



kinderleicht!
Frühe Hilfen im Kreis Coesfeld

Kinderleicht – Frühe Hilfen im Kreis Coesfeld

Frühe Hilfen für Schwangere und junge Familien durch den
Einsatz von Hebammen und Familienhebammen

Evaluationsbericht

für den Projektzeitraum 01/2010 bis 06/2012

Kreis Coesfeld

Jugendamt

Projektkoordination „Frühe Hilfen“

Andrea Menschner

Schützenwall 18, 48653 Coesfeld

Email: jugend-und-familie@kreis-coesfeld.de

Der Kreis im Internet: www.kreis-coesfeld.de

Familienhebammen – Eine frühe Hilfe für (werdende) Eltern und Familien im Kreis Coesfeld

Die Früherkennung von Risiken für eine gesunde Entwicklung im frühen Kindheitsalter gelingt insbesondere bei Kindern im Alter von unter drei Jahren oft nur unzureichend, da die Möglichkeiten sozialer Kontrolle durch öffentliche Institutionen eingeschränkt sind bzw. fehlen. Besonders die Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter sind auf die Pflege und Versorgung der Eltern angewiesen. Bestehende Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind oder fehlende Unterstützung in psychosozial belasteten Lebenssituationen der Familie können zur Folge haben, dass Eltern ihre Aufgabe nicht bzw. nur unzureichend wahrnehmen. Familiäre Problemlagen können sich verschärfen und nicht zuletzt ein Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl darstellen. Eltern brauchen daher frühzeitig Unterstützung und eine enge Begleitung, um den Kindern möglichst von Anfang an ein gesundes Aufwachsen in der Familie zu ermöglichen.

Genau hier setzt das Kooperationsprojekt mit freiberuflich tätigen Hebammen und Familienhebammen in den „Frühen Hilfen im Kreis Coesfeld“ an. Die erhobenen Evaluationsergebnisse aus dem Projektzeitraum 2008/2009 (vgl. Projektbericht vom 31. März 2010) haben bereits deutlich gemacht, dass das Unterstützungsangebot der (Familien-)Hebammen Eltern frühzeitig im Rahmen ihrer medizinischen Betreuung bereits während der Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt erreicht. Es handelt sich dabei um Prävention, die in der Situation einsetzt, in der junge Eltern besonders zugänglich gegenüber Informationen und Hilfeangeboten sind und die zu einem Zeitpunkt greift an dem (noch) kein Anlass zu staatlichem Eingriff besteht. Die Berufsgruppe der Hebammen und Familienhebammen wird aufgrund ihrer medizinischen Ausrichtung zudem als eine angemessene und akzeptierende Betreuungsform für Schwangere und (junge) Mütter bzw. Eltern in dieser spezifischen Lebensphase bewertet und stellt damit eine gute Ergänzung im Hilfesystem der Kinder- und Jugendhilfe dar.

Im Rahmen ihrer aufsuchenden Arbeit leisten (Familien-)Hebammen alltagspraktische Unterstützung, zeigen niedrigschwellige Zugänge zu erforderlichen Angeboten auf und begleiten Eltern in andere Unterstützungssysteme. Sie übernehmen für die Familie eine Lotsenfunktion durch die verschiedenen Hilfesysteme. Die Kooperation mit den (Familien-)Hebammen verbindet gesundheitliche Intervention mit sozialer Arbeit und fördert nach den vorliegenden Erfahrungen die Vernetzung von sozialen und medizinischen Einrichtungen, Diensten und Fachkräften im Kreis Coesfeld (vgl. Projektbericht vom 31. März 2010).

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Struktur und Rahmenbedingungen des Kooperationsprojektes	4
II. Projektentwicklung im Überblick	5
III. Einsatzgebiete und örtliche Zuständigkeiten der (Familien-)Hebammen	6
1. Der Einsatz von Familienhebammen – Anforderungen und Qualitätsmerkmale	7
2. Auswertung der beendeten Hebammeneinsätze im Projektzeitraum Januar 2010 – Juni 2012	8
2.1 Angaben zur erreichten Zielgruppe	
2.2 Soziale und familiäre Situation der erreichten Zielgruppe	
2.3 Die gesundheitliche Situation des Kindes und Besonderheiten der Mutter-Kind-Beziehung	
2.4 Zugänge – Arbeitsinhalte – Kooperationen – Betreuungsergebnis	
3. Schlussfolgerungen und Empfehlung	18
4. Ausblick und Anforderungen nach dem Bundeskinderschutz- gesetz	19
Anhang	
Bundeskinderschutzgesetz	

I. Struktur und Rahmenbedingungen des Kooperationsprojektes

Kurz- beschrei- bung	Ein präventiver Handlungsansatz medizinischer und (psycho-)sozialer Vorsorge und Unterstützung in interdisziplinärer Kooperation zwischen dem Kreisjugendamt und examinierten, freiberuflich tätigen Hebammen und zertifizierten Familienhebammen. Die Betreuung durch eine (Familien-)Hebamme ist ein aufsuchendes und freiwilliges Angebot für Eltern.
Zielgruppe	(Junge) Schwangere und (werdende) Eltern, die <ul style="list-style-type: none"> • einen eigenen Bedarf an Informationen, Beratung oder Unterstützung haben, • über geringe Bewältigungsressourcen verfügen • in Belastungssituationen und/oder mit erkennbaren medizinischen Risiken leben.
Ziele des Projektes	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellen eines Zugangs zu belasteten Frauen bereits in der Schwangerschaft • Möglichst frühzeitige Wahrnehmung von Risikokonstellationen • Stärkung mütterlicher Kompetenz in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit • Vermittlung erforderlicher und angemessener Präventions- und Interventionsmaßnahmen.
Auftrag und Ziel- setzung im Rahmen der Einzel- fallarbeit	<p>Hebammeneinsatz im Rahmen der primären Prävention: <u>Zielgruppe:</u> „gesunde“ Familien, trotz erhöhter Belastungsfaktoren <u>Zugang:</u> über das berufliche Umfeld der Hebamme, Kooperationspartner im Netzwerk „Frühe Hilfen“, Eigeninitiative der Frau <u>Voraussetzung:</u> Freiwilligkeit der Eltern <u>Niedrigschwelligkeit:</u> ohne Kontakt zum Jugendamt <u>Auftrag:</u> Stabilisierung familiärer Lebensumstände, Förderung elterlicher Kompetenzen.</p> <p>Hebammeneinsatz im Rahmen der sekundären Prävention: <u>Zielgruppe:</u> Familien mit ausgeprägten Risikofaktoren und absehbaren Defiziten für das Kind <u>Zugang:</u> über Dienste des Jugendamtes (ASD, Vormundschaft), Kooperationspartner im Netzwerk „Frühe Hilfen“ <u>Voraussetzung:</u> Freiwilligkeit der Eltern oder „verordnete Betreuung“ gemäß § 27 (3) SGB VIII <u>Auftrag:</u> Früherkennung von Gefährdungspotenzialen, Verhinderung defizitärer Verläufe durch frühzeitige Unterstützung.</p>
Beauf- tragung der Hebamme	<ul style="list-style-type: none"> • fallbezogen durch das Jugendamt (ASD, interne Dienste), • Meldung aus dem örtlichen Hilfenetzwerk (Arzt, Beratungsstelle etc.), • im Anschluss an die originäre Tätigkeit der Hebamme (Wochenbett), • Selbstmelder.
Betreuungs- zeitraum	Der Betreuungszeitraum kann variieren, von wenigen Kontakten bis hin zu einer Begleitung bis zum Ende des 1. Lebensjahres des Kindes.
Arbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> • Die Hebammen haben ein Arbeitszeitbudget von 20 Stunden im

und Vergütung	Monat, <ul style="list-style-type: none"> • Vergütet werden die Tätigkeiten, die nicht über die Hebammengebührenordnung abgerechnet werden können, • Auf Nachweis wird eine Vergütung in Höhe von 40,00 Euro pro Einsatzstunde gezahlt. Dienstfahrten werden bei Entfernungen von mehr als 2 km mit einer Pauschale in Höhe von 0,58 Euro/km vergütet.
----------------------	---

II. Projektentwicklung im Überblick und Grundlage der Evaluation

2006/2007	Auftrag des Jugendhilfeausschusses zur Einrichtung und Erprobung „Früher Hilfen“ im Kreis Coesfeld
2008	Einstiegsqualifikation für alle Hebammen im Kreis Coesfeld
03.- 12.2008	1. Modellprojektphase mit 4 (Familien-)Hebammen in Senden und Ascheberg, bis Ende 2008 befristet
01.- 06.2009	Projektunterbrechung/ kein politischer Beschluss
07.2009- 06.2010	2. Modellprojektphase mit 4 (Familien-)Hebammen in Senden und Ascheberg, bis Juni 2010 befristet
03.2010	Begleitende Projektevaluation in Kooperation mit der FH Münster Auswertungszeitraum 2008 und 2009 (N=29 Fälle)
06.2010- 12.2012	politischer Beschluss zur Fortsetzung und zum kreisweiten Ausbau des Kooperationsprojektes, bis Ende 2012 befristet
2010/2011	Ergänzung des Hebammenteams um 2 zertifizierte Familienhebammen für den Nordkreis und Etablierung des Projektsansatzes im gesamten Kreisgebiet, insbesondere aber in den nördlichen Kreisgemeinden
06.2011	Neuverteilung der örtlichen Zuständigkeitsbereiche der Hebammen auf der Grundlage der Bedarfs- bzw. Auftragslage
08.2012	Entscheidung des JHA über die Überleitung der Modellkompetenz in die Regelversorgung der Jugendhilfe zum 01.01.2013.

Seit der Erprobung des Kooperationsprojektes im März 2008 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Auswertung der dokumentierten Familieneinsätze¹, wurden die (Familien-)Hebammen in insgesamt 107 Fällen im Kreisgebiet (ausgenommen Coesfeld und Dülmen) beauftragt. Für den Auswertungszeitraum von Juli 2009 bis Juni 2012 stehen 60 Dokumentationsbögen (N=60) über abgeschlossene Hebammeneinsätze zur systematischen Evaluation zur Verfügung.

¹ Abfrage des aktuellen Standes am 01. Juni 2012.

Bei der Bewertung des quantitativen Fallvolumens ist zu berücksichtigen, dass die Arbeit der (Familien-)Hebammen bis Juni 2010 ausschließlich auf die beiden Modellkommunen Senden und Ascheberg konzentriert war. Während der politische Beschluss vom 30.06.2010, über den kreisweiten Ausbau der (Familien-)Hebammenarbeit, mit den vorhandenen personellen Ressourcen im Südkreis kurzfristig umgesetzt werden konnte, waren für die Etablierung des Kooperationsprojektes im nördlichen Kreisgebiet zunächst einige projektorganisatorische Vorarbeiten (Akquirierung neuer (Familien-)Hebammen, Abwicklung eines Auswahlverfahrens, Werkvertrag vereinbaren, Öffentlichkeitsarbeit etc.) erforderlich, bevor die Hebammen ihre Arbeit aufnehmen konnten.

Für eine ganzheitliche Bewertung der Hebammenhilfe im Netzwerk der Frühen Hilfen werden außerdem nur abgeschlossene Betreuungsfälle in die Projektevaluation einbezogen. Die noch laufenden Hebammeneinsätze, in denen das Betreuungsergebnis noch offen ist, bleiben unberücksichtigt.

III. Einsatzgebiete und örtliche Zuständigkeiten der Hebammen und Familienhebammen² (seit Juni 2011)

Hebamme/ Familienhebamme*	Einsatzorte
Brümmer-Becker, Angelika	Ascheberg, Nordkirchen, Olfen
Mülstegen, Inka*	Ascheberg, Nordkirchen, Lüdinghausen
Olbrich, Lina	Senden, Nottuln
Walkenhorst, Andrea	Senden, Nottuln
Thüning, Annette*	Billerbeck, Rosendahl, Havixbeck
Werp-Rottmann, Heike*	Nottuln, Lüdinghausen, Olfen



² zertifizierte Fortbildungsreihe des Landeshebammenverbandes NRW, auf der Grundlage des Fortbildungs-Curricula des Bundesverbandes Deutscher Hebammen.

1. Der Einsatz von Familienhebammen – Anforderungen und Qualitätsmerkmale

Die Kooperation mit freiberuflich tätigen Hebammen und Familienhebammen wurde bereits auf der Grundlage der ausgewerteten Daten aus den Jahren 2009 und 2010 positiv beurteilt und als ein wertvoller Baustein im System der Frühen Hilfen im Kreis Coesfeld bewertet.

Der Projektansatz weist eine hohe strukturelle Qualität in vielerlei Hinsicht auf und erfüllt die fachpolitischen Anforderungen³, die an ein Konzept der Frühen Hilfen gestellt werden:

Geeignetheit: mit dem Angebot der aufsuchenden Hebammenhilfe setzt das Projekt in der Lebenswelt von schwangeren Frauen und jungen Müttern an.

Niedrigschwelligkeit: freiwillige, aufsuchende Hilfe für Familien mit wenigen eigenen Bewältigungsressourcen.

Früher Zugang: bereits in der Schwangerschaft bzw. im *frühen* Lebensalter des Kindes (Türöffner für die Kinder- und Jugendhilfe).

Erreichbarkeit: einer sonst nur „schwer erreichbaren“ Zielgruppe: Zugang zu Familien in belasteten Lebens- und Erziehungssituationen, die noch nicht in Hilfestrukturen eingebunden sind.

Primäre Prävention: Kindern „gesunde Lebenschancen“ geben, durch *frühzeitige* Stabilisierung familiärer Lebenslagen und Stärkung von Elternkompetenzen.

Sekundäre Prävention: *rechtzeitiges* Wahrnehmen von Risiken bzw. familiären Unterstützungsbedarfen und Bereitstellung von Hilfen zum Wohle des Kindes.

professionsübergreifende Kooperation: zwischen (sozial-)pädagogischen bzw. medizinischen Akteuren.

Vernetzung: von Angeboten des Jugendhilfe- und Gesundheitssystem und damit Schließen von Versorgungslücken.

generelle Verfügbarkeit und Implementierung in das Regelsystem: kreisweiter Ausbau der (Familien-)Hebammentätigkeit im Kreis Coesfeld und Überleitung der Modellkompetenz in den Leistungskatalog des Kreisjugendamtes.

³ vgl. Bericht und Empfehlung der Expertenkommission der Landesregierung „Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen“, 27. Januar 2010.

2. Auswertung der beendeten Hebammeneinsätze im Projektzeitraum 2010 bis 2012⁴

2.1 Angaben zur erreichten Zielgruppe

Die (Familien-)Hebammen haben mit ihrem niedrigschwelligen Unterstützungsangebot überdurchschnittlich Klientinnen in einem Alter von über 27 Jahren erreicht. Damit deckt sich dieses Ergebnis mit den ausgewerteten Daten im 1. Berichtszeitraum 2008/2009. Knapp die Hälfte der erreichten Frauen ist der Altersgruppe der 18- bis unter 27-Jährigen zugeordnet. Minderjährige Klientinnen wurden nur selten durch eine (Familien-)Hebamme betreut.

Die ausgewerteten Daten lassen somit die Schlussfolgerung zu, dass nicht ausschließlich das „junge“ Alter der Frauen (Minderjährigkeit) ein Indikator für die Aufnahme in das Projekt darstellt, sondern dass auch „erwachsene“ Frauen aufgrund fehlender persönlicher Reife, mangelnden Wissens oder bestehender Unsicherheiten im Umgang mit dem Säugling einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen können.

Die Mehrheit der erreichten Frauen lebte mit dem Kindesvater zusammen. Der Anteil der alleinstehenden Frauen ist demgegenüber niedriger ausgefallen.

Die Hälfte der erreichten Frauen waren Erstgebärende, die in ihrer ersten Schwangerschaft bzw. bei der Versorgung ihres ersten Kindes durch eine (Familien-)Hebammen betreut wurden. Folglich lebten etwa 50% der Frauen bzw. Eltern mehrheitlich mit einem weiteren Kind bzw. mehreren Kindern im eigenen Haushalt. Dieses Ergebnis wird unterstützt durch die fachliche Einschätzung der Hebammen, dass es den werdenden (Eltern) sehr häufig an persönlichen Ressourcen zur Versorgung und Pflege des Säuglings fehlt. Bei jeder dritten Familie sind mangelndes Wissen bzw. unzureichende Kenntnisse über die Grundbedürfnisse von Säuglingen oder die Zubereitung von säuglingsgerechter Nahrung, sowie die Unerfahrenheit im Umgang mit dem Kleinkind häufige Anlässe für eine Betreuung über die achtwöchige Wochenbettnachsorge hinaus.

Bezug nehmend auf den kulturellen Hintergrund belegen die erhobenen Daten, dass weniger als die Hälfte der erreichten Klientinnen einen Migrationshintergrund aufweisen. Scheinbar besteht bei Familien mit Migrationshintergrund eine deutlich höhere Hemmschwelle gegenüber Hilfeangebote aufgrund fehlender deutscher Sprachkenntnisse, mangelndem Wissen über das deutsche Gesundheitssystem oder religiöser Hintergründe.

⁴ unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse aus dem 2. Modellprojektzeitraum im Jahr 2009 (N=10).

2.2 Soziale und familiäre Situation der erreichten Zielgruppe

Die Hebammen und Familienhebammen haben mit ihrem aufsuchenden Angebot (schwängere) Frauen bzw. Eltern im Kreis Coesfeld erreicht, deren Lebenssituationen zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch materiell schwierige Problemlagen und/oder (psycho-)sozialen Belastungsfaktoren geprägt waren. Danach war die aktuelle Lebenssituation der Frauen vermehrt durch einen geringen sozioökonomischen Status gekennzeichnet. Besonders häufig angegeben wurden nachfolgende Merkmale:

Tabelle 1:

Indikatoren zur Bewertung der aktuellen Lebenssituation
eingeschränkte Bildungs- und Erwerbschancen: keine Erwerbstätigkeit, häufig dokumentierter Hausfrauenstatus
fast 50% der betreuten Familien leben im Leistungsbezug gem. SGB II, als vom eigenerwirtschafteten Einkommen
geringe bzw. teils fehlende materielle Ressourcen: z.B. unzureichende Säuglingsausstattung, Spielzeug
beengte Wohnverhältnisse: zu geringer Wohnraum für die Anzahl der Familienmitglieder
kein kindgerechter Wohnraum (d.h. kein Kinderzimmer)
Schuldenanhäufung

Neben einem erhöhten Armutsrisiko bedeuten die dargestellten Angaben zur Erwerbs- und Einkommenssituation, dass den erreichten Familien vor dem Hintergrund ihrer finanziellen Ressourcen in der Regel nur begrenzte Möglichkeiten zur Verfügung stehen, am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzunehmen. Daraus können weitere Defizite resultieren, z.B. mangelnde soziale Kontakte.

Daneben wurden differenzierte Problemlagen dokumentiert, welche die schon belastenden Lebensumstände der erreichten Familien zusätzlich verstärkten und eine Betreuung durch die (Familien-)Hebamme begründeten. Häufig genannte Belastungsfaktoren waren:

- Partnerschaftskonflikte,
- Suchtmittelkonsum, auch in der Schwangerschaft (Abusus)
→ insbesondere Zigarettenrauchen,
- gesundheitliche Probleme der Frauen bzw. der Eltern
→ insbesondere somatische/psychische Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen,
- unbewältigte, traumatische Lebenserfahrungen
→ 50% der betreuten Frauen gaben hierbei Beziehungsprobleme in der Herkunftsfamilie an.

2.3 Die gesundheitliche Situation des Kindes und Besonderheiten der Mutter-Kind-Beziehung

Neben den persönlichen und sozialen Belastungsfaktoren waren in mehr als die Hälfte aller Familien medizinische Risikolagen, aber auch eine mangelnde pflegerische Versorgung des Säuglings ausschlaggebende Gründe für eine erweiterte Betreuung durch eine Hebamme bzw. Familienhebamme.

Nachfolgende Indikatoren zur Bewertung der gesundheitlichen Situation und der kindlichen Entwicklung wurden mehrfach dokumentiert:

Tabelle 2:

Indikatoren zum Gesundheitszustand	Merkmale/ Kennzeichen
Wachstumsverzögerungen	Small for Gestational Age (medizinische Bezeichnung für untergewichtig oder zu klein geboren bezogen auf das Reifealter des Säuglings), mangelnde Gewichtszunahme
Entwicklungsverzögerungen	motorischer Rückstand im Hinblick auf die Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit
Regulationsstörungen	Schlafstörungen, exzessives Schreien, stöhnen, Verspannungen, Unerreichbarkeit
schlechtes Gedeihen	z.B. aufgrund einer mangelhaften pflegerischen Versorgung des Kindes, insbesondere den Ernährungszustand betreffend
Verhaltensauffälligkeiten	aufgrund mangelnder sprachlicher Anregung, vermehrt aber mangelnde Bewegungsanreize, die sich wiederum auf die motorische Entwicklung des Kindes niederschlagen

Basierend auf den Erkenntnissen der modernen Säuglingsforschung sowie der Bindungsforschung ist eine stabile Mutter- bzw. Eltern-Kind-Beziehung ein zentraler Schutzfaktor für einen gesunden Entwicklungsverlauf des Kindes. Bei der Durchsicht der erhobenen Daten war auffällig, dass bei nahezu jeder Klientin in irgendeiner Weise Probleme in der Beziehung zu ihrem Kind vorlagen.

Besonders häufig dokumentiert wurden nachfolgende Merkmale zur Qualität der Mutter-Kind-Beziehung:

- emotionale Überforderung der Mutter, beispielsweise aufgrund eigener Deprivationserfahrungen (soziale Ausgrenzung) oder traumatischer Lebenserfahrungen der Klientin;
- damit einhergehend ein mangelnder emotionaler Austausch zwischen Mutter und Kind (u.a. Liebe, Zärtlichkeit, Feinfühligkeit, Bindung, Sicherheit);
- mehr als die Hälfte der erreichten Frauen fühlten sich darüber hinaus in ihrer Rolle als Mutter unsicher, z.B. aufgrund mangelnder Reife und unzureichendem Wissen

über die Säuglingsversorgung, oder fehlender Erfahrung im Umgang mit Kindern, da sie ihre erste Schwangerschaft war;

- in wenigen Fällen wurde auch eine körperliche Überforderung der Kindesmutter, aufgrund von gesundheitlichen Belastungen (vgl. Pkt. 2.2), genannt.

Die Ursachen für eine gestörte oder gar fehlende Eltern-Kind-Interaktion bei den im Projekt erreichten Familien sind nicht nur auf die eingeschränkten persönlichen Ressourcen der Frauen und ihren mangelnden emotionalen Steuerungsmöglichkeiten zurückzuführen. Hinzukommende Problemlagen, wie Konflikte in der Partnerschaft, eine fehlende materielle Grundsicherung oder eine fehlende Bindungsfähigkeit der Eltern aufgrund traumatischer Lebenserfahrungen in der Herkunftsfamilie (vgl. Pkt. 2.2) stehen in einem engen Zusammenhang mit der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und den frühkindlichen Entwicklungsauffälligkeiten, die von den (Familien-)Hebammen dokumentiert wurden.

Tabelle 3:

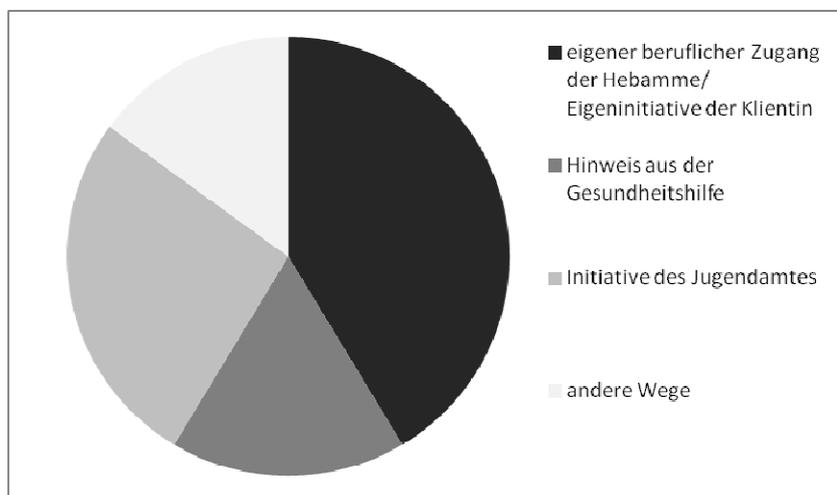
Indikatoren der erreichten Zielgruppe im Überblick (häufigste Nennungen!)
Alter: über 27 Jahre
Erstgebärende Schwangere
Aufnahme ø 21. bis 40. SSW oder Aufnahme nach dem Wochenbett: ø 3. Lebensmonat des Kindes
Sozialhilfe- / ALG II-Bezug
Mindestens ein sozialer / persönlicher Belastungsfaktor: z.B. - persönliche Ressourcen: Unerfahrenheit, Überforderung - Kein Schul- / Berufsabschluss - Gewalt- / Missbrauchserfahrung - Gesundheitsprobleme / Sucht - soziale Isolation - sonstiger Belastungsfaktor
Mindestens ein medizinischer Risikofaktor: z.B. - frühgeborenes Kind - Mehrlingsgeburt - Auffälligkeiten in der Kindesentwicklung - Pflege / Versorgung
Gestörte Mutter-Kind-Beziehung
sonstige Auffälligkeiten: z.B. - geringe Bewältigungsressourcen - unzureichende Schwangerenvorsorge

2.4 Zugänge – Arbeitsinhalte – Kooperationen – Betreuungsergebnis

a) Gestaltung der Zugänge in das Projekt

Bereits im letzten Auswertungszeitraum konnte mit den erhobenen Projektdaten belegt werden, dass der Einsatz von (Familien-)Hebammen ein situationsgerechtes Gesundheitsangebot in der Lebensphase Schwangerschaft und Geburt darstellt. In diesem neuen und häufig auch unsicheren Lebensabschnitt – rund um die Geburt – nehmen werdende Mütter und Väter, darunter auch hoch belastete Eltern, in der Regel medizinische Betreuungs- und Vorsorgeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wahr. Insbesondere in der ersten Schwangerschaft bzw. bei der Geburt des ersten Kindes sind Eltern auch gegenüber Beratungs- und Hilfeangeboten sozialer Dienste besonders zugänglich. Diese Einschätzung kann auf der aktuellen Datengrundlage erneut bestätigt werden.

Ogleich die Wege in das Projekt vielfältig waren, wurden die Klientinnen in fast 50% aller Familieneinsätze über den eigenen beruflichen Zugang der jeweiligen Hebamme bzw. Familienhebamme, beispielsweise bei der originären Wochenbettnachsorge, und auf Eigeninitiative bzw. eigener Anfrage der



Klientinnen, erreicht. Die guten Zugangsmöglichkeiten der Hebammen zum definierten Zielgruppenklientel erklären sich darüber, dass der Hebammenberuf traditionell positiv besetzt ist und grundsätzlich mit Hilfe, Unterstützung und Lebensabschnittsbegeleitung assoziiert wird. Ein großer Anteil der betreuten Familien hat auf Initiative des Jugendamtes das aufsuchende Unterstützungsangebot der (Familien-)Hebammen angenommen. Die Zuweisung in das Projekt erfolgte über den Allgemeinen Sozialen Dienst, aber auch der Pflegekinderdienst oder die Amtsvormundschaft haben im Einzelfall eine Hebammenunterstützung vermittelt.

Mehrfach genannt wurden darüber hinaus niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und andere freiberuflich im Kreisgebiet tätige Hebammen, die den Erstkontakt zwischen der Klientin und der im Projekt tätigen (Familien-)Hebamme hergestellt haben.

Die unterschiedlichen Zugangswege in das Projekt belegen, dass die Hebammen in einem gut funktionierenden Hilfenetzwerk, mit einer transparenten Angebotsstruktur, eingebunden sind.

Tabelle 4:

Frühe Hilfen im Kreis Coesfeld						
Lebensphase	Schwangerschaft	Geburt	Säuglinge	bis 3 Jahre	bis 6 Jahre	bis 14 Jahre
Hilfesystem						
Gesundheitshilfe	Hebamme					
Gesundheitshilfe	Familienhebamme					
Gesundheitshilfe	Frauenarzt					
Gesundheitshilfe	Hausarzt und Fachärzte nach Bedarf					
Gesundheitshilfe	Entbindungs- klinik					
Gesundheitshilfe				Kinderarzt, Kinderklinik, SPZ		
Freie Wohlfahrtspflege	Schwangerenberatungsstelle					
Öffentliche Jugendhilfe	Hilfe für junge Volljährige in der Schwangerschaft		Allgemeiner Sozialer Dienst: Hilfen zur Erziehung			
Jugendhilfe			Erziehungsberatung			
Freie Wohlfahrtspflege	Weitere Beratungsstellen ja nach Bedarf					
Jugendhilfe				Kindertages- einrichtung		
Jugendhilfe			Familienzentrum			

Diese Übersicht verdeutlicht, dass die gesundheitspräventiven Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft durch Gynäkologen/innen oder Hebammen, stationäre Entbindung im Krankenhaus, Schwangerschaftsnachsorge durch Hebammen im Wochenbett, kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen etc. – somit einen fast lückenlosen Zugang zu Professionellen der Gesundheitshilfe ermöglichen.

Neben den guten Zugangsmöglichkeiten werden die Leistungen des Gesundheitssystems weniger stigmatisierend und weniger beängstigend von Familien wahrgenommen – der Auftrag von medizinischen Akteuren scheint insgesamt eindeutiger zu sein. 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.

b) Inhalte der Hebammentätigkeit im Projekt

In fast allen Familieneinsätzen wurden die Frauen aus psychosozialen Gründen über die gesetzliche vorgegebene Wochenbettzeit⁵ von acht Wochen hinaus durch eine Hebammen oder Familienhebamme weiter betreut. Eine erweiterte Betreuung aus medizinischen Gründen lag hingegen in deutlich geringerem Maße vor. Ausgehend von dem angezeigten Betreuungsanlass differenzierten sich auch die Aufgabenschwerpunkte der (Familien-)Hebammen in dem Projekt.

Tabelle 5:

Dokumentierte Arbeitsinhalte der (Familien-)Hebammen im Rahmen der Familieneinsätze und Anzahl der Nennungen⁶ (N=60)

Arbeitsschwerpunkte innerhalb des primärpräventiven Auftrages der (Familien-)Hebammen		
1.	alltagspraktische Beratung und Begleitung in Bezug auf den Säugling	222
	Anleitung der Mutter zur Versorgung und Pflege des Säuglings	48
	Information und Wissensvermittlung über die kindliche Entwicklung und Grundbedürfnisse	47
	Praktische Anleitung zum Umgang mit dem Kind	49
	allgemeine lebenspraktische Beratung	40
	Stärkung der emotionalen Mutter- bzw. Eltern-Kind-Beziehung	38
2.	Medizinische Beratung und Betreuung	110
	allgemeine gesundheitsbezogene Beratung (z.B. Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen)	48
	Förderung eines allgemeinen gesundheitsbewussten Verhaltens, Einhaltung von Früherkennungsuntersuchungen	45
	Begleitung von Entwicklungsstörungen des Säuglings/ Kleinkindes	17
3.	Lebensberatung und Konfliktbewältigung	175
	Stärkung der Frau in ihrer Identität und in der neuen Mutterrolle, Empowermentstrategien, Förderung des Selbsthilfepotentials	36
	Gespräche über die gesamte neue Lebenssituation: z.B. Partnerschaft, Haushalt und ggf. Beruf	47
	Partner- und Familienberatung/ Erarbeitung von Problembewältigungsstrategien	24
	Aufhebung von Isolation durch Vermittlung von Gruppenangeboten und Förderung der Sozialkontakte der Mutter mit Kind	32
	Gemeinsame Entwicklung von Lebensperspektiven mit Kind	21
	Beratung zu rechtlichen und finanziellen Fragen, z.B. in Bezug auf Sozialleistungen: Säuglingsausstattung, Wohnungssituation	15

⁵ vgl. Hebammen-Vergütungsvereinbarung gemäß § 134a SGB V.

⁶ Mehrfachnennungen waren möglich.

Arbeitsschwerpunkte innerhalb des sekundärpräventiven Auftrages der (Familien-)Hebammen		
4.	Intervention und Vermittlungstätigkeit	74
	Anleitung und Kontrolle bei Vernachlässigung des Kindes	11
	Information und Beratung zu möglichen Hilfeangeboten und örtlichen Institutionen und Diensten im Hilfenetzwerk	38
	Begleitung zu Arztpraxen, Ämtern und anderen Hilfeeinrichtungen, nach Bedarf auch Transport	8
	Förderung der Akzeptanz von ambulanten Erziehungshilfen gemäß SGB VIII und Gestaltung des Übergangs zum Jugendamt	17
Tätigkeiten rund um den Einzelfall		
	Dokumentation im Einzelfall	
	Telefonate mit involvierten Hilfspartnern	
	Fallkonferenzen: kollegiale Beratung, Auftragsklärung, (anonyme) Fallreflexionen für laufende Betreuungsfälle durch das Jugendamt	
	Teamsitzungen mit der Koordinierungsstelle zur strukturellen Weiterentwicklung des Gesamtprojektes, Bedarfsfeststellung etc.	

Die differenzierten Angaben zu den inhaltlichen Beratungs- und Unterstützungsaufgaben der (Familien-)Hebammen bestätigen, dass die alltagspraktische Begleitung im Hinblick auf die Säuglingsversorgung sowie die psychosoziale Beratung in allen Lebens- und Problemlagen rund um die Geburt des Kindes im Vordergrund der Hebammeneinsätze standen.

Die Anzahl der Nennungen in Bezug auf die medizinischen Aufgabeninhalte macht deutlich, dass die Beratungsarbeit immer in die originären Nachsorgetätigkeiten der (Familien-)Hebammen eingebettet ist. Das unterstreicht die Niedrigschwelligkeit des Projektes und die hohe Akzeptanz der (Familien-)Hebammen bei den erreichten Eltern. Die Mehrfachnennungen in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen machen zudem deutlich, wie ausgeprägt der Hilfebedarf bei den erreichten Klientinnen tatsächlich war.

c) Kooperationsanforderungen und Vernetzungsarbeit

Die Komplexität der familiären Problemlagen und die dargestellten Unterstützungsbedarfe der erreichten Zielgruppe erfordern den Aufbau verbindlicher Kooperationen mit anderen gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen.

Die Evaluationsergebnisse aus dem Projektzeitraum 2008/2009 haben bereits belegt, dass die (Familien-)Hebammen mehrheitlich weitere Kooperationspartner aus dem örtlichen Hilfenetzwerk in den Betreuungsprozessen eingebunden haben (vgl. Projektbericht vom 31.03.2010). Die Beteiligung anderer Personen (z.B. der Lebenspartner) und/oder Institutionen *kontinuierlich* über den gesamten Betreuungszeitraum oder in *bestimmten Phasen* des Hebammeneinsatzes wird auf der

Grundlage des vorliegenden Datenmaterials erneut bestätigt.

Unter Berücksichtigung der Anzahl der dokumentierten Kooperationskontakte ergibt sich die nachstehende Reihenfolge der beteiligten Personen bzw. professionellen Institutionen:

1. Lebenspartner der Klientin/ Kindesvater,
2. Allgemeiner Sozialer Dienst des Jugendamtes Kreis Coesfeld,
3. Familienangehörige/ Freunde der Klientin,
4. niedergelassene/r Ärztin/ Arzt
5. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle,
6. sonstige Personen und Institutionen: Gesundheitsamt, therapeutische Praxen, Krankenkasse, Die Tafel, Krankenhaus, Polizei, Kindergarten, Ausländerbehörde etc.

Die Gründe für die Kooperationen innerhalb der (Familien-)Hebammeneinsätze waren vielfältig. Die nachstehenden einzelfallbezogenen Kooperationstätigkeiten wurden am Häufigsten dokumentiert:

- a) Beratung durch die (Familien-)Hebamme,
- b) Fallbesprechung und Klärung des weiteren Vorgehens,
- c) Vermittlung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten,
- d) kollegialer Fachaustausch (unabhängig vom Einzelfall),
- e) Informationsgewinnung für die eigene Arbeit,
- f) Konfliktbearbeitung,
- g) „Fallübergabe“ – Vermittlung an andere Dienste und Institutionen.

Die differenzierten Angaben zum Kooperationszweck bzw. -grund belegen, dass die Arbeit jeder (Familien-)Hebamme während des Beterungszeitraumes von Kooperationsbeziehungen geprägt war. Entsprechend der erhobenen Daten hatten die Projekthebammen vorrangig aus Beratungs- und Informationsgründen den Kontakt zu anderen Berufsgruppen und Institutionen im Kreis Coesfeld aufgebaut. Die Vermittlung ergänzender oder weiterführender Unterstützungsmöglichkeiten im Einzelfall wurde ebenfalls mehrheitlich als Kooperationsgrund angegeben. Die Angaben zu den beteiligten Kooperationspartnern aus den interdisziplinären Arbeitsbereichen, welche die Projekthebammen in ihrer Arbeit unterstützten oder die Betreuung der Klientin fortführten, geben einen Hinweis darauf, dass die (Familien-)Hebammen neben ihrer medizinischen und sozialen Betreuungstätigkeit auch eine Türöffner-Funktion in das soziale (Jugend-)Hilfenetz erfüllen konnten.

d) Beendigung der Betreuung und Ergebnisdokumentation

Die Auswertung der Daten zu der sozialen und familiären Lebenssituation der Klientinnen hat deutlich gezeigt, dass die erreichten Frauen bzw. Familien von vielfältigen Problemen und Belastungen betroffen waren.

Die erhobenen Daten dokumentieren übereinstimmend, dass die familiäre Lebenssituation durch die Unterstützung und enge Begleitung einer (Familien-)Hebamme grundsätzlich stabilisiert und in mehr als der Hälfte aller Familieneinsätze verbessert werden konnte.

Nach der Einschätzung der tätigen (Familien-)Hebammen konnte am Ende des Betreuungszeitraumes gar eine Verbesserung in den nachstehenden Lebensbereichen erzielt werden:

- Abbau von Überforderung und Unsicherheiten der Mutter,
- Erweiterung der mütterlichen (Fürsorge-)Kompetenzen,
- Verbesserung der emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind,
- angemessene pflegerische Versorgung des Kindes,
- verbesserte gesundheitliche Situation des Kindes,
- Annahme von weitergehenden Hilfen (außerhalb der Hebammenhilfe).

In den meisten Betreuungsfällen wurde der Hebammeneinsatz demzufolge regulär, d.h. vor Ablauf des Betreuungszeitraumes (nach durchschnittlich neun bis dreizehn Monaten), spätestens aber mit Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes erfolgreich beendet.

Bei einem Drittel der betreuten Familien blieb die Gesamtsituation in der Familie hingegen unverändert. Insbesondere die soziale und finanzielle Situation der Frauen (Berufsausbildung/ Erwerbstätigkeit; Schulden) konnte im Betreuungszeitraum nicht verbessert werden. Ebenso bestehende Partnerschaftsproblemen und gesundheitliche Beeinträchtigungen der Klientinnen konnten nicht abschließend bewältigt werden. In diesen Fällen wurde die Begleitung durch andere Stellen (Ehe- und Lebensberatungsstelle; Schuldnerberatungsstelle, Hausarzt u.ä.) fortgesetzt. Mütter bzw. Eltern mit geringen Ressourcen zur Alltagsbewältigung mit ihrem Kind, wurden mit Hilfe der (Familien-) Hebamme an die pädagogischen Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes vermittelt. In der Regel erfolgte eine Weiterbetreuung durch einen freien Träger der Jugendhilfe im Rahmen der „Hilfen zur Erziehung“.

In wenigen Familien wurde die Hebammenbetreuung vorzeitig bereits nach einem bzw. spätestens doch nach drei bis maximal fünf Monaten durch die Klientin aus folgenden Gründen beendet:

- Wegzug der Klientin aus dem Bezirk der (Familien-)Hebamme,
- Rückkehr der Klientin in ihr Heimatland,
- Ablehnung der Hebammenunterstützung durch den Lebenspartner.

3. Schlussfolgerungen und Empfehlung

„Frühe Hilfen“ für Schwangere, Familien und ihre Kinder im Kreis Coesfeld bedeutet

→ Ziele des Projektes:

1. Herstellen eines Zugangs zu belasteten Frauen bereits in der Schwangerschaft,
2. Bereitstellung von fördernden und unterstützenden Leistungen für Schwangere und Familien mit ganz jungen Kindern, entsprechend der angezeigten Bedarfssituation,
3. möglichst frühzeitige Wahrnehmung von Risikokonstellationen und Bereitstellung geeigneter Hilfen, bevor Beeinträchtigungen sich dauerhaft verfestigen und/oder gar Gefährdungslagen vorliegen,
4. Stärkung mütterlicher Kompetenz in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit
5. Vermittlung erforderlicher und angemessener Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

Diese Anforderungen bzw. vorangestellten Qualitätsmerkmale früher Prävention und Hilfen werden auf der Grundlage der dargestellten Projektergebnisse mit dem Kooperationsprojekt „Hebammen im Familieneinsatz“ umgesetzt. Die Ergebnisse aus dem evaluierten Berichtszeitraum 2008/2009 können mit den vorliegenden Daten aus 2010/2011 und den dargestellten Zusammenhängen bestätigt werden.

Dieses Beispiel aufsuchender Elternarbeit wird als ein geeigneter Ansatz bewertet, Kinder und ihre Eltern in belasteten Lebens- und Erziehungssituationen frühzeitig zu erreichen und ihnen rechtzeitig (im präventiven Sinne) Unterstützung und Hilfe anzubieten⁷.

Eine Aufhebung des Modellcharakters und Überleitung der Familienhebammenarbeit in das Regelsystem der Kinder- und Jugendhilfe wird nachdrücklich empfohlen.

⁷ vgl. dazu die Ergebnisse aus den evaluierten Bundesmodellprojekten „Früh Start - Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt“ sowie „Familienhebammen. Frühe Unterstützung - frühe Stärkung im Landkreis Osnabrück“ unter http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/00696_NZFH_Modellprojekte_Ergebnisse.pdf.

4. Ausblick und Anforderungen nach dem Bundeskinderschutzgesetz

Mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (in Kraft getreten am 01.01.2012) ist der Begriff der „Frühen Hilfen“ als präventive Aktionsform des staatlichen Wächteramtes zur Förderung und zum Schutz kleiner Kinder nunmehr legaldefiniert.

Mit Artikel 1 des BKiSchG wird das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) neu in den Kanon der Bundesgesetze eingeführt. Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern (§ 1 Abs. 1 KKG) und Eltern bei der Wahrnehmung ihres Elternrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen. Zu diesem Zweck sollen möglichst frühzeitige, koordinierte und multiprofessionelle Angebote der Information, Beratung und Hilfe schon während der Schwangerschaft sowie in den ersten Lebensjahren des Kindes vorgehalten werden (vgl. § 1 Abs. 4 KKG).

Neben dem strukturellen Aus- und Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes „Frühe Hilfen“ mit verbindlichen Kooperationen und Rahmenbedingungen vor Ort, soll der Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden (vgl. § 3 Abs. 4 KKG). Dieser Strukturaufbau wird durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ bis 2015 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt. Die genannte Bundesinitiative wird im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien durch Familienhebammen einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird.

Die Ausgestaltung der o.g. Bundesinitiative und des Fonds gemäß § 3 Absatz 4 KKG (z.B. Fördervoraussetzungen) ist in einer Verwaltungsvereinbarung⁸ zwischen dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Ländern, mit Wirkung vom 01. Juli 2012, geregelt. Ein entsprechendes Ausführungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalens, mit Regelungen zur Umsetzung der Vereinbarung liegt z.Z. noch nicht vor.

Anhang

1. Bundeskinderschutzgesetz

⁸ die Vereinbarung ist abrufbar unter http://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2012/Verwaltungsvereinbarung_3_KKG_2012.pdf