

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Familie,
Senioren, Frauen u. Jugend

Ausschussdrucksache

17(13)116g

**Entwicklungsbegleitung und Supervision
Projekte, Seminare
Barbara Staschek**

Diplompädagogin, Hebamme, Supervisorin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Frau Vorsitzende S. Laurischk, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

20.09.2011

Anhörung zum Regierungsentwurf eines Bundeskinderschutzgesetzes Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen

Sehr geehrte Frau Laurischk,

ganz herzlichen Dank für Ihre Einladung, als Sachverständige bei der Anhörung am 26.09.2011 teilnehmen zu dürfen.

Als Diplompädagogin und Hebamme stehen Mütter- und Kindergesundheit, ein gesunder Start für alle Kinder sowie die gelingende Familiengründung seit vielen Jahren im Fokus meiner Arbeit, mit dem besonderen Augenmerk und Ziel, einer angemessenen gesundheitsfördernden Betreuung besonders belasteter Familien und ihrer jungen Kinder.

Eng damit verbunden und damit ebenfalls im aktuellen Blickwinkel ist die Lage der Hebammen und Familienhebammen.

Aus diesen Gründen freue ich mich sehr über die erneute Initiative für ein Kinderschutzgesetz auf Bundesebene und will, was die Betreuung von Frauen und Kindern durch (Familien-) Hebammen angeht, sehr gerne dazu beitragen.

Im Hinblick auf die Anhörung und die nachfolgende gesetzliche Regelung wünsche ich mir eine differenzierte Betrachtung der Lebenslagen und Bedürfnisse von Familien in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mit den entsprechenden Schlussfolgerungen für den allgemeinen sowie den spezifischen Betreuungs-, Förder- und Schutzbedarf rund um Schwangerschaft und Geburt sowie die Zeit früher Elternschaft und die ersten Lebensjahre der Kinder.

Ich wünsche mir, dass sich Politikerinnen und Politiker, Akteure und Akteurinnen dem Ziel einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Unterstützung, Beratung und Betreuung von Familien mit jungen Kindern im Sinne Früher Hilfen und Frühem Kinderschutz jetzt stellen und außer der rechtlichen Verankerung dauerhafte, hinreichende und realistische Finanzierungs- Umfänge und -Strukturen dafür entwickeln und ermöglichen.

Dringend sollten dabei die praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse von über 30 Jahre (Familien-) Hebammen- Arbeit in den regionalen Kooperations- Zusammenhängen heran gezogen werden, um zu vermeiden, dass gewachsene und vielerorts bereits gut funktionierende interdisziplinäre und sektorübergreifende Arbeitsmodelle, Netzwerke und Finanzierungswege der Frühen Hilfen und des Frühen Kinderschutzes gefährdet werden, Bewährtes und Gewachsenes sollte durch die Neuregelungen langfristig gesichert und weiter entwickelt werden.

Akut ist derzeit, die Situation der Hebammen in der Regelversorgung zeitnah und wesentlich zu verbessern, wenn die Basisversorgung der Frauen und Kinder mit Hebammenhilfe auch zukünftig gewährleistet sein soll.

Die vorgeschlagene Verlängerung des Abrechnungszeitraums wäre dafür nur wenig Ziel führend. Das Pro und Contra dieser Verlängerung sollte aus meiner Sicht im Hinblick auf ihre Konsequenzen noch diskutiert und mit dem Berufsverband abgestimmt werden.

Gleichzeitig sollte beachtet werden, dass die Verankerung der Familienhebammen im Rechts- und Hilfesystem, die Honorierung ihrer Arbeit und dementsprechend die Sicherung der Familienhebammen- Betreuung für die Zielgruppen- Familien, damit auch kaum bearbeitet wäre.

Familienhebammen haben eine Dreiteilung ihrer Auftragslage: Regelversorgung, zielgruppen- spezifische präventive Aufgaben und Aufgaben, die in Kooperation mit den Jugendämtern möglicherweise als "Intervention der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Hilfen zur Erziehung" bezeichnet werden könnten.

Die Tätigkeiten der Familienhebammen gehen über den in der Hebammen- Vergütungsvereinbarung fest gelegten Rahmen hinaus und unterscheiden sich von der Regelversorgung im Hinblick auf Setting, Auftrag, Frequenz sowie Art und Inhalte der Tätigkeiten.

Familienhebammen sind in Personalunion Gesundheitsarbeiterinnen und Mitwirkende der Kinder- und Jugendhilfe; und genau darin liegt die Besonderheit und der Gewinn dieses Arbeitsmodells.

Für die Anhörung möchte ich im Folgenden einige der genannten Aspekte genauer darlegen und danke auch für diese Möglichkeit.

Gesundheit wird von Menschen in ihrer täglichen Umgebung geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.

Gesundheit entsteht dadurch, dass man für sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen ...

Ottawa Charta, 1986

Erfolgreiche Gesundheitsförderung hat sich immer **zwei** Herausforderungen zu stellen:

- den **Gesundheitsstatus der Bevölkerung insgesamt** zu verbessern und gleichzeitig
- **soziale Ungleichheiten mit ihren Auswirkungen auf die Gesundheit zu verringern.**

Hebammen

sind in einer idealen Position, einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Lebensweise von Frauen und ihren Familien zu nehmen.

J. Dunkley, 2003

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert.

Familienhebammen betreuen schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder in belasteten Lebenslagen bis zum 1. Geburtstag des Kindes. Sie arbeiten interdisziplinär und sind eng vernetzt mit anderen Berufsgruppen und Institutionen.

www.familienhebamme.de,
www.hebammenverband.de

Familienhebammen gibt es in Deutschland seit 1980. Sie stehen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention und arbeiten mit dem Ziel, einen gesunden Start auch für Kinder in belasteten Lebensverhältnissen zu fördern und ihre Eltern beim Start in die Familie zu unterstützen.

Damit stehen sie international vor dem Hintergrund der Family- Health- Kampagne der WHO und im nationalen Zusammenhang einerseits in der gesundheitsfördernden Positionierung von Hebammen und Pflege innerhalb des Hilfesystems, wie sie z.B. in der „Münchner Erklärung“ niedergelegt wurde, und andererseits in den Arbeitsansätzen der Frühen Hilfen und des Frühen Kinderschutzes.

Trotz von Anfang an guter Forschungs- Ergebnisse zu Akzeptanz und Wirksamkeit von Familienhebammen behielten sie über fast zwei Jahrzehnte eine nur in Ausnahmen beachtete Stellung innerhalb des Hilfesystems, was aus meiner Sicht die gesellschaftliche und politische Nicht- Beachtung der Interessen und Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien spiegelt, die in einer besonderen gesundheitlichen und/oder sozialen Belastungssituation leben.

Leuchttürme waren in den Achtziger Jahren Bremen, Hannover, Flensburg und Oldenburg sowie die Landesprojekte in Nordrhein- Westfalen¹ und Hamburg in den Neunziger Jahren.

Im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung erfuhren Familienhebammen in den vergangenen zehn Jahren wachsende politische Akzeptanz und praktische Inanspruchnahme. In wissenschaftlichen Arbeiten der Sozialpädagogik, Gesundheitsförderung und Hebammenwissenschaft wurde intensiv auf den Nutzen des „Arbeitsmodells Familienhebamme“ hingewiesen.

Ihre Bekanntheit und Stellung im Hilfesystem hat sich verbessert und in fast allen Bundesländern werden mittlerweile Familienhebammen eingesetzt.

Allerdings arbeiten sie derzeit noch in sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Im Hinblick auf ihre Vergütung bietet sich nach wie vor ein breites und mehrheitlich nicht zufrieden stellendes Spektrum. Auch die konkreten Tätigkeiten der Familienhebammen unterscheiden sich heute noch im Hinblick auf das Angebotsprofil sowie die definierten Zielgruppen.

Deutlich wahrnehmbar sind gestiegene Anforderungen und Erwartungen. Eine Klärung und Regelung der Aufgaben und Profile der beteiligten Berufsgruppen wäre hilfreich und sichernd für die Kolleginnen und auch für die Zusammenarbeit vor Ort.

Einig sind sich Praktikerinnen und Expertinnen und Experten mittlerweile bei einer Anzahl von Kernaussagen für das Profil einer „Familienhebamme“.

- Betreuungszeitraum ist generell der Zeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag eines Kindes.
- Langfristig nachgehende Hausbesuche in Familien definierter Zielgruppen mit besonderen oder gehäuften gesundheitlichen und sozialen Belastungen ist Hauptmerkmal der Tätigkeit von Familienhebammen.

¹ Die Familienhebammen in NRW feiern 2011 ihr 20- jähriges Jubiläum.

Diskussion und praktische Unterschiede finden sich insbesondere bei

- niedrigschwelligen Angeboten wie zielgruppenspezifischen Kursen und Gruppen
- der Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen vor Ort in Gruppen und Kursangebote im Sinne eines integrativen Arbeitsansatzes
- der Zusammenarbeit mit Sozialpädagoginnen der Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit
- den Arbeitsstrukturen wie der Einzelfall- Beauftragung im Gegensatz zur Arbeit mit geklärten und planbaren Budgets und Verträgen

Weiterhin finden sich markante Unterschiede im Hinblick auf die Verhaltens-Möglichkeiten von Kooperationspartnern / -innen und Zielgruppen- Familien. Die häufige Einzelfall- Beauftragung von Familienhebammen durch die örtlichen Jugendämter sollte dringend weiter entwickelt und verändert werden hinzu kooperativen und geplanten bzw. planbaren Arbeitsansätzen.

Leider sind geplante Strukturen wie ein freier Zugang zur Familienhebamme bzw. die direkte Überleitung zur Familienhebamme durch die regionalen Akteurinnen und Akteure und damit für die Kolleginnen die Möglichkeit, präventiv im eigentlichen Sinn arbeiten zu können, noch nicht stark verbreitet.

Wo es jedoch der Fall ist, zeigen sich klare Vorteile dieses Arbeitsmodells:

bei Bestehen klarer Organisations- Strukturen und einem freien Zugang zur Familienhebamme, findet sich ein beachtlicher Anteil von sog. „Selbstmelderinnen“, worin das Erreichen eines zentralen Ziels und ein wesentlicher Erfolg des regionalen Netzwerks und der Familienhebammen- Arbeit sichtbar wird: Frauen / Eltern werden auf Hilfsangebote aufmerksam (gemacht), spüren und erkennen ihren Hilfebedarf und werden aktiv, Hilfe zu finden und aus freien Stücken in Anspruch zu nehmen.

Wenn in einzelnen Bundesländern und politischen Gremien die Ansicht besteht, auf Familienhebammen ganz verzichten zu können, wenn gehofft wird, dass auch die Betreuung der Hochrisiko- Familien auf der Basis der Regelversorgung geleistet werden kann, so will ich dem hier deutlich widersprechen.

Bereits in den Jahren 1989 bis 1992 wurde innerhalb des Hebammenmodells im Landkreis Emsland gezielt der Frage nachgegangen, ob und inwieweit das möglich ist. Trotz hoher Motivation von Projektleitung und -Hebammen konnte es nur in einem sehr geringen Umfang gelingen, Familien, die wir heute als Zielgruppen-Familien für Familienhebammen verstehen, mit dem Setting und den Angeboten der Regelversorgung zu erreichen und ausreichend zu betreuen.²

Wobei das das Emsland- Modell insgesamt, was die Implementierung der Hebammen- Regelversorgung im Landkreis betrifft, nachhaltig und umfassend positiv bewertet und wirksam wurde.

Durch das Projekt konnte gezeigt werden, dass freiberufliche Hebammentätigkeit im Setting der Selbständigkeit auch Gewinnerzielungs- Absichten unterliegt und damit auch die Effizienz der Arbeit ein Steuerungs- Kriterium in der freiberuflichen Tätigkeit darstellt (Leistung ist Arbeit pro Zeit).

² vgl. Zoega 1992, Staschek 1992, ähnliche Hinweise scheinen sich zurzeit auch in den Modellprojekten in Rheinland- Pfalz und Bayern abzuzeichnen.

Der in den Zielgruppen- Familien bestehende Betreuungsbedarf kann im Rahmen der Regelversorgung wirtschaftlich sinnvoll und mit der erforderlichen Qualität und erwünschten Intensität nicht beantwortet werden. Die Betreuung der Zielgruppen- Familien kann auf der Basis freiberuflicher Hebammen- Tätigkeit der Regel- Versorgung nicht mit dem erwünschten Leistungs- Umfang erbracht werden. In dieser Betreuungs- Situation würde eine Versorgungslücke für Frauen und Kinder und / oder eine beruflich untragbare Situation für die Hebammen be- bzw. entstehen.

Mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung des Hebammenmodells im Landkreis Emsland konnte bereits 1992 die Notwendigkeit eines besonderen Settings sowie dementsprechend einer eigenen Vergütung der adäquaten Betreuung der Zielgruppen- Familien und ihrer jungen Kinder gezeigt werden.

Daran hat sich aus meiner Sicht bis heute nichts Wesentliches geändert und ich hoffe, dass durch die jetzige Diskussion und gesetzliche Formulierung eine langfristige Betreuungs- bzw. Berufs- Sicherheit geschaffen wird.

Denn - anders als 1992 - haben wir heute in vielen Städten und Landkreisen mehr oder weniger gut funktionierende, wenn auch verbesserungsfähige Kooperations- Netzwerke, in denen Hebammen, Familienhebammen, Sozialpädagoginnen, ASD, niedergelassene Ärztinnen /-e und Kliniken zusammen arbeiten; es gibt Haushaltstitel, die von Kommunen beschlossen und eingerichtet wurden; usw. Mit der Vorstellung, durch eine Verlängerung des Abrechnungszeitraums innerhalb der Hebammen- Regelversorgung Familienhebammen finanzieren zu können, werden diese Erfolge der letzten zehn bis fünfzehn Jahre in meinen Augen aktuell gefährdet.

Um das auszuführen, will ich auf Gemeinsamkeiten und einige wesentliche Unterschiede zwischen der Hebammenhilfe in der Regelversorgung und der Familienhebammen- Hilfe weiter eingehen.

Hebammen sind zentrale Akteurinnen der Gesundheitsförderung und Primärversorgung Schwangerer, Gebärender sowie Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen und jungen Kindern.

Dem wird im Hebammengesetz, den Berufsordnungen der Länder sowie der Vergütungs- Vereinbarung mit den Krankenkassen Rechnung getragen.

Rechtliche Stellung, Rahmenbedingungen der Arbeit, konkrete Aufgabenstellung und abrechenbare Leistungen werden hier definiert.

Hebammenhilfe der Regelversorgung ist Gesundheitshilfe im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbegriffs vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit.

Hebammen arbeiten in Beziehung. Es entsteht Vertrauen und Bindung mit der Familie, eine gute Voraussetzung für Lernen und Entwicklung.

Gleichzeitig haben Hebammen die Kompetenz und die Aufgabenstellung, den Überblick zu behalten, gesundheitliche Gefährdungen und (potentielle) Risiken möglichst frühzeitig zu erkennen und die Frau und / oder das Baby in weiterführende Betreuung überzuleiten.

Es ist ein Erfolg der Berufspolitik, dass im Laufe der letzten drei Jahrzehnte auch in gesetzliche Regelungen und Ordnungsdokumente nach und nach ein Gesundheits-

Verständnis Eingang gefunden hat, welches auch psychosomatische Wirkzusammenhänge berücksichtigt.

Dieses Verständnis und dementsprechende Betreuungs- Möglichkeiten auch für die Regelversorgung weiterhin zu erhalten, ist in der gegenwärtigen Diskussion zwischen Politik, Verbänden, Berufsstand und Krankenkassen ein wichtiges Thema, das gerade bei den Überlegungen zu einer rechtlichen Verankerung des Hebammen-Berufs im SGB V zu beachten ist.

In der Lebensphase von Schwangerschaft, früher Elternschaft und früher Kindheit sind die Lebensbereiche Gesundheit, Erziehung, Familie und Bildung nicht von einander zu trennen, auch für Schwangere und Mütter.

Soziales, Seelisches und Körperliches können, insbesondere für ein junges Kind im Sinne der Unterstützung gesunder Entwicklung nicht vereinzelt werden.

Dem entspricht traditionell das Berufsprofil der Hebamme und viele Arbeitsansätze, die in den vergangenen Jahrzehnten entstanden sind, tragen dem Rechnung. Allerdings scheint es schwierig, solch übergreifende Leistungen im Rechtssystem zuzuordnen.

Die aktuelle Lage des Berufsstands ist dabei ausgesprochen brisant und bedarf dringender und eingehender Verbesserungen, um der gesellschaftlichen Aufgabenstellung für die gesundheitliche Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Müttern mit ihren jungen Kindern weiterhin gerecht werden zu können.

In dieser Zielstellung kommt der Diskussion rund um das Kinderschutz- Gesetz und den bestmöglichen Weg von Frühen Hilfen und Frühem Kinderschutz eine wichtige Bedeutung zu, weil dadurch die politischen Anstrengungen der Hebammen noch mehr in den Fokus politischer und medialer Aufmerksamkeit gerückt worden sind.

Hebammen sind wichtige Akteurinnen im Netzwerk der Frühen Hilfen. Sie sind wichtige und oftmals erste Ansprechpartnerinnen für Schwangere und Mütter in gesundheitlichen und lebenspraktischen Fragen, was z. B. die Schwangerschaft betrifft, das Mutter- und Eltern- Werden, die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden sowie die Gesundheit des Babies und dessen / deren gesunde Entwicklung.

Die Angebote von freiberuflichen Hebammen sind niedrigschwellig und lebensweltorientiert, sie kombinieren nachgehende Hausbesuche mit Kursangeboten und Gruppen.³

Durch die Hinzuziehungspflicht sind Hebammen in Deutschland bei jeder Geburt dabei, ob in der Klinik, im Geburtshaus oder zu Hause.

Das Arbeitsmodell „**Familienhebamme**“ basiert auf dem Berufsprofil freiberuflicher Hebammen der Regelversorgung und bezieht dieses ein.

In der Normalität und dem positiven Bild von Hebammen in der Bevölkerung verankert sich die Hoffnung, mit der an die Bedürfnisse und Notwendigkeiten

³ Weitere Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Hebammen- Regelversorgung sind zugänglich unter www.hebammenverband.de

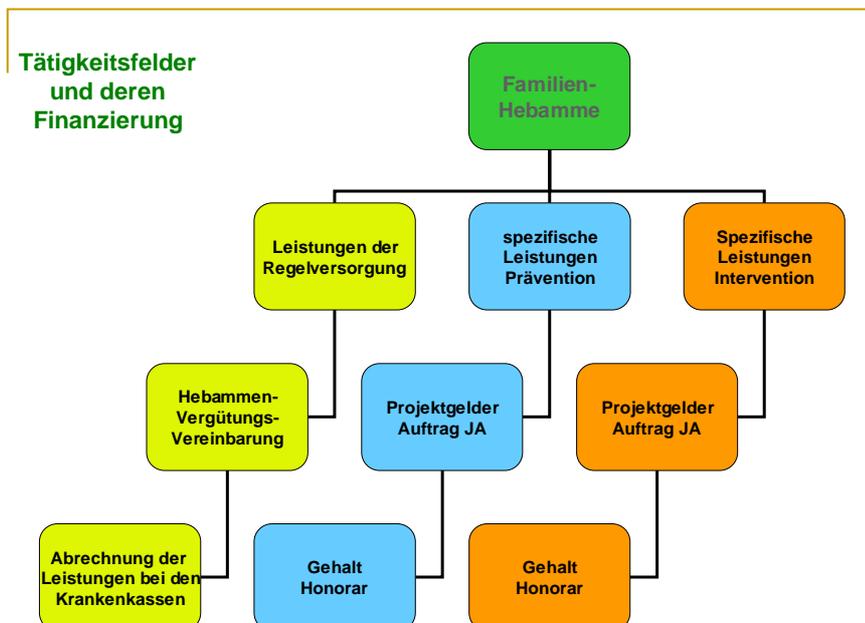
angepassten Arbeit von Familienhebammen auch die Familien der Zielgruppen erreichen und unterstützen zu können.

Neben den allgemeinen Leistungen einer Hebamme betreut und berät die Familienhebamme Mütter, Kinder und Familien bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes gesundheitlich und psychosozial. Sie fördert die Motivation zur Selbsthilfe in den Familien und ist im optimalen Fall verankert im regionalen Netzwerk der Frühen Hilfen und der Frühen Intervention. Die Familienhebamme erkennt Gefährdungen frühzeitig und zieht angemessene Hilfen hinzu bzw. begleitet die Familie dorthin.

Die Familienhebamme erreicht und betreut Familien, die durch medizinisch-soziale oder psychosoziale Belastungen besonders gefährdet sind: Schwangere, 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, sind aufgrund eines vermehrten und/ oder besonderen Betreuungsbedarfs Zielgruppen- Familien von Familienhebammen.

Damit enthält das Berufsprofil von Familienhebammen neben den offensichtlichen Gemeinsamkeiten einige wesentliche Unterschiede zum Profil von Hebammen in der Regelversorgung, die im Hinblick auf die Betreuung der Zielgruppen- Familien wesentlich und unverzichtbar sind:

- Familienhebammen erfüllen Aufgaben in drei Arbeitsbereichen:



1. Sie erbringen Leistungen der Regelversorgung im Rahmen der Hebammen- Vergütungsvereinbarung.
 2. Für die definierten Zielgruppen- Familien leisten sie spezifische präventive und gesundheitsfördernde Arbeit, die kommunal oder über Projektmittel finanziert sind.
 3. In Zusammenarbeit mit Jugendämtern und anderen Trägern sind sie eingesetzt im Rahmen früher Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe und leisten als „Hilfe zur Erziehung“ insbesondere mit ihren gesundheitsbezogenen Tätigkeiten einen Beitrag zur Sicherung des Kindeswohls in diesen Familien.
- Familienhebammen sind in Familien mit einer besonderen oder gehäuften gesundheitlichen und sozialen Belastung tätig, die aus diesen Gründen einen spezifischen Betreuungsbedarf aufweisen: mehr, intensiver, länger, anders.
 - Um diesen zu beantworten, erbringen Familienhebammen von der Regelversorgung unterschiedene spezifische Einzelleistungen, die über den Rahmen der Hebammen- Vergütungs- Vereinbarung hinausgehen. Dabei kann es sich um erhöhte Frequenzen einzelner Leistungspositionen handeln, und zusätzliche, anders fokussierte Leistungen. Nützlich und wirksam in diesen Familien sind z. B. die Begleitung zu anderen Hilfen, und wenn eine Familie nicht angetroffen⁴ wird, in der Folge die auch mehrfache Wiederholung des Hausbesuchs. Dazu kommen durch den interdisziplinären Arbeitsansatz von Familienhebammen Aufgaben wie die fallbezogene Netzwerkarbeit, die mündliche und schriftliche Berichterstattung im Rahmen von Hilfeplangesprächen, die Teilnahme an Teamgesprächen und Supervision usw. (Schon hier wird aus der Art der Tätigkeiten deutlich, dass sich die Vergütung von Familienhebammen durch eine Verlängerung des Abrechnungszeitraums innerhalb der Regelversorgung nicht abdecken lässt.)
 - Familienhebammen haben im Vergleich mit den Hebammen der Regelversorgung eine erweiterte Auftragslage: Hebammen werden im Rahmen der Regelversorgung ausschließlich auf Initiative und Wunsch der Frau tätig. Demgegenüber können und sollen Familienhebammen in ihren Zielgruppen- Familien pro- aktiv arbeiten, da mit dieser Auftragsstellung von Familienhebammen darauf eingegangen wird, dass in den Zielgruppen- Familien Hilfen teilweise nur wenig bekannt sind und diese zudem nur wenig in Anspruch genommen werden. Die Brückenfunktion ist eine zentrale Aufgabe von Familienhebammen. Sie ist häufig diejenige, die für Eltern und Kinder die Tür zum Hilfesystem öffnet. Familienhebammen motivieren intensiv, weiterführende und längerfristige Hilfen anzunehmen, sie initiieren eine Überleitung und begleiten Eltern zu den entsprechenden Stellen. Derartiges pro- aktives Vorgehen in der Betreuungsarbeit dient einer zentralen Zielstellung Früher Hilfen und Frühem Kinderschutz, welches in der Regelversorgung definitiv ausgeschlossen ist.

⁴ Nicht abrechenbar nach der Hebammen- Vergütungs- Vereinbarung und häufiges Ereignis in der Familienhebammen- Arbeit

- Familienhebammen arbeiten in einer „Schnittmenge“ von Gesundheitshilfe, Kinder- und Jugendhilfe, teilweise auch der Gemeinwesenarbeit. Sie sind dementsprechend mit den Akteurinnen und Akteuren dieser Felder sowie dem ÖGD und den Jugendämtern vernetzt und tätig. Wie schon in der oben gezeigten Grafik sichtbar, können dabei nur die Regelleistungen mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Tätigkeiten anderer Art und eher psychosozialen oder lebenspraktischen Inhalts bedürfen der besonderen Finanzierung durch ein Familienhebammen- Budget, das im Kontext und rechtlichen Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe gut verortet ist.
- Der Arbeitsansatz von Familienhebammen ist interdisziplinär und verankert in einem intersektoralen regionalen Netzwerk, welches sich im optimalen Fall im Laufe der Zeit immer mehr Elemente einer verbindlichen Teamarbeit aneignet und diese umsetzt: vier Augen sehen mehr als zwei, besonders wenn die beiden Augenpaare unterschiedlich ausgebildet sind.

Beispiel 1: „Tandem“ Niedersachsen

- Familienhebammen und eine Koordinatorin arbeiten zusammen.
- Die Koordinatorin ist eine Mitarbeiterin des Jugendamts, die für diese Aufgabe vom ASD freigestellt wurde.

Beispiel: 2 „Tandem“ Hamburg

- Familienhebamme und Sozialpädagogin arbeiten gemeinsam in Personen- bezogener oder Zeit- bezogener Kooperation.
- Dabei ist hier die Sozialpädagogin Mitarbeiterin einer Einrichtung der Gemeinwesenarbeit oder einer Beratungsstelle.
- Beide arbeiten fallbezogen zusammen mit den Mitarbeitern des ASD.

Die so beschriebene Arbeitssituation von Familienhebammen beinhaltet eine multiple, oft heterogene und teilweise widersprüchliche Auftragslage, in der Familienhebammen heraus gefordert sind, diese für sich bzw. die beteiligten Kooperationspartner und die Familien zu klären und zu balancieren.

Das setzt für Familienhebammen neben angemessenem Fachwissen anspruchsvolle Kompetenzen voraus bezüglich des Verstehens und Abwägens unterschiedlicher Perspektiven, des Denkens und Handelns in unterschiedlichen sozialen Systemen sowie möglicherweise das Vermitteln von Kompromissen zwischen bestehenden Widersprüchen, unter Wahrung der Priorität der kindlichen Interessen

Vor diesem Hintergrund liegt es auf der Hand, dass für den Berufszweig „Familienhebamme“ eine besondere Qualifizierung vonnöten ist.

Diese soll einerseits die Betreuungsqualität in den Familien sichern und stellt gleichzeitig auch ein Instrument der Burnout- Prophylaxe dar, denn die komplexe und anstrengende Arbeit in den Familien setzt auch die Kompetenzen professioneller Selbstfürsorge voraus.

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) und seine Landesverbände arbeiten in Kooperation mit der Stiftung Eine Chance Für Kinder derzeit intensiv daran, die erwünschte Höherqualifizierung optimal zu gestalten und rechtlich zu verankern.

Auf Bundesebene führte dies zur Berufung einer Expertinnen- Kommission, die neben politischen Aktivitäten immer wieder auch am aktuellen Curriculum für eine Fort- bzw. Weiterbildung arbeitet. In Niedersachsen arbeiteten von 2008 bis 2010 Sozialministerium, Stiftung Eine Chance Für Kinder und Hebammenverband Niedersachsen kooperativ an der Veränderung der Niedersächsischen Verordnung über die Weiterbildung der Gesundheitsberufe, um eine Weiterbildung zur Familienhebamme mit staatlicher Anerkennung zu erreichen. Ende 2010 wurde die „Verordnung der Änderung der Verordnung über die Weiterbildung der Gesundheitsberufe“ veröffentlicht⁵. Ein Pilotkurs über 400 Unterrichtsstunden hat im April 2011 mit 21 Teilnehmerinnen aus verschiedenen Bundesländern begonnen und wird im November 2012 mit der ersten staatlichen Prüfung abgeschlossen werden.

Vor diesem Hintergrund und über 30 Jahren praktischer Erfahrungen sowie etlichen wissenschaftlichen Untersuchungen und Projekt- Evaluationen kann der Bedarf für den Berufszweig „Familienhebamme“ und in der Folge für das Vorhalten einer spezifischen und angemessenen Qualifizierung als gesichert gelten.

Familienhebammen sind im Netzwerk der Frühen Hilfen und des Frühen Kinderschutzes wichtige Akteurinnen, die für die Zukunft verankert und akzeptiert werden sollten. Sie schließen eine wesentliche Betreuungslücke zwischen Hebammenhilfe der Regelversorgung und Sozial-Pädagogik, was für junge Kinder und ihre Eltern fördernd, sichernd und schützend sein kann.

Qualitätsziele in den Frühen Hilfen und im Frühen Kinderschutz für die Kooperation mit Familienhebammen:

- ein kooperatives, intersektorales Arbeitskonzept
- klare Strukturen und definierte Arbeitsteilung zwischen Familienhebammen und Sozialpädagoginnen
- Arbeit im Team: „Vier- Augen- Prinzip“
 - Familienhebamme – Familienhebamme
 - Familienhebammen – Sozialpädagoginnen
- Kombination von Komm- und Gehstrukturen
- Kombination intensiver Einzelbetreuung mit niedrigschwelligen Gruppen-Angeboten
- Durchführung in personeller Konstanz und Kontinuität
- Integration der Familienhebammen in das Team eines Kinder- und/oder Familien- Zentrums, einer Beratungsstelle/ Elternschule
- Überleitung der betreuten Familien ins 2. und 3. Lebensjahr der Kinder

⁵ siehe www.ms.niedersachsen.de

- Verknüpfung der spezifischen Angebote mit der Regelversorgung, insbesondere der ärztlichen Tätigkeit, der freiberuflichen Hebammen- Hilfe und den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und der Gemeinwesenarbeit

Die Realisierung dieser Qualitätsziele sollte mit Hilfe des Bundes- Kinderschutzgesetzes gefördert werden.

Flankierende Maßnahmen sollten bedarfsgerecht, langfristig, kooperativ und intersektoral gestaltet und ausgestattet sein.

Eine Integration von Kinder- und Jugendhilfe, Medizin, Hebammenkunst und Pädagogik zu einem ganzheitlichen Hilfesystem ist Herausforderung und unmittelbare Schlussfolgerung der angestrebten gesetzlichen Vorgaben.

Mit Hilfe finanzieller Unterstützung durch den Bund und die Länder könnten und sollten die regionalen Systeme ihre Strukturen im Sinne der Qualitätsziele weiter entwickeln, insbesondere was personelle Kapazitäten, Kooperationsstrukturen und das Arbeiten im Team ebenso wie angemessene Vergütung der Leistungen von Sozialpädagoginnen und (Familien-) Hebammen betrifft.

Das Rechts- und Hilfesystem sollte für die komplexen Aufgaben der Frühen Hilfen und des Frühen Kinderschutzes sektorübergreifend intensive konzeptionelle Arbeit und Strukturentwicklung leisten.

- Die nötige Trennschärfe der Aufgaben und Tätigkeitsfelder innerhalb des Hebammenberufs zu erarbeiten und demzufolge die entsprechenden Qualifizierungsanforderungen zu definieren, ist eine aktuelle berufspolitische Aufgabe.
- Eine Förderung der Qualifizierung von Familienhebammen als flankierende Maßnahme des Bundeskinderschutzgesetzes ist dringlich, um den Bedarf an Familienhebammen in den kommenden Jahren zeitnah decken zu können.
- Die Formulierung von Mindeststandards für beauftragende Ämter und Träger bezüglich Personal- Kapazitäten und Arbeitsstrukturen sollte ebenfalls im Rahmen der flankierenden Maßnahmen erarbeitet werden.
- Daraus folgend sollten für die regionale Anpassung und Implementierung neuer Strukturen Projekte finanziell gefördert werden.
- Die bisherige Rechtslage der Schweigepflicht in den Gesundheitsberufen und das praktizierte Vorgehen nach dem § 8a halte ich für weiterhin praktikabel, da der Verbesserungsbedarf in der Praxis mit anderen Mitteln als einer Veränderung der Rechtslage realisiert werden sollte.
Im Zuge der schon genannten Strukturentwicklung wäre in diesem Zusammenhang das Angebot von gemeinsamen Fortbildungen und Runden Tischen nützlich, um die Praktiken und Abläufe vor Ort zu verbessern und zu stabilisieren. Darüber hinaus wäre eine verbesserte und erweiterte Honorierung präventiver Leistungen durch die Krankenkassen ein wesentlicher Ansatzpunkt.

- Hochgradige Priorität hat für mich die Erarbeitung einer langfristig tragfähigen und bedarfsgerechten Finanzierungsstruktur im Zusammenwirken von Bund, Ländern, Gemeinden und Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, um den im Gesetzentwurf vorgesehenen Zielen und Regelungen gerecht werden zu können. Das bedeutet neben der Entwicklung von Finanzierungsmodellen für die Mitarbeiterinnen der Frühen Hilfen und der Familienhebammen auch eine signifikant verstärkte personelle Ausstattung der Jugendämter bzw. der regionalen Kinder- und Jugendhilfe sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zur Person:

Barbara Staschek ist seit über zwanzig Jahren bundesweit tätig als Projektleiterin, Beraterin, Fachreferentin und Supervisorin in den Schwerpunktbereichen Gesundheit, Medizin, Sozialwesen und Schule.

Aufgrund der eigenen beruflichen Biografie (Diplompädagogin und Hebamme) sind die Felder Geburtshilfe / Pädiatrie und im Besonderen Familienhebammen / Frühe Hilfen ein Schwerpunktbereich ihrer Arbeit geworden, in denen sie zahlreiche große und kleinere Projekte begleitet hat.

Beispiele: Hebammenmodell im Landkreis Emsland, Das Hamburger Modell „Familienhebamme“, Kinderregion Ostfriesland / Siegerprojekt im Wettbewerb „Besser essen mehr bewegen“ des BMELV, Gesunde Zukunft / Kreis Herzogtum Lauenburg, Hebammenkreißsaal Hildesheim

Konsequent hat Frau Staschek diese Vorhaben, eine verbesserte gesundheitliche und psychosoziale Betreuung für Familien und Kinder zu implementieren durch (Familien-) Hebammenhilfe bzw. vernetzte Angebote im Feld Gesundheit / Kinder- und Jugendhilfe / Gemeinwesenarbeit, immer verbunden mit der Entwicklung innovativer Qualifizierungs- Maßnahmen für die Berufsangehörigen.

Beispiele: Fortbildung über die freiberufliche Hebammentätigkeit „Kirchröder Turm“, Hamburger Fortbildung zur Familienhebamme, Niedersächsische Weiterbildung zur Familienhebamme mit staatlicher Anerkennung, interdisziplinäre Fortbildungen für (Kinder-)Krankenschwestern, Sozialpädagoginnen, (Familien-)Hebammen, Ärztinnen/ -e.

Vor diesem Hintergrund ist die hier vorgelegte Stellungnahme nah an der Praxis und auch darauf fokussiert.

Frau Staschek ist Mitglied der Expertinnen- Kommission „Familienhebammen“ im Deutschen Hebammenverband.