

Kinder brauchen Wurzeln

A.Windorfer

Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER



Einige Leitsätze (I)

- Die veränderte Familienstruktur, d.h. höchstens 2 Kinder, das veränderte Erwerbsleben der Eltern und das Tempo der Lebensführung, d.h. belastende Unruhe und erhöhter Verkehr, sind starke Hemmnisse für die interfamiliäre Sozialsituation eines Kindes. Ein Kind ist emotional im ersten Lebensjahr besonders verwundbar.
- Prägungsvorgänge, die sich zwischen Säugling und Mutter abspielen, sind notwendige Entwicklungsschritte, die bei stärkeren Störungen zu unreparierbaren Beziehungsschwierigkeiten führen können.



Einige Leitsätze (II)

- Unbildung und Unkenntnis der Bedürfnisse eines Kindes sind häufiger für mangelhaftes körperliches und seelisches Gedeihen verantwortlich, als Böswilligkeit.
- Todesfälle durch Kindesmisshandlung sind häufiger, als der Tod an allen Infektionskrankheiten zusammen. Man muss mit 6 –10 schweren Misshandlungen auf 1000 Säuglinge rechnen.
- Auch Verwahrlosung in seelischer und körperlicher Hinsicht ist Kindesmisshandlung. Sie stellt den stärksten Grad der Vernachlässigung dar.



gutsituierte,
beruflich
eingebundene
Familien mit
ausreichend
Elternkompetenz



psychosozial
belastete Familien
mit und ohne
ausreichender
Elternkompetenz





psychosozial belastete Familien

z.B.

- Alleinerziehende Mütter/ Väter
- Minderjährige
- körperlich/ geistig Behinderte
- Migrantinnen
- Suchterkrankte
- sozial Benachteiligte





Zentrale Aspekte der Bindungstheorie (1)

- Bindung ist nicht Selbstzweck – sie hat die Funktion, die Erkundung der Welt, die Entwicklung des Kindes zu fördern
- Säugling/ Kleinkind ist mit Bindungsverhalten (Schreien, Anblicken, usw.) ausgestattet
- Funktion des Bindungsverhalten: angemessene elterliche Reaktion auszulösen, die Kummer, Angst, Hunger, usw. beseitigen.
- Feinfühligkeit = Möglichkeit, angemessen zu reagieren.
- Ist Wohlbefinden und Gefühl von Sicherheit wieder hergestellt, wendet sich das Kind mit Erkundungsverhalten wieder an seine Umwelt



Zentrale Aspekte der Bindungstheorie (2)

- Menschen sind darauf angelegt, unter günstigen Bedingungen die Bedürfnisse des Kindes angemessen zu erfüllen und seine Entwicklungsnotwendigkeiten zu berücksichtigen (Papousek: Intuitives Elternverhalten)
- Wenn das Bindungsverhalten des Kindes regelmäßig adäquat beantwortet wird, entsteht eine sichere Bindung
- Wird das Bindungsverhalten regelmäßig nicht adäquat beantwortet, richtet das Kind seine Erwartungen darauf ein: Unsichere Bindung



Kindesvernachlässigung

Risikofaktoren von Seiten des Kindes

- Gefährlichste Altersperiode : 3. Lebensmonat bis 3. Lebensjahr
- Frühgeborene sind besondere Risikokinder für Vernachlässigung und Misshandlung
- Auch Mehrlingskinder sind Risikokinder wegen der in der Regel erheblichen Überforderung der Mutter
- Besonders gefährdet sind Säuglinge mit vermehrten Schreiattacken (daher bereits ab dem 3. Monat), mit vermehrten Unruhezuständen, Schlafstörungen und scheinbarer Schwierigkeit bei der Ernährung



Kindesvernachlässigung

Risikofaktoren von Seiten der Eltern

- Überforderung der Eltern, speziell solcher aus sozial benachteiligten Familien stammend,
- allein- erziehende Mütter oder Väter
- Arbeitslosigkeit des männlichen Partners
- Eigene anamnestiche Erfahrungen wie
 - eigene Misshandlungserfahrung
 - Alkoholabhängigkeit
 - Herkunft aus geschiedenen Ehen

Allerdings ist keine soziale Schicht ist vor der Problematik gefeit. Das Vorurteil, dass ausschließlich in sozial benachteiligten Familien Kinder vernachlässigt und misshandelt werden, behindert gelegentlich die Wahrnehmung



„Erworbene Erbkrankheit“

Für das ganze Leben verhängnisvoll, können sich die Mängel an emotionaler Zuwendung zur Entstehung von Bindungslosigkeit und Gefühlskälte auswirken. Ausdruck dafür sind die häufige seelische Verwahrlosung im Kindes- und Jugendalter.





Gesundheitliche Primärprävention (Gesundheitserziehung)

Maßnahmen bei gesunden Menschen, die bewirken sollen, dass gesundheitliches Risikoverhalten vermieden wird.





Gesundheitliche Sekundärprävention (Früherkennung)

bedeutet frühzeitiges Erkennen von Risikofaktoren, um daraus möglicherweise sich ableitende chronische Erkrankungen noch vermeiden zu können . Sekundärprävention bedeutet aber auch bei bereits bestehender, aber klinisch noch unbemerkter, chronischer Erkrankung diese so frühzeitig erkennen zu können, so dass eine Heilung möglich ist





Gesundheitliche Tertiärprävention z.B. Rehabilitation

hierzu gehören alle Maßnahmen, die zu verhindern suchen, dass bereits aufgetretene und klinisch manifeste chronische Erkrankungen schwere Langzeitschäden verursachen. Zumindest wird versucht das Auftreten von Langzeitschäden hinaus zu zögern oder in der Häufigkeit zu vermindern





Gesundheitliche Prävention/ Soziale Prävention

Im sozialen Bereich, z.B. bei dem Kinderschutz, ist soziale Prävention unerlässlich, die am Beispiel des Einsatzes von Hebammen und Familienhebammen wie folgt definiert werden kann





Soziale Primärprävention = Arbeit einer „normalen“ Hebamme

denn sie kümmert sich nicht nur während der gesamten Schwangerschaft, während der Geburt und während des Wochenbettes um das Wohlergehen von Mutter und Kind, sondern führt neben Maßnahmen der Gesundheits- auch Maßnahmen der „Sozialerziehung“ durch z. B. Anleitung für den richtigen Umgang einer Mutter mit ihrem Kind zur Erzielung einer guten Mutter-Kind-Bindung durch



Soziale Sekundärprävention = Arbeit einer Familienhebamme.

Wenn ein Arzt, eine Hebamme oder eine andere Institution erkennen, dass im Verlauf einer Schwangerschaft oder während der Wochen nach der Entbindung das Vorliegen von möglichen sozialen Risikofaktoren erkennen, ziehen sie eine Familienhebamme hinzu, die die Risikofaktoren nicht nur einschätzen, sondern auch an ihrer Bewältigung arbeiten kann zur Vermeidung einer chronischen sozialen Störung bei dem Kind (Gefahr der Kindesvernachlässigung). Diese aufsuchende Arbeit einer Familienhebamme ist in den meisten Fällen dem Jugendamt nicht bekannt, für die Vermeidung von späteren Störungen aber auch für die Jugendbehörden von großer Bedeutung





Soziale Tertiäre Prävention = Arbeit der Familienhebamme im Team mit der Sozialarbeiterin des Jugendamtes

wenn eine Störung bei dem Kind unmittelbar droht d.h. bei fehlender Mutter-Kind-Bindung oder bei drohender Kindesvernachlässigung, wird eine Familienhebamme durch das zuständige Jugendamt im Sinne einer Art Krisenintervention eingesetzt. Sie arbeitet dann in enger Abstimmung mit einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes.



Prävention und Intervention

- Immer ist Prävention einer Intervention vorzuziehen (wegen größerer Erfolgsaussichten)
- Nach vorliegenden Untersuchungen gelingt Prävention am ehesten, wenn
 - die Zugangsschwelle niedrig ist, d.h.
 - die Familien aufgesucht werden
 - auch praktische Hilfe und Entlastung angeboten wird
 - die Familien in ihren Erfahrungen und auch in ihren Kompetenzen ernst genommen und gestärkt werden
 - den Eltern eine auch emotional gute Beziehung („Nachbeelterung“) und
 - eine verlässliche langfristige Arbeitsbeziehung angeboten wird

Hebammen erfüllen schon per se mehrere dieser Bedingungen





Die besondere Situation der Hebamme

- Besonders vertrauensvolle Beziehung zur Mutter
- Begleitung vor, während und über Geburt hinaus möglich – also Gelegenheit zu sehr frühem präventiven Handeln
- Auch schwierige Eltern sind nach der Geburt besonders ansprechbar – bereit zum „bonding“
- Säugling in ersten Wochen oft noch sehr „leicht“
- Hebammen als Garanten körperlichen Wohlergehens haben leichter Zugang als (sozial-)pädagogische Fachkräfte



Familienhebammen (II)

Die Arbeit der „normalen“ Hebamme ist auf die Gesundheit der Schwangeren und der jungen Mutter zentriert.

Die Tätigkeit der **Familienhebamme** hat dagegen neben der Gesundheit der Mutter vor allem das Wohl und die Entwicklung des Kindes als Ziel zu betrachten.

Durch eine frühzeitige Entwicklung der richtigen Bindung zwischen Mutter und Kind soll einer Kindesverwahrlosung vorgebeugt werden.





Die Familienhebamme kann darüber hinaus...

- unkompliziert zwischen somatisch–pflegerischer und psychosozial–präventiver Tätigkeit wechseln
- d. h. auch: selbst an der Eltern-Kind-Beziehung arbeiten
- dabei die erforderliche längerfristige Betreuung sicher stellen
- wenn erforderlich: in Kooperation mit einer Sozialarbeiterin andere bestehende Hilfsmöglichkeiten einbeziehen



Familienhebammen (III)

Einzelne der früher ausgebildeten **Familienhebammen** wurden an einem Gesundheitsamt angestellt. Sie sind in einzelnen Großstädten in NRW (Köln, Düsseldorf, Dortmund) tätig und betreuen meist stadtteilbezogen Frauen in schwierigen Lebenssituationen und ihre Säuglinge.

Eine annähernd flächendeckende Versorgung durch Einstellung von Familienhebammen wurde durch die Stellenknappheit in den Kommunen unmöglich gemacht.

Bis vor wenigen Jahren war allerdings das Thema "Kindesvernachlässigung" in der Öffentlichkeit kaum als brisant angesehen worden und damit auch für die Politik nicht interessant.





Familienhebammen (IV)

Die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER griff im Jahr 2001 das Prinzip der aufsuchenden Hilfe für Schwangere und junge Mütter in schwierigen sozialen und/oder psychosozialen Situation wieder auf und entwickelte ein Konzept, anstelle angestellter Hebammen freiberufliche Hebammen nach entsprechender spezifischer Fortbildung als **Familienhebammen** einzusetzen.

Dies Pilotprojekt wurde ab dem Jahr 2002 erst in drei niedersächsischen Kommunen (Braunschweig, Osnabrück, Leer) und ab dem Jahr 2005 auch zusätzlich in der Stadt Hannover erprobt.





Familienhebammen (V)

Das Pilotprojekt

„Aufsuchende Hilfe durch Familienhebammen“

wurde von der niedersächsischen Landesregierung und von der Klosterkammer Hannover gefördert und von dem Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES) Hannover wissenschaftlich begleitet.





Familienhebammen (VI)

Voraussetzende Leistung für die 3 Einsatzkommunen war die Freistellung einer halben Sozialarbeiterstelle, die für die Familienhebammen als „Scharnier“ zum jeweiligen Jugendamt fungieren sollte.

Die Ergebnisse der Begleitforschung belegen eine erstaunlich hohe Erfolgsquote dieser aufsuchenden Arbeit.



Familienhebammen (VII)

Vorteile des gewählten Modells:

- durch die Freiberuflichkeit der **Familienhebamme** ist eine noch bessere Erreichbarkeit von „problematischen“ Familien gegeben, als durch eine behördlich angebundene Hebamme.
- durch die gleichzeitige Betreuung von „kritischer“ und „unkritischer“ Klientel behält die **Familienhebamme** einen besseren Blick für Normalverhältnisse.
- durch die Kombination „kritische“ und „unkritische“ Klientel für die Hebamme, die auch als **Familienhebamme** tätig ist, wird durch eine höhere Berufszufriedenheit ein sonst drohendes „burn out“-Syndrom vermieden.



Familienhebammen (VIII)

Vorteile des gewählten Modells:

- die zuständige Kommune hat mit dem Einsatz von Familienhebammen keine Stellen- und Personalprobleme (z.B. durch Urlaub, Krankheit)
- bei einem Flächenlandkreis können mehrere Familienhebammen eingesetzt und eine flächenmäßig bessere Betreuung erreicht werden.
- bei Bedarf kann eine Vereinbarung zu festgelegten Zeiten gekündigt werden.
- die Kommune kauft ausschließlich eine Leistung mit einem bestimmten Umfang ein.



Familienhebammen (IX)

Zu lösende Fragen bei dem gewählten Modell:

- durch die Freiberuflichkeit der **Familienhebamme** untersteht diese nicht direkt kommunalen Behörden (keine Dienst-oder Fachaufsicht) und bedarf daher einer Führung durch einen Träger
- die freiberufliche **Familienhebamme** hat zu der betreuenden fachlichen Arbeit weitere Leistungen zu erbringen:
 - **sie arbeitet in einem erheblichen Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Garantenstellung.**
 - **sie ist für aussagekräftige Dokumentation verantwortlich.**
 - **Sie hat z.T. erhebliche Wegstrecken zurückzulegen**



Familienhebammen (X)

Zu lösende Fragen bei dem gewählten Modell:

- Mögliche Finanzierung der Arbeit der **Familienhebamme** durch ein Jugendamt muss für einen bestimmten Zeitraum gesichert sein und darf nicht nur diejenigen Fälle umfassen, die der Familienhebamme zugewiesen wurden.
- bei dem zuständigen Jugendamt muss ein fester Ansprechpartner für die **Familienhebammen** zuständig sein.
- fehlende Verpflichtung zur Durchführung von systematischen Fortbildungen.



Familienhebammen (XI)

Lösungsvorschläge:

- die freiberuflichen **Familienhebammen** werden an einem freien Träger angebunden, der für den Abschluss der Honorarverträge mit den Familienhebammen verantwortlich ist.
- das jeweilige Jugendamt kauft die Leistung „**Einsatz von Familienhebammen**“ nicht anlassbezogen, sondern pauschaliert bei dem Träger



Familienhebammen (XII)

Lösungsvorschläge:

Die Leistungen des Trägers sind:

- Sicherstellung des Einsatzes der **Familienhebammen**
- Sicherstellung der Einhaltung der Garantenverpflichtung
- Sicherstellung der Durchführung und Auswertung der fallbezogenen, anonymisierten Dokumentation
- Sicherstellung der qualifizierten Fortbildung
- Sicherstellung der ständigen Rückkoppelung zwischen Jugendamt, **Familienhebamme** und Träger



Familienhebammen (XIII)

Lösungsvorschläge:

die Pauschale beinhaltet:

- die Abgeltung einer bestimmten Wochen-, Monats-, Jahresstundenzahl der Familienhebammenarbeit.
- Wegegeld
- Regiekosten

Beispiel: 36,00 Euro Stundenhonorar

- 1,50 Euro Wegegeld
- 2,00 Euro Regiekosten des Trägers
- insgesamt 39,50 Euro pro Stunde

- Bei 20 Wochenstunden Familienhebammenarbeit : 41.080,- Euro pro Jahr
- Bei 30 Wochenstunden Familienhebammenarbeit: 61.620,- Euro pro Jahr



Anzahl der von Familienhebammen erreichten Frauen in den Jahren 2002 - 2006

Stadt Braunschweig	n = 172
Stadt / LK Leer	n = 184
Stadt Osnabrück	n = 211
Stadt Hannover ¹	n = 23
Gesamt	n = 590

¹ nur für die Zeit April 2005 – Dezember 2006



Lebensphase, in der die Frauen erreicht wurden (n = 590)

	1		2		3		4		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Während Schwangerschaft	106	61,6	108	58,6	119	56,4	14	60,8	347	58,8
Während Wochenbett	40	23,2	52	28,3	60	28,4	6	26,1	158	26,8
Nach dem ersten Lebensmonat des Kindes	26	15,1	24	13,1	32	15,2	3	13,1	85	14,4
Gesamt	172		184		211		23		590	

1 = Stadt Braunschweig

2 = Stadt/ LK Leer

3 = Stadt Osnabrück

4 = Stadt Hannover



Anzahl der von Familienhebammen erreichten Frauen in den Jahren 2002 - 2006

	1		2		3		4		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
allein lebend	63	37,2	67	36,4	92	43,6	8	34,8	230	39,1
mit Partner lebend	73	42,2	80	43,5	85	40,3	4	17,4	242	41,0
bei Eltern lebend	16	9,3	26	13,6	19	9,0	5	21,7	66	11,0
obdachlos	6	2,9	3	1,6	4	1,4	1	4,3	14	2,0
Anderes (z.B. bei Großeltern, Mutter- und Kind- Haus)	14	8,1	8	4,3	11	5,2	5	21,7	38	6,2
Gesamt	172		184		211		23		590	

- 1 = Stadt Braunschweig
- 2 = Stadt/ LK Leer
- 3 = Stadt Osnabrück
- 4 = Stadt Hannover



Alter der erreichten Frauen

	n	%
< 18 Jahre	127	21,9
19 – 21 Jahre	173	29,4
22 – 27 Jahre	160	27,2
> 27 Jahre	127	21,5



Zugang der Familienhebamme zu der Klientin

	n	%
durch Jugendamt	274	46,5
bereits eigene Klientin	32	5,4
durch Klientin selbst	56	9,5
durch Beratungsstelle (z.B. pro familia, Jobcenter)	106	18,0
Geburtshilfliche Klinik	57	9,6
Arzt / Ärztin	38	6,4
Familienangehörige	14	2,4
Sonstige	13	2,2



Ausbildungs- und Erwerbssituation bei der erreichten Mutter

	n	%
Schülerin	96	16,3
Auszubildende	34	5,8
regelmäßig erwerbstätig	41	6,9
Arbeitslosengeld 1	31	5,2
Arbeitslosengeld 2	293	49,7
Hausfrau	95	16,1
Gesamt	590	



Problemlagen der Klientinnen zu Beginn und Veränderungen der Problemlagen bei Abschluss der Betreuung durch die Familienhebamme (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problem lösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Probleme bei der Versorgung des Kindes								
ausgeprägte Pflegeprobleme	165	27,9	9	5,4	62	37,6	92	55,7
falsche Ernährung des Kindes wegen fehlendem Wissen	227	38,5	18	7,9	49	21,6	160	70,4
ausgeprägte medizinische Probleme bei dem Säugling	53	9	16	30,2	19	35,8	18	33,9
schlechter körperlicher Zustand des Säuglings	53	10,7	7	11,1	16	25,4	40	63,5



Problemlagen der Klientinnen zu Beginn und Veränderungen der Problemlagen bei Abschluss der Betreuung durch die Familienhebamme (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problem lösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Materielle Situation								
Soziale Kontakte schwach oder fehlend	247	41,8	61	24,7	111	44,9	75	30,3
Schlechte materielle Lage	389	65,9	198	50,8	144	37,0	47	12,1
Fehlende oder abge- brochene Ausbildung	277	46,9	125	45,1	84	30,3	68	25,4
Fehlende Berufs- chancen (fehlende berufliche Bildung)	190	32,3	69	36,7	75	39,1	46	24,2



Problemlagen der Klientinnen zu Beginn und Veränderungen der Problemlagen bei Abschluss der Betreuung durch die Familienhebamme (Mehrfachnennungen)

	bei Beginn oder während Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problem lösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erheblich beeinträchtigende Lebenssituation								
Mangelnde Selbstpflegekompetenz	171	28,9	48	28,9	60	35,1	63	36,8
Gewalttätiger Vater	109	18,2	42	38,5	38	34,8	29	26,6
Andere Partnerprobleme	232	39,3	83	35,8	93	40,1	56	24,1
Suchtprobleme der Klientin	135	22,9	50	37,0	58	42,9	26	19,2
Hemmnisse beim Zugang zum Gesundheitssystem	202	34,2	44	21,7	61	30,1	97	48,0



Problemlagen der Klientinnen zu Beginn und Veränderungen der Problemlagen bei Abschluss der Betreuung durch die Familienhebamme (Mehrfachnennungen)

Probleme bei der Mutter-Kind-Beziehung	bei Beginn oder während Betreuung		bei Abschluss der Betreuung					
	trifft zu		besteht weiterhin		Verbesserung		Problem lösung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ablehnung des Kindes	47	7,9	6	12,7	12	25,5	29	61,7
Ausgeprägte Überforderung der Mutter	289	48,9	78	26,9	101	34,9	138	47,7
sehr unsichere Mutter	348	58,9	66	18,9	111	31,9	171	49,1
sehr unruhiges Kind	57	9,7	6	10,5	23	40,3	28	49,2
Zeichen von Kindesvernachlässigung	43	7,3	4	9,3	15	34,8	24	55,8



Familienhebammeneinsatz in den Jahren 2007 und 2008

- Ab 01.01.07 haben in 6 Kommunen die Jugendämter Familienhebammen in Einsatz genommen (direkt oder über Träger)
- Seit 01.08.07 haben weitere 10 Kommunen Familienhebammen im Einsatz
- Ab Herbst 07 haben weitere 8 Kommunen den Einsatz von Familienhebammen finanziert und in ihr aufsuchendes Angebot aufgenommen
- Für das Jahr 2008 sind weitere 6 Kommunen bereit Familienhebammen einzusetzen und zu finanzieren
- Ab April 2008 werden insgesamt 30 von 47 niedersächsischen Kommunen Familienhebammen im Einsatz haben







Hebammen bauen Netzwerke auf

Heike Schenk Hebamme/

Familienhebamme



Chancen der Netzwerkarbeit nutzen!

Professionalisierung der eigenen Arbeit durch Kooperation mit gleichgesinnten Akteuren.

Persönliche Entlastung und **Effektivitätssteigerung** für KlientInnen durch Zusammenlegung von Kompetenzen.





Erfolgsfaktoren der Vernetzung

Institutionelle Unterstützung der Zusammenarbeit

vorhandene Kooperationskanäle nutzen

gemeinsame Ziele





Fazit

Lust am Team

schafft

effektive Netzwerkarbeit





Konkrete Umsetzung eines Netzwerkes

Problembewusstsein

Initiative ergreifen

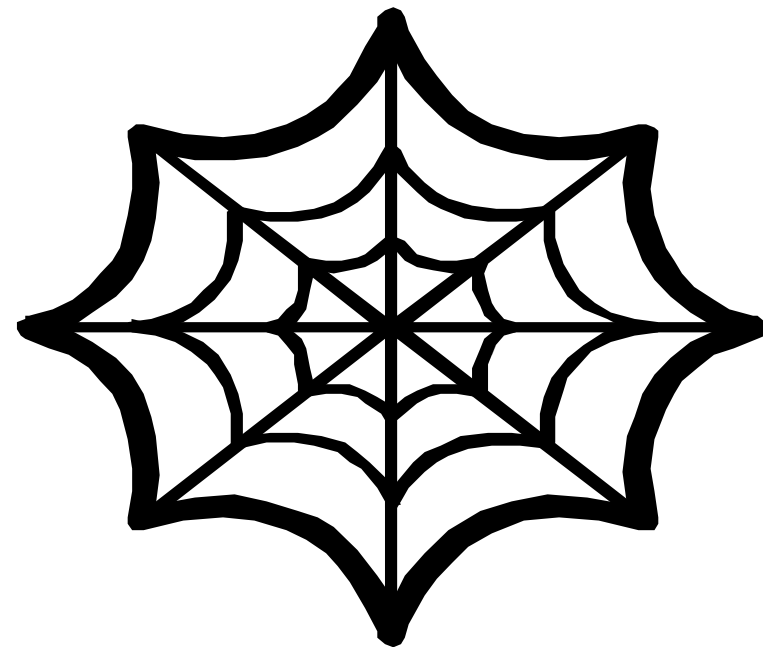
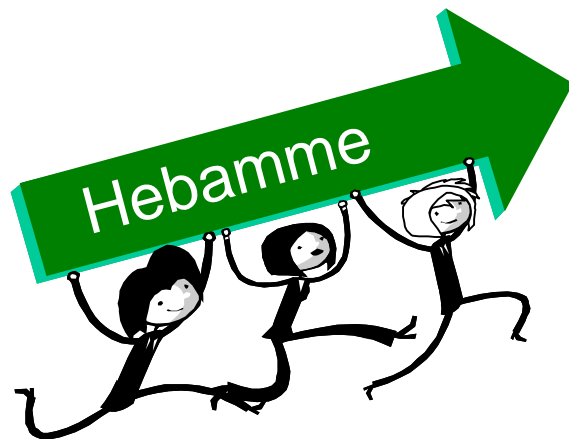
Gleichgesinnte finden und motivieren

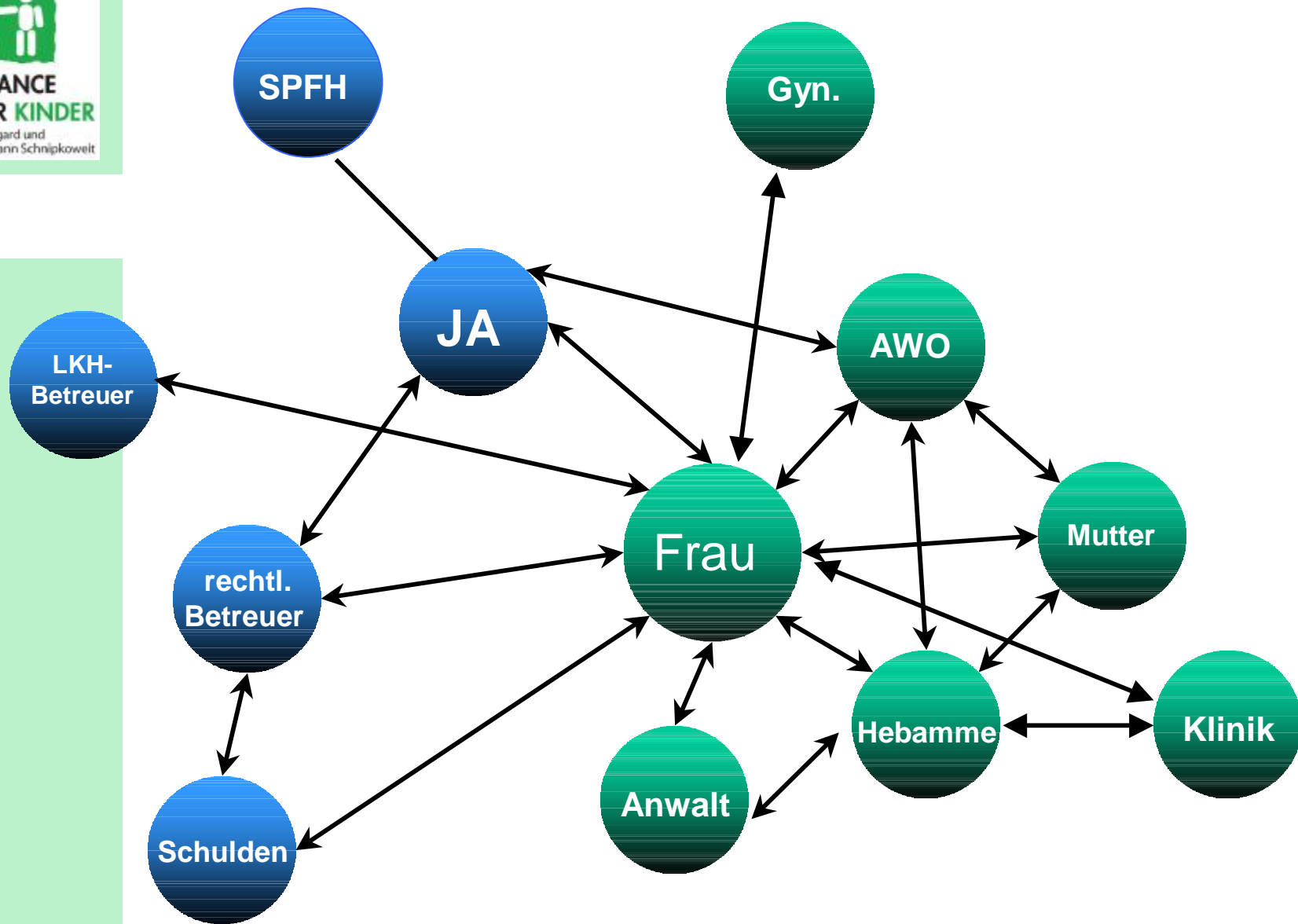
gemeinsame Ziele definieren

Planung - Konzeptarbeit



Ein Knotenpunkt im Netzwerk





Familienhebammenzentrale Hannover



Stiftung EINE CHANCE FÜR
KINDER



Ziele

Frühprävention

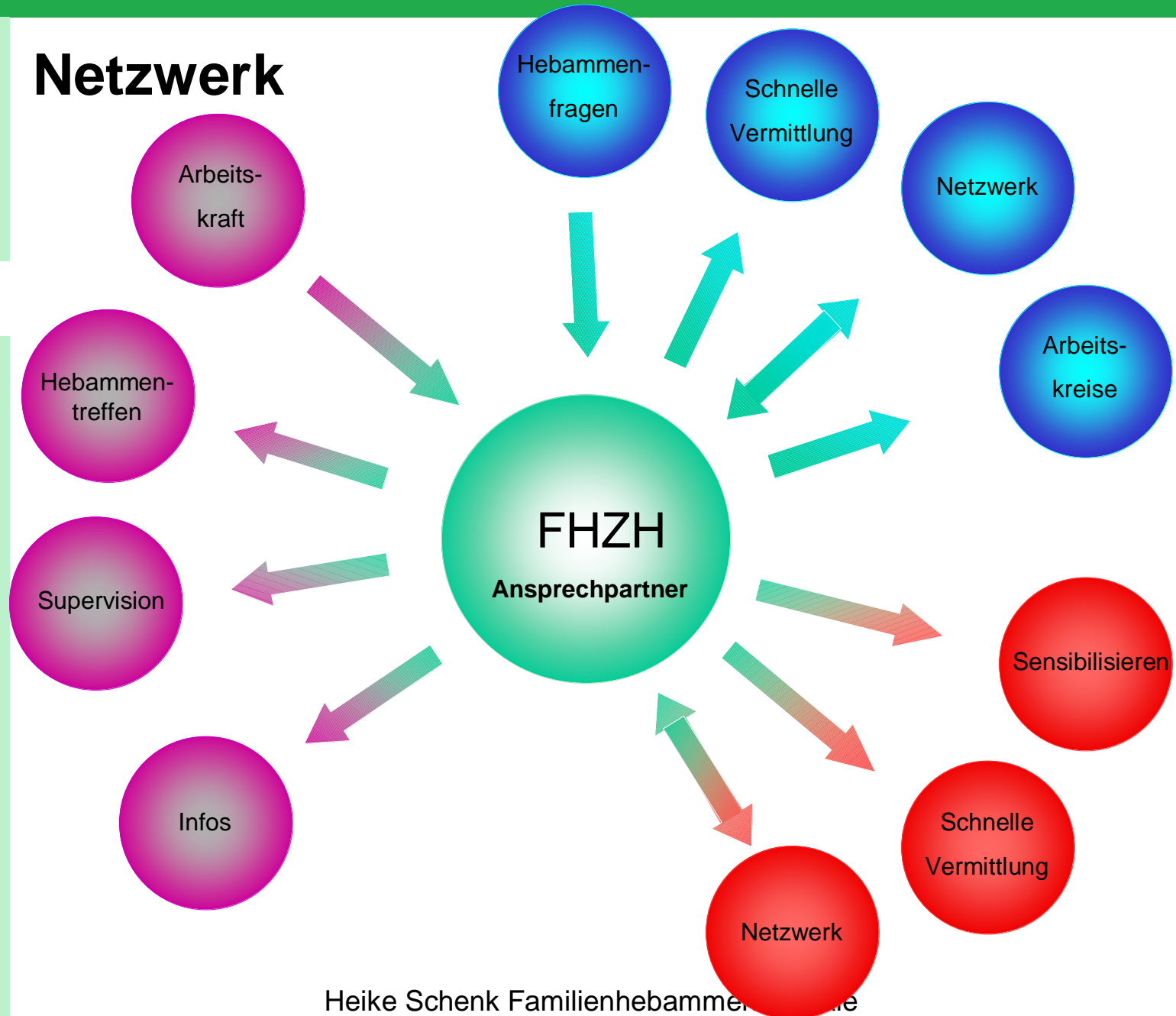
Flächendeckende und schnelle Vermittlung von Hebammen /
Familienhebammen

Netzwerk





Netzwerk



Heike Schenk Familienhebamme



Familienhebammenzentrale Hannover

ein Projekt der Stiftung **EINE CHANCE FÜR KINDER**

Montag – Freitag

09.00 Uhr – 13.00 Uhr

Tel:0511 27914316



Familienhebammenzentrale Hannover

