

Frühe Hilfen – Wirkungsforschung und weiterer Bedarf

Ilona Renner, Sara Scharmanski, Mechthild Paul, NZFH, Köln

Die Frühen Hilfen sind ein Unterstützungsangebot, das sich insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen richtet. In einer aktuellen Elternbefragung ermittelte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), wie Mütter den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen bewerten. Die Befragten zeigten eine hohe Zufriedenheit und fühlten sich von den Gesundheitsfachkräften darin bestärkt, die Betreuung aktiv mitzugestalten.

Hintergrund

Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (GKiKP) bieten ambulante, häusliche Betreuung für Mütter und Familien während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Bei Bedarf kann die Betreuung auch über die ersten Wochen nach der Geburt hinaus fortgesetzt werden (z.B. bei Stillschwierigkeiten oder Komplikationen bei der Geburt).

Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) sind Hebammen und Kinderkrankenpflegende mit einer Zusatzqualifikation. Sie unterstützen Familien in belastenden Lebenslagen, wie z.B. gravierender Armut oder körperlicher und psychischer Erkrankung, bei der Bewältigung von Alltags-, Erziehungs- und Fürsorgeaufgaben.

Inzwischen wird dieses Unterstützungsangebot von der überwiegenden Mehrzahl der Kommunen in Deutschland vorgehalten [5] und von Familien mit psychosozialen Hilfebedarf auch in Anspruch genommen [3].

International gibt es bereits zahlreiche Belege für die Wirksamkeit aufsuchender Unterstützungsangebote für Eltern von jungen Kindern (vgl. z.B. [1][2]). Dass solche Angebote auch unter den wohlfahrtsstaatlichen Bedingungen in Deutschland Lebens- und Elternkompetenzen von psychosozial belasteten Müttern und Vätern stärken können, zeigen Ergebnisse aktueller Studien [11][7].

STUDIE

Gesundheitsfachkräfte in den frühen Hilfen

Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen war ein Förderschwerpunkt der *Bundesinitiative Frühe Hilfen*. Dieses Unterstützungsangebot für Familien mit jungen Kindern wurde inzwischen bundesweit auf- und ausgebaut. In ihrer 2016 im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Studie gingen Renner und Scharmanski der Frage nach, inwieweit Familien,

insbesondere Familien in belastenden Lebenslagen, von diesem Angebot profitieren [7].

Methode: Online-Erhebung bei Gesundheitsfachkräften (Familienhebammen sowie Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden) auf Grundlage der Dokumentationsvorlage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und standardisierte Erhebung elterlicher Lebens- und Erziehungskompetenzen. An der Erhebung nahmen 190 Gesundheitsfachkräfte teil, die dem NZFH zu drei Erhebungszeitpunkten anonymisierte Angaben über 937 Familien übermittelten. Das bei der Online-Erhebung eingesetzte Systematische Explorations- und Verlaufsinventar (SEVG), das Hilfebedarfe und Ressourcen von Familien systematisch erfasst, wurde explizit zu diesem Zweck entwickelt [10].

Ergebnisse:

- Die Studie stellte bei Familien nach der Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen eine signifikante Zunahme der Kompetenzen fest.
 - Vor allem Familien mit weniger stark ausgeprägten Belastungen scheinen von der direkten Hilfeleistung der Gesundheitsfachkräfte zu profitieren.
 - Familien mit Belastungen, die so stark ausgeprägt sind, dass die Gesundheitsfachkraft die Vermittlung zusätzlicher Hilfeangebote in Erwägung zieht, profitieren deutlich weniger von den direkten Hilfeleistungen.
 - Jedoch können diese Familien zu einem sehr hohen Anteil in zusätzliche, intensive Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe vermittelt werden.
- Die Ergebnisse legen nahe, dass Familien in psychosozial belasteten Lebenslagen von der Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte profitieren. Weitere Forschungsbemühungen sind wünschenswert, vor allem die Überprüfung im Kontrollgruppendesign, wobei vermehrt auf adäquate und durch die

Gesundheitsfachkraft beeinflussbare Outcome-Variablen zur Erfassung des Betreuungseffektes zurückgegriffen werden sollte [7].

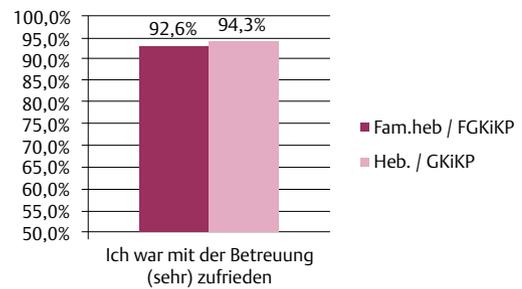
Elternzufriedenheit mit der Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte

Zentrale Voraussetzung dafür, dass das Betreuungsangebot durch Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen wirken kann, ist eine hohe Akzeptanz der Unterstützungsleistung durch die betreuten Familien. Deshalb stellt sich die Frage, wie zufrieden Eltern mit der Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft sind. Ilona Renner, Sara Scharmanski und Mechthild Paul fanden mit der nachfolgend vorgestellten Elternbefragung Antworten.

Um der Frage nachzugehen, wie Mütter den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen bewerten, hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen im Jahre 2014/2015 insgesamt 1019 zufällig ausgewählte Mütter mit Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr zu ihren Erfahrungen mit Gesundheitsfachkräften befragt. Die Adressdaten der Mütter wurden von insgesamt 20 städtischen und ländlichen Einwohnermeldeämtern zur Verfügung gestellt. Die Interviewerinnen führten die Befragung – je nach Wunsch und Erreichbarkeit der Teilnehmerin – telefonisch, postalisch oder im Hausbesuch persönlich mündlich durch. Dabei wurden höchste datenschutzrechtliche Standards eingehalten. Von 1019 Müttern gaben 148 an, dass sie nach der Geburt des jüngsten Kindes entweder von einer Familienhebamme (146) oder einer FGKiKP (2) betreut wurden. Weitere 470 Mütter wurden längerfristig, über die ersten Wochen nach der Geburt hinaus von einer Gesundheitsfachkraft betreut, wussten aber nicht, ob ihre Hebamme (452) oder Kinderkrankenpflegerin (18) eine Zusatzqualifikation zur Familienhebamme oder FGKiKP besitzt. Die folgenden Auswertungen werden deshalb für beide Betreuungsgruppen (Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation und Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation) getrennt dargestellt.

Allgemeine Zufriedenheit

Die Mütter bewerteten die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft ausgesprochen positiv: Gefragt nach der allgemeinen Zufriedenheit gaben über 90 % der Mütter an, mit der erhaltenen Unterstützung zufrieden oder sehr zufrieden zu sein (vgl. ►Abb.1). Die Frage konnte auf einer 5-stufigen Skala von 0 = „gar nicht zufrieden“ bis 4 = „sehr zufrieden“ beantwortet werden. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Bewertung von Gesundheitsfachkräften mit und ohne Zusatzqualifikation.



►Abb. 1 Allgemeine Zufriedenheit der Mütter mit der Betreuung.
Basis: n = 148 Mütter, die von Familienhebammen (n = 146) oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (n = 2) betreut wurden; n = 470 Mütter, die längerfristig von Hebammen (n = 452) und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (n = 18) ohne Zusatzqualifikation betreut wurden.

Eigenschaften der Fachkraft

Die Mütter wurden gebeten, auf einer 5-stufigen Skala von 0 = „trifft nicht zu“ bis 4 = „trifft voll und ganz zu“ zentrale Eigenschaften der Gesundheitsfachkraft zu bewerten. Auch hier finden sich durchweg positive Beurteilungen (vgl. ►Abb. 2): Aus Sicht der Mütter mag die Gesundheitsfachkraft ihre Arbeit (3,8); sie „leistet mehr als sie müsste“ (3,4), „ist immer erreichbar“ (3,7) und auch die Aussage „ist für mich wichtig“ erhält mit einem Skalenwert von 3,9 einen absoluten Höchstwert. Entsprechend findet die Aussage, die Gesundheitsfachkraft wirke oft gestresst, kaum Zustimmung (0,6).

Beziehungsqualität

Entsprechend der hohen Zufriedenheit wird auch die Qualität der Beziehung zur Gesundheitsfachkraft in mehreren Hinsichten als sehr gut beschrieben. Spontan berichteten 43 % der Mütter, dass die Beziehung zur Gesundheitsfachkraft „freundschaftlich“, „vertraut“, „herzlich“, „familiär“, „nah“ oder „innig“ war. Weitere 34 % antworteten auf die offene Frage nach der Art der Beziehung schlicht, aber deutlich mit „sehr gut“.

Passung von Hilfebedarf und Hilfeangebot

Vielen Gesundheitsfachkräften ist es offensichtlich gelungen, ihr Unterstützungsangebot dem tatsächlichen Hilfebedarf der Familien anzupassen. Rund 90 % der Mütter gaben an, dass sie von den Gesundheitsfachkräften dazu ermutigt wurden, eigene Wünsche zu äußern. Mehr als 95 % berichteten, dass sie bei der Umsetzung ihrer Wünsche Unterstützung erhalten haben (vgl. ►Abb.3). Die Bewertung des Nutzens der erhaltenen Unterstützungsleistung fiel dann, wenn ein spezifischer Hilfewunsch bzw. -bedarf vorlag, positiv aus [9].

Weiterempfehlung

Angesichts der durchweg positiven Bewertungen verwundert es nicht, dass fast alle Mütter das Unterstützungsangebot an eine andere Mutter weiterempfehlen würden (98 %).

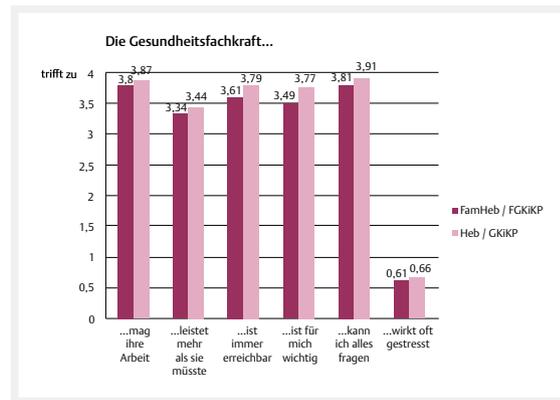
Verbesserungsvorschläge

Abschließend stellten die Interviewerinnen die Frage: „Was könnte Ihrer Meinung nach an dem Unterstützungsangebot durch eine Familienhebamme oder Kinderkrankenschwester verbessert werden?“ Die Hälfte der Mütter antwortete darauf mit „Nichts. Alles optimal.“ Am zweithäufigsten wurde der Wunsch geäußert, dass die Unterstützung länger andauern sollte, was somit nochmals die hohe Zufriedenheit widerspiegelt.

Einordnung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der NZFH-Elternbefragung zeigen deutlich, dass die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft von den Müttern als sehr positiv bewertet wird. Dies gilt gleichermaßen für Familienhebammen und FGKiKP wie auch für Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, die längerfristig in einer Familie tätig sind.

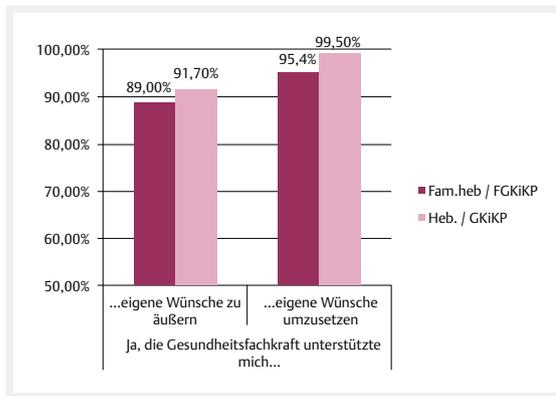
Fast alle Mütter waren (sehr) zufrieden und würden die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft an eine andere Mutter, die sich nach der Geburt des Kindes in einer ähnlichen Lage befindet, weiterempfehlen. Solche ausgesprochen hohen Zufriedenheitswerte sind umso erstaunlicher, als der Anlass für die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft oftmals ein auffällig gewordener Hilfebedarf der Familie ist, der mit Schwierigkeiten hinsichtlich der Bewältigung grundlegender Lebens- und



► **Abb. 2** Bewertung verschiedener Aspekte der professionellen Haltung der Gesundheitsfachkraft durch die Mütter. Basis: n = 603 – 618 Mütter, die von einer Gesundheitsfachkraft betreut wurden. Für jedes Item wurde für jede „Betreuungsgruppe“ – Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft a) mit Zusatzqualifikation und b) ohne Zusatzqualifikation – ein Mittelwert errechnet.

Erziehungsaufgaben einhergehen kann und häufig schambesetzt ist. Den Gesundheitsfachkräften scheint es gelungen zu sein, eine mögliche Skepsis und Abwehr der Familien zu überwinden und einen Zugang zu den betreuten Müttern zu finden.

Die Akzeptanz der Gesundheitsfachkräfte und ihrer Hilfeleistung durch die Mütter stellt eine zentrale Voraussetzung für eine wirksame und tragfähige Beziehung zwischen Familie und Fachkraft dar, um gemeinsam die Entwicklungsbedingungen der Familie zu verbessern. Fragen zur Wirksamkeit werden im Faktenblatt „Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Möglichkeiten und Grenzen des professionellen Handelns“ aufgegriffen [8].



► **Abb. 3** Ermutigung zur aktiven Mitgestaltung der Betreuung.

Basis: n = 146 Mütter, die von Familienhebammen (n = 146) oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (n = 2) betreut wurden; n = 469 Mütter, die längerfristig von Hebammen (n = 452) und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (n = 18) ohne Zusatzqualifikation betreut wurden.

Fazit

- Mehr als 90 % der Mütter waren mit der Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“.
- Sehr positiv wurden verschiedene Aspekte der Beziehungsqualität bewertet.
- Die Mütter wurden von den Gesundheitsfachkräften darin bestärkt, die Betreuung aktiv mitzugestalten.
- Fast alle Mütter würden das Angebot weiterempfehlen. Von den wenigen Müttern, die Verbesserungsvorschläge äußerten, wünschten sich die meisten eine zeitliche Ausweitung der Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft.

Weiterer Bedarf

Befragung der Kommunen zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen

Das NZFH befragte in den Jahren 2013, 2014 und 2015 im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen die geförderten Kommunen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Dabei wurden auch die eingesetzten Gesundheitsfachkräfte und die Verbreitung von Einsatzmodellen und Qualitätsmerkmalen erfasst. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf den Erhebungen bei 555 Kommunen, die an der letzten Befragung im Jahr 2015 teilgenommen haben (95,9 % der Kommunen in Deutschland, die örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind). Sie wurden 2017 im Faktenblatt „Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen“ veröffentlicht [6]:

- „Das Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung besteht in 87,9 % der

Kommunen. In fast allen Kommunen wird es von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen durchgeführt.

- Trotz der Ausweitung des Angebotes fehlen geschätzt 375,25 Vollzeitäquivalente für eine bedarfsgerechte Versorgung.
- Der Mangel an Fachkräften ist das größte Problem, aber auch fehlende finanzielle Mittel stellen ein Hindernis für den Ausbau dar.
- Koordinierungsstellen für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften wurden bundesweit etabliert und die Einführung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung wurde ausgeweitet.
- Bei der konzeptionellen Gestaltung des Übergangs von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsleistungen besteht Entwicklungsbedarf.“

Probleme bei Ausweitung des Angebots

Die vom NZFH befragten Kommunen gaben sowohl 2013 als auch 2015 das Fehlen von Fachkräften als Haupthinderungsgrund für die Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften an. Andere Schwachstellen konnten beseitigt oder gemindert werden (s. ► **Tab. 1**). An der Qualifikation mangelt es nach Ansicht der Kommunen nicht, wie die Zahlen bestätigen. Die Autoren führen dies auf die intensiven Qualifizierungsmaßnahmen in den Bundesländern zurück [6].

Hohe Wertschätzung für Familienhebammen

Familienhebammen erfahren bei den Verantwortlichen, die in den Kommunen für die Netzwerke Frühe Hilfen zuständig sind, eine hohe Wertschätzung, wie es im Faktenblatt des NZFH mit den Ergebnissen der Evaluation und Dokumentation der Bundesinitiative Frühe Hilfen heißt. Dies zeige sich auch in ihrer mittlerweile fast flächendeckenden Einbindung in die fallübergreifende Netzwerkarbeit. Sie sind in 88 % der Kommunen mit einem Netzwerk Frühe Hilfen vertreten. Dies ist der höchste Wert von Akteuren aus dem Gesundheitswesen. Bei der Beurteilung der Kooperationsqualität liegen sie mit einem Mittelwert von 1,5 an der Spitze aller Akteure in den Kommunen – wie bereits 2013 mit einem Mittelwert von 1,6 [6].

Unterschiedliche Einsatzprofile

Das Faktenblatt nennt folgende Einsatzprofile für die Gesundheitsfachkräfte [6]:

- FamHeb und FGKIKP werden in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Kindern bis drei Jahre (LaB) eingesetzt. Dieses sekundärpräventive Angebot richtet sich überwiegend an eher schwer erreichbare Familien in belastenden Lebenslagen.
- Zudem werden die Gesundheitsfachkräfte in primärpräventiven Angebotstypen tätig, z.B. im Rahmen von sogenannten Willkommensbesuchen.

Diese wurden 2015 in 62,2 % der erfassten Kommunen angeboten, in 16,2 % mit Gesundheitsfachkräften.

- In 39,6 % der Kommunen sind FamHeb und FGKiKP auch im Bereich der Hilfen zur Erziehung tätig.

Der hohe Anteil von Arbeit an der Schnittstelle zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung verweist auf einen weit verbreiteten Bedarf zur konzeptionellen Klärung der spezifischen Rollen und Aufgaben der Gesundheitsfachkraft gegenüber den betreuten Familien und im Zusammenwirken mit anderen, insbesondere sozialpädagogischen Fachkräften im Jugendamt sowie im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen, stellt das NZFH im Faktenblatt fest. Dies gelte insbesondere, wenn im Prozess der Familienbegleitung im Rahmen der Frühen Hilfen der Hilfebedarf die Unterstützungsmöglichkeiten einer Gesundheitsfachkraft überschreite [6].

Gestaltungsbedarf am Übergang zu weiterführenden Angeboten

Derzeit wird offenbar der Übergang von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsangeboten vor Ort sehr unterschiedlich gestaltet, wie dem Faktenblatt weiter zu entnehmen ist [6]:

- In 78 % der befragten Kommunen, in denen Gesundheitsfachkräfte in der LaB eingesetzt werden, bleibt die Gesundheitsfachkraft in der Betreuung und wird durch eine zusätzliche sozialpädagogische Fachkraft unterstützt.
- In 70,3 % der Kommunen wird die Betreuung an die sozialpädagogische Fachkraft übergeben, in 13,8 % erfolgt die Übergabe an eine andere, in der Erziehungshilfe tätige Gesundheitsfachkraft.

Die unterschiedlichen Kooperationsmodelle zeigen, dass die Übergänge zwischen der LaB im Rahmen der Frühen Hilfen und den Hilfen zur Erziehung bislang noch wenig standardisiert gestaltet werden. Hinweise aus der Praxis verweisen zudem auf einen hohen Qualitätsentwicklungsbedarf in diesem Kooperationsfeld [6].

Weiterer Entwicklungsbedarf

Der bei der Kommunalbefragung von den Kommunen eingeschätzte Entwicklungsbedarf im Förderbereich „Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist zurückgegangen. 2013 äußerten laut Faktenblatt 46,7 % der Kommunen einen hohen bis sehr hohen Entwicklungsbedarf, 2015 waren es 38,4 %. Der Anteil von Kommunen mit geringem oder keinem Entwicklungsbedarf ist von 16,4 % auf fast ein Viertel der Kommunen (24,3 %) gestiegen [6].

Insgesamt gesehen konnten im Zuge der Bundesinitiative Frühe Hilfen die längerfristige aufsuchende Betreuung und

► **Tab 1** Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger

	2013	2015
Es sind nicht genügend Fachkräfte verfügbar	61,1	56,8
Die Mittel reichen nicht aus	50,5	51,8
Es bestehen weite Wege im Sozialraum	49,3	49,3
Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung	50,7	33,3
Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags	29,1	18,0

Prozentwerte, Anteile der Kommunen mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 („trifft voll und ganz zu“) bis 5 („trifft gar nicht zu“) Vergleich 2013 (N=434–467) und 2015 (N=457–523). Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH [6]

Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte deutschlandweit als zentrales Angebot der Frühen Hilfen etabliert und wichtige Grundlagen der Qualitätsentwicklung erarbeitet werden, so das Resümee. „Der Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgung bleibt jedoch weiterhin ein Entwicklungsziel, ebenso wie die konzeptionelle Gestaltung des Übergangs von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsleistungen.“ [6]

EXKURS

Kompetenzprofil Familienhebammen

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation zur Arbeit in den Frühen Hilfen. Die meisten Familienhebammen verfügen über eine Zusatzausbildung nach den Curricula der Hebammenlandesverbände oder nach Programmen einzelner Bundesländer. Einige Hebammen arbeiten auch nach Studium oder Erwerb anderer Zusatzqualifikationen als Familienhebamme. Familienhebammen werden in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), im Gesundheitsbereich (SGB V) sowie nach den Landesgesundheitsdienstgesetzen tätig. Allerdings gibt es weder eine klare gesetzliche Abgrenzung zur originären Hebammentätigkeit (SGB V, § 134 a), noch eine formale Zuordnung zur ambulanten Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII, § 16) [4].

Das NZFH hat mit dem Kompetenzprofil Familienhebammen einen Referenzrahmen zur Qualifizierung von Hebammen im Feld der Frühen Hilfen erarbeitet, an dem sich die Förderfähigkeit des Einsatzes und der Qualifizierung von Familienhebammen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen

orientiert. Die wichtigsten Handlungsanforderungen seien nachfolgend zitiert [4].

Die Struktur des Kompetenzprofils umfasst auf der obersten Ebene 5 Kategorien:

- Qualitätsentwicklung
- Gesundheit und Entwicklung des Säuglings
- Gesundheit und Entlastung der primären Bezugspersonen
- Beziehung und Interaktion der primären Bezugspersonen mit dem Säugling
- Kooperation

Den Kategorien sind insgesamt 10 inhaltliche Handlungsanforderungen zugeordnet [4]:

1. *Die Hebamme entwickelt und festigt eine professionelle Haltung als Familienhebamme.*
Diese Anforderung unterstreicht, dass die Familienhebamme neben der Mutter und dem Säugling auch den Vater oder andere primäre Bezugspersonen des Säuglings in ihre Betreuung mit einbezieht. Die Problemstellungen der Familien im psychosozialen Bereich seien meist komplexer und die Zusammenarbeit umfasse einen anderen zeitlichen Auftrag sowie ein anderes Setting, was eine spezifische Form der Betreuung und zusätzliche handlungsleitende Orientierungen erfordere.
2. *Die Familienhebamme setzt Strategien der Qualitätsentwicklung und Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrer Tätigkeit um.*
Diese Handlungsanforderung verlangt, dass die Familienhebamme über Kenntnisse der Prozessqualität, Strukturqualität und Ergebnisqualität verfügt und dass sie Instrumente der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung anwendet. Dazu zähle auch die Selbstevaluation der eigenen Arbeit als Familienhebamme, die systematische Dokumentation als Grundlage für Entscheidungen sowie als Erfahrungspool, die Orientierung an Qualitätsstandards und ggf. das Nutzen institutionalisierter Qualitätssicherungsroutinen in Organisationen.
3. *Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater bzw. andere primäre Bezugspersonen bei der Versorgung und Gesundheitsförderung des Säuglings.*
Dazu vermittelt sie u.a. die Kompetenz, Erkrankungen bzw. Symptome frühzeitig zu erkennen und sensibel für Gefahrenquellen zu sein, bei unklaren körperlichen Symptomen medizinischen Rat einzuholen und diesen Bedarf selbst zu erkennen.
4. *Die Familienhebamme geht auf die Entwicklung und Regulationsfertigkeiten des Säuglings ein und unterstützt entsprechend Mutter, Vater bzw. andere primäre Bezugspersonen.*
Die Familienhebamme übernimmt hier eine Lotsinnenfunktion und vermittelt Familien

entsprechende Hilfen. Dafür beobachtet und thematisiert sie Entwicklungsschritte und Regulationsfertigkeiten des Säuglings auf Basis von Wissen und Erfahrungswissen. Eine entwicklungspsychologische oder medizinische Diagnostik bzw. Entwicklungsförderung wie im System der Frühförderung übernimmt die Familienhebamme jedoch nicht.

5. *Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater oder andere primäre Bezugspersonen bei deren Gesunderhaltung.*

Eines der Hauptziele der Frühen Hilfen ist die Stärkung der Elternkompetenzen, um dem Säugling ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Daher wirken Familienhebammen auch auf die Gesunderhaltung der Bezugspersonen ein. Im Mittelpunkt stehen Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Belastungen, die bereits vor der Geburt bekannt sind (z.B. Mehrlingsschwangerschaft, Teenagerschwangerschaft oder mütterliche Erkrankungen in der Schwangerschaft) und psychische Belastungen, da sie bei der Versorgung und Betreuung des Säuglings relevant sind.

6. *Die Familienhebamme geht auf die Belastungen der Mutter, des Vaters oder anderer primärer Bezugspersonen des Säuglings ein und unterstützt diese, ihre Ressourcen zu aktivieren.*

Darunter sind Belastungen zu verstehen, die sich bei Nicht-Bewältigung negativ auf die Entwicklung des Säuglings auswirken können, z.B. frühe Mutter- bzw. Vaterschaft, Partnerschaftskonflikte, der Status als Alleinerziehende, finanzielle Notlagen oder soziale und sprachliche Isolation. Auch durch den Säugling ausgelöste elterliche Belastungen spielen eine Rolle, z.B. erhöhte Fürsorgeanforderungen durch Erkrankung, Mehrlingsgeburt, Frühgeburt, deutliche Entwicklungsverzögerungen oder Regulationsstörungen des Säuglings.

7. *Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater bzw. andere primäre Bezugspersonen bei der Beziehungsgestaltung zum Säugling.*
Dafür erkennt die Familienhebamme Unsicherheiten in der Eltern-Kind-Interaktion und hilft den Bezugspersonen, diese mit ihrem Feedback oder der Anleitung der Familienhebamme selbst zu bewältigen bzw. die Hilfe anderer Fachkräfte in Anspruch zu nehmen, z.B. eine spezifische Eltern-Säuglings-Beratung.

8. *Die Familienhebamme kooperiert mit dem (öffentlichen) Auftraggeber.*

Familienhebammen können sowohl freiberuflich für kommunale Ämter (Gesundheits- oder Jugendamt) als auch für freie Träger tätig werden oder dort fest angestellt sein. Weitere Auftragskonstellationen sind möglich. Alle unterscheiden sich von der Wochenbettbetreuung, da dort Hebammen ausschließlich im Auftrag der Mutter tätig werden. Im Selbstverständnis der Familienhebamme bleibt die Mutter Mit-Auftraggeberin, um das Vertrauen der Familien und damit das Gelingen dieser Hilfeform zu erhalten.

9. *Die Familienhebamme arbeitet interdisziplinär und vernetzt und nimmt eine Lotsinnenfunktion gegenüber der Familie ein.*

Die Vernetzung von Gesundheitsdiensten und Jugendhilfe ist einer der Schwerpunkte Früher Hilfen. Die Familienhebamme agiert als grundständig dem Gesundheitsbereich entstammende Fachkraft an der Schnittstelle zur Jugendhilfe, wenn sie in deren Auftrag arbeitet. Diese Position bietet die Möglichkeit, den Familien ein breites Spektrum vorhandener Hilfen passgenau zu vermitteln.

10. *Die Familienhebamme nimmt Signale einer Gefährdung des Kindeswohls wahr und wird zum Schutz des Kindeswohls aktiv.*

Wie jede Fachkraft im Feld der Frühen Hilfen wird auch die Familienhebamme im Sinne des Kinderschutzes aktiv, wenn sie auf gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung aufmerksam wird (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz KKG § 4 und § 8a SGB VIII). Für diesen Fall thematisiert sie gegenüber der Mutter, dem Vater oder anderen primären Bezugspersonen des Säuglings die wahrgenommenen Anhaltspunkte und wirkt ggf. darauf hin, dass diese Hilfen in Anspruch nehmen. Zur Einschätzung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, kann die Familienhebamme eine erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Reichen die Möglichkeiten der Familienhebamme nicht aus, um die Gefahr abzuwenden, zieht sie das Jugendamt hinzu, nachdem sie den Eltern mitgeteilt hat, dass dies erfolgen wird. Liegt im Ergebnis keine Kindeswohlgefährdung vor, kann sie die Hilfe wie gehabt fortsetzen.

and parenting in low-income mothers in home visiting. *Archives of Women's Mental Health*, 18,(3), 555–563. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0479-7>

- [2] Chartier, M. J.; Brownell, M. D.; Isaac, M. R.; Chateau, D.; Nickel, N. C.; Katz, A.; Sarkar, J.; Hu, M.; Taylor, C. (2017). Is the Families First Home Visiting Program Effective in Reducing Child Maltreatment and Improving Child Development? *Child Maltreatment*, 22,(02),121–131. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559517701230>
- [3] Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C. & Renner, I., ... Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59,(10),1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- [4] Hahn, M., Sandner, E. (2013). Kompetenzprofil Familienhebammen. Herausgegeben vom Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- [5] Küster, E.-U., Pabst, C., & Sann, A. (2016). Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln: NZFH.
- [6] Küster, E.-U./Pabst, C & Sann, A. (2017): Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt 7 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- [7] Renner, I., & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59,(10),1323–1331. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2430-8>
- [8] Renner, I. & Scharmanski, S. & Paul, M. (2017): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Wann kommen sie an ihre Grenzen? Faktenblatt zur Einschätzung von Effektivität und Nutzen der Angebote in den Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln.
- [9] Scharmanski, S./Renner, I. (2018 im Druck): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen aus Sicht der Mütter: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? *Zeitschrift Pflege*.
- [10] Scharmanski S, Renner I (2016). Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, (118–119),1–9. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.10.009>
- [11] Sidor, A./Fischer, C./Cierpka, M. (2015): The effects of the early intervention program "Nobody Slips Through the Net": a longitudinal controlled study in an at-risk sample. In: *Mental Health & Prevention*. (2015) 3, p. 103–116 <https://doi.org/10.1002/imhj.21362>

Autorinnen/Autoren

Ilona Renner ist Wissenschaftliche Referentin am Nationalen Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln.

Sara Scharmanski ist Wissenschaftliche Referentin am Nationalen Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln.

Mechthild Paul ist Leitung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln.

Literatur

- [1] Ammerman, R. T., Altaye, M., Putnam, F. W., Teeters, A. R., Zou, Y., & Van Ginkel, J. B. (2015). Depression improvement

Korrespondenzadresse

Nationales Zentrum Frühe Hilfen
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ilona Renner | Wissenschaftliche Referentin
50825 Köln Maarweg 149-161
E-Mail: ilona.renner@nzhf.de

Über den Artikel

Dieser Beitrag basiert auf dem Originalartikel: Ilona Renner, Sara Scharmanski & Mechthild Paul (2017): Ergebnisse der NZFH Elternbefragung: Wie bewerten die Mütter die Gesundheitsfachkräfte? Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln.