

Problemfamilie – ein Fall für die Hebamme?

Eva Schneider

Zusammenfassung

Für Hebammen ist die Tätigkeit in Familien zu einem speziellen Arbeitsfeld geworden. Sie sind auf die Betreuung einer Risikoklientel spezialisiert und begleiten Familien in schwierigen sozialen Lagen bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Neben den medizinisch-pflegerischen und psychischen Aspekten nehmen sie insbesondere die sozialen Belange der Elternschaft in den Blick. Durch ihre aufsuchende, niedrigschwellige Tätigkeit haben sie einen guten Zugang zu den betroffenen Familien. Sie arbeiten als „Lotsinnen“ in den Familien und vermitteln bei Bedarf „Frühe Hilfen“ anderer Kooperationspartner eines Netzwerkes.

Abstract

Family midwives are a specialised branch of midwives, who are particularly trained in caring for high-risk clients. They assist families in critical social situations up to the first year of the baby's life. Apart from medical, nursing and psychological aspects they are principally concerned with the social issues that parents are faced with. Because their support is of a visiting, low-threshold nature they have convenient access to their clients. They act as guides to the families and if required they arrange for meetings with other cooperation partners within the relevant networks.

Schlüsselwörter

Hebamme – Funktion – Kooperation – Soziale Arbeit – Kinderschutz – Berufsbild – Familienhebamme

1. Einführung

„In den letzten Jahren ist in Deutschland der Blick geschärft worden für Kinder, die in Familien mit hohen psychosozialen Belastungen aufwachsen. Insbesondere Berichte von einigen Todesfällen nach schwerer Vernachlässigung von Kindern, die durch die Medien gegangen sind, haben die Öffentlichkeit aufgeschreckt mit Titeln wie zum Beispiel ‚Tatort Familien: Republik Rabenland – Ansicht einer argen Kinderstube:‘“ (Helming 2006). Auf die Frage, was die Regierung zu tun gedenke, um Fälle von Verwahrlosung bei Kindern zu vermeiden, antwortete Familienministerin von der Leyen: „Wir wollen ein Frühförderungsprogramm für diese Kinder anfangen, in dem Familienhebammen in die Familien gehen und stabilisierend wirken ...“ (Leyen 2005).

Bereits im Jahr 1980 war das Modell „Familienhebamme“ entwickelt und in einem dreijährigen Projekt erprobt worden. Damals wurde es als Instrument zur Verringerung des plötzlichen Säuglingstods eingesetzt: Familienhebammen sollten in Form der nachgehenden Fürsorge belastete Familien betreuen, die sonst von den Angeboten des Gesundheitswesens nicht erreicht wurden, und unter anderem eine Erhöhung der Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen bewirken. Nach einem anschließenden „Dornröschenschlaf“ (Knoop 2007) von über 20 Jahren ist dieser Ansatz heute wieder aktuell.

Die Hebammen spüren zurzeit in der Praxis, dass ihre Kompetenz mehr denn je gefragt ist. Als Kooperationspartnerinnen sind sie für Verbände der freien Wohlfahrtspflege, des Kinderschutzes, der Gesundheitsämter und andere mehr attraktiv, da sie einen niedrigschwelligen, nicht stigmatisierenden Zugang zur Klientel haben und die Familien frühzeitig – bereits während der Schwangerschaft – erreichen. Im Zuge der Novellierung des § 8a Sozialgesetzbuch (SGB) VIII – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung – wurde von der Jugendministerkonferenz unter anderem beschlossen, dass die Bereiche „Gesundheit“ und „Jugendhilfe“ stärker vernetzt werden sollen. Außerdem sollen besondere Angebote der Unterstützung für Risikofamilien bereitgehalten werden (Jugendministerkonferenz 2006). Doch nicht nur die allgemeine Sensibilisierung für die Lage von Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf nimmt zu, sondern insbesondere der Anteil der potenziell gesundheitsgefährdenden Faktoren steigt: Armut, Minderjährigkeit bei Eintritt einer Schwangerschaft, Migrationshintergrund, psychische Erkrankungen und so weiter.

Die Erwartungen an Hebammen haben sich verändert und ihr gesellschaftlicher Auftrag bei der Betreuung von Risikofamilien (dann als „Familienhebamme“) wird deutlich formuliert. Wie funktioniert nun dieses deduktiv und normativ unter politischem Zugzwang entwickelte Konstrukt in der Praxis? Wo und wie finden sich die Hebammen in diesem System wieder? Welchen Platz nehmen sie ein, welche Rolle fällt ihnen zu? Und nicht zuletzt: Wer ist zuständig für die Vergütung ihrer Leistung „zwischen Geburtshilfe und Sozialarbeit“ (Schneider 2004)? Seit dem Jahr 2006 werden jährlich zirka 250 Familienhebammen fortgebildet, dies unterstreicht die Bedeutung des Themas.

2. Berufsprofil einer Familienhebamme

Familienhebammen sind examinierte Kräfte, die auf die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren spe-

zialisiert sind. Ihre Tätigkeit liegt schwerpunktmäßig in der aufsuchenden Betreuung im häuslichen Bereich. Der gesundheitsfördernde und präventive Ansatz der Hebammenarbeit kommt dabei besonders zum Tragen. Darüber hinaus können sie auch im Sinne eines gemeindeorientierten Ansatzes tätig werden, zum Beispiel als Mitarbeiterinnen in Mutter-Kind-Gruppen in sozialen Brennpunkten oder in Stadtteilcafés (Redlich; Ströbele 2003). Ihr Profil ähnelt dem der Familiengesundheitshebammen.

Risiken, bei denen Familienhebammen tätig werden, sind Armut, Alkohol- oder Drogenabus, Minderjährigkeit, Migrationshintergrund, Inobhutnahme in der Anamnese, Gewaltproblematiken, psychische Erkrankungen und anderes mehr. Familienhebammen betreuen die Frauen und Familien bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Da die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen acht Wochen nach der Geburt enden, ist die Familienhebamme immer an eine Institution angebunden, die die Kosten für darüber hinausgehende Leistungen trägt. Außerdem fallen die Begleitung zur ärztlichen Untersuchung an, die Teilnahme an Hilfeplangesprächen, die Betreuung von Frauen, die nicht krankenversichert sind, vergebliche Hausbesuche oder die Betreuung Nichtversicherter. Alle diese Leistungen können nicht über die Kasse der versicherten Frau abgerechnet werden.

Unabdingbar für die Tätigkeit der Familienhebammen ist die enge Kooperation mit Netzwerkpartnerinnen und -partnern. Diese vermitteln Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf an die Hebammen, und umgekehrt vermitteln die Hebammen bei Bedarf an weiterführende Hilfen anderer Anbietenden.

3. Aktueller Stand und Fragestellung

Neben verschiedenen Berichten der wissenschaftlichen Begleitforschung gibt es eine Monographie, die auf einer Qualifikationsarbeit beruht und eine empirische Studie zum Handlungsfeld von Familienhebammen darstellt, sowie eine Expertise, die beim Bund Deutscher Hebammen erhältlich ist. Recherchierte Zeitungsartikel aus der Fachpresse spiegeln Fragestellungen aus berufspolitischer Sicht wider oder beschreiben Erfahrungen aus der Praxis. Quellen zur Betreuung vulnerabler Gruppen im Allgemeinen finden sich – erwartungsgemäß – in der Literatur aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, die sich aber in der Regel auf eine bestimmte Risikogruppe, wie zum Beispiel Drogenabhängige, bezieht.

Die Rolle der Familienhebamme kann unter drei Aspekten diskutiert werden:

- ▲ innerhalb des Berufsstandes;
- ▲ im Kontext anderer Angebote für Familien im sozialen, gesundheitlichen und staatlichen Bereich;
- ▲ im Hinblick auf ihren gesellschaftlichen Auftrag.

Vor dem Hintergrund, dass das Modell der Familienhebammen ein Konstrukt ist, das deduktiv entwickelt wurde und mit normativen Vorgaben arbeitet, ist ein Aufgreifen der Frage, wie die Hebamme ihre Rolle ausfüllt und wie sie innerhalb des Systems verortet ist, berechtigt. Bei der Darstellung der Ergebnisse fließen neben den literarischen Quellen meine persönlichen Kenntnisse mit ein, die ich im Rahmen meiner berufspolitischen Arbeit als Beauftragte des Berufsverbandes für den Bereich „Familienhebammen“ durch persönliche und telefonische Kontakte mit Kolleginnen und deren Arbeitgebern sowie aus meiner Referentinnentätigkeit in Familienhebammen-schulungen erworben habe.

4. Die Rollen der Familienhebamme

4.1 Berufsprofil Hebamme

In Deutschland gibt es 56 Hebammenschulen, die jeweils zwischen zwölf und 90 Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen. Die Ausbildung dauert drei Jahre und gliedert sich in einen theoretischen Teil von mindestens 1600 Stunden und einen praktischen Teil von 3000 Stunden. Zugangsvoraussetzungen sind neben der Anforderung an die schulische Bildung die Vollendung des 17. Lebensjahres sowie die körperliche und seelische Gesundheit einer Bewerberin. Das Ausbildungsziel ist wie folgt definiert: „Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewähren, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen“ (§ 5 *Hebammengesetz*, HebG).

Ausschließlich Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte sind berechtigt, Geburtshilfe zu leisten. Diese umfasst nach § 4, Absatz 2 HebG die „Überwachung des Geburtsvorgangs vom Beginn der Wehen an, Hilfe bei der Geburt und Überwachung des Wochenbettverlaufs ...“. Die Aufgaben, die der Hebamme entsprechend dem Ausbildungsziel obliegen, können vier Bereichen zugeordnet werden, bei denen es jeweils klinische beziehungsweise außerklinische Tätigkeitsfelder gibt:

- ▲ *Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung*: Beratung der Schwangeren, Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, Hilfeleistung bei Schwangerschafts-

beschwerden, Geburtsvorbereitung;

▲ *Entbindung*: Hilfe bei der Geburt im Krankenhaus, Hilfe bei einer außerklinischen Geburt, Hilfe bei einer Fehlgeburt;

▲ *Überwachung des Wochenbettverlaufs*: Hausbesuche, Beratung der Wöchnerin;

▲ *Nachgehende Fürsorge und gesundheitliche Aufklärung*: Mitwirkung in Mütterberatungsstellen, Mitwirkung in Still- oder Elterngruppen, gesundheitserzieherische Maßnahmen wie Aufklärung in allgemein bildenden Schulen. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nicht abrechenbar (*Schneider* 2006).

Hebammenhilfe steht jeder versicherten Frau zu. Die Hebammenleistungen werden entweder vom Arbeitgeber vergütet (angestellte Hebammen) oder direkt mit der Krankenkasse der betreuten Frau abgerechnet (freiberuflicher Bereich). Die Leistungen werden pauschal und unabhängig von der Dauer der Inanspruchnahme vergütet. Das heißt, je länger zum Beispiel ein Wochenbesuch dauert, desto geringer fällt der Stundenverdienst aus. Einige Leistungen sind hinsichtlich der Frequenz (Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen) oder der Häufigkeit (Geburtsvorbereitung) festgelegt. Für die häusliche Betreuung im Wochenbett ist die Dauer vorgegeben: Sie umfasst die ersten acht Wochen nach der Geburt. Wegegeld wird pro gefahrenem Kilometer erstattet. Tätig werden soll dabei die nächstwohnende Hebamme (*Hebammengebührenverordnung* 1997). Der Hebammenberuf ist auf selbstständige und alleinverantwortliche Betreuung physiologischer Verläufe in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgerichtet und hat dabei einen gesundheitsfördernden, präventiven und ressourcenorientierten Ansatz. Ausgehend von den „Standards of Care in Midwifery“ lassen sich Prinzipien der Hebammenarbeit beschreiben, wie dem, dass eine gute Beziehung zwischen einer schwangeren Frau und der Hebamme als entscheidend für eine erfolgreiche Betreuung angesehen wird. Aus den Standards lassen sich zwei wesentliche Betreuungsgrundsätze ableiten: Die Gesunderhaltung von Mutter und Kind und die Förderung der Kompetenz und Selbstbestimmung der Frau (*Sayn-Wittgenstein* 2007, S. 35-37). Die Hebamme bezieht die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte von Schwangerschaft und Elternschaft in ihre Betreuung mit ein. Die Versorgung ist familienorientiert und – zumindest in der häuslichen Betreuung – lebensweltlich ausgerichtet.

4.2 Berufsprofil Familienhebamme

Eingangs wurden die speziellen Merkmale der Tätigkeit der Familienhebammen geschildert: verlänger-

ter Betreuungszeitraum und Anbindung an einen Leistungsträger, Fokussierung auf eine Risikoklientel, intensive Netzwerkarbeit. Die grundlegenden Prinzipien ihrer Arbeit entsprechen denen der „normalen“ freiberuflichen Hebamme. Die Familienhebamme findet allerdings im Bereich der vulnerablen Betreuungsgruppen erschwerte Bedingungen für ihre Arbeit vor: Der Zugang ist schwieriger und muss in der Regel über Institutionen wie Jugendamt, Beratungsstellen und andere mehr vermittelt werden, der Betreuungsaufwand ist erhöht, etwa aufgrund einer Lernbehinderung von Eltern oder mangelnder Kenntnisse der deutschen Sprache. Hinzu kommen eventuell erschwerte Bedingungen beim – unbedingt erforderlichen – Vertrauensaufbau, denn viele Eltern dieser Betreuungsgruppe sind unter Umständen wegen vorheriger Erfahrungen mit Ämtern misstrauisch und schwer zugänglich geworden. Weitere Probleme können auftreten, wenn die Familien ihren Betreuungsbedarf nicht erkennen und daher nicht zur Mitarbeit motiviert sind oder die Betreuung sogar ablehnen (*Schneider* 2006).

Durch die besondere Not der Klientel fallen bei den Familienhebammen Tätigkeiten an, die nicht zu ihrem originären Spektrum gehören: Teilnahme an Hilfeplangesprächen, Begleitung der Schwangeren zur ärztlichen Untersuchung oder zu einem Amt (in anwaltschaftlicher Funktion), Absprachen mit anderen Betreuerinnen und Betreuern der Familien sowie Krisenintervention. Eine Fallbeschreibung verdeutlicht die Situation: „Der Kontakt zur Klientin entstand im März 2002. Sie war gerade 16 Jahre alt und aktuell im Krankenhaus mit vorzeitigen Wehen. Sie erwartete ihr erstes Kind. Das erste Treffen fand im Krankenhaus statt, das die Familienhebamme eingeschaltet hatte. Die Frau war zunächst erst ablehnend, meldete sich dann aber nach vier Wochen von sich aus. Der sehr viel ältere Kindsvater (42 Jahre) war gegen eine Hilfestellung für die Klientin. Er selbst war Ausländer und sein Kind sollte keinen Kontakt zu Deutschen haben. Nach der Diagnose, dass das Kind mit einer Behinderung zur Welt kommen sollte, willigte der Mann in eine Begleitung einmal die Woche ein. Die Begleitung in der Schwangerschaft war geprägt von den Ängsten bezüglich der Behinderung. In dieser Zeit gelang es auch, einen Kontakt zum Migrationsdienst herzustellen, um den unsicheren Aufenthaltsstatus der Frau zu klären. Als das Kind dann im Sommer geboren wurde, brach der Kontakt kurzzeitig ab. Durch Kooperation mit der Kinderklinik gelang es allerdings, die Frau kurz vor der Entlassung wieder aufzufinden. Eine ambulante Begleitung wurde von der Kinderklinik auf Grund der Behinderung des Kindes und der proble-

matischen Familiensituation dringend angeraten. Das Paar willigte in eine weitere Begleitung durch die Familienhebamme ein. Doch wie schon in der Schwangerschaft war die Klientin bezüglich der Hilfeleistung ambivalent. Sie wollte gerne Unterstützung, konnte sie aber nur sehr begrenzt annehmen, da seitens ihres Mannes und ihrer Herkunftsfamilie enormer Druck auf sie ausgeübt wurde. Ihre Fähigkeit als Mutter wurde daran gemessen, wie gut sie ohne Hilfe die Situation meisterte. Der Kindsvater, der mit einer anderen Frau verheiratet ist, die jedoch keine Kinder bekommen konnte, übte zunehmend Druck auf die Klientin aus. Er wollte noch ein weiteres, gesundes Kind bekommen. In kleinen Schritten arbeiteten wir an dem Selbstwertgefühl und an ihrer Bindung zum Kind. Im Herbst gelang eine Anbindung an das Frühförderzentrum mit von da ab wöchentlichen Besuchen“ (*Keller 2007*).

Der Übergang zur Elternschaft stellt immer eine Krise und Phase der Neuorientierung dar, der in belasteten Familien noch einmal schwieriger ist, da es ihnen oft an Ressourcen fehlt. Als hilfreich ist anzusehen, dass die Phase der frühen Elternschaft eine sensible Zeit für Verhaltens- und Bewusstseinsveränderungen ist, da die Eltern motiviert sind, „gute Eltern für das Kind“ zu werden (*Staschek 2007*).

Im Unterschied zur freiberuflichen Hebamme weist die Arbeit der Familienhebamme – neben dem üblichen familienorientierten Ansatz – eine Gemeindeorientierung auf. So arbeitet etwa die Familienhebamme beim Projekt „ADEBAR“ in Hamburg in einem Familiencafé mit. Dies ist ein offenes Angebot für Schwangere, Mütter, Väter und Kinder aus dem Stadtteil. In dieser Einrichtung besteht die Möglichkeit zu offenen Beratungen, Informationsveranstaltungen und Eltern-Kind-Gruppen. Die Angebote sind offen definiert. Der Zugang wird erleichtert durch minimale Anmeldeformalitäten (sofortige Beratungsmöglichkeit), keine Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme, Veranstaltungen mit großer Öffentlichkeit (wie Kindersachenflohmarkt), die grundsätzliche Möglichkeit, Kinder mitzubringen oder kostenfreie Angebote (*Redlich; Ströbele 2003*). Ein weiteres Beispiel für Gemeindeorientierung von Familienhebammen ist deren Tätigkeit an Schulen in sozialen Brennpunkten, wo sie über Schwangerschaft, Verhütung und anderes mehr aufklären und so im Rahmen des Unterrichts präventiv und gesundheitsfördernd tätig werden.

4.3 Schnittstelle Hebamme/Familienhebamme

Die Abgrenzung zwischen Hebammen und Familienhebammen ist nicht einfach, denn der Begriff „Fami-

lienhebamme“ ist nicht geschützt und wird unterschiedlich benutzt: So etwa sind Bremer Familienhebammen nicht unbedingt Hebammen, sondern auch Kinderkrankenschwestern. Es gibt Hebammen, die als Familienhebammen arbeiten, ohne eine spezielle Qualifikation zu besitzen, und es gibt freiberufliche Hebammen, die Risikofamilien betreuen. Als ich im Jahr 2006 in Nordrhein-Westfalen die erste Familienhebammenfortbildung eröffnete und die 20 Teilnehmerinnen fragte, welche von ihnen das Gefühl habe, bereits Familienhebammenarbeit zu leisten, meldete sich nur eine nicht!

Die jeweilige Zusammenarbeit wird unterschiedlich beschrieben: Es gibt Regionen, in denen freiberufliche Hebammen die ersten acht Wochen nach der Geburt betreuen und die Familien am Ende des abrechenbaren Zeitraums an die Familienhebammen weiterleiten. So werden die Ressourcen der Familienhebammen geschont. Der Beziehungsaufbau zur Frau/Familie muss allerdings zweimal geleistet werden. Dies gelingt nicht immer. In anderen Regionen werden vulnerable Frauen/Familien möglichst frühzeitig von der Familienhebamme übernommen und betreut.

Die Übernahme von „schwierigen Fällen“ ist bei den freiberuflichen Hebammen nicht beliebt: Die Wochenbesuche dauern länger als üblich und die Betreuung ist emotional und zeitlich aufwendiger. Dies wird mit der pauschalierten Honorierung nicht angemessen honoriert und mindert den Stundenlohn.

5. Aufgaben des Berufsverbandes

Im Bund Deutscher Hebammen sind zirka 15 000 Mitglieder (www.bdh.de) der Berufsgruppe zusammengeschlossen. Der Verband dient der Wahrung und Vertretung der Interessen seiner Mitglieder. In Zeiten sinkender Geburtenraten scheint sich die Betreuung von Familien mit Risiken als Betätigungsfeld für Hebammen anzubieten, und erstaunlich viele Hebammen sind motiviert, in diesem Bereich Fuß zu fassen. So schätzt eine Familienhebamme ihre Berufsaussichten als gut ein, da „kein Geburtenrückgang bei (der) Klientel zu verzeichnen ist“ (*Schneider 2007a*). Hinzu kommt, dass die Arbeit der Familienhebammen stark nachgefragt wird. So sagte eine Absolventin einer meiner Schulungsreihen: „Alle wollen uns“ (*Schneider 2007b*).

Auf den Berufsverband kommen in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben zu:

- ▲ Qualifizierungsmaßnahmen anbieten,
- ▲ Vergütungen der Leistungen aushandeln und
- ▲ Position beziehen.

Momentan gibt es eine Expertinnengruppe, die zu vier Aspekten des Themas Familienhebamme arbeitet: Berufspolitik, Curricula der Fortbildung, Erstellen einer Übersicht über laufende Projekte, Konzeptentwicklung für eine Weiterbildung (Janicke 2007).

Nachdem deutlich wurde, dass die Familienhebammentätigkeit nicht mit der originären Hebammenausbildung allein geleistet werden kann (Schneider 2005), gab der Verband die Erstellung eines Curriculums für eine entsprechende Fortbildung in Auftrag, die seit nunmehr zwei Jahren angeboten wird. Längerfristig ist die Entwicklung einer Weiterbildung angestrebt, damit auch die Berufsbezeichnung geschützt und die finanzielle Eingruppierung geregelt werden kann.

Nach einem Gespräch der Expertinnengruppe „Familienhebammen“ mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hinsichtlich der Leistungsvergütung sind nun weitere Treffen mit Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien und Krankenkassen geplant (Janicke 2007). Da die Krankenkassen eine Finanzierung der Tätigkeit der Familienhebammen wegen ihres „überwiegend sozialen“ Charakters ablehnen, darf man auf die weitere Entwicklung gespannt sein.

„Der Bund Deutscher Hebammen zeigt sich erleichtert, dass der Staat Mittel zur Verfügung stellen will, um ein engeres Netz von Beratungs- und Betreuungsangeboten für Schwangere, Familien und Kleinkinder zu schaffen. ‚Das ist längst überfällig‘, so Helga Albrecht, die Präsidentin des Bundes Deutscher Hebammen ‚und auch die sicherste Möglichkeit, um frühzeitig Frauen und Familien zu finden, die Hilfe benötigen: Dagegen hält der Verband nichts von staatlichen Zwangsmaßnahmen oder der Koppelung der kindlichen Vorsorgeuntersuchungen an das Kindergeld“ (Bund Deutscher Hebammen 2006a). Es wird befürchtet, dass die Erwartungen an den Hebammenstand überfrachtet werden, dass Hebammen Funktionen übernehmen und – schlimmstenfalls – für etwas haftbar gemacht werden, was gar nicht zu ihrem originären Verantwortungsbereich gehört. In einem Brief des Verbandes an die Bundesministerin von der Leyen heißt es: „Mit Ihrer Forderung nach der Hebamme als Mitverantwortliche in einem Frühwarnsystem haben Sie vielen Ländern einen Denkanstoß gegeben ... Wir haben größte Bedenken, dass man sich einerseits ... auf die Familienhebammen verlässt und andererseits ... der Hebamme ein Verschulden anlasten kann“ (Bund Deutscher Hebammen 2006b).

6. Interdisziplinäre Kooperation

Da die Frauen mit sozialen Risikofaktoren in der Regel nicht von sich aus aktiv werden und sich an eine Hebamme wenden, sind Familienhebammen auf die Vermittlung durch andere Dienstleistende angewiesen. Voraussetzung für ein Tätigwerden der Hebamme ist das Einverständnis der Frau. Das Angebot der Hebammenhilfe steht jeder Frau zur Verfügung und beruht auf Freiwilligkeit:

▲ Eine Frau meldet sich in der Beratungsstelle, um Gelder aus der Stiftung „Mutter und Kind“ zu beantragen. Der Sozialarbeiterin fällt auf, dass die Schwangere nur unregelmäßig die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt. Sie fragt die Frau, ob sie damit einverstanden ist, dass Frau M., eine Hebamme, telefonisch mit ihr Kontakt aufnimmt. Sie informiert sie über die Angebote, die die Hebamme bereithält, und ermuntert sie, diese anzunehmen.

▲ In einem Krankenhaus beobachtet eine Kinderkrankenschwester, dass Frau S., eine junge Mutter, überaus unsicher im Umgang mit ihrem Baby ist und häufig einen überforderten Eindruck macht. Sie spricht Frau S. an und empfiehlt ihr, nach der Entlassung die Möglichkeit von Hausbesuchen einer Hebamme in Anspruch zu nehmen, die ihre Ansprechpartnerin in der ersten Zeit mit dem Säugling ist.

▲ Ein Mitarbeiter des Jugendamtes meldet sich bei der Familienhebamme und teilt ihr mit, dass ein Besuch bei Frau U. erforderlich ist. Frau U. ist minderjährig und zum zweiten Mal schwanger. Da ihr erstes Kind in Obhut genommen werden musste, ist eine Betreuung der jungen Schwangeren durch die Familienhebamme wünschenswert. Frau U. ist mit einem Besuch einverstanden.

Familienhebammen können in verschiedener Weise tätig sein. Im ursprünglichen und häufigsten Modell sind sie beim Gesundheitsamt angestellt. Einige Kommunen erhalten über den Anteil der Leistungen, die die Hebamme mit der Kasse abrechnen kann, eine teilweise Refinanzierung. Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Einzelfallhilfe und Gemeinwesenarbeit.

In der Gemeinwesenarbeit können sie Angestellte eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege sein. Sie arbeiten in der Regel im Team mit Sozialpädagogen oder Sozialarbeiterinnen. Schwerpunkte sind Einzelfallhilfe und integrative Arbeit im Stadtteil. Auch hier refinanziert sich ein Teil der Lohnkosten über die Leistungen, die nach der Hebammengebührenverordnung abgerechnet werden können.

Freiberufliche Hebammen übernehmen teilweise Aufgaben von Familienhebammen, sowohl hinsichtlich

des Zeitraums als auch der Art der Leistung – und zwar über den Rahmen der Hebammengebührenordnung hinaus. Der Landkreis, die Kommune oder das Land tragen die entstehenden Kosten. Freiberufliche Hebammen arbeiten dabei auf Honorarbasis wie zum Beispiel beim Niedersachsen-Modell (*Bund Deutscher Hebammen* 2004).

In einigen Modellen arbeiten Familienhebammen im Team mit Kinderkrankenschwestern, anderen Hebammen oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. In ein Team eingebettet zu sein, wird als hilfreich angesehen. Damit sind in der Regel auch interdisziplinäre Fallbesprechungen oder Supervisions-sitzungen verbunden. Die Schwierigkeiten, aber auch Chancen einer interdisziplinären Zusammenarbeit weisen strukturelle und kommunikative Merkmale auf. Diese können sich beispielsweise dann ergeben, wenn

- ▲ es keine deutliche Trennung der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten mit rechtlichen Fragestellungen, zum Beispiel hinsichtlich der Haftung, gibt;
- ▲ keine Strukturen für die Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Jugendhilfe vorhanden sind (so kann zum Beispiel eine Hebamme eine Kindeswohlgefährdung feststellen, erreicht aber am Wochenende niemanden im Jugendamt);
- ▲ der Informationsfluss fehlt, zum Beispiel bei der Übergabe vom stationären zum ambulanten Bereich;
- ▲ die Gratwanderung der Hebammen zwischen Vertrauensaufbau und Kontrolle nicht gelingt;
- ▲ die Qualifikation der (Familien-)Hebammen den Netzwerkpartnern nicht bekannt oder für sie nicht transparent sind;
- ▲ die Schweigepflicht der Hebammen den Austausch über ein Ereignis erschwert (nur im Fall einer angenommenen Kindeswohlgefährdung ist die Hebamme von ihrer Schweigepflicht entbunden);
- ▲ Konkurrenzdenken oder Berührungssängste bestehen;
- ▲ es keine „gemeinsame Sprache“ der Helferinnen und Helfer gibt.

Der rechtliche Aspekt erscheint mir außerordentlich wichtig und soll an dem Sachverhalt näher erläutert werden, dass es zu wenig Familienhebammen gibt – in vielen Kreisgebieten gar keine, und die Stadt Köln muss mit einer Familienhebamme auskommen! Daher gehört es notgedrungen zu ihrer Aufgabe, zu entscheiden, welche Familie sie annimmt, vorrangig behandelt oder ob sie delegieren kann. Vor diesem Hintergrund möchte ich aus dem Untersuchungsbericht über den verstorbenen, zweijährigen Kevin aus Bremen zitieren, bei dem die Verantwortlichkeiten der Beteiligten untersucht wurden: „Schließlich bleibt

anzumerken, dass der Ausschuss auch die Ablehnung der erneuten Betreuung der Familie durch die Familienhebamme auf die Anfrage des Casemanagers ... nicht nachvollziehen kann. Nach einem Vermerk des Casemanagers ... habe er die telefonische Auskunft bekommen, dass die Familienhebammen keinen Einsatz leisten könnten, da keine Kapazitäten frei seien ... Grundsätzlich hätte jedoch aus Sicht des Ausschusses eine Ablehnung der Begleitung der Familie aus Kapazitätsgründen angesichts der bekannten Risikosituation nicht erfolgen dürfen“ (*Bremische Bürgerschaft* 2007). An diesem Beispiel wird deutlich, dass es noch großen Klärungsbedarf bezüglich fallbezogener Zuständigkeiten der einzelnen Disziplinen im medizinischen und sozialen Bereich gibt.

7. Gesellschaftliche Erwartungen

Die Politik sieht sich durch erschütternde Nachrichten über verahrloste, misshandelte und ermordete Kinder veranlasst, Maßnahmen zu ergreifen. Auf der Grundlage des Koalitionsvertrages werden dafür Mittel zur Verfügung gestellt. Diese fließen in Projekte von Frühen Hilfen, sozialen Frühwarnsystemen und deren wissenschaftliche Begleitung und Evaluation. Leistungen der Gesundheitshilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und zivilgesellschaftliches Engagement sollen besser verzahnt werden. Im Fokus stehen Kinder aus sozial benachteiligten Familien vom vorgeburtlichen Alter bis zum Alter von drei Jahren. Als Vernetzungspartner im System werden aus dem Bereich der Gesundheitshilfe die Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Geburtskliniken, Pädiaterinnen und Pädiater sowie Kinderkliniken genannt (*Helming* 2006).

Was nicht geregelt ist, ist die Bezahlung der Hebammen, denen in diesem „sozialen Frühwarnsystem“ bestimmte Aufgaben zugewiesen werden: Sie sollen den Zugang zu den Familien herstellen, als Lotsinnen den Fall managen und zur Vermittlung in weiterführende Hilfen beitragen, Gespräche mit kooperierenden Stellen führen, sich an Hilfeplangesprächen und „runden Tischen“ beteiligen. Dies sind aber Leistungen, die nicht über die Krankenkasse der betreuten Frau abgerechnet werden können, da sie „sozialpädagogischen“ Charakter haben und nicht zu den originären Hebammentätigkeiten gehören. Sie können aber auch nicht unter die üblichen, pauschal vergüteten Leistungen bei Hausbesuchen subsumiert werden, da sie dafür viel zu zeitaufwendig sind. Hinzu kommen die Kosten für die notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen, die sich zwischen 200 und 1700 Euro (*Bund Deutscher Hebammen* 2007) bewegen, je nach Bezuschussung der Maßnahme. So finanzieren einige Landesregierungen (wie Thü-

ringen) die Fortbildungen sowie den nachfolgenden Einsatz der Familienhebammen (*Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit* 2007).

In der Presse sieht es ähnlich aus: Hebammen werden als Allheilmittel zur Kindeswohlsicherung gehandelt: „Familienhebammen als Schutz vor Vernachlässigung“ (*Radio Sachsen* 2007), „Bevor es zu spät ist: Neues Konzept gegen Vernachlässigung: Hebammen sollen Familien helfen“ (*Der Tagesspiegel* 2007), „Schon beim ersten Schrei: Spezial-Hebammen schützen Kinder von Anfang an“ (*Südwestfunkradio* 2007) und in dem Artikel „Sachsen-Anhalt: Sechstes totes Baby gefunden“ heißt es gar: „Eine wichtige Rolle dabei sollen Familienhebammen übernehmen, die über die Geburt eines Kindes hinaus Familien betreuen. Die Expertinnen verfügen über eine Zusatzqualifikation des Bundes Deutscher Hebammen, die vom Adoptionsrecht bis zur Zahngesundheit reiche“ (*Welt online* 2006). Stellt man die Erwartungen von Politik und Gesellschaft den Möglichkeiten des Berufsstandes gegenüber, müssen sich der Bund Deutscher Hebammen sowie auch jede einzelne Hebamme fragen: Wollen und können wir diesen Auftrag annehmen beziehungsweise wie müssen die Bedingungen aussehen, unter denen dieser Auftrag akzeptabel ist und gelingen kann?

8. Ergebnis und Ausblick

Zusammenfassend ist festzustellen: Familienhebammentätigkeit ist ein spezieller Zweig der Hebammenarbeit. Diese Tätigkeit ist auf die Betreuung einer Risikoklientel und die Begleitung vulnerabler Familien bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes fokussiert. Neben den medizinischen und psychischen nehmen Familienhebammen besonders die sozialen Aspekte der Elternschaft in den Blick. Durch ihre aufsuchende Tätigkeit haben sie einen guten Zugang. Sie benötigen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben eine Zusatzqualifikation. An der Schnittstelle zu anderen Anbietenden aus Gesundheits- oder Jugendhilfe arbeiten Familienhebammen als Teil des Netzwerks im System „Frühe Hilfen“. Sie arbeiten eng mit ihren Kooperationspartnern zusammen und vermitteln an diese oder werden von diesen vermittelt. Allgemeinverbindliche Strukturen für diese Zusammenarbeit gibt es bisher kaum. Die Politik möchte den guten Zugang der Hebammen zu den Familien nutzen und sie häufiger und zuverlässiger in das soziale Frühwarnsystem einbinden. Die Gesellschaft traut den Hebammen zu, dass sie Kinder vor Vernachlässigung und deren Folgen schützen können.

Die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Jugendhilfe ist in dieser Form neu. Das bedeutet, dass noch

an einigen Stellen zum Teil dringender Klärungsbedarf besteht, zum Beispiel

- ▲ bei der Schaffung von Strukturen der Zusammenarbeit;
- ▲ beim Umgang mit der Schweigepflicht;
- ▲ hinsichtlich der Qualifikation der Familienhebammen und der Vergütung ihrer Leistungen;
- ▲ in Bezug auf die Zuständigkeiten und Haftungsbestimmungen.

Außerdem müssen ein Konzept für ein Qualitätsmanagement, eine Kosten-Nutzen-Analyse sowie Konzepte interdisziplinärer Fallbesprechungen und Fortbildungen im Bereich sozialer Frühwarnsysteme erstellt werden.

Es ist davon auszugehen, dass es zu dieser Thematik noch viele Untersuchungen geben wird. So wird in Sachsen-Anhalt zurzeit der Einsatz von Familienhebammen evaluiert und in Rheinland-Pfalz ist bereits ein vergleichbares Modell konzipiert, durchgeführt und wissenschaftlich begleitet worden. Es entstehen immer mehr Qualifikationsarbeiten über den Zusammenhang von Sozialer Arbeit und Hebammenwesen und auch aus der Praxis werden Fragestellungen aufgegriffen und behandelt werden (müssen). Das Thema bleibt aktuell und spannend!

Literatur

- Bremische Bürgerschaft:** Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. Bremen 2007
- Bund Deutscher Hebammen:** Die Familienhebammen. Ergebnisbericht der AG Familienhebammen. Ohne Ort 2004
- Bund Deutscher Hebammen:** Pressehinweis für die Tagespresse 3. Januar 2006. Meckesheim 2006a
- Bund Deutscher Hebammen:** Brief an Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Ursula von der Leyen. Karlsruhe 2006b
- Bund Deutscher Hebammen:** Umfrage zur Fortbildungssituation von Familienhebammen. Karlsruhe 2007
- Der Tagesspiegel** am 28. Januar 2007. Berlin
- Hebammengebührenverordnung** von 1986/1997
- Hebammengesetz (HebG):** Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger 1985/2002
- Helming, E. und andere:** Kurzevaluation von Programmen von Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. München 2006
- Janicke, Lisa:** Familienhebammen – wie soll es weitergehen? In: HebammenForum 6/2007, S. 471
- Jugendministerkonferenz:** Familien stärken – Kinder schützen. Beschluss. Hamburg 2006
- Keller, Manuela:** Jahresbericht Familienhebamme. Bergisch Gladbach 2002
- Knoop, Christiane:** Aus dem Dornröschenschlaf erwacht. In: HebammenForum 6/2007, S. 426-430
- Leyen, Ursula von der:** Interview im Deutschlandradio Kultur am 1. Dezember 2005

Radio Sachsen 2007

Redlich, Alexander; Ströbele, Sabine: Adebar. Schnittstellenprojekt St. Pauli-Süd. Evaluationsbericht. Universität Hamburg 2003

Sayn-Wittgenstein, Friedericke zu: Geburtshilfe neu denken. Bern 2007

Schneider, Eva: Zwischen Geburtshilfe und Sozialarbeit. In: Dr. med. Mabuse 5-6/2004, S. 54-56

Schneider, Eva: Genügt die Hebammenausbildung für die Arbeit als Familienhebamme? In: Die Hebamme 2/2005, S. 101-103

Schneider, Eva: Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt am Main 2006

Schneider, Eva: Bedarf steigend, Ressourcen knapp. In: HebammenForum 6/2007a, S. 432-435

Schneider, Eva: Alle wollen uns. In: HebammenForum 6/2007b, S. 446-447

Staschek, Barbara: Expertise Familienhebammen. Bad Gandersheim 2007

Südwestfunkradio am 14. Februar 2007

Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaats Thüringen: Pressemitteilung vom 24. April 2007

Welt online am 27. November 2006

Primärprävention sexuellen Kindesmissbrauchs

Miriam K. Damrow

Zusammenfassung

Curriculare Primärpräventionsprogramme untergliedern sich in strukturelle und inhaltliche Elemente. Da der Inhalt Wirksamkeit und Nutzen definiert, werden die inhaltlichen Elemente von Primärpräventionsprogrammen gegen sexuellen Kindesmissbrauch kritisch analysiert und die Nachteile des Einsatzes aufgezeigt, welche die Qualität der Programme mindern. Als neuer Ansatz wird vorgeschlagen, die relevanten Informationen zum sexuellen Kindesmissbrauch und zu seiner Prävention problemzentriert darzubieten.

Abstract

Curricular primary prevention programs against child sexual abuse are subdivided into structural elements and elements of content. Critically assessed and evaluated, some of the traditionally favoured elements of content do not seem to come up to the quality standards required for primary prevention programs. As an alternative approach, it is suggested to include to the program only those components which are directly relevant to the problem, such as sexuality education and concise information on child sexual abuse.

Schlüsselwörter

Kindesmissbrauch – Prävention – Programm – Konzeption – Sexualität – Sexualerziehung

Einleitung

Curriculare aufgebaute opferorientierte Primärpräventionsprogramme, meist an Kinder und Jugendliche gerichtet, bestehen aus strukturellen und inhaltlichen Elementen. Unter strukturellen Elementen werden die Dauer des Programms, die Anzahl, das Alter und Geschlecht der Teilnehmenden, didaktische Methoden, Evaluationen und Follow-Ups subsumiert. Inhaltliche Elemente definieren, was den Teilnehmenden des Programms vermittelt wird. Diese Inhalte, historisch aus der Frauenrechtsbewegung abgeleitet, sind bei vielen Primärpräventionsprogrammen am Empowermentkonzept orientiert. Der Empowermentansatz verfolgt das Ziel der Stärkung von Kindern und Jugendlichen durch die Vermittlung von Fertigkeiten und Konzepten, die es ermöglichen sollen, sexuelle Übergriffe abzuwehren. Zu den Fertigkeiten zählen dabei das Nein-Sagen, das Berichten, Weglaufen, Sich-Wehren, sowie ein selbstbestimmter Körperkontakt. Zu den Konzepten zäh-