

Expertise

FAMILIENHEBAMMEN

Projekte und Entwicklungsbegleitung
Supervision

Barbara Staschek
Diplompädagogin, Hebamme, Supervisorin

Gehrenrode 5
37581 Bad Gandersheim
Telefon 05183 / 5609
email: info@staschek.com

Dezember 2006

Hinweis

Die vorliegende Expertise wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ erstellt.

Der Text gibt ausschließlich die Auffassung der Autorin wieder.

INHALTSVERZEICHNIS

I.	Einleitung	S. 3
II	Familienhebammen	
II.1	Familienhebammen	S. 4
II.2.1	Familienhebammen – Projekte	S. 9
II.2.2	Arbeitsorganisation	S. 13
II.2.3	Praxisbeispiel Barmbek - Süd	S. 16
II.3	Erfolg und Wirkung von Familienhebammen	S. 18
II.4	Voraussetzungen für eine optimale Tätigkeit	S. 20
III	Finanzen	
III.1	Finanzierung von Familienhebammen	S. 21
III.2	Tätigkeiten unter dem Blickwinkel der Finanzierung	S. 26
IV	Qualitätsentwicklung	
IV.1	Qualitätsmanagement für Familienhebammen	S. 29
IV.2	Evaluation und Forschung	S. 31
IV.3	Marksteine Weiterbildung	S. 33
V.	Hebammen	
V.1	Schlüsselstellung „Hebamme“	S. 36
V.2	(freiberufliche) Hebammen	S. 39
VI	Kooperation der beteiligten Berufe	S. 42
VII.	Empfehlungen zur Entwicklung und Verankerung des Modells „Familienhebamme“	S. 48
VII.1	Politische Initiative ergreifen	S. 50
VII.2	Familienhebammen als ein Element der Regelversorgung verankern	S. 52
VII.3	Qualifizierung für Hebammen fördern	S. 53
VII.4	Öffentlichkeitsarbeit	S. 55
VII.5	Initiierung von Forschungsprojekten und Expertisen	S. 55
VII.6	Implementierung von Praxisprojekten	S. 58
IIIX.	Gedanken einer Zeitungsleserin	S. 61
IX	Schlussfolgerungen	S. 64

PLÄDOYER FÜR FAMILIENHEBAMMEN BUNDESWEIT

„Wir müssen früher mit Prävention anfangen!“
heißt es derzeit in vielen Vorträgen und Veröffentlichungen.

Fangen wir mit dem ANFANG an!

Im Hinblick auf gesunde Entwicklung ist die Lebensphase vom Beginn der Schwangerschaft, über Geburt und Wochenbett, bis zum Ende des ersten Lebensjahres eines Kindes sowohl als **vulnerable** wie auch als **sensible** Zeit anzusehen.

Gesundheit liegt als sozio- psychosomatisches Geschehen bzw. Wirkzusammenhang in dieser Zeit wie unter einem Prisma.

Daraus folgt die Herausforderung, dieser Phase besondere Aufmerksamkeit zu widmen im Hinblick auf Salutogenese und Gesundheitsförderung / Prävention.

Eine Integration von Medizin, Hebammenkunst und Pädagogik zu einem ganzheitlichen Hilfesystem ist die unmittelbare Schlussfolgerung aus diesem Ansatz.

Das Hilfesystem steht dabei vor komplexen und komplizierten Aufgaben bezogen auf gesundheitliche, soziale und familiäre Fragen.

Die Verbesserung der Lebensumstände der Klientinnen und ihrer Familien ist nur zu erhoffen auf der Basis eines langfristigen, kooperativen und intersektoralen Arbeitskonzeptes.

Der **Gesundheitsförderung von Kindern** sollten wir dabei eine eindeutige Priorität einräumen, da bei ihnen krankmachende Lebensverhältnisse die langfristigen Konsequenzen haben. Gesundheitsförderliche Maßnahmen zeigen bei Kindern die langfristigen Chancen und die besten Wirkungen.

Sichere und stabile Eltern- Kind- Beziehungen sind ein protektiver Faktor für die weitere kindliche Entwicklung und mildern den Einfluss von Risikofaktoren. Daraus begründet sich die Priorität, Eltern gerade in den Anfängen der Familiengründungsphase umfassend zu unterstützen und eine Stabilisierung der Familie mit ihren Kindern zu fördern.

Die (Familien-)Hebammentätigkeit hat dabei eine Schlüsselstellung.

Hintergrund bildet die positive Entwicklung des Hebammen – Berufs, die in den letzten 25 Jahren zahlreich beschrieben wurde. Ebenso wurden die förderlichen Auswirkungen der Hebammenhilfe für die Gesundheit von Müttern und Kindern beforscht und dargestellt.

Es herrscht in Deutschland kein Mangel an Erkenntnis.

Unsere Herausforderung ist das Wissen in Handeln umzusetzen.

II.1 Familienhebammen

„Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit.“

www.familienhebamme.de

Die Familienhebamme betreut schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder bis zum 1. Geburtstag des Kindes

Wichtiger Motor für die Entwicklung der Einrichtung "Familienhebamme" war die Wahrnehmung der **erhöhten perinatalen Sterblichkeit und Morbidität** in bestimmten Bevölkerungsgruppen oder Regionen, und speziell die zunehmende Auseinandersetzung und Forschung über die **Vermeidung des plötzlichen Kindstods**.

Der erste Fokus lag darauf, dass übliche Angebote der Geburtshilfe / Pädiatrie : Geburtsvorbereitungskurse, Schwangeren- und Säuglingsvorsorgeuntersuchungen, und Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes : hier vor allem die Angebote der Mütterberatungsstellen, kaum bis gar nicht in den am meisten risikobelasteten Gruppen angenommen wurden.

Die ältesten Einrichtungen finden sich, neben Bremen und Hannover, in Nordrhein-Westfalen und Oldenburg.

Über die Jahre verlief die Entwicklung der Familienhebammen -Projekte äußerst widersprüchlich. Immer mehr Stellen wurden in alten Projekten gestrichen. Gleichzeitig entstanden neue Projekte mit den unterschiedlichsten Arbeitsmodellen und –Bedingungen für die beteiligten Hebammen. Es gibt heute Städte mit drei verschiedenen Arbeitsansätzen, deren Zusammenarbeit vor Ort erst noch zu entwickeln ist.

In den letzten Jahren zeichnen sich immer deutlicher die Unterschiede in den Arbeitskonzeptionen der Projekte ab:

im Grundverständnis der Arbeit,
in der Beziehung mit den Familien,
in der Zielgruppen – Definition und
in den Kooperationsbeziehungen.

Differenzen finden sich vor allem auch im Umgang mit den beiden unterschiedlichen Zielorientierungen, die sich in der Analogie „**Primäre und sekundäre Prävention**“ ausdrücken lassen.

Polaritäten, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden, sind beispielsweise:

Freiwilligkeit : Kontrolle

Vertrauensbeziehung : Wächter- Amt

Verschwiegenheit : Information des Jugendamts

niedrigschwellige Angebote : Priorität Einzelbetreuung

aktive Kontakt- Aufnahme : vom Jugendamt verordnete Betreuung

Angebote für alle Familien : ausgewählte Zielgruppen

Für zukünftige Entwicklung geht es dabei nicht darum, was der „richtige“ Ansatz ist.

Beide Zielorientierungen beantworten einen vorliegenden Bedarf.

Beide Arbeitsrichtungen sollten von Familienhebammen angeboten werden.

Es ist von hoher Bedeutung für die tägliche Praxis der Kolleginnen sowie für Politik und Träger, diese beiden Aufgabenstellungen gleichzeitig, parallel und differenziert zu bedenken.

- I. Trotz hoher Risikobelastung und Alltagsgefährdungen haben wir es zuerst mit gesunden Kindern /Familien zu tun.
Der Einsatz der Familienhebammen wirkt hier im ursprünglichen Sinn **primär präventiv**.
- II. Für Familien, in denen es bereits zu Auffälligkeiten, Entwicklungs-Verzögerungen der Kinder, d.h., „Symptomen“, gekommen ist, kann die Familienhebamme eine gewissermaßen „therapeutische“ Wirkung entfalten, im besten Sinne **sekundärer Prävention**.

In der ersten Gruppe beruhen die Zugangswege weitgehend auf Freiwilligkeit. Informationen über Familienhebammen, die der Familie durch Öffentlichkeitsarbeit oder Kooperationspartner zukommen, werden aktiv beantwortet.

Bei der zweiten Gruppe erfolgt der Kontakt zwischen der Familie und der Familienhebamme praktisch immer durch Institutionen der Jugendhilfe (Jugendamt, ASD).

Der Kontakt zur Familienhebamme wird übermittelt.

Die Familie stimmt der Betreuung im günstigsten Fall zu.

Für Hebammen stellt die Gleichzeitigkeit dieser beiden Zielorientierungen eine hohe Anforderung dar.

Die Grundwerte der primären Prävention sollen auch im Bereich sekundärer Prävention weiter gelten, bei gleichzeitiger präziser Umsetzung der „Symptombehandlung“.

Insbesondere auf diesem Feld kommen für die Familienhebammen wesentliche Rollen- und Aufgabenaspekte dazu:

Das sog. „Wächteramt“ wird auch ein Teil der Familienhebammen – Aufgaben (nicht mehr nur der betreuenden Sozialpädagogen/ -innen).

Bei diesen Familien sind Familienhebammen in die spezifische Verantwortung der Wahrung und Sicherung des Kindeswohls einbezogen.

Selektion und Trennschärfe werden zu einem entscheidenden Aspekt der Betreuungs- Qualität: Zuwarten oder handeln?

Die **Wohl und die Gesundheit des Kindes** als schwächstem = verletzlichstem Glied in der Kette bedarf den präzisen Blick für die Grenze, dessen was verantwortbar ist.

(Spätestens an dieser Stelle wird klar, wie wesentlich die Voraussetzung einer angemessenen Qualifikation für Familienhebammen ist.)

Zielgruppen

Im Fokus der Familienhebammen– Tätigkeit stehen in erster Linie Familien mit einer **Risikokumulation**, sog. „Multiproblemfamilien“.

Je tiefer eine Familie in der sozialen Stufenleiter steht,
 : desto höher sind ihre gesundheitlichen Risiken,
 : desto weniger nimmt sie die Angebote der gesundheitlichen Versorgung wahr
 : und desto weniger gesundheitsförderlich ist das eigene Verhalten.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten oder besonderen Risikogruppen trotz dieser bekannten höheren Risikobelastung im medizinischen System oftmals eher schlechter betreut werden als besser gestellte Personen.

Nach 25 Jahren Familienhebammenarbeit in Deutschland besteht in der Zielrichtung Einigkeit in den Projekten und Einrichtungen.

Es existieren etwa gleichsinnige Definitionen der spezifischen „**Zielgruppen**“:

Alle Schwangeren, Mütter, (werdende) Eltern und ihre jungen Kinder, die aufgrund der körperlichen Situation bzw. der gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedingungen physisch, psychisch und /oder sozial Belastungen ausgesetzt sind, deren pathogene Bedeutung bekannt sind.

Besonders für die Kinder ist hervorzuheben, dass sie zum Zeitpunkt ihrer Geburt durchaus meist gesund sind.

Bei ausbleibenden Interventionen ist für diese Kinder aufgrund der bekannten Gefährdungen eine Entwicklungsverzögerung, -Einschränkung oder gesundheitlicher Schaden zu befürchten, wenn nicht gar mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Was innerhalb der Arbeitsansätze der einzelnen Projekte zurzeit kontrovers diskutiert wird, ist die Frage, ob die Familienhebamme einen Teil ihrer Tätigkeiten allen Frauen / Kindern / Familien ihres Wirkungskreises zukommen lassen soll und darf, beispielsweise für die Durchführung niedrigschwelliger Angebote oder das Durchführen von Kursen.

Handlungsprinzipien

- Grundprinzip: Annehmen von Menschen, Grundlage der Arbeit ist die Beziehung zu ihnen.
- Transparenz und Authentizität
- Balance von Unterstützung und Kontrolle
- Balance von Kindes- und Eltern- Interessen
- Abstimmung von Prozessorientierung (Eltern) und Entwicklungsorientierung (Kind)
- Sicherstellung der Qualifikation der Helfer
- Vernetzung, Kooperation und vollständige interdisziplinäre Kommunikation ist als Teil des Konzepts selbstverständlich¹

Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und zum Erreichen der Zielgruppen legen nahe, dass Integrations- Impulse für die persönliche und soziale Entwicklung der betreuten Familien wesentlich sein können. Deshalb sollten Projekte sicherstellen, dass diese Angebotselemente in ihrem Profil aufgenommen sind.

Gerade auch die Handlungsempfehlungen von Petra Hofrichter machen deutlich, dass Familienhebammen beide Arbeitsrichtungen bedienen können und ein entsprechendes Angebotsprofil vorhalten sollten.

Dies ist hier hervorzuheben, da es in einer größeren Zahl besonders junger Projekte nicht gewährleistet ist.

Die knappen Budgets erlauben oft ausschließlich die Betreuung bereits beim Jugendamt bekannter Familien, während die Tätigkeiten im Sinne primärer Prävention fast völlig ausgeschlossen sind.

Insgesamt zeigt sich auch eine deutliche Priorisierung der Einzelbetreuung der Familien.

Damit entfällt die wichtige Screening – Funktion, die offene Angebote haben können, wenn sie von einer qualifizierten Fachperson durchgeführt werden: bislang nicht bekannte Gefährdungen können erkannt und benannt werden. Frauen bzw. Familien erhalten dadurch neue Informationen zu entsprechenden Hilfen oder können unmittelbar das Angebot intensiverer Einzelbetreuung erhalten.

¹ Kinderärztliche Praxis November 2005, Eberhard Motzkau

Zum Bedarf an Familienhebammen:

„Etwa ein Prozent der Eltern sind sozial völlig aus dem Ruder gelaufen, alkoholkrank, drogenabhängig, psychisch schwerst defizitär – das sind die, über deren Kindern täglich eine Katastrophe hängt.“

Bei rund 800.000 Kindern pro Geburtsjahrgang sind das 8000 pro Jahrgang, ergo 800.000 hoch gefährdete Null- bis Zehnjährige bundesweit.

Hinzu kommen rund 15 % Eltern mit massiven Erziehungsproblemen, die vor allem in folge materieller Armut sehr schlecht zurechtkommen.

Und rund ein Drittel aller Eltern hat erhebliche Schwierigkeiten mit der eigenen Mutter- oder Vaterrolle, mit vernünftigem Erziehungsverhalten und Haushaltsführung.“,
sagt Klaus Hurrelmann in einem Interview in Der ZEIT 43 / 2006.

Seine Einschätzung der IST- Situation formuliert er an gleicher Stelle mit den Worten, dass „höchstens 20 % der Mütter nach der Entbindung in Pflege- und Erziehungsfragen beraten werden.“

Übersetzt auf potentielle Klientinnen von Familienhebammen dürfte der Bedarf in einem Mittel von 1% und 15 % eines Jahrgangs liegen.

Dringender intensiver Hebammenbetreuung bedürften danach etwa 33% bis 48 %, neben dem grundsätzlichen Rechtsanspruch auf Hebammenhilfe aller Frauen und Kinder.

Um aber auf der Basis solcher Zahlen eine Antwort geben zu können, was „ausreichender Personal- Bedarf“ an Familienhebammen bedeutet, bräuchte es auch noch eine Antwort auf die folgende Frage:

wie viele „Hardcore“- Fälle kann ein einzelner Mensch qualifiziert und unbeschadet betreuen?

Speziell diese Frage ist für die Bedarfs- Ermittlung von Familienhebammen zentral ebenso wie für die Optimierung zukünftiger Arbeits-Organisation.

II.2.1 Familienhebammenprojekte

In den mehr als 25 Jahren, in denen es in Deutschland Familienhebammen gibt, lassen sich für das Betreuungsmodell „Familienhebamme“ in der Entwicklung deutlich unterschiedliche Strukturen erkennen:

- I. Kern der Tätigkeit, älteste Arbeitsstruktur, am Besten beforscht und noch immer der häufigste Arbeitsschwerpunkt ist die langfristig nachgehende Einzelbetreuung im häuslichen Umfeld der Familie.
- II. Die Kombination der Einzelarbeit mit niedrig schwelligen Angeboten, die für alle Frauen / Familien des Stadtteils bzw. der Region offen stehen, bringt das Ziel, nicht stigmatisierend sondern integrierend zu arbeiten in eine Form täglicher Arbeit.²

Sie erfüllt mit dieser Arbeitsweise auch eine Screening- Funktion: Frauen bzw. Kinder können in einer gefährdenden Situation entdeckt werden. Die Hebamme kann sie auf diese Belastungen oder Risiken hinweisen und ihre Hilfe anbieten.

- III. Eng mit dieser Weiterentwicklung verbunden ist die Vernetzung der Familienhebammentätigkeit mit dem Wirkungskreis der Jugendhilfe bzw. der Gemeinwesenarbeit, die sich im Hamburger Modell bewährt.

Der sonst eintretende Bruch am Ende des Betreuungszeitraums der Familienhebammen wird hier vermieden. Am vertrauten Ort werden von den Sozialpädagoginnen Angebote durchgeführt für die Eltern mit Kleinkindern. Durch Maßnahmen bezogene Kooperation der Sozialpädagoginnen mit den Familienhebammen wird die Überleitung bewusst gefördert. (z.B. gemeinsame Kursleitung, gemeinsames Anbieten eines Mütter – Cafès, etc.)

- IV. Familienhebammen im Tandem mit einer Sozialpädagogin des Jugendamtes

Diese neue Verknüpfung der Familienhebammentätigkeit ist der Arbeitsansatz des Projekts des Landes Niedersachsen und der Stiftung „Eine Chance für Kinder“, welches nach dem vorliegenden Bericht der wissenschaftlichen Begleitung sowie der Evaluation der Jahre 2004/2005 gute Erfolge zu verzeichnen hat. Die Art der Tätigkeit bleibt in diesem Ansatz weitgehend bei den Hausbesuchen.

- V. Als neueste Entwicklung lassen sich Netzwerk- Projekte beobachten, in denen Familienhebammen von vornherein eingebunden sind in ein (entstehendes/ angestrebtes) regionales Hilfesystem.

In diesen Vorhaben ist der Blick schon in der Projekt – Konzeption weiter und längerfristig angelegt.

Die Vorhaben bieten organisiert den Aufbau eines intersektoralen und mindestens mittelfristig angelegten Hilfe- und Kontaktsystems an. Handlungsempfehlungen aus wissenschaftlichen Untersuchungen werden hier bewusst angewandt und umgesetzt.

² siehe S. 16

Marksteine der Entwicklung

1979 / 1980	das Bremer Modell in Bremen
1981/1982	Familienhebammen – Modell Hannover das Modell im Landkreis Calw
1990	Landesprojekt Nordrhein – Westfalen Familienhebammen – Projekt Oldenburg
1998	das Hamburger Modell
2000	Landesprojekt Niedersachsen in Kooperation mit der Stiftung „Eine Chance für Kinder“
2006	Landesprogramm Schleswig – Holstein Landesprogramm Sachsen Anhalt

Herausforderungen der aktuellen Projektentwicklung

1. Verbindlichkeit und kontinuierliche Präsenz gewährleisten

Neben den Arbeitsstrukturen bzw. Settings zeichnete sich auch bezüglich der Rahmenbedingungen der Arbeit immer deutlicher ein grundsätzlicher Unterschied zu den ersten Projektstrukturen ab.

Während bis vor etwa 10 Jahren alle bestehenden Projekte auf der Basis einer Festanstellung bzw. Projektstelle arbeiteten, hat sich im Hinblick auf die Rahmenbedingungen ein genereller Wandel eingestellt: neuere Projekte basieren mit wenigen Ausnahmen nur noch auf der Basis freiberuflicher Hebammentätigkeit.

Die Auswirkungen dieser Veränderung stellen sich zwiespältig dar.

- In dieser Arbeitsform sind Projekte relativ einfach darzustellen. Es entstehen Klein- und Kleinstprojekte. „Besser als nichts“, aber langfristig stabil?
- Die Arbeitsbedingungen der Hebammen unterliegen damit keiner Regulierung mehr (freie Vertragsgestaltung). Neben angemessenen Honoraren finden sich auch Vergütungen, die unter dem Level der Hebammengebühren- Verordnung liegen. Auf einer solchen Grundlage kann eine langfristige Stabilität der Einrichtung nicht gewährleistet sein.
- Darüber hinaus besteht hier die Gefahr, dass Hebammen in der Arbeit verschlissen werden, was menschlich nicht akzeptabel ist und in den Projekten eine hohe Personalfuktuation bewirkt.
- Übereinstimmende Aussage der Evaluierungen ist die langfristige Präsenz und Tätigkeit vor Ort als eine Voraussetzung für erfolgreiches Arbeiten mit den Zielgruppen. Diese Verbindlichkeit und Kontinuität zu gewährleisten, war lange Zeit ein Argument für die Festanstellung der Familienhebammen.

Die gleiche langfristige Verlässlichkeit und Verankerung auf Basis der Freiberuflichkeit zu erreichen, stellt derzeit noch eine große Herausforderung dar. Es ist erforderlich für das jeweilige Projekt, ein Gleichgewicht zu finden zwischen dem langfristigen Versorgungsauftrag der Jugendhilfe bzw. des Gesundheitsamts und der grundsätzlich für die freiberufliche Hebamme bestehenden unternehmerischen Freiheit sowie der Richtschnur wirtschaftlicher Effektivität.

An dieser Stelle existiert vor allem in den zahlreichen „jungen Projekten“ derzeit Reibung und Entwicklungsbedarf, der sowohl respektable Arbeitsbedingungen für die Hebammen anbietet als auch die Verlässlichkeit der Zusammenarbeit regelt.

2. Was genau ist eine Familienhebamme?

bzw.

Woran erkenne ich, dass es sich um eine Familienhebamme handelt?

oder :

Betreuungsqualität gewährleisten!

Im Zuge der aktuellen Entwicklung hat sich eine immer geringer werdende Transparenz entwickelt, was Kooperationspartner und Klientinnen von sog. „Familienhebammen“ erwarten können.

Dadurch, dass es sich um einen nicht geschützten Begriff handelt, ist seine Verwendung a. unklar geworden, und b. inflationär im Gebrauch.

Provokativ könnte gesagt werden, dass jede Maßnahme, in der ein Jugendamt oder ein freier Träger etwas mit Hilfe einer Hebamme für die Zielgruppen unternimmt, im Moment mit „Familienhebamme“ firmiert.

Die Unterscheidung

: freiberufliche Hebamme der Regelversorgung

: freiberufliche Hebamme mit bestimmten Zusatzqualifikationen

: Familienhebamme

kann zurzeit nicht mehr klar abgegrenzt werden.

Für die tägliche Praxis kann diese Situation nicht befürwortet werden, da die Voraussetzungen der Qualifikation nicht mehr zu identifizieren sind.

Damit kann ein Kooperationspartner bzw. eine Klientin nicht mehr erkennen, an wen sie sich günstigen Falls wenden soll und auch nicht mehr, welche Leistung er oder sie erwarten kann.

(Dies gilt insbesondere für Städte, in denen es unterschiedliche Vorhaben gibt.)

Damit in Verbindung entsteht eine gefährliche Grauzone im Hinblick auf eine notwendige Grenzziehung des jeweiligen Tätigkeitsbereichs und der damit verbundenen Handlungsaufforderung, die Klientin weiterzuleiten in andere Hilfen. (vgl. Hebammengesetz, Berufsordnungen)

Praxisbeispiele:

- JA beauftragt freiberufliche Hebamme von Fall zu Fall, Vergütung per Honorar, Weiterbildung: keine, keine gesicherte Kontinuität, keine Aufgabenbeschreibung
- In Hannover gibt es zurzeit „Familienhebammen“ in drei verschiedenen Ausführungen.
- Vorhaben der Stiftung Pro Kind
Das Vorhaben ist noch am Beginn der Praxisphase. Nach momentanem Kenntnisstand liegt folgende Situation vor:
 - Die Kolleginnen verfügen über unterschiedliche Qualifizierungs-Levels. Teilweise haben sie die Familienhebammen- Weiterbildung der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ absolviert.
 - Zusätzlich wird es innerhalb des Projekts Fortbildung geben.
 - Die Projekthebammen sind an das Projekt – Setting „Nurse- Family- Partnership“ gebunden.
 - Gleichzeitig arbeiten die Kolleginnen an den einzelnen Projektstandorten mit unterschiedlichen Betreuungszeiträumen und unterschiedlichen Angebotsprofilen.

Fragen:

Sind hier „Familienhebammen tätig? oder „nur“ freiberufliche Hebammen?

Oder eine noch neu entstehende „Kategorie“?

3. Festanstellung versus Freiberuflichkeit: Auswirkungen auf das empfehlenswerte Angebotsprofil

Gerade weil wir in den letzten Jahren zunehmend eine Tendenz zur Freiberuflichkeit im Projekt – Setting feststellen können, müsste dieser Zusammenhang dringend diskutiert werden.

Projektträger wählen diese Arbeitsform in erster Linie aus finanziellen Erwägungen.

Für Arbeitsgeber scheint die Freiberuflichkeit eine attraktive Lösung: Verbindlichkeit und soziale Sicherung der Mitarbeiterinnen werden eingespart. Das unternehmerische Risiko wird den Hebammen aufgeladen.

Die freie Vertragsgestaltung hat bisher auch Honorarsätze weit unter der HebGVO ermöglicht.

Hypothese: 1. wenn auch in der Freiberuflichkeit angemessene Bedingungen realisiert werden, ist der Kostenrahmen der Projekte nicht mehr günstiger.

2. wenn es nicht sehr klare Richtlinien zum Angebotsprofil geben wird, wird es in der Freiberuflichkeit weitgehend bei Einzelbetreuung bleiben. Die Empfehlungen zu niedrigschwelliger Arbeit und integrierenden Angeboten werden vernachlässigt bleiben.

II.2.2 Arbeitsorganisation von Familienhebammen- Projekten

Im Hinblick auf die Grundstruktur der Arbeitsorganisation gibt es derzeit unterschiedliche Wege und dazu zwei Meinungs- Pole:

I. Familienhebammen sollten fest angestellt sein.

Dies ist der Ausgangspunkt der ersten Modelle, mit denen gute Erfahrungen gemacht wurden im Hinblick auf Verlässlichkeit, Kontinuität und Betreuungsqualität.

Dabei haben die Projekte mit Anstellungsverhältnissen unterschiedliche Vorgehensweisen im Hinblick auf Refinanzierung und Angebotsprofil entwickelt.

Experten –Standpunkt „angestellte“ Familienhebamme“:

„Das Organisationsmodell des Modellversuchs Familien – Hebammen in Bremen war optimal geplant, evaluativ erfolgreich“. Die Vergütung sollte „angelehnt sein an die Tarife des öffentlichen Dienstes plus Leistungsdifferenzierung.“

Dr. rer.biol.hum Jürgen Collatz, Wissenschaftlicher Leiter des Forschungsverbundes für Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover

Für Arbeitgeber (in der Regel Kommunen, Landkreise oder freie Träger) spricht heute gegen die Festanstellung der Familienhebammen die Ansicht, dass die Freiberuflichkeit weniger Kosten verursacht.

Es gibt bisher allerdings noch keine aussagekräftige Überprüfung dieser Hypothese.

II. Familienhebammen sollten freiberuflich sein.

In der Konsequenz basieren die Mehrzahl der Projektgründungen in der jüngeren Vergangenheit – und das sind viele – auf dieser Basis freiberuflicher Tätigkeit der Familienhebammen.

Dabei ist eine weite Spanne festzustellen im Hinblick auf die Honorierung, die Definition von „Arbeit“ sowie die Rahmenbedingungen der Projekte.

Qualitätsmanagement ist hier vordringlich.

Richtlinien und Mindestanforderungen - wie sie z.B. in Hamburg formuliert worden sind – sollten zeitnah erarbeitet werden und bundesweite Geltung erhalten.

Stundensätze von z.B. **€ 12.50 / € 15.00 / € 23.00**, wie sie von Hebammen berichtet werden, sind für die Tätigkeit der Familienhebammen und die damit übernommene Verantwortung schlicht inakzeptabel.

Die Bandbreite der Honorare bewegt sich etwa zwischen € 12.50 und € 36.00 pro Stunde.

Dazu kommen deutliche Unterschiede, welche Tätigkeits- Aspekte vom Träger als Arbeit definiert und somit für die Abrechnung akzeptiert werden.

Es kann nicht erwartet werden, dass auf der Basis mehr oder weniger krasser Unterbezahlung Stabilität, Verlässlichkeit, Kontinuität und gute Betreuungsqualität langfristig entstehen.

Auch in der freiberuflichen Arbeitsorganisation lassen sich diese Arbeitsziele sehr gut herstellen. Dafür gibt es Beispiele.

Inwieweit diese Projekte dann noch aber „billiger“ sind als angestellt organisierte Vorhaben sei dahin gestellt.

Richtungweisend für eine gute Organisation auf freiberuflicher Basis sind neben angemessener Vergütung, die realitätsnahe Definition „was ist Arbeit?“ sowie ein Angebotsprofil, welchem Arbeitsziele – wie folgt - zugrunde liegen sollten:

- die Kombination von Komm- und Gehstrukturen
- Kombination intensiver Einzelbetreuung mit niedrig schwelligen Angeboten
- Durchführung von der gleichen Familienhebamme
- Arbeit im Team:
 - Hebamme – Hebamme und gleichzeitig
 - Hebammen - Sozialpädagoginnen
- kooperatives, intersektorales Arbeitskonzept
- konkrete Kooperation mehrerer Träger- Institutionen

Gerade in der Freiberuflichkeit gilt es Kooperation und Eingebundensein der Hebammen in Teams und Netzwerke gezielt zu organisieren.

Expertinnen –Standpunkt **freiberufliche Familienhebamme:**

Familienhebammen sollten freiberuflich tätig sein, denn dies

- erleichtert die Vertrauensbildung, da sie nur der Frau/Familie und ihrem Gewissen verpflichtet sind (und keiner staatlichen Behörde)
- erleichtert ihnen den Blick auf die Ressourcen (und nicht nur der Defizite)
- stärkt ihre Position als Fürsprecherin der Frau/Familie
fördert und erhält ihr Image der Hebamme als Vertrauensperson

Clarissa Schwarz MPH, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät Magdeburg, Kurs- Begleitung der Weiterbildung in Sachsen – Anhalt

Wenn man Projekte vergleicht, die in den letzten zehn Jahren entstanden sind, stellt sich deutlich die Frage nach dem **Zusammenhang zwischen Struktur der Arbeitsorganisation und Angebotsprofil.**

Nach den in der Befragung der Familienhebammen vorliegenden Informationen kann diese Frage noch nicht beantwortet werden.

Sie geben jedoch einige Hinweise.

Es fällt auf, dass Projekte, in denen die Empfehlungen zum Erreichen der Zielgruppen explizit angestrebt werden, im Feld der Projekte, die ganz auf freiberuflicher Basis arbeiten, in der Konsequenz kaum zu finden sind.

Niedrigschwellige Angebote, die gezielt versuchen, Stigmatisierungen zu mildern, Screening- Effekte in der Region umzusetzen und integrative Impulse im Quartier zu geben, werden durch diese Konstellation offensichtlich erschwert.

Ein ähnlicher Effekt scheint einzutreten bei einer Anstellung der Familienhebammen im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Es handelt sich hierbei öfter um ältere Projekte, die in einer Zeit entstanden sind, in der die nachgehende Einzelbetreuung absolut im Vordergrund stand.

Allerdings könnte auch das Einbinden der Familienhebammen in ein Gesundheitsamt dieses Angebotsprofil ursächlich begünstigen.

Folgende Bedingungen begünstigen das weitgehende Erreichen der Empfehlungen:

- Festanstellung der Hebammen bei einem freien Träger,
- Bei Freiberuflichkeit respektable Vergütungen und schriftliche Kooperationsvereinbarungen
- konkrete Kooperation Familienhebammen – Sozialpädagoginnen
- Hebammen -Team. vorhanden
- Überleitung der betreuten Familien ins 2. Lebensjahr
- Integration der Familienhebammen in das Team eines Kinder- und/oder Familien- Zentrums, Beratungsstelle, Elternschule etc.

Die Interpretation liegt nahe, dass neben der Arbeitsorganisation auch die **Struktur der Finanzierung** (mehr oder weniger starken) Einfluss auf das **Profil der Hebammen-Angebote** hat.

Grundsätzlich bewegt sich die Freiberuflichkeit im Rahmen der Mechanismen des freien Marktes und der Gewinnerzielungsabsichten. Arbeitsorganisation und Kostenstruktur der einzelnen Hebamme unterscheidet sich stark von der angestellten Hebamme.

Projektträger wählen diese Struktur vorrangig aus „Einsparungsgründen“. In der Befragung finden sich dazu die Hinweise einerseits in den (zum Teil gar nicht vorhandenen) vertraglichen Regelungen, bei der „Höhe“ der Honorarsätze und den generellen Rahmenbedingungen (z.B. was kann die Hebamme abrechnen). Es scheint, dass manche Träger sich mit den Bedingungen der Freiberuflichkeit zu wenig beschäftigt haben (Verdacht: brutto für netto?) und dass auch der Frage, was für die Tätigkeit und Verantwortung der Familienhebamme ein angemessener Honorarsatz wäre, nicht wirklich nachgegangen wurde. Priorität hat an diesen Orten der zweifellos bestehende Sparzwang. Diese Eindrücke präzise zu bewerten, bräuchte allerdings weiterer Information bzw. Evaluation.

II.2.3 Praxisbeispiel

Familienhebammenprojekt im Kinder- und Familienhilfe-Zentrum Barmbek –Süd, Hamburg

Seit nunmehr 9 Jahren gibt es im Kinder- und Familienhilfe- Zentrum (KIFAZ) in Hamburg, Barmbek- Süd eine Weiterentwicklung des Familienhebammen- Ansatzes zu einem Kooperationsmodell von offener Gemeinwesenarbeit, gezielter Einzelarbeit durch Familienhebammen in Kooperation mit freiberuflichen Hebammen.

Im Kinder- und Familienhilfe- Zentrum (KiFaZ) Barmbek- Süd sind Familienhebammen Angestellte eines Trägers der freien Wohlfahrtspflege.

Ein Teil der Leistungen kommt hier allen Frauen des Stadtteils zu Gute, da der hier gewählte Arbeitsansatz explizit integrativ wirken soll. Bewusst werden nicht mehr nur die klassischen Risikogruppen betreut: Gruppen- und Kursangebote stehen allen Frauen im Stadtteil offen und werden damit zu einem Ort der Begegnung. Die Einzelarbeit der Familienhebammen ist weiterhin Frauen und Kindern mit schwierigen Lebenslagen und besonderen Risiken vorbehalten.

Die aktive Integration der betreuten Frauen und Familien in die sozialen Strukturen des Stadtteils wird als eine Zielstellung der Familienhebammenarbeit formuliert.

Das soll eine verbesserte Wahrnehmung gesundheitlicher oder pädagogischer Leistungen bewirken, ebenso wie einen verstärkten Kontakt der betreuten Frauen und Kinder zu anderen Müttern und Babies.

Durch die Einbindung der Familienhebammen in das Team des KiFaZ und die daraus resultierende enge Kooperation der Familienhebammen mit den Sozialpädagoginnen kann Müttern und Vätern eine Weiterbetreuung auch am Ende des ersten Lebensjahres des Kindes angeboten werden in einem Umfeld, das den Menschen aus der Hebammenbetreuung vertraut ist.

Dadurch erhält die Nachhaltigkeit der Familienhebammenarbeit in Barmbek-Süd eine neue Qualität und überwindet den sonst üblichen Bruch am Ende des Betreuungszeitraumes.

Der Familie stehen weiterführende Angebote in einer bereits vertrauten Umgebung zur Verfügung.

Eine Förderung der Kinder in der Kleinkindphase wird damit möglich und auch eine weitere Unterstützung vor allem der Mütter in ihrem Stadtteil.

Die strukturelle Anbindung von Familienhebammen an einen freien Träger des Sozialwesens verbindet medizinische Grundversorgung mit sozialpädagogischen Angeboten.

Die Tragfähigkeit von Arbeitsansätzen der Familienhebammen im ersten Lebensjahr des Kindes wird durch die Folgeangebote der Pädagoginnen in der Kleinkindphase gesteigert.

Dadurch wird eine längerfristige Stabilisierung der Familie im sozialen Netz des Stadtteils gefördert, ebenso wie die Kräfte und Kompetenzen der Mütter selbst gestärkt werden.

Das Projekt arbeitet mit zwei halben Familienhebammenstellen, in unbefristeter Anstellung beim Verein für Kinder- und Jugendarbeit (Träger des KiFaZ).

Abrechenbare Leistungen werden refinanziert.

Unmittelbare Team-Partnerin ist eine Sozialpädagogin in unbefristeter 0,5 Stelle.

II.3 Erfolg und Wirkung von Familienhebammen

Achtung:

Die Familienhebamme ist keine Allheilerin für die tiefen Wunden unserer Gesellschaft!

Margarita Klein, Diplompädagogin, Projektleitung WB HH

„Die Tätigkeit einer Hebamme, zu deren Klientel neben der Frau und dem (ungeborenen) Kind auch der Partner zählt, setzt ein vorrangig auf Unterstützung und Begleitung, Förderung, Beratung und Anleitung ausgerichtetes Handeln voraus, das sowohl der Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung der betreuten Personen als auch ihrer Entscheidungskompetenz einen hohen Stellenwert einräumt.“³

Hebammenbetreuung ist immer als Doppelfunktion zu betrachten.

Sie ist Fürsorge für Mutter und Kind.

In diesem Sinne verfolgen Hebammen traditionell einen systemischen Arbeitsansatz.

In der Arbeit der Familienhebammen erweitert das generell noch um eine Ebene:
des Kindes bzw. der Kinder,
seiner Erwachsenen und
der aktiv beteiligten Kooperationspartnerinnen und –Partner.

Im Hinblick auf künftige oder ganz frische Mutterschaft ist eine Arbeit von Bedeutung, der eine Ich-Stärkung der Frau gelingt und die deren Selbständigkeit fördert.

Frauen brauchen Rückenstärkung darin, den eigenen Weg zu erkennen, und Ermutigung, diesen zu gehen.

Muttersein braucht eine erwachsene Frau.

Die langfristige vertrauensvolle Beziehung ist das Tragende.

Vertrauen ist erstes Ziel und Basis der Arbeit.

Wirkung zeigt die Bindung an eine Fachfrau, die langfristig stabile Vertrauensbeziehung zur HEBAMME, d.h. zu einer Frau, die neben ihrer Beziehungsbereitschaft in Personalunion über eine gesundheitsförderliche und grundsätzlich therapeutische Kompetenz verfügt.

In den verschiedenen Forschungsberichten ist immer wieder der gesundheitliche Gewinn durch die Betreuung für Mütter und Kinder im Einzelnen beschrieben worden.⁴

³ Sabine Dörpinghaus, Welchen Namen soll die Hebammenwissenschaft tragen? in: Die Hebamme, Heft 4/ 2005, S. 206

⁴ vgl. Collatz, Allhoff, Zierau / Gonzales

Allem voran ist als erster und wichtigster ERFOLG der KONTAKT anzusehen.

ERFOLG ist, wenn es Familienhebammen gelingt, den Kontakt zur Familie herzustellen und zu halten, eine Beziehung und Vertrauen aufzubauen und eine gewisse Bindung zu erreichen.

Die professionell handelnde Hebamme steht vor komplexen, unterschiedlichen bzw. widersprüchlichen Anforderungen und in der Interessens- Vertretung der von ihr betreuten Personen kann es zudem zu (teilweise krassen) Widersprüchen kommen.

Besonders in der Klientel der Familienhebammen kann es zu „einer hohen Dichte zeitgleicher potentieller Antagonismen“⁵ kommen.

ERFOLG für Familienhebammen ist, mit ihren Klientinnen

1. in Kontakt zu kommen,
2. eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und
3. dadurch eine langfristige, fachlich kompetente Betreuung durchführen zu können,
4. was Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Lage der Familie wahrscheinlich macht.

Dies gilt insbesondere in den hochgradig gefährdeten Familien.

In dem Spannungsfeld von Freiwilligkeit und Kontrolle ist dies oftmals eine echte Herausforderung für die Kolleginnen.

Professionelles Handeln setzt hier in sehr hohem Maß die Zielgenauigkeit von Entscheidungen voraus, die sich immer wieder in Extremen und zwischen Polaritäten bewegen.

Die Fähigkeit zu Kriseninterventionen setzt das Management der eigenen Gefühle ebenso voraus wie das präzise medizinische und sozialpädagogische Fachwissen.

Diese Voraussetzungen treffen gleichermaßen zu auf den Gegenpol: mit Geduld und Gelassenheit die Familie in ihren Entscheidungen begleiten und sie ihren Weg gehen lassen.

Es ist außerdem der Punkt, an dem die Qualität der Kooperationsbeziehungen ihre Tragfähigkeit und Zuverlässigkeit erweisen muss.

Hilfreich sind vorab getroffene Kooperations- Vereinbarungen, abgestimmte Betreuungspfade und ein gemeinsam getragenes Notfall- Management. Klare Absprachen, angemessene Qualifizierung und interdisziplinäre, sektorübergreifende Kooperation schaffen Sicherheit für Betreute und Profis und helfen den beteiligten Mitarbeiterinnen, besonders in Grenzsituationen, treffsichere Entscheidungen zu fällen.

⁵ Sabine Dörpinghaus, Welchen Namen soll die Hebammenwissenschaft tragen? in: Die Hebamme, Heft 4/ 2005, S. 206

Gerade in den Lebensverhältnissen, in denen Familienhebammen tätig werden, kann ERFOLG in genauen Gegenteilen bestehen:

„Hilfen zur Erziehung“ zu vermeiden oder zielgenau, gut vorbereitet und rechtzeitig anzufordern:

Beides kann Erfolg von Familienhebammentätigkeit sein.

II.4 Voraussetzungen für eine optimale Tätigkeit von Familienhebammen

Gesundheit wird von Menschen in ihrer täglichen Umgebung geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Füreinander Sorge tragen, Ganzheitlichkeit und ökonomisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung.

Alle Beteiligten sollten als Leitprinzip anerkennen, dass in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitlichen Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.

Ottawa Charta

Voraussetzungen für eine optimale Tätigkeit der Familienhebammen sind:

- Die Regelungskette Berufsbild – Qualifizierung – Vergütung ist bearbeitet.
- In der Kommune bzw. im Landkreis existiert eine regionale Struktur der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, ASD, Gesundheitsamt und Familienhebammen.
- Dazu gehört eine Koordinierungsstelle, die den Bedarf und Kapazität an (Familien-) Hebammenhilfe vermittelt.
- In der Region existiert ein intersektorales Kooperationsnetz, in dem die Familienhebammen gut eingebettet sind.
- Die Kollegin verfügt über die benötigten Qualifikationen und Fertigkeiten.
- Die Kolleginnen arbeiten im Team.

In einer für diese Expertise durchgeführten Fragebogenaktion finden sich übereinstimmend dazu als häufigste Aussagen von Familienhebammen:

- **sichere Finanzierung**
- **einheitliche kompetente Ausbildung**
- **Anerkennung als Weiterbildung**

- **gesicherte Arbeitsplätze**
- **gute Arbeitsbedingungen**
- **Anerkennung als Berufsbezeichnung**
- **klare Struktur über Aufgaben**
- **Etablierung des Berufsbilds**
- **Anerkennung der Arbeit und der Leistung der Familienhebammen**

III.1 Finanzierung von Familienhebammen

... keine Ausbeutung!
Familienhebamme

Dass unsere Arbeit nicht missbraucht wird und
Gelder „eingespart“ werden auf unsere Kosten.
Familienhebamme

... nicht verheizt werden!
Familienhebamme

Entstanden ist die Konstellation „Familienhebamme“ schon vor 1980 aus den Bemühungen engagierter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen, bei denen eine erhöhte perinatale Sterblichkeit und Morbidität aufgefallen war, eine neue gesundheitsförderliche Versorgungsstruktur zu erarbeiten, die den spezifischen Erfordernissen der Zielgruppen nachkommen konnte.

Lücken im Versorgungssystem waren erkannt worden und sollten mit Hilfe dieses neuen Wegs geschlossen werden.

Aussichtsreich als Akteurin dafür wurde bereits Ende der 70er Jahre die Hebamme identifiziert.

Mit der nachgehenden häuslichen Einzelbetreuung (= die traditionellen Hausbesuche von Hebammen) gab es seit Mitte der 70er Jahre wachsende hoffnungsvolle Erfahrungen.

Gleichzeitig war erkannt worden, dass die Freiberuflichkeit als Arbeitsbasis und Rahmen für die fokussierten Zielgruppen zu eng gesteckte Grenzen aufweist.

Die Schlussfolgerung für die damaligen Initiatorinnen und Initiatoren der Projekte war der Entwurf, für die Arbeitsweise der künftigen Familienhebammen die häusliche Tätigkeit freiberuflicher Hebammen zu übernehmen bei gleichzeitiger Sicherstellung der Betreuung durch Absicherung des Hebammen – Einkommens über eine Anstellung (Gesundheitsamt oder freier Träger).

Für die so konzipierte „Familienhebamme“ gab es kein Vorbild und (bis heute) keinen präzise passenden rechtlichen Rahmen.

Das Berufsbild „Hebamme“ sah vor:

- „Die angestellte Hebamme“ ist im Kreißaal tätig, eventuell noch auf der Wochenstation, auf jeden Fall in der Klinik.
- Die freiberufliche Hebamme, bis auf die Ausnahme der Beleghebamme (die damals kaum noch existierte), im häuslichen Umfeld der Familie.
- Familienhebammen sollten nunmehr einerseits in Entsprechung freiberuflicher Hebammen im häuslichen Feld tätig sein und die Leistungen erbringen, wie sie in der HebGV beschrieben sind. Darüber hinaus allerdings sollten von ihnen Leistungsaspekte erbracht werden, die über die HebGV hinaus gingen und aus dem speziellen Bedarf der Zielgruppen abgeleitet sind.⁶

Das bisher Existierende war für das Benötigte nicht passend, so dass ein neuer Berufszweig kreiert und erprobt wurde:

die Familienhebamme, die zum einen in Analogie zur freiberuflichen Hebamme arbeitet, zum anderen Leistungen erbringt, die über die Hebammengebühren-Verordnung hinausgehen und die finanziell abgesichert ist.

Der Träger sicherte der Familienhebamme und den besonders belasteten Familien der Klientel Konstanz der Leistung durch Anstellung der Hebamme.

Da es für Familienhebammen kein Berufsbild gab (und letztlich auch heute nicht verankert gibt) und auch keine passende rechtliche Rahmenbedingung existiert hat, haben Projektträger im Laufe der Jahre unterschiedlich auf diese Zielstellung reagiert und sind in ihren Schlussfolgerungen zu unterschiedlichen Vorgehensweisen gelangt.

Seit das Bremer Modell in den Jahren 1979/1980 gestartet und etabliert wurde, arbeiten dort Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern als Team auf der Basis einer Anstellung beim Gesundheitsamt mit dem Arbeitsschwerpunkt in der Einzelbetreuung ohne Refinanzierung.

Das heißt, nach meiner Kenntnis wurden und werden Familienhebammen – Leistungen hier seit mehr als 25 Jahren ohne eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen finanziert, zu Beginn aus Projektmitteln, nunmehr aus kommunalen bzw. Landesmitteln.

Bereits im zweiten, fast gleichzeitig mit dem Bremer Modell aufgebauten Projekt in Hannover (Start 1980/1981) wurde eine abweichende Vorgehensweise gewählt.

⁶ siehe Liste der Tätigkeiten

Auch in Hannover war der Tätigkeitsschwerpunkt die nachgehende Einzelbetreuung. Allerdings war hier in Kooperation der Akteure ein Weg erarbeitet worden, der es ermöglichte, die gesetzlichen Krankenkassen in die Finanzierung des Familienhebammen – Projekts einzubeziehen: **die Refinanzierung**.

Die nach der Hebammengebühren Verordnung abrechenbaren Leistungen der Familienhebammen wurden den Krankenkassen in Rechnung gestellt und flossen an den Arbeitsgeber zurück.

Dieses Refinanzierungs- Verfahren fand im Laufe der Jahre noch in weiteren Projekten Anwendung.

Das „alte“ Familienhebammenprojekt in Hannover hat das Verfahren von 1982 bis 2004 praktiziert, Köln von 1990 – 2006, Herne seit 1990, Barmbek-Süd seit 1998. Für gewöhnlich gab / gibt es eine Absprache der Kommune bzw. des Trägers mit den regionalen Krankenkassen.

Meist organisiert/e sich dieser Vorgang über die Vergabe eines Institutions-Kennzeichens an den Träger bzw. die Kommune.

Die Angaben zu den nach der HebGebVO vergüteten Leistungen schwanken zwischen 0 % und über 50 %.⁷

Es war und ist ein gut funktionierendes System, welches vor allem in älteren Projekten Anwendung fand und findet.

Refinanzierung stellt eine Möglichkeit dar, die gesetzlich vorgesehenen Leistungen für die Familien zu erbringen in der dort besonders wichtigen persönlichen Kontinuität. Sie stellt eine Form dar, wie sich Regelleistungen mit der Finanzierung der Familienhebammen verknüpfen ließen.

Allerdings konnte dieses Vorgehen bisher nicht rechtlich abgesichert werden.

Was einerseits Rechtsunsicherheit für die Beteiligten bedeutet und finanzielle Unsicherheit für das Projekt, da es in der Konsequenz keinen Rechtsanspruch auf die Umsetzung dieses Verfahrens gibt.

Dies zeigt sich aktuell auch darin, dass sich in den letzten Jahren Krankenkassen immer mehr diesem Vorgehen verweigern, obwohl es im Laufe der Jahre eine Art Gewohnheitsrecht geworden zu sein schien.

Es besteht somit Rechtsunsicherheit sowohl bezüglich der Abrechnung als auch in enger Verbindung damit bezüglich der Berufshaftpflicht- Versicherung der Kolleginnen.

Eine verbindliche Abwägung der Rechtsgüter konnte dabei bisher nicht erreicht werden, was mittlerweile für die betroffenen Projekte und Kolleginnen in der aktuellen Entwicklung unverzichtbar geworden ist.

Die Brisanz der aktuellen Situation der Zielgruppen und der nunmehr bestehende politische Wille, Familienhebammen im Betreuungssystem zu verankern, gibt dem Bundesministerium die Gelegenheit, hier für Rechtssicherheit zu sorgen:

Das Bundesministerium sollte erreichen, dieses Vorgehen offiziell zuzulassen, obwohl es vom Buchstaben der Begriffe „angestellt“ / „freiberuflich“ abweicht, oder

⁷ siehe z.B. „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen, Projektbericht für die Jahre 2002 – 2004, Hrsg. Stiftung „Eine Chance für Kinder“, S. 78 -91, vgl. Projekt - Übersicht

aber andere Wege als Überleitungsmodelle für die betroffenen Projekte zu entwickeln.

Das Ministerium könnte sich auf der Basis einer Empfehlung für eine bundesweite Klärung bzw. Absprache mit den Kassen einsetzen, gemeinsam mit Kassen und Berufsverbänden ein zukünftig gültiges Verfahren entwickeln und damit Rechtssicherheit schaffen.

In der jüngsten Vergangenheit stellten mehr und mehr Projekt- Träger die Flexibilität und Kostenersparnis der Freiberuflichkeit über die Sicherung der Betreuung durch die Anstellung von Hebammen.

Es ist ein brisantes Spannungsfeld entstanden, welches ein **zentraler Entwicklungsaspekt** sein sollte:

- I. das „Problem“ der Rechtsunsicherheit findet sich nach meiner Kenntnis in einer geringer werdenden Anzahl von (älteren) Projekten, die allerdings gut funktionieren und den Qualitätsaspekten Kontinuität, Verlässlichkeit etc. entsprechen
- II. viele Träger haben in der jüngeren Vergangenheit (= der Projekte- „Boom“) die Freiberuflichkeit der Hebammen als Basis ihrer Vorhaben gewählt.

Diese Projekte stehen rechtlich betrachtet auf unzweifelhaftem Boden, haben aber die große Herausforderung, Verlässlichkeit, Kontinuität und Konstanz, = die Qualität der Betreuung, sicher herzustellen, ebenso wie respektable Arbeitsbedingungen für die Kolleginnen.

Es gibt gerade aus den Projekten, die aufgrund von Träger- Vorgaben refinanzieren müssen, einen deutlichen Hinweis darauf, dass die Angebotsstruktur unzweifelhaft von den Bedingungen der Finanzstruktur beeinflusst wird.

Abrechenbare Leistungen zu erwirtschaften geht am Besten bei Frauen / Familien mit relativ unproblematischen Situationen.

Familien im „Kerngebiet der Zielgruppen“ (Multiproblemfamilien) erfordern eine langfristige Betreuung mit einem hohen Arbeitseinsatz.

Das heißt, sie „verbrauchen“ manchmal über Monate viel Arbeitszeit jenseits der Hebammengebühren- Verordnung, die also ausschließlich über Projekt- oder kommunale Mittel getragen werden muss.

Diese Arbeit ist aber genau die Arbeit, die von den Hebammen entsprechend des eigentlichen Familienhebammen - Auftrags erbracht werden soll: die ursprüngliche Familienhebammen – Aufgabe wird insbesondere mit diesen Tätigkeiten erfolgreich erfüllt.

Das Erreichen der Zielgruppe steht damit in einem „relativen Missverhältnis“ zur Erwartung der Refinanzierung und dem daraus resultierenden Druck auf den Projekt.- Mitarbeiterinnen.

Wenn das Gesamtprojekt auf der Basis freiberuflicher Hebammentätigkeit steht, stellt sich dieser Zusammenhang noch potenziert dar aufgrund der Wirkmechanismen freiberuflichen Wirtschaftens.

Einen Hinweis dazu gibt es auch aus den in der durchgeführten Befragung beschriebenen Angebotsprofilen:

differenzierte Leistungsangebote, die sowohl Einzelbetreuung wie auch niedrigschwellige (= unrentable) Angebote durchführen, finden sich eher in Projekten auf angestellter Basis, insbesondere bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege.

Die Relation der einzelnen Tätigkeitsfelder ist in Abhängigkeit des gewählten Projektansatzes, der Finanzstruktur, des Angebotsprofils und der betreuten Klientinnengruppen sehr unterschiedlich.

Wenn die Politik erreichen will, dass es für die betroffenen Zielgruppen eine qualifizierte, verlässliche Betreuung durch Familienhebammen gibt, dann ist die Regelungskette: Berufsbild – Qualifizierung – Finanzierung zurzeit mit erster Priorität zu bearbeiten.

Dadurch entsteht u. a. Rechtssicherheit für Alle und die Nachhaltigkeit der Entwicklung wird gesichert.

Die Bundesministerien Gesundheit und Familie sind für mich die richtigen Institutionen, um hier in Kooperation mit den beteiligten Akteurinnen aktiv zu werden.

Gesetzliche wie private Krankenkassen sollten im Zusammenhang mit zukünftiger Finanzierung von Familienhebammen nicht aus ihrem Präventionsauftrag entlassen werden.

Sie sollten sich aktiv an der Formulierung eines Weges beteiligen, wie die Leistungen der Hebammengebühren- Verordnung auch von angestellten Familienhebammen erbracht und abgerechnet werden können.

Für die Klärung der Situation und die aktuelle Aufgabenstellung einer zukunftsfähigen Regelung ist es von Bedeutung, sich die Tätigkeit von Familienhebammen strukturell differenziert zu betrachten, weil sich daraus mögliche Formen einer gesicherten Finanzierung ableiten lassen:

die Tätigkeit von Familienhebammen besteht einerseits im Erbringen von Regelleistungen und geht gleichzeitig darüber hinaus mit den spezifische Familienhebammen - Leistungen, die aus dem besonderen Bedarf der Zielgruppen abgeleitet sind.

Für die Zukunft ergibt sich daraus ein Regelungsbedarf auf zwei Ebenen:

- Auf der Basis der Rechtslage: „jede Frau hat ein Recht auf Hebammenhilfe“, welche in der Organisation und im Abrechnungswesen der Krankenhäuser sowie in den Berufsordnungen der Länder und der Hebammengebühren-Verordnung ihre Ausformung gefunden hat, braucht es eine Form, in der auch die von Familienhebammen betreuten Frauen und Kinder die vorgesehenen Regelleistungen in Anspruch nehmen können und diese über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert bleiben.

Zur Erläuterung:

Neben der beschriebenen Arbeitsweise „Refinanzierung“ existieren umgekehrt auch Modelle, die seit vielen Jahren angestellte Familienhebammen vorhalten und diese ausschließlich aus anderen Mitteln (Landes-, Landkreis oder kommunale Mittel) tragen. Was bedeutet, dass es Projekte gibt, in denen (ohne eine Refinanzierung) die gesetzlichen Krankenkassen über viele Jahre die Regelleistungen gespart und keinen Beitrag geleistet haben.

- Für die spezifischen Familienhebammenleistungen (häufiger, länger, schwieriger, anders im Vergleich zur Regelleistung) ist eine Mischfinanzierung aller Ebenen und Bereiche zu erarbeiten. Auch hier sollte ein Einbinden der Krankenkassen erreicht werden, da aus meiner Sicht das Feld der primären und sekundären Prävention auch Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen sind.
Gleichzeitig liegt hier ein Aufgabenbereich sowohl des ÖGD und der Jugendhilfe vor.
Es handelt sich um eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung, die auch aus Bundes- und Landesmitteln gesichert werden sollte.

III.2 Tätigkeiten von Familienhebammen unter dem Blickwinkel der Finanzierung

Für das Finden zukunftsfähiger Regelungen und die künftige finanzielle Verankerung im System ist eine klare strukturelle Betrachtung der Arbeit von Familienhebammen unter dem Blickwinkel der Finanzierung nötig.

Im Anschluss an diese Betrachtung sollten die gesellschaftlich und politisch verantwortlichen Akteure entscheiden können, in welcher Weise sich die einzelnen Ebenen und Institutionen an der Finanzierung von Familienhebammen beteiligen.

Für das Ziel einer gesicherten Finanzierung von Familienhebammen stehen in erster Linie folgende **Akteure bzw. Aufgabenfelder**:

- **Bundespolitik:**
 1. **Gesundheitspolitik**
 2. **Familienpolitik**
 3. **Bildung und Erziehung**

4. bundesweite Strukturentwicklung
 5. Förderung der Berufsentwicklung
- **Bundesländer**
Umsetzung der Punkte 1 – 5 auf Landesebene
 - **ÖGD auf Ebene der Kommunen und Landkreise**
 1. kommunale Gesundheitsförderung/ Prävention
 2. Mütter- und Kindergesundheit
 3. städtische oder ländliche Strukturentwicklung
 4. Dienstaufsicht freiberuflicher Hebammen
 5. Netzwerkaufgaben
 - **Jugendhilfe auf Ebene der Kommunen und Landkreise**
 1. Mütter- und Kindergesundheit
 2. Präventionsaufgaben
 3. Gemeinwesenarbeit
 4. ASD
 5. städtische oder ländliche Strukturentwicklung
 6. Netzwerkaufgaben
 - **gesetzliche Krankenkassen:**
 1. Kostenträger der Leistungen nach der Hebammengebühren-Verordnung
 2. Gesundheitsförderung
 3. Prävention
 - **Träger der freien Wohlfahrtspflege**
 1. Prävention
 2. Gesundheitsförderung
 3. Familienförderung
 4. Erziehung und Bildung
 5. Gemeinwesenarbeit
 - **Berufsverbände von**
 - Ärztinnen und Ärzten
 - Hebammen
 - (Kinder-)Krankenschwestern
 - Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
 - Fachgesellschaften, z. B. des ÖGD, der Kinderärzte/-innen
 - **Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler**
 - **Stiftungen bzw. ehrenamtliche Initiativen**

In gemeinsamer Anstrengung sollte und kann längs durch alle Ebenen und quer zu den beteiligten Institutionen eine stabile „Mischfinanzierung“ gebaut werden und bundesweite Anwendung finden.

Ziel dieser Mischfinanzierung ist es, alle Verantwortlichen finanziell so einzubinden, dass das entstehende Budget dem aktuellen Bedarf gerecht werden kann.

Wir stehen hier an einer entscheidenden Schwelle:

**Gelingt die Herausforderung,
die verbalen Äußerungen umzusetzen in finanzielle Verantwortung?**

**Gelingt es durch gemeinsames politisches Handeln zu einer effektiven
Umverteilung zu gelangen?**

Zentrale Basis für die Arbeit von Hebammen, also auch von Familienhebammen, ist der Rechtsanspruch von Frauen und Kindern:

„jede Frau, jedes Kind hat ein Recht auf Hebammenhilfe“.

Diese Rechtslage findet in der Organisation und im Abrechnungswesen der Krankenhäuser sowie im Hebammengesetz, in den Berufsordnungen der Länder und der Hebammengebühren- Verordnung ihre Ausformung.

Was gebraucht wird und erarbeitet werden muss, ist eine Form, in der auch die von Familienhebammen betreuten Frauen und Kinder die vorgesehenen Regelleistungen in Anspruch nehmen können und diese über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert bleiben.

Darüber hinaus muss es in Verhandlungen mit allen Beteiligten zu einer Lösung kommen, wie die Leistungen der Familienhebammen zu finanzieren sind, die über den Rahmen der Hebammengebühren- Verordnung hinausgehen oder nicht in einem Bezugsrahmen dazu stehen, weil sie sich Aufgabenfeldern der anderen Akteure zuordnen lassen und dort in logischer Konsequenz zu verankern sind:

- I. **Familienhebammen erbringen in ihrer Tätigkeit den Leistungskatalog freiberuflicher Hebammen.**
- II. **Darüber hinaus gibt es eine große Zahl weiterer Tätigkeitselemente aus den Bereichen der Medizin, Jugendhilfe, Sozialpädagogik, Gesundheitsförderung, primärer und sekundärer Prävention, die von Familienhebammen geleistet werden.**

Unter finanziellem Blickwinkel stellen sich die Leistungen von Familienhebammen wie folgt dar:

- abrechenbar nach der Hebammengebühren- Verordnung (HebGVO)
- teilweise abrechenbar nach der HebGVO
- nicht nach der HebGVO abrechenbar
- Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD:

(Vgl. Anhang: Tätigkeiten von Familienhebammen unter dem Blickwinkel der Finanzierung
Tätigkeiten in Relation zur HebgebVO Tabelle.doc)

IV.1 Bundesweites Qualitätsmanagement – System für Familienhebammen

Im Zuge der allgegenwärtigen Diskussion um Zertifizierungen, Controlling und wirtschaftlicher Effektivität hat das Thema Qualitätssicherung heute oft einen Beigeschmack von Einsparung und Kontrolle.

Damit besteht die Gefahr, dass die Sicht verdeckt wird auf die Chancen, die Qualitätsmanagement für Hebammen haben kann als ein selbst bestimmtes Instrumentarium für Evaluation und Entwicklung.

Hanni Giebing⁸

Angesichts der aktuell sprunghaften Zunahme der Initiativen und Projekte ist die momentane Entwicklung uneinheitlich und wenig übersichtlich.

Die zeitnahe Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Qualitätsmanagement – Verfahrens für Familienhebammen ist aus diesen Gründen dringlich:

1. zur Sicherung bzw. Entwicklung einer bedarfsgerechten Betreuungsqualität
2. zur Gewährleistung respektabler und zukunftsfähiger Arbeitsbedingungen für die Kolleginnen.

Beispielgebend für das Verfahren kann das Qualitätssicherungs- System der außerklinischen Geburtshilfe gelten.⁹

In der Organisation des eingetragenen Vereins QUAG e.V. werden hier bundesweit die gesammelten Daten erfasst und ausgewertet. In den Bundesländern wurden innerhalb des BDH Qualitätsmanagement – Beauftragte benannt für die Bearbeitung der Ergebnisse mit den Kolleginnen sowie die organisatorische Unterstützung von QUAG.

Für die Finanzierung wurde in der Hebammengebührenordnung eine Leistungsziffer pro Fall verankert, über die die Finanzierung gesichert wird.

Im Hinblick auf die Familienhebammen – Tätigkeit wäre auch die Rückmeldung der Ergebnisse in einem jährlichen Bericht, wie er z.B. für die Perinatalstudie angefertigt wird und zurück an die Teilnehmer geht, wünschenswert.

Erste Ansätze zu Qualitätssicherungssystemen gibt es in Hamburg, Bremen und Niedersachsen.

Beispielsweise hat die Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in ihren Projekten auch nach Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung weiter evaluiert und für die Jahre 2004 / 2005 einen Ergebnis – Bericht vorgelegt.¹⁰

⁸ Hanni Giebing et al., Pflegerische Qualitätssicherung, Bern 1999

⁹ siehe www.quag.de

¹⁰ siehe www.eine-chance-fuer-kinder.de

Derzeit wird dort unter der Federführung an einem neuen Evaluationsbogen für die beteiligten Projektstandorte in Niedersachsen gearbeitet.

In Hamburg gab es in diesem Jahr den 2. Hamburger Projekte – Tag aller Familienhebammen – Projekte, um in gemeinsamer Diskussionsrunde die Arbeit bzw. Problemstellungen der Projekte zu reflektieren und Verbesserungen bzw. Lösungsvorschläge zu finden.

An den Projekttagen versammeln sich Behördenvertreterinnen/- Vertreter, Mitarbeiter/ -innen der Bezirke (= Gesundheitsämter, jugendärztlicher Dienst), die Projektträger, Sozialpädagoginnen der Projekte und des ASD sowie die Familienhebammen. Die BSG finanziert für diesen Tage eine professionelle Leitung und Moderation. Die Protokolle mit den Ergebnissen gehen an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Gleichzeitig wird auch in der Hamburger Behörde für Soziales und Gesundheit an einem Evaluationsbogen gearbeitet, der nach Fertigstellung für die Hamburger Projekte verbindliche Anwendung finden soll.

Wichtiger Meilenstein der Hamburger Entwicklung war in diesem Zusammenhang sicherlich die Drucksache 18 / 4306 des Hamburger Senats an die Bürgerschaft.

In der Konsequenz dieses Senatsbeschlusses wurden in ausgewählten Stadtteilen neue Projekte eingerichtet, der erste Weiterbildungskurs für Hamburger Familienhebammen gestartet sowie eine Reihe von Fachberatungstagen für die neuen Kolleginnen durchgeführt.

Bereits in den letzten Jahren hat sich ebenfalls im Sinne der Qualitätssicherung eigenständig das Hamburger Familienhebammen– Netzwerk gegründet mit regelmäßigen Treffen zum kollegialen Austausch und einer professionell geführten gemeinsamen Fachberatung.

Im Rahmen der ersten Hamburger Projektphase von 1998/1999 wurde von der damaligen Projektleitung Barbara Staschek ein erstes bundesweites Treffen von Familienhebammen initiiert.

Daraus entwickelte sich in den Folgejahren das **eigenständige bundesweite Netzwerk der Familienhebammen** mit seiner Internet- Präsenz.¹¹

Dieses Netzwerk steht mit einem jährlichen Treffen ebenfalls im fachlichen Austausch. Im Zusammenhang mit den Jahrestreffen wird darüber hinaus eine Fortbildungseinheit angeboten.

Ein weiteres, für die Kooperation sehr nützliches Element zur Qualitätssicherung sind die bereits vor vielen Jahren erarbeiteten Kriterienlisten der Bremer Familienhebammen.

¹¹ siehe www.familienhebamme.de

Um die Entwicklung der Betreuungsqualität zu steigern bzw. zu sichern, wäre die Erarbeitung von **Arbeits- Empfehlungen** im Sinne eines **Konsensus - Papiers** ebenfalls äußerst nützlich:

1. Arbeits- und Rahmenbedingungen für Familienhebammen
2. bewährte Vorgehensweisen:
 - was wirkt positiv
 - was hat sich bewährt
 - models of good practice
 - kritische Aspekte
 - Fragestellungen zur weiteren Beobachtung

IV.2 Evaluation und Forschung

Bisherige Forschungsprojekte zu Familienhebammen waren in ihrem Ansatz meist Evaluationsforschung.

Sie begleiteten die großen Landes- und Bundesprojekte zur Implementierung der Familienhebammen im jeweiligen Bundesland:

Bremer Modell

- COLLATZ J., et al., Durchführung und Auswertung eines Modellversuchs zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge und der Nachsorge von Säuglingen durch die Aktion Familien-Hebamme, **1981**
COLLATZ J., et al., Ergebnisse der Aktion Familien- Hebamme im Überblick: Evaluation eines Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitsdienlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter, **1986**
- SCHMIDT- SIEGERT M. und THIELE W., Familien- Hebammen an Krankenhäusern, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, **1986**

Hebammenmodell im Landkreis Emsland

- STASCHEK B., Emslandprojekt, Verbesserung der Schwangerenvorsorge, der Betreuung von Mutter und Kind im ländlichen Raum während der Wochenbettphase und darüber hinaus bis zum Ende der Stillperiode, etwas bis zum 6. Lebensmonat, Abschlussbericht der Projektleitung, **1993**
- ZOEGER M., Hebammenprojekt Emsland, Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, **1993**

Landesprojekt NRW

- ALLHOFF P., Fortführung des Familien- Hebammen- Modellprojekts nach dem Landesprogramm „Gesundheit für Mutter und Kind“, Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitung, **1999**

Hamburger Modell

- STASCHEK B., Organisationsvorschlag zur Übertragung des Familienhebammenmodells in Barmbek - Süd auf Hamburg, Auftragsarbeit der Stadt Hamburg **1999**
STASCHEK B., 20 Jahre Familienhebammen, **2003**

Landesprojekt Niedersachsen / Stiftung „Eine Chance für Kinder“

- Zierau J. und Gonzales- C. I., Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen, **2005**

Qualitative Studien:

- SCHNEIDER E. Familienhebammen: empirische Untersuchung zu einem speziellen Handlungsfeld. Diplomarbeit im Studiengang Pflegepädagogik an der Katholischen Fachhochschule Köln, **2003**
- Borchard, C., Aufgabenfelder der Hebamme im Rahmen der Betreuung von Familien aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen, Diplomarbeit im Studiengang Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Osnabrück, **2004**

Zusammenfassung der Ergebnisse:

- I. Familienhebammen erreichen ihre Zielgruppen.
- II. Familienhebammen bewirken gesundheitliche und soziale Verbesserungen in den Familien.
- III. Positive Effekte sind nachhaltig.
- IV. Die Einbindung der Familienhebammen in ein regionales Kooperationsnetz ist vorteilhaft und eine erforderliche Rahmenbedingungen der Arbeit. Die Verknüpfung von Hebammentätigkeit und Jugendhilfe ist anzuraten.
- V. Familienhebammen benötigen adäquate Qualifizierung und akzeptable Arbeitsbedingungen.

IV.3 Marksteine: Weiterbildung zur Familienhebamme

Stand Dezember 2006

- 1979/ 80 neunmonatige Vollzeit- Weiterbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen des Bremer Modells
- 1996/1998 Tätigkeitsrelevante Fortbildungen und Supervision im Rahmen des NRW- Landesprojekts „Gesundheit für Mutter und Kind“ Curriculum- Vorschlag der wissenschaftlichen Begleitung
- 1998/ 2000 Tätigkeitsrelevante Fortbildungen und Supervision im Rahmen des 1. Hamburger Familienhebammenprojekts im Kinder- und Familienhilfe- Zentrum Barmbek- Süd, projektbegleitend Curriculum- Vorschlag der Projektleitung Organisationsentwurf „Familienhebammen hamburgweit“
- 2000/ 2004 Tätigkeitsrelevante Fortbildungen und Supervision im Rahmen des Niedersächsischen Landesprojekts „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter“ in Kooperation mit der Stiftung „Eine Chance für Kinder“, projektbegleitend
- 2006
- nach 25 Jahren erstmals wieder vorbereitende Weiterbildungskurse in
- Berlin: Hebammenlandesverband/ BDH in Kooperation mit dem Berliner Senat
- Hamburg : Kreisel e.V. in Kooperation mit der Behörde für Gesundheit und Soziales und dem Hebammenlandesverband/BDH
- Niedersachsen: Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in Kooperation mit dem Niedersächsischen Sozialministerium und dem Hebammenlandesverband/BDH
- Nordrhein- Westfalen: Hebammenlandesverband/ BDH
- Sachsen- Anhalt: Hebammenlandesverband/BDH in Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit und Soziales
Diese Weiterbildung ist derzeitig der einzige Kurs mit einer gleichzeitigen, förmlichen Evaluierung.
- Schleswig- Holstein: Hebammenlandesverband/ BDH in Kooperation mit dem Sozialministerium
- 2007
- Start der Weiterbildung in
- Bayern: Hebammenlandesverband/ BDH in Kooperation mit dem Sozialministerium
- Hessen: Hebammenlandesverband/ BDH

Alle Weiterbildungen sind derzeit orientiert an den Rahmenrichtlinien, welche im Rahmen der BDH- Expertinnengruppe 2002 erarbeitet wurden¹² sowie an dem daraus von Eva Schneider im Auftrag des BDH erarbeiteten Curriculum.

Dabei haben die aktuellen Kurse eine deutliche Bandbreite im Hinblick auf Lehrplan und Stundenzahl (zwischen 150 und 270 Stunden, bei einer Mehrheit mit ca. 200 Stunden).

In der aktuellen Befragung der Familienhebammen war eine bundesweit einheitliche, qualifizierte Weiterbildung eines der zentralen Anliegen der Kolleginnen. Für dieses Ziel einer gesicherten bundesweit einheitlichen Qualifizierung zukünftiger Familienhebammen wäre die Förderung einer Evaluation aller Lehrgänge mit anschließender Empfehlung eines einheitlichen Curriculums äußerst begrüßenswert.

In diesem Zusammenhang sei hingewiesen auf die in Arbeit befindliche Evaluierung der Weiterbildung in Sachsen – Anhalt.

Im Vergleich mit dem ersten Qualifizierungsprogramm von 1980: neun Monate Vollzeit – Lehrgang, fällt auf, dass die heutigen Weiterbildungen weit unter diesem Stundenkontingent liegen.

In der aktuellen Situation ist mit dem Besuch eines dieser Kurse eine persönliche Weiterqualifizierung zu erreichen, vielleicht auch eine Erhöhung der eigenen Marktchancen.

Was fehlt ist allerdings das finanzielle Äquivalent: die staatliche Anerkennung als Weiterbildung

- mit dem Anrecht auf eine höhere Eingruppierung bei Angestellten, bzw.
- bei Freiberuflichen die Berechtigung, auf der Basis der Qualifizierung höhere Honorare ansetzen zu können.

Damit steht die Frage zukünftiger Weiterbildung zur Familienhebamme in klarer Linie der Regelungskette Berufsbild – Qualifizierung – angemessene und gesicherte Vergütung.

Eine Besonderheit der Hamburger Weiterbildung ist, dass den Kolleginnen der neuen Projekte im Jahr 2006 zusätzlich fünf Praxistage angeboten wurden, um den Einstieg in die Praxis zu reflektieren und den Projektaufbau zu begleiten.

Außerdem wurde neben der Teilnahme am gesamten Lehrgang die Buchung einzelner Seminartage angeboten, um Hamburger Familienhebammen der älteren Projekte, freiberuflichen Hebammen sowie interessierten Kolleginnen/ Kollegen der Kooperationspartner die Möglichkeit zu geben, sich entsprechend des persönlichen Bedarfs weiter fortzubilden.

Dies wirft ein Licht darauf, dass neben der Etablierung der Weiterbildung zur Familienhebamme wichtige Anstrengungen zu unternehmen sind für die Weiter -

¹² siehe BDH – Broschüre „Die Familienhebamme“, download von www.bdh.de

Qualifizierung aller Hebammen und im speziellen der freiberuflichen Kolleginnen, was die hier fokussierten Themen betrifft.

„Viva Familia“ das Programm der Landesregierung in Rheinland – Pfalz in Kooperation mit dem Hebammenlandesverband / BDH ist ein aktuelles Beispiel eines erfolgreichen Projekts in Richtung dieses Ziels.¹³

Ein Beispiel aus der Vergangenheit ist das Fortbildungsprojekt des BDH „Hebammenfortbildung im Kirchröder Turm“.

Dieser zweijährige Kurs wurde bundesweit über 15 Jahre (1988 – 2003) für (werdende) freiberufliche Hebammen angeboten, um sie umfassend und qualifiziert auf die freiberufliche Hebammentätigkeit vorzubereiten.

Da in den Ländern immer weniger Fördermittel für diese Maßnahme eingeworben werden konnten und der Berufsverband mit seinem eigenen Haushalt eine Fülle von Aufgaben zu bewältigen hat, wurde diese Maßnahme 2004 zugunsten anderer Prioritäten aufgegeben.

Damit ist allerdings die Frage unbeantwortet geblieben, wie eine systematische Qualifizierung und Einarbeitung in die freiberufliche Hebammentätigkeit zukunftsfähig gestaltet sein soll.

Die Landesfortbildungen für Hebammen (ehemals „Pflichtfortbildung“) sind in dieser Gedankenführung ebenfalls zu erwähnen, wie sie zum Beispiel in Niedersachsen und Nordrhein – Westfalen in Kooperation von Landesverband des BDH und Landesministerium durchgeführt werden.

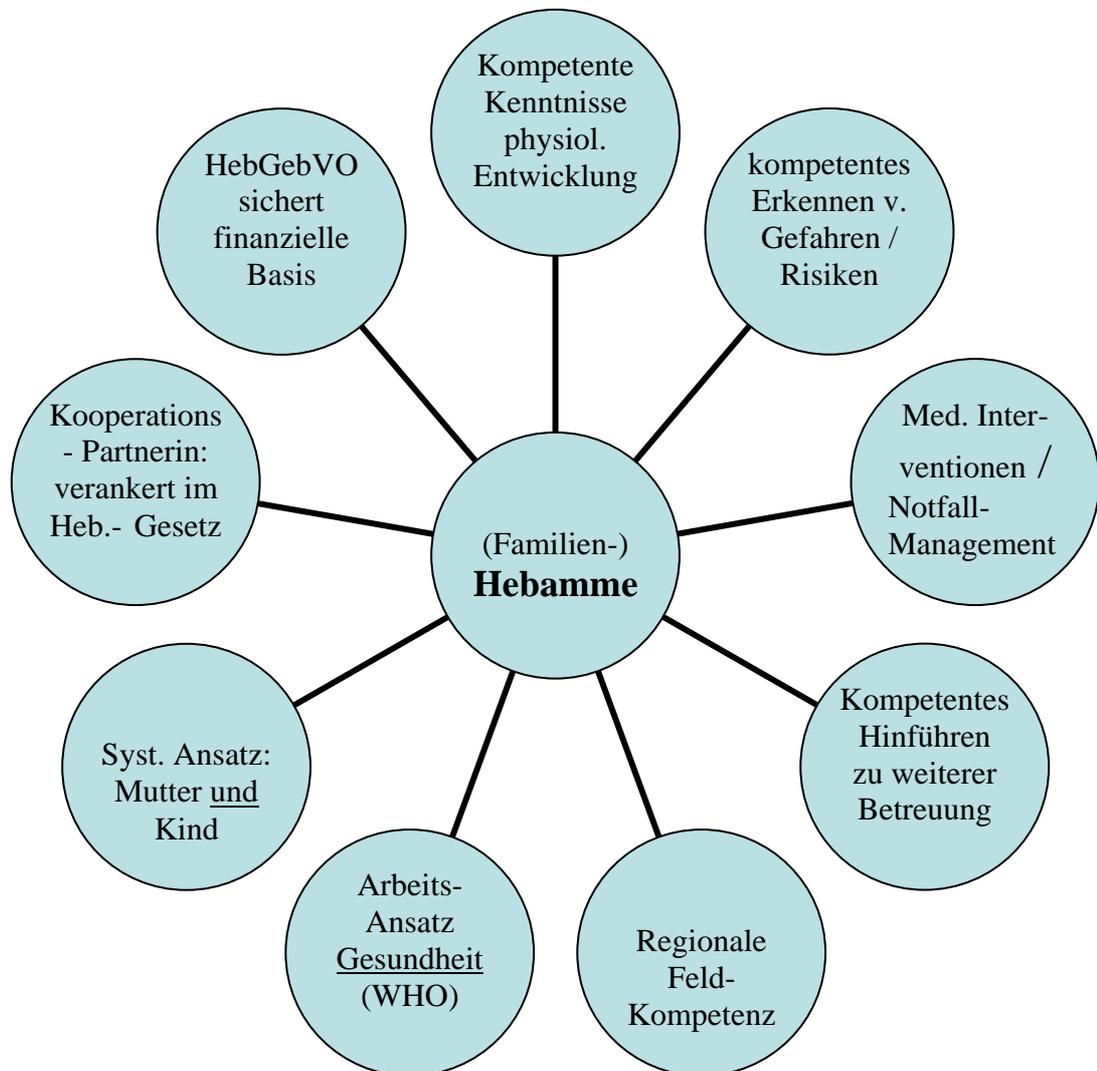
Die Landesfortbildungen sind dort, wo es sie gibt, ein wichtiges Element der Qualitätssicherung des Berufsstandes.

Vordringlich ist heute, die bestehenden Landesfortbildungen für die Zukunft unbedingt zu sichern. Außerdem wäre wünschenswert, an einer bundesweiten Vereinheitlichung und Etablierung in allen Bundesländern zu arbeiten.

Das Bundesministerium könnte dafür eine initiiierende Rolle einnehmen.

¹³ Vgl. dazu Eva Schneider, Hebammen beraten Familien, ein Programm macht Schule, Hebammenforum 12./ 2006

V.1 (Familien-) Hebammen
als zentraler „Ort“ im System „Frühe Hilfen“



Kinder lernen immer, und sie lernen immer, indem sie sich zu dem, was sie erfahren und was es in der Welt zu entdecken gibt, in Beziehung setzen. Genau wie wir Erwachsene, müssen auch Kinder versuchen, jede neue Wahrnehmung und jede neue Erfahrung an etwas anknüpfen, was bereits da ist, was sie schon wissen und können, was ihnen also bereits irgendwie vertraut ist. Und wie bei uns Erwachsenen ist auch die Bereitschaft von Kindern, sich auf etwas neues einzulassen, etwas neues auszuprobieren um so größer, je sicherer sie sind und je größer das Vertrauen ist, mit dem sie sich in die Welt hineinwagen. Jede Art von Verunsicherung, von Angst und Druck erzeugt in ihrem Gehirn eine sich ausbreitende Unruhe und Erregung. Unter diesen Bedingungen können die dort über die Sinneskanäle eintreffenden Wahrnehmungsmuster nicht mit den bereits abgespeicherten Erinnerungen abgeglichen werden. Es kann so nichts Neues hinzu gelernt und im Gehirn verankert werden.¹⁴

Gerald Hüther

Hebammen haben im Hinblick auf den Kontakt zu den definierten Zielgruppen aus dem ursprünglichen Berufsansatz heraus einige wesentliche Vorzüge:

- **Hebammenhilfe ist etwas Normales: „Jede Frau hat ein Recht auf Hebammenhilfe. Hebammenhilfe ist die vorgesehene Betreuungsstruktur, die jeder Frau (Schwangere, Gebärende, Wöchnerin) und jedem Baby zusteht ohne weitere Indikationsstellung. Die Hebammenhilfe ist fast die einzige gesellschaftlich vorgesehene Form der Anerkennung des Schutzbedarfs von Frauen und Kindern in dieser Lebensphase. In der Annahme von Hebammenhilfe liegt damit keine Stigmatisierung der Familie. Damit kann davon ausgegangen werden, dass der Zugang zu den Familien über Hebammenhilfe in sich ein niedrigschwelliger ist und damit eine gute Akzeptanz zu erwarten ist.**

(was sich in den mehr als 25 Jahren, in denen es Familienhebammen in Deutschland gibt in allen Evaluationen gezeigt hat.)

- **Der Hebammenberuf orientiert sich traditionell am Gesunden. Gesundheit ist Basis und Ziel dieser Arbeit, bei gleichzeitiger Kompetenz bzw. Aufgabenstellung, Gefährdungen und (potentielle) Risiken möglichst frühzeitig zu erkennen und die Frau oder das Baby in weiterführende Betreuung, insbesondere ärztliche Hilfe, überzuleiten. Mit diesem Berufs- Verständnis stellt die Hebamme gewissermaßen naturwüchsig ein Bindeglied dar zwischen dem Medizin- System und den sozialen Hilfesystem.**

¹⁴ Gerald Hüther, Neue neuropsychologische Erkenntnisse für eine effektive Beratung bei kindlichen/jugendlichen Entwicklungsstörungen, Vortrag zugänglich über www.ms.niedersachsen.de, 2006, S. 5/6

- **Die Aufgabenstellung erstreckt sich immer auf Mutter und Kind. Damit kann das Arbeiten von Hebammen als ein „systemischer Ansatz“ gewürdigt werden, der von vornherein die Wahrung beider Interessen im Auge hat, bei eindeutiger Priorisierung des Kindeswohls, falls es sich um Gefahrenlagen handelt.**
- **Das Tätigkeitsfeld der Hebammen erstreckt sich vom Beginn der Schwangerschaft über die Geburt ins Wochenbett und endet in der Regelversorgung mit dem Ende der Stillzeit, bei den Familienhebammen am ersten Geburtstag des Kindes.**

Mit dieser Konstellation ist eine längerfristige, kontinuierliche Betreuungsbeziehung angelegt, die für das Zustande- Kommen von Lernen und Fortschritt in den Familien eine Grund- Voraussetzung darstellt.

„Betreuung in Beziehung“ ist einer der zentralen Wünsche von Frauen an Geburtshilfe.

„Betreuung in Beziehung“ ist eine der zentralen Grundhaltungen von Hebammen.

Und die Haltung des „Begleitens“ der betreuten Menschen in ihrem Weg und bei ihren Entscheidungen ist damit eng verknüpft, bei gleichzeitigem Vorhandensein einer fundierten fachlichen Kompetenz und Handlungsfähigkeit.

In diesem Klima wachsen Kontakt und Vertrauen. Und Vertrauen ist besonders in den Zielgruppen der Familienhebammen eine Grundbedingung für den Erfolg der Arbeit:

In diesem Setting entsteht ein Klima, das ein gestärktes Selbstbewusstsein der Frauen möglich macht, aus dem Lernen und erwünschte Verhaltens- Änderung erwachsen kann.

„Nichts ist in der Lage, das Durcheinander im Kopf besser aufzulösen, und die zum Lernen erforderliche Offenheit und innere Ruhe wieder herzustellen, als dieses Gefühl von Vertrauen. ...

Vertrauen ist das Fundament, auf dem alle unsere Entwicklungs-, Bildungs- und Sozialisierungsprozesse aufgebaut werden und das ein Kind später, wenn es erwachsen wird mehr als alles andere braucht, um sich in der Welt und andern Menschen offen, ohne Angst und Verunsicherung zuzuwenden und auch schwierige Situationen meistern zu können. ...

Eltern, die selbst verunsichert sind oder ständig verunsichert werden, bieten die schlechtesten Voraussetzungen dafür, dass dieses Vertrauen wachsen kann. Was Kinder also entweder stark oder schwach macht, hängt von den Stärken oder Schwächen der Erwachsene ab, unter deren Obhut sie aufwachsen.“¹⁵

¹⁵ Gerald Hüther, ebd., S. 6/7

V.2 Freiberufliche Hebammen

Die **Rechtsgrundlagen freiberuflicher Hebammentätigkeit** finden sich

- in den **Richtlinien der europäischen Gemeinschaft**
- im **Hebammengesetz** von 1985
 1. Definition des Berufsprofils:
Eigenverantwortliche Tätigkeit im Bereich des Gesunden: Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen sowie Neugeborene
 Definition der Hebamme vorbehaltener Tätigkeiten
 Verpflichtung zum Weiterleiten in ärztliche Betreuung bei (möglichst frühzeitiger) Risikoerkennung
 2. Hinzuziehungspflicht:
 In Deutschland besteht damit die Verpflichtung, dass zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden muss.
 3. Versicherungspflicht in der BfA
 4. Berechtigung zur direkten Abrechnung mit der gesetzlichen und privaten Krankenkassen
- in den **Berufsordnungen der Länder**
 Beschreibung der Tätigkeiten
 Dokumentationspflicht
 Fortbildungspflicht
 Verpflichtung zur Qualitätssicherung
- in der **Hebammengebühren- Verordnung** für die Abrechnung der Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen
- in den **Privat- Gebühren Verordnungen der Länder** zur Abrechnung der Leistungen mit den privaten Krankenkassen
- Der § 196 der **Reichsversicherungsordnung** regelt das Recht der Frauen auf Hebammenhilfe.¹⁶

¹⁶ vgl. Friederike zu Sayn Wittgenstein (Hg.), Geburtshilfe neu denken, Bern 2006, S. 142

Freiberufliche Hebammen betreuen Frauen und Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit.

Nach dem Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Länder sind sie in dieser Zeit zur eigenverantwortlichen Betreuung physiologischer Entwicklung berechtigt.

Freiberufliche Hebammen sind berechtigt, ihre Leistungen nach dem Katalog der Hebammengebühren- Verordnung direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Für Privatversicherte entsprechen dem die Privatgebühren- Ordnungen der Länder.

Daneben können sie andere Angebote auch privatwirtschaftlich anbieten und direkt mit den Klientinnen abrechnen.

Klientinnen freiberuflicher Hebammen sind Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene, Mütter / Eltern und ihre jungen Säuglinge bis zum Ende der Stillzeit.

Basale Arbeitsform freiberuflicher Hebammentätigkeit ist der Hausbesuch, die nachgehende Betreuung im häuslichen Umfeld der Familie.

Daneben haben sich in den letzten 25 Jahren neue Strukturen entwickelt.

Neue Tätigkeitsfelder und – Formen sind entstanden:
Vielfältigste Kurse und Gruppen, Unterricht in Schulen, etc.

Neue Hebammen – Institutionen sind entstanden:

- Hebammenpraxen
- Hebammen- Zentralen
- Geburtshäuser
- Team – Bildungen
- Qualitätssicherungsverfahren

Die positive Entwicklung des Hebammen – Berufs in den letzten Jahrzehnten wurde zahlreich beschrieben.

Ebenso wurden die förderlichen Auswirkungen der Hebammenhilfe für die Gesundheit von Müttern und Kindern beforscht und dargestellt.¹⁷

Eine Herausforderung derzeitiger Entwicklung liegt darin, diese positiven Effekte zu sichern und das Hebammenwesen im gesellschaftlichen Kontext weiter zu stabilisieren.

Dazu sollte u. a. massive Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Fachöffentlichkeit gehören.

Eine intersektorale Systematisierung der frühen Hilfen sowie in diesem Zusammenhang die angemessene Gewichtung der Hebammenarbeit würde zu einer

¹⁷ siehe Prof. Dr. Friederike zu Sayn – Wittgenstein 2006, Monika Zoege 1993, Barbara Staschek, 1993 – 2005

noch besseren Verankerung des Hebammenwesens in diesem einen Hilfesystem führen.

Hebammenbasierte Gesundheitsvorsorge in der Lebensphase vom Beginn der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes würde für Mütter / Eltern und Kinder wesentliche gesundheitliche Vorteile bergen und das im Besonderen für Familien in belasteten Lebenssituationen.

Das heißt:

Parallel zur fokussierten Entwicklung von Familienhebammen

sollten zeitnah massive Anstrengungen unternommen werden, ein System

integrierter, vernetzter Hebammenbebetreuung in Deutschland aufzubauen.

Gedankliche Ansätze wurden u. a. von der Autorin bereits veröffentlicht und auch gute praktische Beispiele liegen aus verschiedenen Regionen vor.¹⁸

Ebenso kann auf die praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Ergebnisse einiger Modellprojekte zurückgegriffen werden:

Modellprojekte freiberuflicher Hebammentätigkeit

1989 – 1992	Hebammen- Modell im Landkreis Emsland Implementierung freiberuflicher Hebammen im ländlichen Raum zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und jungen Kindern
1992 – 1996	Hebammenprojekt Niedersachsen Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und jungen Kindern durch landesweite Förderung der Etablierung von Hebammenpraxen
2006	Viva Familia in Rheinland- Pfalz Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung von Müttern und jungen Kindern durch landesweite Förderung gezielter Hebammenfortbildung
2006	Pro Kind Implementierung des US- Modells „family- nurse-partnership“ in Niedersachsen

¹⁸ Siehe Barbara Staschek, Hebamme - Akteurin kommunaler Gesundheitsförderung, DHZ 10/2004

VI. Kooperations Jugendhilfe - Gesundheitsamt - Hebammenhilfe

Die Forderung, gesundheitliche Förderung dieser zentralen Lebensphase für Mütter, Kinder und die Familie als Ganzes deutlicher in die Obhut einer durchdachten Planung zu stellen, findet mehr und mehr Gehör auf allen Ebenen des politischen und beruflichen Felds.

Initiativen von Bundes- und Landesbehörden, regionalen, kommunalen Körperschaften finden ihren Ausdruck sowohl in politischen Kampagnen als auch in der Bereitstellung von Geldern.

Gleichzeitig gibt es regional verstärkte Impulse, dass Hebammen, Bezirksverbände, örtliche Gesundheits- und Jugendämter über Zusammenarbeit konkret sprechen, Projekte entwerfen, Kooperationsvereinbarungen treffen usw.

Überall ist derzeit Bewegung festzustellen, was angesichts der Situation der Familien, insbesondere der Kinder mehr als überfällig ist.

Zum Verständnis der heutigen Situation sollen hier die Veränderungen, die sich durch das „neue“ Hebammengesetz von 1985 ergeben haben, angesprochen werden, was besonders für die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern von Bedeutung ist:

- Vor 1985 lag bei den Gesundheitsämtern die Verpflichtung, Hebammenhilfe in ihrem Bezirk bereit zu halten als eine Basisversorgung für Frauen und Kinder der Region. Dies fand seinen Rechtsausdruck in der von den Gesundheitsämtern erteilten Niederlassungserlaubnis für Hebammen und das daran gebundene Mindesteinkommen. Niedergelassene Hebammen hatten damit die Berechtigung, Hausgeburten zu begleiten sowie bei geringfügigem Arbeitsanfall / Umsatz das Mindesteinkommen in Anspruch zu nehmen.
- Mit dem neuen Gesetz entfiel dieser Zusammenhang. Hebammen konnten nunmehr in allen Tätigkeitsbereichen freiberuflich tätig zu sein als freizügige Geschäftsfrau. Die freiberufliche Hebammentätigkeit wurde damit unter die Gesetzmäßigkeiten des freien Marktes gestellt mit allen dazu gehörigen Vor- und Nachteilen.
- Für Gesundheitsämter war damit für mindestens 15 Jahre das Thema „Hebammen“ eigentlich nur mehr die Überprüfung der Fortbildungspflicht, nachdem schon mindestens 5 – 7 Jahre vor 1985 kaum noch eine Niederlassungserlaubnis ausgesprochen wurde, um die langfristige Verpflichtung des Mindesteinkommens zu umgehen. (Auch die Realisierung des damals aufkeimenden Bedürfnisses nach außerklinischen Geburten wurde durch nicht vorhandene Hebammen erschwert.)
- Aus Hebammensicht war ein großes Plus dieser Veränderung die schon angesprochene Freizügigkeit der Tätigkeit: Hebammen ergriffen die Initiative und wurden selbständig in der Schwangeren- Betreuung und –Vorsorge, in der außerklinischen Geburtshilfe, der Wochenbettbetreuung und der Weiterbetreuung bis zum Ende der Stillzeit. Kursangebote entwickelten sich in

alle Richtungen des Themas, neue Institutionen wie Geburtshäuser und Hebammenpraxen wurden gegründet.

Eine echte Renaissance des Hebammenwesens, insbesondere der freiberuflichen Hebammentätigkeit, entstand in diesen Jahren.

- Demgegenüber steht eine lebendige Resonanz auf Seiten der Frauen. Hebammen – Impulse wurden durch wachsende Inanspruchnahme beantwortet. Es ist davon auszugehen, dass freiberufliche Hebammen ein Bedürfnis von Frauen /Eltern beantworten nach Betreuung, Beratung und Unterstützung in dieser Lebensphase rund um die Geburt und das erste Lebensjahr des Kindes. Teilweise waren es sogar Eltern, die durch ihre Initiativen Hebammen zu freiberuflicher Tätigkeit motiviert haben.

Praxisbeispiele:

Aus Eltern- Initiativen entstanden etwa die Geburtshäuser in Chemnitz und Halle.

- In dieser neuen Situation hatten /haben freiberufliche Hebammen wie auch andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens mit Schwellen – Problemen zu kämpfen:
- **Frauen** nehmen noch nicht flächendeckend und quer durch alle Bevölkerungsgruppen Hebammenhilfe in Anspruch. Gut ausgebildete, sozial besser situierte Frauen haben auch heute noch eine relativ bessere Kenntnis über das Recht der Frauen auf Hebammenhilfe und über die regionalen Strukturen, eine Hebamme zu bekommen. Gut informierte Frauen nehmen Hebammenhilfe mehr in Anspruch als weniger gebildete, ärmere Frauen. Gerade sozial stark belastete Familien finden noch eher selten den Weg zur Hebamme.
- Ein Kennzeichen der Zielgruppen von Familienhebammen ist, dass sie sich im freien Gesundheitsmarkt weniger gut zu recht finden: weniger Kenntnis über Angebote und Hilfen, keine oder nur geringe Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen. Dabei festzustellen ist auch immer wieder eine gegenseitige Scheu, Fremdheit bis hin zur Ablehnung der jeweils anderen Person bzw. Gruppe: Klientin/ Patientin: Betreuerin / Behandlerin.
- An dieser Stelle haben Kooperationsmodelle zwischen ÖGD, Jugendhilfe/ASD, Gemeinwesenarbeit, Leistungsanbietern des Gesundheitswesens und (Familien) Hebammen große Chancen ausgleichend, stützend, vermittelnd und informierend zu wirken.
- Wenn Frauen ihr Recht auf Hebammenhilfe bekannt ist, nehmen sie es mit einer großen Wahrscheinlichkeit wahr.

Bereits die Forschungsergebnisse des Hebammenmodells im Landkreis Emsland (1989 – 1992) konnten neben diesem Zusammenhang die positiven gesundheitlichen Auswirkungen freiberuflicher Hebammenhilfe zeigen.

Gleichzeitig finden sich schon dort Hinweise, dass Multiproblemfamilien über den Rahmen der freiberuflichen Regelversorgung hinaus für ihre Betreuung weitere Hilfen benötigen, die nicht den Einschränkungen der Hebammengebührenverordnung unterliegen.¹⁹

- Für bildungsferne, (besonders mehrfach) belastete Bevölkerungsgruppen, ist das seit 1985 auch im Hebammenwesen herrschende Gesetz des freien Marktes nachteilig.

Die Vorgaben der „Gewinnerzielungsabsicht“ der Freiberuflichkeit sind für freiberufliche Hebammen der Arbeitsrahmen.

Hebammen müssen ihre Leistungen nach wirtschaftlicher Effizienz kalkulieren.

Die Hebammengebührenordnung sieht ein leistungsbezogenes Abrechnungsverfahren vor, das in vielen Leistungsziffern von durchschnittlichen Erfahrungspauschalen ausgeht, z.B. der Wochenbesuch.

Dahinein passen bestimmte Lebens- und Verhaltensrealitäten nur schwer.

Hebammen erbringen oft im Rahmen ihrer Berufstätigkeit ein beträchtliches Maß an „Ehrenamt“ darf.

Dies sollte allerdings dort enden, wo Hebammen unentgeltlich Arbeiten erbringen, die im Kern Aufgaben des ÖGD und / oder der Jugendhilfe wären.

- In den zurückliegenden Jahren lässt sich auch beobachten, dass in vielen Kommunen die Mütterberatungsstellen eingespart wurden/ werden.

Die Einsparungsmotive wurden vielfach gefördert durch die mangelnde Inanspruchnahme dieser als Kontrolle empfundenen, häufig in einem nicht mehr ansprechenden Setting durchgeführten Beratungsarbeit.

- Auch die problematischen Einsparungen in den Jugendämtern sind gehören in diesen Zusammenhang.
- Daraus folgt eine Handlungsaufforderung in den Kommunen und Landkreisen besonders die Überleitungsstellen Hebammenhilfe : frühe Hilfen und Familienhebammen- Hilfe : Sozialpädagogische Hilfen zu organisieren und mit Hilfe von konkreten Kooperations- Vereinbarungen abzusichern. Bedarfsgerechte Budgets sollten angestrebt werden.
- Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, Folge- Angebote zu entwickeln und vorzuhalten.
- Zentral ist dabei die Förderung von Familienzentren, die auch zu Träger-Institutionen weiterer Projekte werden können. Sie können darüber hinaus zu Angebots- Trägern werden speziell für das zweite und dritte Lebensjahr der Kinder.

¹⁹ vgl. Zoege 1993, Staschek, 1993

Von diesen Angeboten gibt es fast überall zu wenig, obwohl sich gerade diese beiden Jahre als eine weitere vulnerable Zeit für junge Kinder herausgestellt haben.

Zugangswege für Klientinnen der Familienhebammen

Die Klientinnen von Familienhebammen zeichnen sich aus durch Risiken und Gefährdungen für Mutter und Baby, die sich potenzieren können.

Für das Hilfesystem handelt es sich also um komplexe und komplizierte Aufgabenstellungen bezogen auf gesundheitliche, soziale und familiäre Fragestellungen, deren Verbesserung nur mittel- bis langfristig zu erhoffen ist und nur in enger Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe.

Gesundheit als Zugangsweg zu Familien hat sich auch in der Familienbildung immer mehr in den Vordergrund geschoben.

Besonders in der hier betrachteten Lebensphase haben Erwachsene eine relativ hohe Motivation und Lernbereitschaft.

Frauen und Männer wollen in der überwiegenden Mehrzahl gute Eltern für ihr Neugeborenes werden.

Vor diesem Hintergrund hat sich der „Zugangsweg Gesundheit“ auch für die Sozialpädagogik und Familienbildung als effektiv und niedrig schwellig erwiesen.

Auf der Projektebene sind daraus interessante Kooperationen entstanden. Beispielsweise haben in Hamburg die Elternschule Steilshoop und das Abendroth-Haus (betreutes Wohnen für minderjährige Schwangere und Mütter) die Trägerschaft für das Familienhebammenprojekt im Stadtteil übernommen.

Insbesondere neurologische Forschungen verweisen immer wieder auf die enge Verknüpfung der Prozesse „Bindung“ und „Bildung“.

Daraus erwächst für die Beteiligten sowohl des Gesundheits- wie auch des Sozialwesens als gemeinsames Ziel, Bindung und Gesundheit als basale Lebensprozesse zu fördern.

In der Zeit der „Frühen Hilfen“ findet wie schon beschrieben für die Hebammentätigkeit Unterstützungsarbeit immer auf zwei Ebenen statt: Eltern und Kinder.

Zusätzlich zum Fokus der kindlichen Entwicklung ist damit die Chance gegeben, dass Eltern auch für sich neue Verhaltenselemente lernen.

Im optimalen Fall kann besonders in der langfristigen Betreuungsbeziehung mit der Hebamme eine Art „Nach – Sozialisation“ der Eltern, besonders der Mütter, stattfinden.

Die hier betrachtete Lebensphase hat weit reichende Folgen für Eltern und Kinder, weshalb sie als „**Prisma-Zeit**“ bezeichnet werden könnte:

Positive wie negative Impulse wirken gebündelt und haben langfristige und tief greifende Konsequenzen.

Gesundheit als ganzheitlicher Prozess ist nicht trennbar vom familiären und sozialen Geschehen.

Daraus folgt, dass auch Hilfen nicht getrennt betrachtet und organisiert werden sollten. Ebenso wie politische Ziele koordiniert und ressortübergreifend umgesetzt werden sollten.

Kooperation als Grundhaltung der Akteure, Vernetzungsarbeit in der täglichen Praxis und transparente regionale Pfade werden hier dringend benötigt.

Mittlerweile gibt es dazu etliche erprobte Handlungsempfehlungen und auch Empfehlungen über gelingende Zugangswege.

Empfohlen wird die Kombination der zielgenauen, auch nachgehenden Einzelarbeit mit niedrigschwelligen Angeboten,

- **die für alle zugänglich sind,**
- **Stigmatisierungen vermeiden und**
- **Chancen der Integration bieten.**

Aktives Handeln in der heutigen Situation heißt für alle Beteiligten und solche, die es werden wollen / sollen, Investition von Zeit und Energie in bewusste Entwicklung und bedarfsgerechte Planung.

Konkurrenz zu leben durch Ellbogenfreiheit, Vereinzelung und kurzsichtige „Gewinnerzielungsabsichten“ sollte in diesem Zusammenhang zugunsten von Teambildung und Kooperation aufgegeben werden.

Wo zusammengearbeitet wird im Sinne eines gemeinsamen Ziels, steigt die Akzeptanz für Alle und die gemeinsame Kapazität, die Ziele zu erreichen.

Die Systematisierung und Zielorientierung der Hebammentätigkeit in der Gemeinde sollte dafür weiter vorangebracht werden.

Dadurch können alle Kolleginnen und Kollegen vor Ort in ihrem Handeln und beruflichem Erfolg unterstützt werden.

Klare gegenseitige Informationen über Kompetenzen und Absprachen dienen der Verbesserung regionaler Betreuungsstrukturen.

Modelle der Betreuung können als Kriterien – Raster für die Erhebung eines Ist – Standes und der daraus resultierenden Erarbeitung von Zielen, Maßnahmen und Projekten benutzt werden.

Ebenso für die Information von Kooperationspartnern.

Hebammen sollten sich in ihren Kommunen selbstbewusster als einen Teil der kommunalen Gesundheitsförderung für Frauen und Kinder betrachten und sich daran aktiv beteiligen.

Umgekehrt wäre es wünschenswert, wenn pädagogische und medizinische Institutionen die Möglichkeiten und Chancen der Kooperation mit freiberuflichen Hebammen mehr erkennen und den Kontakt und die Vernetzung mit ihnen anstreben würden.

Freiberufliche Hebammen sollten in ihren Kommunen aktiv in die Bestrebungen der kommunalen Gesundheitsförderung für Frauen und Kinder einbezogen werden. Wenn freiberufliche Hebammen und die entsprechenden Kooperationspartner, z.B. Jugendamt, Sozialamt, ÖGD, Beratungsstellen, Wohngruppen für jugendliche Schwangere, Mutter- Kind- Heime, Frauenhäuser, Frauenkliniken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Kontakt aufnehmen, gibt es viele Wege zu kooperieren.

Alle Beteiligten sollten sich darauf konzentrieren, die regionale Versorgungssituation für die Frauen und Kinder zu verbessern.

Kooperationen von Hebammen mit Jugendamt, Sozialamt, Beratungsstellen, Mutter-Kind-Heimen sind geeignet, den Kontakt mit mehr und anderen Frauen zu erschließen, und heben gleichzeitig die Qualität der Versorgung in einer Region.

Häufig sind Kooperationspartner dankbar für den Impuls zur Zusammenarbeit mit freiberuflichen Hebammen, da diese Möglichkeit erst in den letzten Jahren mehr in den Blick der sozialen und pädagogischen Institutionen rückt.

Neue Formen der Kooperation, zum Beispiel Runde Tische, Regionale Qualitätszirkel, Hebammensprechstunden in pädagogischen oder medizinischen Einrichtungen, Soziale Beratung in Hebammenpraxen, Kooperationsvereinbarungen über Hausbesuche, interdisziplinäres Arbeiten unter einem Dach und nicht zuletzt die Etablierung von Familienhebammen- Modellen sind geeignet, die Inanspruchnahme der Angebote durch mehr und andere Frauen zu fördern.

Dies gilt gleichermaßen für gesundheitliche und sozialpädagogische Angebote.

Freiberuflichen Hebammen und Frauen / Eltern erschließen derartige Angebotsstrukturen einen besseren Zugang zu einander.

Die Präsenz von Hebammen im regionalen Hilfesystem wird für alle Beteiligten gefördert.

Für freiberufliche Hebammen hat es zudem den Effekt eines Beitrages zu ihrer Existenzsicherung.

Insgesamt ist zu erwarten, dass sich in einer Region durch eine berufs- und fächerübergreifende Kooperation die Qualität der Betreuungsangebote hebt. Und es ist zu erwarten, dass sich dadurch die gesundheitliche Situation der Frauen und Kinder verbessert.

VII. Empfehlungen zur Entwicklung und Verankerung des Modells „Familienhebamme“

Wir haben in Deutschland kein Erdöl oder sonstige Schätze.
Daher haben wir allen Grund, Familien in Deutschland einen roten Teppich auszurollen.
Ganz vorne weg der Abbau von Kinderarmut.

Birgit Maschke, Leitung der Projektentwicklung Kreis Herzogtum Lauenburg

... Mehr Unterstützung in dieser Arbeit, die bis zum heutigen Tage immer als nicht so wichtig angesehen wurde.

Erst durch die letzten Zwischenfälle in Bremen wird erkannt, wie wichtig unsere Arbeit ist.
Seit 20 Jahren muss ich um meine Stelle als Familienhebamme kämpfen, damit sie bestehen bleibt. Ist das nicht eine Schande?

Familienhebamme

Die Arbeit von Familienhebammen wurde und wird durch Forschung, Ministerien, Kommunen und ExpertInnen anerkannt und positiv bewertet.

Bei der Sichtung der Projekte und deren wissenschaftlicher Begleitung fällt auf, dass trotz dieser guten Ergebnisse der Arbeitsansatz über fast 25 Jahre nur wenig politische Unterstützung erhielt.

Dies ist ein nahe liegender Hinweis auf die schwache Lobby der Zielgruppen und des Hebammenberufs.

Tragische Ereignisse der jüngsten Vergangenheit zeigen, dass diese mangelnde Unterstützung ein gravierender Fehler gewesen ist und dass nunmehr konsequente Anstrengungen unternommen werden sollten.

In guter Tradition kann das Mehrebenen- Konzept der Ottawa – Charta auch den Aktivitäten der Bundesebene eine Richtschnur sein:

von höchster Stelle auf allen Ebenen aktiv werden!

Verhalten und Verhältnisse ändern!

Die gegenwärtige Herausforderung der Bundespolitik liegt in der bewussten Anerkennung der daraus resultierenden Konsequenzen.

Wir sind im Feld der hier fokussierten Fragen konfrontiert mit einer diffizilen Aufteilung der Zuständigkeiten:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Förderung der Familie, Sicherung der kindlichen Entwicklung

Bundesministerium für Gesundheit

Strukturentwicklung des Gesundheitswesens,

Gesundheitsfürsorge, Entwicklung der Gesundheitsberufe

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Entwicklung bzw. Sicherung der Ausbildung, Forschung

Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und

Verbraucherschutz

Gesunde Entwicklung durch gesunde Ernährung

Die Zersplitterung der Zuständigkeiten in vorrangig drei Bundesministerien Familie – Gesundheit – Bildung führte Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Frauen bisher immer wieder schnell an enge Grenzen:

Forschungsergebnisse und dokumentierte Erfahrungen erhielten nicht den nötigen und möglichen Transfer.

Politisches Handeln wurde mit Verweis auf andere Zuständigkeiten von der eigenen Verantwortung weg geschoben, ohne dass es zu einer klaren Übernahme der Verantwortung an anderer Stelle gekommen wäre. Und dadurch wurde auch das jeweils eigene Budget „geschont“.

Wenn anerkannte Handlungsempfehlungen zur Gesundheits- bzw. Entwicklungsförderung von Kindern, und das besonders in belasteten Bevölkerungsgruppen, in absehbarer Zeit wirkungsvoll umgesetzt werden sollen, bedarf es zeitnah einer deutlichen Verhaltens- Änderung auf Arbeitsebene der Bundesministerien:

Die einzelnen Zuständigkeiten sollten zum Wohle der Frauen und Kinder tätig werden in **koordinierter gemeinsamer Aktion**.

Dies gilt insbesondere für das Zusammenwirken von BMFSFJ und BMG.

Für die Entwicklungsförderung unserer jüngsten Kinder sind gesundheitliche Belange, Erziehung, Bindung und Bildung untrennbar verknüpft.

Im Hinblick auf die primär bedeutsame Verbesserung ihrer Start-Chancen in der Zeit vom Beginn der Schwangerschaft bis zum ersten

Geburtstag ist der Erfolg aller professionellen Bemühungen auf Engste verknüpft mit der Entwicklung des Hebammenberufs.

Daraus folgt, dass die derzeit für notwendig erachteten gesellschaftlichen Maßnahmen nur in gemeinsamer Vorgehensweise Erfolg haben können.

Deshalb sollte es gerade auf der Bundesebene eine **Ressort-übergreifende Kampagne für die Stärkung der Kindergesundheit** geben.

VII.1

Das BMFSJ sollte dafür **JETZT POLITISCHE INITIATIVE ERGREIFEN.**

Mit solcher Initiative kann es derzeit eine weit reichende Signalwirkung erreichen.

Maßnahmen

1. Initiative weiter in die Bundesländer tragen

In allen Bundesländern wird derzeit an einem Konzept zur Umsetzung früher Hilfen gearbeitet.

Für ein bundesweites Qualitätsmanagement- Verfahren wäre dringend Sorge zu tragen.

Das BMFSFJ sollte dafür Vernetzung initiieren und sicherstellen durch

2. Kooperation mit den Aktivitäten anderer Ministerien:

Beispiele hierfür sind verschiedene Landesprogramme, z.B.

<u>Hamburg</u>	Drucksache 18/ 4306: Mitteilung des Senats: Ausbau des Angebotes an Familienhebammen in Hamburg
<u>Niedersachsen:</u>	Familien mit Zukunft – Kinder bilden und betreuen: www.ms.niedersachsen.de
<u>NRW</u>	
<u>Rheinland- Pfalz:</u>	Viva familia: www.vivafamilia.de
<u>Sachsen – Anhalt</u>	Ministerium für Gesundheit und Soziales
<u>Schleswig- Holstein</u>	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Auf der Bundesebene ist die Zusammenarbeit mit dem Wettbewerb „**Besser Essen Mehr Bewegen**“ angezeigt, welcher vom **Ministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz** aktuell umgesetzt wird.

Innerhalb der 24 Sieger- Projekte sind verschiedentlich Hebammen beteiligt. „Frühe Hilfen“ werden zumindest teilweise auch in diesem Setting mitbedacht. Das Projekt „Kinderregion Ostfriesland“ im Landkreis Aurich kann für den Familienhebammen- Ansatz als beispielgebendes Netzwerkprojekt betrachtet werden, welches sich konsequent nach den aktuellen Handlungsempfehlungen ausrichtet.

Es beinhaltet für den Zeitraum der frühen Hilfen in enger Kooperation mit der Ubbo-Emmius- Klinik Aurich /Norden (ehem. Kreiskrankenhaus):

die Einrichtung eines Familiengesundheitszentrums, den Aufbau einer Koordinierungsstelle „Hebammenhilfe im LK Aurich“ und eines Familienhebammenprojekts sowie ein Screening- Vorhaben innerhalb der Klinik.

Darauf aufbauend folgen vernetzte Angebote für Kindergarten- und Grundschulkindern sowie deren Eltern. Multiplikatorenschulungen vervollständigen das Angebotsprofil.

www.besseressenmehrbewegen.de

3. Runder Tisch auf höchster Ebene: Zusammenarbeit mit Familienhebammen

Gezielte Impulse der Ministerien werden die Aufmerksamkeit für Familienhebammen und ihre Zielgruppen gerade in der Fachöffentlichkeit weiter verbessern.

Insbesondere für die Akzeptanz der (Familien-) Hebammentätigkeit im ärztlichen Feld kann dies von besonderem Nutzen sein.

In verschiedenen Evaluierungsberichten fällt auf, dass in den beiden Zugangswegen „niedergelassene Ärzte“ und „Kliniken“ noch wesentliche Ressourcen zu realisieren wären, wenn eine bessere **Akzeptanz und Kooperation von ärztlicher Seite** erreicht werden könnte.

Ärztliche Schwangerenvorsorge und das Gebären in der Klinik sind zusammen fast **hundertprozentige Kontaktpunkte** mit den Familien. Dieser Kontakt wird bisher nur minimal zum Weiterleiten an Familienhebammen genutzt, was eine zentrale Schwäche im Kooperationsnetz darstellt.

Innerhalb der ärztlichen Schwangerenvorsorge und in den Geburts- bzw. Kinderkliniken den Kontakt zur Familie konsequent für Information und Weiterleiten in frühe Hilfen zu nutzen, ist eines der aussichtsreichsten Drehmomente, das ohne großen Kosten- Aufwand umgesetzt werden könnte, wenn es gelingt, die ärztlichen Berufe und die Pflege zu besserer Zusammenarbeit zu motivieren

Eine gemeinsame Einladung des BMFSFJ und BMG zum Gespräch könnte einen deutlichen Fortschritt bewirken:

Standesorganisationen der Gynäkologen,
der Kinderärzte,
der Allgemeinärzte,
Ärzte des ÖGD,
Hebammenverbände

4. Eine **„Familienhebammen – Charta“**, die von möglichst vielen politischen Kräften mitgetragen wird, könnte unter Anderem ein Ergebnis dieses Arbeitsprozesses sein, welche dann gemeinsam mit den Standesorganisationen etc. herausgegeben werden könnte.

5. Außerdem könnte daraus eine **Kampagne gemeinsamer Fortbildungen** hervorgehen, welche in allen Bundesländern angeboten werden sollte.
6. Initiative zur Entwicklung eines **nationalen Hebammen – Systems** mit den dazu gehörigen **Qualifizierungsmaßnahmen**, z.B. Landesfortbildungen, Unterstützung spezialisierender Fortbildungen, Förderung kommunaler Koordinierungsstelle

VII.2

Familienhebammen als ein Element der Regelversorgung verankern

Mit der Umsetzung dieser Empfehlung wäre ein Hauptziel der Entwicklung erreicht, nämlich die

REGELUNGSKETTE

Berufsbild – Qualifizierung – Vergütung von Familienhebammen.

In gemeinsamer zielgerichteter Anstrengung sollte die Bundespolitik Initiative zu dieser zentralen Verankerung des Berufszweigs **zeitnah** ergreifen.

Bundesministerien
Vertreter der Landesministerien
Berufsverbände der Hebammen
Krankenkassen
Kooperationspartner (Jugendhilfe, ÖGD, Ärzte)

Maßnahmen

- **Rechtliche Verankerung der Berufsbezeichnung „Familienhebamme“**
z.B. Berufsordnungen der Länder, SGB V, SGB VIII, Weiterbildungsgesetze der Länder, Hebammengebühren- Verordnung
- Unterstützung der Hebammenverbände bei der **Verankerung des Berufsbilds**

Implementierung und finanzielle Unterstützung einer **Expertinnengruppe**, die in Kooperation mit den Bundesministerien an der Formulierung eines **Berufsprofils** arbeitet.
- Eine der vordringlichsten Regelungs- Aufgaben ist derzeit eine **gesicherte Finanzierung der Einrichtungen und die respektable Vergütung der Familienhebammentätigkeit.**
 1. Überprüfung bzw. Gestaltung der Möglichkeit einer **„Mischfinanzierung“**, die bundesweite Geltung hätte
„Die Kombination mehrerer Kostenträger aus dem Gesundheits- und Sozialbereich hat sich bei der Umsetzung einzelner Modellprojekte im Bereich Familienhebamme bereits bewährt und bietet sich für eine bundesweite

Umsetzung an. Diese Form der sektorenübergreifenden Mischfinanzierung ist eine logische Konsequenz der Arbeit der Familienhebamme.“²⁰

2. Initiierung einer Verhandlung zwischen Bundesministerien, Berufsverbänden der Hebammen und der Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen: welche Möglichkeiten und Formen der Finanzierung bestehen seitens der gesetzlichen Krankenkassen?
 - a. Motivierung der gesetzlichen Krankenkassen, sich kurz- und mittelfristig noch mehr als bisher an der Finanzierung bestehender regionaler Modelle zu beteiligen
 - b. Abklärung des Refinanzierungs- Verfahrens und Erarbeitung einer bundesweit gültigen Regelung bezüglich der Abrechnung von Leistungen der HebGVO durch angestellte Familienhebammen bzw. deren Projektträger.
 - c. Entwicklung neuer Leistungsziffern im Rahmen der Hebammengebühren – Verordnung
 - d. Einrichtung definierter Budgets aus Präventionsmitteln auf Bundes- oder Länderebene

VII.3

Qualifizierung für Hebammen fördern, die in der Arbeit mit den hier fokussierten Zielgruppen tätig sind oder tätig werden wollen

Wenn wir etwas für die Familien in den Zielgruppen verbessern wollen, braucht es Aktivität in die Breite (Gesundheitsförderung für alle) und Aktivität in die Tiefe (Maßnahmen für besonders belastete oder gefährdete Menschen).

Für die Breitenwirkung stehen freiberufliche und angestellte Hebammen zur Verfügung, während sich für die Intensiv – Betreuung der Einsatz von Familienhebammen bewährt hat.

Beide sind eingebunden in ein interdisziplinäres Kooperationsnetz.

Aufgrund der jahrelangen Vernachlässigung dieses Tätigkeitsbereichs sollten die zuständigen Bundesministerien für die kommenden Jahre einen Schwerpunkt legen bei der sowohl hebammenspezifischen wie auch berufsübergreifenden **Fort- und Weiterbildung**.

Die Kapazität freiberuflicher Hebammen könnte noch weit mehr als bisher für die Deckung des Bedarfs belasteter Familien genutzt werden, wenn Hebammen in den entsprechenden Themenfeldern noch besser als bisher ausgebildet sind.

Gemeinsame Fortbildungen sind darüber hinaus ein gutes Mittel zur Vertrauensbildung vor Ort sowie zur Entwicklung regionaler Arbeitsabläufe.

²⁰ Friederike zu Sayn – Wittgenstein, Geburtshilfe neu denken, Bern, 2005, S.132

Primärer Regelungsbedarf ist an dieser Stelle die

- Entwicklung und Etablierung einer anerkannten, **bundeseinheitlichen Weiterbildung**, die die Berechtigung beinhaltet, die Berufsbezeichnung zu führen sowie den Anspruch auf ein definiertes Entgelt der Tätigkeit begründet.

Expertinnen – Meinung ist dafür langfristig eine FHS- Anbindung in gleichsinniger Entwicklung mit der Neustrukturierung der Hebammen- Ausbildung.
Kurz- bis mittelfristig wird eine Regelung im Sinne der Weiterbildungsgesetze der Länder als geeigneten Zwischenschritt benötigt.

- Hebammen- spezifische und berufsübergreifende **Fortbildungen** fördern

Das BMFSFJ sollte Impulse setzen für die gezielte Zusammenarbeit von Bundes- und Landesministerien, Hebammenverbänden auf Bundes- und Landesebene sowie Weiterbildungsträgern, die bereits in diesem Feld tätig sind.

Dadurch sind die benötigte und erwünschte Entwicklungsrichtung und ein effektiver Umgang mit knappen Ressourcen im Bildungsbereich zielsicher zu fördern.

Maßnahmen

1. Entwicklung von **Curricula zielgruppenspezifischer Fortbildungen** sowohl für freiberufliche Hebammen als auch für Familienhebammen und deren Kooperationspartnerinnen und -Partner.
Bessere Kenntnisse über die Zielgruppen und die Wirkzusammenhänge würden dazu dienen,
 - die Motivation zu stärken, mit diesen Familien zu arbeiten
 - die Erfolgsquote zu steigern
 - Betreuungs- Qualität zu fördern
 - Die Klientinnen- Gruppen freiberuflicher Hebammen erweitern
 - Die Kapazität der Hebammen steigern
 - Die Anzahl betreuter Familien steigern
2. Besonderer Aufmerksamkeit bedarf in diesem Zusammenhang eine **Kampagne von berufsübergreifenden Fortbildungen**, welche in allen Bundesländern angeboten werden sollte und die explizit **Ärzte/Ärztinnen und „Nicht- Ärzte“ an gemeinsame Lern- Orte** bringt.
3. **finanzielle Unterstützung** von derart ausgerichteten Fachkongressen, Tagungen und Fortbildungen
4. **Schirmherrschaften** für solche Veranstaltung werten diese auf.
5. Die **Anerkennung sozio- psychosomatischer Themen** in ihrer gesundheits- bzw. krankheitswirksamen Bedeutung sollte sich im Weiteren auch darin ausdrücken, dass Fortbildungen mit diesen Inhalten **für die Erfüllung der Fortbildungspflicht der Hebammen und Ärztinnen/Ärzte** akzeptiert werden.

VII.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

- Eine breit und differenziert angelegte **Öffentlichkeits- Kampagne** in allen Medien sowohl für die breite Öffentlichkeit (Erwachsene und Jugendliche) als auch für die Fachöffentlichkeit (Gesundheitsbereich, Sozialwesen, kommunale Verwaltung, Rechtssprechung usw.) sollte bundesweit eingeleitet werden. Dabei sollten bereits existierende Aktivitäten bzw. die entsprechenden Institutionen zur Zusammenarbeit genutzt werden. Auch im Bereich Öffentlichkeitsarbeit könnten eine Bündelung der Kräfte und eine koordinierte Arbeitsteilung bewirken. Wichtiger Kooperationspartner kann hierfür die bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung darstellen.

Maßnahmen

1. **Entwicklung adäquater PR – Maßnahmen und Werbemittel**
Zielgruppenspezifisches Material herzustellen, ist in diesem Zusammenhang die Herausforderung.
2. **Veröffentlichungen zum Thema Familienhebammen fördern**
z.B. Broschüre für Kooperationspartner/ -Partnerinnen:
„Gesundheitsförderung durch (Familien-) Hebammen“
3. **PR- Arbeit der Verbände unterstützen**
z.B. Schirmherrschaften für Projekte, Unterstützung von Fachkongressen und Tagungen
4. **www.familienhebamme.de finanziell unterstützen**
Dadurch könnte diese Internet- Seite ein leicht zugänglicher zentraler Informations- Ort werden. Die Seite wird bisher ehrenamtlich vom bundesweiten Netzwerk der Familienhebammen betreut.

VII.5 Initiierung von Forschungsprojekten und Expertisen

1. **Forschungsprojekt „Freiberufliche Hebammentätigkeit“**
Für die freiberufliche Hebammentätigkeit der Regelversorgung verfügen wir nicht über aktuelle Daten, welche die Akzeptanz in der Bevölkerung, Leistungsumfang, Angebotsprofile, etc. darstellen:

Forschungsfragen, auf die es Antworten bräuchte, sind z.B.:

- Welche Bevölkerungsschichten werden von freiberuflichen Hebammen mit der Regelversorgung heute erreicht?
- Mit welchen Leistungen?
- In welchem Maße erreichen freiberufliche Hebammen mit der Regelversorgung definierte Zielgruppen aus der Klientel der Familienhebammen?
- Wie unterscheiden sich die Ergebnisse nach verschiedenen Arbeitsstrukturen bzw. Angebotsprofilen: Einzelunternehmerin, Arbeit im Team, eigene Praxis, regionale Koordinierungsstelle/ Hebammenzentrale?

2. Verknüpfen der bestehenden Forschungs- Vorhaben / Gründung eines Forschungsverbundes „frühe Hilfen“

Es wäre von Nutzen eine Bestandsaufnahme und Übersicht zu erstellen, für eine effektive Nutzung der Ressourcen und der Ergebnisse.

Beispiele:

Gesunder Start ins Kinderleben/ Universität Ulm, Pro Kind/ Niedersachsen, Kinderregion Aurich / BFEL, Universität / FHS Osnabrück, ibf Bamberg, Forschungsverbund für Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder an der Medizinischen Hochschule Hannover

Expertisen :

1. „Berufsbild Familienhebamme“,

Tätigkeitsprofile, Arbeitsmodelle, Kooperationsstrukturen:

- wie wirken Familienhebammen?
- Welche Unterschiede in den verschiedenen Arbeitsansätzen gibt es?
- Zusammenhang zwischen Struktur der Arbeitsorganisation und Angebotsprofil: Untersuchung der Kosten und Rahmenbedingungen unterschiedlich organisierter Familienhebammenprojekte bei gleichzeitiger Beobachtung der Auswirkung der Struktur auf das Angebotsprofil
- Wirkung unterschiedlicher Familienhebammenprojekte
Die Angebotsprofile der heutigen Projekte unterscheiden sich. Dabei hat die nachgehende Einzelbetreuung mehrheitlich hohe Priorität. Niedrigschwellige und offene Angebote sind eher in der Minderzahl. Die Effekte der unterschiedlichen Angebotsprofile im Hinblick auf das Erreichte und die Erreichten wäre zu ermitteln ebenso wie eine Aussage zur Nachhaltigkeit der Effekte.
- Wo liegen die Kernaussagen?
- Projektübersicht

2. „Weiterbildung zur Familienhebamme“

- Evaluation und Vergleich der existierenden Weiterbildungen
- Einordnung in die Weiterbildungsgesetze der Länder
- Empfehlungen für ein zukünftiges Curriculum
- Diskussion der zukünftigen „Rechtsform“:
Weiterbildung oder postgraduiertes FHS- Studium?
Ist es sinnvoll und möglich, die Anerkennung als „Weiterbildung“ zu erreichen?

Konsequenzen für Eingruppierung und Honorarsätze?

Gäbe es die rechtlichen Grundlagen für ein FHS- Studium, solange die Hebammen- Ausbildung noch nicht in dieser Form durchgeführt wird?

Welche Priorität wäre zu wählen, wenn mittel- bis langfristige Zeitperspektiven einbezogen werden?

- Diskussion über einen grundsätzlichen Kooperationsansatz BDH/ DBfK

Weiterbildung des DBfK: Family Health Nurse :
Familienhebammen- Weiterbildungen

3. Rahmenrichtlinien für Familienhebammen - Einrichtungen

Erarbeitung von **Empfehlungen für die Praxis** im Sinne eines Minimal-Konsens

1. Arbeits- und Rahmenbedingungen für Familienhebammen
2. bewährte Vorgehensweisen:
 - was wirkt positiv
 - was hat sich bewährt
 - models of good practice
 - kritische Aspekte
 - Fragestellungen zur weiteren Beobachtung
 - Evaluation

4. Akzeptanz freiberuflicher Hebammen – Tätigkeit

- Wie kommen Frauen und Hebammen zu einander?
- welche Maßnahmen können die Akzeptanz freiberuflicher Hebammentätigkeit in der Bevölkerung steigern?
- Was können Hebammen tun dafür, die positiven Wirkungen von Hebammenhilfe Frauen näher zu bringen?
- welche Maßnahmen können die Akzeptanz freiberuflicher Hebammentätigkeit bei den Kooperationspartnerinnen und –Partnern steigern?
: welche Strukturen erreichen die breiteste Klientel?
- Wie können Forschungsergebnisse umgesetzt werden in tägliche Praxis, sodass Frauen diese Tätigkeiten für sich und ihre Kinder als hilfreich und nützlich empfinden?
- Welcher Veränderungen bedürfen die Angebotsprofile von Hebammen, um an den Bedürfnisse heutiger Frauen anzuknüpfen?

5. Erarbeiten eines Strukturmodells hebammenbasierter Gesundheits-Förderung für Frauen und Kinder in den Kommunen und Landkreisen

6. Etablieren eines Gremiums aus Expertinnen und Experten, welches in den nächsten Jahren kontinuierlich zusammenarbeitet

- Begleitung und Reflektion der kommenden Entwicklung
- Sichtung und Auswertung von Forschungs- und Evaluierungsergebnissen bzw. Expertisen
- Herausgabe von Empfehlungen in der Art eines **Konsensus-Papiers**, welches bundesweite Richtschnur sein kann und zentraler Impuls zur Qualitäts- Verbesserung

VII.6 Implementierung von PRAXISPROJEKTEN

Ich wünsche mir in jeder Stadt eine Familienhebamme, damit eine lückenlose Vernetzung stattfinden kann.

Familienhebamme

„... dafür sorgen, dass in jeder Gebietskörperschaft ausreichend, (d.h. 5 -7) Familienhebammen zur Verfügung stehen.

Prof. Dr. A. Windorfer, Stiftung „Eine Chance für Kinder“

Berufs- und fächerübergreifendes, regional vernetztes Arbeiten im Sinne eines Modells kommunaler Gesundheitsförderung sollte gezielt gefördert werden.

Ziel: Familienhebammen flächendeckend und bedarfsgerecht in jedem Bundesland, eingebunden in ein intersektorales, regionales Kooperationsnetz

Maßnahmen

1. Ausschreibung eines **Bundes- Wettbewerbs** in Kooperation der Ministerien Familie, Gesundheit und Bildung zur Initiierung und Implementierung neuer Projekte:

Familienhebammen innerhalb eines regionalen Netzwerks

Zielgruppen für den Wettbewerb sollten die Landkreise und Kommunen mit ihren Körperschaften ÖGD und Jugendhilfe (ASD und GWA) sein, in Kooperation mit z.B. freien Trägern, Gesundheitsanbietern (insbesondere niedergelassene Gynäkologen, Kinderärzte, Geburtskliniken und freiberufliche Hebammen), etc.

Ein solcher Wettbewerb könnte ein markanter Schritt sein auf dem Weg hin zur flächendeckenden Betreuung. Er könnte ein Baustein sein zu bundesweiter Qualitäts- Entwicklung. Alte und neue Projekte könnten eingebunden werden.

- Es sollte **in jedem Bundesland** mindestens 2 Sieger – Projekte geben.
 - Bewerbungen dürfen sich nur **regionale Netzwerke**, keine Einzelbewerber. Dadurch wäre der Impuls sichergestellt, dass sich bereits in der Konzeptions- Phase regionale Netzwerke zusammen finden, um die Arbeit zu planen. Damit ist gleichzeitig benannt das
 - **Projektziel:** Gründung eines regionalen Netzwerks „Frühe Hilfen“ bei gleichzeitiger Implementierung eines Familienhebammen – Projekts sowie einer für die Region geeigneten Koordinierungsstelle.
- Praxisbeispiele: Hebammenzentralen, Zentralstelle „Alpha“ des Projekts „Gesunde Zukunft“ im Kreis Herzogtum Lauenburg, „Familienhebammenzentrale“ in Hannover, geplante Koordinierungsstelle „Hebammenhilfe“ in Aurich
- Nach anerkannter Lehrmeinung über „Gesundheitsförderung“ sollten in den Konzeptionen gleichzeitig **Breite** und **Tiefe** bearbeitet sein.
2. Aus den Wettbewerb -Projekten ließe sich ein **bundesweites Netzwerk** von Fachleuten initiieren, was weitere Kooperationen und Synergie- Effekte hervorbringen könnte.
 3. Insbesondere könnte mit Hilfe dieses Netzwerks in Kooperation mit bestehenden Ansätzen und Strukturen ein Grundstein für ein **bundesweites Qualitätsmanagement – System für Familienhebammen** gelegt werden, was angesichts der aktuell sprunghaften und uneinheitlichen Entwicklung eine dringliche Maßnahme ist:
 1. zur Sicherung bzw. Entwicklung einer bedarfsgerechten Betreuungsqualität
 2. zur Gewährleistung respektabler und zukunftsfähiger Arbeitsbedingungen für die Kolleginnen.

Es gäbe dafür eine Reihe motivierter Kooperationspartnerinnen und –Partner, beispielsweise
 im Verein „QUAG e.V.“,
 im bundesweiten Netzwerk der Familienhebammen,
 in der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in Hannover,
 in der Behörde für Gesundheit und Soziales in Hamburg
 im Zentrum für Qualitätsmanagement in Hannover und
 in den Hebammenverbänden.

Zusammenfassende Zielstellung

Berufsbild, Qualifizierung und Vergütung von Familienhebammen sind geordnet und geregelt.

Ein Berufszweig „Familienhebamme“ ist verankert im System der Regelleistungen.

Gezielte Zusammenarbeit im Sinne der Zielgruppen existiert.

Die Bündelung der Kräfte ist auf allen Ebenen erfolgreich.

II. Gedanken einer Zeitungsleserin

Kevin

oder:

Ein System ist so gut wie die Qualität der Kooperation seiner Beteiligten.

In geburtshilflichen Haftungsprozessen lässt sich immer wieder nachvollziehen, dass neben Personalmangel, persönlichem Fehlverhalten oder mangelnder Fachkenntnis ein zentraler Risikofaktor in der ungenügenden Kooperation zu finden ist.

Daran erinnern die Veröffentlichungen zum Bremer Untersuchungsausschuss und geben wichtige Hinweise für die notwendige Entwicklung früher Hilfen.

Ein erschreckender Aspekt darin ist, dass die in Bremen beschriebene Zusammenarbeit Drogenhilfe /ASD/ Familienhebamme im Wirkungskreis der ältesten Familienhebammen – Einrichtung stattfand, was die Gewichtung des Faktors Kooperation hervorhebt..

Ist es auch ein Hinweis auf das bisherige Schattendasein von Familienhebammen? wird die Aussage der Kollegin gehört?

was wissen die Kooperationspartnerinnen / -Partner über das Fachwissen der Kolleginnen?

wird ihre Kompetenz von den Kooperationspartnerinnen und /- Partnern geachtet?

Furcht einflößend ist in den Berichten zum Bremer Untersuchungsausschuss auch, die aktuelle personelle Kapazität der Jugendhilfe. Da ein Ende der Einsparungen derzeit nicht wirklich wahrscheinlich ist, besteht die Gefahr,

- dass Kevin kein Einzelfall bleibt: weitere vermeidbare Todesfälle sind wahrscheinlich, wenn es nicht zu einer drastischen Verbesserung innerhalb der Institutionen kommt.
- dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter persönlich für Systemfehler verantwortlich gemacht werden.
- Familienhebammen sollten eine Lücke im System schließen. Bei bestehend bleibender Lage besteht die Sorge, dass Familienhebammen zum Lückenbüßer werden. Wenn es – wie nicht auszuschließen – zu weiteren Todesfällen unter Beteiligung von Familienhebammen kommen sollte, könnte die momentan vorherrschende hoffnungsvolle Euphorie bezüglich Familienhebammen und ihrer Möglichkeiten ganz schnell umschlagen. Auch hier könnten einzelne Kolleginnen persönlich verantwortlich gemacht werden für erkennbare Fehler im System. Die Ausstattung der Kommunen und Landkreise ist derzeit weit entfernt von „bedarfsgerecht“ oder „flächendeckend“.
- Um hier verbessernd zu wirken, sollten alle Verantwortlichen die Klärung, Stabilisierung und Ausbau des Modells „Familienhebamme“ betreiben und gleichzeitig hohes Augenmerk auf die Entwicklung der Zusammenarbeit legen.

- Besonders wenn nur knappe Ressourcen verfügbar sind, hat die Pflege der Kooperation eine zentrale Bedeutung, da sie den Einsatz der Mittel und die damit erreichbaren Ergebnisse nach oben beeinflusst.
- Oberstes Ziel in Familien, die schon auffällig geworden sind, ist es den Kontakt zu halten.
- Eine sorgfältige Diskussion bedarf auch der nach Jessicas und Kevins Tod erstarkte Ruf nach staatlicher Kontrolle bei gleichzeitiger Abwertung der Arbeitsziele Ressourcenorientierung und Kooperation mit den Eltern.
Der starke Staat - eine deutsche Neigung, wenn es schwierig wird?

Ein kleines Mädchen aus dem Landkreis Hildesheim

Die Zeitungsartikel über den Tod eines kleinen Mädchens aus dem Raum Hildesheim (Dezember 2006) zeigen, wie viele Hoffnungen und Erwartungen derzeit auf den Familienhebammen liegen.

„Familienhebammen hätten auch nicht helfen können.“

Der Sprecher des niedersächsischen Sozialministeriums bezeichnet den Tod des Mädchens als tragisch.

Tragisch meint in diesem Sinne wohl, dass ein Geschehen nicht zu verhindern war, dass menschliche Handlungsmöglichkeiten nichts ausrichten konnten.

Dennoch bleibt die Überlegung, ob nicht auch ein solcher Verlauf günstig zu beeinflussen wäre, wenn wir ein gut geordnetes Hebammenwesen hätten, welches vor Ort respektiert ist und eingebunden in verlässliche Kooperationsbeziehungen.

Eltern mit jungen Kindern hätten von einem flächendeckenden, bedarfsgerechten und Hebammen basierten System „frühe Hilfen“ wesentliche gesundheitliche Vorteile.

Regionale Kooperationsnetze der Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens, der Gesundheits- und Jugendämter könnten sich dieses Systems bedienen, um Eltern mit ihren Kindern von der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag der Kinder verlässlich und kompetent zu begleiten.

Alle, auch das niedergelassene ärztliche Personal, hätten die Sicherheit gegenseitigen Weiterleitens und Respekts.

Ein zentraler Part dieses Vorgehens ist ein **Regionales Hebammensystem:**

Freiberufliche Hebammen der Regelversorgung begleiten Frauen /Eltern und Kinder von der Schwangerschaft.

Angestellte oder freiberufliche Hebammen betreuen im Krankenhaus oder außerklinisch Geburten und die frühen Wochenbettstage.

Freiberufliche Hebammen der Regelversorgung übernehmen die Betreuung der Wöchnerinnen / Eltern und Kinder unmittelbar nach Entlassung bis zum Ende des Wochenbetts bzw. der Stillzeit.

Es existiert eine regionale Koordinierungsstelle für Hebammenhilfe und andere frühe Hilfen.

Hier liegen Informationen vor über Spezialisierungen, Fortbildungen, Sprach-Kompetenzen, besondere Kenntnisse.

Es existiert eine aktuelle Datenbank über Hebammen – Kapazitäten, so dass auch kurzfristige Anfragen positiv beantwortet werden können.

Für Rat suchende Frauen / Eltern wird die Kontaktaufnahme zu Hebammen durch die Existenz einer solchen Zentralstelle wesentlich erleichtert.

Die Rate der Akzeptanz von (Familien-) Hebammenhilfe wird gefördert.

Auch die örtlichen Familienhebammen haben hier ihren Sitz, so dass es sich in der Tat um eine Koordinierungs- und Kontaktstelle handelt.

Wenn eine Familie in dieser Lebensphase kontinuierlich und kompetent begleitet werden kann, wachsen Verhaltenssicherheit, Selbstvertrauen und die eigene Urteilskraft, ob mit dem Baby alles in Ordnung ist.

Auftretende Probleme und Fragen würden mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu der entsprechenden Fachperson gelangen.

Zum Beispiel gibt es mittlerweile etliche Fachfrauen in den Regionen für ein gestilltes Baby und seine Eltern. (wenn sie es denn nur wüssten ...)

Im Südkreis Hildesheim gibt es, nicht sehr weit weg vom Wohnort des gestorbenen Mädchens, ein informelles Übereinkommen zwischen Hebammen, bei schwierigen Still – Situationen eine vor Ort bekannte (Hebammen-) Expertin hinzu zu ziehen oder an diese weiterzuleiten.

Vielleicht ist das tragisch:

Möglicherweise hätte auch dieses Mädchen leben können, wenn wir eine bessere geburtshilflich / pädiatrisches Regelversorgung und ein in den Landkreisen geplantes und koordiniertes Vorgehen hätten.

Wir wollen mehr Kinder für diese Gesellschaft.

Gesunde, intelligente Kinder und erfolgreiche junge Erwachsene.

Doch:

Geburtshilfe muss sich betriebswirtschaftlich rechnen und schwarze Zahlen schreiben.

Jugendhilfe und Sozialwesen sind Bereiche mit drastischsten Einsparungen.

Wie soll das gehen?

... ohne eine echte Umsteuerung?

... ohne eine klare Veränderung der politischen Prioritäten?

IX. Schlussfolgerungen

... Lust machen auf Kinderkriegen durch Einflussnahme auf Geburtshilfe,
Vorsorge sowie Stillfreundlichkeit
Familienhebamme

... ein Recht auf Familienhebammen- Betreuung als
eine Facette der frühen Hilfen für bedürftige Familien
Familienhebamme

Der aktuelle Stand der Familienhebammen– Projekte erlaubt zurzeit keine Festlegung auf die Empfehlung einer Organisationsform von Familienhebammen – Einrichtungen.

Es ist möglich sich den Arbeits- Zielen mit guten Ergebnissen von den beiden Richtungen Freiberuflichkeit und Festanstellung anzunähern.

In beiden Organisationsformen gelten letztlich die gleichen Ziel- Vorgaben, die die jeweilige Struktur auf ihre Weise zu gewährleisten hat:

- In einem freiberuflichen Setting stabilisieren vertragliche Vereinbarungen mit angemessenen Honorar-Sätzen, Kooperations-Richtlinien und Netzwerk-Ordnungen das Vorhaben und bringen für alle Beteiligten die Ernsthaftigkeit zum Ausdruck.
- Die angemessene Eingruppierung der zukünftigen Familienhebammen, Beachtung interdisziplinärer Handlungsempfehlungen, gemeinsam formulierte Grundhaltungen der Gesundheitsförderung im Sinne von Leitbildern entsprechender Institutionen sowie das Erreichen eines bundesweit gültigen Konsens in Bezug auf die Refinanzierung der nach der Hebammengebühren-Verordnung abrechenbaren Leistungen durch die (gesetzlichen und privaten) Krankenkassen lassen gute Bedingungen und Erfolg in einer Projektstruktur auf Angestellten- Basis erwarten.

Ziele der kommenden Entwicklung

- Klare Strukturen und Arbeitsteilung
- Gesicherte Finanzierung
- Bedarfsgerechte Budgets
- Qualität der Betreuung entspricht aktuellem Fachwissen
- Langfristigkeit der Maßnahmen
- Konstanz und Verlässlichkeit der Hilfen
- Verknüpfung der Regelleistungen und der Leistungen der Familienhebammen bzw. anderer „früher Hilfen“ zu einem durchlässigen und kompletten Hilfesystem, das aktiv an der Integration arbeitet und Stigmatisierungen vermeidet.

Über die Ziele der kommenden Entwicklung sollte es Klarheit geben und längs aller politischen Ebenen, berufsständischen Hierarchien und quer durch alle Regionen der

Republik einen möglichst breiten Konsens, konsequent aktiv zu werden und langfristig aktiv zu bleiben für gesunde Entwicklung von Kindern und ihrer Familien.

Gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse sind der wahre Reichtum unserer Gesellschaft.

Die Bundespolitik sollte dafür unübersehbare Zeichen setzen.

Literaturauswahl

Peter Allhoff

Fortführung des Familien- Hebammen- Modellprojektes nach dem Landesprogramm „Gesundheit für Mutter und Kind“, Wissenschaftliche Begleitung, Abschlussbericht, Werther, 1998

Elimar Brandt (Hrsg.)

Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus, Neuwied 2001

Jürgen Collatz

Ergebnisse der Aktion Familien- Hebamme im Überblick, 2.Auflage, München 1987

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Hg.)

Kinderärztliche Praxis,

Risiken der psycho-sozialen Entwicklung, Nr.06/ 76.Jahrgang, Mainz 2005,

Sabine Dörpinghaus

Welchen Namen soll die Hebammenwissenschaft tragen? in: Die Hebamme, Heft 4/ 2005

Jacqueline Dunkley

Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis, Bern 2003

Enkin et al., A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford, 2000

Martha Farrell- Erickson, Byron Egeland

Die Stärkung der Eltern – Kind – Bindung, Stuttgart 2006

Susanne Gaschke

Die Emanzipationsfalle, München 2005

Hanni Giebing et al.

Pflegerische Qualitätssicherung, Bern 1999

Raimund Geene, Tanja Philippi (Hg.)

Gesundheit für alle, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Bd.8, Berlin 2004

Prof. Eberhard Göpel

Gesundheit gemeinsam gestalten, Eröffnungsvortrag der Herbstakademie 2003,

in : www.sgw.hs-magdeburg.de

Gesundheitspolitik nach menschlichem Maß und die Wiederbelebung des Kommunalen

in: Gesundheit bewegt, Frankfurt, 2004

Silke Hellwig

Nachspiel in Bremen, Die ZEIT, 51 / 2006

Silke Hellwig und Andrea Jeska

Tod in Bremen, Die ZEIT 43 / 2006

Gerald Hüther

Neue neuropsychologische Erkenntnisse für eine effektive Beratung bei kindlichen/ jugendlichen

Entwicklungsstörungen, Vortrag zugänglich über www.ms.niedersachsen.de, 2006

Klaus Hurrelmann

Manchmal hilft nur Zwang, in: Die Zeit, 43 /2006

Mathias Klein, Baby stirbt wegen Mangelernährung, Gandersheimer Kreisblatt, 23.12.2006

Andreas Mielck et al.

Kinder – eine wichtige Zielgruppe für die Verminderung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, London/New York, 2002

Neue Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland
Impulse Nr. 42, Newsletter zur Gesundheitsförderung, März 2004

Antje Richter

Armut – Bildung – Gesundheit: Was sichert die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen?,
unveröffentlichter Vortrag am 07.03.2006

Marina Rupp, Rotraut Oberndorfer, Melanie Mengel
Familienbildung zwischen Bildungsangebot und sozialer Dienstleistung,
ifb-Materialien 1-2004

Friederike zu Sayn- Wittgenstein (Hg.)
Geburtshilfe neu denken, Bern, 2006

M.Schmid- Siegert, W.Thiele
Familien- Hebammen an Krankenhäusern, Abschlußbericht, Berlin 1986

Eva Schneider

- Familienhebammen, Frankfurt 2004
- Hebammen beraten Familien, ein Programm macht Schule,
Hebammenforum 12./ 2006, Bericht über das Landesprogramm in Rheinland – Pfalz, siehe
Kopie im Materialteil

Staschek Barbara

- Emslandprojekt, Abschlussbericht der Projektleitung, Hannover 1993
- „Kirchröder Turm“, Fortbildungsangebot für die freiberufliche Hebammentätigkeit, Hebammenforum
07/ 2002
- 20 Jahre Familienhebammen, DHZ 3 / 2003
- Gesundheitsorientierte soziale Arbeit und Fürsorge für junge Familien im sozialen Nahraum am
Beispiel eines Familienhebammenprojekts, in : Tagungsdokumentation :
„Vernetzung – Macht – Gesundheit, Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in
sozialen Brennpunkten“, Berlin 2003, in : www.eundc.de
- Familienhebammenprojekt im KiFaZ Barmbek- Süd, in: Geene/Halkow (Hrsg.), Armut und
Gesundheit, Strategien für Gesundheitsförderung, 2004
- Hebamme - Akteurin kommunaler Gesundheitsförderung, DHZ 10/2004
- Hebammen und Sozialpädagoginnen ziehen an einem Strang, Hebammenforum 07/2005

Klaus Wolschner

Warum Kevin sterben musste, taz, 19.12.2006

Johanna Zierau, Irla-M. Gonzales-C.

Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen, Ergebnisse der
Evaluation, Hannover 2005

Ute Ziegenhain

Guter Start ins Kinderleben, geschickte Nutzung von Ressourcen und Vernetzung von fachlichem
Umgang mit Entwicklungsrisiken, Vortrag, September 2006

Monika Zoega

Hebammenprojekt Emsland, Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Hannover 1993

Auswahl an Internet- Seiten:

www.bdh.de

www.besseressenmehrbebewegen.de

www.bfhd.de

www.bkfrauengesundheit.de

www.bmelv.de

www.bmq.de

www.buendnis-fuer-Kinder.de

www.bzga.de

www.deutschland-fuer-kinder.de

www.eine-chance-fuer-kinder.de

www.eundc.de

www.familienhandbuch.de

www.familienhebamme.de

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

www.gesundheit.nds.de

www.ifb.bayern.de

www.izne.uni-goettingen.de

www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de

www.ms.niedersachsen.de

www.sgw.hs-magdeburg.de

www.stiftung-pro-kind.de

www.quag.de

www.unicef.de

www.uniklinik-ulm.de

www.vivafamilia.de

An dieser Stelle danke ich allen, die mich bei der Erstellung dieser Expertise unterstützt haben.

Insbesondere den Familienhebammen aus Bielefeld, Braunschweig, Bremen, Bremerhaven, Düren, Emden, Flensburg, Friedrichstadt, Gelsenkirchen, Gladbeck, Hagen, Hamm, Hannover, Herne, Kiel, Köln, Lübeck, Münster/ Westfalen, Neumünster, Neuss, Oldenburg, Osnabrück, Paderborn, Papenburg, Plön und Viersen sowie aus den Landkreisen Aurich, Dithmarschen, Emsland, Hannover, Herzogtum Lauenburg, Kiel, Leer, Lüchow- Dannenberg, Neumünster, Nordfriesland, Osterholz- Scharnbeck, Rheinisch-Bergischer Kreis, Rendsburg/ Eckernförde, Schleswig – Flensburg und den Ländern Hamburg und Sachsen – Anhalt.

Barbara Staschek

Tätigkeiten von Familienhebammen unter dem Blickwinkel der Finanzierung

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
bis zu <u>12 Beratungen</u> einer Schwangeren, auch telefonisch	langwierige Beratungen unrentabel (Pauschal- Ziffer)	<u>ab der 13. Beratung</u> einer Schwangeren, auch telefonisch	
			Ermittlung des Bedarfs an <u>finanziellen und sozialen Hilfen</u>
			Recherche zum ermittelten Bedarf: Hilfsangebote?
			Information der Schwangeren über Ergebnisse
			Ermittlung des Bedarfs bezüglich <u>juristischer Fragen</u> (Teenager, Migrantinnen, Sorgerecht, Vaterschaft, etc.)
			Recherche, Kontaktaufnahme Experten
			Information der Schwangeren über Ergebnisse
			Begleitung der Schwangeren zu Hilfsangeboten
			Transport der Schwangeren
			Überleitungsgespräche mit Kooperations-Partnern/ innen
			für Migrantinnen ihrer Kultur angemessene Angebote finden bzw. selbst anbieten, Dolmetscher finden
			Hilfeplangespräche in der Schwangerschaft

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
			Begleitung einer Schwangeren zu ärztlichen Vorsorgen
Vorsorgeuntersuchung einer Schwangeren (seltene Leistung)			
Hilfeleistung bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen			
			Besuch in der Klinik bei stationärem Aufenthalt der Schwangeren
			Begleitung zur Geburtsklinik, z.B. Anmeldung, Geburtsplanung
			lebenspraktische Hilfen, z.B. Wohnung, Kleidung, Babyausstattung, Lebensführung
			Begleitung der Familien- / Beziehungssituation (Gewalt?)
		Hausbesuch einer Schwangeren vor verschlossener Tür ¹	
Geburtsvorbereitung in der Gruppe (Richtgröße 10 Schwangere)	Geburtsvorbereitung in der Gruppe (manche Klientinnen lassen nur Kleinstgruppenarbeit zu.)		
Einzelgeburtsvorbereitung (auf ärztliche Verordnung)		Einzelgeburtsvorbereitung (keine Anordnung)	

¹ das nicht Antreffen einer Klientin ist ein relativ häufiges Geschehen.

Nach der HebGebVO sind nur durchgeführte Leistungen abrechenbar, so dass dieser Zeitaufwand der Hebamme nicht in Rechnung gestellt werden kann.

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
			Hilfeplan – Gespräche in der Schwangerschaft
Hilfe bei Geburten (seltene Leistung)			
Hilfe bei Fehlgeburten (seltene Leistung)			
			Begleitung zur Geburt in die Klinik
Erstuntersuchung des Kindes (seltene Leistung)			
		Besuch in der Klinik während des stationären Aufenthalts der Wöchnerin und des Neugeborenen	
	Hausbesuche nach der Geburt in den ersten 10 Tagen (Pauschal- Ziffer: unrentabel: längere, schwierigere Besuche bei Klientinnen von Familienhebammen)		
			praktische Anleitung der Eltern: Kontaktaufnahme mit dem Baby, Beziehung Eltern- Kind fördern, Bindung unterstützen, Geschwister
			lebenspraktische Hilfen: Wickeln, Anziehen, Baby- Nahrung zubereiten, Wohnung, Hygiene, Essen kochen, Haustiere,

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
			Ermittlung des Bedarfs an <u>finanziellen und sozialen Hilfen</u>
			Recherche zum ermittelten Bedarf: Hilfsangebote?
			Information der Wöchnerin
			Ermittlung des Bedarfs bezüglich <u>juristischer Fragen</u> (Teenager, Migrantinnen, Sorgerecht, Vaterschaft, etc.)
			Recherche, Kontaktaufnahme mit Experten
			Information der Wöchnerin
			Motivieren, Hilfe anzunehmen
			Begleitung der Wöchnerin zu Hilfsangeboten
			Überleitungsgespräche mit Kooperations-Partnern/ innen
			bei Migrantinnen ihrer Kultur angemessene Angebote finden bzw. selbst anbieten, evtl. Dolmetscher finden
			Anleitung zu gesundheitsförderlichem Verhalten, Nikotin, Alkohol, frische Luft, Bewegung Minimalkonsens anstreben und erreichen
			Begleitung der Familien- / Beziehungssituation (Gewalt? Kinder aus der Familie? Alleinstehende Frau? Spezielle Hilfen?)

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
	Hausbesuche / Beratungen nach der Geburt vom 11.Tag p. p. bis zur 8.Woche p. p. : max. 16 Kontakte (Pauschal- Ziffer: unrentabel: häufigere, längere, schwierigere Besuche bei Klientinnen der Familienhebammen)		
	Hausbesuche nach der Geburt auf ärztliche Anordnung bis zur 8.Woche p. p. ²		
		Hausbesuche nach der Geburt bis zur 8.Woche p. p. ³ , z.B. als Vorgabe des ASD für die Familie	
			Wächteramt bezüglich des Kindeswohls
			kindliche Entwicklung intensiv beobachten und beurteilen

² Obwohl diese Leistung nach der Hebammengebühren- Verordnung generell abrechenbar ist, muss sie doch als nur begrenzt abrechenbar gelten, da das Erreichen einer ärztlichen Verordnung sehr stark vom ärztlichen Kooperationsverhalten abhängt. vgl. dazu den Projekt- Bericht der Stiftung Eine Chance für Kinder, Hannover 2005, S. 79, es werden 1,3 % vergütete Leistungen auf Anordnung eines Arztes angegeben.

³ Diese Besuche sind aufgrund ihrer Indikationsstellung nicht nach der HebGebVO abrechenbar: z.B. Jugendhilfe

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
			Hilfsmaßnahmen recherchieren bzw. einleiten
			Beratung und Anleitung der Eltern in diesem Sinne
			Überleitungen begleiten
			wiederholtes Motivieren zur Wahrnehmung der kindlichen Vorsorge - Untersuchungen
			Begleitung zu ärztlichen Vorsorge – Untersuchungen (Baby, Mutter)
			Transport von Mutter und Kind
	Hausbesuch nach der Geburt auf ärztliche Anordnung nach der 8.Woche p. p. bis zum Ende des Betreuungszeitraumes ⁴		
		Hausbesuch nach der 8.Woche p. p. bis zum Ende des Betreuungszeitraumes ⁵ , z.B. als Vorgabe des ASD für die Familie, z.B. aus eigener Indikationsstellung der Familienhebamme im Hinblick auf das Kindeswohl	

⁴ idem

⁵ Diese Besuche sind aufgrund ihrer Indikationsstellung nicht nach der HebGebVO abrechenbar: Jugendhilfe

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
			enge Kooperation mit dem sozialpädagogischen Hilfesystem: Gespräche, Briefe, Kooperationsvereinbarungen
			enge Kooperation mit dem Medizinischen Hilfesystem: Gespräche, Briefe
			Begleitung der Familie zu Ämtern
		Hausbesuch nach der Geburt vor verschlossener Tür ⁶	
Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (Richtgröße 10 Schwangere)	Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (manche Klientinnen lassen nur Kleinstgruppen- oder Einzelarbeit zu.)		
Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten nach der 8.woche p. p. (maximal 2 Beratungen)		Beratung der Mutter zur Ernährung des Babies nach der 8.Woche p. p.	Anleitung der Eltern im Sinne der Entwicklung des Kindes

⁶ das nicht Antreffen einer Klientin ereignet sich nach der Geburt des Kindes noch häufiger als in der Schwangerschaft.

Nach der HebGebVO sind nur durchgeführte Leistungen abrechenbar, so dass dieser Zeitaufwand der Hebamme nicht in Rechnung gestellt werden kann.

Familienhebammen - Leistungen abrechenbar nach der HebGVO	Familienhebammen - Leistungen teilweise abrechenbar nach der HebGVO	nicht nach der HebGVO abrechenbare Familienhebammen - Leistungen	Familienhebammen – Leistungen im Bezugsrahmen der Jugendhilfe und des ÖGD
telefonische Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten nach der 8.woche p. p. (maximal 2 Beratungen)		telefonische Beratung der Mutter zur Ernährung des Babies nach der 8.woche p. p.	
			offene Sprechstunden (Telefon oder persönlich)
			offene Gruppen
			andere niedrig schwellige Angebote (z.B. Mütter – Frühstück, Babymassage, Mädchentreff, etc.)
			Fallkonferenzen
			Erziehungskonferenzen
			Team, Organisation der eigenen Tätigkeit
			Supervision
			Fortbildungen
			Öffentlichkeitsarbeit,
			Projektmanagement (Konzeptarbeit, Statistik, etc.)
			interdisziplinäre Netzwerk – Arbeit (Runde Tische, QZ,)
	Wegegeld ⁷		
	Auslagen für Material und Medikamente ⁸		

⁷ Gesonderte Verhandlung mit dem Projektträger nötig, in der Regel geringer als HebGebVO, da übliche Reisekosten- Sätze nicht den Zeitfaktor beinhalten, der im Wegegeld der HebGebVO mit kalkuliert ist.

⁸ Gesonderte Verhandlung mit dem Projektträger nötig, Budgets dafür fehlen öfter.

zurück