zuverlässig zu erkennen. Der Ausbau der Familienhebammenarbeit sowie eine Verankerung der Familienhebammen im Regelsystem ist daher anzustreben.

Anlagen

Anlage 1

Quelle: <http://www.familienhebamme.de/wir.html>, Internetabruf vom 27.10.2008

Wir über uns

Familienhebammen sind staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit, auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen. Bisher sind Familienhebammen in der Regel von Gesundheitsämtern angestellt. Im Rahmen von Mutter & Kind Projekten gibt es inzwischen vermehrt Hebammen, die bei anderen Institutionen (z.B. Caritas) oder selbstständig als Familienhebammen (z.B. eine Chance für Kinder, Niedersachsen) arbeiten. Eine Arbeitsgruppe aus Familienhebammen-Expertinnen hat für den Bund Deutscher Hebammen (BDH) eine Fortbildungsreihe "Familienhebamme" konzipiert, die inzwischen von mehreren Landesverbänden angeboten wird.

Resultierend aus verschiedensten Initiativen gegen die zunehmende Säuglingssterblichkeit wurden Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern erstmals 1980 im Bundesland Bremen im Gesundheitsamt eingesetzt. Aufgabenschwerpunkt war und ist die Begleitung und Beratung von Risikoschwangeren und Familien mit einem erheblichen Förderbedarf bis zum Ende des 1. Lebensjahres. Die Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern hatten eine achtmonatige Ausbildung und wurden wissenschaftlich begleitet. Dadurch konnte in Bremen eine Senkung der Säuglingssterblichkeit nachgewiesen werden. Dies nahmen andere Bundesländer zum Anlass ebenfalls Familienhebammen - und jeweils nach Stellenplan auch Familienkinderkrankenschwestern - einzustellen.

Familienhebammen betreuen schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder bis zum vollendeten 1. Lebensjahr, die gesundheitlichen, medizinisch-sozialen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind. Typische Klienten und Problemkonstellationen bei Betreuungsbeginn sind z.B.:

- Alkohol- und Drogenabhängige
- Alleinerziehende
- AusländerInnen
- Behinderte (geistig, körperlich)
- Chronisch Kranke
- Frühgeborene
- Gestörte Mutter-Kind Beziehung
- Minderjährige Mutter (Überforderung)
- Psychisch Kranke
- Psycho-Soziale Problemstellungen (Partnerprobleme, Straffälligkeit, Verdacht auf Kindesmisshandlung, totes oder behindertes Kind)
- Regelwidrige Schwangerschaften
- Sozial Benachteiligte (Sozialhilfeempfänger, Asylanten, kinderreiche Familien, Analphabeten)

Die Betreuung findet in der Regel im vertrauten häuslichen Bereich (Hausbesuche) statt. Dabei erstreckt sich die Tätigkeit der Familienhebamme neben den allgemeinen Leistungen einer Hebamme wie Vorsorge, Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung Nachsorge und Stillberatung und einer Kinderkrankenschwester (Ernährungsberatung, Anleitung zur Pflege, etc.) vor allem auf die Motivation zur Selbsthilfe ("Empowerment") bzw. die Förderung des Selbsthilfepotentials der

Frauen. Die Aufklärung über, Vermittlung von sowie Begleitung zu weiterführenden Diensten wie Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen, Sozialamt, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärzten und Psychologen sollen eine optimale Unterstützung der Familien und Kinder sicherstellen. Die Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern arbeitet dabei eng mit allen in Frage kommenden Institutionen und medizinischen Diensten sowie karitativen Einrichtungen zusammen.

Traditionell ist der Hebammen- und Kinderkrankenschwesterberuf positiv besetzt und wird mit Hilfe, Unterstützung und Lebensabschnittbegleitung assoziiert. Dies erlaubt es insbesondere den Familienhebammen in Vernetzung mit anderen Institutionen sich für das Wohl des Kindes und der Mutter auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene einzusetzen und somit vermeidbare Gefahren zu erkennen und gegebenenfalls die Folgen abzuwenden bzw. zu mildern.

Familienhebammen vertreten einen ganzheitlichen Gesundheitsfürsorgeansatz. Dieser geht mit der Definition der WHO (World Health Organisation) konform die Gesundheit als das Wohlbefinden sowohl in körperlicher als auch ausdrücklich in geistiger und sozialer Hinsicht beschreibt.

Anlage 2

Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!

Quelle:

Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 35, S. 45-56,

<http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb->

[ikbgg/bfg/nummer35/15_helming.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-ikbgg/bfg/nummer35/15_helming.pdf), Internetabruf vom 04.12.2008

Elisabeth Helming

Frühe Hilfen – eine Chance für die Prävention!

Einleitung

Der Aufbau und die Förderung Früher Hilfen für gefährdete Kinder und ihre Eltern werden verstärkt als gesellschaftliche Aufgaben wahrgenommen. Insbesondere eine enge Verzahnung von Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe soll Gefahren von Vernachlässigung bzw. Misshandlung entgegenwirken und die gesunde Entwicklung von Kindern fördern. Dies soll vor allem erreicht werden durch Vernetzung verschiedenster Akteure vor Ort und durch intensive frühe Hilfen, die besonders problembelastete Familien in riskanten Lebenslagen unterstützen und die Erziehungsfähigkeit der Eltern fördern. Insbesondere sehr frühe Hilfen, die ansetzen, bevor sich ungünstige Entwicklungsverläufe stabilisiert haben und – basierend auf den Ergebnissen der Bindungsforschung – positive Interaktion zwischen den Eltern und ihrem Säugling unterstützen, halte ich für sehr wirksam, um negativen Entwicklungen für die Kinder vorzubeugen. Die Eltern werden damit unterstützt, die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes besser zu verstehen, den Entwicklungsstand realistischer einzuschätzen und angemessener auf ihr Kind einzugehen (siehe dazu Ziegenhain 2004a, 2004b, Kindler 2005, 2006, Helming et.al. 2006). Die zwei entscheidenden Punkte dabei sind Zugänge und Motivation: Wie kommen die Familien an die Hilfen und umgekehrt? Und: Wie können Eltern motiviert werden, überhaupt Hilfe und Unterstützung anzunehmen, sich zu öffnen für Angebote und zweitens dabeizubleiben, die Hilfe nicht abubrechen? Ich möchte dieses große Thema zunächst ganz klein beginnen, mit einem Beispiel:

Ein Erst-Hausbesuch eines Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Die 25 Jahre alte allein erziehende Mutter zweier Kinder öffnet, hatte den Termin verschlafen. Die Wohnung ist verwahrlost, Zigaretten-Kippen lagen herum, die Mutter ist offensichtlich überfordert. Das erste Kind ist ein gesunder 7 Jahre alter Junge, das Zweite neugeboren. Die Mutter hat einen Realschulabschluss, eine abgebrochene Lehre und lebt auf Hartz IV-Basis. Die Besucherin nimmt eine gute Beziehung der Mutter zu den Kindern wahr; ihr Bindungsverhalten wird von ihr als positiv eingeschätzt, auch wenn die Mutter Erziehungsprobleme mit ihrem älteren Sohn beklagt. Das Neugeborene ist sehr sauber und gepflegt. Die Hausbesucherin spricht die wahrgenommene Überforderung der Mutter an. Gemeinsam wird versucht, eine Übersicht zu erstellen, was an Aufgaben der Lebensbewältigung für die Mutter aktuell ansteht. Die Wohnung ist zu klein für drei Personen; das Jobcenter lehnt eine größere Wohnung ab. Der ältere Sohn hat Schwierigkeiten in der Schule, „heult und beißt“. Die Mutter würde gerne besser in der Erziehung klar kommen, sie wünscht sich eine Beistandschaft für das ältere Kind. Zudem möchte sie ein haushaltstechnisches Training, bei dem jemand auf nicht bevormundende Art und Weise mit ihr übt, strukturiert die Wohnung in Ordnung zu halten. Es steht an, dass sie den Erziehungsgeldantrag stellt, auch dafür wünscht sie sich Unterstützung, ebenso in Bezug auf ihre Kontakte mit dem Jobcenter.

Die Hausbesucherin hat sozusagen klassisches Case Management gemacht; sie kann der Mutter eine niedrigschwellige Familienhilfe vermitteln und sie gleichzeitig informieren und motivieren, einen Elternkurs zu besuchen. Ohne Hausbesuch wäre die *potenzielle Risikolage* der Mutter nicht erkannt worden, die von sich aus aufgrund ihrer extrem belasteten und isolierten Situation nicht genügend Eigenaktivität aufgebracht hätte, Unterstützung für sich zu organisieren. Noch ist das Kind – sind die Kinder – nicht in den Brunnen gefallen, die Mutter hat noch – trotz ihrer schwierigen Lebenssituation – eine Beziehung zu den Kindern, die von der Hausbesucherin als

durchaus zugewandt beschrieben wird; aber wir können uns vorstellen, wie es weitergehen wird, wenn sie in dieser Unterversorgungs- und Überforderungssituation bleibt.¹

Diese Mutter befindet sich in einer Armutssituation im Sinne der Lebenslagenforschung:

- Niedriger Bildungsabschluss
- Niedriges Einkommen
- Soziale Isolation
- Verschuldung
- Problematische Wohnsituation
- Beeinträchtigte Gesundheit von Eltern und Kindern
- Unterversorgung in Bezug auf Soziale Dienstleistungen
- Mangelnde gesellschaftliche Teilhabe

In Familien wie der im Beispiel geschilderten kumulieren materielle Armut, Beziehungs- und Erziehungsprobleme und ihre oft dauerhaft belastete Lebenssituation schränkt ihre Handlungs-Spielräume und Problemlösungsmöglichkeiten zutiefst ein. Materielle Belastungen (Armut), soziale Belastungen (Isolation), persönliche Belastungen der Eltern (ungewollte Schwangerschaft, Sucht, eigene Deprivationserfahrungen), familiäre Belastungen (anhaltende Paarkonflikte) oder auch „Merkmale“/ Besonderheiten des Kindes, die Eltern überfordern oder ablehnen (z.B. Behinderungen), sind Risikofaktoren für das Entstehen von Vernachlässigung. Die Kumulation verschiedener Risikofaktoren ist dabei der stärkste Vorhersagefaktor für eine mögliche Vernachlässigung von Kindern – nicht einzelne Faktoren (dazu Galm et.al. 2003, Kindler/Lillig 2005, Kindler 2006).

Bei Eltern mit schwieriger Biographie fällt es schwer, Emotionsausdrücke wie Furcht, Ärger, Freude etc. im Gesicht von Säuglingen/Kindern zu erkennen. Diese Eltern sind gestresst selbst durch Lächeln von Kindern, die generelle Übererregbarkeit misshandelnder Eltern ist für eine Vielzahl sozialer Situationen nachgewiesen worden. „Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut sind die zentralen Affekte in den der Misshandlung unmittelbar vorausgehenden Momenten.“ (Dornes 1997: 235). Kinder werden negativ gesehen, kindliche Missgeschicke oder die Nichtbefolgung von Aufforderungen gelten als Ausdruck schlechter Charaktereigenschaften. Erfolge des Kindes werden eher zufälligen Faktoren, glücklichen Umständen zugeschrieben. Eltern überschätzen das Ausmaß der Probleme ihrer Kinder. Und damit beginnt ein Kreislauf: Destruktive Aggression entsteht durch chronische Behinderung, Blockierung von Zielen, Frustration - generell durch ungelöste Konflikte. (ebd.: 276). Aggressive Kinder interpretieren zweideutige Situationen eher negativ, signifikant häufiger von absichtlicher Aggression erfüllt, als es andere Kinder tun, und entsprechend reagieren sie auch in zweideutigen Situationen häufiger aggressiv und werden deshalb auch aggressiver behandelt, was wiederum ihre Sicht der Welt als Ort latenter Bedrohung bestätigt (vgl. dazu Dornes 1997: 274).

Der Erziehungsstil und das emotionale Familienklima beeinflussen also das *Verhalten der Kinder*: „Die Ergebnisse des DJI-Kinderpanel geben eindeutige Antworten: So führt ein rigider Erziehungsstil der Eltern statistisch signifikant – also nicht zufällig – zu einer höheren Aggressivität der Kinder. Wenn Mütter ihre Kinder ohrfeigen oder selbst ein schlechtes Familienklima beklagen, hängt das ebenfalls signifikant mit einer höheren Aggressionsneigung ihrer Kinder zusammen – wobei hier auch Wechselwirkungen anzunehmen sind.“ (Wahl et.al.: 35)

¹Dieses Beispiel stammt aus einem Interview im Rahmen der Kurzevaluation „Frühe Hilfen“: Helming, Elisabeth / Sandmeir, Gunda / Sann, Alexandra / Walter, Michael (2007): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht: München, DJI. Download unter:

http://www.dji.de/bibs/612_Abschlussbericht_Kurzevaluation_Fruehe_Hilfen.pdf

Kriterien und Ziele der Kurzevaluation

Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag beschlossen, im Kontext der Weiterentwicklung von jugendhilfe- und familienpolitischen Zielsetzungen den Aufbau sozialer Frühwarnsysteme und die Förderung früher Hilfen für gefährdete Kinder und ihre Eltern verstärkt in den Blick zu nehmen, hat ein Aktionsprogramm zu diesem Vorhaben entwickelt und das Deutsche Jugendinstitut beauftragt, eine Kurzevaluation vorhandener Angebote vorzunehmen. Aus dieser Kurzevaluation sollen im Folgenden einige Ergebnisse vorgestellt werden.

Das Aktionsprogramm der Regierung hat folgende Ziele, die auch bei der Evaluation der vorhandenen Angebote in Deutschland im Bereich Früher Hilfen berücksichtigt wurden bzw. als Kriterien dienen:

- Zugang zur Zielgruppe finden
- Risiken erkennen
- Familien motivieren
- Passgenaue Hilfen entwickeln
- Monitoring
- Implementation ins Regelsystem

Die Kurzevaluation hatte folgende Ziele:

- erste Bewertung von Strategien und Praxis
- Analyse von Stärken und Schwächen
- Herausarbeitung von Profilen in der Abdeckung der Kriterien
- Hinweise zu offenen Fragen und Lücken
- Einschätzung der Tauglichkeit der Modelle in Richtung Regelsystem

Die untersuchten Projekte im Bereich der Frühen Hilfen

Insgesamt wurden 20 Projekte in 11 Bundesländern besucht, und zwar nur Projekte, die zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens sechs Monate Praxis vorweisen konnten und sich ausdrücklich an Familien mit Kindern unter drei Jahren wenden.² Alle beteiligten Projekte wurden vom Untersuchungsteam vor Ort besucht und zu ihren Rahmenbedingungen, Arbeitsansätzen und Erfahrungen befragt.

Die Bandbreite der Projekte reichte von

- Ersthausbesuchsdiensten, seien es Kinderkrankenschwestern oder Sozialpädagog/innen
- Familienhebammen
- aufsuchenden Familienhilfen
- Elterntrainings
- Stadtteilzentren, mit offenem Stadtteilcafé, aufsuchender Familienhebamme oder integrierter Frühberatung und weiteren Angeboten wie Geburtsvorbereitung, Kinderkleidertausch usw.
- aufsuchenden ehrenamtlich tätigen Familienpat/innen

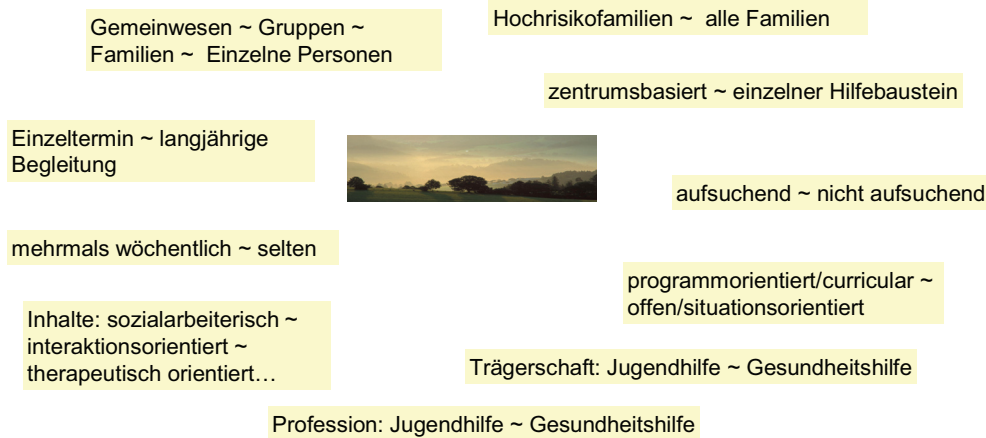
bis hin zu einer Clearingstelle, die selbst keine Hilfe anbietet, sondern nur vermittelt.

Was wir gefunden haben, ist also eine sehr bunte Landschaft mit unterschiedlichen Merkmalen.

² Im Abschlussbericht finden sich detaillierte Projektbeschreibungen: Helming, Elisabeth / Sandmeir, Gunda / Sann, Alexandra / Walter, Michael (2007): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht: München, DJI. Download unter: www.dji.de



Die Projektlandschaft: Merkmale der ausgewählten Projekte



Projekt: Kurzevaluation Frühe Hilfen Deutsches Jugendinstitut 5

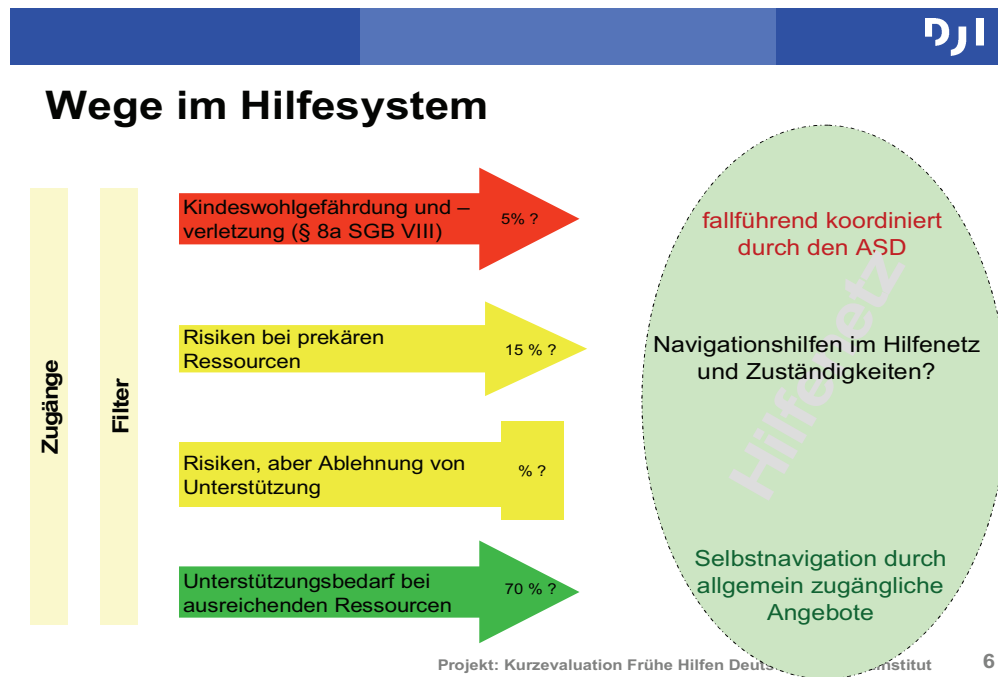
Zugänge zu Frühen Hilfen und Motivierung von Eltern

Die zwei entscheidenden Punkte bei den Frühen Hilfen sind die Zugänge zur Hilfe (die der Eltern zu den Angeboten und umgekehrt) und die Frage der Motivation bzw. Motivierung von Eltern, insbesondere in schwierigen Lebenslagen, Hilfe anzunehmen.

Zugänge zur Hilfe

Wie kommen Familien mit Neugeborenen an die Frühen Hilfen und umgekehrt? Bei diesem Thema – das bezeichnet ja auch schon das Wort „Frühwarnsystem“, was ich persönlich nicht so schätze – geht es dennoch gerade darum, die Eltern und Kinder zu finden, die eine Unterstützung brauchen und sich nicht selber organisieren können. Wenn man die wirklich gravierenden Fälle anschaut, die durch die Presse gegangen sind, dann waren die Familien immer sozial isoliert oder sie haben, wie im Fall Kevin in Bremen, jeden sozialen Kontakt letztlich abgelehnt – in diesem Fall nur nicht den zu ihrem Suchtarzt.

Der in der folgenden Abbildung bezeichnete mittlere Bereich ist derjenige, der uns am meisten Kopfweh macht, sowohl uns als Bürgerinnen als auch den Professionellen in den sozialen Dienstleistungen, weil zumeist, wenn eine Kindeswohlgefährdung bereits auffällig geworden ist, der ASD einfach handeln muss – dass er es nicht immer in notwendiger Art und Weise tut, steht auf einem anderen Blatt.



Wir haben verschiedene Wege von Zugängen ins Hilfesystem gefunden:

- Screening in Geburtskliniken und Vermittlung in eine Clearing-Stelle, die eine geeignete Hilfe sucht, bspw. in Düsseldorf
- Besuchsdienste rund um die Geburt, seien es Kinderkrankenschwestern oder Sozialpädagoginnen angesiedelt am Gesundheitsamt oder am Jugendamt, die aufgrund von Geburtsmeldungen Familien nach bestimmten Kriterien aufsuchen (bestimmte Stadtteile, Migrationshintergrund, Alleinerziehen, kinderreiche Familien ...) (Berlin, München)
- Familienhebammen, die Kontakte über Krankenhäuser, ASD, Gynäkologinnen aufnehmen (Hannover bspw.)
- Offene Treffs, die in bestimmten Stadtteilen mit hoher Problembelastung angesiedelt sind (Flensburg, Bremen, Hamburg z.B.)
- Aufsuchende Laienmodelle (EKiB – Entwicklung von Kindern in Beziehungen im Landkreis Oberspreewald - Lausitz)

Zu jedem dieser Zugänge gilt es, Vor- und Nachteile abzuwägen. Bei den Screenings durch Kliniken ist die Frage, ob es dem Krankenhauspersonal gelingt, den Defizitblick des medizinischen Systems zu überwinden und sensibel mit Familien über deren Belastung zu sprechen, bevor die Familien weitervermittelt werden. Zudem braucht es geeignete Hilfen, in die Familien vermittelt werden können.

Bei den Ersthausbesuchen bleibt die Frage des Umgangs mit verschlossenen Türen und der Ablehnung des Hausbesuchs durch die Mütter und Väter u.a.m.³

Nachdem ich kurz Wege in das Hilfesystem erörtert habe, möchte ich als zweiten Punkt über die Motivierung von Familien sprechen, denn Familien zu finden, die nach Einschätzung von Profis und sozialem Netzwerk Hilfe brauchen, ist eine Sache, aber dass sie auch Hilfe annehmen, ist eine andere.

³ Siehe Abschlussbericht.

Motivierung von Eltern

Die Frage danach, wie Eltern zu motivieren sind, erstens überhaupt Hilfe und Unterstützung anzunehmen, sich zu öffnen für Angebote und zweitens dabeizubleiben, die Hilfe nicht abbrechen, betrifft den Kern des Handelns psychosozialer Dienste. Frühe Hilfen sollen die Eltern unterstützen, ihre Kinder in liebevoller, respektvoller Weise adäquat zu versorgen, ihre Sicherheit zu garantieren, ihr Bindungsstreben zu beantworten und ihre Motivation zum Lernen zu fördern – und unterstellen damit in gewisser Weise, dass Eltern von sich aus nicht in der Lage dazu sind. Hilfs- und Unterstützungsangebote enthalten immer auch einen Aspekt sozialer Kontrolle, sie definieren die Nutzer/innen der Hilfe immer auch als „hilfsbedürftig“, d.h. defizitär. Die Motivierung / bzw. Motivation von Eltern, Hilfe anzunehmen, ist also verortet in diesem Spagat zwischen dem Respekt vor der Privatheit der Familie und ihrer vorrangigen Erziehungsaufgabe, dem Eigen-Sinn von Eltern und der Unterstellung, dass mit dem Eltern-Sein Anforderungen gestellt werden, denen Mütter und Väter nicht mehr gewachsen sind, für die sie Hilfe bzw. Begleitung brauchen.

Im so genannten Präventionsdilemma wird weiterhin formuliert, dass Eltern von sich aus umso weniger Hilfe annehmen, je mehr sie es – aus gesellschaftlich-normativer Sicht – brauchen würden, damit ihre Kinder psychisch und physisch gesund aufwachsen. Je höher die psychosozialen Belastungen und je geringer die Ressourcen sind, umso höher sind Vernachlässigungsrisiken. Dieser Zusammenhang korrespondiert auch mit geringer Eigeninitiative von Familien, welche die Anforderung an die psychosozialen / medizinischen Dienste erhöhen, selbst Motivierungsarbeit zu leisten.

Die Notwendigkeit, gerade Familien mit hohen Risiken für das Aufwachsen ihrer Kinder motivieren zu müssen, Hilfe anzunehmen, hat im Wesentlichen zwei Dimensionen:

- Eltern können aus ihrer eigenen Biographie heraus die Bedürfnisse der Kinder nicht lesen, sie sehen nicht, dass den Kindern etwas fehlt;
- sie sind resigniert und hoffnungslos und erwarten keine wirkliche Hilfe; wohlmeinende Hilfsangebote werden eher ambivalent und als Kontrollangebote wahrgenommen (vgl. dazu auch Interviews mit Eltern, deren Kinder in Obhut genommen wurden, in Helming 2002; ebenso Conen 2002).

Die positive Bedeutungszuschreibung, die HelferInnen ihrem Angebot geben, wird von diesen Eltern zunächst wenig geteilt, da sie ja verbunden ist mit Hinweisen auf Entwicklungsgefährdungen des Kindes – wie subtil auch immer (Galm et.al. 2003).

Andererseits haben gerade „Frühe Hilfen“ eine große Chance, da es um einen neuen Anfang geht: (fast) alle Eltern wollen, dass sich ihre Kinder positiv entwickeln; rund um die Geburt sind sie noch nicht unbedingt resigniert, noch nicht im Scheitern als Eltern gefangen. Jedes neugeborene Kind ist ein „Neuanfang“, den die Eltern mit ihm erleben wollen, eine Chance, es anders zu machen als die eigenen Eltern.

Auf dem Hintergrund dieser Ausführungen hat die Aufgabe, Eltern für die Teilnahme an den Angeboten zu motivieren, verschiedene Dimensionen:

- Strukturell (Komm-/ Gehstruktur)
- Inhalte: medizinische Betreuung, Alltagsbetreuung, Entlastung, therapeutische Gespräche, Video-Interaktions-Training usw.
- Arbeitsweise: Haltung, methodisches Handeln, Menschenbild
- Interaktions-Aspekte: Vertrauens- und Beziehungsaufbau

Erst-Hausbesuchsdienste

aus dem Gesundheitsbereich können viele Familien erreichen, die von sich aus keine Hilfe gesucht hätten, sie aber dringend brauchen, insbesondere Mütter mit kleinen Kindern und Säuglingen, die in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt sind. Von Nachteil ist der Aspekt der möglichen Stigmatisierung und des Verdachts von Eltern, dass sie mit diesem Angebot kontrolliert

werden, der ja nicht von der Hand zu weisen ist. Es erfordert eine hohe Qualifikation, um respektvolle, fachlich-kompetente Hausbesuche machen zu können, um Gast-Status und professionellen Auftrag zu verbinden.

Hausbesuchsdienste durch Laien

motivieren unter anderem dadurch, dass *allen* Familien eine äußerst niedrigschwellige Unterstützung angeboten wird – und zwar durch Besucherinnen auf gleicher Augenhöhe – und dadurch, dass *viele* Familien das Angebot annehmen. Weitere Motivierungs-Strategien sind z.B. Geschenkpakete, die durch Hausbesucher/innen überreicht werden. Der möglicherweise demotivierende Aspekt einer sozialen Kontrolle durch Besucherinnen muss in Schach gehalten werden durch explizite Versprechen von Datenschutz. Klare Strukturen solcher Angebote wie z.B. eine Begrenzung der Zahl und Inhalte der Besuchskontakte, Festlegung von Themen usw. tragen vermutlich ebenfalls zur Motivation an der Teilnahme bei: Die teilnehmenden Familien haben so eine Art Garantie, dass die Besuche nicht „ausufern“, sie wissen, auf was sie sich einlassen.

Pflegerische Besuchsdienste durch Hebammen / Familienhebammen

motivieren durch einen nicht stigmatisierenden Zugang: Eine Hebamme steht jeder jungen Mutter zu, kostenlos und ohne besonderes Antragsverfahren. Hebammenhilfe wird zumeist nicht mit eigenen Defiziten der Erziehungskompetenz assoziiert. Die Hebamme ist eine intime Beraterin der Familie, insbesondere der Mutter; Vertrautheit entsteht auch über den Bezug zum Körper. Eine große Chance zu motivieren entsteht, wenn Mütter bereits in der Schwangerschaft betreut werden. Körperarbeit in der Schwangerschaft, z.B. eine Massage der Mutter, kann diese darauf vorbereiten, auch dem Kind gegenüber zärtlicher zu sein, insbesondere, wenn es Mütter sind, die selber keine Bindungssicherheit haben, eher Gewalterfahrungen gemacht haben, die nicht wissen, wie ein sanfter Umgang mit dem Säugling aussehen kann. Über die Sorgen der werdenden Mutter, über ihr Körpergefühl usw. zu sprechen, ist eine hervorragende Basis für einen Vertrauensaufbau und die Motivation, auch nach der Geburt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Betreuung kurz nach der Geburt ist noch nicht defizitorientiert, sondern besteht hauptsächlich darin, die Beziehung/Bindung von Mutter und Kind zu fördern und die Elternkompetenz zu stärken. Gerade auch die Stillberatung von Hebammen ermöglicht es Müttern, über diesen Körperkontakt mit dem Säugling eine gute Bindung aufzubauen, und damit wird die Beziehung gefördert, was vermutlich wieder durch die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und emotionaler Zuwendung motivierend wirkt. Insbesondere gut ausgebildete Familienhebammen sind vermutlich in der Lage, gerade sozial benachteiligte Mütter und insbesondere auch Mütter mit Migrationshintergrund zur Annahme ihrer Unterstützung zu bewegen, da sie einen weniger normativ orientierten Zugang zu den Familien haben. Sie haben sowohl die Mutter als auch den Säugling im Blick. Sie unterstützen auch in Bezug auf die Bewältigung des Alltags: machen mit den Müttern zumeist auch Arztbesuche, Behördengänge, vermitteln in andere Hilfen, besprechen Basisprobleme der alltäglichen Versorgung, holen Netzwerke und andere Professionelle ins Boot. Praktische Entlastung und Unterstützung ermutigt und motiviert Mütter und Väter. Familienhebammen „coachen“ die Eltern in sensiblen Phasen mit den Kindern, entwickeln gemeinsam Möglichkeiten der Stabilisierung und motivieren Eltern, weitere Hilfen anzunehmen. Die Flexibilität von Arbeits- und Zeitstrukturen ermöglicht eine äußerst individualisierte Hilfe.

Vermittlung in Hilfen durch Fachkräfte in Geburtskliniken oder Clearing-Stellen

Quer zu den Angeboten mit Komm- oder Geh-Struktur liegt die Motivierung von Eltern durch Fachkräfte in Geburts-Kliniken, die Vermittlung von Hilfen z.B. durch eine Clearing-Stelle anzunehmen. Voraussetzung ist hier, dass das medizinische Personal geschult worden ist, Überlastungs- und Belastungssituationen von Müttern und Vätern zu erkennen und diese auf eine nicht abwertende Art und Weise anzusprechen. Voraussetzung ist des Weiteren ein zumindest rudimentärer Beziehungs- und damit Vertrauensaufbau einerseits sowie Kenntnis von Hilfeangeboten andererseits, die über das Verteilen von Telefonnummern hinausgeht, was vermutlich

nicht unbedingt motivierend wirkt bei Eltern, die resignativ sowieso nicht erwarten, Unterstützung zu erhalten. Das alleinige Erkennen von Risikofaktoren reicht nicht aus.

Betreuung durch eine Familienhebamme

Eine 17jährige junge Mutter lebt mit ihrer allein erziehenden Mutter und mit dem 8jährigen Bruder zusammen in einer eher verwahrlosten Wohnung. Die Familie ist dem Jugendamt bekannt. Die junge Mutter, die auf einer Sonderschule war, lebt mit dem Baby in einem 10 qm Zimmer. Die Großmutter des Neugeborenen hat Alkoholprobleme, lebt von Hartz IV. Mutter und Großmutter rauchen stark.

Die Familienhebamme war in der Anfangszeit der Betreuung täglich 1½ Stunde in der Familie. Themen im Gespräch mit der Mutter waren die Versorgung, Pflege und Ernährung des Säuglings (gegen die Empfehlungen der Oma) und die Förderung der Bindung von Mutter und Kind. Die Hebamme hat mit der Mutter Lebens-Ziele erarbeitet: „Was wünschst du dir in deinem Leben? Wie soll es mit dir und deinem Kind weitergehen?“

Sie haben gemeinsam mit dem Kind auf dem Boden gespielt, was nicht einfach war, weil das Zimmer so voll stand. Die Hebamme hat die Mutter dazu bewegen können, zum Rauchen zumindest vor die Tür zu gehen und mit dem Kind öfter draußen spazieren zu gehen. Thema war auch die Wohnungssuche für die Mutter. Die Familienhebamme hat mit der Mutter geübt, wie man das macht: Wie spricht man auf einen Antwortbeantworter, wie bewirbt man sich um eine Wohnung? Sie hat mit ihr zusammen den Antrag auf Hartz IV gestellt, den Betreuer vom ASD einbezogen. Die junge Mutter selber hatte sehr negative Vorstellungen in Bezug auf das Jugendamt – aus der Erfahrung ihrer eigenen Mutter heraus, die in Gespräche einbezogen wurde z.B. hinsichtlich des Rauchens. Weitere Tätigkeiten: Vermittlung und Begleitung der jungen Frau in eine Mutter-Kind-Gruppe, Suchen einer Tagespflegemutter, da die junge Frau beschloss, den Hauptschulabschluss nachzumachen. Am Ende der Betreuung: Das Kind ist in Tagespflege, die Mutter hat sich von der eigenen Mutter etwas abgenabelt, holt ihren Schulabschluss nach. Die junge Mutter ist inzwischen – nach vielen Gesprächen und Besuchen der Familienhebamme - wegen ihrer Essstörung in Behandlung bei einer Ärztin, der sie vertraut. SPFH hat die junge Mutter bis jetzt aber noch nicht akzeptieren wollen, da die eigene Mutter negative Erfahrungen damit hatte („Die wirst du nicht mehr los“). Da es keine akute Gefährdung des Kindes gibt, kann die Hilfe nicht in Form einer Auflage vom Jugendamt eingerichtet werden. Der ASD ist aber involviert in die weitere Betreuung von Mutter und Kind.

Schlussbemerkungen

Dieses Beispiel weist auf das Fazit der Kurzevaluation hin: Es ist nicht nur die Familienhebamme, die die Unterstützung der Mutter leistet, sondern es sind weitere Angebote der Unterstützung notwendig, für die in diesem Fall die Hebamme als Türöffnerin gedient hat: Der Allgemeine Sozialdienst ist eingebunden, es wurde eine Tagespflege für das Kind installiert, die Mutter in eine Mutter-Kind-Gruppe integriert. Ein einzelnes Angebot mag noch so qualifiziert sein, wie bspw. eine entwicklungspsychologische Beratungsstelle oder auch Familienhebammen, wenn diese nicht vernetzt sind mit anderen psychosozialen Diensten, insbesondere der Jugendhilfe, laufen sie ins Leere. Nicht einzelne Projekte sind entscheidend für die gute Versorgung von Familien mit Unterstützungsangeboten, sondern ihre Verortung in einem Netzwerk „Frühe Hilfen“. Familien brauchen:

- Signifikante Personen, zu denen sie Vertrauen entwickeln und eine sie unterstützende Beziehung aufbauen können. Sie brauchen Angebote, die sie unterstützen, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen. Für den Vertrauensaufbau ist unabdingbar, dass die HelferInnen nicht moralisieren oder Eltern Schuld zuweisen, d.h. ihre normative Orientierung nicht als Anklage den Eltern gegenüber formulieren – was nicht zu verwechseln ist damit, Grenzen zu setzen. Es gilt zudem, eine negative Prophezeiung hinsichtlich der Entwicklung der Kinder oder

der Familie insgesamt zu vermeiden. Zu dieser Haltung gehört der selbst-reflexive Umgang mit dem eigenen Tun: Ab welchem Punkt wirkt eine Unterstützung eher demotivierend und beschämt Mütter und Väter, nimmt ihnen eigene Aktivität ab, bis wohin ist sie notwendige Entlastung und Empowerment? Wie ist eine Herausforderung der jeweiligen Mütter und Väter in Bezug auf ihre destruktive Beziehungs- und Verhaltensmuster möglich, ohne bevormundend und abwertend zu sein, so dass ihnen ein Lernprozess möglich ist? Gerade im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Müttern und Vätern, deren Erziehungskompetenz möglicherweise in hohem Maß nicht den in dieser Gesellschaft vorhandenen Idealbildern und Normen entspricht – aber eigentlich bei allen Eltern, denn man sieht ja gerade bei anderen Müttern und Vätern immer sehr schnell, was sie „falsch“ machen – ist es notwendig, mit äußerster Nüchternheit und ohne Moralisieren die eigene Einschätzung von Kindern, Müttern und Vätern und ihrem Verhalten, aber auch die eigenen Möglichkeiten und Grenzen kritisch zu überprüfen: Mit welcher Sprache charakterisiert man Familien / Kinder / sich selbst? Welche Aburteilungen / Verurteilungen enthalten diese Beschreibungen? Wie ist man mit den eigenen Emotionen / Gefühlen, Zu- und Abneigungen in die Beziehung zum jeweiligen Kind / Jugendlichen bzw. dessen Eltern verstrickt? Welche Erwartungen hat man an die Eltern und vor allem auch an sich selbst? Wie können Be- / Verurteilungen als Urteile sichtbar werden, damit sie nicht als „harte“ Fakten dastehen? Es geht darum, eine klare Haltung zu entwickeln, um Empörung, Vorhaltungen, Tadel, moralische Urteile, sei es sich selbst oder anderen Beteiligten gegenüber, als solche wahrzunehmen und nicht unreflektiert in Handlungen zu übersetzen; es geht um die Eröffnung von Perspektivenvielfalt und von Möglichkeitshorizonten. Ein Aspekt davon ist vielleicht die im Paradox „Respektvoll konfrontieren“ bezeichnete Vorgehensweise. „Respekt“ ist überhaupt eine Haltung, die insbesondere in der Motivierung und Begleitung von sozial benachteiligten Müttern, Vätern und Kindern unbedingt erforderlich ist (vgl. dazu Sennett 2002).

- Mütter und Väter brauchen Entlastung
- Sie brauchen Netzwerke im Sozialraum
- Insbesondere sozial benachteiligte Mütter und Väter brauchen aufsuchende Hilfen: wirksame Hilfen zur Prävention von Vernachlässigung für Familien in psychosozial erheblich belasteten Lebenssituationen erfordern eine zumindest in Teilen aufsuchende Arbeitsweise, eine alltagsnahe Unterstützung der Eltern bei der angemessenen Versorgung und Erziehung der Kinder und die Möglichkeit zur bedarfsgerechten Ergänzung der Hilfe durch weitere Dienste (Kindler / Spangler 2005)
- Eltern brauchen klare Regeln, Auflagen

In Bezug auf die weitere, flächendeckend anzustrebende praktische Umsetzung und Implementierung Früher Hilfen in Deutschland lautet das zweite Fazit:

- Regionaler Ausbau auf der Basis vorhandener Angebote, Bündelung im Sozialraum
- Neue Kooperationsformen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe
- Budgetübergreifende Finanzierungen
- Weiterentwicklung der vielfältigen, vorhandenen Ansätze
- „Frühe Hilfen“ müssen Regelangebot der Kommunen werden

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen

im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" richten die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in gemeinsamer Trägerschaft das multiprofessionelle "Nationale Zentrum Frühe Hilfen" ein. Das Zentrum soll einen Beitrag dazu leisten, den Schutz von Kleinkindern vor Vernachlässigung und Gewalt zu verbessern. Es unterstützt die Praxis dabei, Risiken früher und effektiver zu erkennen und adäquate Hilfen bereitzustellen. Die gemeinsame Trägerschaft soll Ausdruck sein für die beispielgebende Entwicklung multiprofessioneller Kooperationen im Arbeitsfeld "Frühe

Hilfen". Die offizielle Website des "Nationalen Zentrums Frühe Hilfen" erreichen Sie über folgenden Link: www.fruehehilfen.de

Zum Abschluss noch einige kritische Fragen:

- Die „unerreichbaren“ Familien – oder die „Unerreichbarkeit“ der Angebote? Dienstleistungsorientierung der Jugendhilfe – traditionelle Fürsorgemuster
- Kontrolle oder Achtsamkeit in Bezug auf Bedarf von Kindern, Müttern und Vätern? Frühwarnsysteme / Prävention oder soziale Gerechtigkeit?
- Öffentlichkeit – Privatheit, soziale Normativität der Erziehung – eigene Lebensgestaltung?

Die neuen Grenzziehungen zwischen privater und öffentlicher Verantwortung fordern die Kinder- und Jugendhilfe auf unterschiedliche Art und Weise heraus. Sie implizieren Fragen nach der Finanzierung von Leistungen, die sich oftmals zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen einordnen lassen (z.B. Schule, Gesundheitssystem, Kinder- und Jugendhilfe) und berühren auch die ordnungspolitische Frage, welche staatliche Ebene solche Entwicklungen eigentlich forcieren darf. Zugleich werden damit Kernfragen der Kinder- und Jugendhilfe tangiert: Wie verhält sie sich selbst zu diesen neuen Aufgabenzuweisungen, wie definiert sie die Bedarfe, welche Angebotsformen werden entwickelt, welche Gestaltungsräume und Beteiligungsmöglichkeiten für Adressatinnen und Adressaten werden trotz der erkennbaren Inanspruchnahme eröffnet? Die Frage, wann und in welcher Weise der private Lebensraum eines Kindes und einer Familie vom Staat beobachtet, bewertet und zum Gegenstand einer Intervention gemacht werden kann und soll, berührt die grundlegende Frage des Verhältnisses von Öffentlichkeit und Privatheit, von gesellschaftlicher Kontrolle und individueller Freiheit. Wie diese Frage in der Gesellschaft diskutiert wird, hat Auswirkungen für das Selbstverständnis und für die Handlungsmöglichkeiten der Jugendhilfe: Es geht darum, ob die Jugendhilfe die mittlerweile gefundene Balance zwischen einer modernen Dienstleistungskonzeption einerseits und dem Aufrechterhalten des Schutzgedankens andererseits wirkungsvoll und zum Wohle der Kinder und Jugendlichen ausgestalten kann.

Literatur

Conen, Marie-Luise (Hrsg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Conen, Marie-Luise / Cecchin, Gianfranco (2007): Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Crittenden, Patricia M. (2005): Präventive und therapeutische Intervention bei risikoreichen Mutter-Kind-Dyaden: Der Beitrag von Bindungstheorie und Bindungsforschung. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. Heftthema: IKK-Nachrichten, Heft 1-2 / 2005: 28 -32

Dornes, Martin (1997): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Galm, Beate / Kindler, Heinz / Werner, Annegret et. al. (2003): „Kindesvernachlässigung“ als Thema des Monats 06 / 03 auf der Internetseite des Deutschen Jugendinstituts e.V.: <http://www.dji.de/thema/0603/>

Helming, Elisabeth (2002): Die Eltern. Erfahrungen, Sichtweisen und Möglichkeiten. In: (BMFSFJ, Hrsg.) Lillig, Susanna / Helming, Elisabeth / Blüml, Herbert / Schattner, Heinz et. al.

(2002).: Familiäre Bereitschaftsbetreuung. Empirische Ergebnisse und praktische Empfehlungen. Stuttgart: Kohlhammer: 139 – 275

Helming, Elisabeth (2006): „Die haben nichts – die bringen nichts“?! – Sozialpädagogische Familienhilfe: Familienbildung für sozial benachteiligte Familien. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Heft 2/2006, S. 207-219

Helming, Elisabeth (2006): „Super Nanny“ – Differenzieren statt dramatisieren. In: Wahl, Klaus / Hees, Katja (Hrsg.) (2006): Helfen „Super Nanny“ und Co.? Ratlose Eltern - Herausforderung für die Elternbildung. Weinheim: Beltz Verlag, S. 87 – 102

Helming, Elisabeth / Schattner, Heinz / Blüml, Herbert (1997): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe (1997). Hg. durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart. (3. überarbeitete Auflage April 1999). Download unter: www.bmfsfj.de

Helming, Elisabeth / Sandmeir, Gunda / Sann, Alexandra / Walter, Michael (2007): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht: München, DJI. Download unter: http://www.dji.de/bibs/612_Abschlussbericht_Kurzevaluation_Fruhe_Hilfen.pdf

Kindler, Heinz (2005): Aktueller Stand des Wissens über Frühinterventionen bei Risikokindern in Deutschland und im internationalen Vergleich. Vortrag. Download unter: <http://www.dji.de/thema/0603/>

Kindler, Heinz (2006): Frühe Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Ein internationaler Forschungsüberblick. In: Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, 2006, 9(1): 23-47.

Kindler, Heinz / Lillig, Susanna (2005): Früherkennung von Familien mit erhöhten Misshandlungs- oder Vernachlässigungsrisiken In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 10 – 13, Download unter www.dji.de

Kindler, Heinz / Spangler, Gottfried (2005): Wirksamkeit ambulanter Interventionen nach Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. In: IKK Nachrichten, Heft 8, S. 101-116

Kindler, Heinz / Lillig, Susanna / Blüml, Herbert / Meysen, Thomas / Werner, Annegret (Hrsg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI. Download unter: www.dji.de/asd

Sennett, Richard (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin

Suess, Gerhard J. (2005): STEEP™: Frühe Hilfe zur Förderung der Resilienz in riskanten Kindheiten. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – früh erkennen, früh helfen. Hefthema: IKK-Nachrichten, Heft 1-2/2005: 33 -39

Wahl, Klaus / Hees, Katja (Hrsg.) (2006): Helfen „Super Nanny“ und Co?. Ratlose Eltern – Herausforderungen für die Elternbildung. Weinheim, Basel.

Wahl, Klaus / Alt, Christian / Hoops, Sabrina / Sann, Alexandra / Thrum, Kathrin (2006): Elterliche Erziehungskompetenzen: Auskünfte aus empirischen Studien. In: Wahl, K. / Hees, K. a.a.O. Ziegenhain, Ute / Derksen, Bärbel / Dreisörner, Ruth (2004a): Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. In: Kindheit und Entwicklung, Jg. 13, 4 Band, Seiten 226-234. Ziegenhain, Ute / Fries, Mauri / Bütow, Barbara et al. (2004b): Entwicklungs-

psychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa

GEWALT
BERLIN GEGEN
GEWALT

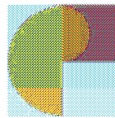
Anlage 3

Schöllhorn, Angelika: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (0-3 Jahre) in besonderen Belastungssituationen, S. 6

Quelle:

http://www.lpk-bw.de/archiv/lptage/lpt2008/080705_schoellhorn_fruehhilfen.pdf,

Internetabruf vom 04.12.2008

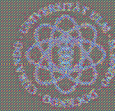
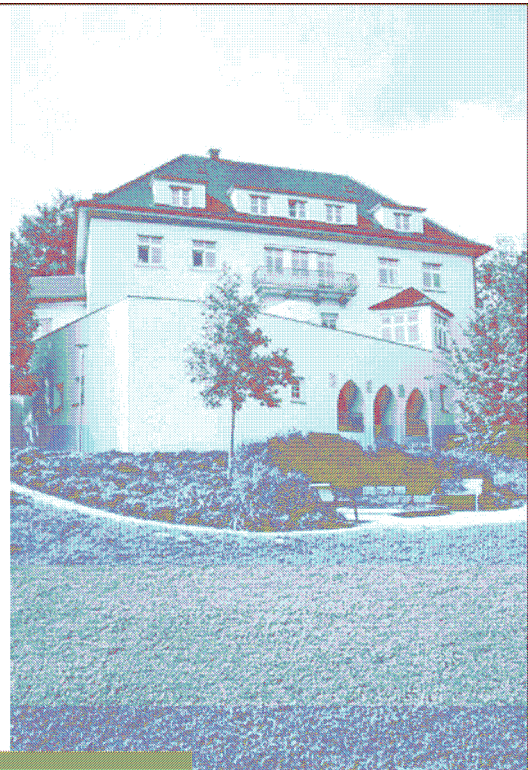


Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (0-3 Jahre) in besonderen Belastungssituationen

Angelika Schöllhorn

Workshop beim
Landespsychotherapeutentag Baden-
Württemberg, 5. Juli 2008



Besondere Gefährdung von Säuglingen/ Kleinkindern

Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder in Folge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter

Typische Vernachlässigungs- und Misshandlungsformen im Säuglingsalter:

- Schütteltrauma
- Gedeihstörungen
- invasives Füttern
- unterlassene Aufsicht / Schutz



Anlage 4

**MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
e.V.: Vorbeugen ist besser als heilen**

Quelle: <http://www.mds-ev.org/Praevention.htm>, Internetabruf vom 30.01.2009

Vorbeugen ist besser als heilen

„Einen Apfel täglich und keine Krankheit quält Dich!“ Der Volksmund weiß, dass gesunde Ernährung zum Gesunderhalt beiträgt. Aber es gibt selbstverständlich viele weitere Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.

Kranken- und Pflegeversicherung sind nicht nur verpflichtet, für eine qualitativ hochstehende Krankenbehandlung und Pflege zu sorgen, sondern haben auch die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten. Daher werden Prävention und Gesundheitsförderung in zunehmendem Maß Aufgabe und Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung

Mit der Primärprävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindert werden. Die Zielvorstellung der Gesundheitsförderung ist nicht Krankheitsverhütung, sondern das Gesund-Bleiben. Die Förderung der Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie ist nicht nur von der Krankenversicherung zu leisten. Ebenso wichtig sind andere Akteure in allen gesellschaftlichen Bereichen. Zu nennen sind beispielsweise die Politik, die Wirtschaft, das Sozialwesen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Unfallversicherung oder der betriebliche Gesundheitsschutz.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fördert im Sinne von § 20 SGB V Aktivitäten in „Settings“. Darunter ist das Lebensumfeld zu verstehen. Setting-Projekte finden in Schulen und Kindergärten, aber auch in Stadtteilen oder Altenheimen statt. Im Rahmen des „individuellen Ansatzes“ der Primärprävention fördert die GKV Bemühungen der Versicherten um den Erhalt der eigenen Gesundheit, etwa durch Präventionskurse. Und schließlich sind die Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V aktiv, um die gesundheitlichen Ressourcen der Beschäftigten zu stärken. Hierzu erfassen die Krankenkassen die gesundheitliche Situation der Beschäftigten in einem Betrieb (einschließlich der Risiken und Potentiale), entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit und unterstützen die Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze im Betrieb.

Der MDS erstellt gemeinsam mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung den jährlichen Präventionsbericht der Krankenkassen. Der Präventionsbericht gibt detailliert Auskunft über die Aktivitäten und die erreichten Personen.

Sekundärprävention: Krankheiten früh erkennen

Des Weiteren berät der MDS die Krankenkassen in Fragen zur Sekundärprävention. Sekundärprävention bedeutet, eine Krankheit im Frühstadium zu erkennen und ihr Fortschreiten zu verhindern. Konkret gemeint sind dabei Früherkennungsmaßnahmen im Kindes- und Erwachsenenalter und die damit zusammenhängenden Beratungen und Behandlungen der Versicherten.

Anlage 5

MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht 2008, S. 16

Quelle: http://www.mds-ev.org/media/pdf/1-Praeventionsbericht_2008.pdf, Internetabruf vom 30.01.2009

sind zudem gesundheitsriskante Verhaltensgewohnheiten wie Rauchen oder Bewegungsmangel, die für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und vorzeitigen Sterbefälle verantwortlich zeichnen, am stärksten verbreitet¹. Entsprechend des Gesetzauftrags nach § 20 Abs.1 Satz 2 SGB V ist auf Zielgruppen, die sozial bedingt ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen, besonderes Augenmerk zu richten.

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention lassen sich nach drei Ansätzen gliedern: dem Setting-Ansatz, dem individuellen Ansatz und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Dabei ist festzuhalten, dass die BGF per se ebenfalls in Settings, nämlich den Betrieben, stattfindet.

Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz wirken direkt in die Lebenswelten – Settings – der Menschen hinein. Solche Settings können beispielsweise Kindergärten, Schulen, Familien, Stadtteile oder Senioreneinrichtungen sein. Auf diese Weise lassen sich Menschen erreichen, die von sich aus keine präventiven Kursangebote aufsuchen würden – häufig auch dann nicht, wenn bereits Gesundheitsrisiken wie z. B. Übergewicht, Rauchen oder Bluthochdruck vorliegen. Zu den Personengruppen, die individuelle Kursangebote eher selten aufsuchen, zählen Menschen mit niedrigem Einkommen mit ihren Familienangehörigen und – wie die Ergebnisse zum individuellen Ansatz (Kap. 6) zeigen – junge Menschen und Männer. Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz richten sich besonders auf die Verhältnisse in den jeweiligen Settings. Über strukturelle und organisatorische Veränderungen und Verbesserungen im Umfeld werden die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen im Setting verändert. Dabei ist zur Zielerreichung eine aktive und integrative Mitarbeit insbesondere der betroffenen Personen nicht nur erwünscht, sondern notwendig.

Zielgruppen der Primärprävention

Mit primärpräventiven Angeboten zielen die Krankenkassen prinzipiell auf alle Mitglieder und ihre Familienangehörigen ab, insbesondere jedoch auf solche, die unter schlechteren sozialen Rahmenbedingungen leben. Die Krankenkassen konzentrieren sich zur Erreichung insbesondere von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen auf den Setting-Ansatz. Der Setting-Ansatz, d. h. das Ansprechen der Menschen in ihren jeweiligen Lebensumfeldern, bietet gute Chancen, ein möglichst breites Spektrum an Personen zu erreichen, vor allem auch sozial benachteiligte Personen mit geringem Einkommen oder niedriger Schulbildung.

Im Setting können unter Beteiligung der darin lebenden und arbeitenden Menschen die Rahmenbedingungen für ein Mehr an Gesundheit verbessert und gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen unterstützt werden. Zudem lassen sich im Setting viele unterschiedliche Gruppen erreichen. So werden den über die Aktivitäten in Grundschulen oder Kindergärten meist auch die Familienangehörigen und Lehrer und Erzieher der Kinder angesprochen. Das zeigt auch dieser Präventionsbericht.

Den Aspekt „soziale Chancengleichheit“ beachten die Krankenkassen bei der Planung von primärpräventiven Aktivitäten nach dem Setting-Ansatz durch die Auswahl der Settings, deren Standorte – z. B. soziale Brennpunkte – sowie der Zielgruppen. Im vorliegenden Präventionsbericht ist dies besonders am hohen Anteil an in Schulen durchgeführten Aktivitäten – insbesondere an Grund-, Haupt- und Berufsschulen – sowie Kindertagesstätten zu erkennen.

Bei Angeboten nach dem individuellen Ansatz handelt es sich um Kurs- und Seminarangebote, die primär auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten ausgerichtet sind. Diese Angebote werden von Versicherten in Anspruch genommen, die etwas für ihre Gesundheit tun wollen, also bereits über ein gewisses Gesundheitsbewusstsein und eine entsprechende Motivation verfügen.

Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung entsprechen im Prinzip denen des Setting-Ansatzes. Sie sind dabei allerdings auf die Besonderheiten im Setting Betrieb ausgerichtet.

¹ Lampert, Ziese (2005). Mielck (2001).

Anlage 6

AOL Nachrichten: Brüssel will den Mutterschutz verlängern

Quelle: <http://nachrichten.aol.de/nachrichten-wirtschaft/bruessel-will-den-mutterschutz-verlaengern/artikel/20080929054657108236465>, Internetabruf vom 18.11.2008

Brüssel will den Mutterschutz verlängern



dpa Schwangerschaft

Seit Jahren schon versucht die Europäische Union, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Jetzt schlägt die EU-Kommission vor, den Mutterschutz von 14 auf 18 Wochen auszudehnen – eine Verlängerung um fast 30 Prozent. Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt lehnt dieses Vorhaben ab.

„Längerer Mutterschutz hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mutter. Er würde Frauen dabei helfen, sich von der Geburt zu erholen und eine engere Beziehung zu ihrem Kind zu entwickeln. Zudem ist es für Frauen einfacher, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, wenn die Kinder älter sind“, heißt es in einem Gesetzesvorschlag, der WELT ONLINE vorliegt und in dieser Woche veröffentlicht werden soll. Gleichzeitig will Brüssel die Arbeitnehmerrechte von jungen Müttern durch einen verbesserten Kündigungsschutz stärken.

Die Gewerkschaften begrüßen die Pläne, die Arbeitgeber sind strikt dagegen. „Durch eine Verlängerung der Mutterschutzfristen von 14 auf 18 Wochen würden die Lohnzusatzkosten um etwa 500 Mio. Euro im Jahr steigen. Ich lehne die Revision der Mutterschutzrichtlinie in der vorgesehenen Form ab“, sagte der Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Dieter Hundt, der WELT. Auch die Bundesregierung reagierte in internen Gesprächen zurückhaltend. Sie kann aber bei einer Abstimmung unter den 27 Mitgliedsländern leicht überstimmt werden.

In Deutschland finanzieren die Firmen die 14 Wochen Mutterschutz zum größten Teil aus eigener Tasche. Sie erhalten lediglich 13 Euro pro Tag von den Kassen – dieser Betrag wurde seit 1994 nicht mehr erhöht. Kosten für die Arbeitgeber: Rund 1,6 Mrd. Euro im Jahr.

Im Gegensatz zu vielen anderen EU-Staaten haben die Arbeitnehmerinnen hierzulande während des Mutterschutzes Anspruch auf das volle Gehalt. Dies soll laut Plan der Brüsseler Gesetzesbehörde nun für alle Mitgliedsländer gelten. Gleichzeitig schlägt EU-Sozialkommissar Vladimir Spidla vor, dass mindestens sechs der insgesamt 18 Wochen Mutterschutz „zwingend“ nach der Geburt genommen werden, die übrigen zwölf Wochen können frei eingeteilt werden. Dies bedeutet eine wichtige Änderung gegenüber dem hiesigen Mutterschutzgesetz. In Deutschland ist der Mutterschutz mit sechs Wochen vor der Geburt und acht Wochen nach der Geburt genau festgelegt.

Eine weitere Änderung für deutsche Unternehmen: Künftig muss der Arbeitgeber nach den Plänen der EU bei einer Kündigung bis zu einem Jahr nach Ende des Mutterschutzes

„substanzielle Gründe für die Kündigung in schriftlicher Form“ angeben. Dies erhöht nach Einschätzung von Arbeitsrechtexperten die Schwelle für Kündigungen – und zwar nicht nur für junge Mütter, sondern wohl auch für alle übrigen Arbeitnehmer, weil Kündigungen „gerichtsfester“ und „nachprüfbarer“ als bisher sein müssten.

Die EU-Kommission fordert zudem, dass junge Mütter „auf denselben Arbeitsplatz wie zuvor oder auf einen gleichwertigen Arbeitsplatz“ zurückkehren müssen. Außerdem wird der Arbeitgeber „verpflichtet“, den Wunsch junger Mütter nach mehr Arbeitszeitflexibilität genau zu überprüfen. Diese Gesetzespläne entsprechen im Wesentlichen deutschem Recht.

Auch Arbeitgeberchef Dieter Hundt will einen „angemessenen Schutz der Gesundheit von schwangeren und stillenden Frauen“. Die Verlängerung des Mutterschutzes sei für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf aber nicht nötig. „Dafür sind Elternzeit und der Ausbau der Betreuungsinfrastruktur der richtige Weg“, sagte Hundt.

Zuletzt aktualisiert: Mittwoch, 1. Oktober 2008, 14:34 Uhr

Anlage 7

Spiegel: Familienpolitik

Quelle: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,582036,00.html>,

Internetabruf vom 18.11.2008

02.10.2008

FAMILIENPOLITIK

EU will Mutterschutz verlängern - Berlin lehnt ab

In der EU zeichnet sich ein Streit um die Verlängerung des Mutterschutzes ab. Die EU-Kommission plant, die berufliche Auszeit für Mütter rund um die Geburt europaweit auf bis zu 18 Wochen auszudehnen. Familienministerin von der Leyen ist dagegen - sie hält das für kontraproduktiv.

Brüssel/Berlin - In Deutschland dauert der Mutterschutz 14 Wochen: Sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin beginnt er und acht Wochen danach endet er. Die EU-Kommission will das ändern. Sie will am Freitag in Brüssel Pläne beschließen, nach denen die berufliche Auszeit für Mütter vor und nach der Geburt europaweit bis zu 18 Wochen ausgedehnt werden kann.



DPA

Mutterschutz: In Deutschland beginnt er sechs Wochen vor der Geburt

Das Bundesfamilienministerium lehnt die Verlängerung aber ab. Der EU-Vorschlag könne für Frauen zum Bumerang werden, erklärte das von der CDU-Politikerin Ursula von der Leyen geführte Ministerium am Donnerstag in Berlin. Er erhöhe die finanziellen Risiken für Arbeitgeber, die junge Frauen beschäftigen. Das bedeute höhere Lohnnebenkosten und damit ein Hindernis für Arbeitsplätze in Deutschland.

Einen Anspruch auf Mutterschaftsurlaub sollen dem EU-Plan zufolge auch selbstständige Frauen oder im Betrieb des Mannes mitarbeitende Ehepartnerinnen bekommen. Sie könnten sich demnach zwischen einer Geldleistung oder einer zeitlich befristeten Vertretung während des Mutterschaftsurlaubes entscheiden. Die Pläne der EU-Kommission sehen zudem eine Verschärfung des Kündigungsschutzes vor. Keine Frau soll während des Mutterschutzes entlassen werden dürfen. Die EU-Staaten und das Europa-Parlament müssen den Vorschlägen der Kommission zustimmen, damit die Regelung in Kraft treten kann.

Das Bundesfamilienministerium erklärte, durch die Verlängerung des Mutterschutzes würden "die Hürden für junge Frauen" erhöht, die einen Arbeitsplatz suchten. Deutschland sei mit seinen Regelungen im europäischen Vergleich sehr gut aufgestellt. Es bestehe ein sehr guter Schutz für Mütter bei der Länge des Mutterschutzes, dem Kündigungsschutz und der finanziellen Absicherung. Der Mutterschutz in Deutschland gehe in weiten Teilen über das hinaus, was die EU- Kommission nun erreichen wolle.

In anderen EU-Mitgliedstaaten gelten schon jetzt längere Mutterschutzzeiten als in Deutschland. In Großbritannien und Irland sind es 26 Wochen, in Tschechien 28. In Frankreich haben Frauen bei Zwillingssgeburten sogar Anspruch auf 34 Wochen Pause.

"Vorreiter" sei die Bundesrepublik aber bei der finanziellen Absicherung der Mütter, erklärte das Familienministerium. Die Arbeitgeber finanzieren den Großteil der Gehaltsfortzahlung während des Mutterschutzes. Die Krankenkassen schießen pro Tag 13 Euro zu. Auch beim Elterngeld sei "Deutschland weiter als viele andere Länder der EU", betonte das Ministerium.

ler/dpa/AFP

Anlage 8

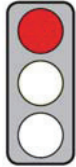
Centrum für Europäische Politik (CEP): EU-Änderungsrichtlinie – Verbesserung des Mutterschutzes

Quelle: http://www.cep.eu/fileadmin/user_upload/Kurz-Analysen/Mutterschutz/KA_Richtlinie_Mutterschutz.pdf, Internetabruf vom 06.12.2008

KERNPUNKTE

Ziel der Richtlinie: Der Gesundheitsschutz und die Chancengleichheit der schwangeren und stillenden Arbeitnehmerinnen sollen insbesondere durch längeren bezahlten Mutterschaftsurlaub, erweiterten Kündigungsschutz und mehr Rechtsschutzmöglichkeiten verbessert werden.

Betroffene: Schwangere und stillende Arbeitnehmerinnen; Arbeitgeber.



Pro: –

Contra: (1) Der Vorschlag trägt in keiner Weise zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes bei.
(2) Die Lohnnebenkosten werden steigen, was sich negativ auf die Beschäftigung auswirkt.
(3) Der Vorschlag verstößt gegen das Subsidiaritätsprinzip.

Änderungsbedarf: Der Vorschlag sollte nicht verabschiedet werden.

INHALT

Titel

Vorschlag KOM(2008) 637 vom 3. Oktober 2008 für eine **Richtlinie** des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 92/85/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 über die Durchführung von Maßnahmen zur **Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz**

Kurzdarstellung

Die Artikelangaben verweisen auf die zu ändernde Richtlinie 92/85/EWG.

► Allgemeines

- Die Richtlinie 92/85/EWG gewährleistet einen EU-weit einheitlichen Mindeststandard zum Schutz schwangerer Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillender Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz.
- Mit dem jetzigen Vorschlag sollen insbesondere die Bestimmungen über den Mutterschaftsurlaub, die Lohnfortzahlung, den Kündigungsschutz und die Rechtsschutzmöglichkeiten geändert werden.

► Mutterschaftsurlaub

- Der Mutterschaftsurlaub beträgt mindestens 18 Wochen am Stück (geänderter Art. 8 Abs. 1).
- Mindestens sechs Wochen des Mutterschaftsurlaubs müssen nach der Entbindung genommen werden. Über die Verteilung des restlichen Mutterschaftsurlaubs auf die Zeit vor und/oder nach der Entbindung kann die Arbeitnehmerin frei entscheiden. (geänderter Art. 8 Abs. 2)
- Findet die Entbindung zu einem späteren Zeitpunkt statt als ursprünglich errechnet und verlängert sich dadurch der Mutterschaftsurlaub vor der Entbindung, so darf der verbleibende Teil des Mutterschaftsurlaubs nicht entsprechend gekürzt werden (neuer Art. 8 Abs. 3).
- Die Mitgliedstaaten müssen den Mutterschaftsurlaub in „besonderen Fällen“ in „verhältnismäßigem“ Umfang verlängern. Dies gilt bei einer Frühgeburt, einem Krankenhausaufenthalt des Kindes nach dessen Geburt, der Geburt eines behinderten Kindes oder einer Mehrlingsgeburt (neuer Art. 8 Abs. 4).
- Wird eine Frau bis vier Wochen vor der Entbindung schwangerschaftsbedingt krank geschrieben, darf dies nicht auf den Mutterschaftsurlaub angerechnet werden (neuer Art. 8 Abs. 5).

► Lohnfortzahlung oder Sozialleistungen bei Mutterschaftsurlaub

- Während des Mutterschaftsurlaubs hat jeder Mitgliedstaat Arbeitnehmerinnen einen Anspruch auf Lohnfortzahlung oder auf angemessene Sozialleistungen zu gewähren (Art. 11 Abs. 2 lit. b).
- Entscheidet sich ein Mitgliedstaat für einen Anspruch auf Sozialleistungen, so ist dieser angemessen, wenn er dem letzten monatlichen Arbeitsentgelt oder dem durchschnittlichen Monatsentgelt der Arbeitnehmerin entspricht. Stellt der Mitgliedstaat auf das durchschnittliche Monatsentgelt ab, kann er den für die Berechnung des Durchschnitts maßgeblichen Zeitraum frei bestimmen. Für die Höhe des Anspruchs darf der Mitgliedstaat eine Obergrenze festlegen, die aber mindestens der Höhe der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen muss. (neuer Art. 11 Abs. 3)

► Kündigungsverbot

- Eine Kündigung und jegliche Vorbereitung einer Kündigung sind vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Mutterschaftsurlaubs grundsätzlich verboten. Ausnahmen sind nur zulässig, wenn sie nicht mit der Schwangerschaft der Arbeitnehmerin zusammenhängen und im nationalen Recht vorgesehen sind. (geänderter Art. 10 Abs. 1)

- Der Arbeitgeber muss eine ausnahmsweise zulässige Kündigung vor Ende des Mutterschaftsurlaubs mit Gründen versehen. Eine Kündigung innerhalb von sechs Monaten nach Ende des Mutterschaftsurlaubs muss der Arbeitgeber hingegen nur begründen, wenn die Arbeitnehmerin dies verlangt. In jedem Fall muss der Arbeitgeber nachweisen, dass die angegebenen Gründe tatsächlich zutreffen. (geänderter Art. 10 Abs. 2)

► **Rechtsschutz, Beweislastumkehr**

- Arbeitnehmerinnen müssen die ihnen aus der Richtlinie zustehenden Rechte vor einem Gericht oder einer zuständigen Stelle geltend machen können (Art. 12).
- Es genügt, wenn die klagende Arbeitnehmerin Tatsachen glaubhaft behauptet, die eine Rechtsverletzung vermuten lassen. Dann obliegt es dem Arbeitgeber zu beweisen, dass die behauptete Verletzung nicht vorliegt. (sog. Beweislastumkehr; neuer Art. 12a)
- Wird eine Frau im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft oder ihrem Mutterschaftsurlaub ungünstiger behandelt als andere Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, gilt dies zugleich als Diskriminierung im Sinne der Richtlinie über die Gleichbehandlung von Männern und Frauen (2006/54/EG) (neuer Art. 10 Abs. 4).
- Die Mitgliedstaaten müssen Strafen für Verstöße gegen die Richtlinie einführen. Sie können auch Schadenersatzansprüche für betroffene Arbeitnehmerinnen einführen, die der Höhe nach nicht begrenzt sein dürfen. (neuer Art. 12 c)

► **Weitere Rechte**

- Stellt der Arbeitgeber eine schwangere Arbeitnehmerin wegen vermeintlicher Arbeitsunfähigkeit von der Arbeit frei, ohne dass ein entsprechendes ärztliches Attest vorliegt, muss er ihr bis zum Beginn des obligatorischen Mutterschaftsurlaubs das volle Arbeitsentgelt zahlen (neuer Art. 11 Abs. 1 a).
- Die Arbeitnehmerin hat das Recht, für die Zeit nach dem Mutterschaftsurlaub Änderungen ihrer Arbeitszeit und/oder ihres Arbeitsrhythmus zu beantragen. Der Arbeitgeber muss solche Anträge unter Berücksichtigung aller Belange prüfen, braucht ihnen aber nicht zu entsprechen. (neuer Art. 11 Abs. 5)

Änderung zum Status quo

- Die Mindestdauer des Mutterschaftsurlaubs in der EU soll von bisher 14 Wochen auf 18 Wochen erhöht werden.
- Von den 14 Wochen müssen die Mitgliedstaaten bisher mindestens zwei Wochen vor und/oder nach der Entbindung vorschreiben. Diese Regelung soll durch einen obligatorischen Urlaubsabschnitt von mindestens sechs Wochen nach der Entbindung ersetzt werden.
- Neu ist, dass Krankheitszeiten bis vier Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung sowie Zeiten zwischen voraussichtlichem und tatsächlichem Entbindungstermin nicht auf den verbleibenden Mutterschaftsurlaub angerechnet werden.
- Bisher gilt eine Sozialleistung als angemessen, wenn sie der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall entspricht. Die Mitgliedstaaten können diese Sozialleistung zukünftig in der Höhe begrenzen.
- Bislang gibt es im EU-Recht weder einen Schutz vor der Vorbereitung einer Kündigung während des Mutterschaftsurlaubs noch vor einer Kündigung in den sechs Monaten nach dessen Beendigung.
- Eine Verletzung von Rechten aus der Richtlinie 92/85/EWG müssen betroffene Arbeitnehmerinnen bisher beweisen. Der Vorschlag der Kommission sieht eine Beweislastumkehr vor.
- Eine Verletzung von Rechten aus der Richtlinie 92/85/EWG stellt bisher nicht automatisch eine verbotene Diskriminierung dar.
- Die Mitgliedstaaten sind bisher nicht verpflichtet, bei Verstößen gegen die Richtlinie 92/85/EWG Strafen zu verhängen.
- Ein Anspruch auf Lohnfortzahlung für Schwangere, die ohne hinreichenden Anlass von der Arbeit freigestellt werden, wäre neu im EU-Recht.

Subsidiaritätsbegründung

Die Änderung einer EU-Richtlinie ist nur durch EU-Handeln möglich.

Politischer Kontext

Die Mitgliedstaaten haben die Gleichstellung von Männern und Frauen zu einem der grundlegenden Ziele der EU erklärt (Art. 2, 3 Abs. 2 EGV). Die Kommission verfolgt dieses Ziel insbesondere im Berufsleben, was sie unter anderem in ihrem Fahrplan für die Gleichstellung von Männern und Frauen (2006-2010) erklärt hat [Mitteilung KOM(2006) 92].

Das Europäische Parlament hat in seiner legislativen Entschliessung vom 20. Mai 2008 (P6_TA(2008)0207) zudem auf das Erfordernis von Erziehungsurlaubsmodellen hingewiesen.

Die Kommission befasst sich derzeit mit der Einführung neuer Urlaubsformen, etwa Vaterschaftsurlaub, Adoptionsurlaub und Urlaub zur Pflege von Familienangehörigen. Die Sozialpartner auf europäischer Ebene verhandeln zudem über eine Überarbeitung der Richtlinie über Elternurlaub (96/34/EG). Die Kommission hat deshalb den vorliegenden Vorschlag auf den Mutterschaftsurlaub beschränkt.

Stand der Gesetzgebung

03.10.08 Annahme durch Kommission
Offen Annahme durch Europäisches Parlament und Rat, Veröffentlichung im Amtsblatt, Inkrafttreten

Politische Einflussmöglichkeiten

Federführende Generaldirektion:	GD Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit
Ausschüsse des Europäischen Parlaments:	Rechte der Frau und Gleichstellung der Geschlechter (federführend), Berichterstatter N.N.; Beschäftigung und Soziale Angelegenheiten; Industrie, Forschung und Energie
Ausschüsse des Deutschen Bundestags:	N.N.
Entscheidungsmodus im Rat:	Qualifizierte Mehrheit (Ablehnung mit 91 von 345 Stimmen; Deutschland: 29 Stimmen)

Formalien

Kompetenznorm:	Art. 137 Abs. 2 EGV (Sozialpolitik) und Art. 141 Abs. 3 EGV (Geschlechtergleichbehandlung)
Art der Gesetzgebungskompetenz:	Konkurrierende Gesetzgebungskompetenz
Verfahrensart:	Art. 251 EGV (Mitentscheidungsverfahren)

BEWERTUNG

Ökonomische Folgenabschätzung

Ordnungspolitische Beurteilung

Laut Kommission dient die Verlängerung des Mutterschutzes der „Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes“ von schwangeren Arbeitnehmerinnen. Zwar ist die Gesundheit dieser Frauen schützenswert. Die Kommission liefert aber keine Belege dafür, dass der derzeitige Gesundheitsschutz dieser Frauen unzureichend wäre. Auch die These, wonach eine Verlängerung des Mutterschutzes zur besseren Gesundheit beitrüge, wird nicht belegt. **Die Verlängerung des Mutterschutzes kann somit nicht mit dem Ziel der besseren Gesundheit der Arbeitnehmerinnen gerechtfertigt werden.**

Es ergeben sich, je nach Rechtslage, sogar **Wechselwirkungen** mit nationalen Vorschriften, **die sich** im Ergebnis **negativ auf den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmerinnen auswirken**. So ist es in Deutschland schwangeren Arbeitnehmerinnen bisher verboten, länger als bis sechs Wochen vor der Geburt zu arbeiten. **Das Recht auf freie Einteilung des Mutterschaftsurlaubes bietet Frauen aber einen finanziellen Anreiz, bis zum Entbindungstermin weiter zu arbeiten** und den gesamten Mutterschaftsurlaub erst nach der Entbindung in Anspruch zu nehmen. Denn an das während des Mutterschaftsurlaubes bezahlte Mutterschaftsgeld schließt sich das Elterngeld an; nach dem Vorschlag können Mütter durch die Berufsausübung bis zum Entbindungstermin zum Teil das niedrigere Elterngeld durch das höhere Mutterschaftsgeld ersetzen. Die Richtlinie stärkt somit nicht den Gesundheitsschutz schwangerer Arbeitnehmerinnen.

Folgen für Effizienz und individuelle Wahlmöglichkeiten

Durch das Recht auf freie Einteilung des Mutterschaftsurlaubes lässt die Richtlinie eine engere Orientierung am persönlichen Wohlbefinden der Schwangeren zu. Diese Wahlmöglichkeit kann allerdings mit volkswirtschaftlichen Effizienzverlusten einhergehen, wenn Unternehmen kurzfristig Ersatz für die Arbeitskraft suchen müssen. Ausreichende Fristen bei der Beantragung des Mutterschaftsurlaubes könnten diese Ineffizienz reduzieren, schränken aber zwangsläufig auch die Wahlfreiheit der betroffenen Arbeitnehmerin ein.

Das Mutterschaftsgeld wird in Deutschland über eine Umlage zum größten Teil von den Unternehmen getragen. Die Verlängerung des Mutterschaftsurlaubes um vier Wochen wird dort zu jährlichen **Mehrkosten von 427 Mio. €** führen. Bei den gesetzlichen Krankenkassen, die einen Sockelbetrag von 13 € pro Tag tragen, wird sie zu jährlichen **Mehrkosten von 140 Mio. €** führen. Entscheiden sich Frauen dafür, den kompletten Mutterschutz nach der Geburt zu beanspruchen, ersetzt das Mutterschaftsgeld während des Mutterschaftsurlaubes zehn Wochen länger als bisher das Elterngeld. **Der Bund kann** dadurch beim Elterngeld **mit geschätzten Einsparungen von bis zu 700 Mio. € rechnen** ([vgl. separate Berechnung des CEP](#)).

Folgen für Wachstum und Beschäftigung

Soweit die Verlängerung des Mutterschutzes die Kosten der Beschäftigung von Frauen erhöht, verschlechtern sich deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt. In Deutschland gilt dies nicht. Denn die Arbeitgeber zahlen für alle Arbeitnehmer – unabhängig vom Geschlecht – einen Beitrag in einen Fonds ein, aus dem der Anteil der Unternehmen am Mutterschaftsgeld finanziert wird. **Die Richtlinie wird** allerdings **eine Anhebung** dieser Pauschale und damit **der Lohnnebenkosten verursachen, was sich negativ auf die Beschäftigung auswirkt**.

Folgen für die Standortqualität Europas

Die Richtlinie erhöht Lohnnebenkosten und macht so die EU als Standort für Investitionen weniger attraktiv.

Juristische Bewertung

Kompetenz

Die Kommission verfolgt vorrangig das Ziel, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern (Erwägungsgründe 7 und 8). Dafür weisen die Verträge der EU keine eigenständige Kompetenz zu. Deshalb stellt die Kommission auf die Verbesserung des Gesundheitsschutzes sowie die Gewährleistung der Chancengleichheit und der Gleichbehandlung ab. Der EuGH lässt ein solches Vorgehen zu: Eine in der Sache einschlägige Kompetenzgrundlage könne herangezogen werden, auch wenn einem anderen Ziel „maßgebliche Bedeutung zukommt“ (EuGH, Rs. C-380/03, Rn 39).

Alle vorgeschlagenen Regelungen können auf Art. 137 Abs. 2 EGV gestützt werden, die Regelungen zu Chancengleichheit und Gleichbehandlung am Arbeitsplatz zudem auf Art. 141 Abs. 3 EGV.

Auch die Bestimmung, dass die Lohnfortzahlung während des Mutterschaftsurlaubs mindestens der Höhe der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entsprechen muss, ist von Art. 137 EGV gedeckt. Zwar sind Regelungen zum Arbeitsentgelt dem Kompetenzbereich grundsätzlich entzogen (Art. 137 Abs. 5 EGV). Allerdings hat der EuGH diese Einschränkung für nicht einschlägig erklärt, wenn dadurch „einige in Art. 137 Abs.1 EGV aufgeführte Bereiche größtenteils ihrer Substanz beraubt werden“ (EuGH, Rs. C-307/05, Rn. 41, *Del Cerro*). Dies wäre bei der Lohnfortzahlung im Mutterschaftsurlaub der Fall. Denn Art. 137 Abs. 1 EGV gibt die Gleichbehandlung von Arbeitnehmerinnen auf, die aus gesundheitlichen Gründen von der Arbeit freigestellt sind.

Subsidiarität

Der Vorschlag verstößt gegen den Grundsatz der Subsidiarität. Mit dem Vorschlag wird zwar bestehendes EU-Recht geändert, was nur durch ein Handeln der EU selbst möglich ist. Allerdings behandelt der Vorschlag, wie schon die Ausgangsrichtlinie, keine grenzüberschreitende Problematik. Die Kommission zeigt auch keinen Mehrwert von EU-Handeln gegenüber mitgliedstaatlichem Handeln auf.

Verhältnismäßigkeit

Der Vorschlag ist ungeeignet, das Ziel – Verbesserung des Gesundheitsschutzes – zu erreichen. Die Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs ist lediglich eine finanzielle Alimentation der Arbeitnehmerin. Im Übrigen aber bleibt sie wirkungslos, denn alle Mitgliedstaaten gewähren im Anschluss an den Mutterschaftsurlaub ohnehin eine deutlich längere Elternzeit. Im Gegenteil kann die geplante Regelung der Gesundheit der Arbeitnehmerin vor der Entbindung sogar schaden. Denn sie schafft Anreize für Arbeitnehmerinnen, bis zur Entbindung zu arbeiten und dadurch die Zeitspanne zu maximieren, in der das Mutterschaftsgeld in Höhe des bisherigen Gehalts das niedrigere Elterngeld ersetzt.

Der Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit tendiert ebenfalls gegen Null. Die diesbezüglich vorgeschlagenen Änderungen finden sich größtenteils bereits an anderen Stellen im EU-Recht.

Vereinbarkeit mit EU-Recht

Unproblematisch.

Vereinbarkeit mit deutschem Recht

Die vorgeschlagenen Änderungen müssten in das Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (MuSchG) aufgenommen werden. Dort ist der Mutterschutz als Beschäftigungsverbot ausgestaltet. Betroffene Arbeitnehmerinnen dürfen sechs Wochen vor (§ 3 Abs. 2 MuSchG) und acht Wochen nach der Entbindung (§ 6 Abs. 1 MuSchG) nicht beschäftigt werden. Diese Verbote müssten ersetzt werden durch einen obligatorischen Urlaub von sechs Wochen nach der Entbindung und ein Wahlrecht der Arbeitnehmerin, wann sie die verbleibenden 12 Wochen Mutterschaftsurlaub nehmen möchte.

Für den Fall einer Erkrankung in der Zeit zwischen dem Beginn des Mutterschaftsurlaubs und bis vier Wochen vor dem Entbindungstermin müsste geregelt werden, dass der Mutterschaftsurlaub nach der Entbindung entsprechend verlängert wird. Gleiches gilt für Entbindungen nach dem voraussichtlichen Entbindungstermin, wenn dadurch der Mutterschaftsurlaub vor der Entbindung verlängert wird.

Der Hinweis auf die Antidiskriminierungsvorschriften ist bereits im deutschen Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz enthalten (§ 3 Abs. 1 AGG).

Alternatives Vorgehen

Auf die Überarbeitung der Mutterschutzrichtlinie kann verzichtet werden.

Mögliche zukünftige Folgemaßnahmen der EU

Es ist mit einem Vorschlag zu Änderungen beim Elternurlaub zu rechnen, sobald die Sozialpartner ihre Verhandlungen beendet haben. Die Kommission will außerdem neue Urlaubsformen vorschlagen.

Zusammenfassung der Bewertung

Die Richtlinie sollte nicht verabschiedet werden. Die Änderungen schaffen Anreize, bis zum Entbindungstermin zu arbeiten, und können daher der Gesundheit werdender Mütter sogar schaden. Sie führen außerdem zu steigenden Lohnnebenkosten und wirken sich damit negativ auf die Beschäftigung aus. Die Richtlinie verstößt außerdem gegen das Subsidiaritätsprinzip und gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Anlage 9

Stadt Münster: Öffentliche Berichtsvorlage V/0192/2005 vom 02.05.2005

Quelle: www.stadt-muenster.de/stadt/gesundheitsamt/gruppen_lebensraumbezogene_projekte.html,

Internetabruf vom 27.10.2008

Öffentliche **Berichtsvorlage**

Vorlagen-Nr.:
V/0192/2005
Auskunft erteilt:
Frau Dr. Schwarte
Ruf:
492 53 03
E-Mail:
SchwartD@stadt-muenster.de
Datum:
02.05.2005

Betrifft

Die Familienhebamme am Gesundheitsamt der Stadt Münster -
Ein Modellprojekt in der aufsuchenden Gesundheitshilfe für Flüchtlinge und sozial sowie
gesundheitlich Benachteiligte

Beratungsfolge

25.05.2005 Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Arbeitsförderung	Bericht
02.06.2005 Ausländerbeirat	Bericht
16.06.2005 Ausschuss für Kinder, Jugendliche und Familien	Bericht
23.06.2005 Kommission zur Unterbringung von Aussiedlern, Asylbewerbern und ausländischen Flüchtlingen	Bericht

Bericht:

**Die Familienhebamme am Gesundheitsamt der Stadt Münster -
Ein Modellprojekt in der aufsuchenden Gesundheitshilfe für Flüchtlinge und sozial sowie
gesundheitlich Benachteiligte**

1. Ausgangslage

Nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) aus dem Jahre 1998 haben die Gesundheitsämter Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen, Unterstützungen und Beratungen anzubieten und bei Bedarf auch aufsuchende Hilfen zu leisten.

Diese aufsuchenden Gesundheitshilfen wurden in den vergangenen Jahren vom Gesundheitsamt der Stadt Münster bedarfsgerecht aufgebaut. Die verschiedenen Aktivitäten wurden in der Berichtsvorlage 702/2002 vorgestellt. In dieser Vorlage wurde bereits auf den besonderen Bedarf von Schwangeren und neugeborenen Kindern verwiesen. Die Phasen einer Schwangerschaft und das erste Lebensjahr eines Kindes sind entscheidend für das weitere Leben. Wenn es hier gelingt, Mutter und Kind optimal zu versorgen, steigen die Chancen für ein gesundes Aufwachsen erheblich. Im Rahmen der aufsuchenden Hilfen wurde in den letzten Jahren immer stärker deutlich, dass einige Bevölkerungsgruppen Angebote wie Schwangerschaftsvorsorgen und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder nicht oder nicht ausreichend in Anspruch nehmen und dass dadurch erhebliche Probleme auftreten. Der nachfolgende Bericht beschreibt die Situation vor Ort und die bereits durchgeführten Aktivitäten zur Verbesserung der Lage.

2. Zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Münster

In der Stadt Münster ist das gesundheitliche Regelversorgungssystem gut ausgebildet, so dass Schwangeren und Kindern zahlreiche Möglichkeiten einer optimalen Gesundheitsvorsorge zur Verfügung stehen. Hierbei ist aber die Eigenverantwortung und Eigeninitiative des Einzelnen gefragt, um die Angebote tatsächlich nutzen zu können.

Es gibt auch in Münster zunehmend Gruppen, die den Zugang zum Versorgungssystem nicht suchen oder nicht finden, die Gründe sind vielfältig.

Da ist einmal die Gruppe der Asylbewerber/-innen, ausländischen Flüchtlinge und Aussiedler/-innen. Hier sind es mangelnde Sprachkenntnisse und kulturelle Gründe, die Zugangsbarrieren darstellen können:

- Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder, so wie sie in Deutschland Standard sind, sind in vielen anderen Ländern nicht vorhanden oder aber nicht finanzierbar.
- Obwohl die betreuenden Sozialarbeiter/-innen sich bemühen, werdende Mütter und ihre Kinder schnell bei niedergelassenen Ärzten/-innen anzubinden, kam es in den letzten Jahren immer wieder vor, dass Schwangere nur eine Vorsorgeuntersuchung in der gesamten Schwangerschaft in Anspruch nahmen (Durchschnitt sind 10 Untersuchungen).
- So erklären sich dann auch Komplikationen wie Frühgeburten nach Infektionen. Diese bedeuten für die betroffenen Kinder und Familien eine private Katastrophe.
- Die Unwissenheit vieler Mütter über eine vernünftige Pflege und Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern führt immer wieder zu Komplikationen, die häufig mit zahlreichen Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten verbunden sind.
- Neben der psychischen Belastung für die Kinder entstehen hier erhebliche Kosten, die durch eine individuelle Betreuung sicher zu vermeiden sind.

Es sind aber nicht nur Familien mit Migrationshintergrund, die Auffälligkeiten zeigen. Durch die aufsuchenden Hilfen in den Stadtteilen und die enge Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien wird zunehmend deutlich, dass auch viele deutsche Familien einen erheblichen Unterstützungsbedarf während und nach einer Schwangerschaft haben:

- Hier sind es nicht Sprachbarrieren, die den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren, sondern fehlende Bildung, Überforderung oder schlechte Erfahrungen mit Ärzten oder Hilfsinstitutionen.
- So werden Vorsorgen ebenfalls nicht oder nur rudimentär wahrgenommen und Themen wie Familienplanung bleiben unbearbeitet. Das führt dann dazu, dass in Familien, die sowieso schon überfordert sind, nicht selten jedes Jahr ein Kind geboren wird.

3. Die Familienhebamme am Gesundheitsamt

Um hier adäquat Hilfe leisten zu können, hat die Abteilung Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes das Modellprojekt „Die Familienhebamme am Gesundheitsamt der Stadt Münster“ entwickelt und im Jahr 2004 auf den Weg gebracht.

Ausgehend von der bekannten Problemlage wurde überlegt, wie die Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen auf Dauer grundlegend verbessert werden könnte. Als optimale Unterstützung wurde die frühzeitige Betreuung durch eine Hebamme gesehen.

Die Berufsordnung der Hebammen weist dieses Aufgabenfeld als originäre Aufgabe aus. Darüber hinaus genießen Hebammen in allen Kulturen hohes Ansehen und Vertrauen. Eine Hebamme des Gesundheitsamtes findet den Zugang auch zu den Frauen, die sonst den Kontakt mit Ämtern vermeiden.

Um möglichst viele Frauen aus den unterschiedlichen Kulturen aus den Problembereichen erreichen zu können, wurde eine freiberufliche Hebamme gesucht, die über einen eigenen Migrationshintergrund verfügt und eine hohe Sprachkompetenz hat. Es gelang, eine Hebamme für das Projekt zu gewinnen, die im Iran geboren wurde, ihre Hebammenausbildung in Russland absolvierte und dann nach Deutschland kam. Hier absolvierte sie noch eine zusätzliche Ausbildung zur Heilpädagogin und arbeitete in einer Einrichtung mit alleinerziehenden jungen Müttern. Neben den Sprachen Persisch, Russisch, Afghanisch und Türkisch bringt sie also auch noch eine hohe Fachkompetenz aus unterschiedlichen Aufgabenfeldern mit.

Im Einzelnen hat die Familienhebamme des Gesundheitsamtes folgende Aufgabenbereiche:

1. Zunächst nimmt sie alle **üblichen Hebammentätigkeiten** wahr, die im Rahmen der Geburtsvorbereitung sowie der Betreuung nach der Geburt angeboten werden, wie z.B. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Wochenbettbetreuung und Stillberatung bis 8 Wochen nach der Geburt. Sie nimmt frühzeitig, also schon in der Schwangerschaft Kontakt zu den Frauen auf. Die Vermittlung läuft über die Sozialarbeiter/-innen in den Übergangseinrichtungen, über den Kommunalen Sozialdienst u.a.
2. Neben der medizinischen Betreuung bezieht die Familienhebamme in verstärktem Maß auch **soziale Gesichtspunkte** mit ein. Die umfassende Betreuung beinhaltet auch die Vermittlung von Informationen über Ernährung, Pflege, notwendige Vorsorgen etc. Die Familienhebamme sorgt dafür, dass Mutter und Kind die weiteren Untersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten wahrnehmen, thematisiert ggf. auch Dinge wie Familienplanung, Gewalt in der Familie und zeigt weitere Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten auf. Der Betreuungszeitraum wird individuell festgelegt und kann bei Bedarf das 1. Lebensjahr des Kindes umfassen. Die Profession der Hebamme ist für diese Art der Betreuung äußerst günstig, da Hebammen in der Regel ein besonders vertrauensvolles Verhältnis zu den Müttern und eine hohe Akzeptanz haben.
3. Schließlich arbeitet die Hebamme eng mit allen Diensten, die in der jeweiligen Familie tätig sind, sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen. Diese **Kooperation** ermöglicht eine niedrigschwellige Betreuung von Problemfamilien. Die Familienhebamme ist den kooperierenden Institutionen als feste Ansprechpartnerin bekannt. Sie macht andere freiberuflich tätige Hebammen, mit denen das Gesundheitsamt auch zusammenarbeitet, mit den unterschiedlichen Kulturen bekannt und versucht die Sensibilität ihrer Kolleginnen für die besonderen Problemlagen dieser Frauen zu steigern. Ziel ist dabei immer eine Integration in das Regelversorgungssystem.

Für die Hebamme selbst bedeutet ihre Tätigkeit eine hohe Herausforderung und die Bereitschaft, sich in neue Aufgabengebiete und Problemsituationen einzuarbeiten. Die Tätigkeit erfordert ein hohes Maß an Berufserfahrung und eine kontinuierliche Weiterbildung.

Die Anbindung an das Gesundheitsamt und hier an die Fachstelle für sozialmedizinische Hilfen und Beratung in der Abteilung Gesundheitsförderung ist für beide Seiten gewinnbringend. Die Arbeit der Hebamme ergänzt die aufsuchenden Gesundheitshilfen im Sektor Frauenarbeit und Familienhilfe. Da die Fachstellenleiterin Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist, steht sie der Hebamme als kompetente Beraterin zur Seite. Alle betreuten Fälle werden in regelmäßigen Rücksprachen aufgerollt und diskutiert.

Die Erfahrungen des letzten Jahres zeigen, dass durch die Unterstützung einer Hebamme die aufsuchenden Hilfen für bestimmte Problemgruppen deutlich ausgebaut und verbessert werden konnten. Gerade in den letzten Monaten wurden die Dienste der Hebamme auch verstärkt vom Amt für Kinder, Jugendliche und Familien angefordert. In zahlreichen Fällen wurde deutlich, dass die Arbeit der Hebamme auch eine Einsparung bedeuten kann, da durch die frühzeitige Hilfestellung dem Sozial- oder Jugendhilfeträger Kosten erspart bleiben.

Die Hebammenarbeit sollte daher dauerhaft im Gesundheitsamt verankert werden.

4. Finanzierung des Projektes / Ausblick

Im ersten Jahr wurde die Arbeit der Familienhebamme über einen Honorarvertrag finanziert. Beteiligt waren die Ämter 53, 50, 51 und V/KF mit insgesamt je 10.000 Euro im Jahr 2004 und 2005. So konnte das Projekt in diesem Umfang bis Ende 2005 gesichert werden.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, dass diese Stundenkapazität bei weitem nicht ausreicht, um die notwendigen Hilfen zu leisten. Daher sucht das Gesundheitsamt nach neuen Finanzierungsmöglichkeiten. Seit Januar 2005 rechnet die Familienhebamme, die freiberuflich tätig ist, die Leistungen, die im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind, direkt mit den Kassen ab. Die Krankenkassen finanzieren im Zeitraum von acht Wochen nach einer Entbindung bis zu 16 Besuche einer Hebamme. Ausnahmen sind nur möglich, wenn sie ärztlich verordnet sind.

Um die nötigen Weichen für eine gesunde Entwicklung des Kindes zu stellen und den Erfolg zu kontrollieren, sind aber - wie oben unter Ziff. 3 beschrieben - regelmäßig weitere Hausbesuche und Beratungen bis zu einem Jahr nach der Geburt sowie koordinierende Tätigkeiten der Familienhebamme erforderlich. Daher müssen ergänzend zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin auch städtische Mittel für das Hebammenprojekt eingesetzt werden.

Das Gesundheitsamt prüft zur Zeit, ob diese Leistungen über Einzelfallhilfen oder Projektmittel finanziert werden können, um eine nachhaltige und kontinuierliche Fortführung des Projektes zu gewährleisten. Ziel ist es, den Einsatz der Familienhebamme und die Kooperation mit anderen freiberuflich tätigen Hebammen auszubauen.

Grundsätzlich ist eine einzelfallbezogene Beauftragung der Familienhebamme durch das Amt 53 vorzunehmen. Der Umfang des Einsatzes, die Problemstellung in der Familie und die erforderlichen Hilfsmaßnahmen sind in Form eines Hilfeplanes festzuhalten.

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben erfolgt die Abrechnung der Familienhebamme direkt mit den Krankenkassen (Vorsorgeuntersuchungen; 16 Besuche nach der Entbindung im Zeitraum von 8 Wochen).

Sofern ein darüber hinausgehender Einsatz notwendig ist, werden diese ergänzenden Leistungen in Anlehnung an die Hebammengebührenordnung einzelfallbezogen durch das Amt 53 beauftragt und mit den verschiedenen Kostenträgern abgerechnet.

Die Verwaltung wird über den Fortgang der Entwicklung zu gegebener Zeit berichten.

In Vertretung

Dr. Klein
Stadträtin

Anlage 10

Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V.: Zuständigkeit

Quelle: <http://www.kinderschutzbund-pforzheim.de/>, Internetabruf vom
31.01.2009

Deutscher Kinderschutzbund - Ortsverband Pforzheim - Mozilla Firefox

Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe

http://www.kinderschutzbund-pforzheim.de/

Juniorteam WWE-Homepage web.de Youtube UEFA-Trainingground VfR Aalen Fachhochschule Ludwi... Kocher-Rems

ADRESSEN	ADRESSEN
FÜR DIE STADT PFORZHEIM Deutscher Kinderschutzbund Ortsverband Pforzheim Enzkreis e.V. Ostendstraße 12/II 75175 Pforzheim Tel. 07231 - 58 98 98 -0 Fax 07231 - 58 98 98 -5 claus@dksb-pforzheim.de www.dksb-pforzheim.de Ansprechpartner: Andrea Clauss Telefon: 07231 / 58 98 98 -4 <u>Sprechzeiten</u> Montag bis Freitag: 9.00 bis 12.00 Uhr	FÜR DEN ENZKREIS Caritasverband e.V. Pforzheim Bernhardshaus - Zentrum für Familien Barfußbergasse 12 75172 Pforzheim Tel. 07231 / 1 28 -0 Fax 07231 / 128 -149 heike.kimer@caritas-pforzheim.de www.caritas-pforzheim.de Ansprechpartner: Heike Kimer Tel. 07231 / 128 -615 Fax 07231 / 128 -620 <u>Sprechzeiten</u> Montag bis Freitag: 9.00 bis 16.00 Uhr

Spendenkonto Konto-Nr. 903442, BLZ 666 500 85, Sparkasse Pforzheim Calw

[Startseite](#)

[Über uns](#) | [Angebote](#) | [Die Seite für Kinder](#) | [Beratung & Hilfen](#) | [Kontakt](#) | [Impressum](#)

Fertig

Jetzt: Heiter bis wolkig, -1° C Sa: 0° C Sa: -8° C So: 1° C So: -6° C

Start Pfor... Ado... Dipl... Zus... pfor... Deu... Dok... DE 14:07

Anlage 11

Pforzheimer Zeitung: Hebammen sind gefragt

Quelle: http://www.pz-news.de/Home/Nachrichten/Pforzheim/Hebammen-sind-gefragt-_arid,27525_puid,1_pageid,17.html, Internetabruf vom 27.10.2008



Die Sorge ums Kind kann manchmal in Überforderung münden. Die Familienhebammen in Stadt und Enzkreis beraten und begleiten Frauen mit ihren Kindern über einen längeren Zeitraum und oft schon während der Schwangerschaft.

Foto: privat

Hebammen sind gefragt

PFORZHEIM. Familienhebammen begleiten sechs Mütter im Stadtgebiet. Seit kurzem haben sie auch einen Fall im Enzkreis in Obhut. Dem neuen Projekt fehlen weitere Hebammen und die Finanzierung durch die Krankenkassen.

Eine erste Hebamme steht im Enzkreis für die Begleitung bereit, weitere werden noch gesucht. Bis zu 20 Mütter in schwierigen Lebenslagen sollen die Hebammen pro Jahr im Enzkreis begleiten, ebenso viele in der Stadt. Über erste Erfahrungen verfügen die verantwortlichen Träger des Projekts bereits.

Als die Familienhebamme das erste Mal vor Monaten die Wohnung betrat, fand sie einen leeren Kühlschrank vor. Die Mutter des Kleinkindes hatte keine Windeln im Haus und lediglich Tütensuppen, um sich zu ernähren. Durch ihre regelmäßigen Besuche stellte die Hebamme die Ernährung von Mutter und Kind sicher, ebenso die hygienische Versorgung. Immer wieder habe der Freund die mittellose Frau verprügelt, bis sie eines Abends die Polizei rief, sagt die Sozialpädagogin beim Caritasverband, Heike Kirner.

Ins Frauenhaus geflüchtet

Sie und eine Kollegin vom Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis koordinieren das Familienhebammen-Projekt, das im Juni als Modell für Baden-Württemberg in Pforzheim startete. Dabei begleiten weitergebildete Fachkräfte die Frauen während der Schwangerschaft und bis zu zwei Jahre danach intensiv, um in Fragen der Ernährung und der sozialen Kompetenzen eine gute Entwicklung des Kindes zu fördern. Geld gibt es lediglich für die sozialpädagogische Arbeit von der Kommune, in Form einer Spende von Menschen in Not (20 000 Euro für 2008) und über Fallpauschalen beim Jugendamt. Die Krankenkassen sähen bislang keine Notwendigkeit, sich an dieser Form der Gesundheitsvorsorge zu beteiligen, erklärt die Leiterin des Kinderschutzbundes, Doris Möller-Espe.

Die geflüchtete Frau lebt jetzt mit dem Kleinkind im Frauenhaus. Kirner hofft, dass die Frau ein neues selbstbestimmtes Leben mit ihrem Kind hinkommt. Die Familienhebamme habe einen wichtigen Anstoß dazu gegeben, sagt Kirner.

Der Antrag auf Erziehungshilfe beim Jugendamt ist die Voraussetzung, damit das Projekt ein finanzielles Standbein erhält. „Uns sind Mütter aber auf diese Weise wieder abgesprungen“, sagt Kirner. Denn die Hürde sei zu groß. Erst wenn der Druck groß genug sei, dann gingen sie diesen Schritt.

Fragebogen klärt Risiko

Inzwischen kommen die Frauen nicht nur über Beratungsstellen, sondern auch über die Kliniken und Praxen ins Projekt. Ärzte prüften das Gefährdungspotenzial für Mutter und Kind anhand eines Fragebogens ab. Alkohol, illegale Drogen und der Gesundheitszustand des Kindes: All diese Kriterien fließen in die Auswertung mit ein. 20 Familien stehen momentan zur Klärung auf der Liste.

Eine Infoveranstaltung findet am Mittwoch, 2. April, von 16 bis 17.30 Uhr im Heilpädagogischen Zentrum an der Blumenheckstraße 41 statt.

Letzte Änderung: 26.03.08 - 19:51 Uhr

Liebe und Zuneigung kann man lernen

Viele Stufen führen hinauf zur Dachwohnung von Pia L. in Pforzheim (Name geändert). Es scheint fast so, als würden mit jedem Stockwerk, das man weiter hinauf steigt, die Zustände schlimmer, die Tapete schäbiger, das Treppenhaus unhygienischer. Hier soll ein vier Monate altes Kind sein Zuhause haben? Wer es schafft, sich an den zwei großen Hunden an der Wohnungstür vorbeizuschleichen, gelangt fast auf direktem Wege ins Schlafzimmer von Pia L.. Schlank, fast schon dünn, aber sehr gepflegt steht die junge Mutter da. Sie wirkt erschöpft. Am Morgen hat die 23-Jährige furchtbare Rückenschmerzen bekommen, sie kann sich kaum noch bewegen. Doch ihre Augen leuchten, wenn sie auf das kleine Bündel blickt, das auf dem großen Bett liegt. Maja ist eines jener Babys, das die Herzen im Sturm erobern kann. Neugierig blickt sie in die fremden Gesichter, lächelt schüchtern und hat im Handumdrehen die Menschen um den Finger gewickelt.

Ungünstiger Start ins Leben

Dass Maja so friedlich und so voller Vertrauen in dem Bett liegen kann, ist keine Selbstverständlichkeit. Ihr Start ins Leben war denkbar ungünstig. Am 14. August kam das Mädchen im Klinikum Pforzheim auf die Welt. Pia hatte bereits einen Schwangerschaftsabbruch hinter sich. Dieses Mal hat sie sich bewusst dafür entschieden, das Kind auszutragen – allen schlechten äußeren Umständen zum Trotz. Und diese Umstände waren nicht nur schlecht, sie waren katastrophal. Der Vater von Maja will nicht viel wissen von seiner Tochter. Dafür lebt Pias Bruder mit seinen zwei Hunden noch mit in der Wohnung. Der Bruder musste allerdings eine dreimonatige Freiheitsstrafe absitzen. Die Geschwister sind im Heim aufgewachsen. Zu den Eltern haben sie kaum noch Kontakt.

Die junge Mutter erzählt ihre Geschichte ohne Emotionen zu zeigen. Nur wenn sie ihre Tochter anblickt, huscht ein Lächeln über ihr Gesicht. Das erfüllt die Familienhebamme Margarete Wetzel mit Stolz. Sie weiß, dass das nicht immer so war. Als sie Pia drei Monate vor der Geburt kennenlernte, hatte die junge Frau bereits drei Tage nichts mehr gegessen. Schlicht und einfach, weil kein Geld mehr für Lebensmittel da war. Dass Pia durch die Hebamme Unterstützung erhielt, war lebensnotwendig.

Margarete Wetzel und die sozialpädagogische Familienhelferin Waltraud Schilling halfen Pia mit allen Formalitäten und leisteten Soforthilfe. Zunächst wurde Lebensmittel besorgt, dann die Anträge auf finanzielle Unterstützung erledigt. Als Pia dann nach der Geburt mit Maja aus dem Krankenhaus kam, lernte sie von Margarete Wetzel den richtigen Umgang mit dem Säugling und sie lernte Gefühle für das kleine Bündel Mensch zu entwickeln. Die Familienhebamme schaut auch heute noch immer mal wieder bei Pia und Maja vorbei. Sie ist erstaunt, mit wie viel Kraft es Pia anfangs versuchte, allein mit der Situation klar zu kommen. „Es hat lange gedauert, bis sie wusste, dass sie uns brauchen darf“, sagt Wetzel und fügt hinzu: „Wir waren eher erschrocken, dass sie so in Not war und keine Hilfe genommen hat“.

Nährboden entzogen

Pia L. hat es dank der Unterstützung geschafft. Der Nährboden für Gewalt oder Vernachlässigung wurde durch die segensreiche Einrichtung der Familienhebamme entzogen und so können Pia und Maja zwar nicht sorgenfrei, aber doch ein wenig unbelasteter ihr gemeinsames Leben beginnen. Seit Juni sind im Pforzheimer Stadtgebiet drei Hebammen unterwegs, die zum Beispiel in Familien mit Überforderungssymptomen, bei Minderjährigkeit von Schwangeren und Müttern oder bei Familien mit Suchtmittelerkrankungen helfen. Initiiert wurde das Projekt von der Caritas und dem Kinderschutzbund.

Bisher sind die Familienhebammen nur im Pforzheimer Stadtgebiet unterwegs, da sich die Stadt Pforzheim an den Kosten beteiligt. Der Kreistag des Enzkreises hat für eine finanzielle Beteiligung allerdings ebenfalls Zustimmung signalisiert, sodass die Helferinnen wohl künftig auch im Enzkreis unterwegs sein werden. Caritas und Kinderschutzbund setzen alles daran, die Familienhebamme so flächendeckend wie möglich einzusetzen und das Projekt in dieser schwierigen Anfangsphase am Leben zu erhalten, doch die Krankenkassen spielen bisher noch nicht mit. So entsteht für das kommende Jahr ein enormes Defizit. Darum sind Caritas und Kinderschutzbund dringend auf Spenden und Sponsoren angewiesen.

Pia und Maja, jedenfalls sind froh, dass Kinderschutzbund und Caritas bisher so hartnäckig am Ball geblieben sind. Wie sie ohne die Hilfe von Margarete Wetzel zurecht gekommen wäre, weiß die junge Mutter nicht. Nicole Biesinger

Letzte Änderung: 02.01.08 - 23:49 Uhr

http://www.pz-news.de/Home/Nachrichten/Liebe-und-Zuneigung-kann-man-lernen-arid,11826_puid,1_pageid,7.html

27.10.2008

Anlage 12

Stadt Pforzheim: Verwaltungshaushalt 2009, S. 267

Quelle: http://www.pforzheim.de/uploads/media/04_Verwaltungshaushalt_02.pdf,

Internetabruf vom 21.01.2009

- 267 -
Verwaltungshaushalt 2009

Einzelplan 4 Soziale Sicherung

Unterabschnitt 4530 Kinder- und Jugendhilfe
-Förderung der Erziehung in der Familie-

4530

Haushaltsstelle			Haushaltsansatz		Rechnungs- ergebnis	Bew.
Nr.	Bezeichnung	HH- Vermerk	2009 EUR	2008 EUR	2007 EUR	Stelle
1	2	3	4	5	6	7
1.4530	Einnahmen					
240000	Ersatz von sozialen Leistungen außerhalb von Einrichtungen		5.000	5.000	7.179	510
	Einnahmen Unterabschnitt 4530		5.000	5.000	7.179	
1.4530	Ausgaben					
760000	Leistungen der Jugendhilfe	GD	165.000	172.000	102.092	510
	Ausgaben Unterabschnitt 4530		165.000	172.000	102.092	
	Einnahmen Unterabschnitt 4530		5.000	5.000	7.179	
	Zuschussbedarf		160.000	167.000	94.913	
	Überschuss		0	0	0	
Vorbemerkung:						
Hier sind alle der Stadt als Träger der Jugendhilfe entstehenden Aufwendungen für die Förderung der Erziehung in und außerhalb der Familie (§§ 16, 18, 19, 20 u. 21 SGB VIII) veranschlagt.						
Erläuterungen zu Unterabschnitt 4530:						
760000	1. Förderung in der Familie nach § 16 SGB VIII Mittel für frühzeitige präventive Maßnahmen, ausgehend von der stärkeren Verpflichtung zum Kinderschutz gem. § 8 a SGB VIII (Beilage O 1166) und der näheren Zusammenführung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen durch das Projekt "Familienhebammen" (vgl. Beilagen O 1091 und O 1781).		20.000 EUR	20.000 EUR		
	2. Zuschüsse zu Projekten der Familienförderung (vgl. Beilagen N 1579, N 2108, O 836 und O 1195). Reduzierung des Förderangebotes für Familien von ursprünglich 30.000 EUR (vgl. Beilage O 154). Seit 2007 Reduzierung des Teilansatzes um 12.000 EUR zur anteiligen Deckung des Zuschusses (Projekt: "Sport hilft") gem. Beilage O 928.		10.500 EUR	10.500 EUR		
	3. Betreuung in Notsituationen nach § 20 SGB VIII		5.000 EUR	5.000 EUR		
	4. Gemeinsame Wohnformen nach § 19 SGB VIII		105.000 EUR	105.000 EUR		
	5. Hilfe bei Ausübung des Umgangsrechts nach § 18 Abs. III SGB VIII		10.000 EUR	8.000 EUR		
	6. Generationsübergreifende Projekte und Elternbildung.		5.000 EUR	23.500 EUR		
	7. Angebote für Alleinerziehende nach Auslaufen des Mutter-Kind-Landesprogramms. Umsetzung von UA 4580 (7.500 EUR) sowie Erhöhung aufgrund eines bedarfsgerechten Ausbaus der Angebote.		9.500 EUR	0 EUR		

Anlage 13

Flyer Familienhebamme Pforzheim

So werden Sie aufgenommen

Wenn Sie sich bei uns melden, vermitteln wir einen ersten Kontakt zu einer Familienhebamme. Sie besucht Sie dann in den nächsten Tagen, um Sie kennenlernen zu können. Gemeinsam besprechen Sie, welche Unterstützung Sie benötigen.



Wir helfen Ihnen mit Rat und Tat!

In dieser ersten Phase klärt sich dann, ob Sie in das Projekt aufgenommen werden können.

Rufen Sie uns an – wir besprechen mit Ihnen alles Weitere:

- Heike Kirner**
Telefon (072 31) 128-615
- Dagmar Zielinski-Wüster**
Telefon (072 31) 58 98 98-2

Telefonische Sprechzeiten
montags bis freitags von 9.00 bis 16.00 Uhr

Kontakt

Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e. V. Geschäftsstelle
Ostendstraße 12 / II
75175 Pforzheim
Telefon (0 72 31) 589 898-0
Telefax (0 72 31) 589 898-5
zielinski@dksb-pforzheim.de
www.dksb-pforzheim.de

Ansprechpartnerin:
Dagmar Zielinski-Wüster
Telefon (072 31) 58 98 98-2

Caritasverband e. V. Pforzheim Bernhardushaus
Zentrum für Familien
Barfüßergasse 12
75172 Pforzheim

Telefon (072 31) 128-0
Telefax (072 31) 128-149
heike.kirner@caritas-pforzheim.de
www.caritas-pforzheim.de

Ansprechpartnerin:
Heike Kirner
Telefon (072 31) 128-615
Telefax (072 31) 128-620

Telefonische Sprechzeiten
montags bis freitags von 9.00 bis 16.00 Uhr



www.agentur-community.de

Familienhebamme

für Schwangere, junge Mütter und Familien



Caritas Pforzheim



Seit die Familienhebamme

bei uns ist, fühle ich mich

nicht mehr so hilflos

Das Familienhebammen-Projekt

Gerade nach einer Geburt fühlen sich junge Mütter oft unsicher und alleine gelassen. Wir vom Familienhebammen-Projekt wollen Sie in diesem neuen Lebensabschnitt beraten und begleiten (ab der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes), wir nehmen uns Zeit für Ihre Sorgen und können Ihnen bei den unterschiedlichsten Fragen und Problemen rund ums Kind weiterhelfen.

In dem von der Stadt Pforzheim unterstützten Projekt arbeiten 3 speziell ausgebildete Familienhebammen. Das Team wird durch zwei Koordinatorinnen von Kinderschutzbund und Caritasverband begleitet.



Jetzt bin ich viel sicherer
im Umgang mit
meinem Baby



Wer kann mitmachen?

- Sie wohnen in Pforzheim
- Sie erwarten ein Kind und wissen nicht, wie es nach der Geburt weitergehen soll
- Sie sind besorgt, dass Sie die Vorbereitungen bis zur Geburt nicht rechtzeitig bewältigen (z. B. Wohnung, Erstaussstattung, Anträge, usw.)
- Sie haben das Gefühl, nach der Geburt Ihres Kindes wächst Ihnen alles über den Kopf
- Sie möchten manche Dinge in ihrem Leben klären, um ihrem Baby einen guten Start ermöglichen zu können
- Sie möchten sich der neuen, verantwortungsvollen Rolle als Mutter / als Eltern stellen, haben aber schlechte Startbedingungen und benötigen Hilfe
- Sie suchen jemanden, dem Sie sich anvertrauen können und der Ihnen weiterhilft.
- Sie kennen sich im deutschen Gesundheitswesen nicht so gut aus

So arbeiten wir

Die Familienhebamme kann Sie schon in der Schwangerschaft daheim besuchen und Sie bei den Vorbereitungen auf das Baby unterstützen. Sie kennt auch weitere Hilfsangebote (wie z.B. günstige Babyausstattung, Ansprechpartner bei familiären Problemen, Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen). Die Familienhebamme nimmt sich Zeit, zeigt Ihnen wichtige Dinge im Umgang mit Ihrem Baby, kann Ihnen Sicherheit geben, indem Sie Ihnen bestätigt, was Sie gut machen und neue Wege mit Ihnen suchen, wenn etwas nicht funktioniert.

Sie übernimmt nicht Ihre Aufgaben, sondern findet gemeinsam mit Ihnen Lösungen und Wege für ihr Leben mit Kind. Die Arbeit einer Familienhebamme ist stets vertraulich und für Sie kostenlos. Sie müssen nur mitmachen.

Ich bin froh, dass ich mich

nicht mehr um Alles

alleine kümmern

muss



Anlage 14

Handlungskonzept Pforzheim



FRÜHE HILFEN FÜR FAMILIEN: Familienhebamme



Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V.
Ostendstr. 12/II
75175 Pforzheim
Tel.: 07231/589898-0
Info@dksb-pforzheim.de
www.kinderschutzbund-pforzheim.de



Caritasverband e.V. Pforzheim
Blumenhof 6
75175 Pforzheim
Tel.: 07231/128-101
Info@Caritas-Pforzheim.de
www.caritas-pforzheim.de

Ein praxisorientiertes Handlungskonzept für Pforzheim

Jugend-, Gesundheits-, Sozialhilfe und Justiz - sie alle haben mehr oder weniger stark das Phänomen der Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung im Blick. Unser Kardinalziel ist es, durch die Zusammenführung bereits bestehender Hilfen Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung zu vermeiden. Dabei kommt dem Einsatz von Familienhebammen eine entscheidende Bedeutung zu: Sie sind häufig die einzig Vertrauten der Mütter; sie sehen die Not zuerst; sie können erweiterte Hilfe selbst geben oder an andere Dienste übertragen. Somit kann eine Hilfelücke geschlossen werden.

Eine Arbeitsgruppe des Pforzheimer Bündnis für Familie erarbeitete seit dem Frühjahr 2006 in mehreren Sitzungen ein Rahmenkonzept. Das hier vorliegende, erweiterte Konzept baut darauf auf. Es wurde von den Mitgliedern einer Projektgruppe erstellt, die von den potentiellen Projektträgern, dem Caritasverband e.V. Pforzheim und dem Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V., unter Mitwirkung des Bundes Deutscher Hebammen Kreisverband Pforzheim getragen wird.

1. Ziel des Projektes

Ziele des Projektes sind:

- frühe Störungsbilder und Bindungsstörungen von Kindern zu erkennen
- negativ wirkende Überlastungs- und Überforderungsphänomene der Eltern, entstanden oder verschärft durch die Geburt eines (weiteren) Kindes, sowie die lebenspraktischen oder psychosozialen Probleme der durch die Geburt veränderten Lebenssituation einzuschätzen
- und der Familie Hilfen zur Bewältigung von Problemen zu geben, wenn eine Selbsthilfe derzeit nicht möglich ist.

Frühzeitige Unterstützung und Beratung anzubieten – wenn möglich schon in der Schwangerschaft - erhöht die Wirksamkeit der Unterstützungsleistung sowie deren Nachhaltigkeit. Sie vergrößert die Möglichkeit, pass- und zielgenaue Angebote unterbreiten zu können.

Die Familienhebamme als aufsuchende Familienhilfe leistet Hilfe zur Selbsthilfe und stellt wo notwendig, sinnvoll und umsetzbar einen Zugang zu den bestehenden Beratungsdiensten dar.

Die zu leistende Beratung und Unterstützung hat eine präventive und ressourcenorientierte Zielrichtung und fördert die Sozialkontakte nach außen (z.B. in Mütter- und Krabbelgruppen). Der Zugang zu den Familien ist niederschwellig und aufsuchend. Das Projekt wird dazu beitragen, dass die junge Familie in ihrem häuslichen Umfeld die Unterstützung erfährt, die sie dazu befähigt, den Familienalltag zu meistern.

Um dies gewährleisten zu können und die Klientel zu erreichen, die nicht primär in Hebammenkontakt steht, sind Familienhebammen auf die Vermittlung durch Kooperationspartner angewiesen.

Im Bedarfsfall vermitteln die Familienhebammen die junge Familie in Beratungsdienste (Beratungsstellen, Allgemeine Soziale Dienste) oder andere angemessene Hilfeformen, indem sie helfen, Schwellenängste abzubauen und zu überwinden. Durch die kooperative und vernetzende Struktur des Projekts wird der Familie ein bedarfsgerechtes Unterstützungsnetz im Fall der Überforderung gegeben. Vorbehalte gegenüber den Behörden sollen vermieden werden.

Die Aufgabe der Beratung und Unterstützung wird es dann sein, durch geeignete Angebote der Überforderung entgegenzuwirken, Ressourcen zu entwickeln und gemeinsam mit ihnen zu arbeiten. Hierdurch versprechen wir uns eine effektive und effiziente Hilfe, die so frühzeitig wie möglich anzusetzen ist. So ist ein wesentlicher Teil des Frühwarnsystems verwirklicht. Möglichen Fehlentwicklungen und Vernachlässigungen des Säuglings und Kleinkindes kann entgegengewirkt werden.

Kernziele der frühen Unterstützung für Familien sind:

- Gefährdende Situationen für Kinder zu erkennen, Vernachlässigung und Mißhandlung zu benennen und Familien zu befähigen, gewaltfreie Handlungsweisen zu finden
- Motivieren, die bestehenden medizinischen Vorsorgeangebote in Anspruch zu nehmen
- Kontaktaufbau und Vernetzung mit Kooperationspartnern
- Umsetzen frühzeitiger ambulanter Hilfen, um später weitreichendere (z.B. stationäre) Maßnahmen zu verhindern
- Wenn Vernachlässigungen schon stattgefunden haben, müssen diese durch angemessene Hilfen vermieden werden
- Stärkung der Verantwortung und Erziehungskompetenz der Eltern
- Lebenspraktische, situationsadäquate Hilfen
- Einleiten weiterer, ggf. weiterführender Hilfen

2. Zielgruppen

Durch dieses Projekt sollen in erster Linie Mütter und Eltern, sowie schwangere Frauen in der Stadt Pforzheim erreicht werden, die aufgrund ihrer eigenen schwierigen Familiensituation im Zusammenhang mit der (anstehenden) Geburt eines (weiteren) Kindes in Überforderungssituationen kommen und beim Aufbau der Mutter/Eltern-Kind-Bindung Unterstützung benötigen.

Im Folgenden werden unter „Familie“ alle heute möglichen Konstellationen zusammengefasst, in denen Kinder mit Erwachsenen, die für ihre Erziehung verantwortlich sind, zusammenleben.

Um in das Projekt aufgenommen werden zu können, müssen in einer Familie mehrere der vorliegenden Kriterien zutreffen. Diese werden von der eingesetzten Hebamme und der jeweiligen (Sozial-)Pädagogin im Sinne eines Kleinteam verifiziert. Die Kriterien dienen ausdrücklich nicht einer Stigmatisierung, sondern versuchen, die Vielzahl möglicher Ursachen und Problematiken aufzuzeigen, welche zu einem erhöhten Risiko führen können, in Überforderungssituationen zu gelangen:

- Familien mit eingeschränkter Befähigung zur Alltagsbewältigung
- Familien mit Anzeichen von nicht ausreichender Erziehungskompetenz
- Familien mit Verdacht auf Gewaltproblematik
- Familien mit Überforderungssymptomen
- Familien mit erhöhten gesundheitlichen Risiken
 - chronische Erkrankungen (z.B. HIV oder psychische Erkrankungen)
- Familien(mitglieder) mit Suchtmittelerkrankung (Alkohol, Drogen, ...)
- Familien mit Strukturmerkmalen, die zu einer nicht ausreichenden Teilnahme am Gesundheitssystem führen können:
 - Obdachlosigkeit
 - Migration
 - Familien mit noch ungeklärtem Aufenthaltsstatus
 - Fehlende Krankenversicherung
 - Analphabetismus
- Familien und Schwangere, die aufgrund besonderer psycho-sozialer Problemstellungen der Unterstützung bedürfen können, z.B.:
 - Minderjährigkeit von Schwangeren und Müttern
 - Konfliktschwangerschaften
 - Armut
 - Kinderreichtum
 - Straffälligkeit
 - Trennungsproblematik
 - soziale Isolation

- Trauer
(insbesondere nicht integrierte, nicht verarbeitete oder verdrängte Trauer als Ursache für eine erhöhte psychische Vulnerabilität/Verletzbarkeit und damit Gefährdung gelungenen Alltagslebens mit dem Kind)
 - Traumatisierung
(als mögliches Beispiel: eine Asylantin ist durch brutale Verfolgung in ihrem Heimatland traumatisiert, findet nicht in den Schlaf, wird alkoholabhängig und kann in der Folge ihr Kind nicht mehr adäquat versorgen)
- Familien, in denen geistige, körperliche, psychische und seelische Behinderungen oder eine Lernbehinderung vorkommen sowie Familien, die von diesen Behinderungen bedroht sind.

Betreut werden Kinder bis maximal vollendetem drittem Lebensjahr.

3. Aufgaben der Familienhebamme

Die Arbeit der Familienhebamme hat die Gesundheit von Mutter und Kind sowie die Einbettung der Familie in ein soziales Netz mit Hilfe niederschwelliger Angebote zum Ziel. Die Kernpunkte Gesundheitsförderung und Prävention werden von Familienhebammen durch Motivation der Frauen und Familien zur Selbsthilfe erreicht. Sie vertreten die Interessen des Kindes als schwächstes Glied in der Familie. Hilfen zur praktischen Lebensbewältigung geben und Kooperation mit anderen Diensten stellen einen großen Teil der Arbeit einer Familienhebamme dar. So können vorhandene Versorgungslücken geschlossen werden. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Arbeit an Schnittstellen z.B. zwischen ambulanter und stationärer Betreuung.

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit Erfahrung im freiberuflichen Bereich und einer Zusatzqualifikation, die in die Grundlagen der sozialen und medizinischen Diagnostik einführt, Kenntnisse über das bestehende soziale Netz sowie Methoden der Krisenintervention und Konfliktbewältigung, ein sozialpädagogisches Handlungsrepertoire und Maßnahmen zur Psychohygiene vermittelt.

Neben den allgemeinen Leistungen einer Hebamme (Schwangerenbetreuung, Vorbereitung auf Geburt und Familiensituation, Säuglingspflege, Geburtsbegleitung/hilfe, Wochenbettbetreuung und Stillanleitung bis zur achten Lebenswoche nach der Geburt) liegt der Schwerpunkt der Arbeit von Familienhebammen darauf, frühe Bindungsstörungen sowie gesundheitliche, psycho-soziale und medizinisch-soziale Belastungen und Störungen in der Familie zu erkennen, darauf aufmerksam zu machen und entsprechende Hilfe anzubieten.

Diese Familien gilt es zu unterstützen und zu stärken, ihre Betreuungs- und Erziehungskompetenz zu erweitern und sie zu motivieren, ggf. anderweitige Hilfen anzunehmen. Die Familienhebamme informiert und berät die Familie über die Möglichkeit und das Procedere der Projektaufnahme.

Die originäre Hebammenarbeit beinhaltet die prä-, peri- und postnatale Begleitung und Betreuung der Familie auch in der Klinik. Sie hat oft frühen Kontakt mit der Familie. Durch ihren natürlichen positiven Einfluss gewinnt sie schnell das Vertrauen der Mütter. Genau das stellt die Basis für konkrete Hilfen dar.

An dieser Stelle benötigen die Familienhebammen weitere Unterstützung, die von den sozial-pädagogischen Fachkräften koordiniert wird. Im Sinne eines Case-Managements kann sichergestellt werden, dass alle Hilfen wirkungsvoll koordiniert werden.

Familienhebammen sind darauf angewiesen, Kontakte zu bisher nicht erreichten Müttern vermittelt zu bekommen (Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen, ...). Die Betreuung findet in der Regel im vertrauten häuslichen Bereich (Hausbesuche) statt.

Gesetzliche Grundlagen der Arbeit als Familienhebamme:

- Hebammengesetz vom 4. Juni 1985
- Ottawa Charta
- Ganzheitlicher Gesundheitsfürsorgegrundsatz gemäß der Definition der WHO
- §§ 20, 23, 24, 37a, 134 SGB V; §§ 1, 2, 16 VIII (allg. Förderung der Erziehung in der Familie)
- Präventionsgesetz
- Studien, die die Wirksamkeit von Familienhebammenarbeit belegen (Collatz/Rohde, Allhoff, ...)
- ...

Dem Anhang 1 ist exemplarisch die Ausschreibung der Fortbildungsreihe „Von der Hebamme zur Familienhebamme“ des Landesverbandes der Hebammen NRW e.V. in Zusammenarbeit mit dem Bund Deutscher Hebammen zu entnehmen.

4. Inhalte der sozialpädagogischen Begleitung

Da die Familienhebamme im Unterschied zur Hebamme in Familien mit verschiedensten Belastungssituationen auf ein erweitertes Aufgabenfeld trifft, muß ihre Arbeit sozialpädagogisch begleitet und ergänzt werden. Die fachliche Begleitung wird durch (Sozial-)Pädagog(inn)en bzw. –arbeiter(inn)en erbracht.

Sie beraten die Familienhebammen im sozialpädagogischen Kontext und stehen ihnen fachlich zur Seite. Im Bedarfsfall begleiten die (Sozial-)Pädagog(inn)en die Familienhebammen aber auch zu den Klienten oder werden selbst beratend oder unterstützend in der Familie tätig.

Durch einen engen, regelmäßigen Kontakt stimmen sich Familienhebamme und die (Sozial-)Pädagogin über die Zuständigkeiten ab.

Es finden regelmäßige Teambesprechungen statt, in denen über weitere Vorgehensweisen beraten wird und Entscheidungen über die Aufnahme, Fortführung oder Beendigung von Maßnahmen getroffen werden.

Weitere Inhalte der sozialpädagogischen Tätigkeit sind die Projektorganisation und -entwicklung. Hier sollen unter anderem die Gestaltung niederschwelliger Zugänge in das Projekt sowie der Aufbau einer Infothek oder die Entwicklung von zusätzlichen Projektangeboten hervorgehoben werden. Eine wichtige Aufgabe ist auch der Aufbau, die Pflege und die Gestaltung der Beziehungen zu den vermittelnden Kooperationspartnern wie z.B. Beratungsstellen aber auch Ärzten, sowie die Gestaltung der Kooperation zwischen den beiden Trägern.

Den Aufgabenbereich in der Koordination teilen sich beide Träger: es ist jeweils eine (Sozial-)Pädagogin zuständig. Die Aufteilung der konkreten Arbeit mit den Familien bzw. Müttern erfolgt sozialräumlich.

Die sozialpädagogische Begleitung der Familien ist ein elementarer Baustein zur Erreichung der Ziele des Projektes. Sie stellt durch die zunehmende Befähigung der Eltern zu mehr Erziehungssicherheit und -sensibilität eine deutliche Anwaltschaft für gefährdete Kinder dar. Die Kinder stehen im Mittelpunkt der Bemühungen, die durch den ressourcenorientierten Ansatz bei den Eltern greifen sollen.

Die Inhalte sind vielfältig. So müssen z.B. bedarfsgerechte, ergänzende Hilfen gefunden werden. Es muß erkannt werden, wann eine schwerwiegende Gefährdung des Kindes vorliegt und gegebenenfalls weitergehende Maßnahmen mit dem Amt für Jugend und Familie abgeklärt werden müssen.

Die Familie muß bei ganz unterschiedlichen Themen unterstützt werden: sozialrechtliche Information, Klärung der finanziellen Situation, Wohnangelegenheiten, Ausstattung für Mutter und Kind, Haushaltsführung, soziale Kontakte, Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung, Gesundheit, Behördengänge uvm.

Neben diesen eher sachlichen Themen ist zur Sicherung des Kindeswohles aber auch in besonderem Maße darauf zu achten, dass Eltern lernen, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen, ernst zu nehmen und angemessen zu befriedigen oder Grenzen setzen zu können. Hierzu ist es aufgrund der Biographie vieler Mütter und Väter oftmals notwendig, deren Stärken zu erkennen, heraus zu arbeiten und zu fördern. Eltern sollen darin unterstützt werden, dass sie ein realistisches Selbstwertgefühl entwickeln und sich selbst befähigt fühlen, ihren Kindern gerecht werden zu können (Ressourcenorientierung und Empowerment). Nicht selten müssen Mütter aus der angestrebten Zielgruppe unterstützt werden, ihr Kind positiv annehmen zu können. Lebensperspektiven müssen erarbeitet werden. Partnerschaftskonflikte oder Identitätskrisen, schwierige Familienkonstellationen oder psychische Labilität sind nur einige Begleiterscheinungen, die diesen Prozess erschweren können und die Notwendigkeit einer sozialpädagogischen Begleitung umso deutlicher machen.

Eine ausführlichere Aufzählung der differenzierten Inhalte der Tätigkeiten der (Sozial-)Pädagogin kann dem Anhang 2 entnommen werden.

5. Fortbildung und Supervision

Die Familienhebammen nehmen an einer zertifizierten Fortbildung zur Familienhebamme teil. Struktur und Inhalte werden vom Hebammenverband BDH festgelegt (Eine entsprechende Ausschreibung ist dem Anhang 1 zu entnehmen). Inhalte und Module bauen aufeinander auf. Vermittelt werden Schlüsselqualifikationen wie fachliche Kompetenz, sozial-kommunikative Kompetenz, methodische Kompetenz und personale Kompetenz. Der Abschluß soll auch in anderen Bundesländern anerkannt sein.

Die Rahmenbedingungen sehen die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen auch während des Projektes für Familienhebamme und (Sozial-)Pädagogin vor. Ebenso die Teilnahme an Supervision. Regelmäßige Supervision ist Grundlage für eine professionelle Bewältigung des vielfältigen und schwierigen Arbeitsfeldes sowie zum Erhalt der Psychohygiene.

Sie dient dazu, eigene Handlungsmotive zu reflektieren, sich neu zu orientieren sowie professionelle Zielsetzungen und Handlungsstrategien zu entwickeln. Supervision versteht sich somit als Katalysator für Entwicklungsprozesse, um sowohl die persönlichen Ressourcen der Familienhebammen und der (Sozial-)Pädagogin, als auch die der Familien zu erweitern.

Im Projekt muß gesichert sein, dass Supervision von anerkannt ausgebildeten, externen Beratern geleistet wird, die nicht ins Hilfesystem integriert und unabhängig von der auftraggebenden Institution sind.

6. Aufnahmezeitpunkt in das Projekt

Wir haben eine frühestmögliche Kontaktaufnahme zu Müttern bzw. Schwangeren mit Hilfebedarf formuliert. Viele Leistungen in der Schwangerschaft sowie im Wochenbett und der frühen postnatalen Phase sind mit den Krankenkassen abrechenbar. Häufig reichen diese Leistungen nicht aus; es müssen zusätzliche und länger andauernde Unterstützungsdienste gewährt werden.

In Situationen, in denen also zusätzliche Hebammenleistungen notwendig werden, findet eine Aufnahme in das beschriebene Projekt statt.

Die Entscheidung über die Aufnahme trifft die Hebamme in Abstimmung mit der Mutter, dem Vater oder den Eltern, sowie der (Sozial-)Pädagogin des Projekts. In besonderen Ausnahmefällen ist eine Aufnahme auch bis zum dritten Lebensjahr des Kindes möglich; hierfür ist eine vorherige Abstimmung mit der sozialpädagogischen Koordinationsstelle erforderlich.

Kann eine Familie nicht in das Projekt aufgenommen werden und hat sie noch keinen Hebammenkontakt, wird ihr die Inanspruchnahme der originären Hebammenhilfe angeraten bzw. vermittelt.

7. Zugang in das Projekt - Kontaktaufnahme

Jeder Familie steht für die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett Hebammenhilfe zu. Sollte in diesem Betreuungsrahmen für die Hebamme offensichtlich werden, dass eine Übernahme in das Projekt sinnvoll ist, klärt die Hebamme mit der Familie, ob Interesse an einer weitergehenden Unterstützung besteht.

Es gibt verschiedene Zugangsmöglichkeiten in das Projekt. Die Entscheidung über die Aufnahme einer Familie in das Projekt fällt ein Team bestehend aus der Koordinatorin und der betreffenden Familienhebamme. Bei Bedarf auch ein Team aus beiden Koordinatorinnen z.B. bei ungeklärtem Wohnort.

Bevor die Familie im Entscheidungsteam vorgestellt wird, kann eine Klärungsphase notwendig sein. In der Regel wird die Klärung von der Hebamme vor Ort vorgenommen. Die Hebamme leitet bei Bedarf weitere Hilfen bzw. Vernetzungen ein.

Der Kontakt zum Projekt ist auch über andere Stellen möglich, die jeweils mit Hebammen oder Koordinationsstelle in Kontakt treten:

- Kliniken
- Risikosprechstunde
- Frühförderung im Heilpädagogischen Zentrums
- Ärzte: Gynäkologe, Pädiater, Facharzt für Allgemeinmedizin
- Beratungsstellen: Schwangerschaftsberatung, Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, Aidshilfe, Drogenberatung, Lilith, Migrationsberatung, sozialpsychiatrische Dienste
- Frauenhaus
- Familienzentren
- Amt für Soziale Sicherung und Integration
- Sozialer Dienst, andere Dienste des Jugendamtes
- Gesundheitsamt
- Institutionen, die mit Geschwisterkindern arbeiten: Kindertageseinrichtungen
- Familien, Nachbarn, Freunde

Diese umfangreiche Auflistung ohne Anspruch auf Vollständigkeit soll es ermöglichen, den Zugang zum Projekt auch Familien zu ermöglichen, die nicht über einen direkten Kontakt mit der Hebamme verfügen und einen Betreuungsbedarf haben. In den Untersuchungen über bisher laufende Projekte haben nur 18 % der Teilnehmerinnen den Zugang zum Projekt über die Hebammen direkt gefunden.

Die Koordinationsstelle ist jeweils dann Ansprechpartner, wenn ein persönlicher Kontakt zur Hebamme im jeweiligen Fall nicht besteht. Der Träger der Koordinationsstelle trägt mit seiner Ausstattung der Tatsache Rechnung, dass nach der Kontaktaufnahme kurzfristige Entscheidungen für eine Projektaufnahme möglich sind.

Persönliche Vermittlung ist eine Methode des Projektes, um bestehende Kontakte aus Helferkreisen für einen reibungslosen Übergang zu nutzen und bereits aufgebaute Motivation nicht abreißen zu lassen.

Die Träger stellen Mittel zur Verfügung, die nötig sind, um eine umfangreiche Aufklärung über die Möglichkeiten des Projektes bei allen Beteiligten zu ermöglichen. Daneben wird eine verstärkte Vernetzung und ein Austausch über Vermittlungsmöglichkeiten mit den Kooperationspartnern angestrebt. Die Familienhebammen und die Koordinationsstelle erarbeiten Materialien für Multiplikatoren und für Familien, die Interesse am Projekt haben, um über den Zugang zu informieren.

8. Ablauf der frühen Hilfen

Es wird nun ein Ablauf für das **generelle Vorgehen** aufgezeigt.

Start, wenn es über Kooperationspartner läuft:

- Ein Kooperationspartner nimmt mit der betreffenden Frau Kontakt zur Koordinationsstelle auf
- Die Koordinationsstelle vermittelt zeitnah einen Kontakt zur Familienhebamme
- in der Regel führt die Familienhebamme innerhalb der nächsten Tage einen ersten Hausbesuch bei der Familie durch
- sie kann zunächst ihre originären Hebammenleistungen anbieten, um den tatsächlichen Bedarf zu prüfen

Alternativ:

- Die Hebamme baut einen Kontakt zur Familie auf bzw. die Hebamme steht bereits in Kontakt mit der Familie
- Die Hebamme führt die mit der Krankenkasse abrechenbare Hebammenhilfe durch
- Zeichnet sich Mehrbedarf ab, stellt Hebamme der Familie Modell vor
- Parallel: Abstimmung mit (Sozial-)Pädagogin/Entscheidungssteam; Zustimmung des Teams
- Vereinbarung mit der Familie über Zeitraum und Ziele
- Durchführung der notwendigen Hilfen
- Austausch mit (Sozial-)Pädagogin, Beratung, Supervision
- Teambesprechungen
- Überprüfung der Vereinbarung
- Fortführung durch Hebamme oder Beendigung
- Vermittlung ergänzender Hilfen
- Vermittlung weiterführender Hilfen, schrittweise Beendigung der Hilfen
- Ggf. Vorbereitung auf sozialpädagogische Familienhilfe oder eine sonstige erforderliche und geeignete Hilfe
- Schrittweise Beendigung der Hilfe

9. Dauer der frühen Hilfen

Für die frühen Hilfen für Familien werden zusätzliche Hausbesuche, sowie telefonische Beratungen in der Familie vereinbart und sind grundsätzlich möglich. Sie enden spätestens drei Jahre nach der Geburt des Kindes. Die Hebammen rechnen ihre Aufwendungen quartalsmäßig ab.

10. Projekt-Realisierung

Bei der Projektfinanzierung ist ein hoher Aufwand für Kooperation, Vernetzung, Information, Beratung, Supervision und Evaluation zu berücksichtigen.

Die frühen Hilfen für Familien sind zunächst für die Jahre 2007 bis 2009 projektiert. Für die Umsetzung ist eine kooperativ abgestimmte Mitwirkung des lokalen Gesundheitsbereiches (z.B. Ärzteschaft, Krankenkassen, Berufsverbände der Hebammen) erforderlich.

Der Verlauf soll evaluiert und nach Ablauf von zwei Jahren ein Erfahrungsbericht vorgelegt werden, der insbesondere zur Nachhaltigkeit der familiären Selbsthilfe eine Aussage trifft (Wirkungsqualität). Im Zusammenwirken aller Beteiligten ist danach über die Weiterführung des Projekts zu entscheiden.

11. Dokumentation und Evaluation

Der Dokumentation und Evaluation kommt die wichtige Aufgabe zu, Aussagen über die Effizienz und Nachhaltigkeit des Projektes zu leisten. Sie ist zeitlich nicht zu unterschätzen und muß von allen Beteiligten erbracht werden.

Zu Beginn muß ein Evaluations- und Dokumentationsschema erarbeitet werden. Dieses muß geführt und gepflegt, sowie regelmäßig ausgewertet werden.

Erst eine Auswertung bzw. eine regelmäßige Reflexion ermöglicht es, den einzelnen Klienten gerecht zu werden, Handlungsweisen anzupassen und zu optimieren.

Gründe für die Dokumentation/Evaluation:

- Nachweis der erbrachten Leistungen
- Auswertung und Bewertung
- Anpassung und Verbesserung der Hilfeleistung
- Überprüfung der Effizienz und Wirksamkeit
- Grundlage einer längerfristigen Auswertung
- Einheitliches Vorgehen, Abstimmung mit dem jeweils anderen Träger

12. Fachbeirat

Es wird ein Fachbeirat gebildet, der sich im ersten Jahr vierteljährlich trifft. Das weitere Vorgehen wird nach Ablauf des ersten Jahres gemeinsam abgestimmt. Der Fachbeirat setzt sich aus den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der bisherigen Arbeitsgruppe „Frühe Hilfen“ des Pforzheimer Bündnisses für Familie zusammen, die an einer weiteren Mitarbeit interessiert sind.

Bisher beteiligten sich an der Arbeitsgruppe:

- AG Drogen e.V.
- Amt für Jugend und Familie
- Beratungsstelle „Aus-Weg“
- Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
- Bezirksvorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.
- Bezirksvorsitzender des Berufsverbandes der Kinderärzte e.V.
- Bund Deutscher Hebammen, Ortsverband Pforzheim
- Bund der freiberuflichen Hebammen (Vertreterinnen)
- Bürgerverein Dillweißenstein Abteilung Jugend
- Caritasverband e.V. Pforzheim
- Diakonisches Werk Pforzheim Stadt
- Familienzentrum Au
- Gesamtelternbeirat Pforzheim
- Gesundheitsamt Pforzheim-Enzkreis
- Kinderkrankenschwester am Klinikum Pforzheim – Kinderklinik
- Klinikum Pforzheim – Gynäkologie
- Klinikum Pforzheim – Klinik für Kinder und Jugendliche
- Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V.
- Lilith-Beratungsstelle e.V.
- Pforzheimer Bündnis für Familie
- Pro Familia Pforzheim

Anhang**Anhang 1****Von der Hebamme zur Familienhebamme****Fortbildungsreihe des Landesverbandes der Hebammen NRW e.V. in Zusammenarbeit mit dem Bund Deutscher Hebammen**

Zielgruppe: Hebammen, möglichst mit Berufserfahrung.

Im Sinne einer Familienhebamme zu arbeiten, bedeutet, werdende und junge Familien zu begleiten, deren Lebenssituation bereits durch soziale und gesundheitliche Belastungen geprägt ist. Die speziellen Bedürfnisse der Familien und der längere Betreuungszeitrahmen, der bei Bedarf bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Kindes reicht, erfordern ein erweitertes Fachwissen und Methodentraining der Hebamme. Im Idealfall arbeiten Familienhebammen nicht alleine, sondern sind eingebunden in ein interdisziplinäres Netzwerk der Hilfen. Als Lotsinnen zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen benötigen sie daher sehr gute Kenntnisse über die Arbeitsweise und Leistungen der weiteren Berufsgruppen.

Vor diesem Hintergrund leisten Familienhebammen originäre Hebammenarbeit mit neuen und zum Teil belastenden Anforderungen. Durch sicheres und kompetentes Handeln speziell geschulter Hebammen werden die Qualität der Arbeit gesichert und –nicht zuletzt- die Hebammen selbst vor Überforderung geschützt.

Erweitern Sie Ihr Arbeitsfeld mit neuer Kompetenz und erwerben Sie ein fundiertes Grundwissen für das Arbeitsfeld der Familienhebamme auf der Basis des BDH-Curriculums.

Termine:

1. Modul: 13. 08. – 16.08. 07	2. Modul: 15.10.07 - 18.10.07
3. Modul: 26.11.07- 29.11.07	4. Modul: 07.01.08.-10.01.08
5. Modul: 10.03. – 13.103.08	jeweils von Montag bis Donnerstag 5 mal 4 Tage (3 Übernachtungen), 200 Fortbildungsstunden

Veranstaltungsort: Bildungsstätte Haus Venusberg, Haager Weg 28 – 30, 53127 Bonn

Internet: www.haus-venusberg.de

Teilnahmegebühren:

BDH Mitglieder: 1000 Euro oder Ratenzahlung 5 x 200 Euro

Nichtmitglieder: 1200 Euro Ratenzahlung 5x 240 Euro

Zuzüglich einer Seminarpauschale von bis zu maximal 120 (mit Übernachtung) Euro pro Modul.

Bei der folgenden Themenübersicht kann es nach der Auswertung der ersten Fortbildungsreihe 2006 zu Veränderungen der Inhalte und Reihenfolge kommen.

Inhalte:

1. Modul: 13. – 16. 08. 2007

- o Einführung und Bericht einer Familienhebamme (Jennifer Jaques - Rodney, Familienhebamme,
- o Methodentraining „Lernen lernen“: Lernstrategien, Bedingungen effektiver Gruppenarbeit, Dokumentation (Beate Schröter, Lehrerin für Hebammenwesen),
- o Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Angrenzende Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen, Chancen und Schwierigkeiten der Zusammenarbeit (Jennifer Jaques – Rodney, Familienhebamme),
- o Sozialpädiatrie, Vernachlässigung, Bindungsstörungen, Prävention (angefragt: Dr. Eberhard Motzkau, Kinder- und Jugendpsychiater, Familientherapeut)

2. Modul: 15. – 18. 10. 2007

- o Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien: familienpolitische Leistungen, Jugendämter, Beratungsstellen etc.
- o Kommunikation: Gesprächsführung, Beratungskonzepte, ausgewählte Probleme bei der Kommunikation z.B. in schwierigen Situationen, bildungsfernen Familien etc. (angefragt: Gesa Niggemann, Dipl. Sozialpäd., systemische Familientherapeutin, Managementtrainerin)

3. Modul: 26. – 29. 11. 2007

- o Systemische Arbeit mit Familien: das System „Familie“, Beratung in der Familie, Entscheidungsfindung und Problemlösung, familiendynamische Aspekte der Betreuung

4. Modul: 07. – 10. 01. 2008

- o Public Health/Gemeinwesenarbeit: allgemeine und spezielle Epidemiologie, Risikofaktoren, vulnerable Gruppen, kommunale Gesundheitsförderung
- o Ethik: verantwortungsvolles Handeln in der Hebammepaxis, Reflexion problematischer Situationen
- o Soziale Gesetzgebung: Ehe- und Familienrecht, Strafrecht, Kinder- und Jugendhilfe
- o Ressourcenmanagement: Arbeitsverfahren und Techniken, Stressbewältigung

5. Modul: 10. – 13. 03. 2008

- o Konzepterstellung: Entwicklung von Zielgruppenkonzepten
- o Psychologie: Psychische Erkrankungen, Kinder psychisch kranker Eltern, Begleitung in Lebenskrisen
- o Reflexionstage mit Qualitätszirkel und Fallbesprechungen
- Lernerfolgskontrolle durch Präsentationen in Kleingruppen
- Methoden: Vorträge, Praktische Übungen, Selbsterfahrung, Einzel- und Gruppenarbeit

Nach Abschluss der Kursreihe erhalten die Teilnehmerinnen eine Teilnahmebescheinigung mit den absolvierten Fortbildungsstunden. Geeignet als Fortbildung im Sinne der HebBo NRW mit 200 Fortbildungsstunden (einschließlich 26 Stunden Notfallmanagement). Eine spätere Supervision wird geplant.

Anhang 2

Sozialpädagogische Begleitung – Inhalte der Tätigkeiten der (Sozial-)Pädagog(inn)en

Zunächst sollen grob die Formen der sozialpädagogischen Begleitung durch die (Sozial-)Pädagog(inn)en der Koordinationsstelle aufgezeigt werden:

Formen:

- Kontakt zur Hebamme
- Kontakt zur Familie zusammen mit Hebamme
- Direkter Kontakt zur Familie z.B. bei Behördengängen
- Teamsitzungen (begleitende Familienarbeit, Entscheidungsteams)
- Verwaltungs-, Planungs- und Koordinationstätigkeiten
- Gremienarbeit (Bündnis für Familie, Fachbeirat, ...)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Weiterbetreuung nach Beenden der Familienhebammentätigkeiten

Nun werden die differenzierten Aufgaben der sozialpädagogischen Begleitung stichpunktartig aufgezeigt:

Differenzierte Aufgaben:

- Beratung und Unterstützung der Familienhebammen allgemein:
 - Methodische Fragen der Klientenbetreuung
 - Unterstützende Begleitung der Familienhebamme
 - Coaching
 - Koordination
 - Tipps zum Umgang mit den Behörden
 - Unterstützende Begleitung der Klientin
 - Weitervermittlung der Klientin
 - Übergabe durch Fallbeschreibung
 - Planung von Hilfen
 - Planung von weiterführenden Hilfen (Behörden)
 - Planung von zusätzlichen Hilfen (kurzfristig)
 - Risikoeinschätzung im Team
 - Information an das Jugendamt bzgl. akuter Kindswohlgefährdung
- Projektentwicklung und –organisation:
 - Arbeitsorganisation im Projekt
 - Projektentwicklung allgemein
 - Entwicklung von zusätzlichen Projektangeboten
 - Aufbau Infothek
 - Gestaltung niederschwelliger Zugänge
 - Entwicklung der Kooperationen
 - Vernetzung
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Dokumentation
 - Evaluation

- projektbezogene Klärung

Problembewältigung im Projekt
Weiterleitung von nicht im Projekt aufgenommenen Klientinnen
Abklärung über Aufnahme in das Projekt

- soziale Beratung und Begleitung in lebenspraktischen Aufgaben

grundlegende Informationen zu möglichen Hilfeleistungen
Klärung der finanziellen Situation/finanzielle Hilfen/Entschuldung

- Rechtsangelegenheiten

Information zur rechtlichen Situation
Prüfung und Unterstützung bei Durchsetzung von Rechtsansprüchen z.B.
Vaterschaftsanerkennung, Besuchsregelungen/Umgangsrecht
Wohnsituation

- materielle Lebensumwelt gestalten

Ausstattung von Mutter und Kind
Bewältigung des Lebensalltages
Haushaltsführung
Entwicklung von Lebensperspektiven

- Lebensgestaltung mit Kind

Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse
Erwerbstätigkeit/Berufsausbildung
Gesellschaftliche Teilhabe
Soziale Kontakte
Freizeitgestaltung
Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung
Kinderbetreuung organisieren
Information zu kindlichen Entwicklungsphasen und Bedürfnissen
Umgang mit dem Kind

- Gesundheit

Gesundheitliche Fragen
Zugang zum Gesundheitssystem
Familienprobleme durch Drogen

- unterstützende Begleitung

Begleitung zu Arztpraxen
Begleitung zu Ämtern und anderen Hilfeeinrichtungen

- Kontrolle bei Gefährdung des Kindes

Dokumentation

- innerliche Veränderungen und Probleme/Familienberatung

Identität der Frau

- Identität in der neuen Situation
- Rollenveränderung der Frau
- Selbstwertgefühl der Frau

Probleme in Familie und Partnerschaft

- Partnerschaftskonflikte
- Gewalt in der Partnerschaft
- Trennungs- und Scheidungsprobleme
- Familiensituation allgemein
- Generationskonflikt
- Gewalt im Zusammenhang mit der Ursprungsfamilie

Krisen

- Abbau von Angst/Unsicherheit in der neuen Situation im Allgemeinen
- Förderung der Einstellung zu Mutterschaft bzw. zum Kind
- Anleitung und Kontrolle bei Vernachlässigung des Kindes
- Umgang mit existentiellen Krisen

Akzeptanz schaffen

- Akzeptanz von Hilfen bei materiellen Hilfen
- Akzeptanz von Hilfen bei Beeinträchtigung, Behinderung
- Akzeptanz von Hilfen bei Drogenproblemen
- Akzeptanz von ambulanten Erziehungshilfen
- Überlegungen zur Abgabe der Erziehungsverantwortung

Anlage 15

Protokoll Telefonat mit Frau Kirner

Telefonat mit Frau Kirner, Caritas Pforzheim

28.11.08

Umsetzung des Projekts

Wann und wie ist die Idee entstanden, ein solches Projekt in Pforzheim und im Enzkreis zu begründen? Gab es bestimmte Auslöser (z.B. erhöhte Kindersterblichkeit)?

Wer war alles an der Umsetzung beteiligt?

Warum bietet gerade die Caritas (bzw. für die Stadt Pforzheim der Kinderschutzbund) diese Hilfe an?

Es lag kein konkreter Fall vor. Das Bündnis für Familie in Pforzheim arbeitete Anfang 2006 an einem Konzept „Familienfreundliche Stadt“. Hierbei beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe mit Frühen Hilfen. Es kam schnell die Idee auf, dass mit Familienhebammen gearbeitet werden sollte. Es wurden Träger gesucht, die sich die Umsetzung des Projekts vorstellen konnten. Dabei meldeten sich die Caritas und der Kinderschutzbund. Im Juni 2006 startete das Projekt in Pforzheim.

Annahme des Angebots, Vermittlung durch JA

Wie wird das Angebot angenommen? Wie viele Mütter kommen selbst auf die Familienhebamme bzw. die Caritas zu und wie viele werden von Jugendamt, Kliniken, Ärzten etc. vermittelt?

Familien kommen selten von selbst auf die Caritas/Familienhebammen zu (unter 10 %). Bei 15 Fällen in Pforzheim waren es bisher 2-3, im Enzkreis (späterer Start) 1 Fall.

Häufiger wird der Kontakt über Beratungsstellen (z.B. Schwangerschaftsberatung, Drogenberatung etc.), Kliniken, Ärzte und auch über das Jugendamt hergestellt.

Sehr wichtig ist die Verknüpfung von medizinischem und pädagogischem Bereich, also die Kooperation mit Kliniken und Ärzten. Die meisten Familien nehmen die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt oder andere medizinische Hilfen wahr. Die Ärzte sehen also die Kinder relativ früh und können dann bei Bedarf Kontakt zu einer Familienhebamme herstellen. Dies muss natürlich auch von den Eltern gewollt sein. Z.B. kann der Arzt bei der Caritas anrufen und sagen, eine Frau XY sitze gerade bei ihm. Sie habe sich bereit erklärt, eine Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen. Er reiche den Hörer weiter an Frau XY. Dann erfolgt ein direktes Gespräch zwischen der Koordinatorin und der Betroffenen, in dem einige Fragen abgeklärt werden und über den weiteren Verlauf gesprochen wird. Meist folgt ein persönlicher Besuch der Familienhebamme in der Wohnung der Familie.

Ursprünglich war geplant, die Familienhebammen eher präventiv einzusetzen, also nicht schon, wenn die Familien auffällig und beim JA bekannt sind. Es sollte eine möglichst breite Basis erreicht werden, also auch Familien, die isoliert leben. Damit ließen sich Folgekosten enorm senken.

Problemfamilien

Gibt es typische Problemfälle, um die sich Ihre Familienhebammen kümmern oder lässt sich das pauschal nicht sagen?

Es gibt nicht die typische Problemfamilie.

Frau Kirner konstruiert realitätsgetreue Beispielfälle, die sich aus „echten“ Fällen zusammensetzen, um die Familien nicht zu entlarven:

1. *Familie mit Migrationshintergrund, Mutter raucht, Kind Frühgeburt, hat Hirnblutung, auch nach Entlassung noch ans Sauerstoffgerät angeschlossen, Beziehung zum Vater zerbrochen, neuer Partner
=> Familienhebamme hilft in Bezug auf Therapie des Kindes (Termine einhalten), Berufsausübung der Mutter*
2. *Familie mit Migrationshintergrund, Mutter kam grün und blau in Klinik, sagte, sie sei Treppe hinunter gefallen. Keine Anzeichen von Gewalteinwirkung.
=> Familienhebamme stärkt das Selbstwertgefühl. Als Mann die Frau das nächste Mal schlägt, ruft sie Polizei. Vermittlung in ein Frauenhaus, Hilfe beim Ausräumen der Wohnung.*
3. *Psychische Krankheiten, Versagensängste*
4. *Drogenabhängigkeit der Mutter/beider Elternteile*

Finanzierung

Wie sieht die Finanzierung aus? In einem Artikel in der Pforzheimer Zeitung habe ich gelesen, dass Kommune, Jugendamt und die Organisation „Menschen in Not“ an der Finanzierung beteiligt sind.

Die Frage der Finanzierung ist nicht ausreichend geklärt. Die Bundesregierung unterstützt die Einführung von Familienhebammen, aber die Finanzierung soll von den Kommunen kommen.

Fraglich war der Anteil der sozialpädagogischen Arbeit (Sozialpädagoginnen) und der Anteil der Gesundheitshilfe (Hebammentätigkeit). Bei der Hebammentätigkeit sollte es sich vorrangig um Prävention im Gesundheitsbereich handeln. Hier wurden die Krankenkassen nach Finanzierungsmöglichkeiten gefragt. Die AOK beurteilte allerdings die Gesetzeslage nicht als passend, um die Hebammentätigkeit als Leistung der Krankheitsvorsorge (Gesundheitshilfe) über die Krankenkassen abrechnen zu können. Somit blieb nur noch die Möglichkeit, die Tätigkeit über die Jugendhilfe abzurechnen.

Die Stadt Pforzheim hat 2006 genehmigt, einen Anteil der Kosten zu tragen. Weiterhin wurde versucht, über Spenden die Finanzierung sicherzustellen. Mit der Stadt hat man sich dann auf einen Kompromiss geeinigt: Die Stadt übernimmt zusätzlich eine Fallpauschale.

2008 hat die Stadt die volle Finanzierung bis Ende 2010 für 15 Familien in Pforzheim genehmigt; für den Enzkreis, wo das Projekt später startete, wurden bis 2012 Mittel für 10 Familien genehmigt.

Bedarf

Wie sehen Sie den mittel- und langfristigen Bedarf in Pforzheim bzw. im Enzkreis?

Das Projekt wird sich etablieren in Pforzheim. Bedarf besteht!

Anlage 16

E-mail Frau Clauß

Betreff: Fragen zum Projekt Familienhebamme

Datum: 26.01.09 10:51:01 Uhr

Hallo Frau Clauß,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen wollen, meine Fragen zu beantworten. Folgendes würde ich gerne noch wissen:

Anstellungsverhältnis der Hebammen:

Sind die Hebammen beim DKSB/der Caritas oder einer Behörde, z.B. Landkreis - Gesundheitsamt, fest angestellt? Oder handelt es sich um freiberufliche Hebammen?

Ausbildung, Qualifikationen:

Welche Qualifikation muss eine Familienhebamme haben? Wird z.B. eine zusätzliche sozialpädagogische Ausbildung gefordert? Wurden alle Familienhebammen einheitlich geschult (s. Ausschreibung im „Handlungskonzept Frühe Hilfen für Familien in Pforzheim“)?

Fallzahlen:

Wie viele Fälle betreut eine Familienhebamme im Durchschnitt?

Nachsorge:

Wie sieht die Betreuung nach der Phase der Familienhebamme (3. Geburtstag) aus? Kann man sagen, dass Familien dann i.d.R. alleine zurechtkommen oder brauchen die meisten noch weitere Betreuungsangebote („Erfolgsquote“)?

Kosten/Finanzierung:

Was kostet im Schnitt der Einsatz einer Familienhebamme? Können die Kosten gedeckt werden?

Wie viel verdient eine Familienhebamme durch ihre Tätigkeit?

Wie sieht die Finanzierung aus? Welche Geldgeber gibt es und wie viel (Beträge bzw. Prozentsätze) steuern diese bei?

Rechnen die Familienhebammen ihre Leistungen mit den Krankenkassen ab?

Jugendamt:

Stellt die Familienhebamme eine Maßnahme der Jugendhilfe dar oder läuft die Aufnahme in das Projekt unabhängig von Ämtern ab?

Anregungen, Wünsche:

Was wären Ihre Anregungen und Wünsche, was sollte besser laufen? Wo sehen Sie noch Entwicklungs- und Verbesserungspotential?

Empfehlung:

Können Sie die Einrichtung eines solchen Projekts für andere Kommunen und Landkreise empfehlen und welche Voraussetzungen sollten hierfür geschaffen werden?

Ich hoffe, ich habe Sie jetzt nicht "erschlagen" mit den Fragen... Es wäre schön, wenn Sie die Fragen schnellstmöglich beantworten könnten, Sie würden mir damit für meine Diplomarbeit sehr helfen.

Mit freundlichen Grüßen

Anita Hafner

Betreff: Familienhebamme

Datum: 27.01.09 10:40:54 Uhr

Hallo Frau Hafner,

hier die Antworten auf Ihre Fragen.

Es handelt sich um freiberufliche Hebammen, die mit DKSB und Caritas einen Honorarvertrag haben.

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit Erfahrung im freiberuflichen Bereich und einer Zusatzqualifikation, die in die Grundlagen der sozialen und medizinischen Diagnostik einführt, Kenntnisse über das bestehende soziale Netz sowie Methoden der Krisenintervention und Konfliktbewältigung, ein sozialpädagogisches Handlungsrepertoire und Maßnahmen zur Psychohygiene vermittelt.

Die Hebammen wurden und werden einheitlich geschult. Im Mai 2009 beginnt in Pforzheim eine weitere Zusatzausbildung, diese wird in den Hebammenzeitschriften ausgeschrieben.

Eine Hebamme betreut im Idealfall 5 Fälle, da wir derzeit sehr viele Anfragen und zu wenige Hebammen haben, liegt die Fallzahl bei 6 – 8.

Das zur Verfügung stehende Stundenkontingent ist meist schon im 1. Lebensjahr des Kindes ausgeschöpft. Etwa die Hälfte der Familien/Mütter benötigen weitergehende Hilfsmaßnahmen. Als Erfolg wird auch eine Weitervermittlung und Inanspruchnahme dieser gewertet.

Die Familienhebammen rechnen mit den Krankenkassen nur ihre originären Leistungen ab, die Übernahme weiterer Leistungen haben die KK abgelehnt. In Pforzheim werden diese Mittel aus der Jugendhilfe aufgebracht. Das Honorar der Hebammen ist an den Krankenkassensatz angelehnt, ebenfalls die Fahrtkosten. Die Hebammen erhalten monatlich kostenlos Supervision, weiterhin finden monatlich bezahlte Teamsitzungen und Fallbesprechungen statt. Pro Fall sind 30 Stunden

Kontaktzeiten zusätzlich zur originären Tätigkeit veranschlagt und genehmigt. Die bewilligten Mittel können Sie dem Gemeinderatsbeschluss entnehmen.

Die Familienhebamme ist eine Maßnahme der Jugendhilfe, die Aufnahme ins Projekt erfolgt allerdings unabhängig von Ämtern.

Wir konnten 2008 nicht alle Mütter/Familien, die unsere Unterstützung angefragt hatten, aufnehmen, da die Kapazitäten erschöpft waren.

Für 2009 gibt es zwar eine finanzielle Aufstockung, jedoch haben wir zu wenige Hebammen, die auch als Familienhebammen tätig sein wollen. Dies hängt mit der großen Belastung, die diese Arbeit mit Familien in schwierigen Lebenslagen beinhaltet, zusammen. Hier sind wir auf der Suche nach Lösungen.

Natürlich können wir die Einrichtung eines solchen Projektes für andere Kommunen/Kreise empfehlen. Der Bedarf ist groß und die Möglichkeiten frühen Hilfen über die Hebammen optimal niederschwellig zu erreichen, da jeder Frau eine Hebamme zusteht, keine Stigmatisierung beinhaltet und die Hilfen deshalb auch gerne angenommen werden. Voraussetzungen: Erstellen eines Konzeptes, Anbindung an einen Träger, Vernetzung, Ausbildung von Familienhebammen und Bereitstellung einer ausreichenden Finanzierung.

Ich hoffe die Fragen sind ausreichend beantwortet. Viel Erfolg für ihre Diplomarbeit! Kann man da mal reinlesen?

Mit herzliche Grüßen

Andrea Clauß

Deutscher Kinderschutzbund

Pforzheim Enzkreis e.V.

Familienhebammen

Ostendstraße 12/II

75175 Pforzheim

Literaturverzeichnis

Bauer in: jurisPK-BGB, 4.Aufl. 2008, § 1666

Biehl, Gabriele/Mertins, Camilla: Familienhebammenprojekt im Kinder- und Familienzentrum (KiFaZ) Barmbek-Süd in Hamburg, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 500

Borchard, Christiane: Auch kleine Schritte sind Bewegung, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 496-499

Bringewat, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe – Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl., Baden-Baden 2006 (zitiert als: Sozialgesetzbuch VIII)

Brixius-Stapf, Birgitta: Das Projekt, in: Hebammenforum, 12/2006, S. 987

Bund Deutscher Hebammen e.V.: Ergebnisbericht der AG Familienhebammen: Die Familienhebamme, o.O. 2004

Bundesjugendkuratorium: Schutz vor Kindeswohlgefährdung, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ), 5/2008, S. 200-205

Caritasverband für die Diözese Münster e.V. (Hrsg.): Ansprüche im Sozialrecht für Mütter und Kinder – Ein Leitfaden für die Beratungspraxis, 6. Aufl., Baden-Baden 2007

DIJuF-Rechtsgutachten: Kinder- und Jugendhilferecht - Umgang mit Situationen von Kindeswohlgefährdung (Alkohol- oder Drogenkonsum) während der Schwangerschaft, in: Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendliche und Familienrecht, 5/2008, S. 248-250

Fischer, Lothar in: Schellhorn/Fischer/Mann: SGB VIII – Kommentar zum Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe, München 2007 (zitiert als: Kommentar SGB VIII)

Frings, Peter in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Baden-Baden 2006 (zitiert als: Sozialgesetzbuch VIII)

Gerlach, Werner in: Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Hrsg.): Sozialgesetzbuch SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, Berlin, Loseblatt, Stand: 60. Lfg., 5/2002, § 20

Hartleben-Baildon, Petra in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkomentar zum SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, München 2006 (zitiert als: Kurzkomentar)

Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Hrsg.): Sozialgesetzbuch SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, Berlin, Loseblatt, Stand: 60. Lfg., 5/2002, § 20

Heinze, Helmut: Sozialgesetzbuch V – Die neue Krankenversicherung – Kommentar, Wiesbaden, Loseblatt, Stand: 9. Lfg. Dezember 1997, § 20

Helming, Elisabeth/Sandmeir, Gunda/u.a.: Abschlussbericht Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern, München 2007 (zitiert als: Abschlussbericht Kurzevaluation)

Hildebrandt, Johannes: „...in der Hoffnung, dass Sie nicht das Jugendamt alarmieren!“, in: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe (ZKJ), 10/2008, S. 396-404

Hopp, Helmut/Göbel, Astrid: Management in der öffentlichen Verwaltung, 3. Aufl., Stuttgart 2008

Jestaedt in: Kommentar zum Bonner Grundgesetz, Loseblatt, Stand: 74. Lfg. Dezember 1995

Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband e.V. Pforzheim: Flyer Familienhebamme

Kindler, Heinz/Sann, Alexandra: Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, in: Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz (KJuG), 2/2007, S. 42-45

Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München 2006 (zitiert als: Handbuch Kindeswohlgefährdung)

Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Richtlinie 92/85/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz (52008PC0637)

Kunkel, Peter-Christian: Jugendhilferecht, 5. Aufl., Baden-Baden 2006

Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe – Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl., Baden-Baden 2006 (zitiert als: Sozialgesetzbuch VIII)

Kunkel, Peter-Christian/Steffan, Ralf in: Kunkel, Peter-Christian (Hrsg.): Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe – Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl., Baden-Baden 2006 (zitiert als: Sozialgesetzbuch VIII)

Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia: „Familienhebamme“: Angebot ohne gesicherte gesetzliche Heimat, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ), 16/2008, S. 1498-1503 (zitiert als: „Familienhebamme“)

Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkommentar zum SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, München 2006 (zitiert als: Kurzkommentar)

Nix, Christoph in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkommentar zum SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, München 2006 (zitiert als: Kurzkommentar)

Müller, Christian in: Möller, Winfried/Nix, Christoph (Hrsg.): Kurzkommentar zum SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe, München 2006 (zitiert als: Kurzkommentar)

Pforzheimer Bündnis für Familie/Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V./Caritasverband Pforzheim e.V.: Frühe Hilfen für Familien: Familienhebamme – Handlungskonzept, Pforzheim 2007 (zitiert als: Handlungskonzept Pforzheim)

Reineck, Karl-Michael: Allgemeine Staatslehre und Deutsches Staatsrecht, 15. Aufl., Hamburg 2007

Reinhold, Claudia/Kindler, Heinz in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München 2006 (zitiert als: Handbuch Kindeswohlgefährdung)

Schellhorn/Fischer/Mann: SGB VIII – Kommentar zum Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilfe, München 2007 (zitiert als: Kommentar SGB VIII)

Schneider, Eva/Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Hebammen beraten Familien – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Projektbegleitung, Mainz Oktober 2007 (zitiert als: Hebammen beraten Familien – Abschlussbericht)

Schneider, Eva: Hebammen beraten Familien: Ein Programm macht Schule, in: Hebammenforum, 12/2006, S. 986-988

Schneider, Eva: Zeitintensive Betreuung von Risikofamilien, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 490 f.

Schneider, Eva: Familienhebammen – Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, Frankfurt am Main 2004 (zitiert als: Familienhebammen)

Schone, Reinhold: Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8 a Abs. 2 SGB VIII, in: Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz (KJuG), 2/2007, S. 36-41

Schulz von Thun, Friedemann: Praxisberatung in Gruppen, Weinheim/Basel 1996

Seus-Seberich, Elfriede in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München 2006 (zitiert als: Handbuch Kindeswohlgefährdung)

Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen, o.O., Dezember 2006

Staschek, Barbara: Hebammen und Sozialpädagoginnen ziehen an einem Strang, in: Hebammenforum, 7/2005, S. 492-495

Struck, Jutta in: Wiesner, Reinhard (Hrsg.): SGB VIII, 3. Aufl., München 2006

Wagner, Paul: Prävention familiärer Krisen durch Einsatz einer „Familienhebamme“, in: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ), 5/2008, S. 457-464

Weidner, Frank in: Schneider, Eva: Familienhebammen – Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, Frankfurt am Main 2004, S. 9-11 (zitiert als: Familienhebammen)

Weiß, Magdalene in: Schneider, Eva: Familienhebammen – Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, Frankfurt am Main 2004, S. 7 f. (zitiert als: Familienhebammen)

Wiesner, Reinhard (Hrsg.): SGB VIII, 3. Aufl., München 2006

Wiesner, Reinhard in: Kindler, Heinz/Lillig, Susanna/u.a.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München 2006 (zitiert als: Handbuch Kindeswohlgefährdung)

Internetquellen

AOL Nachrichten: Brüssel will den Mutterschutz verlängern, 01.20.2008, <http://nachrichten.aol.de/nachrichten-wirtschaft/bruessel-will-den-mutterschutz-verlaengern/artikel/20080929054657108236465>, Internetabruf vom 18.11.2008

Centrum für Europäische Politik (CEP): EU-Änderungsrichtlinie – Verbesserung des Mutterschutzes, Stand 07.11.2008, http://www.cep.eu/fileadmin/user_upload/Kurz-Analysen/Mutterschutz/KA_Richtlinie_Mutterschutz.pdf, Internetabruf vom 06.12.2008 (zitiert als: CEP: EU-Änderungsrichtlinie)

<http://www.familienhebamme.de/wir.html>, Internetabruf vom 27.10.2008

Helming, Elisabeth: Frühe Hilfen – Eine Chance für die Prävention!, in: Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 35, S. 45-56, http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-lkbgg/bfg/nummer35/15_helming.pdf, Internetabruf vom 04.12.2008

Kinderschutzbund Pforzheim Enzkreis e.V.: <http://www.kinderschutzbund-pforzheim.de/>, Internetabruf vom 31.01.2009

MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Vorbeugen ist besser als heilen, <http://www.mds-ev.org/Praevention.htm>, Internetabruf vom 30.01.2009

MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Präventionsbericht 2008, S. 16, http://www.mds-ev.org/media/pdf/1-Praeventionsbericht_2008.pdf, Internetabruf vom 30.01.2009

Pforzheimer Zeitung: Hebammen sind gefragt, http://www.pz-news.de/Home/Nachrichten/Pforzheim/Hebammen-sind-gefragt-_arid,27525_puid,1_pageid,17.html, Internetabruf vom 27.10.2008

Schöllhorn, Angelika: Frühe Hilfen für Eltern und Kinder (0-3 Jahre) in besonderen Belastungssituationen, S. 6, http://www.lpk-bw.de/archiv/lptage/lpt2008/080705_schoellhorn_fruehhilfen.pdf, Internetabruf vom 04.12.2008

Spiegel: Familienpolitik, 02.10.2008, <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,582036,00.html>, Internetabruf vom 18.11.2008

Stadt Münster: Öffentliche Berichtsvorlage V/0192/2005 vom 02.05.2005, www.stadt-muenster.de/stadt/gesundheitsamt/gruppen_lebensraumbezogene_projekte.html, Internetabruf vom 27.10.2008

Stadt Pforzheim: Verwaltungshaushalt 2009, S. 267, http://www.pforzheim.de/uploads/media/04_Verwaltungshaushalt_02.pdf, Internetabruf vom 21.01.2009

Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.“

24.02.2009

Anita Hafner