

Windorfer, Adolf

Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (2009) 5, S. 368-383

urn:nbn:de:bsz-psydok-48987

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ORIGINALARBEITEN

Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen

Adolf Windorfer

Summary

Prevention of Child Neglect by Outreach Care of Family Midwives

The service of freelance family midwives was field-tested in the project “outreach care for mothers and their children – network family midwives” in the years 2002-2006 in Lower Saxony in three municipalities. The data of 590 cared for women and their children were evaluated. The clientele, that has been defined as target group – e. g. underage pregnant women and mothers, single pregnant women and mothers, pregnant women and mothers in difficult social and psychosocial life situations, pregnant women and mothers with a migratory background – could be reached by the family midwives. In 80 % of the cared for women and their children an improvement of the initial situation was achieved. In all tackled problem areas positive changes were achieved, however to a varying degree. The greatest successes were observed in reducing mental overload and fears, improvement of knowledge, appropriate nursing care of the child, improvement of the mother-child relationship, and improvement of the health situation. The positive results with respect to achieving the target group, the results of care and the referral of clients to regular support structures was a consequence of the good mutual trust between client and family midwife as well as the intense cooperation between the family midwives and a social workers (coordinator) who was released from work by one youth welfare office.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 368-383

Keywords

child neglect – outreach care – family midwife – cooperation health service and youth welfare service – teen mothers

Zusammenfassung

Der Einsatz freiberuflicher Familienhebammen wurde im Rahmen des von der Niedersächsischen Landesregierung geförderten Projektes „Aufsuchende Hilfe für Mütter und ihre Kinder

– Netzwerk Familienhebamme“ in den Jahren 2002-2006 in Niedersachsen in drei Kommunen erprobt. Die Daten von 590 betreuten Frauen und ihren Kindern wurden ausgewertet. Die Klientel, die als Zielgruppe definiert worden war – z. B. minderjährige Schwangere und Mütter, allein stehende Schwangere und Mütter, Schwangere und Mütter in schwierigen sozialen und psychosozialen Lebenssituationen, Schwangere und Mütter mit Migrationshintergrund – konnte durch die Familienhebammen erreicht werden. Bei 80 % der betreuten Frauen und ihren Kindern wurde eine Verbesserung der Ausgangssituation erzielt. Bei allen bearbeiteten Problempunkten wurden positive Veränderungen, aber in unterschiedlichem Ausmaß, erreicht. Die größten Erfolge waren bei Abbau von Überforderung und Ängsten, Verbesserung des Wissens, angemessene pflegerische Versorgung des Kindes, Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung, Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu sehen. Die positiven Ergebnisse im Hinblick auf das Erreichen der Zielgruppe, die Ergebnisse der Betreuung sowie die Weiterleitung der Klientinnen in reguläre Hilfestrukturen waren Folge der guten Vertrauensbasis zwischen Klientin und Familienhebamme sowie der intensiven Kooperation zwischen den Familienhebammen und den von den Jugendämtern freigestellten Sozialarbeiterinnen (Koordinatorinnen).

Schlagwörter

Kindesvernachlässigung – Aufsuchende Betreuung – Familienhebamme – Kooperation Gesundheits- und Jugendhilfe – Teenie-Mütter

1 Hintergrund

Die erstmals von Bowlby (1950) erkannte und herausgehobene Relevanz der Bindungssicherheit für die psychische Entwicklung des Menschen wurde in den letzten Jahrzehnten durch empirische Untersuchungen untermauert. Langzeituntersuchungen (Übersicht bei Grossmann u. Grossmann, 2004) konnten die essentielle Bedeutung einer guten Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung für die weitere positive soziale und gesundheitliche Persönlichkeitsentwicklung belegen. Auch die Veröffentlichungen von Börjesson et al (2004), Brazelton, (1990), Carter et.al, (2004), Helfer, (1990), Nyström und Ohrling, (2004), Capelleri et al., (1993) zeigen entsprechende Ergebnisse: In Deutschland sind besonders Veröffentlichungen von Ziegenhain (2002, 2004, 2006), von Brisch (1999) und von Cierpka (2005) zu nennen, in denen ebenfalls diese Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten.

Hochbelastete Familien, in den es zur Gewalt wie Missbrauch oder Misshandlung kommen kann, stellen ein besonderes Risiko für die Entwicklung des Kindes dar. Eine Reihe von internationalen Studien konnten weiter den eindeutigen Effekt der Kindesvernachlässigung und der Misshandlung auf die Ausbildung schwerer psychischer Erkrankungen verbunden mit antisozialen Störungen bis hin zu schwerem kriminellem Verhalten belegen (Widom et al., 2007; Colman u. Widom, 2004; Horwitz et al., 2001; Luntz u. Widom, 1994; Carter et al., 2004; Widom et al., 1995; Hoffman-Plotkin, 1984; Übersicht bei Egle 2008).

Für die USA wurde von Schor (2004) für die American Academy of Pediatrics Task Force on the Family eine Analyse der dramatischen gesellschaftlichen Veränderungen und der sich daraus ergebenden zunehmenden Gefährdung für das Kindeswohl erstellt. Die Aussagen dieses Berichtes bzw. die Folgerungen können gut auf die Verhältnisse in Deutschland übertragen werden, wie die bereits erwähnten deutschen Untersucher zeigen konnten.

In den USA begnügt man sich allerdings nicht mit der Analyse der Zusammenhänge, sondern führte in den letzten Jahren Studien durch mit dem Ziel, eine Verbesserung der Situation von Vernachlässigung bedrohter Kinder durch aufsuchende Betreuung nachweisen zu können. In der Regel wurden in den USA speziell geschulte Pflegekräfte für die Betreuung der Kinder in den Monaten nach der Geburt eingesetzt. Dabei konnten Erfolge hinsichtlich einer Verbesserung der Versorgung der Kinder nachgewiesen werden (Evans, 1991; Williams u. Cooper, 1993; Stevens et al., 1996; Bennet u. Tandy, 1998; Logsdon u. Davis, 1998; Eckenrode et al., 2001; Margolis et al., 2001).

Die Übersichtsarbeit von Ijzendoorn et al. (1995) dokumentiert die Erfolge von bindungsstabilisierenden Programmen. Maßnahmen zur Steigerung der Feinfühligkeit der Mütter tragen dazu bei, dass die transgenerationale Weitergabe der Bindungsunsicherheit bei dysfunktionellen Mutter-Kind-Dyaden durchbrochen werden kann.

Den Personen, die die Mütter bzw. Familien nach der Geburt des Kindes am besten unterstützen können, wie z. B. Hebammen, Kinderkrankenschwestern oder Kinderärzte, kommt in diesen Interventionsprogrammen zentrale Bedeutung zu. Eine der Hauptaufgaben dieses Fachpersonals ist es, die verschiedenen und zahlreichen Risikofaktoren, die häufig Vorbedingung für Kindesvernachlässigung sind, frühzeitig zu erkennen und mit anderen Fachgruppen an deren Beseitigung zu arbeiten. Vor allem das gleichzeitige Auftreten mehrerer dieser Risikofaktoren steigert die Gefahr der Kindesvernachlässigung.

Trotz der bekannten Folgen von hochunsicheren Bindungen bzw. von Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind auf die weitere emotionale, soziale und gesundheitliche Entwicklung eines Kindes wurden in Deutschland bisher kaum strukturelle Konsequenzen gezogen. So berichteten Frank und Räder bereits im Jahr 1994 in einem Forschungsbericht für das Bayerische Staatsministerium ausführlich über das Problem der Kindesvernachlässigung und der schwierigen Erkennbarkeit. Speziell für Kinderärzte griffen Frank und Kopecky-Wenzel das Thema im Jahr 2002 erneut auf. Ausführlich wies auch Schlack bereits im Jahr 2003 auf die Notwendigkeit hin, Jugend- und Gesundheitshilfe zum Schutz der Kinder stärker zu verzahnen.

Allerdings erst im Zusammenhang mit dem Publikwerden von Todesfällen in Bremen und in anderen Städten wurde das Thema von der Öffentlichkeit und der Politik aufgegriffen. So verabschiedete die Jugendministerkonferenz im Mai 2006 einen einstimmigen Beschluss, in dem endlich Schritte vorgeschlagen werden, damit wirksam gegen das Problem Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung vorgegangen werden kann (2006).

Da davon auszugehen ist, dass schätzungsweise 7-10 % aller Schwangeren und jungen Mütter in Deutschland mehrere dieser Risikofaktoren aufweisen, hat die

Problematik erhebliche Bedeutung für das spätere Schicksal der Kinder. Vordringliche Aufgabe des Kinderschutzes ist es daher das Entstehen von Risikofaktoren zu vermeiden bzw. ihr Vorhandensein frühzeitig zu erkennen sowie zu verhindern, dass nachteilige Folgen entstehen.

Im Gegensatz zu den USA stehen in Deutschland für die aufsuchende Arbeit bei Schwangeren und jungen Müttern in erster Linie Hebammen zur Verfügung, die über einen einfacheren und weitgehend barrierefreien Zugang auch zu Frauen verfügen, die sonst keinen Zugang zu dem vorhandenen Hilfesystem haben oder haben möchten. Es gibt wohl keine andere Berufsgruppe in Deutschland, die gerade bei dieser Klientinnengruppe ein so gutes und vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen vermag, das wiederum Grundlage für die effektive Bearbeitung von Risikofaktoren sein kann.

Es lag daher nahe, diesen Zugang zu nutzen, um Schwangeren, jungen Müttern und ihren Kindern in schwierigen sozialen oder psychosozialen Lebenssituationen d. h. mit Risikofaktoren, aufsuchende Hilfe auch jenseits der „normalen“ Hebammentätigkeit und vor allem während des gesamten ersten Lebensjahres eines Kindes anzubieten. Hierzu werden freiberuflich tätige Hebammen durch intensive und spezifizierte Fortbildung zu Familienhebammen ausgebildet. Ziel ist es, zukünftige Familienhebammen mit sozialrechtlichen und sozialpflegerischen Kompetenzen auszustatten, aber u. a. auch mit medizinischen Kenntnissen hinsichtlich der Versorgung und Entwicklung von Säuglingen, damit sie in der Lage sind nicht nur in Schwangerschaft und Wochenbett für das Wohl der betreuten Frauen zu sorgen, sondern auch während des gesamten ersten Lebensjahres des Kindes für dessen Wohl und für die Hilfe bei der Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Bindung helfend zur Verfügung zu stellen.

Diese Tätigkeit einer Familiehebamme gehört bisher nicht in den mit den Krankenkassen abrechenbaren Leistungskatalog der Hebammen; die Finanzierung muss daher durch die nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) zuständigen kommunalen Jugendbehörden übernommen werden.

Da Personalstellen in den zuständigen Jugendämtern bzw. Gesundheitsämtern für Familienhebammen in den meisten Kommunen nicht zur Verfügung stehen, wurde von der im Jahr 2000 gegründeten Stiftung *Eine Chance für Kinder* in Kooperation mit dem Niedersächsischen Hebammenverband ein anderes Vorgehen für die aufsuchende Arbeit von Familienhebammen gewählt: Freiberufliche Hebammen sollten sich nach ihrer Fortbildung zu Familienhebammen bereit erklären, im Honorarvertrag neben ihrer „normalen“ Klientel auch eine bestimmte Wochenstundenzahl, z. B. 8-10 Stunden, für die Betreuung von Schwangeren, jungen Müttern und ihren Kindern in sozial schwierigen Lebenssituationen zur Verfügung zu stehen.

Der Name des von der Niedersächsischen Landesregierung geförderten Modellprojektes lautete „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter und ihre Kinder- Netzwerk Familienhebamme“ und verknüpfte zwei unterschiedliche Zugänge, die Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe durch Hebammen, um Schwangere und junge Mütter in schwierigen psychosozialen Lebenslagen zu unterstützen und zu stabilisieren. Diese

Verknüpfung war immer wieder eingefordert worden, zuletzt in einem Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2006 (BPTK, 2006).

Voraussetzung für die Auswahl als Projektkommune war eine halbe Personalstelle einer Sozialarbeiterin, die von dem dort zuständigen Jugendamt für die Koordination der Familienhebammen mit dem Jugendamt zur Verfügung gestellt werden sollte. Die Frage war, ob durch die aufsuchende Arbeit der Familienhebammen Schwangere und junge Mütter für Hilfen leichter erreicht, durch die frühe Hilfe Risikofaktoren eher erkannt und an ihrer Beseitigung erfolgreicher gearbeitet werden kann.

2 Material und Methode

Im Jahr 2001 begann die Stiftung *Eine Chance für Kinder* die Planung für das Projekt „Aufsuchende Familienhilfe für Mütter und ihre Kinder – Netzwerk Familienhebammen“. Für jede der drei beteiligten niedersächsischen Kommunen waren etwa 30 Betreuungsstunden pro Woche durch Familienhebammen veranschlagt worden. Mit Beginn des Jahres 2002 beteiligten sich drei Kommunen (Stadt Braunschweig, Landkreis Leer und Stadt Osnabrück) an dem Projekt, für das 11 freiberufliche Hebammen gewonnen werden konnten. Diese wurden berufsbegleitend zu Familienhebammen fortgebildet. Im April des Jahres 2005 kam die Stadt Hannover mit dem Einsatz von zwei Familienhebammen zu dem Projekt hinzu.

Insgesamt waren daher in den Jahren 2005 und 2006 in Niedersachsen 13 freiberufliche Familienhebammen im Einsatz. Jede der Familienhebammen hatte sich bereit erklärt, neben ihrer normalen Klientel auch für 8-10 Stunden pro Woche die Betreuung von Schwangeren/Müttern mit den oben aufgeführten sozialen Risikofaktoren zu übernehmen.

Die Dokumentation, wurde mit einem für dieses Projekt von dem Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover (IES) entwickelten standardisierten, mehrseitigen Erhebungsbogen durchgeführt und in den ersten drei Jahren von diesem Institut wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Für das Ausfüllen der Erhebungsbogen erhielten die Familienhebammen nicht nur eine ausführliche schriftliche Anleitung, sondern waren zu Beginn in einem Workshop mit der Dokumentation vertraut gemacht worden. Nach Ablauf der drei Jahre wurden die Familienhebammen auch weiter von der wissenschaftlichen Projektleitung begleitet. Für die Jahre 2005 und 2006 wurde die Auswertung durch die epidemiologische Abteilung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes vorgenommen.

Die Beantwortung der Fragen nach der Veränderung der Situation zum Ende der Betreuung (s. Tabellen 5-8) wurde von den Familienhebammen gemeinsam mit den von Ihnen betreuten Klientinnen vorgenommen.

Die im Folgenden vorgelegte Erhebung kann nicht für sich in Anspruch nehmen, nach streng wissenschaftlichen Kriterien, d. h. mit Fall- und Kontrollgruppen, gearbeitet zu haben. Aus unserer Sicht verbietet sich bei den anstehenden Fragestellungen

dieses wissenschaftliche Vorgehen schon durch die Vorgaben des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, erscheint uns aber auch aus ethischen Gründen problematisch, da eine Familie mit offensichtlichen Risikofaktoren nicht unbetreut bleiben kann. Wichtig war es für uns vielmehr Informationen über die Schwierigkeit des Zuganges, über die Akzeptanz der Hilfen, über die Einschätzung der betreuten Frauen und der betreuenden Hebammen, hinsichtlich des Erfolgs der Hilfe, und andere Aussagen zu haben.

3 Ergebnisse

In den 5 Jahren des Pilotprojektes, d. h. bis Ende 2006, wurden insgesamt 590 Familien bzw. Frauen und ihre Kinder betreut. Von den betreuten Frauen waren 39,1 % allein lebend, wobei die Situation in den einzelnen Standorten (Tab. 1) etwas unterschiedlich war. So waren zwischen 35 und 40 % der Frauen allein lebend und ca. 11 % der Frauen lebten noch in der elterlichen Familie. Aber 14 Frauen d. h. 2 % waren obdachlos bei Beginn der Betreuung.

Tabelle 1: Lebenssituation der von Familienhebammen erreichten Frauen in den Jahren 2002-2006 (n=590)

	1		2		3		4		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
allein lebend	63	37,2	67	36,4	92	43,6	8	34,8	230	39,1
Mit Partner lebend	73	42,2	80	43,5	85	40,3	4	17,4	242	41,0
Bei Eltern lebend	16	9,3	26	13,6	19	9,0	5	21,7	66	11,0
obdachlos	6	2,9	3	1,6	4	1,4	1	4,3	14	2,0
Anderes (z. B. bei Großeltern, Mutter- und Kind-Haus)	14	8,1	8	4,3	11	5,2	5	21,7	38	6,2
Gesamt	172		184		211		23		590	

1 = Stadt Braunschweig, 2 = Stadt/ LK Leer, 3 = Stadt Osnabrück, 4 = Stadt Hannover

Bei Betrachtung der erforderlichen Betreuungsdauer ergaben sich erheblich unterschiedliche Zeiten in Abhängigkeit von der jeweils bestehenden familiären Situation. Sie lag für 42 % der erreichten Frauen bei 4-9 Monaten und für 26 % bei 10 Monaten und mehr. Bei 23 % war eine Betreuungsdauer von lediglich 1-3 Monaten erforderlich. Dies zeigt, dass durchaus auch schon kürzere Betreuungszeiten ausreichend sein können, um eine effektive Unterstützung der Mütter zu erreichen.

Da allgemeine Übereinstimmung darüber herrscht, dass die Erfolge der Prävention umso besser sind, je früher mit der Betreuung begonnen werden kann, zielt eine wesentliche Frage auf den Zeitpunkt, zu dem die aufsuchende Betreuung begonnen werden konnte. Immerhin fast 60 % der Frauen konnten bereits während der Schwangerschaft erreicht werden (Tab. 2); bei durchschnittlich weiteren 27 % konnte der Erstkontakt während des Wochenbettes hergestellt werden. Der Unterschied zwischen

den einzelnen Standort für die Häufigkeit dieser Erstkontakte war dabei gering. Da nur bei 14 % der Mütter der erste Kontakt erst nach dem ersten Lebensmonat des Kindes erfolgte, kann man folgern, dass in der überwiegenden Zahl der Betreuungen das Ziel eines möglich frühzeitigen Erstkontaktes erreicht werden konnte. Dies allein unterstreicht schon die Bedeutung der aufsuchenden Familienhebammenarbeit. Ein derartiger früher Zugang bei Schwangeren mit Risikofaktoren wäre durch aufsuchende Betreuung durch Sozialarbeiter nicht möglich gewesen.

Tabelle 2: Lebensphase, in der die Frauen erreicht wurden (n=590)

	1		2		3		4		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Während Schwangerschaft	106	61,6	108	58,6	119	56,4	14	60,8	347	58,8
Während Wochenbett	40	23,2	52	28,3	60	28,4	6	26,1	158	26,8
Nach dem ersten Lebensmonat des Kindes	26	15,1	24	13,1	32	15,2	3	13,1	85	14,4
Gesamt	172		184		211		23		590	

1 = Stadt Braunschweig, 2 = Stadt/ LK Leer, 3 = Stadt Osnabrück, 4 = Stadt Hannover

In Tabelle 3 sind die Altersgruppen der betreuten Frauen aufgeführt. Fast 22 % der Schwangeren bzw. Mütter waren unter 18 Jahren und sind damit den „Teenie-Müttern“ zu zurechnen. Aber auch etwa 22 % waren älter als 27 Jahre.

Tabelle 3: Alter der erreichten Frauen

	n	%
< 18 Jahre	127	21,9
19 – 21 Jahre	173	29,4
22 – 27 Jahre	160	27,2
> 27 Jahre	127	21,5

Der Zugangsweg einer Familienhebamme zu einer Schwangeren oder jungen Mutter war sehr unterschiedlich (Tab. 4). Zusammengefasst war bei 46 % das Jugendamt selbst die zuweisende Stelle gewesen. Dies war jedoch von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich. Während im Landkreis Leer bei fast 80 % der Frauen eine Betreuung nach Beauftragung durch das Jugendamt zustande kam, war dies in der Stadt Braunschweig nur bei etwas über 20 % der Fall. Eine weitere wichtige Zuweisungsmöglichkeit waren die verschiedenen Beratungsstellen wie z. B. Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Arbeitsagenturen oder Suchtberatungsstellen. Mit knapp 15 % Zuweisung durch Ärzte in Klinik (9,6 %) und Praxis (6,4 %) war der Anteil der Zuweisung durch diese Institutionen noch vergleichs-

weise gering. In Zukunft wird es erforderlich sein, Ärzte in Klinik und Praxis noch intensiver in ein Netzwerk der Beobachtung von Mutter und Kind mit einzubeziehen.

Tabelle 4: Zugang der Familienhebamme zu den Klientinnen

	n	%
Durch Jugendamt	274	46,5
Bereits eigene Klientin	32	5,4
Durch Klientin selbst	56	9,5
Durch beratungsstelle (z.B. pro familia, Jobcenter)	106	18,0
Geburtshilfliche Klinik	57	9,6
Arzt/Ärztin	38	6,4
Familienangehörige	14	2,4
Sonstige	13	2,2

Erwartungsgemäß war nur ein sehr kleiner Teil der Mütter (7 %) regelmäßig erwerbstätig, während der größte Prozentsatz mit 49 % Bezieherinnen von Arbeitslosengeld 2 („Hartz IV-Empfängerinnen“) war. Über 20 % waren Schülerinnen oder Auszubildende; diese Mütter waren in Gefahr, ihre Ausbildung abubrechen und später in Langzeitarbeitslosigkeit zu fallen.

Während die bisher aufgeführten Daten die soziale Ausgangssituation bei Betreuungsbeginn darstellen, werden auf den folgenden Tabellen die verschiedenen Problemlagen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Elternschaft sowohl bei Beginn wie auch zum Ende der Betreuung dargelegt. Es handelte sich dabei um folgende Problemlagen:

- Probleme bei der Versorgung des Kindes
- Materielle Situation
- Erheblich beeinträchtigende Lebenssituation
- Probleme bei der Mutter- Kind- Beziehung

Die besten Ergebnisse hinsichtlich der Verbesserung der Ausgangssituation zeigten sich bei dem Thema „Probleme bei der Versorgung des Kindes“ (Tab. 5). Waren zu Beginn der Betreuung bei 28 % der Kinder ausgeprägte Pflegeprobleme ein wichtiges Thema gewesen, so bestanden diese bei Abschluss der Betreuung bei 55 % nicht mehr und waren bei weiteren 37 % deutlich gebessert. Lediglich bei 5 %, d. h. bei 9 Frauen, war auch zum Ende der Betreuung das Pflegeproblem noch relevant geblieben. Ähnlich gute Ergebnisse zeigten sich bei den Themen „Falsche Ernährung des Kindes“ sowie bei „schlechter körperlicher Zustand des Kindes. In 8 % bzw. 11 % war das Problem nicht lösbar gewesen, in allen übrigen Fällen war eine Problemlösung oder zumindest eine deutliche Besserung der Ausgangssituation möglich gewesen.

Tabelle 5: Problemlagen zu Beginn und Veränderung bei Abschluss der Betreuung (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während der Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problemlösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Probleme bei der Versorgung des Kindes								
ausgeprägte Pflegeprobleme	165	27,9	9	5,4	62	37,6	92	55,7
falsche Ernährung des Kindes wegen fehlendem Wissen	227	38,5	18	7,9	49	21,6	160	70,4
ausgeprägte medizinische Probleme bei dem Säugling	53	9,0	16	30,2	19	35,8	18	33,9
schlechter körperlicher Zustand des Säuglings	53	10,7	7	11,1	16	25,4	40	63,5

In Tabelle 6 sind die Veränderungen der vorwiegend sozialen Situation dargestellt. Bei zwei Parametern, „fehlende soziale Kontakte“ und „fehlende oder abgebrochene Ausbildung“ konnten die Familienhebammen deutliche Erfolge aufweisen. Vor allem bei der Herauslösung aus der sozialen Isolierung war eine Problemlösung in 30 % und eine deutliche Verbesserung in 45 % möglich. Wiesen zu Beginn der Betreuung 277 Frauen (46 %) eine fehlende oder abgebrochene Ausbildung auf, so hatten bei Ende der Familienhebammenhilfe 25 % davon eine Ausbildung abgeschlossen und weitere 30 % die Ausbildung wieder aufgegriffen.

Tabelle 6: Problemlagen zu Beginn und Veränderung bei Abschluss der Betreuung (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während der Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problemlösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soziale Situation								
Soziale Kontakte schwach oder fehlend	247	41,8	61	24,7	111	44,9	75	30,3
Schlechte materielle Lage	389	65,9	198	50,8	144	37,0	47	12,1
Fehlende oder abgebrochene Ausbildung	277	46,9	125	45,1	84	30,3	68	25,4
Fehlende Berufschancen (fehlende berufliche Bildung)	190	32,3	69	36,7	75	39,1	46	24,2

In dem Problembereich „Erheblich beeinträchtigende Lebenssituation“, d. h. vor allem im Bereich der Suchtkrankheiten und bei Gewalt in der Familie scheint auf den ersten Blick die Arbeit der Familienhebammen etwas weniger erfolgreich gewesen zu sein (Tab. 8). Wenn man jedoch die Schwere und Kompliziertheit der jeweiligen Problemlagen betrachtet, so erscheint eine Problemlösung im Bereich „Gewalttätiger Vater“ mit 26 % und eine deutliche Verbesserung von fast 35 % wiederum als ein gutes Ergebnis. Dasselbe gilt für „Suchtprobleme der Klientin“. Wenn in fast 20 % eine Problemlösung und in weiteren 43 % eine deutliche Verbesserung erzielt werden konnte, so ist auch dies in Wirklichkeit als großartiger Erfolg zu werten.

Tabelle 7: Problemlagen zu Beginn und Veränderung bei Abschluss der Betreuung (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während der Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problemlösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erhebliche beeinträchtigende Lebenssituation								
Mangelnde Selbstpflegekompetenz	171	28,9	48	28,9	60	35,1	63	36,8
Gewalttätiger Vater	109	18,2	42	38,5	38	34,8	29	26,6
Andere Partnerprobleme	232	39,3	83	35,8	93	40,1	56	24,1
Suchtprobleme der Klientin	135	22,9	50	37,0	58	42,9	26	19,2
Hemmnisse beim Zugang zum Gesundheitssystem	202	34,2	44	21,7	61	30,1	97	48,0

So wesentlich die vorher aufgeführten Fragestellung und deren Lösung sind, so ist der Erfolg bei der letzten Problemlage, „Probleme bei der Mutter-Kind-Beziehung“ (Tab. 8), gar nicht hoch genug einzuschätzen: Ob es sich um die Frage „ausgeprägte Überforderung der Mutter“, um „Ablehnung des Kindes“ oder sogar um das Thema „Zeichen von Kindesvernachlässigung“ handelt – bei 70-80 % der betreuten Frauen konnte das Problem gelöst oder zumindest erheblich gebessert werden. Bei der Problemstellung „Ausgeprägte Überforderung der Mutter“ sowie bei „sehr unsichere Mutter“ war die Problematik bei 19 % bzw. 27 % der betreuten Mütter auch am Ende der Betreuung durch die Familienhebamme nicht gelöst. Bei Abschluss der Betreuung durch eine Familienhebamme war in 39 % keine weitere Hilfe erforderlich, in 24 % erschien eine Begleitung der Klientin in bestimmten Situationen noch sinnvoll, in 31 % der betreuten Frauen war eine kontinuierliche weitere Betreuung als wichtig angesehen. Da die Familienhebammen in der Betreuungszeit eine gute Vertrauensbasis hergestellt hatten, war nach Ende des ersten Lebensjahres eines Kindes eine Übergabe in die weitere Beglei-

tung durch andere Berufsgruppen z. B. sozialpädagogische Familienhelferinnen gut und erfolgreich möglich.

Tabelle 8: Problemlagen zu Beginn und Veränderung bei Abschluss der Betreuung (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während der Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problemlösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erhebliche beeinträchtigende Lebenssituation								
Mangelnde Selbstpflegekompetenz	171	28,9	48	28,9	60	35,1	63	36,8
Gewalttätiger Vater	109	18,2	42	38,5	38	34,8	29	26,6
Andere Partnerprobleme	232	39,3	83	35,8	93	40,1	56	24,1
Suchtprobleme der Klientin	135	22,9	50	37,0	58	42,9	26	19,2
Hemmnisse beim Zugang zum Gesundheitssystem	202	34,2	44	21,7	61	30,1	97	48,0

Im Rahmen des Projektes waren zahlreiche weitere Faktoren erhoben und ausgewertet worden, die – zumindest für die ersten drei Jahre des Projektes – im Detail in dem im Internet veröffentlichten Projektbericht (Projektbereich für die Jahre 2002–2004) nachzulesen sind (www.eine-chance-fuer-kinder.de).

Auffällig war z.B., dass junge Frauen unter 18 Jahren nicht selten vor Beginn der Betreuung nicht mehr im Bildungssystem integriert waren. Durch den Einsatz der Familienhebammen war es bei 35 % der Klientinnen gelungen sie dazu zu bewegen, einen Schulabschluss zu machen sowie eine Ausbildung zu beginnen.

Nach Ablauf des Projektes und nach Präsentation der Ergebnisse zeigte sich insofern bereits ein Erfolg, als ab 01.01.2007 mehrere niedersächsische Jugendämter den Einsatz von Familienhebammen in ihr reguläres Hilfeangebot aufnahmen und aus dem Haushaltstitel „Hilfe zur Erziehung“ finanzieren: Im Jahr 2008 werden 154 Familienhebammen von insgesamt 32 niedersächsischen Jugendämtern regelmäßig eingesetzt.

4 Diskussion

Mit dem Modellprojekt „Aktion Familienhebammen“ (Collatz u. Rohde, 1986), das Ende der 70er Jahre in einer Kooperation der Universität Bremen mit der Medizinischen Hochschule aufgebaut worden war, wurde erstmals in Deutschland der praktische Versuch unternommen, durch den Einsatz von so genannten Familienhebammen, die bei einem Gesundheitsamt angestellt wurden, eine Lücke zu schließen zwischen medizinisch orientierter Betreuung und sozialer Unterstützung bei

schwangeren Frauen und jungen Müttern, bei denen mehrere vor allem soziale Risikofaktoren vorlagen. Damals lag allerdings das Ziel der Bemühungen in der Verminderung der im internationalen Vergleich hohen Säuglingssterblichkeit und weniger auf der Zielsetzung einer Verbesserung der Mutter-Kind-Bindung. Dieses „Bremer Modell“ wurde jedoch nur von wenigen Kommunen in anderen Bundesländern übernommen und konnte keine flächendeckende Ausbreitung finden. In Niedersachsen wurde lediglich in der Stadt Oldenburg ein Familienhebammen-dienst (Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern) eingerichtet. Andere Aktivitäten und Projekte gab es in Hamburg (Hülsmann, 2001; Harring u. Hülsmann, 2009) und in Schleswig-Holstein (www.schutzengel-flensburg.de).

Die Erfahrungen mit Familienhebammen, die an Gesundheitsämtern angestellt sind, zeigen, dass dieser Ansatz der aufsuchenden Hilfe durch diese Berufsgruppe trotz umfangreicher positiver Erfahrungen wenig Akzeptanz in der kommunalen Politik oder in der zuständigen Jugendverwaltung fand.

Auch wenn vor allem in der Ärzteschaft das Problem der Kindesvernachlässigung und der -misshandlungen seit vielen Jahren bekannt war, wurde es von der Öffentlichkeit und der Politik kaum wahrgenommen. Erst die Berichterstattung in den Medien über spektakuläre Fälle von tödlicher Kindesmisshandlung machten die Öffentlichkeit und die Verantwortlichen in der Politik auf das immer drängender werdende Problem nachhaltig aufmerksam. Daraus ergab sich der Zwang, nicht nur in der tradierten Weise mehr für den Kinderschutz zu tun, sondern auch andere, und von Experten längst angemahnte Instrumente in der Betreuung einzusetzen.

Die Stiftung *Eine Chance für Kinder* hatte das Konzept der aufsuchenden Betreuung durch Familienhebammen im Jahr 2001 aufgegriffen und implementierte im Jahr 2002 in drei niedersächsischen Kommunen ein Pilotprojekt mit dem Einsatz von freiberuflichen Hebammen, die zu Familienhebammen fortgebildet und in Familien mit sozialen Risikofaktoren eingesetzt wurden. Im Jahr 2005 wurden die ersten Ergebnisse für den Projektzeitraum von drei Jahren, d. h. für die Jahre 2002-2004, der Fachöffentlichkeit vorgestellt und veröffentlicht (Zierau u. Gonzales, 2005)

Die vorgelegte Auswertung der aufsuchenden Arbeit in dem Pilotprojekt für die Jahre 2002 bis 2006 belegt, dass die Problemlagen der betreuten Frauen sehr vielfältig und komplex sind. Sie treten auch nicht selten kumulativ auf und üben einen nachhaltigen Einfluss auf das wechselseitige Beziehungsgefüge zwischen dem Kind und der Mutter aus.

Die besten Ergebnisse der aufsuchenden Arbeit der Familienhebammen waren in folgenden Bereichen zu sehen gewesen:

- Abbau von Überforderung und Ängsten
- Verbesserung des Wissens
- Angemessene pflegerische Versorgung des Kindes
- Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung
- Verbesserung der gesundheitlichen Situation

Bei spezifischen Problemlagen wie Sucht, psychischen Erkrankungen und in Bezug auf die soziale Lage konnte in vielen Fällen ein besserer Umgang der Mütter mit den Kindern erreicht werden. Vor allem auch bei der Motivation zur Vollendung der schulischen und beruflichen Ausbildung konnte bei mehreren Müttern ein Erfolg verzeichnet werden.

Die Jugendhilfe erhielt mit dem Einsatz der Familienhebammen und der Scharnierfunktion der von den Jugendämtern für die Koordination freigestellten Sozialarbeiterinnen ein zusätzliches niedrigschwelliges und situationsgerechtes Angebot. Dabei hatte sich der interdisziplinäre Projektansatz besonders gut bewährt. Es gelang die freiberuflichen Familienhebammen und die Koordinatorinnen/Sozialarbeiterinnen vor Ort in handlungsfähige Teams zu formen, die in regelmäßigen Teamsitzungen durch Fallbesprechungen und kollegialen Austausch die Qualität ihrer Arbeit beständig sicherten und weiter entwickelten. Die wesentliche Funktion der Koordinatorinnen/Sozialarbeiterinnen lag dabei darin, die Familienhebammen im Hinblick auf den Umgang mit sozial schwierigen Problemlagen zu beraten und zu entlasten. Die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team war damit eine fachlich und organisatorisch günstige Konstruktion, um die Klientel in der Phase der Schwanger- und Mutterschaft für das Angebot zu öffnen.

Diese jetzt vorgelegten Daten, die über einen 5-jährigen Zeitraum erhoben wurden, zeigen, dass die Familienhebammen die gefährdete Klientel meist frühzeitig – in vielen Fällen bereits während der Schwangerschaft oder zumindest kurz nach der Entbindung – erreichen konnten. Sie machen ferner deutlich, dass die Familienhebammen bei Schwangeren und jungen Müttern die in vielen Fällen bestehenden Risikofaktoren erkannten, abbauen oder doch zumindest erheblich vermindern konnten. Entscheidend für den Erfolg der Familienhebammen war in erster Linie das gute Vertrauensverhältnis, das zwischen Familienhebammen und Klientinnen aufgebaut werden konnte. Keine andere Berufsgruppe ist in der Lage – allein schon durch die enge Kontaktmöglichkeit der körperlichen Untersuchung „ohne weißen Kittel“, diese unerlässliche Grundlage für eine nachhaltige Beeinflussung mütterlichen Fühlens und Handelns herzustellen.

Durch dieses gute Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Familienhebamme und durch den dadurch bedingten Abbau der emotionalen Barrieren zu den vorhandenen Hilfesystemen, konnte nach Beendigung der Betreuung durch die Familienhebamme bei Notwendigkeit die Betreuung an sozialpädagogische Familienhelferinnen übergeben werden. Es kann damit gezeigt werden, dass die aufsuchende Hilfe für Mütter und ihre Kinder durch freiberufliche Familienhebammen, die eingebettet ist in die sozialpädagogische Arbeit der Jugendämter, eine gute Möglichkeit zur Verminderung der Kindesvernachlässigung darstellt und damit die Forderungen der Jugendministerkonferenz aus dem Jahr 2006 erfüllt.

Auch in anderen Projekten z. B. bei „Keiner fällt durchs Netz“, das im Saarland und in einigen Kommunen Hessens durch Cierpka (2008) erprobt wird, werden Familienhebammen eingesetzt (2008).

Nach Ablauf der Projektphase im Jahr 2006 gelang es auf Grund der gezeigten Ergebnisse weitere niedersächsische Jugendämter für den Einsatz von Familienhebammen zu interessieren. Denn so wichtig es ist verschiedene Instrumente zu erproben, so unerlässlich ist es, dass diese Instrumente so gestaltet sind, dass sie finanzierbar und auch für den regulären Betrieb einsetzbar sind. Mit dem Modell Familienhebammen scheint dies in Niedersachsen gelungen zu sein, denn im Herbst des Jahres 2008 sind in 32 der niedersächsischen Kommunen insgesamt 154 Familienhebammen im Einsatz. Im Frühjahr 2009 werden es 200 Familienhebammen sein.

Damit ist es gelungen das Pilotprojekt „Aufsuchende Hilfe durch Familienhebammen“ in Niedersachsen in eine reguläre Hilfsmaßnahme zu überführen. Wichtig ist in der Folge nicht nur den Einsatz auszuweiten, sondern auch die Arbeit durch laufende Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung z. B. durch standardisierte Dokumentation, standardisierte Arbeitsanleitungen, sowie durch ständige und konsequente Fortbildung auf ein immer besseres Qualitätsniveau zu heben und dieses zu sichern.

Literatur

- Bennett, R. L., Tandy, L. J. (1998). Postpartum home visits: extending the continuum of care from hospital to home. *Home Healthc. Nurse*, 16, 294-303.
- Börjesson, B., Paperin, C., Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *J. Adv. Nurs.* 45, 588-594.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: WHO.
- BPTK [Bundespsychotherapeutenkammer] (2006). Positionspapier zu: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Bessere Früherkennung, Beratung und Behandlung. Berlin.
- Brazelton, T. B. (1990). Preventive approach to newborn infants, at risk, early intervention: what is its purpose? *Pediatrics*, 45, 491-503.
- Brisch, K.-H. (2002). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Capelleri, J. C., Eckenrode, J., Powers, J. L. (1993). *Am. J. Public Health*, 83, 1622-1624.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 45, 109-134.
- Cierpka, M. (2008). Keiner fällt durchs Netz – Projekt zur Primären Prävention. www.keinerfaeltdurchsnetz.de
- Cierpka, M. (2005). Besser vorsorgen als nachsorgen; Möglichkeiten der psychosozialen Prävention. In M. Cierpka (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Collatz, J., Rohde, J. J. (1986). Ergebnisse der Aktion Familienhebamme im Überblick. Evaluation eines Modellversuchs zur Verbesserung der Medizinischen Versorgung und gesundheitsdienlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. München.
- Colman, R. A., Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult relationships: a prospective study. *Child Abuse Negl.* 28, 1135-1151.
- Eckenrode, J., Zielinski, D., Smith, E., Marcynyszyn, L. A., Henderson, C. R. jr., Kitzman, H., Cole, R., Powers, J., Olds, D. L. (2001). Child maltreatment and the early onset of problem

- behaviour: can a program of nurse home visitation break the link? *Dev. Psychopathol.*, 13, 873-890.
- Egle, U. T. (2005). Langzeitfolgen früher Stresserfahrung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Evans, C. J. (1991). Description of a home follow-up program for childbearing families. *J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nurs.* 20, 113-118.
- Frank, R., Kopecky-Wenzel, M. (2002). Vernachlässigung von Kindern; *Monatsschr. Kinderheilkd.*, 150, 1339 -1343.
- Frank, R., Räder, K. (1994). Früherkennung und Intervention bei Kindesmisshandlung, Forschungsbericht. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen (Hrsg.). München.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E. (2004). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Harring, I., Hülsmann, R. (2009). Betreuung von Mutter und Kind durch Familienhebammen. www.liga-kind.de/pages/harr499.htm
- Helfer, R. E. (1990). The neglect of our children. *Pediatric. Clin. North Am.*, 37, 923-942.
- Hoffman-Plotkin, D., Twentymen, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioural and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child. Dev.*, 55, 794-802.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J. Health Soc. Behav.*, 42, 184-201.
- Hülsmann, R. (2001). Die Familienhebamme in Hamburg. In Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforshung (Hrsg.), *Kommunale Strategien zur Armutsprävention. Sonderrundbrief 2001*. Hannover: Netzwerk für örtliche und regionale Familienpolitik.
- Jugendministerkonferenz, 18./19. Mai 2006; TOP 8a: Familien stärken – Kinder schützen.
- Logsdon, M. C., Davis, D. W. (1998). Guiding mothers of high-risk infants in obtaining social support. *M.C.N.Am. J. Matern. Child. Nurs.*, 23, 195-199.
- Luntz, B. K., Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am. J. Psychiatry*, 151, 670- 674.
- Margolis, P. A., Stevens, R., Bordley, W. C., Stuart, J., Harlan, C., Keyes-Elstein, L., Wisseh, S. (2001). From concept to application: the impact of a community- wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 108, E 42.
- Nyström, K., Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J. Adv. Nurs.*, 46, 319-330.
- Schlack, H. G. (2003). Sozial benachteiligte Kinder – eine Herausforderung für die gemeinwesenbezogene Gesundheitsfürsorge; *Gesundheitswesen*, 65, 671-675.
- Schor, E. L. (2003). American Academy of Pediatrics Task Force on the Family; *Pediatrics*, 111, 1541-1571.
- Stevens, R., Margolis, P., Harlan, C., Bordley, C. (1996). Access to care: a home visitation program that link public health nurses, physician, mothers and babies. *J. Community Health Nurse*, 13, 237-247.
- Widom, C. S., DuMont, K., Czaja, S. J (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and co morbidity in abused and neglected children grown up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 64, 49-56.
- Widom, C. S., Ireland, T., Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children followed up: are they at increased risk? *J. Stud. Alkohol.* 56, 207-217.

- Williams, L. R., Cooper, M. K. (1993). Nurse-managed postpartum home care. *J. Obstet. Gynecol. Neonat. Nurs.*, 22, 25-31.
- Ziegenhain, U. (2006). Wie erkennt man vernachlässigte und gefährdete Kinder? *MMW Fortschr. Med.*, 148, 24-26.
- Ziegenhain, U. (2004). Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit. *Psychotherapeut*, 49, 243-251.
- Ziegenhain, U. (2002). Bedürfnis nach Liebe, Bindung und Welterkundung. In L. Salgo, G. Zenz, J. Fegert, A. Bauer, C. Weber, M. Zitelmann (Hrsg.), *Verfahrenspflegschaft für Kinder und Jugendliche. Ein Handbuch für die Praxis* (S. 106-113). Köln. Bundesanzeiger.
- Zierau, J., Gonzales, I. M. (2005). Modellprojekt Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter-Netzwerk Familienhebammen, Ergebnisse der Evaluation, Hannover Herausgeber: Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER. www.eine-chance-fuer-kinder.de

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. A. Windorfer, Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER, Rühmkorfstr. 1, 30163 Hannover; E-Mail: info@eine-chance-fuer-kinder.de