Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1080–1088
DOI 10.1007/s00103-010-1128-6
Online publiziert: 28. September 2010
© Springer-Verlag 2010

K. Makowsky · B. Schücking
Fachbereich 08 – Humanwissenschaften, Fachgebiet Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt: Maternal & Child Health, Universität Osnabrück, Osnabrück

Familienhebammen

Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter

Hintergrund

Laut UNICEF-Report leben zirka 7–10% Neugeborene in hoch belasteten Familien [1]. Die häufigsten Einschränkungen im Bereich von Gesundheit und Gesundheitsverhalten sind bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus festzustellen [2]. So erfreulich die Geburt eines Kindes grundsätzlich erlebt werden kann, so vielfältig sind inzwischen auch die Erkenntnisse über die den Eltern, und hier insbesondere den Müttern, entstehenden Belastungen in dieser Lebensphase. Insgesamt lassen sich aus der Literatur die folgenden postnatalen Belastungsfaktoren identifizieren, die auf beide Elternteile zutreffen: Stress durch verschiedene Formen der Überlastung, Schlafdefizite, Fütterungsprobleme, Unsicherheit hinsichtlich Erziehungsverhalten und Kompetenz, Probleme mit dem Zeitbudget, elterliche Überbesorgtheit, Rollendiffusionen und -konflikte, soziale Unterstützungsdefizite, ökonomische Belastungen, eheliche und sexuelle Probleme, Neigung zu Angststörungen und Depression [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Diese Belastungen führen nachweislich zu Erkrankungen vor allem der Mütter und stehen ihrerseits mit Beeinträchtigungen der (gesundheitlichen) Entwicklung der Kinder im Zusammenhang [9, 10]. In psychosozial bereits vor der Geburt hoch belasteten Familien entwickeln sich zudem schnell dysfunktionale Anpassungsprozesse sowie Reifeverzögerungen der Kinder, die den Belastungsgrat in den Familien zusätzlich erhöhen [1].

Frühe Hilfen gelten als eine primär präventiv wirksame Intervention [11]. Sie werden umgesetzt in unterschiedlichen Konzepten bereits vor der Geburt beginnender, zugehender Unterstützung belasteter Mütter. Sie finden auch in Deutschland verstärkt Beachtung, unter anderem wegen der in den letzten Jahren bekannt gewordenen Fälle von Kindeswohlgefährdung [12]. Frühzeitige Investitionen in die Gesundheit verbessern die Startbedingungen ins Leben, zum Beispiel durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung, durch Stillberatung, Motivierung zum Rauchverzicht auch nach der Schwangerschaft, Anleitung beim Umgang mit dem Kind und Beratung bei lebenspraktischen Fragen [13]. Obwohl die Wirksamkeit derart präventiver Maßnahmen mit Blick auf die Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft und danach national und international gut belegt ist [3, 14, 15, 16, 17, 18], ist in Deutschland die integrierte Versorgung von Schwangeren und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern nicht flächendeckend gewährleistet. Im 13. Kinder- und Jugendbericht 2009 kommt Hebammen in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind zu [19].

Hebammen werden in Deutschland für die Begleitung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen ausgebildet. Entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bedeutet dies die Weitergabe von Informationen und Ratschlägen, die erforderliche Fürsorge für Mutter und Kind, die Leitung normaler Geburten, das frühzeitige Erkennen von Komplikationen während der Geburt sowie die Überwachung des Wochenbettverlaufs [20]. Aktuellen Entwicklungen folgend, streben Hebammen eine umfassende Begleitung von Frauen und Familien an, die neben der medizinischen Vorsorge auch auf die gesundheitsfördernde psychosoziale Betreuung und Stärkung normaler Prozesse und individueller Ressourcen beim Übergang zur Elternschaft abzielt [21]. Hierauf bereitet die Ausbildung jedoch nur marginal vor. So entfallen innerhalb des theoretischen Teils der Ausbildung von 1600 Stunden lediglich zirka 100 Stunden auf Fächer wie Psychologie, Soziologie oder Pädagogik [22]. Daher benötigen Hebammen für eine umfassendere Betreuung von Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen eine Zusatzqualifikation.

Bundesweit werden seit 2005 Hebammen zu Familienhebammen weitergebildet. Diese Fort- oder Weiterbildung bereitet sie spezifisch auf die Betreuung von Schwangeren und jungen Müttern vor, die sich zum Beispiel wegen Minderjährigkeit, Drogenkonsum, Gewalt in der Partnerschaft oder einer psychischen Störung in einer schwierigen Lebenssituation befinden. Aufgrund ihrer Qualifikation fangen Familienhebammen den bei Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen oft erhöhten Beratungs-, Informations- und Unterstützungsbedarf auf, indem sie betroffene Familien zum Beispiel hinsichtlich der Möglichkeit weiterführender Hilfen beraten, ihnen Informationen bei-

spielsweise zur altersgerechten kindlichen Entwicklung und deren Förderung vermitteln sowie konkrete Anleitungen zur Pflege, Versorgung und Betreuung der Kinder geben. Die Betreuung durch eine Familienhebamme kann bis zum ersten Geburtstag des Kindes andauern [23]. Durch die Unterstützung der Mütter beziehungsweise Eltern beim Aufbau einer tragfähigen Familienstruktur und einer gesundheitsförderlichen Umgebung setzen Familienhebammen positive Impulse in Richtung einer Gesundheitsförderung von Mutter und Kind.

Entsprechende Evaluationen bestätigen bereits seit 1985 [24] die Wirksamkeit der Arbeit von Familienhebammen. Auch konnte nachgewiesen werden, dass Hebammen Aktivitäten einer präventiven, frühzeitigen Beratung und Begleitung von Familien gegenüber aufgeschlossen sind und vermitteltes Wissen in ihrer täglichen Arbeit mit Erfolg anwenden [25]. Ein eindeutiger Nachweis, inwieweit Familienhebammen ungünstigen Faktoren aufseiten der Eltern, wie beispielsweise einer Überforderung der Mütter, mangelnder Unterstützung, unangemessener Ernährung und Pflege des Kindes und unzureichender Erziehungskompetenz [26, 27, 28, 29, 30, 31] systematisch entgegenwirken, der zum Beispiel durch Fall-Kontroll-Studien erbracht werden könnte, steht allerdings noch aus. Jedoch ordnet sich der Einsatz von Familienhebammen in die Tradition gut beforschter Frühinterventionen ein, die insgesamt über eine positive Bilanz in zahlreichen Metaanalysen berichten können [32]. Teilweise konnten auch deutliche Effekte im Bereich des Bildungs- und Beschäftigungsniveaus in strukturell ähnlichen Studien, aber auch mit Blick auf Kosteneinsparungen nachgewiesen werden, die auf frühzeitige Interventionen zurückzuführen waren. So konnten Olds et al. im Rahmen des Elmira-Prenatal/Early-Infancy-Projekts nachweisen, dass geschulte Krankenschwestern durch Hausbesuche, die unter anderem die Stützpotenziale der Mütter stärkten, zur Krankheitsprävention, zur Vorbeugung von Kindesmisshandlung, zu einer günstigen Gewichtsentwicklung des Kindes, aber auch zur Steigerung gesundheitsförderlichen Verhaltens beitragen konnten; nach 15 Jahren waren deutliche

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1080–1088 DOI 10.1007/s00103-010-1128-6
© Springer-Verlag 2010

K. Makowsky · B. Schücking

Familienhebammen. Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter

Zusammenfassung

Frühe Hilfen gelten als primär präventiv wirksame Intervention. Sie werden umgesetzt in unterschiedlichen Konzepten zugehender Unterstützung belasteter Mütter und finden verstärkt Beachtung, unter anderem unter dem Aspekt der Prävention von Kindeswohlgefährdung. Zunehmend werden auch freiberufliche Familienhebammen eingesetzt. Die Studie untersucht die Akzeptanz und Erreichbarkeit eines solchen Angebotes und die Kooperation im Feld. Übergeordnetes Ziel ist die Gesundheitsförderung von Mutter und Kind. Mittels qualitativer Interviews und/oder standardisierter Befragung wurden 67 Familien, elf Familienhebammen, neun VertreterInnen unterschiedlicher Professionen, 50 (Schwangerschafts-)Beratungsstellen und sieben Krankenhäuser einbezogen. Die hier vorgestellten qualitativen Ergebnisse geben Einblick in Bedarf und Bedürfnisse der Nutzerinnen von Familienhebammenleistungen. Sie zeigen, dass die Nutzerinnen das Angebot positiv bewerten (hohe Akzeptanz) und sich auch zu Erreichbarkeit und Vernetzung der Familienhebammen positiv äußern. Vielfältige maternale Bedürfnisse und unterschiedliche Unterstützungsweisen wurden berichtet. Fall-Kontroll-Studien sollten folgen.

Schlüsselwörter

Familienhebammen · Gesundheitsförderung · Soziale Unterstützung post partum · Akzeptanz · Erreichbarkeit

Family midwives. Subjective impact on infant's and mother's health from the perspective of accompanied mothers

Abstract

Early intervention appears to be effective in terms of primary prevention for infants born to vulnerable families. Family midwives increasingly provide support for these families during the first year of life. The study investigates acceptance, availability, cooperation among providers and satisfaction of the clients. Health promotion for mothers and their infants is the overall goal of the program. Within a design of qualitative interviews and/or standardized questionnaires a sample of 67 families, 11 family midwives, 9 providers in other professions, 50 counseling services and 7 hospitals were involved. The results show that both acceptance and availability of family midwives ranked high within the views of service users. Health promotion, with a focus on the health of babies, was named as special trait of the support given by family midwives, associated with psychosocial support. A wide range of maternal needs and different forms of support received by the mothers was reported. Case control studies should follow.

Keywords

Prolonged postpartum support · Family midwives · Health promotion · Acceptance · Availability

Tab. 1 Ziele und Besonderheiten des Praxisprojektes und der Evaluationsstudie zum Einsatz von Familienhebammen im Osnabrücker Land

Das Praxisprojekt strebt an …	Die Evaluationsstudie hinterfragt …
positive Impulse mit nachhaltiger Wirkung durch Familienhebammen zu setzen und weiterzuentwickeln	die Akzeptanz und Erreichbarkeit der Familienhebammen durch betroffene Schwangere und Mütter
das Kindeswohl durch präventive Maßnahmen frühzeitig zu fördern, indem den Müttern bereits vor der Geburt Beratung durch Familienhebammen angeboten wird	die Förderung vorhandener Ressourcen der Mütter durch Familienhebammen
Hemmschwellen der Inanspruchnahme von Familienhebammen möglichst gering zu halten, indem die Koordination und inhaltliche Begleitung dem Deutschen Kinderschutzbund übertragen wurde	Auswirkungen einer intensivierten Vernetzung aller zuständigen Gesundheits- und Sozialsysteme auf die Arbeit der Familienhebammen – und damit auf die Gesundheitsförderung der durch sie betreuten Familien
zunächst im Rahmen eines auf drei Jahre befristeten Projektes mit elf Familienhebammen zu erproben, ob der Einsatz auf positive Resonanz im System Früher Hilfen stößt	Barrieren, die einer Inanspruchnahme von Familienhebammen grundsätzlich im Wege stehen

Effekte bei frühen Schwangerschaften, bei der Inanspruchnahme des Wohlfahrtssystems, bei Kindesmisshandlung und anderen Formen der Devianz bei einem Kosteneinsparungseffekt von 18 Tausend $ pro Kopf nachweisbar.

Aktuell werden, koordiniert über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, eine Reihe von in einzelnen Bundesländern erprobten Projekten auf ihre Wirksamkeit evaluiert. Hinsichtlich einer Kosten-Nutzen-Analyse sind zum Beispiel aus dem Modellprojekt „Pro Kind", das auf Grundlage des Nurse-Home-Visitation-Programs [33] konzipiert wurde [17, 34], Ergebnisse und Aussagen zur Effizienz und Wirksamkeit solcher Programme auch für Deutschland zu erwarten. Derartige Programme, wie beispielsweise das Familienhebammenprojekt im Landkreis Osnabrück, zeigen jedoch auch Barrieren und Hemmschwellen in der Inanspruchnahme auf. Diese lassen sich unter anderem auf negative Erfahrungen mit anderen HelferInnen im System Früher Hilfen zurückführen (vergleiche auch Kapitel „Akzeptanz der Familienhebamme durch betreute Mütter") [35, 36].

Methoden und Vorgehensweisen

Zentrale Forschungsfragen, Besonderheiten und Zielsetzungen des Praxisprojekts und der Evaluationsstudie

Im Folgenden werden die Umsetzung eines Familienhebammenprojektes im Landkreis Osnabrück sowie die dieses Projekt evaluierende Begleitforschung beschrieben. Zunächst zeigt **Tab. 1** die übergreifenden Zielsetzungen und Besonderheiten des Praxisprojektes zum Einsatz von Familienhebammen und der begleitenden Evaluationsstudie.

Zwischen dem Praxisprojekt und der Evaluationsstudie besteht eine Trennung hinsichtlich der Inhalte, der Träger und der handelnden Personen. Das Praxisprojekt zielt auf eine Verbesserung der Versorgungssituation ab, während die Begleitforschung hinterfragt, ob diese Verbesserung tatsächlich erreicht wird und welche Aspekte hierfür ausschlaggebend sind. Entsprechend lassen sich folgende zentrale Fragestellungen formulieren:

1. Können Familienhebammen das System Früher Hilfen im Landkreis Osnabrück sinnvoll – im Sinne einer Förderung des Kindeswohls bei Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen – ergänzen?
2. Wie beschreiben die beteiligten Akteure Akzeptanz, Erreichbarkeit, Vernetzung und Förderung bestehender Ressourcen und was beeinflusst diese Aspekte?

Darstellung des Praxisprojekts

Strukturen und Rahmenbedingungen

Im Rahmen des Praxisprojektes wurden elf Familienhebammen eingesetzt. Sie haben alle die über den Landkreis Osnabrück finanzierte Fortbildung der Stiftung „Eine Chance für Kinder" von 170 Stunden abgeschlossen und so vor allem Kenntnisse zur Struktur, Gestaltung und Finanzierung von Gesundheits- und Jugendhilfeleistungen, zur rechtlichen Stellung der Familienhebamme im System Früher Hilfen, zur Prävention und Erkennung auch psychosozialer Störungen von Schwangeren und Müttern, zur Kommunikation, zum Umgang mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen, zur altersgerechten Entwicklung des Säuglings sowie zum Erkennen von Kindeswohlgefährdung erworben [37]. Zeitgleich mit der Fortbildung begannen die Fortbildungsteilnehmerinnen neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit mit ihrer Arbeit als Familienhebamme in psychosozial belasteten Familien. Um Hemmschwellen gegenüber staatlichen Institutionen zu vermeiden, wird der Einsatz der Familienhebammen durch den Deutschen Kinderschutzbund koordiniert. Eine Sozialarbeiterin übernimmt unter anderem die Auswahl und Vermittlung der Familien und die kontinuierliche Unterstützung der Familienhebammen in ihrer Arbeit zum Beispiel durch gemeinsame Besuche in den Familien, Teamsitzungen, Supervisionen und Fortbildungen.

Um die generelle Erreichbarkeit für Familien möglichst niedrigschwellig zu gestalten, werden Kontaktdaten infrage kommender Familien auf Wunsch der (werdenden) Mütter beispielsweise durch MitarbeiterInnen von Beratungsstellen an die das Praxisprojekt leitende Sozialarbeiterin weitergegeben, die die Vermittlung der für den jeweiligen Bezirk zuständigen Familienhebamme regelt. Empfehlungen zur Häufigkeit der Kontakte und zur Dauer einzelner Besuche liegen zur Orientierung vor, Abweichungen hiervon sind möglich.

Tab. 2 Methodische Vorgehensweisen, Datenerhebung gegliedert nach Untersuchungsgruppen

Familienbanden/Kinderschutzbund/Leitende	Nutzerinnen	Netzwerk/Nicht-Nutzerinnen
– Familienhebammen (N=10: standardisierte Erfassung von Kooperation und Vernetzung (T!=01/08, TS=01/09)	– Pretest (01/08–05/08): (N=12): Probleme und Ressourcen bezogen auf biopsychosoziale Aspekte von Gesundheit	– Standardisierte Befragung von Krankenhäusern (7) und Beratungsstellen (50): insgesamt 35 Fragebögen zur Erfassung der Nicht-Nutzerinnen
– Familienhebammen (N=8): qualitative Interviews zu subjektiven Betreuungskonzepten, Erfahrungen und Zufriedenheit	– T1: standardisierte Befragung zu Beginn der Betreuung (Ende: 01/2010), (N=67) (siehe Pretest)	– BezirkssozialarbeiterInnen (N=3) und Sozialpädagogische FamilienhelferInnen (N=3): qualitative Interviews zu subjektiven Betreuungskonzepten, Erfahrungen und Zufriedenheit mit Familienhebammen
– Familienhebammen/Kinderschutzbund (N=60) Protokolle von Teamsitzungen	T2: standardisierte Befragung zum Ende der Betreuung (N=43): Veränderungen hinsichtlich biopsychosozialer Aspekte von Gesundheit	
– Leitende (N=3): Ziele, Prioritäten, Vergehensweisen im Zusammenhang von Familienhebammen	– T2: qualitative Interviews (N=14): Beurteilung des Nutzens von Familienhebammen, subjektive Einschätzung der Gesundheit	

Aufgabenbereiche und Tätigkeiten der Familienhebammen

Das Handeln der im Rahmen des Projektes eingesetzten Familienhebammen bezog sich – über die übliche Hebammenbetreuung hinaus – auf die Förderung, Beratung und Information der Mütter/Eltern bei Fragen zur Pflege und Ernährung, zum Bindungsaufbau, zur Wahrnehmung und adäquaten Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, zur Vermeidung von Unfällen und zum Erreichen eigener sozialer, gesundheitlicher und psychischer Ziele der Mütter.

Charakteristika betreuter Familien

Innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit konnten insgesamt 235 Familien betreut werden. Die Nachfrage nach Familienhebammenhilfe an den Deutschen Kinderschutzbund erfolgte in 71 Fällen über VertreterInnen des Gesundheitssystems (zum Beispiel durch Hebammen, ÄrztInnen oder Kliniken), in 68 Fällen durch VertreterInnen des Jugendhilfesystems und in 56 Fällen über Beratungsstellen (vor allem Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen). Aus eigener Initiative baten 21 Frauen um Unterstützung durch eine Familienhebamme. Weitere Vermittlungen erfolgten zum Beispiel über Bekannte und Verwandte oder bereits im Rahmen des Projektes betreute Familien. Teilweise führten mehrere Gründe zur Betreuung durch eine Familienhebamme. Psychische Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen (91-mal) und Überforderung der Mutter (75-mal), zum Beispiel aufgrund bestehender Unkenntnis im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern oder aufgrund bestehender Erkrankung oder Reifeverzögerung des Kindes, stellten die häufigsten Ursachen für eine Betreuung dar, gefolgt von Minderjährigkeit (37-mal), Gewalt (20-mal) und Migrationshintergrund (20-mal). Bei 140 Frauen erfolgte der Kontakt zur Familienhebamme bereits in der Schwangerschaft. 28% der Familien erhielten zusätzliche Betreuung zum Beispiel von Sozialpädagogischen FamilienhelferInnen. Lediglich 50 der innerhalb der Projektlaufzeit 235 betreuten Familien verfügten über ein eigenes Einkommen. Die exemplarische Betrachtung der Lebenssituationen der 96 betreuten Fälle im Jahr 2009 zeigt, dass 43% der Mütter mit dem Partner und dem Kind zusammenlebten, 29% der Mütter lebten allein mit dem Kind. Ergänzend wird bei 26% der durch Familienhebammen betreuten Frauen angegeben, dass sie zu mindestens in drei Generationen (zum Beispiel mit Eltern der Mutter oder des Partners) zusammenlebten, 2% der Frauen wohnten in einer Eltern-Kind-Einrichtung. Im Jahr 2008 wurde zudem erfasst, dass 62,5% der 86 Familien keine weiteren Kinder hatten.

Die Evaluationsstudie

Übergeordneter Rahmen

Die Evaluation des Familienhebammenprojektes im Landkreis Osnabrück erfolgt unter dem Titel „Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung?“ Damit stellt diese Studie eine von zehn Studien dar, die darauf abzielen, Handlungsempfehlungen zu Strukturen und Prozessen zu entwickeln, um den Schutz von Kindern vor Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in Deutschland zu verbessern.

Methodisches Vorgehen

Im Design einer Kurz-Längsschnitt-Studie werden sowohl qualitative als auch quantitative Vorgehensweisen angewandt. **Tab. 2** gibt einen Gesamtüberblick über die gewählten methodischen Vorgehensweisen, orientiert an den jeweils einzubeziehenden Personengruppen.

Die in **Tab. 2** dargestellte inhaltliche Orientierung und die Entscheidung über die jeweils eingesetzte Vorgehensweise leiten sich aus der Literaturanalyse, den Zielsetzungen der Studie sowie aus den durch das Praxisprojekt vorgegebenen Rahmenbedingungen ab. Alle in der Studie eingesetzten methodischen Vorgehensweisen werden an dieser Stelle aufgezeigt, da sie, dem qualitativen Forschungsverständnis folgend, das Vorverständnis prägen, mit dem in die Datenerhebung und -analyse gegangen wurde. Die Darstellung der Ergebnisse (siehe Kapitel „Ergebnisse“) bezieht sich auf die qualitative Befragung der Nutzerinnen, das heißt der Frauen, die durch eine Familienhebamme betreut wurden. Mit dem Ziel, subjektive Sichtweisen zu erfassen, wurden mit 14 Frauen dieser Gruppe problemzentrierte Interviews [38] zum Ende der Betreuung geführt. Hierbei standen sowohl die Zufriedenheit und der Nutzen der erhaltenen Hilfe im Vordergrund als auch die

Akzeptanz, Erreichbarkeit, Förderung eigener und kindlicher (Gesundheits-)Ressourcen und gegebenenfalls Erfahrungen mit der Vernetzung mehrerer HelferInnen untereinander. Die Auswertung orientierte sich an den Empfehlungen von Witzel und Mayring [38, 39]. Qualitative Vorgehensweisen für diesen Teil der Studie empfehlen sich, da angestrebt wird, umfassende Erfahrungen von Nutzerinnen von Familienhebammenhilfe zu erheben, und bisherige Studien nicht auf empirisch gesicherte Hypothesen zurückgreifen lassen (vergleiche Gütekriterium „Indikation") [40].

Feldzugang: Nutzerinnen

Um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Einschätzung der Qualität der ermittelten Ergebnisse zu ermöglichen, werden im Folgenden die eingesetzten Vorgehensweisen übergreifend beschrieben [40]. Die Familienhebammen vermittelten nach vorheriger Rücksprache mit infrage kommenden Klientinnen den telefonischen Kontakt zwischen Forscherin und möglichen Interviewpartnerinnen. Einbezogen wurden alle Frauen, die bereits über einen längeren Zeitraum von einer Familienhebamme betreut wurden und sich zu einem Interview bereit erklärten. Im ersten Telefongespräch wurde deutlich, dass die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview besonders dann hoch war, wenn im Vorfeld bereits umfassende Informationen über die Studie vorlagen. Mit einer Ausnahme fanden alle Interviews in den Wohnungen der Mütter statt. Hierbei ließen sich Störungen zum Beispiel durch Kinder, die die Aufmerksamkeit der Mutter erforderten, nicht immer vermeiden, auch waren teilweise weitere Familienmitglieder während des Interviews anwesend. Die Atmosphäre bei den Interviews lässt sich zwischen entspannt bis angespannt beschreiben. So berichteten einige Mütter ausführlich, andere hielten sich hingegen eher zurück. Die Interviews dauerten zwischen zehn Minuten und vier Stunden. Alle Interviewpartnerinnen erklärten sich mit der Aufzeichnung des Interviews auf Kassette einverstanden, sodass diese zeitnah nach vorher formulierten Regeln wörtlich transkribiert werden konnten. Es wurden zunächst Fallanalysen erstellt, bevor im Anschluss daran die hier exemplarisch dargestellte fallübergreifende Datenanalyse durchgeführt wurde [38, 39].

Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang einem Verständnis von Gesundheit, das biopsychosoziale Aspekte und auch personenbezogene Faktoren und Umweltbedingungen umfasst. Demnach sollen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowohl den körperlichen Zustand, die Gefühle und das Verhalten der Person als auch die Lebensbedingungen, das soziale Netzwerk und die Versorgungsstrukturen beeinflussen [41]. Dabei findet eine Orientierung an den Aspekten Akzeptanz, Erreichbarkeit, Vernetzung und Förderung bestehender Ressourcen aus der Perspektive befragter Nutzerinnen statt. Die Ergebnisse werden beispielhaft anhand ausgewählter Interviewzitate veranschaulicht (vergleiche Gütekriterium „Empirische Verankerung") [40].

Akzeptanz der Familienhebamme durch betreute Mütter

Eine Voraussetzung für die Beeinflussung personenbezogener Faktoren betreuter Mütter und Familien durch Familienhebammen ist deren Akzeptanz. Sowohl von den Familienhebammen als auch von den Müttern wird es als vorteilhaft beschrieben, wenn der Erstkontakt schon während der Schwangerschaft erfolgt. Die gesundheitsbezogene Unterstützung im Rahmen der Versorgung von Mutter und Kind baut Vertrauen auf, das sich auch auf psychosoziale Belange erstreckt. Sind die Übergänge zwischen der regulären, über die Krankenkassen finanzierten Hebammenbetreuung und der projektfinanzierten Betreuung fließend, wird eine Weiterführung der Betreuung und ihre Ausdehnung auf andere Bereiche durch dieselbe Person eher als Hilfestellung und Entlastung und weniger als Kontrolle oder Bevormundung wahrgenommen. Die Familienhebamme wird als Vertrauensperson betrachtet: So schildern Frauen beispielsweise, dass sie für Fragen eine Ansprechperson haben oder auch, dass sie mit jemandem über ihre Lebenssituation sprechen können: „(…) weil irgendwo brauchte ich dann auch so eine Vertrauensperson, mit der ich auch über andere Sachen so ein bisschen reden konnte (…) was den Vater betrifft".

Positiv stellen Frauen fest, dass die Familienhebamme, ähnlich wie eine Freundin, an Entwicklungen und Ereignissen teilhat: „Ja, sie war sehr (…) in den Familien- ich will mal sagen sehr befr- was heißt befreundet, sie hat sehr, sie hat so ,n freundschaftliches Verhältnis zu den Familien, also zu mir, zu uns auf jeden Fall (…) und das hat man auf jeden Fall gemerkt, indem sie sich auch gefreut hat, wenn was gelungen ist und so was – das fand ich an ihr am besten."

Auf dieser Grundlage werden Ratschläge der Familienhebamme nicht nur angenommen, sondern sogar aktiv eingefordert. Dies gilt sowohl bei allgemeinen Fragen: „Eigentlich ist die Familienhebamme da, dass man auch mal Fragen stellen kann oder, und wenn was ist, oder generell Fragen übers Kind. Man kann sie so gesehen ausquetschen."

Und wird auch im Zusammenhang mit konkreten Problemen, wie einem Milchstau, berichtet: „(…) Es war einmal kurz weil ich irgendwie ne kleine Verstopfung hatte, bekam keine Milch mehr. Auf der anderen Seite ist es dann halt angeschwollen und tat weh bis zum geht nicht mehr. Und da hat sie mir dann halt empfohlen, so ne Wärmebehandlung mit Waschlappen und so massieren und so. Hat gut geholfen."

Es gelingt nicht immer, eine derart positive Haltung bei zu betreuenden Familien zu erreichen. Gelegentlich erfahren die Familienhebammen auch eine Ablehnung der von ihnen angebotenen Hilfe, sodass Anregungen zur Gesundheitsförderung im Vorfeld durch die Frauen blockiert werden. Skeptische Einstellungen werden vor allem bei Familien deutlich, die bereits negative Erfahrungen im Umgang mit MitarbeiterInnen des Jugendhilfesystems gesammelt haben: „(…) Behörden, die meinen zwar, sie haben dir geholfen, aber ich finde eigentlich eher, die haben mir mehr Stress gemacht, als dass sie mir geholfen haben. (…) Die Familienhebamme, die war angenehm. (…) ich hatte eigentlich erst Angst, dass sie da ständig durch die Wohnung gehen würde, wie diese andere, (…) meinen Kühl-

schrank kontrollieren würd (…) die hat (…) zu mir gesagt: Wo ist denn dein Mehl (…) oder dein Reis? (…) der Kleine isst (…) sowieso noch nichts, (…) damals, außer gestillt werden (…) das fand ich total störend, dass sie (…) durch die Wohnung gelaufen ist. Und (Name Familienhebamme) ist gar nicht im anderen Zimmer gewesen, also wirklich nur hier (…)."

Gesundheits- und Ressourcenförderung

Auf Basis der Akzeptanz der Familienhebamme durch die betreuten Mütter werden vielfältige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beschrieben, die an der Unterstützung bereits bestehender Ressourcen ansetzen. Diesbezüglich lässt sich aus den Befragungen der Mütter sowohl die Gesundheitsförderung, orientiert an personenbezogenen Aspekten, als auch eine Unterstützung der Ausweitung individueller Netzwerke ableiten. Bezogen auf die Beeinflussung personenbezogener Aspekte wird die Förderung persönlicher Kompetenzen im Umgang mit dem Kind und im Alltagshandeln geschildert. Zur Pflege und Versorgung des Säuglings wird beispielsweise beschrieben: „Sie hat mir viele Sachen gezeigt. (…) Wie man mit nem Kind umgeht, wie man das Kind ernährt, wann man es umstellt, die Nahrung. (…) Und das fand ich richtig super. (…) Weil ich selber wusste das nicht (lacht)."

Auch beim Umgang mit Schwierigkeiten in der Säuglingsbetreuung, mit eigenen Grenzen und der Einschätzung des Befindens wird eine Förderung der Ressourcen durch Familienhebammen deutlich: „Vor allem ich hab auch durch (Name Familienhebamme) gelernt, dass der Umgang mit meinem Sohn überhaupt, (…) was ich machen kann, wenn er Bauchweh hat, (…) (…) Blähungen (…) nicht essen will, oder einfach so schreit. Das war sehr hilfreich. Oder was ich machen kann wenn ich selber aufgeregt bin und der Kleine schreit. (…) dass ich erst mal rausgehe auf den Balkon, und danach dass ich meinem Sohn erst mal die Hand drücke (lächelt hörbar), dass ich auch erst mal wieder runterkomm. (…) Ja. Es waren eigentlich ziemlich gute Vorschläge. (…) Und (…) wie ich sehen kann, wie zufrieden er ist."

Die Förderung persönlicher Kompetenzen bezieht sich auf das Alltagshandeln bzw. die Alltagsbewältigung: „(…) wie ich das alles regeln kann mit Strom und so was alles. Hatt ich alles überhaupt noch nicht beantragt gehabt. (…) Oder wie's überhaupt, generell, bei mir in der Wohnung dann gelaufen ist."

Die aktive Einflussnahme auf bestehende soziale Netzwerke mit Blick auf die Gestaltung einer unterstützenden Umgebung wird im familiären Kontext deutlich: „(…) oder Kontakt zu meiner Schwester wieder aufzubauen (…) ich hab dann, wo sie dann bei mir gewesen war und wenn die Stunde (…) zu Ende (…) war (…) versucht (…) meine Eltern und bei meiner Schwester wieder anzurufen (…). Und so gesehen um Hilfe gebetet und dass sie (…) mich ‚n bisschen unterstützen dabei, dass ich nicht so alleine da steh. Das haben sie dann auch ziemlich gut gemacht. (…) Es war sehr gut, sonst hätt ich jetzt nicht so Kontakt mit meiner Schwester und mit meinen Eltern wie jetzt."

Trotz hoher Akzeptanz der Familienhebamme ist es nicht immer möglich, soziale Netzwerke langfristig auszubauen: „(…) sie hatte sich (…) in Verbindung gesetzt hier mit der Gemeinde (Name). Die haben da so ‚n Eltern-Kind-Frühstück. Jeden zweiten Dienstag glaub ich (…) Da war ich auch ne Zeit lang. Das ist alles wieder ein bisschen eingerissen (…) hat sie halt vorgeschlagen, ‚n Hebammenladen, gibt's ja in (Name), da hat sie (…) Babytage, wollte ich eigentlich (…) hingefahren sein, bin ich auch wieder (lacht), nich zu gekommen, (…) Also, ich fand einfach, sie war (…) noch ‚n bisschen zu klein. [I: Und wie kommen Sie da hin?] (…) ich, muss (…) sagen, (…) ich wurde immer abgeholt, (…) wir können auch zu Fuß dahin gehen."

Erreichbarkeit

Eine Gesundheitsförderung durch Familienhebammen, die einerseits an personenbezogenen Aspekten und der individuellen Ressourcenförderung ansetzt und andererseits darauf ausgerichtet ist, das Umfeld für die Nutzerinnen durch Erweiterung sozialer Netzwerke positiv zu beeinflussen, ist jedoch nur möglich, wenn Familienhebammen auch für die angestrebte Klientel erreichbar sind. Diese Erreichbarkeit beziehungsweise der Zugang können durch eigene Initiative erfolgen, auf Anraten von MitarbeiterInnen in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen oder durch MitarbeiterInnen des Jugendhilfesystems: „(…) wir hatten Probleme (…) ich hatte noch keinen deutschen Pass (…) war bei meinen Eltern eingetragen, und dann hatt ich Schwierigkeiten, ‚ne Urkunde vom Kind ausstellen zu lassen (…). Dann hab ich mich selber beim Jugendamt gemeldet (…) haben gesagt: Du bist noch minderjährig (…) Du brauchst (…) ‚ne Hilfe (…) ich bräuchte noch ‚ne Familienhebamme. Ich war nicht dagegen."

Im Rahmen des Betreuungskontaktes wird die direkte telefonische Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit für Fragen oder Probleme von den befragten Frauen positiv hervorgehoben. Geschildert werden dabei unterschiedliche Möglichkeiten zur Kontaktgestaltung und Kontaktaufnahme: „(…) Wir haben uns mal zum (…) spontan (lacht) … spontane Termine haben wir gemacht (…) so wie sie Zeit hatte. Ich (…) konnte ja kaum arbeiten. Und, zum Schluss war sie sehr auch sehr viel für mich da, telefonisch, per SMS."

Die Familienhebammen betonen in diesem Zusammenhang die Vorteile ihrer aufsuchenden Arbeit, die eine Kontaktaufnahme vielfach auch dann ermöglicht, wenn Klientinnen abgesprochene Termine vergessen.

Vernetzung

Von einer Vernetzung der Familienhebammen mit anderen HelferInnen wird auf unterschiedliche Weise berichtet. Diese bezieht sich sowohl auf den Kontakt der Familienhebammen mit MitarbeiterInnen des Jugendhilfesystems, wenn weitere Kinder in der Familie durch diese betreut werden, oder auch, wenn die (werdende) Mutter selbst, zum Beispiel aufgrund ihres Alters, Klientin der Jugendhilfe ist: „(…) Integrationswerkstatt für arbeitslose Jugendliche (…) musst ich das machen (…) was ich konnte. Die haben mir da auch viel geholfen. Die haben sich so immer zusammengeschlossen und so ausgetauscht was, (Pause) wie es bei mir ist (…) und das war ziemlich gut."

Deutlich wird aus den Schilderungen, dass die Vernetzung der HelferInnen bemerkt wird, und, wenn sie positiv und offen verläuft, durchaus als Unterstützung der Mutter wahrgenommen wird.

Zusammenfassung der wichtigsten qualitativen Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass die Akzeptanz von Familienhebammen insbesondere dann hoch ist, wenn Mütter Familienhebammen in einer positiven Rolle sehen, das heißt als Person, mit der sie, ähnlich wie mit einer Freundin, über Themen sprechen können, die sie emotional bewegen. So werden Gespräche beispielsweise über die eigene Lebenssituation, die Entwicklung des Kindes oder auch über den Umgang mit Unsicherheiten positiv hervorgehoben. Förderlich für den Aufbau eines positiven Kontaktes ist ein frühzeitiger Betreuungsbeginn bereits während der Schwangerschaft und das Erleben einer vertrauensvollen, individuellen und fachkompetenten Begleitung, das heißt, dass die Hebamme im Bedarfsfall zum Beispiel telefonisch oder per SMS erreichbar ist. Erschwernisse zeigen sich, wenn bereits Erfahrungen mit anderen HelferInnen im System Früher Hilfen vorliegen, die negativ bewertet wurden. Die Mütter beschreiben auf unterschiedliche Weise, wie Familienhebammen vorgehen, um die Gesundheit von Mutter und Kind positiv zu beeinflussen. Aus diesen Schilderungen lässt sich ableiten, dass das Handeln der Familienhebammen an den bereits bestehenden Ressourcen der Mütter ansetzt und darauf abzielt, diese weiter auszubauen. Aus der Perspektive der Mütter wird eine Vernetzung unterschiedlicher HelferInnen wahrgenommen und positiv bewertet.

Diskussion

Bewertung der vorliegenden Ergebnisse

Die exemplarisch dargestellten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch von Familien angenommen und positiv bewertet werden, die sich in psychosozial belastenden Lebenslagen befinden. Damit lassen sich die bisherigen positiven Ergebnisse von Evaluationen zu Familienhebammenprojekten [24] auch durch die Ergebnisse der Osnabrücker Studie bestätigen. Aus der Perspektive betreuter Familien wird deutlich, dass Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention, wenn sie auf einer durch hohe Akzeptanz geprägten Beziehung basieren, auf überwiegend positive Resonanz stoßen. Hilfreich sind hier sicherlich auch die aufsuchende Betreuung und die Möglichkeit, Frauen im Rahmen üblicher Hebammenangebote zu erreichen und somit Lebensphasen zu nutzen, in denen sie Angeboten des Gesundheitssystems in der Regel aufgeschlossen gegenüberstehen.

Familienhebammen können, wenn sie von den betreuten Familien akzeptiert werden, dazu beitragen, negative motorische, sozioemotionale und kognitive Entwicklungen der Kinder zu verhindern, da sich Eltern, wie beschrieben, aufgrund ihrer Kompetenz gefördert fühlen. Für den Landkreis Osnabrück lässt sich aus den bisherigen Erfahrungen und Ergebnissen schlussfolgern, dass Familienhebammen das System Früher Hilfen sinnvoll ergänzen. Aus der Perspektive der Mütter werden die fachliche Kompetenz der Familienhebamme bei Fragen rund um die Geburt eines Kindes sowie ihre Beziehungsgestaltung und Begleitung deutlich positiv bewertet. Dies ist bei anderen HelferInnen im System Früher Hilfen nicht immer der Fall. Zudem zeigen die Ergebnisse Faktoren auf, die die Akzeptanz und Erreichbarkeit von Familienhebammen fördern oder hemmen. Die Vernetzung unterschiedlicher HelferInnen im System Früher Hilfen wird grundsätzlich von den Müttern positiv bewertet. Die detaillierten Schilderungen der Mütter lassen jedoch auch darauf schließen, dass deren Eigenaktivität durch ihre gleichwertige Einbeziehung in die Planung von Maßnahmen und Zielen noch unterstützt werden könnte.

Einordnung der Ergebnisse in die aktuelle Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse deuten bei den im Rahmen der Studie befragten Frauen auf vielfältige Belastungen im Zusammenhang mit der Geburt und in der postnatalen Periode hin, wie aktuell beispielsweise von Martini beschrieben [42]. Auch lässt sich ein Bedarf nach Stillberatung, nach Anleitungen zum Umgang mit dem Kind sowie nach Beratungen zu lebenspraktischen Fragen ableiten [13]. Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" aufgestellten Kriterien zur Bewertung präventiver Interventionen bieten Richtlinien zur Reflexion gewählter Vorgehensweisen. Demnach werden Programme empfohlen, die darauf abzielen, die Situation von Familien zu verbessern, die über niedrigschwellige Angebote verfügen, ein integriertes Handlungskonzept/Vernetzung berücksichtigen, das Aufsuchen der Familien beinhalten, auf Empowerment ausgerichtet sind und die ihre Vorgehensweisen angemessen dokumentieren und evaluieren [43]. Diese Empfehlungen lassen sich – den dargestellten Erfahrungen und Ergebnissen aus dem Osnabrücker Land folgend – unterstützen. Wie in vorangehenden Studien zu Familienhebammen bereits vor langer Zeit erfasst [24] und durch Ansätze zur Reflexion der Arbeit von Familienhebammen [23] bestätigt, zeigen auch die Befunde der hier vorgestellten Evaluationsstudie vielfältige Möglichkeiten, um bestehende Belastungen zu reduzieren, eine gesunde kindliche Entwicklung zu unterstützen und individuelle Ressourcen zu fördern.

Limitationen der Studie

Einige Einschränkungen müssen bei der Betrachtung der Ergebnisse jedoch berücksichtigt werden. So beziehen sich die hier vorgestellten Ergebnisse zunächst nur auf die im Osnabrücker Land unter den beschriebenen Rahmenbedingungen betreuten Personen. Der Feldzugang erfolgte über die Familienhebammen. Es ist folglich nicht auszuschließen, dass sich vorwiegend Frauen zur Teilnahme an einem Interview bereit erklärt haben, die die Betreuung durch die Familienhebamme positiv als Unterstützung und als Förderung eigener Ressourcen erlebt haben. Der abschließende Nachweis einer auch längerfristigen Erweiterung der elterlichen Kompetenzen (zum Beispiel durch Au-

ßenstehende) kann mithilfe der beschriebenen Vorgehensweisen nicht erbracht werden. Hierfür wären Fall-Kontroll-Studien im Längsschnitt empfehlenswert. Dass gerade die Hebammenbetreuung mit ihrem niedrigschwelligen und für Familien hoch akzeptablen Angebot umfassende Möglichkeiten bietet, Risiken gezielt zu begegnen und Bedingungen für die Entwicklung des Kindes und die Elternschaft zu verbessern, zeigen die vorgestellten Ergebnisse. Möglicherweise sind diese aus der Perspektive betreuter Mütter geschilderten positiven Effekte jedoch auch an deren Kompetenz gebunden, sich über ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse detailliert äußern zu können – denn nur diese Mütter erfüllen die Voraussetzungen für eine Teilnahme an einem qualitativen Interview.

Fazit

Trotz einiger Einschränkungen ermöglichen die hier vorgestellten Ergebnisse einen Einblick in den Bedarf und die Bedürfnisse der Nutzerinnen von Familienhebammenleistungen. Betrachtet man die Schilderungen der Mütter zur Akzeptanz von Familienhebammen in Abgrenzung zu anderen Formen Früher Hilfen, wird deutlich, dass Familienhebammen das System Früher Hilfen (zumindest im hier untersuchten Landkreis Osnabrück) sinnvoll ergänzen und hohe Akzeptanz genießen.

Inwieweit Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen Versorgungslücken schließen könnten, bleibt allerdings noch offen. Zum einen ist nicht davon auszugehen, dass diese Form der Hilfeleistung für alle Familien angemessen und ausreichend ist. Zudem ist gesundheitspolitisch zu bedenken, dass mit der Hinzuziehung freiberuflicher Hebammen in den Bereich Früher Hilfen eine zwar kostengünstige und in den ersten Wochen von Krankenkassen finanzierte Versorgung eingerichtet wird, bisher aber weder die angemessene Weiterbildung noch die berufliche Grundsicherung (Bereich Haftpflicht) [44] geklärt sind. Die Ergebnisse sind insgesamt als Basis für die Entwicklung von Konzepten für eine gesundheitsfördernde Versorgungsgestaltung zu betrachten, die sich neben dem gesellschaftlich definierten Bedarf nach Prävention von Kindeswohlgefährdungen gleichermaßen am Bedarf und den Bedürfnissen vulnerabler Familien orientieren.

Die Begleitstudie erfolgt im Rahmen des Aktionsprogramms Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Über das in diesem Zusammenhang gegründete Nationale Zentrum Frühe Hilfen werden Erfahrungen der unterschiedlichen Teilprojekte gebündelt, um hieraus bundesweite Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung des Kinderschutzes in Deutschland abzuleiten.

Korrespondenzadresse

Dr. K. Makowsky
Fachbereich 08 – Humanwissenschaften, Fachgebiet Gesundheitswissenschaften, Forschungsschwerpunkt: Maternal & Child Health, Universität Osnabrück
Albrechtstr. 28, 49069 Osnabrück
kmakowsk@uos.de

Danksagungen. Wir danken dem Kinderschutzbund Orts- und Kreisverband Osnabrück für die gute Kooperation.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Cierpka M (2009) Die Familienhebamme im wissenschaftlichen Diskurs. In: Nakhla D, Eickhorst A, Cierpka M (Hrsg) (2009) Praxishandbuch für Familienhebammen. Arbeit mit belasteten Familien. Mabuse, Frankfurt am Main, S 17–21
2. RKI (Hrsg) (2006) Erste Ergebnisse der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
3. Petch J, Halford WK (2008) Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. Clin Psychol Rev 28(7):1125–1137
4. Curran M, Hazen N, Jacobvitz D, Saski T (2006) How representations of the parental marriage predict marital emotional attunement during the transition to parenthood. J Fam Psychol 20:477–484
5. Glade AC, Bean RA, Vira R (2005) A prime time for marital/relational intervention: a review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. Am J Fam Ther 33:319–336
6. Twenge JM, Campbell WK, Foster CA (2003) Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. J Marriage Fam 65:574–583
7. Moller K, Hwang CP, Wickberg B (2006) Romantic attachment, parenthood and marital satisfaction. J Reprod Infant Psychol 24(3):233–240
8. Perry-Jenkins M, Goldberg AE, Pierce CP, Sayer AG (2007) Shift work, role overload, and the transition to parenthood. J Marriage Fam 69(1):123–138
9. Deave T (2005) Associations between child development and women's attitudes to pregnancy and motherhood. J Reprod Infant Psychol 23(1):63–75
10. Röhrle B (1994) Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Psychologie Verlags Union, Weinheim
11. Helming E, Sandmeier G, Sann A, Walter M (2007) Kurzevaluation von Programmen zu frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme in den Bundesländern. Abschlussbericht. DJI, München. http://www.dji.de
12. DJI (2008/09) Gemeinsam stärker. Kooperation im Bereich Frühe Hilfen. http://www.dji.de
13. WHO (2000) Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Eigenverlag, Kopenhagen
14. Ballestrem CL, Nagel-Brotzler A et al (2005) Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression. Fortschr Neurol Psychiatr 73
15. Nagel-Brotzler A, Chrzonsz EM (2005) Erfahrungen von Hebammen mit Frauen mit perinatalen psychischen Störungen. Zentralbl Gynakol 127
16. Weimer D (2005) Prävention der Postpartalen Depression – eine wichtige Aufgabe der Wochenbettbetreuung. Hebamme 18:230–234
17. Olds DL (2006) The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. Infant Ment Health J 27:5–25
18. Erickson MF, Egeland B (2006) Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes-Programm. Klett-Cotta, Stuttgart
19. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2009) 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Publikationsversand der Bundesregierung, Rostock
20. HebG Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (1997) Ausbildung. § 5. http://www.hebammengesetz.de
21. Sayn-Wittgenstein F zu (Hrsg) (2007) Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Hans Huber, Bern, S 17–26
22. HebAPrV Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (2007) § 1 Abs. 1 Anlage 1 und 2. http://www.buzer.de/gesetz/6215/a86551.htm
23. Schneider E (2004) Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Mabuse, Frankfurt a. M.
24. Collatz J, Rohde J (1986) Ergebnisse der Aktion Familien-Hebamme im Überblick. Evaluation des Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. Gesellschaft für Strahlen und Umweltforschung. München
25. Schneider E (2007) Hebammen beraten Familien. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Projektbeleitung. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
26. Burman B, Margolin G (1992) Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional analysis. Psychol Bull 112:39–63

27. Schütz A, Wiesener C (2000) Partnerschaft und Gesundheitszustand. In: Kaiser P (Hrsg) Partnerschaft und Paartherapie. Hogrefe, Göttingen, S 193–218
28. Mayr T (2000) Entwicklungsrisiken bei armen und sozial benachteiligten Kindern und die Wirksamkeit früher Hilfen. In: Weiß H (Hrsg) Frühförderung mit Kindern in Armutslagen. Ernst Reinhardt, München, S 142–163
29. Pollit E (1994) Poverty and child developement: relevance of research in developing countries to the United States. Child Dev 65:283–295
30. Spangler G, Zimmermann P (1999) Bindung und Anpassung im Lebenslauf, Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter R, Röper G, Hagen C von, Noam G (Hrsg) Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union, Weinheim, S 171–194
31. Spangler G, Zimmermann P (1999) Attachment representation and emotion regulation in adolescence: a psycho-biological perspective on internal working models. Attach Hum Dev 1:270–290
32. Röhrle B (2010) Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten? In: Sachverständigenkommission (Hrsg) Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. DJI, München, S 71–153
33. Pfeiffer C (2006) Projektbeschreibung Pro Kind Niedersachsen. Hannover
34. Olds DL, Henderson CR, Phelps C et al (1993) Effect of prenatal and infancy nurse home visitation of gouvernment spending. Med Care 31(2):155–174
35. Schücking B (2008) Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung. In: Frühe Hilfen Modellprojekte in den Ländern. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
36. Makowsky K, Hus-Halstenberg S, Bernstorff V (2009) Familien-Hebammen im Landkreis Osnabrück. Projekt in Trägerschaft des Deutschen Kinderschutzbundes Orts- und Kreisverband Osnabrück
37. Stiftung Eine Chance für Kinder (Hrsg) (2008) Einsatz von Familienhebammen zum Schutz des Kindeswohls – optimale Prävention von Kindesvernachlässigung. Auswertungen – Beispiels und Vertragsentwürfe. Schriftenreihe. Hannover
38. Witzel A (2000) Das Problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Research. 1(1). http://www.qualitative-research.net/fqs.htm
39. Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz, Weinheim Basel
40. Steinke I (2005) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) (2005) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek bei Hamburg, S 319–331
41. Badura B (1995) Qualitätsforschung: Fragestellungen, Gegenstände und Vorgehensweisen. In: Badura B, Grande G, Janßen H, Schott TH (Hrsg) (1995) Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Juventa, Weinheim München, S 13–54
42. Martini J (2009) Verlauf des psychischen Befindens in der Schwangerschaft und Postpartalzeit. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress, 25.–28. November 2009. Berlin
43. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 4. erweiterte und überarbeitete Aufl. Eigenverlag, Köln, S 26–37
44. Die Zeit (2010) Notfall Hebamme. 6.5.2010

Kompakt, handfest, praxisrelevant!

- Alles Wissenswerte für Ärzte, die hauptberuflich oder ergänzend als Honorararzt tätig sind oder werden wollen
- Zurück in die Freiheit - unabhängig von Klinikhierarchien und überbordender Bürokratie
- Für Deutschland und alle anderen relevanten Länder
- Mit Zusatzinformationen im Internet

2011. 190 S. 25 Abb. Geb.
€ (D) 39,95 | € (A) 41,07 | sFr 54,00
ISBN 978-3-642-04542-4

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

100376x

springer.de

Springer