

((Thema fK 3-11))

Der Einsatz von Familienhebammen im System der Frühen Hilfen – ihre Rolle und ihre Aufgaben

Von Adolf Windorfer

Bei einer großen nationalen Tagung in Deutschland im Jahr 2010 diskutierte eine wissenschaftlich hochrangige Expertenrunde über das Thema „Erreichen die Frühen Hilfen ihre Zielgruppe?“. Am Ende der Diskussion kam man zu der Schlussfolgerung, dass es wichtig bleibt, darüber nachzudenken, wie belastete Familien erreicht werden können, und es weiter von großer Bedeutung sei, auch schwer erreichbare Familien für Hilfen des präventiven Kinderschutzes zu gewinnen (Ziegler et al 2010). Diese prinzipiell richtigen Feststellungen demonstrieren, dass man bei dem Thema Kinderschutz, das heißt Vermeidung von Kindervernachlässigung und -misshandlung, noch den theoretischen und wissenschaftlichen Aspekten verhaftet ist und seit Jahren praktisch erprobte und erfolgreiche Ansätze nicht zur Kenntnis nimmt (Collatz & Rohde 1986, Zierau & Gonzales 2005).

In den Jahren 2005 und 2006 wurden schwerste Misshandlungen von Säuglingen und Kleinkindern durch intensive Medienberichterstattung endlich auch an die Öffentlichkeit getragen. Damit wurde das Thema „Kindesmisshandlung und -vernachlässigung“ zunehmend auch in der politischen Öffentlichkeit wahrgenommen. Der Fachwelt, d. h. Kinderärzten und den zuständigen Jugendbehörden, war diese an Brisanz ständig zunehmende Problematik jedoch seit Jahren bekannt (Frank & Räder 1994, Frank & Kopecky-Wenzel 2002). Von politischer Seite wurden dann ab dem Jahr 2005 „Frühe Hilfen“ bei „Familien mit Risikofaktoren“ empfohlen.

Wer sind aber diese Familien und wie kommt man mit „Frühen Hilfen“ an sie heran? Ist es tatsächlich so, dass sie nicht erreichbar sind und dass wir im Jahr 2011 noch immer über den Zugang diskutieren und Forschung dazu durchführen müssen?

Bevor auf bereits bestehende und als wirksam erprobte Maßnahmen eingegangen wird, erfolgt eine kurze quantitative Problemdarstellung: Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland bei jährlich ca. 680.000 Geburten ca. 0,2 bis 0,5 Prozent aller Säuglinge, d. h. 1.500 bis 3.000 Kinder der Gefahr von schweren körperlichen Misshandlungen ausgesetzt und zehn bis 15 Prozent aller Säuglinge, d. h. ca. 60.000 bis 100.000 Kinder von körperlicher oder emotionaler Vernachlässigung bedroht sind.

Was sind die Ursachen für diese traurige Situation?

Alle Familien benötigen in der sensiblen Phase des Eltern-Werdens und auch zu Beginn des Eltern-Seins einen geschützten und schützenden Rahmen sowie in vielen Fällen auch praktische Unterstützung. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um sozial benachteiligte Familien oder um gut in soziale Strukturen – wie z. B. eine funktionierende Familie – eingebundene Schwangere, junge Mütter und ihre Partner handelt. Letztere erfahren die erforderliche Unterstützung aber eher aus der häuslichen Umgebung und wissen auch vorhandene Hilfen wie z. B. Kursangebote durch Hebammen, Beratung durch Ärzte oder bei Beratungsstellen zu nutzen. Wir blenden aber nicht selten aus, dass dieser unbedingt notwendige schützende Rahmen für viele Schwangere und junge Familien fehlt. dadurch kann es schwierig werden, dass sich die wichtige Mutter-Kind-Bindung entwickelt (Grossmann & Grossmann 2004, Übersicht bei Windorfer 2009).

Es ist hierfür oft nicht allein die materielle Not verantwortlich zu machen, sondern es sind vielfältige Risikosituationen wie zum Beispiel:

- Vernachlässigung oder sogar Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit,
- Soziale Einsamkeit oder ausgeprägte Überforderung ohne Hilfemöglichkeit,
- Unwissenheit über die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse des Kindes,
- Fehlende Alltagsdisziplin,
- Suchtprobleme in der näheren Umgebung oder eigene Suchtkrankheit,
- Depression,
- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und Isolation bei Migrationshintergrund,
- Gewalterfahrung als Frau durch den Partner.

Nicht jeder dieser Risikofaktoren muss zu Kindesvernachlässigung führen, aber das Zusammentreffen mehrerer Faktoren kann Vernachlässigung oder Misshandlungen zur Folge haben. Eine Reihe von internationalen Studien konnte den stark negativen Effekt von Kindesvernachlässigung und -misshandlung auf die Ausbildung schwerer psychischer Erkrankungen, verbunden mit antisozialen Störungen bis hin zu schwerem kriminellen Verhalten belegen (Übersicht bei Egle 2005). Dies ist aber seit vielen Jahren bekannt.

Was ist dagegen zu tun?

Eine wesentliche Voraussetzung zur wirksamen Hilfe für diese Familien ist, so früh wie möglich Hilfe und Betreuung zu geben, um Risikofaktoren abzubauen und die vorhandenen Ressourcen herausarbeiten zu können. Dies kann vor allem durch aufsuchende Arbeit zu einem möglichst frühen Zeitpunkt, d. h. am besten schon während der Schwangerschaft, erreicht werden.

In Deutschland stehen für die aufsuchende Arbeit bei Schwangeren und jungen Familien Hebammen zur Verfügung. Sie haben einen einfachen und weitgehend barrierefreien Zugang auch zu Frauen in sozial und psychosozial schwierigen Lebenssituationen, die auch häufig keinen Zugang zu dem vorhandenen Hilfesystem z. B. den Jugend- und Gesundheitsbehörden finden. Es gibt wohl keine andere Berufsgruppe in Deutschland, die gerade bei Schwangeren und jungen Familien so schnell und erfolgreich ein gutes Vertrauensverhältnis aufzubauen vermag. Dieses Vertrauensverhältnis wiederum ist die unverzichtbare Grundlage für die effektive Bearbeitung von Risikofaktoren bei Schwangeren, jungen Müttern und ihren Partnern. Es lag daher nahe, diesen Zugang zu nutzen, um Familien mit Risikofaktoren, d. h. Schwangeren, jungen Familien und ihren Kindern, aufsuchende Hilfe auch jenseits der „normalen“ Hebammentätigkeit und vor allem während des gesamten ersten Lebensjahres eines Kindes anzubieten.

Die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER etablierte daher im Jahr 2001 das Projekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Familien und ihre Kinder – Netzwerk Familienhebamme“. Hierzu wurden und werden freiberuflich tätige Hebammen von der Stiftung durch intensive und spezifizierte Fortbildung zu „Familienhebammen“ qualifiziert. Ziel war und ist es, zukünftige Familienhebammen mit verschiedenen, für diese aufsuchende Tätigkeit notwendigen Kompetenzen auszustatten wie z. B. mit Erfahrungen bei sozialrechtlichen und sozialpflegerischen Fragen, mit gesundheitsrelevanten Kenntnissen hinsichtlich der Versorgung und Entwicklung von Säuglingen, aber auch mit Kommunikationsfähigkeit sowie Kenntnissen zu Konfliktlösungen.

Durch diese Qualifikation werden Familienhebammen in die Lage versetzt, nicht nur in Schwangerschaft und Wochenbett für das Wohl der betreuten Familien zu sorgen, sondern auch während des gesamten ersten Lebensjahres des Kindes für dessen körperliches und emotionales Gedeihen, aber auch für die Hilfe bei der Entwicklung einer guten Eltern-Kind-Bindung helfend zur Verfügung zu stehen.

In dem Projekt forderte die Stiftung als Träger, dass freiberufliche Hebammen sich nach ihrer Fortbildung zu Familienhebammen bereit erklären sollten, im Honorarvertrag neben ihrer „normalen“ Klientel auch eine bestimmte Wochenstundenzahl, z. B. acht bis zehn Stunden, für die Betreuung von Schwangeren und jungen Familien in sozial schwierigen Lebenssituationen zur Verfügung zu stehen. Voraussetzung für die Auswahl als Projektkommune war, dass von dem dort zuständigen Jugendamt eine halbe Personalstelle einer Sozialarbeiterin bzw. eines Sozialarbeiters für die Koordination der Familienhebammen mit dem Jugendamt zur Verfügung gestellt wurde.

Das Projekt verknüpfte zwei unterschiedliche Zugänge, die Jugendhilfe und die Gesundheitshilfe, durch Familienhebammen, um Schwangere und junge Familien in schwierigen psychosozialen Lebenslagen zu unterstützen und zu stabilisieren.

Im Folgenden wird die Arbeit der Familienhebammen beschrieben, wie sie seit nunmehr zehn Jahren in zahlreichen niedersächsischen Kommunen, aber auch in Kommunen anderer Bundesländer erfolgreich geleistet wird.

Differenziertes Aufgabenspektrum der Familienhebammen

Die Betreuung der Schwangeren, der jungen Familien und der Säuglinge findet aufsuchend im vertrauten häuslichen Bereich (Hausbesuch) der Familien statt. Aufgaben der Familienhebammen, die dem physischen und psychischen Kindeswohl und der Entwicklung einer guten Eltern-Kind-Bindung dienen, sind u. a.:

- Erkennen von Risikofaktoren bei der Mutter, dem Vater und dem Kind sowie erhöhte Aufmerksamkeit für alle Zeichen einer sich anbahnenden Kindesvernachlässigung oder sogar Kindesmisshandlung,
- Erkennen und Herausarbeiten von Ressourcen bei Mutter und Vater, bzw. ständigen Betreuungspersonen und entsprechende Unterstützung,
- Verfolgen der körperlichen, neurologischen und emotionalen Entwicklung des Säuglings und Erkennen von Störungen und Störfaktoren,
- Anleitung bei der Ernährung und Pflege des Säuglings,
- Hinwirken auf die Teilnahme an Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen für Mutter und Kind,
- Hinzuziehen von Kinderärzten und anderen Fachärzten bei erkannten oder vermuteten Störungen,
- Hinwirken auf das Schaffen einer für die Entwicklung des Säuglings gesunden Umgebung (z. B. Hinwirken auf Raucherentwöhnung, Verringerung des Fernsehkonsums, Hinwirken auf gewaltfreien Umgang dem Kind gegenüber, usw.),
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung sowie bei der Einhaltung von Terminen, d. h. insgesamt Hinwirken auf die Einhaltung einer gewissen Alltagsdisziplin,
- Hilfe bei der Beseitigung einer bestehenden sozialen Isolierung von Mutter und Kind durch Einbindung in Mutter-Kind-Gruppen usw.,
- Stützung der Eltern bei bestehender erheblicher emotionaler Unsicherheit im Umgang mit dem Säugling sowie Hilfe bei bestehender Überforderung,
- Anregen und Fördern der Entwicklung einer guten Eltern-Kind-Bindung,
- Einbindung des Vaters und des familiären Umfeldes in die Sorge und Betreuung des Kindes,
- Vermittlung von weiterführenden Diensten und eventuell auch die Begleitung dorthin (zu diesen Diensten gehören das jeweils zuständige Jugendamt, aber auch Ärzte und Psychologen, Erziehungsberatungsstellen, Sozialämter, Schwangerschaftsberatungsstellen, Schuldnerberatung sowie Stellen der ambulanten Suchtberatung u. a.); die Familienhebamme ist daher auf eine enge Kooperation mit allen diesen Institutionen angewiesen, da nur dann ein Erfolg ihrer Arbeit möglich ist.

Prävention durch die aufsuchende Arbeit der Familienhebammen

Die Arbeit der Familienhebammen erfolgt sowohl von Seiten des Jugend- wie auch von Seiten des Gesundheitsschutzes in zwei sich optimal ergänzenden Ansätzen:

(1) Intervention bei bereits deutlichen Anzeichen für drohende Kindesvernachlässigung oder bei bereits bestehender Gefährdung des körperlichen und seelischen Kindeswohls. Dies geschieht in der Regel in direkter Beauftragung durch das jeweils zuständige Jugendamt im Sinne der Tertiärprävention d. h. Vermeidung von Langzeitfolgen im Sinne einer sozialen Krankheit bei bereits vorhandenen sozialen Störungen.

(2) Maßnahmen der Sekundärprävention, wenn bei Erkennen von Risikofaktoren daran gearbeitet wird, dass keine Störungen im Sinne der Kindesvernachlässigung oder gar Kindesmisshandlung auftreten können. Dieser Einsatz kann sowohl von dem zuständigen Jugendamt oder häufiger von anderen Institutionen (z. B. Ärzten, Krankenhäusern, Jobcentern, Beratungsstellen,) nachgefragt bzw. erbeten werden.

Die aufsuchende Hilfe einer Familienhebamme wird so oft wie erforderlich durchgeführt. Dies kann einmal wöchentlich oder einmal täglich sein. In vielen Fällen sind zu Beginn der Betreuung häufige Hausbesuche erforderlich, die nach Wochen, bei Besserung der vorliegenden Probleme seltener, erfolgen können.

Qualitätssicherung

Zu einer erfolgreichen Arbeit von Familienhebammen gehört jedoch nicht nur die engagierte und fachlich gute Betreuung, sondern auch eine nachvollziehbare Dokumentation der einzelnen Schritte sowohl bei

der Abschätzung der Risiken und Ressourcen wie auch bei der Durchführung der Betreuungsmaßnahmen. Hierzu erhalten die Familienhebammen, die im Honorarvertrag der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER arbeiten, eine umfangreiche standardisierte Dokumentation mit dem Ziel, das oft komplexe Geschehen transparenter erfassen und darstellen zu können. Dabei wird neben vielen anderen Themen z. B. detailliert erfasst und abgefragt: **(1)** Welches sind die Problemlagen in den erfassten Familien; **(2)** Welche Schritte und Maßnahmen veranlasst die Familienhebamme zur Förderung des Kindeswohls; **(3)** Welches sind die Ergebnisse dieser Aktivitäten und wie verändert sich die Problemlage während und am Ende der Betreuung.

Wesentliche Teile der Dokumentation verbleiben bei den Familienhebammen und dienen sowohl als Grundlage für die notwendigen regelmäßigen Fallbesprechungen mit den von den Jugendämtern gestellten Koordinatorinnen wie auch zur Selbstreflexion der Familienhebammen über ihre eigene Arbeit. Ein anonymisierter Statistikbogen wird jedoch zur Auswertung abgegeben.

Im Folgenden werden Daten aus der Familienhebammenarbeit in niedersächsischen Kommunen, in denen die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER als Träger der Hilfemaßnahme „Einsatz von Familienhebammen“ arbeitet, dargestellt. Im Zeitraum 2002 bis 2010 konnten von den betreuten Familien insgesamt 1.087 Dokumentationen ausgewertet werden.

Eine zentrale Frage war, zu welchem Zeitpunkt die Familienhebammen Zugang zu den zu betreuenden Familien finden konnten. Wie Tabelle 1 zeigt, konnte bei 59 Prozent der Frauen die Betreuung bereits während der Schwangerschaft begonnen werden. Nimmt man die 27 Prozent der jungen Mütter in der Wochenbettphase, d. h. während der ersten zwei Monate nach der Entbindung hinzu, so gelingt der Zugang zu Familien mit Risikofaktoren in 86 Prozent vor oder kurz nach der Geburt. Lediglich bei 14 Prozent war ein späterer Beginn der Hilfe erfolgt.

Tabelle 1: Beginn der Betreuung der Familie durch die Familienhebamme

Beginn der Betreuung:	Anzahl	Prozent
während der Schwangerschaft	642	59
während des Wochenbetts	293	27
ab dem 3. Lebensmonat des Kindes	152	14

Es wird immer wieder die Frage gestellt, wie der Weg von Frauen bzw. Familien zu den Familienhebammen möglich ist (vgl. Tabelle 2). In 42 Prozent war das zuständige Jugendamt der Auftraggeber; aber in 16 Prozent meldeten sich betroffene Frauen auch selbst. In der vorgelegten Auswertung erscheint die Zahl der Zuweisungen durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte mit insgesamt 21 Prozent relativ klein, die Zahl hat sich in den letzten Jahren jedoch deutlich erhöht. Je nach dem Bekanntheitsgrad von Familienhebammen in einer Kommunen kann dieser Anteil bereits bei 30 Prozent liegen.

Tabelle 2: Herstellen des Kontakts zwischen Familie und Familienhebamme

Kontakt durch:	Anzahl	Prozent
Jugendamt/ASD	456	42
Arzt/Ärztin	130	12
Krankenhaus	98	9
Beratungsstelle	88	8
andere Hebamme	65	6
Jobcenter	55	5
als Selbstmelderin	173	16
sonstige	22	2

Besonders wichtig war die Frage nach dem Wert bzw. dem Erfolg der Betreuung durch eine Familienhebamme. Bei dieser Auswertung ist es nicht möglich, mit objektiven Kriterien die Fragen nach der Veränderung der jeweils vorgefundenen Probleme bestimmen zu können. Daher ist es wesentlich, dass sowohl zu Beginn einer Betreuung wie auch am Ende die Beurteilung der Familienhebamme gemeinsam mit der Koordinatorin durchgeführt wird, damit auch geklärt werden kann, ob und wenn ja, welche weiteren Hilfen für die Familie benötigt werden.

In den Tabellen 3 bis 5 ist eine Auswahl wesentlicher Problembereiche erfasst und aufgelistet. In Tabelle 3 sind die erheblich beeinträchtigenden Lebenssituationen einer Mutter aufgeführt. Probleme mit der

Selbstpflegekompetenz der Mutter konnten in 37 Prozent gelöst und in weiteren 35 Prozent erheblich gebessert werden. Eine Mutter, die sich selbst nicht mehr vernachlässigt, wird auch mehr Augenmerk auf die Versorgung und Pflege ihres Kindes richten.

Es ist einleuchtend, dass bei Suchtproblemen der Mutter eine völlige Problemlösung eher selten zu erreichen ist, hier im Durchschnitt aber immerhin mit 19 Prozent erreicht werden konnte. Hervorzuheben ist, dass bei weiteren 44 Prozent eine erhebliche Verbesserung der Problematik auftrat, z. B. dadurch, dass eine regelmäßig durchgeführte Substitution erreicht werden konnte. Auch bei der Problemlage „gewalttätiger Partner“ war in insgesamt 62 Prozent der betreuten Familien eine Problemlösung oder zumindest Verbesserung zu erzielen. Dies ist hinsichtlich der Betreuung des Kindes von besonders großem Wert.

**Tabelle 3: Problemlagen bei Betreuungsbeginn und bei Betreuungsende (Mehrfachnennungen)
(A) Erheblich beeinträchtigende Lebenssituation**

	Problemlage bei Beginn		Situation bei Betreuungsende		
			Problemlösung	Verbesserung	Problem unverändert
	Anzahl	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
mangelnde Selbstpflegekompetenz	342	32	37	35	28
Suchtprobleme der Klientin	270	25	19	44	37
Hemmnisse beim Zugang zum Gesundheitssystem	404	37	48	30	22
gewalttätiger Partner	218	20	27	35	38
schwere Partnerprobleme	464	43	24	40	36

In Tabelle 4 sind Probleme bei der Versorgung des Kindes dargestellt. Besonders beeindruckend ist, dass bei der falschen Ernährung sowie bei ausgeprägten Pflegeproblemen des Kindes bei Beendigung der Betreuung nur in wenigen Prozent die schlechte Ausgangssituation fortbestand.

**Tabelle 4: Problemlagen bei Betreuungsbeginn und bei Betreuungsende (Mehrfachnennungen)
(B) Probleme bei der Versorgung des Kindes**

	Problemlage bei Beginn		Situation bei Betreuungsende		
			Problemlösung	Verbesserung	Problem unverändert
	Anzahl	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
ausgeprägte Pflegeprobleme	330	30	56	38	6
falsche Ernährung des Kindes wegen fehlenden Wissens	454	42	71	21	8
ausgeprägte medizinische Probleme des Säuglings	106	10	34	36	30
schlechter körperlicher Zustand des Säuglings	115	11	64	25	11

In Tabelle 5 sind schwierige soziale Situationen festgehalten, die sich zumindest hinsichtlich einer Problemlösung besonders schwer beeinflussen ließen. Aber eine Verbesserung z. B. bei dem Thema „fehlende/abgebrochene Schulausbildung“ sowie bei einer „beruflichen Qualifizierung“ war in 30 Prozent bzw. 39 Prozent möglich, so dass lediglich bei 37 bis 45 Prozent sich die problematische Ausgangslage nicht verändert hatte.

**Tabelle 5: Problemlagen bei Betreuungsbeginn und bei Betreuungsende (Mehrfachnennungen)
(C) Soziale Situation der Eltern/Mutter**

	Problemlage bei Beginn		Situation bei Betreuungsende		
			Problemlösung	Verbesserung	Problem unverändert
	Anzahl	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Soziale Kontakte schwach/fehlend	494	45	30	45	25
schlechte materielle Lage	778	71	12	37	51
fehlende/abgebrochene Ausbildung	554	51	25	30	45
fehlende berufliche Bildung fehlende Berufschancen	360	32	24	39	37

Anhand dieser Auswertung kann gut belegt werden, dass Risikofamilien zu dem wichtigsten Zeitpunkt vor oder kurz nach der Geburt durch den Einsatz von Familienhebammen erreicht werden und dass durch die Hilfe und Betreuung erstaunliche Ergebnisse erzielt werden können. In vielen Fällen ist weitere Hilfe erforderlich. Aber hierfür sind dann meist eher erzieherische Kompetenzen für die Betreuung der Kinder gefragt. In der Regel haben jedoch Familienhebammen durch ihre von den Müttern/Familien hochgeschätzte Arbeit ein gutes Vertrauensverhältnis erarbeitet, so dass anschließend bei nicht mehr bestehenden Hemmschwellen andere Professionen in den Familien mit Rat und Tat helfen können.

In einer Umfrage bei niedergelassenen Kinderärzten im Jahr 2009 fand sich – im Gegensatz zu sonst gelegentlich geäußerten Vorbehalten gegen Hebammen – eine hohe Zustimmung für die Arbeit der Familienhebammen. Von den 192 Kinderärzten, die die Umfrage beantworteten hatten, waren 74 Prozent der Ansicht, dass die Familienhebammen sehr gute bzw. gute Arbeit bei der Vermeidung von Kindesvernachlässigung leisten würden.

Warum sind erst so wenige Familien in den zurückliegenden Jahren von Familienhebammen betreut worden?

Es ist zum einen eine erhebliche psychische und physische Belastung, der sich die Familienhebammen unterziehen. Zum anderen ist das finanzielle Risiko zu berücksichtigen, das eine Hebamme, die sich zur Familienhebamme qualifizieren möchte, eingeht, denn sie hat als freiberuflich tätige Hebamme die Qualifizierung selbst zu finanzieren ohne zu wissen, ob sie anschließend als Familienhebamme auch eingesetzt wird.

In den letzten Jahren sind in Niedersachsen 214 Hebammen zu Familienhebammen qualifiziert worden, in Deutschland insgesamt ca. 800. Davon sind lediglich 60 bis 70 Prozent im Einsatz. Wenn wir bei den eingangs angeführten Zahlen allen Familien mit Risikofaktoren Familienhebammenhilfe geben möchten, müssen in Deutschland mindestens 3.000 bis 3.500 Familienhebammen zur Verfügung stehen.

Um auf die eingangs gestellte Frage zurück zu kommen, ob wir noch mehr Forschung benötigen, um zu wissen, wie wir den Zugang zu Familien mit Risikofaktoren finden können, muss man dies ganz klar verneinen. Wie der Artikel aufweist, sind gute Maßnahmen schon wissenschaftlich belegt und bekannt. Diese müssen umgesetzt werden, und ein wichtiges und erfolgreiches Glied in dieser Kette von Frühen Hilfen ist der Einsatz von Familienhebammen. Es soll daher mit Goethe geendet werden: „Es ist nicht genug zu wissen, man muss auch anwenden; es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun“.

www.eine-chance-fuer-kinder.de

Prof. Dr. med. Adolf Windorfer ist Vorsitzender der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER

((Marginalien))

Für viele Schwangere und junge Familien fehlt der notwendige schützende Rahmen.

Hebammen haben einen weitgehend barrierefreien Zugang zu Frauen in schwierigen Lebenssituationen.

Durch die Hilfe und Betreuung von Familienhebammen werden erstaunliche Ergebnisse erreicht.

Literatur

- Collatz, J. & Rohde, J.J. (1986). Ergebnisse der Aktion Familienhebamme im Überblick. Evaluation eines Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und gesundheitsdienlichen Lebensweisen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. München.
- Egle, T.U. (2005). Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen. In: Cierpka, M. (Hrsg). Möglichkeiten der Gewaltprävention. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.
- Frank, R. & Kopecky-Wenzel, K.M. (2002). Vernachlässigung von Kindern. Monatsschrift für Kinderheilkunde 150, 1339-1343.
- Frank, R. & Räder, K. (1994). Früherkennung und Intervention bei Kindesmisshandlung. Forschungsbericht. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen (Hrsg) München.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Windorfer, A. (2009). Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen. Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58, 368-383.
- Ziegler, H., Derr, R., Sann, A, & Gerber, C (2010). Erreichen die Frühen Hilfen ihre Zielgruppe? IzKK-Nachrichten, Band 1, 12-17.
- Zierau, J. & Gonzales, I.M. (2005). Modellprojekt „Aufsuchende Familienhilfe für junge Mütter – Netzwerk Familienhebammen“. Ergebnisse der Evaluation für die Jahre 2002-2004. Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER (Hrsg.) Hannover.