

# Modellprojekt FrühStart – Evaluation der Familien- hebammen in Sachsen-Anhalt

## Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen

### Hintergrund

Das Praxis-Projekt „Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ wurde 2006 vom Landeshebammenverband Sachsen-Anhalt e.V. und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt initiiert [1]. Im Projekt „FrühStart“, gefördert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, wurde es einer mehrdimensionalen Evaluation unterzogen [2]. Es wurden 33 Familienhebammen qualifiziert, deren Tätigkeit das Ziel hat, die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder in psychosozial und gesundheitlich hoch belasteten Familien durch ein niedrigschwelliges aufsuchendes Hilfeangebot zu fördern, ihre Interessen aktiv zu vertreten und so zu ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit beizutragen. Die Aufgaben der Familienhebammen beinhalten einerseits originäre Hebammentätigkeiten, andererseits werden die Familien von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr durch fachliche Beratung, Anleitung und Supervision emotional gestützt und verlässlich begleitet. Im Evaluationsprojekt wurden unter anderem folgende Forschungsfragen untersucht:

- Aufgrund welcher Kontakte kommt eine Betreuung durch die Familienhebammen zustande?
- Welcher Art und Frequenz sind die Kontakte der Familienhebammen zur Vernetzung und Zusammenarbeit mit

anderen Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs?

- Wie berichten und bewerten die Klientinnen die Zusammenarbeit der Familienhebammen mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs?
- Welche Sicht haben die Expertinnen auf ihre Vernetzung mit den Familienhebammen?

### Methoden

Die Evaluation des Projekts „FrühStart“ sowie der vorhandenen regionalen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen wurde mittels eines Mehrfach-Methodenansatzes vorgenommen, um gegebene methodische Einschränkungen weitestgehend zu vermeiden oder zu kompensieren und das komplexe Phänomen der Vernetzung der Familienhebammen und ihre Verankerung in den Frühen Hilfen möglichst umfassend zu verstehen. Weitere Bausteine der Evaluation, wie eine bis zu viermalige schriftliche Selbstauskunft der Frauen oder eine telefonische Nachbefragung nach Beendigung der Betreuung, sind nicht Teil dieser, sondern späterer Ergebnisdarstellungen, und werden deshalb methodisch nicht beschrieben. Generell ist in der Arbeit mit hoch belasteten Familien die Auswahl geeigneter Erhebungsmethoden hoch relevant, um die Akzeptanz sowohl der Intervention als auch der Evaluation möglichst wenig zu beeinträchtigen. Dieses

Ziel verfolgen die Dokumentationsanalyse sowie die Befragungen der Klientinnen, der Familienhebammen und der Expertinnen/Experten, die nachfolgend erläutert werden.

### Dokumentationsanalyse

Die Familienhebammen führten von Mai 2006 bis Dezember 2008 eine teilstandardisierte Dokumentation bei 757 Betreuungsfällen durch (93%<sup>1</sup> von insgesamt 814), um die Situation der Familie beziehungsweise des Kindes zu Beginn, im Verlauf und zum Abschluss der Begleitung festzuhalten. Quantitative Merkmale umfassten sozioökonomische und anamnestiche Aspekte, die Einschätzung der Kompetenzen der Mutter zur Versorgung des Kindes durch die Familienhebamme, die gesundheitsfördernden und psychosozialen Unterstützungsleistungen der Familienhebammen und die Vernetzungsbemühungen der Familienhebammen mit Akteuren der Frühen Hilfen. Qualitative Merkmale beinhalteten gesundheitliche Probleme der Mutter oder des Kindes sowie Ereignisse, Krisen oder Unfälle, die während der Betreuung auftraten.

<sup>1</sup> Die verbleibenden Betreuungsfälle wurden insbesondere zu Beginn der Evaluationsphase nicht von den Familienhebammen auf dem vorgegebenen Dokumentationsbogen erfasst.

In dieser Auswertung wurden unter dem Aspekt der Vernetzung insbesondere die Kontaktaufnahme der Klientin mit den Familienhebammen und die Kontakte der Familienhebammen mit anderen Akteuren der Frühen Hilfen (Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe) berücksichtigt. Es wurde eine deskriptive statistische Analyse der Daten hinsichtlich ihrer Frequenzen, zentralen Tendenz und Streuung vorgenommen.

### Standardisierte Befragung der Familienhebammen

Zu Beginn und zum Abschluss der Qualifizierung zur Familienhebamme wurden die 33 Teilnehmerinnen mit einem Fragebogen über ihre aktuelle Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe befragt. In der zweiten Hälfte der Weiterbildung nahmen die Familienhebammen die ersten Familien zur Betreuung an und stellten sich persönlich bei relevanten Akteuren der Frühen Hilfen in ihrer Stadt oder Region vor. Die Prä-post-Unterschiede bei ihren Angaben auf den fünfstufigen endpunktbenannten Intervallskalen (1=kein Kontakt; 5=enge Zusammenarbeit) wurden durch Mittelwertvergleiche ( $p < 0,05$ ) getestet.

### Teilstandardisierte Befragung von Klientinnen

Da das Erleben der Familienhebammenarbeit durch die Frauen besonders gut über interpretativ-hermeneutische Methoden erfasst werden kann, wurden zehn Klientinnen anhand eines einleitenden Narrationsstimulus und eines Interviewleitfadens mit offenen Fragen dazu befragt, wie sie sowohl die Betreuung durch die Familienhebammen als auch durch die Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs sowie deren Zusammenarbeit empfanden. Die aufgrund des engen Projektbudgets geplante kleine Stichprobe wurde mit dem Ziel ihrer Heterogenität hinsichtlich Parität, Alter, psychosozialer Belastung und kulturellem Hintergrund mittels des Theoretical Sampling [3] gezogen. Die Interviews von 30- bis 90-minütiger Dauer wurden den Wünschen der Teilnehmerinnen entspre-

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1158–1165 DOI 10.1007/s00103-010-1142-8  
© Springer-Verlag 2010

G.M. Ayerle · C. Luderer · J. Behrens

### Modellprojekt FrühStart – Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen

#### Zusammenfassung

Das Praxis-Projekt „Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ wurde einer mehrdimensionalen Evaluation unterzogen, um sowohl die subjektive Perspektive der Mütter als auch die Vernetzung der Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs zu erfassen. Neben der Analyse von 734 Dokumentationen und quantitativen Daten von 33 Familienhebammen erfolgten sowohl ein teilstandardisiertes Interview mit zehn Klientinnen (K) als auch problemzentrierte Experteninterviews mit 39 Akteuren. Deren inhaltliche Analyse erfolgte mittels offener Kategorisierung und anhand der Forschungsfragen. Aufgrund der Qualifizierung der Familienhebammen und der Betreuung hoch belasteter Familien verstärkte sich die Zusammenarbeit der Familienhebammen mit Akteuren des Sozialbe-

reichs hoch signifikant. Neben der Familienhebamme und dem Jugendamt spielen die Schwangerenberatungsstellen als „Gatekeeper“ eine wichtige Rolle. Ausschlaggebend für eine konstruktive Zusammenarbeit ist Vertrauen, das sich aus Klientenorientierung, Verfügbarkeit und anwaltschaftlichem Engagement der Familienhebammen speist. Während die Familienhebammen von Akteuren des Sozialbereichs als Vernetzungspartner angesehen werden, ist die Vernetzung mit Frauenarztpraxen und Kliniken nicht zufriedenstellend. Diese zu verbessern sollte Ziel zukünftiger Kooperationsbestrebungen sein.

#### Schlüsselwörter

Familienhebamme · Frühe Hilfen · Akteure · Kindeswohl · Vernetzung

### Project “FrühStart” – family midwives in Saxony-Anhalt. Their networking with other health care and child welfare professionals and subjective view of the families

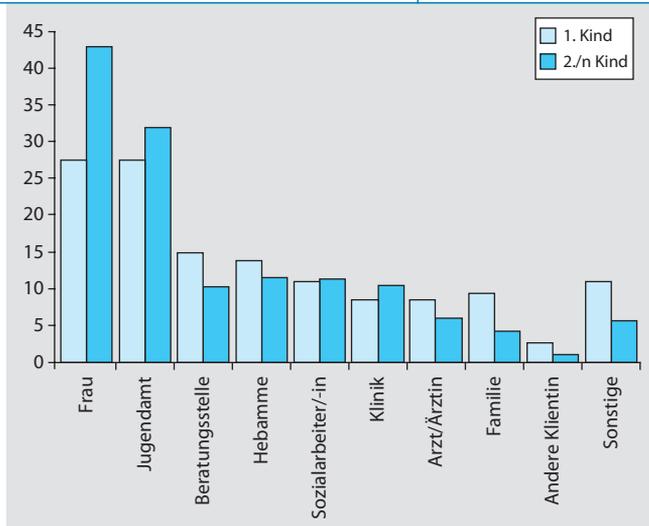
#### Abstract

The project “Family midwives in Saxony-Anhalt” was evaluated by a multidimensional approach in order to document the subjective perspective of the mothers as well as the networking of health care and child welfare professionals, while caring for highly vulnerable families. The documentation of 734 cases and quantitative data of 33 family midwives were analyzed. Ten mothers were interviewed and problem-focused expert interviews were carried out with 39 health care and child welfare professionals. The method of coding the interview texts was both open and guided by the research questions. After finishing the qualification course and while caring for highly vulnerable families, the networking of family midwives with child wel-

fare professionals significantly increased. Besides the family midwives and the youth welfare office, the antenatal counseling centers were important “gatekeepers”. An important ingredient for constructive networking and care for families is trust which draws on client-oriented care, availability, and advocacy by the family midwives. While the family midwives are respected as partners by the professionals of the child welfare system, networking with obstetricians and hospitals is unsatisfactory. In order to improve this, the latter must be a future goal.

#### Keywords

Midwife · Prevention · Health professionals · Child welfare · Counseling



**Abb. 1** ◀ Akteure/Personen, durch die der Kontakt der Frauen (mit einem ersten Kind beziehungsweise mit einem zweiten oder folgenden Kind) zu den Familienhebammen hergestellt wurde (Mehrfachangabe; %)

chend in ihrer Wohnung zu einem von ihnen gewählten Zeitpunkt von geschulten Interviewerinnen im Tandeminterview durchgeführt. Die Analyse der Interviews erfolgte nach der Methode der Grounded Theory unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA [4] mittels offengehaltener Kategorisierung der Daten. Dabei liefen die Datensammlung und -analyse teilweise gleichzeitig ab. Die im Interview-Postskriptum skizzierten Aspekte flossen in die Untersuchung der einzelnen Zusammenhänge ein.

### Experteninterviews mit Akteuren der Frühen Hilfen

Die Experteninterviews wurden mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens in drei unterschiedlich strukturierten Sozialräumen durchgeführt, um zu einem möglichst realistischen Abbild der Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt zu gelangen: in einer Stadt mit vier Familienhebammen, in einem ländlichen Gebiet mit zwei Familienhebammen und in einer kleinstädtischen Region ohne Familienhebamme. Neben den Kliniken und Jugendämtern wurden niedergelassene Frauen- und Kinderärztinnen<sup>2</sup>, Hebammen, Beratungsstellen, Sozialarbeiterinnen, Familienhelferinnen, Kindertagesstätten, die Polizei und Vereine ausgewählt. Die Auswahl der konkreten Interviewpartnerinnen erfolgte mittels

<sup>2</sup> Im gesamten Beitrag werden die Angaben zu Berufsgruppen in weiblicher Form dargestellt; männliche Vertreter sind hierbei mit gemeint.

Zufallsverfahren aus den tätigkeitsbezogenen Clustern (zum Beispiel das Cluster der Beratungsstellen, der Familienhelferinnen, der Kindertagesstätten) in jeder der drei Regionen und umfasste schließlich aufgrund der regional bestehenden Versorgungsvielfalt eine Stichprobe von 39 Akteuren.

Für die problemzentrierte Herangehensweise [5, 6] wurden den Expertinnen vier Fallvignetten vorgelegt, die exemplarische Fälle potenzieller Vernachlässigungen oder Misshandlungen von Kindern in dichter Beschreibung darstellten und in ihrer Komplexität eine interdisziplinäre und langfristige Versorgung im Netzwerk der Frühen Hilfen erforderten. Die Vorlage dieser Fallvignetten ergab zugleich einen Narrationsstimulus, auf die die Akteure mit Stegreiferzählungen reagierten. Das Gespräch wurde anhand eines Leitfadens von geschulten Interviewerinnen geführt und die Fälle zum Abschluss hinsichtlich wesentlicher Merkmale (wie Alter, Qualifikation, soziale Situation, Migrationshintergrund) moduliert.

Die Interviews wurden inhalts- und wortgetreu transkribiert und inhaltsanalytisch [7] mit der Software MAXQDA ausgewertet. Dabei wurden einerseits Schlüsselkategorien mittels offenen Herangehens [8] generiert und zyklisch in ihren Subkodes modifiziert, um die zugrunde liegenden Sinnmuster zu rekonstruieren. Andererseits wurden Kodierungen zielorientiert anhand der Fragestellungen und Fallvignetten vorgenommen [9].

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hatte keine Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Wahrung der Rechte der Teilnehmerinnen. Letztere gaben ihr schriftliches (Fragebogen, Dokumentation, Telefoninterview) oder mündliches (Interviews der Frauen, Experteninterview) Einverständnis.

### Ergebnisse

#### Kontakte zur Familienhebamme

Bei einem knappen Drittel der 734 betreuten Familien kam der Kontakt zu den Familienhebammen über das Jugendamt zustande (29,6%), während 70,5% der Familien auf anderen Wegen Zugang zu den Familienhebammen fanden: hier standen die Frauen selbst an erster Stelle (34,7%), gefolgt von den Beratungsstellen (12,8%), anderen Hebammen (12,7%) und Sozialarbeiterinnen (11,2%). Weniger häufig wurden die Frauen durch eine Klinik (9,5%), eine Ärztin (7,4%), durch Familienangehörige (7,0%) oder eine andere Klientin (2,0%) an die Familienhebammen verwiesen (Mehrfachangaben). Dabei spielten bei Frauen, die ihr erstes Kind erwarteten oder geboren hatten (insbesondere bei minderjährigen oder mittellosen Schwangeren), die Beratungsstellen (15,0%) eine bedeutende Rolle (Abb. 1). Sonstige Kontaktquellen wie Mitarbeiterinnen des Mutter-Kind-Heims, Familienhelferinnen, die gesetzlichen Betreuerinnen oder die Justiz machten 11,1% aus. Frauen mit einem zweiten oder nachfolgenden Kind fanden überwiegend selbst (43,0%) oder über das Jugendamt (32,1%) zur Familienhebamme.

Während der Betreuung wurden die Familien in insgesamt 304 Fällen (41,4%) von den Familienhebammen an weitere Akteure der Frühen Hilfen vermittelt und/oder eine Zusammenarbeit mit diesen dokumentiert (1. Kind: 158; 2./n Kind<sup>3</sup>: 146). Damit sind Bemühungen

<sup>3</sup> Familien, in denen sich die Betreuung auf die Mutter und ihr erstes (1. Kind) beziehungsweise ihr zweites oder ein nachfolgendes Kind (2./n Kind) bezog.

seitens der Familienhebammen gemeint, eine kurz- oder längerfristige Mitbetreuung des Kindes beispielsweise durch eine Kinderärztin zu ermöglichen, entsprechende Termine für die Mutter zu vereinbaren oder Gespräche mit dem jeweils anderen Akteur zu erreichen, die mit dem Einverständnis der Mutter geführt werden, um eine möglichst optimale gemeinsame Betreuung der Familie sicherzustellen. Wenn das Kind bis zu seinem ersten Geburtstag betreut wurde, erfolgten in dieser Zeit im Durchschnitt 9,77 (1. Kind) beziehungsweise 10,46 (2./n Kind) einzelne Vernetzungskontakte (■ **Tab. 1**). Wenn es nach durchschnittlich sechs Monaten Betreuungszeit zu einer frühzeitigen Beendigung des Kontaktes durch die Familienhebamme oder die Klientin (Entscheidung, dass eine weitere Betreuung nicht vonnöten sei) oder durch sonstige Gründe (zum Beispiel ein Umzug) kam, lagen im Mittel 6,39 (1. Kind) beziehungsweise 6,51 (2./n Kind) einzelne Kontakte vor. Wurde der Säugling nach durchschnittlich vier Monaten Betreuung in Obhut genommen oder adoptiert, waren im Vergleich zu anderen Beendigungsgründen beim ersten Kind häufigere Bemühungen der Familienhebammen um Zusammenarbeit mit anderen Akteuren zu verzeichnen (1. Kind: 11, 57;  $p=0,002$ ; 2./n Kind: 9,53;  $p>0,05$ ).

### Vernetzung der Familienhebammen mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs

Im Verlauf der sich über acht Monate erstreckenden Weiterbildung zur Familienhebamme veränderte sich ihre aktuelle Vernetzung mit relevanten Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs. So verstärkte sich ihre Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem sozialen Bereich im Verlauf der Weiterbildung hoch signifikant ( $p=0,000$ ), insbesondere mit dem Jugendamt, mit Sozialarbeiterinnen, der sozialpädagogischen Familienhilfe und den Beratungsstellen (■ **Abb. 2**). Während sich der Kontakt mit anderen Hebammen leicht verringerte ( $p=0,039$ ), veränderte sich die Zusammenarbeit mit niedergelassenen

**Tab. 1** Häufigkeit der Kontakte der Familienhebamme während der Betreuung der Familien zu anderen Akteuren (nach durchschnittlich unterschiedlichen Betreuungsdauern, die durch den jeweiligen Beendigungsgrund bedingt wurden)

| Beendigungsgrund   | Akteure    | Jugendamt | Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter | Ärztinnen/Ärzte | Beratungsstellen | Sonstige |
|--|------------|-----------|------------------------------------|-----------------|------------------|----------|
| Familie wurde bis zum ersten Geburtstag des Kindes betreut   | N          | 99        | 57                                 | 85              | 59               | 53       |
|  | Mittelwert | 5,18      | 3,81                               | 3,45            | 2,63             | 3,40     |
|  | Median     | 3,00      | 3,00                               | 3,00            | 2,00             | 2,00     |
|  | SD         | 6,995     | 5,041                              | 2,322           | 1,902            | 3,128    |
|  | Minimum    | 1         | 1                                  | 1               | 1                | 1        |
| Frühe Beendigung aufgrund der Entscheidung der Familienhebamme oder Klientin/Abbruch/sonstige Gründe | N          | 83        | 48                                 | 58              | 56               | 47       |
|  | Mittelwert | 3,67      | 3,56                               | 2,88            | 1,79             | 3,43     |
|  | Median     | 2,00      | 2,00                               | 2,00            | 1,00             | 2,00     |
|  | SD         | 4,022     | 4,820                              | 2,902           | 1,385            | 4,338    |
|  | Minimum    | 1         | 1                                  | 1               | 1                | 1        |
| Kind wurde zur Adoption freigegeben oder in Obhut genommen   | N          | 25        | 13                                 | 16              | 7                | 16       |
|  | Mittelwert | 4,16      | 4,38                               | 2,31            | 1,86             | 5,88     |
|  | Median     | 3,00      | 2,00                               | 1,50            | 1,00             | 3,00     |
|  | SD         | 6,986     | 4,388                              | 2,330           | 1,215            | 6,313    |
|  | Minimum    | 1         | 1                                  | 1               | 1                | 1        |
| Maximum  | 36         | 15        | 10                                 | 4               | 25               |          |

Kinder- oder Frauenärztinnen sowie mit dem Sozialamt und der Ausländerbehörde kaum ( $p>0,05$ ).

### Subjektives Erleben der Klientinnen

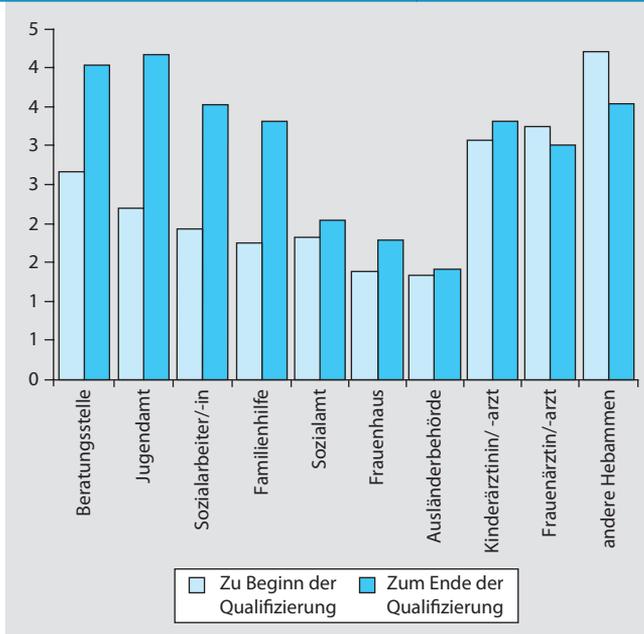
Für sechs der zehn befragten Mütter im Alter von 15 bis 33 Jahren handelte es sich um die erste Mutterschaft. Zwei Frauen waren aufgrund einer psychischen Erkrankung frühberentet, eine Frau nahm an einem Methadonprogramm teil und eine Frau hatte einen Migrationshintergrund. In allen Fällen hatte das Jugendamt vor oder während der Betreuung durch die Familienhebamme Hilfeleistungen gewährt. Zwei Teilnehmerinnen lebten in dörflicher Umgebung, vier in Kleinstädten und vier Frauen in einer größeren Stadt mit mehr als 200.000 Einwohnern.

Die wichtigste Ansprechpartnerin im ersten Lebensjahr des jüngsten Kindes ist die Familienhebamme, da insbesondere ihre Verfügbarkeit und das Gefühl, mit jeder Frage an sie herantreten zu können, von den Frauen sehr geschätzt werden. Beispiel I-1/96: „Ja, A. (die Familienhebamme) steht da. A. ist da für mich da. Sie war auch gestern Abend noch mal da, weil ich sie gestern angerufen habe [...] wenn

man sie anruft, wenn man sie braucht, dann ist sie auch da.“

Eine wichtige „Gate-Keeper-Funktion“ für die Kontaktaufnahme zu einer Familienhebamme beziehungsweise für den Eintritt in das System der Frühen Hilfen nehmen die Beratungsstellen wahr, die zur Beantragung von finanzieller Unterstützung bei der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ bereits während der Schwangerschaft aufgesucht werden und den Hinweis auf die Betreuungsmöglichkeit durch eine Familienhebamme geben. Beispiel I-1/30–32: „In der (Beratungsstelle) hastest du dann doch hier das Geld beantragt und die uns doch gefragt, also mich zu mindestens gefragt, ob ich eine (Familien-)Hebamme bräuchte. [...] Da konntest du so 'ne Baby-Ausstattung beantragen fürs Kind.“

Häufig werden Frauen aus psychosozial hoch belasteten Familien auch durch das Jugendamt an die Familienhebammen verwiesen. Dabei wirkt sich das Gefühl, bei akutem Hilfebedarf nicht allein gelassen zu werden und an Lösungen mitarbeiten zu können, ohne „vertröstet“ zu werden, nachhaltig positiv auf die Einstellung zum Hilfesystem aus. Beispiel I-



**Abb. 2** ◀ Prä-post-Veränderungen der Vernetzung der Familienhebammen mit relevanten Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs zu Beginn und zum Ende der Qualifizierung

8/74/111: „Die Dame vom Jugendamt war auch sehr kompetent [...] Die hat nicht gesagt: ‚Nee, wir machen erst mal einen Termin,‘ sondern die hat sich Gedanken gemacht, das und das können wir machen. ... Und hat sie mir die Familienhebamme erstmal empfohlen. Sagt sie: ‚Wenn das nicht ausreicht an Hilfe, kann man noch was andres machen.‘ Und mit Hilfe (der Familienhebamme) habe ich wieder Spaß dran, Mutter zu sein.“

Die Kontaktherstellung über das Jugendamt wurde jedoch in einigen Fällen auch als „Auflage“ empfunden, was das Risiko verstärkt, dass die Familienhebamme nicht als Vertrauensperson gesehen wird. Es kann eine geraume Zeit dauern, bis die Frauen den Verdacht überwinden, die Familienhebamme werde durch das Jugend- oder Gesundheitsamt instrumentalisiert. Beispiel I-10/89: „Ich hab erstmal gedacht: Hä? Was soll denn das und so? Ja, ich gedacht, sie würden mich kontrollieren und so, ja, wie und was. Aber ne, das war nicht so. Ja.“

Die Familienhebamme tritt gegenüber den Mitarbeiterinnen des Jugendamtes in bestimmten Situationen als „Anwältin“ und Fürsprecherin der Frauen auf, zum Beispiel in den Wochen nach der Geburt, wenn die Frauen durch die bereitzustellende emotionale Zuwendung, Ernährung und Pflege des Kindes überbeansprucht sind. Beispiel I-6/174: „Und ja, da bin ich halt nachher auch nicht hinterhergekommen mit der Wohnung sauber ma-

chen. Und da war dann aber die [Jugendamtsmitarbeiterin] dann auch mal da, wo die (Familienhebamme) da war und da hat die [Familienhebamme] nachher auch gesagt, die erste Zeit geht jetzt erstmal das Kind vor als wie die Wohnung.“

Für viele Frauen ist es kein Problem, dass die Akteure sich mit ihrer vorherigen schriftlichen Zustimmung miteinander austauschen. Sie sehen es als Arbeitsauftrag der Beteiligten an, die Informationen zu synchronisieren und sie effektiv und in ihrem Interesse zu unterstützen. Beispiel I-10/316–321: „Die haben Kontakt, ja ... Ich hab das so erahnt, weil (die Familienhebamme) hat mir da Bescheid gesagt, ja ... Na ja, das ist auch in Ordnung.“

Allerdings können Frauen, die beispielsweise eine Inobhutnahme ihres Kindes befürchten, auf nicht offen erklärte Absprachen mit starkem Misstrauen, Abneigung und Feindseligkeit reagieren und diese als Fremdkontrolle und Einmischung in ihre Autonomie wahrnehmen, auch wenn die Kinder- und Jugendhilfe letztlich eine Unterstützung für sie darstellen würde. Beispiel I-7/567–697: „Irgendwann denk ich schon, dass mir mal da das Jugendamt auf den Hals kommt. Meinem geht’s super. Das ist ein aufgewecktes Kerlchen. Die suchen einen Grund. [...] Und den Grund geb’ ich denen nie.“ I: „Wofür suchen die einen Grund? Haben Sie Angst, dass Sie Ihr Kind verlieren?“ I-7: „Na da kann ich zum Monster werden. – Hm. Vom Ju-

gendamt, die ruf ich nie an. Ich weiß ja nicht, was die, was die in den falschen Hals kriegt.“

Manchmal fällt es den Frauen schwer, den logistischen Aufwand für Behördengänge oder Arztbesuche mit ihrem Kind beziehungsweise ihren Kindern zu bewältigen. Die öffentlichen Verkehrsanbindungen aus ländlichen Regionen in die Stadt sind nicht nur lang, sondern auch kompliziert. Bestehen ohnehin schon Spannungen zwischen Mutter/Eltern und Behörden, wird die häufige „Wiedereinbestellung“ aufs Amt als besonders belastend empfunden, hingegen stellen die Hausbesuche der Familienhebammen eine Entlastung dar. Beispiel I-5/620: „Na das Problem ist, wir sollen immer hinfahren. Obwohl die wissen, dass ich hier zu Hause bin, wie gesagt, nicht rauskomme und zwei Kinderwagen mitnehmen muss. Aber das interessiert die nicht.“

Die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen ist erschwert durch die teils komplexen Herausforderungen, die sich aus den verschiedenen Ansprechpartnern, differenzierten Verfahren und dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand ergeben. Die Frauen fühlen sich überfordert und sind zumindest teilweise auf Hilfestellungen – auch durch die Familienhebammen – angewiesen. Sie benötigen zur eigentlichen Hilfe in belastenden Situationen ein „Kursbuch durch den Hilfe-Dschungel“. Beispiel I-3[613]: „Es gibt so viele Ämter, und da müssen wir uns halt mal befragen, durchfitzen ...“ Beispiel I-10/99: „Ja, auf jeden Fall war ganz gut mit ihr. Zum Beispiel, wo ich Papierkram zu erledigen hatte und nichts verstanden habe davon. Sie (Familienhebamme) hat’s mir vorgelesen, hat’s mir erklärt, was und wie, und dann bin ich eben halt ein Stück weiter gekommen.“

Die Familienhebammen verweisen die Mütter bei Bedarf an weiterführende fachliche Hilfe, was die Frauen als anwaltschaftliches Engagement interpretieren. Zudem ermöglichen sie durch Lotsen- und Vermittlungsmaßnahmen den Anschluss isolierter Schwangerer und Mütter an andere Mütter oder Peer-Gruppen und eröffnen ihnen damit Zugang zu gesundheitsfördernden Ange-

boten und weiteren Bewältigungsstrategien. Beispiel I-2/78: „Sie hat mich auch in der Hebammenklinik angemeldet, also Gymnastik, das war sehr hilfreich für die Schwangerschaft und Geburt, sonst hätte ich es nicht so schnell geschafft.“

### Sicht der Expertinnen auf ihre Vernetzung mit den Familienhebammen

Im Rahmen der Experteninterviews wurde eruiert, welche anderen Akteure von den befragten Akteuren als Ansprechpartner gesehen werden und wohin sie die schwangeren Frauen oder Mütter, deren Situation in den Fallvignetten geschildert wurde, verweisen würden, um eine parallele oder weiterführende Betreuung zu erzielen. Dabei zeigt sich, dass die Familienhebamme von den Akteuren als Teil des Netzwerks Frühe Hilfen anerkannt wird und ihre Integration gelungen scheint. Die freiberuflichen und angestellten Hebammen sehen die Familienhebammen als Kooperationspartner mit eigenem Auftrag an. Beispiel H2/149: „[...] wie gesagt: zwei Frauen – habe ich angerufen und gesagt: ‚Die Frauen sind damit einverstanden. Ich denke die brauchen eine längere Betreuung!‘ Und da haben wir uns abgesprochen, haben zuerst beide, als ich auch noch mit da war, den Kontakt hergestellt, und nein, ich denke, das ist kein Konkurrenzverhalten.“

Die klinischen Mitarbeiterinnen empfinden Sicherheit durch das Wissen, bei komplexerem Versorgungsbedarf auf eine Familienhebamme zurückgreifen zu können. Beispiel K3-1/46: „Oh, ja, wir haben selber bei uns im Hause eine Familienhebamme, die die Qualifikation hat. Da sind wir auch sehr froh drüber, dass wir sie bei uns mit im Hause haben.“

Niedergelassene Kinderärztinnen beschreiben bei Netzwerkpartnern im Gesundheitsbereich vorrangig Fachärztinnen und Ergotherapie- oder Logopädiepraxen. Eine Kontaktaufnahme zu einer Familienhebamme wäre grundsätzlich möglich, jedoch scheinen ihnen die Abgrenzung zur „normalen“ Hebamme beziehungsweise die erweiterten Kompetenzen der Familienhebammen nicht klar zu sein. Beispiel P3-1/18/30–31: „Und

die hat so eine Familienhebamme jetzt, die kommt regelmäßig zu ihr ... Na, ja, wie gesagt: Hebammen, sofern es sich um Säuglinge dreht, würde ich auch die Hebammen mit einbeziehen.“

Die Gynäkologinnen benennen das Jugendamt als zentralen Ansprechpartner, wenn es um konkrete Hilfen für die Frauen aus den Fallbeispielen geht – die Familienhebammen werden trotz ihrer persönlichen Vorstellung in den meisten Praxen nicht als sichtbare Akteure thematisiert. Häufig resultieren mangelnde Kooperationsbestrebungen der Akteure des Gesundheitsbereichs aus geringen zeitlichen Ressourcen für die Kontaktaufnahme und -pflege sowie aus fehlenden Absprachen zur Versorgungssituation, da dafür in deren Arbeitsorganisation keine Zeit vorgesehen ist. Beispiel P2/152–153: I: „Betreuen Sie zusammen mit Familienhebammen Familien oder ...?“ P2: „Nein, nicht wirklich [...] ich habe eigentlich auch nicht die Zeit, da nebenbei noch irgendwas da zu machen.“

Dagegen sind Familienhebammen für die Beratungsstellen wichtige Kooperationspartner, die die von ihnen betreuten Familien je nach Bedarf an die Schwangerschafts-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen verweisen. Beispiel B1-1/23: „[...] also von den Hebammen, von einer speziell kommt auch öfters was, dass die sagt: ‚Guck doch mal genau dort hin. Das ist so ein problematischer Fall.‘“

Die Zusammenarbeit der Jugendämter mit den Familienhebammen zielt darauf ab, dem Kind den Verbleib bei den Eltern zu ermöglichen: Hier werden sie parallel zur Familienhilfe kontaktiert und die Mitbetreuung der Familienhebammen angefragt. Dabei scheint ein Bewusstsein dafür zu existieren, dass sich nicht jede Mutter auf jede Familienhebamme einlassen kann und umgekehrt. Beispiel J3-3/10: „[...] und ich würde dann auf alle Fälle gucken, dass wir die Familienhebamme kriegen ... dass man dann also ihr den Vorschlag macht, mit einer Familienhebamme Kontakt aufzunehmen. Dann wird das Kontaktieren vorbereitet, die beiden lernen sich kennen in der Hoffnung, die Chemie stimmt ... weil es ja doch eine sehr vertrauliche Situation ist.“

Eine Familienhebamme empfindet es als unangemessen, wenn eine Anfrage an sie nur aus finanziellen Gründen und nicht aufgrund eines Interesses an einer optimalen Fallbegleitung erfolgt. Beispiel FH3/141: „[...] weil die Tendenz haben wir jetzt schon oft erlebt, dass es so in die Richtung geht: da ist jetzt auch noch so eine Ressource, die kostet uns nicht auch wirklich Geld. Steckt da 'ne Familienhebamme rein, die kann das Kind da dreimal wiegen. Das ... das würde ich nicht alleine übernehmen wollen. Da würde ich sagen: ‚Nee, so rum geht's nicht.‘“

Bei einigen Akteuren liegen netzwerkimmanente Strukturkenntnisse vor, die im Sinne des „Beobachters von außen“ in Reaktion auf die vorgelegten Fallvignetten bedient und begründet werden, aber nicht im eigenen konkreten Handeln der Akteure zum Tragen kommen. So sieht die folgende niedergelassene Gynäkologin zwar den Lösungsansatz „Familienhebamme“, wenn eine Klientin offensichtlichen Bedarf hat, aber nicht ihre Zuständigkeit, den Kontakt herzustellen. Beispiel G2/47: „Die Frage ist nur, was passiert mit ihr, wenn sie entlassen ist. Natürlich habe ich hier auch den Vorteil, dass ich dann wieder sagen kann, ‚Gut, wenn sie in der Klinik war – die sind in der Pflicht, sich zu kümmern, dass bei der Entlassung das alles geklärt ist.‘ Aber es wäre natürlich schöner, wenn man das vor der Geburt schon ein bisschen lenken kann. Und wenn sie vor der Geburt schon einen Kontakt mit der Familienhebamme hätte, (wäre) das für die Klinik natürlich auch einfacher.“

## Diskussion

### Methoden

Die Evaluation im Projekt FrühStart erfolgte im Mehrfach-Methodenansatz unter Verwendung quantitativer und hermeneutisch-interpretativer Forschungsmethoden, wobei das Qualitätsmanagement ebenso multidimensional umgesetzt wurde (Qualitätsproben, Pretests, Synchron- und Wiederkodierung im Team, Feedbacksystem und so weiter). Bestehende Limitationen durch projektbezogene Zugänge zur Interventionsgruppe, die über die Familienhebammen erfolgten, wur-

den durch die Vollerhebung der Dokumentationen sowie die theoriegeleitete und clusterrandomisierte Stichprobenauswahl für die Klientinnen- und Experteninterviews reduziert.

Das Fehlen einer Kontrollgruppe ist dem begleitenden Evaluationsdesign und ethischen Kriterien geschuldet. Ein Vergleich mit belasteten Familien, die durch Hebammen entsprechend des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V betreut wurden, erschien aufgrund der deutlich kürzeren Betreuungsdauer bis zur achten Lebenswoche des Kindes und dem unterschiedlichen Betreuungsauftrag nicht sinnvoll.

In dieser Studie war es nicht möglich, die Zahl der hoch belasteten Frauen zu erfassen, die eine Betreuung durch die Familienhebamme trotz Bedarf schon im Vorfeld ablehnten. Eine Begleitung gerade dieser Stichprobe der „Nicht-Inanspruchnehmerinnen“ wäre wissenschaftlich und für die Frühen Hilfen von großem Interesse und sollte in fortführenden Untersuchungen mit eingeplant werden.

Der Anteil von 93% korrekt und vollständig geführter und damit auszuwertender Dokumentationen der Familienhebammen ist als sehr gut zu beurteilen. Zusammen mit der Prä-post-Befragung der Familienhebammen, die den Prämissen der prozessbegleitenden standardisierten Evaluation entspricht, bilden sie eine solide Grundlage, um Aussagen über den Zugang zu den Familienhebammen sowie deren Vernetzungsmuster im Netzwerk Früher Hilfen zu machen.

Die Stichprobe für die Klientinneninterviews ist mittels Theoretical Sampling bewusst kontrastierend heterogen ausgewählt, wobei aufgrund der budgetbedingten geringen Stichprobengröße das Merkmal „Migrationshintergrund“ überrepräsentiert (eine befragte Migrantin entspricht 10% der Stichprobe bei einer Quote von 5% gebärfähiger Migrantinnen in der Bevölkerung Sachsen-Anhalts) sowie das Merkmal „jugendliche Mütter“ mit einer Befragten (10%) unterrepräsentiert ist (gegenüber einem Drittel betreuter jugendlicher Mütter im Praxisprojekt). Aufgrund der Auswahl der Befragten können die Ergebnisse der Interviews als Trendanzeige im Rahmen der Evaluation der Familienhebam-

men dienen; da keine Datensättigung erreicht wurde, sind sie jedoch nicht erschöpfend.

Die in den Experteninterviews verwendeten Fallvignetten wurden von den Befragten aufgrund ihrer zutreffenden Fallrepräsentation sehr gut angenommen und dienten der problemzentrierten Bearbeitung. Insbesondere praxisrelevante Aspekte und Rahmenbedingungen der Vernetzungsmodalitäten der einzelnen Akteure kamen zur Sprache.

## Ergebnisse

Die Zugänge zu den Familienhebammen erfolgten vorwiegend durch den Sozialbereich, was in deren gesetzlicher Verankerung und ihrem sozialen Auftrag begründet liegt. Typische „Gate-Keeper“, wie beispielsweise die Beratungsstellen, sind dabei unbedingt als Kontaktinstanzen für minderjährige Schwangere und hoch belastete Familien auszubauen. Die vergleichsweise gute Vermittlung durch freiberufliche und angestellte Hebammen ist ein Indiz dafür, dass die Profilierung der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt als gelungen betrachtet werden kann und ihre Tätigkeit von den Kolleginnen ohne eine entsprechende Weiterbildung anerkannt wird.

Die zunehmende Fähigkeit der Familienhebammen, sektorenübergreifend Kontakte zu Akteuren des sozialen Bereichs herzustellen, ist unter anderem darin begründet, dass durch ihre spezifische Weiterbildung und ihre Erfahrungen im Umgang mit hoch belasteten Familien und dem Netzwerk Frühe Hilfen eine praktisch relevante Kompetenzerweiterung stattgefunden hat. Die leicht rückgängigen Kontakte zu den freiberuflich tätigen Hebammen begründen sich dadurch, dass deren Aufgabenbereich mit der achten Lebenswoche des Kindes beendet und eine einmalige Überleitung zu einer Familienhebamme ausreicht, damit diese die Familie bis zum ersten Geburtstag des Kindes weiter betreut. Dies spricht für ein zunehmendes Verständnis des Aufgabenfeldes einer Familienhebamme, das in Abgrenzung zur Hebammentätigkeit gemäß dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V erlebt wird. Das Ergebnis, dass sich

der Kontakt mit den Akteuren des Sozialbereichs hoch signifikant verstärkt hat, während er zu den Akteuren des Gesundheitswesens unverändert blieb, spricht gegen ein sozial erwünschtes Antwortverhalten, das sich eher in einer generell verbesserten Vernetzungsaktivität widerspiegeln würde.

Die Akzeptanz der Familienhebamme durch die betreuten Frauen ist angesichts der großen Zahl an dokumentierten Betreuungen sowie der persönlichen Auskünfte in den Klientinneninterviews als hoch zu bewerten. Sie wird als „Partnerin auf Augenhöhe“ gesehen, und ihr gesundheitlicher und psychosozial unterstützender Auftrag wird als Sicherheit gebend und die mütterlichen Kompetenzen stärkend wahrgenommen. Unsicherheiten der Frauen bei einer durch das Jugendamt gesteuerten Kontaktaufnahme zur Familienhebamme sind einerseits bedingt durch die verstärkte Medienberichterstattung über (potenzielle) Kindeswohlgefährdungen und andererseits durch schlechte Erfahrungen der Frauen. Über eine partnerschaftliche Zusammenarbeit, wie sie von den Frauen im Arbeitsbündnis mit den Familienhebammen wahrgenommen wird, können diese Berührungsängste abgebaut werden [10].

Die für die meisten Schwangeren offenkundigen Anlaufstellen des Gesundheitsbereiches, das heißt die Gynäkologinnen und Kliniken, sind noch nicht zufriedenstellend und rechtzeitig mit den Familienhebammen vernetzt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass eine intensivere Verzahnung zwischen den Sektoren Gesundheit und Soziales sowie eine Verbesserung der diesbezüglichen (auch gesetzlichen) Rahmenbedingungen notwendig sind. Die Umsetzung einer Verzahnung obliegt jedoch beiden Seiten: den Familienhebammen, die ihr Tätigkeitsfeld gegenüber den Kolleginnen aus dem Gesundheitsbereich stärker transparent gestalten sollten, und auch den Medizinerinnen, die ihre Zuständigkeit als vermittelnde Akteure erkennen und wahrnehmen müssen. Jedoch ist die Familienhebamme als Akteurin des Gesundheitsbereiches ein erstes, wichtiges Bindeglied im Rahmen der sektorenübergreifenden Vernetzung. Für diese Vernetzungsleistungen

ist eine angemessene Vergütung der Familienhebammen und der Frauen- und Kinderärztinnen zu fordern, die bisher aber noch nicht gegeben ist.

### Korrespondenzadresse

**Dr. rer. medic. G.M. Ayerle**

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Str. 8, 06097 Halle (Saale) Deutschland  
gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

**Danksagungen.** Wir danken den Frauen/Familien sowie den beteiligten Familienhebammen und Akteuren für ihre Bereitschaft, trotz des Aufwandes an dieser Evaluationsstudie mitzuwirken.

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2010) Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. <http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=25478>
2. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010) FrühStart – Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt. <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/wissenschaftliche-begleitung/fruehstart-familienhebammen-im-land-sachsen-anhalt-sachsen-anhalt>
3. Corbin J, Strauss A (2010) Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz PVU, Weinheim
4. Kuckartz U (2007) MAX Qualitative Daten Analyse (MAXQDA) – The art of text analysis. VERBI Software Consult Sozialforschung GmbH, Marburg
5. Kurz A, Stockhammer C, Fuchs S, Meinhard D (2009) Das problemzentrierte Interview. In: Buber R, Holzmüller HH (Hrsg) Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler. GWW Fachverlage GmbH, Wiesbaden, S 463–477
6. Witzel A (2000) Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung. Qualitative Social Research 1: Artikel 22. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs>
7. Kuckartz U (2007) Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
8. Glaser BG, Strauss AL (2008) Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Hans Huber, Bern
9. Gläser J, Laudel G (2006) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
10. Behrens J, Langer G (2006) Evidence-based nursing and caring: Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Huber, Bern

### Über 21.000 Teilnehmer: Neue Daten zur Gesundheit in Deutschland

Die große Mehrheit der Bevölkerung erfreut sich guter Gesundheit. Regionale Unterschiede im Gesundheitszustand sind gering. Die Jüngeren sind seltener chronisch krank als vor einigen Jahren. Der Anteil der sportlich sehr Aktiven hat seit 2003 um vier Prozentpunkte zugenommen. Vor allem jüngere Menschen rauchen inzwischen seltener. Personen mit niedrigem Bildungsstatus schätzen ihre Gesundheit seltener als sehr gut oder gut ein als diejenigen mit mittlerem oder oberem Bildungsstatus. Ein Zehntel der Bevölkerung ist gesundheitlich erheblich eingeschränkt. Bei den über 65-Jährigen musste ein knappes Viertel innerhalb der letzten zwölf Monate ins Krankenhaus. Die neuen Ergebnisse einer großen telefonischen Befragung des Robert Koch-Instituts mit insgesamt 21.262 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus allen Regionen geben ein aktuelles umfassendes Bild der Gesundheit der Bevölkerung und der Entwicklung seit dem ersten (kleineren) Telefonsurvey 2003.

GEDA 2009 ist Teil des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Gesundheitsmonitorings des RKI und ergänzt die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) und die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Ziel des Gesundheitsmonitorings ist die kontinuierliche Beobachtung von Gesundheit, Risikofaktoren und Krankheit in der Bevölkerung und die Identifizierung von Trends.

Die mehr als 30 Themen („Indikatoren“) werden in Faktenblättern dargestellt. Darin werden die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bildung untergliederten Tabellen aufgeführt, regionale Unterschiede dargestellt, Kernaussagen formuliert und die Ergebnisse bewertet. Die Themen kommen aus den Bereichen Allgemeiner Gesundheitszustand, Chronische Erkrankungen, Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie Inanspruchnahme von Leistung des Gesundheitssystems. Die Befragten gaben zwischen Juli 2008 und Juni 2009 Auskunft zu Gesundheitszustand, Befinden, Lebensgewohnheiten und Lebensumstän-

den. Die GEDA-Studie soll in dem erweiterten Umfang regelmäßig durchgeführt werden, mit einem konstanten Kernbereich und flexiblen Themen zu aktuellen Fragestellungen.

Die Ergebnisse wurden auf dem zentralen Public-Health-Kongress „Moderne Medizin“ vorgestellt, den die Fachgesellschaften (DGSMP, DGEpi, EUMASS) mit Beteiligung des RKI und weiterer Partner von im September in der Charité - Universitätsmedizin Berlin veranstalteten ([www.kongress2010.de](http://www.kongress2010.de)). Die Gesundheitsdaten sind ab sofort auch im Internet abrufbar, als individuelle Abfrage und als Gesamtveröffentlichung mit dem Titel „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, in der Reihe „Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes“.

Unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) sind im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes die wichtigsten Kennziffern von GEDA 2009 in gestaltbaren Tabellen zu finden. Diese Tabellen können hinsichtlich der Gliederungstiefe (Altersgruppen, Geschlecht, Bildungsstatus, Region) verändert und heruntergeladen werden. Das System umfasst mehr als 100 Datenquellen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, dem RKI und zahlreicher weiterer Institutionen aus dem Gesundheitsbereich und ist die zentrale Informationsquelle für gesundheitsbezogene Fragestellungen. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist eine gemeinsame Aufgabe des RKI und des Statistischen Bundesamts (Destatis).

### Weitere Informationen:

[www.rki.de/gbe](http://www.rki.de/gbe)  
[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)