

**Familienhebammen im Rahmen
des Netzwerkes „Früher Hilfen“ –
Grenzen ihrer Handlungsspielräume**

B a c h e l o r a r b e i t

an der Hochschule Meißen (FH) und Fortbildungszentrum
zum Erwerb des Hochschulgrades
Bachelor of Laws (LL.B.)

Vorgelegt von
Janina Thieme
aus Meißen

Meißen, 25. März 2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
2 Die originäre Hebamme.....	4
2.1 Regelversorgung als originäre Hebammenhilfe	5
2.1.1 Leistungsumfang	5
2.1.2 Zeitlicher Umfang	6
2.2 Qualifikation.....	6
2.3 Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses – Freiberuflichkeit oder Festanstellung	7
2.4 Gesetzliche Verankerung	8
3 Die Familienhebamme.....	9
3.1 Kriterien für die Betreuung durch eine Familienhebamme	9
3.2 Leistungen der Familienhebamme.....	11
3.2.1 Regelversorgung	11
3.2.2 Betreuung und Begleitung bei erhöhtem Unterstützungsbedarf	11
3.2.2.1 Während der Schwangerschaft	14
3.2.2.2 Nach der Geburt.....	15
3.3 Qualifikation.....	18
3.3.1 Zusatzqualifikation.....	18
3.3.2 Kompetenzprofil für Familienhebammen	19
3.4 Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses – Freiberuflichkeit oder Festanstellung	20
3.5 Gesetzliche Verankerung	21
3.6 Parallelität der Hebammen- und Familienhebammentätigkeit in Personalunion oder -trennung.....	23
3.7 Entwicklung des Leistungsangebotes	24
3.7.1 Sichtweisen der Kommunen und Betreuten	24
3.7.2 Modelle in der Praxis	25

3.8	Einführung der Tätigkeit von Familienhebammen statt Erweiterung der Regelversorgung originärer Hebammen	27
3.8.1	Übereinstimmung des Grundgedankens.....	27
3.8.2	Klare Abgrenzung in anderen Bereichen	27
3.8.3	Negativassoziation des originären Hebammenberufes	28
3.8.4	Persönliche Meinung des Autors	29
4	Die Netzwerke „Früher Hilfen“	30
4.1	Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke	31
4.2	Koordinierungsstellen	32
4.3	„Nationales Zentrum Frühe Hilfen“.....	33
4.4	Präventionsarbeit	34
4.4.1	Primäre Prävention.....	35
4.4.2	Sekundäre Prävention	35
4.4.3	Tertiäre Prävention.....	36
4.5	Gesetzliche Verankerung und Finanzierung	37
4.5.1	Verwaltungsvereinbarung „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“	37
4.5.2	Verwaltungsvereinbarung „Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen“	38
5	Der Schutzauftrag der Familienhebamme	40
5.1	Kinderschutz als oberstes Ziel.....	41
5.2	Kindeswohl.....	42
5.3	Kindeswohlgefährdung nach § 1666 Abs. 1 BGB und BGH.....	43
5.3.1	Gewichtige Anhaltspunkte	45
5.3.2	Formen der Kindeswohlgefährdung.....	46
5.4	Vorgehensweise der Familienhebamme bei einer Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG.....	47
5.4.1	Erörterung der Situation mit den Personensorgeberechtigten.....	47
5.4.2	Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.....	49
5.4.3	Befugnis zur Offenbarung der Gefährdung und Weitergabe persönlicher Daten	50
5.4.4	Eingriff durch das Jugendamt	51

5.4.5	Begleitung der Maßnahmen des Jugendamtes durch die Familienhebamme	52
6	Schlusswort	53
	Wesentliche Erkenntnisse der Bachelorarbeit	58
	Anhang	VII
	Literaturverzeichnis	VIII
	Rechtsprechungsverzeichnis	XII
	Rechtsquellenverzeichnis	XIII
	Eidesstattliche Versicherung	XV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Stufen der Prävention“ (Pertzborn, Emons, Brendel und Haverkamp 2018: 2)	34
Abbildung 3: „Altersverteilung bei den Gefährdungseinschätzungen [...]“ (Kaufhold 2014: 5)	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zuständigkeiten der Präventionsstufen.....	34
Tabelle 2: Vergleich von originärer und Familienhebamme anhand ausgewählter Kriterien	55

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BKiSchG	Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHV	Deutscher HebammenVerband e. V.
FGKiKP	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger
HebG	Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz)
i. V. m.	in Verbindung mit
KKG	Gesetz über die Kooperation und Information im Kinderschutz
m. W. v.	mit Wirkung vom
NZFH	<i>Nationales Zentrum Frühe Hilfen</i>
S.	Satz
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfegesetz
VV BI	Verwaltungsvereinbarung <i>Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen</i>
VV FFH	Verwaltungsvereinbarung <i>Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen</i>

1 Einleitung

Besonders Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder sind sehr empfindlich und sensibel. Ihr hohes Schutzbedürfnis muss für eine optimale körperliche als auch seelische Entwicklung erfüllt sein.

Kinder, die durch ihre Familie¹ und ihr soziales Umfeld nicht die für sie nötige Fürsorge erfahren, sind während des Heranwachsens stark benachteiligt. Der Ursprung dieser Benachteiligung liegt darin, dass die im Familienverband bestehenden Belastungen² nicht durch die zur Verfügung stehenden Ressourcen³ gedeckt werden können.

Ruft das Ungleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen ein Defizit hervor, hat die Familie Anspruch auf Hilfe. Dieser wird in den Gesetzestexten des Grundgesetzes, der Sozialgesetzbücher, des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG), des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sowie in Verwaltungsvereinbarungen verankert.

Im Fall eines Hilfebedarfes kann die Unterstützung durch die Stiftung *Frühe Hilfen*, deren regionale Netzwerke und insbesondere durch eine dem Netzwerk angehörige Familienhebamme eine positive Neuordnung der Lebensverhältnisse bewirken.

Seit dem Aufbau dieser Netzwerke im Jahr 2012 und durch den bis in die Gegenwart andauernden Ausbau zur Qualitätsverbesserung werden die Eltern und weiteren Bezugspersonen durch *Frühe Hilfen* motiviert, ihre Erziehungsaufgabe verantwortungsvoll auszuführen und den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden. Insbesondere sollen durch diese Vorgehensweise Vernachlässigungen und Gewalt von Anfang an ausgeschlossen oder zumindest beseitigt werden, um das Wohl des Kindes vollumfänglich zu wahren.

Das Leistungsspektrum der Familienhebamme dehnt sich dabei zeitlich und inhaltlich weiter aus als die Regelversorgung der traditionellen Hebamme. Hierbei kommt ihr die gesellschaftliche Wertschätzung der Berufsgruppe zugute. Diese Anerkennung bietet – ebenso wie der Grundsatz der freiwilligen Inanspruchnahme aller *Frühen Hilfen* – eine Chance für die Entwicklung des Vertrauensverhältnisses zur betreuten Familie.

Die durch das Netzwerk aufgebaute Verbindung zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe ist für Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf

¹ Als Familie versteht diese Arbeit den Verband zwischen Menschen, die im biologischen Sinne miteinander verwandt oder im soziologischen Sinne durch eine gemeinsame Lebensform miteinander verbunden sind. Sie kennzeichnet sich in der Regel durch das Zusammenleben von Partnern/Eheleuten und deren Kind oder Kindern (Kind siehe § 7 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII).

² Beispielsweise eine Mehrlingsgeburt, Überforderung oder fehlende Unterhaltssicherung.

³ Wie etwa die Selbstorganisation der Eltern, Kenntnisse über die Kinderversorgung oder das Einkommen.

vorteilhaft, weil die Familienhebamme als Lotsin zwischen beiden Bereichen agiert und somit eine vielschichtige Förderung ermöglicht. Gleichzeitig werden im Rahmen des Sozialstaatsprinzipes gleiche Voraussetzungen für die Zukunft aller Kinder geschaffen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist nicht nur die Kooperation der Familienhebamme mit den weiteren Netzwerkeinrichtungen erforderlich, sondern auch die Mitarbeit der Familie.

Die vorliegende Bachelorarbeit hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Kriterien zur Inanspruchnahme der Familienhebammenhilfe, den Umfang ihrer Leistungen und die notwendigen Qualifikationen für eine nachhaltige Verbesserung der familiären Gegebenheiten zu beleuchten. Weitere Schwerpunkte bilden die Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses, welche den Berufsalltag entscheidend beeinflussen kann, sowie die gesetzliche Verankerung. Darüber hinaus beinhaltet die Arbeit kritische Betrachtungen – einerseits bezüglich der Parallelität von besonderer und ursprünglicher Hebammenarbeit und andererseits hinsichtlich der Einführung dieser Tätigkeit.

Familienhebammen und auch Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (FGKiKP) sind Fachkräfte eines Netzwerkes *Früher Hilfen*. Deren konkrete Organisation, Präventionsarbeit und gesetzliche Regelungen sind essentieller Bestandteil des Berufsalltages der Familienhebamme und werden ebenfalls erörtert.

Leider kann die Unterstützung vulnerabler Familien nicht immer einen Fortschritt der Betroffenen bewirken. Im Fall einer Kindeswohlgefährdung hat sie nach § 4 KKG diverse Maßnahmen im Rahmen ihrer Handlungsspielräume zu treffen. Diese werden im Anschluss an die Ausführungen zum Kinderschutz sowie zum Kindeswohl, dessen Gefährdung und diesbezüglich gewichtigen Anhaltspunkten untersucht.

Aufgrund der besseren Verständlichkeit wird zuallererst die durch die konventionelle Hebamme sichergestellte Regelversorgung für alle schwangeren Frauen, werdenden Eltern und Familien mit Neugeborenen thematisiert. Auch wenn das Augenmerk der Arbeit nicht auf ihrer Betreuung liegt, dient dieser Überblick dazu, einen Vergleich zwischen beiden Angeboten zu ermöglichen. Ihre Tätigkeit wird dabei unter Berücksichtigung der historischen Geschichte⁴ und Reichweite⁵ als originär verstanden.

Die Inhalte der vorliegenden Arbeit entstanden durch die Auswertung von literarischen Texten, Stellungnahmen und Entwicklungsberichten sowie gesetzlichen Regelungen.

Die Berufsbezeichnungen *Hebamme* und *Familienhebamme* werden aus Gründen des Leseflusses in weiblicher Form verwendet. Diese sprechen gleichermaßen die männlichen Entbindungspfleger an, welche in Deutschland aktuell nur vereinzelt tätig sind.

⁴ Der Beruf der Hebamme wurde bereits im Alten Testament der Bibel erwähnt. Die französische Hebamme Marie Louise Bourgeois veröffentlichte 1608 das erste Lehrbuch über die Geburtshilfe; die erste Hebammenschule wurde im 18. Jahrhundert an der Berliner Charité eingerichtet (Vgl. Hinke). Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts finden Geburten in der Regel nicht mehr zu Hause statt, sondern in einem Krankenhaus. Dieser gesellschaftliche Wandel war auch ein einschneidendes Ereignis für die Bedeutung des Hebammenberufes (Vgl. Deutscher Hebammenverband 2018: Beruf Hebamme. Geschichte).

⁵ Im Jahr 2017 waren laut Statistischem Bundesamt rund 24.000 Hebammen in Deutschland tätig, wobei ein stetiges Wachstum dieser Berufsgruppe zu verzeichnen ist: Im Jahr 2000 waren es noch circa 8.000 Hebammen weniger (Vgl. Statista 2019). Dagegen waren im Mai 2013 (letzte veröffentlichte Statistik) 1590 Familienhebammen ausgebildet (Vgl. Deutscher Hebammenverband: Anzahl der Familienhebammen).

2 Die originäre Hebamme

Jede schwangere und gebärende Frau sowie jede Mutter mit einem Säugling kann unabhängig von ihrem sozialen Standpunkt oder ihrer gesundheitlichen Verfassung durch eine in der Regelversorgung tätige Hebamme unterstützt werden, die einen Schutzauftrag nach § 4 KKG ausführt.

Im Mittelpunkt der Hebammenarbeit steht die Gesundheit. Diese umfasst nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation⁶ das vollkommene Wohlbefinden des Körpers und des Geistes sowie das Wohlbefinden im sozialen Zusammenhang.⁷ Sie ist als menschliches Grundrecht im Art. 2 Abs. 2 Satz (S.) 1 GG gesichert.

Die regelmäßige Unterstützung beginnt gewöhnlich in der Schwangerschaft und endet mit der achten Lebenswoche des Kindes. Die Hebamme konzentriert sich dabei auf die Mutter und ihr Neugeborenes. Weitere Personen im sozialen Umfeld des Kindes bindet sie nur nachrangig ein.

In der Regel besteht zur Hebamme ein Vertrauensverhältnis, welches sich nicht zuletzt in der gesellschaftlichen Anerkennung des traditionell positiv besetzten Hebammenberufes begründet: Er symbolisiert Beratung, Hilfe und Fürsorge, wobei er sich auf eine jahrhundertlange Wertschätzung berufen kann.⁸ Die Besonderheit in ihrer Tätigkeit als Gesundheitsfachkraft besteht darin, dass sie die Frau und ihren Säugling vorwiegend in deren Wohnumfeld besucht und betreut. Auch dieses Merkmal stärkt die Bindung, wobei ein sensibler Umgang mit der Privatsphäre der Familie unentbehrlich ist.⁹

⁶ Die Weltgesundheitsorganisation verfolgt mit ihren 194 Mitgliedsstaaten seit ihrer Gründung im Jahr 1948 das Ziel, „für alle Völker das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu erreichen.“ (Weltgesundheitsorganisation 2019), beispielsweise bezüglich der medizinischen und hygienischen Versorgung, der Ernährung sowie der Wohn- und Arbeitsbedingungen. Hierbei ist sie weltweit die richtungsweisende Organisation für sämtliche Gesundheitsthemen und übernimmt Verantwortung für die Gesundheitsentwicklung, -forschung, -normen und -beratung ihrer Mitgliedsstaaten (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2019.)

⁷ Vgl. Rieländer 1997.

⁸ Vgl. Jaque-Rodney 2018 und Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 10.

⁹ Vgl. Deutscher Hebammenverband 2014.

2.1 Regelversorgung als originäre Hebammenhilfe

2.1.1 Leistungsumfang

Die Hebamme kann eine Schwangerschaft feststellen und hilft während dieser durch Beratung und Vorsorge für Mutter und Kind, insbesondere durch die Kontrolle der Entwicklung des Ungeborenen, bei Beschwerden und bezüglich der Geburtsvorbereitung.

Mit Einsetzen der Wehen betreut sie die werdende Mutter, kontrolliert den Geburtsvorgang nach § 4 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 des Hebammengesetzes (HebG) und sorgt für das nötige Sicherheitsgefühl der Frau sowie gegebenenfalls ihres Partners. Bei einer Entbindung im Krankenhaus ist es gemäß § 4 Abs. 1 S. 2 HebG die Pflicht der Ärztin oder des Arztes, eine Hebamme hinzuziehen. Sofern eine Hausgeburt geplant ist, ist die Schwangere selbst dafür verantwortlich, für die Betreuung durch eine Hebamme zu sorgen.¹⁰

Nach der Geburt übernimmt die Hebamme im Rahmen der Regelversorgung die medizinische Betreuung von Mutter und Kind, vorwiegend während des Wochenbettes¹¹ nach § 4 Abs. 2 HebG und leistet beratende Tätigkeiten, die sich auf die physische Gesundheit konzentrieren. Beispielsweise prüft sie die körperliche Entwicklung des Säuglings anhand seines Wachstums und seiner Gewichtszunahme, die Abheilung des Nabels und auch die Rückbildung der Schwangerschaftsveränderungen am Körper der Mutter. Außerdem unterstützt sie die Frau beim Stillen. Diese medizinische Versorgung ist Hebammen sowie Ärzten vorbehalten.¹² Aber auch die Hilfe bei der Koordinierung des neuen Alltags, die Vermittlung an weitere Stellen während einer Notlage und die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung erfolgen durch sie. Die Hebamme übernimmt demzufolge ebenfalls Tätigkeiten der psychosozialen Betreuung, die dem Wohl des Kindes dienen. In diesem Rahmen führt sie als Berufsheimnisträgerin einen Schutzauftrag nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 KKG aus und unterliegt der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

¹⁰ Vgl. Steppat 2012.

¹¹ Das Wochenbett umfasst einen Zeitraum von ungefähr sechs bis acht Wochen nach der Geburt. In dieser Phase sollte sich die Mutter sehr stark schonen, um dem Körper die Möglichkeit zu geben, sich zu erholen und die durch die Schwangerschaft und Entbindung eingetretenen Veränderungen rückzubilden. Während des Wochenbetts bauen das Kind und sein Umfeld eine Beziehung zueinander auf; die Eltern entwickeln eine Routine bei der Versorgung des Säuglings und gewöhnen sich an den neuen Alltag (Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Mergeay 2016).

¹² Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 10.

2.1.2 Zeitlicher Umfang

Die Regelversorgung einer originären Hebamme beginnt normalerweise in der Schwangerschaft und endet grundsätzlich gemeinsam mit der achten Lebenswoche des Neugeborenen. Während der ersten zehn Lebenstage des Kindes können 20 entlohnte Kontakte zwischen der Hebamme und der Familie erfolgen. Beginnend mit dem elften Lebenstag bis hin zur vollendeten achten Lebenswoche sind bis zu 16 weitere Beratungs- und Betreuungstermine abrechnungsfähig. Darüber hinaus ist bei Bedarf eine sporadische Unterstützung bis zur Nahrungsumstellung des Kindes, d. h. ungefähr bis zum vollendeten neunten Lebensmonat, acht Mal möglich. Die Kontaktaufnahme erfolgt persönlich oder mittels elektronischer Kommunikationskanäle wie dem Telefon.¹³

2.2 Qualifikation

Um die geschützte Berufsbezeichnung *Hebamme* führen zu können, ist eine vergütete, dreijährige Berufsausbildung an einer staatlich anerkannten Hebammenschule, die eng mit einem Krankenhaus zusammenarbeitet, abzuschließen.

Die Ausbildung ist gesetzlich in den §§ 5 bis 21 HebG geregelt und umfasst 1.600 theoretische und 3.000 praktische Arbeitsstunden. Letztere werden im Kreiß- und Operationssaal, in diversen Stationen eines Krankenhauses, in einer Kinderklinik und in einer freien Praxis absolviert. Der erfolgreiche Abschluss der Ausbildung erfolgt mit Bestehen der schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungen, wodurch die oder der Auszubildende das Staatsexamen erhält.¹⁴

Seit 2008 ist an verschiedenen deutschen Hochschulen auch ein Hebammenstudium möglich, nach dessen Absolvierung die Berufsbezeichnung und zusätzlich der Bachelor oder sogar der Master in der Hebammenkunde erreicht werden.¹⁵

Die Erlaubnis über das Führen der Berufsbezeichnung nach Ausbildung und Studium ist in den §§ 1 bis 3 in Verbindung mit (i. V. m.) 5 bis 21 HebG gesetzlich verankert.

¹³ Vgl. Steppat 2012 und Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 17.

¹⁴ Vgl. Deutscher HebammenVerband 2018: Beruf Hebamme. Ausbildung.

¹⁵ Vgl. Deutscher HebammenVerband 2018: Beruf Hebamme. Studium.

2.3 Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses – Freiberuflichkeit oder Festanstellung

Für die Ausgestaltung ihres Arbeitsverhältnisses stehen der Hebamme grundsätzlich zwei Optionen zur Auswahl: Sie kann ihre Tätigkeiten als freiberufliche Beleghebamme oder im Rahmen einer Festanstellung ausführen.

Eine Beleghebamme, die unabhängig von einer Einrichtung des Gesundheitswesens tätig ist, wird von der Schwangeren selbst beauftragt und anhand von Pauschalbeträgen direkt durch die entsprechende Krankenkasse vergütet.¹⁶ Ihr Ziel ist die umfängliche Betreuung von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Wochenbettphase.¹⁷

Die in einem Krankenhaus, einem Geburtshaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung festangestellte Hebamme wird entsprechend des Bedarfes, hauptsächlich zur Geburtshilfe und für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, während ihrer Arbeitszeit tätig. Auftraggeber ist hierbei ihr Arbeitgeber. Auch die Schwangere kann als solcher verstanden werden.¹⁸ Die Vergütung ist im Tarifvertrag für Hebammen¹⁹ geregelt.

Die Hebammenhilfe bedarf unabhängig von Freiberuflichkeit oder Festanstellung weder eines Antrages noch einer ärztlichen Überweisung.

Die Hebamme muss in jedem Fall für die durch sie sichergestellte Regelversorgung die notwendigen Versicherungen, z. B. die Haftpflichtversicherung, abschließen.

Darüber hinaus ist sie verpflichtet, ihre Tätigkeiten zu dokumentieren und der Versicherten entsprechende Quittungen auszustellen.²⁰

¹⁶ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 16 f. und § 134a SGB V.

¹⁷ Vgl. Deutscher Hebammenverband: Retten Sie unsere Beleghebammen!

¹⁸ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 16 f.

¹⁹ Siehe Gliederungspunkt 2.4.

²⁰ Vgl. § 4 Hebammen-Vergütungsvereinbarung.

2.4 Gesetzliche Verankerung

Neben dem Hebammengesetz²¹ und dem Sächsischen Hebammengesetz²² regelt ein gesonderter Vertrag auf Grundlage des § 134a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)²³ den Anspruch auf Hebammenhilfe, die konkreten Leistungen der Regelversorgung und ähnliche Grundsätze der originären Tätigkeit, wie z. B. die Entlohnung durch die Hebammen-Vergütungsvereinbarung als Anlage des Vertrages. Der Vertrag wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband²⁴ und den Berufsverbänden der Hebammen geschlossen und unterliegt der Fachaufsicht des Gesundheitsamtes, welches den öffentlichen Gesundheitsdienst wahrnimmt.²⁵

²¹ Des Leseflusses wegen wird das Gesetz zur Ausübung des Berufes der Hebamme und des Entbindungspflegers durch den offiziellen Titel *Hebammengesetz* abgekürzt, welches 1985 in Kraft trat.

²² Das Sächsische Hebammengesetz trat 1997 in Kraft.

²³ § 134a SGB V thematisiert die Regelversorgung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

²⁴ Der GKV-Spitzenverband agiert als bundes-, europa- und weltweite Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (Vgl. GKV-Spitzenverband 2018).

²⁵ Vgl. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V.

3 Die Familienhebamme

Die Schwangerschaft und das erste Lebensjahr sind für die Entwicklung eines ungeborenen Kindes, Säuglings und Kleinkindes entscheidend. Nicht immer sind Schwangere, Mütter und Familien in der Lage, diese Phase selbstständig zu meistern und den Bedürfnissen ihres Kindes gerecht zu werden. Wenn sich seine primären Bezugspersonen²⁶ in einer besonderen oder schwierigen Lebenslage befinden, kann eine Familienhebamme als Fachkraft eines Netzwerkes *Früher Hilfen* die nötige Unterstützung in den Alltag nach § 31 Achten Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) integrieren. Ihr oberstes Ziel ist die Erhaltung der körperlichen als auch seelischen Gesundheit des Kindes, um eine Beeinträchtigung oder gar Gefährdung seines Wohls auszuschließen. Grundvoraussetzung ist dafür auch die Gesundheit seiner Eltern. Das soziale Umfeld des Kindes soll die dauerhafte und erhebliche Misslage möglichst eigenständig überwinden, um der Notwendigkeit eines Eingriffes durch das Jugendamt entgegenzuwirken. Hierbei setzt sie das Wissen aus ihrer Ausbildung zur originären Hebamme sowie aus ihrer Zusatzausbildung zur Familienhebamme gezielt ein und agiert als Lotsin zwischen Gesundheits- und Sozialwesen. In der Regel wird ihre Hilfe gerne angenommen, denn sie profitiert von der Wertschätzung des originären Hebammenberufes.²⁷

3.1 Kriterien für die Betreuung durch eine Familienhebamme

Wie bereits erläutert, kommt die Hilfe durch eine Familienhebamme in Betracht, sofern im sozialen Umfeld des Kindes eine besondere oder schwierige Lebenslage sowie eine psychosoziale Belastungssituation bestehen, welche durch die reguläre Hebammenversorgung allein nicht bewältigt werden können.

Diese Lebenslage kann bereits vor als auch während der Schwangerschaft oder erst nach der Geburt eintreten. Sie kennzeichnet sich dadurch, dass es der Schwangeren, der Mutter oder der Familie nicht oder nur unzureichend möglich ist, bestehende

²⁶ Primäre Bezugspersonen sind meist die Mutter als die Frau, die das Kind geboren hat (§ 1591 BGB) und der Vater (§ 1592 BGB) bzw. die Personen, die unter Berücksichtigung des zeitlichen und emotionalen Rahmens die Hauptverantwortung für das Kind tragen. Zur Bezugsperson hat es eine besondere Bindung, die sich durch seine Versorgung, aber auch durch Zuneigung, Liebe und Fürsorge kennzeichnet.

²⁷ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 10.

Probleme eigenständig zu lösen und für die ausreichende Betreuung ihres Kindes zu sorgen.

Beispielsweise stellen das unzureichende Wissen über die Versorgung des Kindes als auch die fehlende Fähigkeit, seine Bedürfnisse zu erkennen und zu stillen, eine dringend zu bewältigende Misslage dar, welche die Unterstützung durch eine Familienhebamme benötigt. Ein anderer Anlass kann die physische, psychische oder Suchterkrankung der Eltern sein. Die negativen Begebenheiten im Familienverband können aber auch durch eine Minderjährigen-Schwangerschaft, schwerwiegende Konflikte zwischen den Partnern, Gewalt, Kriminalität oder eine fehlende Unterhaltssicherung²⁸ hervorgerufen werden. Ebenso können mangelhafte Kenntnisse über die Sprache und das soziale System (beispielsweise durch eine Migration) oder Analphabetismus Grund für die Notwendigkeit der Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft sein. Diese kann auch einen stationären Aufenthalt wie etwa in einer Mutter-Kind-Einrichtung begleiten, um dessen Wirkung zu maximieren. Auch in den Fällen einer Behinderung des Neugeborenen, einer Früh- oder einer Fehlgeburt steht sie den Betroffenen bei, um durch medizinische Betreuung und seelischen Beistand dabei zu helfen, die neue Alltagssituation zu strukturieren.²⁹

Eine 2015 durchgeführte Befragung von Familien, die Angebote der *Frühen Hilfen* in Anspruch nahmen, verdeutlicht, dass eventuell ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Unterstützungsbedarf und dem Bildungsstand der Familie besteht: 16,9 % der Familien wiesen einen niedrigen, 12,8 % einen mittleren und 11,5 % einen hohen Bildungsstand auf. Diese ähnlich hohen Werte lassen jedoch keine aussagekräftige Wertung über den Bezug beider Merkmale zu.³⁰

²⁸ Familien, die Leistungen des SGB II beziehen, sind häufiger psychosozial belastet als Familien, die ihren Unterhalt selbst sichern (Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Info-Blatt Juni 2018: 3).

²⁹ Vgl. Steppat 2012.

³⁰ Im Rahmen der Befragung verfügt über einen niedrigen Bildungsstand, wer maximal die mittlere Reife erreicht hat, aber nicht den Abschluss einer Berufsausbildung. Ein mittlerer Bildungsstand liegt bei einem beruflichen Abschluss oder der Hochschulreife vor und ein hoher Bildungsstand kennzeichnet sich durch eine Meisterqualifikation oder einen Hochschulabschluss (Vgl. Küster et al. 2018: 4).

3.2 Leistungen der Familienhebamme

3.2.1 Regelversorgung

Die Familienhebamme steht (werdenden) Müttern und deren Säuglingen grundsätzlich gleichermaßen bei wie eine originäre Hebamme. In diesem Rahmen hilft sie bei der Vorsorge, welche die Beratung und Betreuung während der Schwangerschaft und bezüglich der Geburtsvorbereitung beinhaltet. Eine aktive Geburtshilfe leistet sie hingegen nicht.³¹ Nach der Entbindung bietet sie die Unterstützung im Rahmen der Nachsorge, d. h. im Hinblick auf die Wochenbettphase, Stillzeit und Versorgung des Neugeborenen bis zu seiner achten Lebenswoche. Diese Fähigkeiten hat sie in ihrer staatlichen Hebammenausbildung erlernt. Die Familienhebamme kann demzufolge die Regelversorgung und ihre spezielle Förderung in Personalunion anbieten. In der Praxis wird jedoch meist eine personale Trennung beider Leistungen vorgenommen, d. h. eine originäre und eine Familienhebamme sind parallel tätig und arbeiten *Hand in Hand*, um das Potenzial ihrer Leistungen im Sinne der Familie zu maximieren. Hierfür stimmen sie ihre Leistungen inhaltlich als auch zeitlich aufeinander ab. Die Kooperation und der Informationsaustausch zwischen beiden bedürfen ebenfalls der Zustimmung der betreuten Familie.^{32,33}

3.2.2 Betreuung und Begleitung bei erhöhtem Unterstützungsbedarf

Der wesentliche Unterschied zwischen der originären Hebamme und der Familienhebamme besteht darin, dass Letztere ausschließlich Familien mit speziellen Bedürfnissen als auch einem erhöhten Bedarf an Unterstützung betreut und begleitet. Die besonderen Bedürfnisse begründen sich in einer schwierigen sozialen oder gesundheitlichen Lebenslage und erfordern die Festigung oder Verbesserung der familiären Verhältnisse. Die bestehenden Probleme sind weitaus komplexer als die der allein durch die originäre Hebamme unterstützten Familien, weshalb die regelmäßige Hilfe der Familienhebamme benötigt wird – in der Regel von der Schwangerschaft bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Die Fürsorge soll demzufolge

³¹ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 14.

³² Siehe Gliederungspunkt 4.4.2.

³³ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 13 f.

langfristig erfolgen, um einen nachhaltigen Fortschritt zu bewirken. Dabei kommt ihr die Zusammenarbeit in einem Netzwerk *Früher Hilfen* zugute, für welches sie im Sinne des Kinderschutzes aktiv wird.

Im Mittelpunkt steht die soziale und medizinische Förderung. Diese konzentriert sich nicht nur – wie die Regelversorgung – auf die Mütter und Säuglinge, sondern auch auf deren primäres Umfeld, d. h. auf Väter, Geschwister, Verwandte und sonstige Bezugspersonen. Kernaufgabe ihrer Arbeit ist es, bei der Stärkung der Bindung zwischen dem Kind und den genannten Personen mitzuwirken. Um eine positive Entwicklung des Neugeborenen zu ermöglichen, müssen bestehende Belastungen bewältigt werden, die in der Regel durch eine oder mehrere Bezugspersonen ausgelöst werden.

Alle ihre in der unterstützungsbedürftigen Familie angewandten Methoden sind gemäß § 31 SGB VIII darauf ausgerichtet, bestehende Prozesse und Strukturen zu stabilisieren, zu verbessern und neue einzuführen, sodass das mit der Familie vereinbarte Ziel erreicht wird. Hauptsächlich soll die Familie Eigenständigkeit erlernen, an Handlungssicherheit gewinnen und eine geregelte Tagesstruktur aufbauen. Die Familienhebamme unterstützt und motiviert die Familie in allen gewöhnlichen und außergewöhnlichen Lebenslagen. Hierbei steht die alltägliche Hilfe zur Selbsthilfe im Vordergrund, vor allem für Eltern, die in ihrer Fähigkeit zur Eigenständigkeit eingeschränkt sind. Selbstverständlich muss die Gesundheitsfachkraft diesbezüglich die Situation der Familie objektiv einschätzen und umsetzbare Maßnahmen treffen können, wobei die Ressourcen der Betroffenen, beispielsweise der familiäre Zusammenhalt, gezielt eingesetzt werden. Der Kontakt zwischen der Familie erfolgt vorwiegend auf persönlicher Basis. Aber auch elektronische Kommunikationsmittel wie das Telefon und die E-Mail können in dringenden Fällen eine Betreuung und Beratung gewährleisten.³⁴

Die beiden wesentlichen Merkmale ihrer Hilfe sind die Betreuung und die Begleitung. Die Begleitung umfasst die Unterstützung der Familie auf gesundheitlicher und psychosozialer Ebene in deren eigenem Umfeld bzw. Haushalt. Die Familienhebamme wird demzufolge selbst aktiv und trägt zu einer nachhaltigen Verbesserung der Situation bei. Die Begleitung bezieht sich auf die Feststellung von Schwächen, welche die Familienhebamme nicht selbst ausgleichen kann. In diesem Fall kooperiert sie mit

³⁴ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 16.

Experten bzw. vermittelt weitere Hilfsangebote und begleitet die Familie zu diesen Terminen.³⁵

Ihre Dokumentation dient dazu, den Fortschritt der Betroffenen zu überprüfen und eine Anpassung der Vorgehensweise vorzunehmen.³⁶ Diesbezüglich steht der Familienhebamme eine Vorlage zur Verfügung, welche die Aufzeichnung erleichtert und den Datenschutz sicherstellt. Weiterhin dient sie der Evaluation *Früher Hilfen* durch den Bund.³⁷

Über die Dokumentation hinaus bespricht sie mit weiteren eingebundenen Betreuern und durch eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit anderen helfenden Einrichtungen des Netzwerkes den Fortschritt der Familie. Diese Besprechungen legen gegebenenfalls neue Informationen offen, sodass individuelle Angebote verbessert oder sogar erweitert und neue Strategien entwickelt werden können. Auch beim Austausch unter Kollegen ist der Datenschutz unbedingt zu wahren.³⁸

Die Familienhebamme übernimmt also, wie es das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH) beschreibt, eine „Querschnittsaufgabe“³⁹ zwischen dem Gesundheitssektor und der Kinder- und Jugendhilfe. Diese ist besonders wichtig, weil „bereits ein mittleres Ausmaß an Belastungen [...] statistisch gesehen zu einer Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit des Kindes [führt], die im Verlauf der kindlichen Entwicklung weiter zunimmt.“⁴⁰ Im Rahmen dieser Querschnittsaufgabe passt sie die Dauer ihrer Unterstützung an die individuelle Situation der Familie an und wählt bezüglich der konkreten Ausgestaltung aus den im folgenden Kapitel erläuterten Angeboten.⁴¹

Von enormer Bedeutung ist dabei eine gewisse emotionale Distanz zum Fall, um von den Problemen und Gefühlen auch nach Dienstende nicht selbst belastet zu werden. Somit wird eine persönliche Betroffenheit ausgeschlossen und Handlungssicherheit als auch eine rechtskonforme Arbeitsweise werden garantiert. Als Gesundheitsfachkraft muss sie also neutral agieren können, um die Bedürfnisse des Kindes und seines sozialen Umfelds zu erkennen und dem entsprechende Unterstützung anzubieten.⁴²

³⁵ Vgl. ebd.: 14.

³⁶ Vgl. ebd.: 16 ff.

³⁷ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 16 und Art. 5 Abs. 1 S. 2 VV BI.

³⁸ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 15.

³⁹ Ebd.: 16.

⁴⁰ Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Info-Blatt Juni 2018: 3.

⁴¹ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 11.

⁴² Vgl. Kindler, Lillig, Blüml, Meysen und Werner 2006: 271.

3.2.2.1 Während der Schwangerschaft

In der Regel beginnt die Familienhebamme mit ihrer Hilfe für die Familie bereits während der Schwangerschaft. In dieser Zeit lernt sie das soziale Umfeld, seine Stärken und Schwächen kennen und ermittelt anhand der Gegebenheiten den voraussichtlich notwendigen Unterstützungsbedarf in der Aufgabensphäre der *Frühen Hilfen*.

Die Familienhebamme berät über Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung und wirkt auf die Teilnahme an diesen Angeboten hin. Außerdem begleitet sie die Schwangere und deren Vertrauenspersonen zu Terminen mit medizinischen und behördlichen Einrichtungen sowie zu Einzel- oder Gruppensprechstunden. Eine weitere Kernaufgabe besteht darin, die Familie in der häuslichen Umgebung auf die Geburt vorzubereiten. Diese Vorsorge umfasst die Ausstattung mit Babykleidung, Babyartikeln und entsprechenden Möbeln als auch der Einrichtung eines kindgerechten Zuhauses.⁴³ Um eine nachhaltige Hilfe zu gewährleisten, arbeitet die Familienhebamme mit den Eltern auch deren Hintergrundgeschichte und Erfahrungen der eigenen Kindheit auf. Zudem werden ihre Vorstellungen über die Kindererziehung analysiert, um sie – sofern gesellschaftlich anerkannt – in die Realität umsetzen zu können.

Anhand von Gesprächen kann sie die bevorstehende Situation mit den Eltern planen und Aufklärungsarbeit leisten, welche sich auf den Alltag mit dem Kind bzw. auf die im folgenden Kapitel dargelegten Betreuungs- und Begleitungsmaßnahmen nach der Geburt bezieht. Diese finden ihren Ursprung während der Schwangerschaft und sind als Fortsetzung der Hilfe zu verstehen.

Eine aktive Geburtshilfe leistet die Familienhebamme nicht. Diese Aufgabe liegt in der Sphäre der originären Hebamme und Ärzte.⁴⁴

⁴³ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 14 f.

⁴⁴ Vgl. § 4 HebG und Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 15.

3.2.2.2 Nach der Geburt

Die Familienhebamme setzt ihre Betreuung und Begleitung nach der Geburt des Kindes nahtlos fort und intensiviert diese ab seiner neunten Lebenswoche. Zu diesem Zeitpunkt ist die Regelversorgung bereits abgeschlossen, sodass die Familienhebamme auf diese aufbauen kann, nachdem bis zur achten Lebenswoche des Säuglings eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen beiden Fachkräften erfolgte.⁴⁵

Im Rahmen ihrer Betreuung klärt die Familienhebamme über die richtige Versorgung des Kindes auf. Diese bezieht sich auf die Nahrung, die Hygiene und die medizinische Versorgung. Fehlt einer Bezugsperson die Fähigkeit, die Bedürfnisse des Säuglings (z.B. Hunger) zu erkennen und sein Schreiverhalten zu interpretieren, leitet die Familienhebamme sie in diesem Fall an und fördert somit das Einfühlungsvermögen. Darüber hinaus informiert sie die Eltern, sofern diesbezüglich eine Schwäche besteht, über das richtige Verhalten in Krankheitsfällen. Sie sollen lernen, Symptome möglichst frühzeitig zu erkennen. Weiterhin werden sie bezüglich Gefahrenquellen sensibilisiert und erhalten eine Anleitung über ein sicheres Wohnumfeld für das Kind, das beispielsweise durch spezielle Kindersicherungen geschaffen wird. Diese Förderung hilft nicht nur während der Inanspruchnahme von Leistungen der Familienhebamme, sondern ebenso für die Zukunft und die gesamte Kindheit – auch von Geschwistern.⁴⁶

Weiterhin liegt es in ihrer Aufgabensphäre, die körperliche und seelische Entwicklung des Kindes zu beobachten und – soweit möglich – zu fördern. Diese Betreuung umfasst auch die Information über Vorsorgeuntersuchungen. Die Eltern sollen ermutigt werden, bei Problemen oder Anzeichen von Entwicklungsdefiziten Hilfe aufzusuchen. Auch diese Tätigkeit beweist ihre vermittelnde Funktion zwischen dem sozialen Sektor und dem Gesundheitssektor. Eine Therapie bei starkem Förderungsbedarf erfolgt allerdings durch andere Institutionen.⁴⁷

Die Familienhebamme stellt jedoch nicht nur die Gesunderhaltung des Säuglings sicher, sondern auch die der primären Bezugspersonen. Diese umfasst physische und auch psychische Beschwerden, die im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt eintraten. Starke physische Leiden sind während und nach Mehrlingsschwangerschaften und Schwangerschaften von besonders jungen oder

⁴⁵ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 15.

⁴⁶ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 17.

⁴⁷ Vgl. ebd.

älteren Frauen typisch. Häufig ausgeprägte psychische Leiden sind beispielsweise die Schwangerschaftsdepression, der Baby Blues⁴⁸ oder die Wochenbettdepression⁴⁹.

Aber auch geistige Erkrankungen und körperliche Einschränkungen, die bereits vor der Schwangerschaft bestanden und sich negativ auf die Kindsentwicklung auswirken können, mindert die Familienhebamme durch eine medizinische Versorgung oder zumindest Beratung. Sie hat dabei im Rahmen ihrer Kompetenzen die Relevanz der Beschwerden einzuordnen und entsprechende Maßnahmen zu veranlassen.

Ihre Betreuung konzentriert sich im Rahmen der Gesunderhaltung aller Betreuten auch auf die Analyse der Beziehung zwischen dem Neugeborenen und seiner Mutter sowie zwischen dem Kind und anderen engen Bezugspersonen.⁵⁰ Die Bindungen werden durch geeignete Maßnahmen gestärkt bzw. hilft die Familienhebamme dabei, diese überhaupt erst aufzubauen. Da sie keine therapeutische Funktion übernehmen soll, konzentriert sie sich auf Gespräche und veränderte Tagesabläufe, z. B. durch die Erhöhung der Präsenzzeiten der Eltern oder Einführung von Ritualen, sowie darauf, gegebenenfalls Experten des Netzwerkes *Früher Hilfen* hinzuzuziehen.

In allen Hilfebereichen wird die soziale Integration der Familie sichergestellt – auch unter Anwendung interkultureller Kompetenzen. Dafür legt die Familienhebamme der Familie die Wichtigkeit und Inhalte von Behördenbesuchen dar, wobei sie Termine koordiniert und bei diesen eine unterstützende Begleitfunktion einnehmen kann.

Sie klärt zudem über weitere in Frage kommende Hilfen wie etwa eine Erziehungsberatung auf, empfiehlt den Betroffenen diese und leitet zur Inanspruchnahme hin. Demzufolge soll eine effektive und effiziente Kooperation im Netzwerk der *Frühen Hilfen* gewährleistet sein, wie Jaque-Rodney⁵¹ deutlich macht:

⁴⁸ Etwa 50 bis 85 % der Mütter sind von Baby Blues betroffen. Durch die starke Hormonveränderung nach der Geburt sind sie überfordert und extrem empfindsam, weinen viel und haben starke Stimmungsschwankungen. Der Baby Blues erfordert in der Regel keine Behandlung und klingt nach maximal einer Woche von selbst ab. Die Familienhebamme kann in diesem Fall seelische Unterstützung leisten (Vgl. Brehm).

⁴⁹ Die Wochenbettdepression oder betrifft etwa 10 bis 15 % der Mütter und kann sich bis zu 12 Monate nach der Geburt bemerkbar machen. Das innere Gefühl der Leere, die fehlende Lebensfreude und häufige Traurigkeit als Symptome decken sich mit denen der „klassischen“ Depression. Hinzu kommt das Gefühl, das eigene Kind nicht lieben und seine Bedürfnisse nicht stellen zu können. Im Fall der Wochenbettdepression ist eine psychologische Behandlung unbedingt nötig. Die Familienhebamme erkennt die Symptome und wirkt bei der Betroffenen auf eine Untersuchung sowie Therapie hin (Vgl. Emmerling und Wunder 2018).

⁵⁰ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 15.

⁵¹ 2018.

„Familienhebammen arbeiten nicht alleine, sondern sind eingebunden in ein interdisziplinäres Netzwerk der „Frühen Hilfen“. Als Lotsinnen zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen benötigen sie daher sehr gute Kenntnisse über die Leistungen und Arbeitsweise der weiteren Berufsgruppen.“

Hieraus lässt sich erkennen, dass eine optimale Wirkung der Leistungen durch eine Kombination der förderlichen Maßnahmen des Sozialwesens bzw. der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und des Gesundheitswesens (SGB V) erzielt wird. Bezüglich des sinnvollen Einsatzes verschiedener Hilfen bedarf es auf Seiten der Familienhebamme an umfangreichen Kenntnissen über die Angebote im Netzwerk *Früher Hilfen*⁵² und auch weiterer medizinischer, sozialer und behördlicher Einrichtungen des öffentlichen und teilweise des privaten Sektors, welche sich gegenseitig auf nachhaltige Art und Weise ergänzen können.⁵³ Nur so können das Kind und seine Entwicklung sowie die Gesundheit seiner Bezugspersonen und deren Verhältnis zum Säugling optimal betreut werden.

Die Familienhebamme wird zudem davor geschützt, Verantwortung zu übernehmen, welche ihre Kompetenzen überschreitet. Eine durch multiple Probleme entstandene Belastung kann nicht immer in Eigeninitiative der Fachkraft bewältigt werden.⁵⁴

Auch wenn die Möglichkeiten der Familienhebamme unzureichend sind, eine Unter- oder Fehlversorgung zu entstehen droht und die Betreuung somit in andere Hände gegeben werden muss, ist ihr Beitrag für die Familie von hoher Bedeutung: Ohne ihre Betreuung wäre der Unterstützungsbedarf eventuell nicht erkannt worden. Ebenso erleichtert sie den Zugang zu passenden und umfassenden Hilfen.

Alle erläuterten unterstützenden Tätigkeiten der Familienhebamme dienen der Maximierung des Wohls des Säuglings im Bereich der Sekundärprävention.⁵⁵ Dieses Ziel kann bei einer fehlenden Kooperationsbereitschaft der primären Bezugspersonen nicht in jedem Fall erreicht werden. Aus diesem Grund ist eine weitere, enorm bedeutsame Anforderung an die Arbeit der Familienhebamme das Erkennen einer Kindeswohlgefährdung sowie ein diesbezüglich sicheres Handeln und Vermitteln, um den Schutz des Kindes zu gewährleisten.⁵⁶ Gewichtige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung und die zu veranlassenden Maßnahmen im Bereich der tertiären Prävention werden in den Kapiteln 4.4.3 und 5 thematisiert.

⁵² Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 20.

⁵³ Nach § 81 SGB VIII ist die Familienhebamme zur strukturellen Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen verpflichtet.

⁵⁴ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 20.

⁵⁵ Siehe Gliederungspunkt 4.4.2.

⁵⁶ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 21.

Am Ende ihrer Betreuung und Begleitung klärt sie die Familie über zukünftige Angebote auf, wirkt auf die Teilnahme an diesen hin und sichert somit eine positive Entwicklung nach dem Abschluss ihres Unterstützungszeitraumes,⁵⁷ dessen Chance die Familie hoffentlich nutzte.

Unter Berücksichtigung der durch die Familienhebamme erfüllten Tätigkeiten wird deutlich, dass diese sich prinzipiell mit denen der Regelversorgung decken. Sie sind jedoch als Fortführung und starke Intensivierung der originären Aufgaben bei einem erhöhten Unterstützungsbedarf zu verstehen.⁵⁸ Einzigartig wird die Arbeit der Familienhebamme auch dadurch, dass sie zusätzlich mit neuen Aufgabenfeldern eines hohen Anforderungsniveaus konfrontiert wird. Ebenfalls auf zeitlicher Ebene dehnt sich ihre Arbeit wesentlich weiter aus. Vor diesem Hintergrund ist erkennbar, dass die Familienhebamme einer speziellen Schulung bedarf, um die Qualität ihrer Arbeitsweise zu gewährleisten und sich selbst Sicherheit in der Ausführung zu bieten.⁵⁹

3.3 Qualifikation

3.3.1 Zusatzqualifikation

Die Erlaubnis zur Tätigkeit als Familienhebamme setzt den erfolgreichen Berufsabschluss der staatlichen anerkannten *originären* Hebamme nach §§ 5 bis 21 HebG voraus. Außerdem ist eine Zusatzausbildung zur Familienhebamme mit einem Umfang von circa 200 Stunden erforderlich, in welcher das nötige Fachwissen und die erforderlichen Methoden vermittelt werden, um Familien in besonderen oder schwierigen Lebenslagen über die Regelversorgung hinaus erfolgreich unterstützen zu können.⁶⁰

Die konkrete Ausgestaltung der Zusatzausbildung erfolgt bisher durch Fort- und Weiterbildungen des Deutschen Hebammenverbandes e.V. (DHV)⁶¹ sowie durch die

⁵⁷ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 23 f.

⁵⁸ Vgl. ebd.: 15.

⁵⁹ Vgl. Jaque-Rodney 2018.

⁶⁰ Vgl. Steppat 2012.

⁶¹ Der DHV ist mit 19.000 Mitgliedern im Jahr 2018 der größte deutsche Hebammenberufsverband (Vgl. Deutscher Hebammenverband 2018: Der Deutsche Hebammenverband e. V.).

Ausbildungsangebote der Länder, die diesbezüglich Fördermittel erhalten.⁶² Eine konkrete gesetzliche Regelung existiert nicht, weshalb die Überprüfung der Eignung nicht einheitlich erfolgt. Sie wird lediglich anhand von Fortbildungsnachweisen, der Berufserfahrung und/oder Studienabschlüssen untersucht.⁶³

Von den geschätzten 24.000 deutschen Hebammen verfügen ungefähr 1.600 über die Qualifikation zur Familienhebamme. Man geht davon aus, dass von diesen circa 70 bis 80 Prozent auch tatsächlich die Tätigkeiten der Familienhebamme ausführen.⁶⁴

3.3.2 Kompetenzprofil für Familienhebammen

Das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* hat im Auftrag des Bundes ein Kompetenzprofil für Familienhebammen erstellt. Dieses wurde in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Experten aus der Praxis und dem DHV sowie im Rahmen von Workshops und durch die Stellungnahmen breitgefächelter Institutionen entwickelt.⁶⁵

An dem Kompetenzprofil orientieren sich Familienhebammen im Berufsalltag und im Bereich des Kinderschutzes tätige Referenten gleichermaßen bezüglich der zu erwartenden Kompetenzen, welche durch Beratungen im Fachteam vertieft werden.

Es ist eine erste Maßnahme, um die grundsätzliche Qualifikation von Familienhebammen und ihre Handlungsanforderungen sicherzustellen und überprüfen zu können sowie zu einem kontinuierlichen Lernen anzuregen. Nach Art. 2 Abs. 4 Verwaltungsvereinbarung *Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen* (VV BI) sowie Art. 3 Abs. 2 Verwaltungsvereinbarung *Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen* (VV FFH) liegt die Verbindlichkeit zur Erfüllung dieser Aufgaben im Ermessen des Bundes und der Länder.

Zudem ist das Profil eine Hilfestellung für die Beauftragten des Bundes, der Länder und der Kommunen, um Fortbildungen konzipieren und die Absichten der *Frühen Hilfen* effizient in die Praxis umsetzen zu können. Vor diesem Hintergrund erstellt das NZFH einen Bericht über den Erfolg der Verwirklichung zur Vorlage beim Deutschen Bundestag.⁶⁶

⁶² Vgl. Art. 5 Abs. 2 VV BI und Art. 3 Abs. 1 Nr. 4 VV FFH, siehe Kapitel 4.5.

⁶³ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 9 und Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 28.

⁶⁴ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 26; Statista 2019 und Deutscher Hebammenverband: Anzahl der Familienhebammen.

⁶⁵ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 6 ff.

⁶⁶ Vgl. Art. 5 Abs. 2 und 4 VV FFH.

Als Kompetenz wird das Vermögen verstanden, die eigenen Fähigkeiten in der individuellen Situation sinnvoll anzuwenden. Vor dem systematischen Hintergrund ist das Profil in die beiden Bereiche Fachkompetenz, welche sich aus Wissen und Fertigkeiten zusammensetzt, und Personalkompetenz, welche aus Sozial- und Selbstkompetenz besteht, untergliedert. Seinen inhaltlichen Schwerpunkt bilden die Handlungsanforderungen. Jenen werden Module zugeordnet, die vorwiegend die medizinische und seelische Entwicklung des Säuglings, die Gesundheit seiner Primärbezugspersonen und deren Beziehung zueinander thematisieren.

Außerdem qualifiziert die Familienhebamme sich gemäß des Kompetenzprofils, indem sie im Rahmen ihrer Lotsinnenfunktion umfassend mit ihrem Auftraggeber und anderen helfenden Einrichtungen interagiert. Ebenso erkennt sie eine Kindeswohlgefährdung und leitet bezüglich dieser erforderliche Maßnahmen ein.

Um das lebenslange Lernen zu gewährleisten und die Kenntnisse bezüglich der Module zu erweitern, bietet das NZFH seit 2013 Fortbildungen hinsichtlich des Kompetenzprofils an.⁶⁷

3.4 Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses – Freiberuflichkeit oder Festanstellung

In der Regel arbeiten Familienhebammen freiberuflich oder festangestellt im Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe, des Jugend- und Gesundheitsamtes, eines freien Trägers oder einer Stiftung. Eine Zugehörigkeit zum Gesundheitssektor kann bei der Akzeptanz der Hilfe durch die Familien einen Vorteil bringen, da eine Eingliederung beim Jugendamt für Familien oft den Eindruck einer Kontrolle und nicht den einer Förderung erweckt.⁶⁸

Die genannten Institutionen sind Auftraggeber der Familienhebamme. Auch dieses Merkmal ist ein wesentlicher Unterschied zur Hebamme, deren Tätigwerden ausschließlich von der Mutter oder einer medizinischen Einrichtung veranlasst wird. Zweifellos betrachtet die Familienhebamme unter Berücksichtigung ihrer verfolgten Ziele auch die Familie als ihren Auftraggeber. Nur wenn die Betreuten dieses Gefühl vermittelt bekommen, kann ein Vertrauen aufgebaut werden. Außerdem stellen

⁶⁷ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 32.

⁶⁸ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 43, ausführliche Argumentation in Kapitel 3.8.

Familien manchmal selbst einen Antrag auf Unterstützung, welcher in der Regel mündlich erfolgt.

Ein weiterer Auftraggeber der Familien- und auch der originären Hebamme ist der Staat: Er schafft die Rahmenbedingungen, um den Schutzauftrag im Sinne aller Kinder ausführen zu können.

Familienhebammen werden für die Leistungserbringung innerhalb der Familie, Qualifizierungsmaßnahmen, die Kooperation im Netzwerk und Qualitätssicherungsverfahren (z. B. die Dokumentation) in angemessener Höhe vergütet.⁶⁹

Aufgrund der inhaltlichen, zeitlichen und folglich auch Kompetenzüberschreitung der Regelversorgung findet die Hebammen-Vergütungsvereinbarung für Familienhebammen keine Anwendung. Somit kommt auch die Kostenübernahme durch eine Krankenkasse nicht in Betracht.⁷⁰

Eine einheitliche gesetzliche Regelung über die Vergütung besteht weder bei der Honorarbasis noch bei einer Festanstellung.⁷¹ Aus diesem Grund muss zwischen der Gesundheitsfachkraft und ihrer auftraggebenden Institutionen eine konkrete Einigung stattfinden. Alternativ ist es möglich, dass keine individuelle Absprache innerhalb der Kommune erfolgt, sondern eine Regelung auf Landesebene getroffen wird⁷². Die Finanzierung der Familienhebammen erfolgt bundesweit durch den Fonds, welcher der *Stiftung Frühe Hilfen*⁷³ zur Verfügung steht und Thema des Gliederungspunktes 4.5 ist.

3.5 Gesetzliche Verankerung

Die Gesetzestexte schneiden eine Definition über die Berufsbezeichnung *Familienhebamme* bzw. ihre konkrete Arbeitsweise, den Umfang ihrer Leistungen sowie ihre notwendige Qualifikation nur oberflächlich an.

Auf rechtlicher Ebene ist für die Familienhebamme ein Teil der Regelungen für die originäre Hebamme anzuwenden, insbesondere das Hebammengesetz sowie das SGB V und VIII mit den diesbezüglichen Datenschutzauflagen.⁷⁴ Eine klare gesetzliche

⁶⁹ Vgl. Art. 2 Abs. 2 S. 5 und Abs. 4 S. 3 Nr. 1 bis 4 VV BI.

⁷⁰ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 42.

⁷¹ Vgl. ebd.: 42 f.

⁷² Vgl. ebd.: 17 f.

⁷³ Bis 2017 *Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen*.

⁷⁴ Vgl. ebd.: 17 und 24.

Abgrenzung zwischen beiden Aufgabensphäre besteht nicht.⁷⁵ Die Hebammen-Vergütungsvereinbarung gilt lediglich für freiberufliche originäre Hebammen und findet, wie im vorhergehenden Kapitel thematisiert, für Familienhebammen keine Anwendung.

Das als Artikel 1 in das Bundeskinderschutzgesetz aufgenommene KKG trifft seit seinem Inkrafttreten am 1. Januar 2012 eine triviale Regelung zur Arbeit der Familienhebamme.

Das KKG definiert den Schutz von Kindern sowie eine Sicherstellung ihrer „körperliche[n], geistige[n] und seelische[n] Entwicklung [...]“⁷⁶ als oberstes Ziel von Staat, Ländern, Kommunen, der *Frühen Hilfen* und der Familienhebammen als Mitglieder dieser. Zur Zielerreichung muss auch der Staat als einer der Auftraggeber der Familienhebammen Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungspflicht motivieren, um eine Kindeswohlgefährdung von Grund auf zu verhindern oder zumindest abzuwenden.

Alle Angebote und Maßnahmen des Kinderschutzes sind nach §§ 1 und 2 KKG vordergründig durch die Fachkräfte *Früher Hilfen* auszuführen, dienen der Prävention und bedürfen einer persönlichen Beratung der Bezugspersonen des Kindes.

Darüber hinaus konnte der in § 3 Abs. 4 S. 1 KKG erwähnte Einsatz von Familienhebammen durch die halbjährliche Beratung einer Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern des Bundes, der Länder und der Kommunalen Spitzenverbände, an die Bedürfnisse der Gesellschaft angepasst werden.⁷⁷

Den Familienhebammen wird der Berufsalltag durch die Zusammenarbeit im Netzwerk und durch dessen verbindliche Strukturen nach § 3 KKG erleichtert.

Ihre Befugnisse bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung werden im § 4 KKG verankert und sind Gegenstand des Gliederungspunktes 5.

Für die Arbeit der Familienhebammen gilt gemäß § 3 Abs. 4 KKG gegenwärtig auch die im Gliederungspunkt 4.5.2 erörterte Verwaltungsvereinbarung *Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen*. Sie schafft unter anderem Rahmenbedingungen über die Struktur und Finanzierung des Netzwerkes sowie über die Arbeitsweise, Netzwerkeinbindung, Qualifizierung und Überprüfung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen, die vulnerable Familien begleiten.⁷⁸

⁷⁵ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 9.

⁷⁶ Art. 1 Abs. 1 S. 2 VV BI.

⁷⁷ Vgl. Art. 7 VV BI.

⁷⁸ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 17.

3.6 Parallelität der Hebammen- und Familienhebammentätigkeit in Personalunion oder -trennung

Grundgedanke der *Bundesstiftung Frühe Hilfen* ist eine parallele Tätigkeit der traditionellen Hebamme und der Familienhebamme innerhalb eines Familienverbandes. Beide Aufgabensphären weisen wesentliche Unterschiede auf, sodass bei einem erhöhten Unterstützungsbedarf weder auf die eine noch auf die andere verzichtet werden sollte. Außerdem können sie sich in Kombination gegenseitig ergänzen und die nachhaltige Verbesserung der medizinischen als auch psychosozialen Verhältnisse maximieren.

Grundsätzlich ist es in der Praxis aber auch möglich, dass eine Familienhebamme neben ihrer Betreuung bezüglich der Belastungssituation auch die Regelversorgung als originäre Hebamme abdeckt, in dem sie beide Aufgaben jeweils in Teilzeit wahrnimmt. Formale Voraussetzung für die Parallelität in Personalunion ist ihre Freiberuflichkeit, die beim Gesundheitsamt abgesichert ist. Diesbezüglich ist zur Wahrung des Transparenzgebotes, für die inhaltliche Nachvollziehbarkeit der Familie sowie für die Vergütung, Versicherungsleistungen etc. durch verschiedene Stellen eine klare Trennung zwischen beiden Hilfsangeboten erforderlich. Diese wird durch die Dokumentation der Maßnahmen und diesbezügliche Berichtsvorlagen erleichtert.⁷⁹

Die Arbeit der Hebamme und der Familienhebamme in personaler Vereinigung bringt Vor- und Nachteile mit sich – genau wie die personale Trennung beider Tätigkeiten.

Vorteil der Personalunion ist die Stärkung des Vertrauensverhältnisses, wenn ein einheitlicher Ansprechpartner zur Verfügung steht und die Verantwortung nicht gesplittet wird. Zudem können Informationen aufgrund eines Kommunikationsdefizites zwischen Hebamme und Familienhebamme nicht verloren gehen.

Da die Familienhebamme durch dieses Modell in jeder Familie zeitlich umfangreicher eingebunden ist, reduziert sich allerdings die Anzahl der durch die sie betreuten Familien. Jedoch besteht innerhalb der Kommunen tendenziell ein Mangel in der Versorgung durch Familienhebammen, welcher durch die Personalvereinigung verstärkt wird.⁸⁰

Eine Trennung beider Rollen bedeutet eine Chance für die Professionalität und eine Erleichterung der Organisation durch die Fachkräfte. Diese Ausgestaltung ermöglicht außerdem die Konzentration auf einen verringerten Aufgabenumfang, sodass die

⁷⁹ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 19, 42.

⁸⁰ Vgl. ebd.: 19.

Aufgaben tiefgründiger und gewissenhafter ausgeführt werden können.⁸¹ Jedoch leidet das Vertrauensverhältnis aufgrund des Fehlens eines einheitlichen Ansprechpartners und gegebenenfalls besteht eine Informationsasymmetrie zwischen den Fachkräften.⁸²

Die Wahl zwischen Personalunion oder -trennung wird durch die Wünsche und Bedürfnisse der Familie sowie die kommunalen Rahmenbedingungen (z.B. Angebot an Familienhebammen) beeinflusst.⁸³

3.7 Entwicklung des Leistungsangebotes

3.7.1 Sichtweisen der Kommunen und Betreuten

Bereits im Jahr 2015⁸⁴ wurden in 86,1 % der deutschen Kommunen Kinder von bis zu drei Jahren und deren Familien mit einem erhöhten Bedarf an Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte gefördert.⁸⁵ Diese Versorgung wurde Mitte 2015 durch 53,2 % der Kommunen als noch unzureichend bewertet. Den Versorgungsmangel gilt es in der Zukunft vorwiegend durch die Erhöhung der Sach- und finanziellen Ressourcen zu beseitigen. Ebenso ist die Anzahl der rund 1.600 berufstätigen Familienhebammen zu erhöhen, um eine Unterversorgung auszuschließen.

Bezüglich ihrer Qualifizierung und ähnlicher Berufszweige im Gesundheitswesen wurde fast ausschließlich Lob ausgesprochen, was die Eignung des Kompetenzprofils für Familienhebammen und der Qualifizierungsmaßnahmen der Länder beweist.⁸⁶

Die Betreuten empfanden nicht nur die Qualifizierung, sondern auch die praktische Ausführung ihrer Tätigkeiten deutlich erfolgreicher als die Kommunen: Bei einer Befragung von 618 Müttern zwischen Ende 2014 bis Anfang 2015 wurde das Kriterium „Die Familienhebamme (oder die/der FGKiKP) leistet mehr als sie müsste, ist immer erreichbar und ist für mich wichtig“ mit 3,34; 3,61 und 3,49 von 4 möglichen Punkten

⁸¹ Vgl. ebd.

⁸² Vorteile der Personalunion im Umkehrschluss.

⁸³ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 19.

⁸⁴ Letzte veröffentlichte Statistik.

⁸⁵ Vgl. Küster, Sann und Renner 2018: 2.

⁸⁶ Vgl. Küster et al. 2018: 3.

bewertet.⁸⁷ Im Jahr 2018 waren 90 % der Mütter mit der Betreuung und Begleitung zufrieden oder sogar sehr zufrieden; 98 % würden die Inanspruchnahme anderen Familien empfehlen.⁸⁸

Die Befriedigung des Unterstützungsbedarfs von Familien mit psychosozialen Schwierigkeiten ist somit schon auf sehr gute Art und Weise umgesetzt worden. Sie lässt jedoch immer noch Raum für Verbesserungen offen – vor allem, um die Stabilisation der Situation von Familien mit einem sehr hohen Grad an Belastung zu intensivieren. Welche konkreten strukturellen Maßnahmen hierfür getroffen werden müssen, ist Forschungsgegenstand des NZFH in Kooperation mit den Koordinierungsstellen der Netzwerke.⁸⁹

Aufgrund der fehlenden historischen Geschichte der Familienhebammen (besonders im Vergleich zur Regelversorgung durch die originäre Hebamme) und der noch relativ gegenwärtigen gesetzlichen Verankerung im Jahr 2012 sind ihre Leistungen eingeschränkt bekannt und müssen weiterhin durch Aufklärung und Transparenz publiziert werden. Nur so kann erreicht werden, dass ihre Unterstützung öfter in Anspruch genommen wird, einen hohen gesellschaftlichen Wert erhält und Schwachstellen von Familien mit den besonders empfindsamen Säuglingen und Kleinkindern auflöst.

3.7.2 Modelle in der Praxis

Die Entwicklung der Hilfen durch Familienhebammen erfolgt zwischen den einzelnen Kommunen sehr unterschiedlich. Bisher haben sich vor allem das Modell des *Familienhebammen-Netzes* in Wohnortnähe, das Modell der *Stadtteil-Familienhebammen* sowie das Modell der *Mobilen Betreuung* in ländlichen Gebieten etabliert.

Das *Familienhebammen-Netz* in Wohnortnähe liegt in der Regel in der Verantwortung eines öffentlichen Trägers. Die Organisationen wird durch die Netzwerkkoordination⁹⁰ gewährleistet. Besonders in sozialen Brennpunkten wird durch diese Ausgestaltung eine hohe Dichte an zur Verfügung stehenden Familienhebammen geschaffen.

⁸⁷ Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Info-Blatt Juni 2018: 3.

⁸⁸ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Info-Blatt Juni 2018: 3.

⁸⁹ Vgl. Küster et al. 2018: 5, siehe Gliederungspunkte 4.2 und 4.3.

⁹⁰ Siehe Gliederungspunkt 4.2.

Freie Träger ermöglichen vor allem sozial schwachen Stadtgebieten mit einem hohen Anteil an ausländischen Familien eine Chance durch das Modell der *Stadtteil-Familienhebammen*. Aufgrund der Nähe zum Wohnsitz ist die Familie wenig gehemmt, die Hilfe aufzusuchen. Sogenannte „Stadtteilmütter“⁹¹ unterstützen Migranten, da sie sowohl die Muttersprache als auch Deutsch sprechen und somit die Integration fördern. Dabei genießen sie ein besonderes Vertrauen aufgrund der gleichen oder ähnlichen Herkunft. Wegen des Lösens von der Kommune hat die Familienhebamme die Kooperation zum Netzwerk bei diesem Modell weitgehend selbst zu organisieren.⁹² Das Modell der *Mobilen Betreuung* in ländlichen Gebieten wird ebenfalls durch einen freien Träger verwirklicht, welcher vom kommunalen Jugendamt und dessen Netzwerk *Früher Hilfen* beauftragt wurde. Es kennzeichnet sich durch eine besonders hohe Flexibilität. Die Vermittlung erfolgt durch medizinische und soziale Versorgungsstellen. Die in allen Modellen bestehenden Beratungseinrichtungen sind Bindeglied zwischen Familienhebamme und Jugendamt. Sie ermöglichen es, den direkten Kontakt zur Behörde zu umgehen, um die diesbezüglich bestehenden Negativassoziationen nicht hervorzurufen.

Gemeinsamkeit aller drei Ausgestaltungen ist die angestrebte Nähe zum Wohnort, um die Suche nach Hilfe so weit wie möglich zu vereinfachen. Eine Zusammenarbeit zwischen kommunalen und freien Trägern erhöht das Erfolgsniveau, da sie ihre jeweiligen strukturellen Stärken zum Vorteil der Familien ergänzen. Die weiteren konkreten Tätigkeiten und Kooperationen der Familienhebamme liegen im Ermessen des Trägers.

⁹¹ Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 46.

⁹² Vgl. ebd.: 45 f.

3.8 Einführung der Tätigkeit von Familienhebammen statt Erweiterung der Regelversorgung originärer Hebammen

Hinsichtlich der gesetzlichen Verankerung *Früher Hilfen* wurde viel Kritik geübt. Diese stützt sich vor allem auf die Auswirkungen für die Wertschätzung originärer Hebammen, weshalb anschließend die Einführung der Tätigkeit von Familienhebammen als Alternative zur Erweiterung der Regelversorgung bewertet wird.

3.8.1 Übereinstimmung des Grundgedankens

In öffentlichen Debatten wird das Auseinanderreißen des einheitlichen Hebammenberufsbildes immer wieder thematisiert. Es ist zu bedenken, dass die Regelversorgung der originären Hebammen und der Auftrag der Familienhebammen teilweise keine zweifellose Abgrenzung voneinander zulassen: Auf gesetzlicher Ebene werden zwar hauptsächlich die *Frühen Hilfen* mit der Prävention im Kinderschutz beauftragt. Laut Auffassung des DHV sehe die Umsetzung in der Realität jedoch ganz anders aus und auch die originären Hebammen würden einen erheblichen Beitrag zu dieser leisten.⁹³

Definitiv übernehmen beide Berufsgruppen die Beratung und Betreuung während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt auf medizinischer und auch psychosozialer Ebene. Die Deckungsgleichheit in diesem Hauptmerkmal lässt die Etablierung eines neuen Berufsbildes erst einmal unzweckmäßig erscheinen und spricht für eine Erweiterung der traditionellen Fürsorge.

3.8.2 Klare Abgrenzung in anderen Bereichen

Abgesehen von der Präventionsarbeit und dem Grundgedanken ihrer Leistungen kollidieren beide Aufgabensphären in anderen Kriterien: Die Regelversorgung wird für alle Eltern unabhängig ihrer Selbstkoordinierungsfähigkeit angeboten, die Leistungen der Familienhebamme hingegen unterstützen vorwiegend vulnerable Familien. Ebenfalls bestehen Unterschiede hinsichtlich der Intensität der Hilfe, des zeitlichen

⁹³ Vgl. Deutscher Hebammenverband 2014: Stellungnahme: 2.

Umfangs sowie der Finanzierung. Die gegensätzlichen Merkmale sprechen für die Einführung der Familienhebammenleistungen statt einer Erweiterung der originären Hebammentätigkeit, um die klaren Grenzen auch durch die jeweilige Berufsbezeichnung zu verdeutlichen.

Eine weiteres Argument für diese Vorgehensweise ist, dass Konflikte in der Benennung des Auftraggebers ihrer Leistungen ausgeschlossen werden: Während originäre Hebammen durch die Mütter selbst beauftragt werden, werden Familienhebammen gleichzeitig auch durch ihre Netzwerke bzw. ihren Träger mit der Aufgabe betraut.

Darüber hinaus würden bei einer Erweiterung der Regelversorgung enorme Anforderungen an die Qualifizierung einer jeden Hebamme bestehen: Sie müsste zwingend die für Familienhebammen erforderliche Zusatzausbildung absolvieren, um in jedem Fall auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf reagieren zu können, der aktuell ausschließlich durch *Frühe Hilfen* gedeckt wird. Alternativ könnte die staatliche Ausbildung von Grund auf reformiert werden. Dieser Wandel wäre nicht nur zeit- und kostenintensiv, sondern hätte gegebenenfalls auch einen Engpass in der Versorgung durch originäre Hebammen zu verantworten, denn nicht jede ist auch für die umfangreiche Betreuung und Begleitung in psychosozialen Belastungssituationen geeignet. Das Kompetenzprofil für Familienhebammen hingegen repräsentiert ein etabliertes Überprüfungsinstrument für die Eignung dieser Gesundheitsfachkraft, an welche – im Vergleich zur konventionellen Hebamme – allein schon durch die Natur der Aufgabe erhöhte Anforderungen bestehen.

3.8.3 Negativassoziation des originären Hebammenberufes

Der DHV äußert in seiner Stellungnahme⁹⁴ Bedenken über die Zerstörung des traditionellen Berufsbildes der Hebamme, weil in seinen Augen das Vertrauen in die Regelversorgung leiden könne: Zwar erlange der Hebammenberuf durch eine öffentliche Aufklärung über die Arbeit der Familienhebammen mehr Aufmerksamkeit, doch sei eine Negativassoziation als Folge nicht auszuschließen. Grund ist die Verankerung der *Frühen Hilfen* im SGB VIII und die daraus folgende organisatorische Zuordnung zum Jugendamt. Durch diese besteht zwar der Vorteil einer optimalen Vernetzung zu weiteren psychosozialen Anlaufstellen; das Jugendamt wird gesellschaftlich jedoch weniger mit Fürsorge und dafür umso mehr mit Kontrollen und Eingriffen in Verbindung gebracht. Das könne trotz formeller Unabhängigkeit von den

⁹⁴ Vgl. 2014: 1.

Netzwerken einen erheblichen Nachteil für die originäre Hebammentätigkeit. Auch das Charakteristikum der freiwilligen und unbürokratischen Inanspruchnahme von Hebammenleistungen sei durch die Anknüpfung zum Jugendamt und dessen Image gefährdet, obwohl Familienhebammen die gleichen Prinzipien verfolgen.

Die Argumentation der Negativassoziation spricht eindeutig für die Schaffung des neuen Berufsbildes der Familienhebamme anstelle einer Erweiterung der Regelversorgung. Hierdurch konnte zumindest eine rechtliche Trennung erfolgen. Diese ist für die Bürger jedoch nicht immer nachvollziehbar, da sich die Aufgabenfelder teilweise ähneln. Aus diesem Grund wurde für beide Berufsgruppen die Bezeichnung *Hebamme* gewählt, was der Bevölkerung eine klare Abgrenzung erschwert.

3.8.4 Persönliche Meinung des Autors

Der Autor dieser Arbeit begrüßt die Einführung der Tätigkeit von Familienhebammen statt einer Erweiterung der originären Hebammenleistungen, da beide wesentliche Unterschiede zueinander aufweisen.

Zu bedenken ist aber die organisatorische Zugehörigkeit der *Frühen Hilfen* zu Behörden des Rechtsstaates, die in der Gesellschaft eine Negativassoziation hervorrufen können und somit auch eine Bedrohung des Vertrauens in den traditionellen Hebammenberuf. Diese Gedankengänge können zwar nicht für jeden Bürger verallgemeinert werden, bergen jedoch ein erhebliches Risiko. Die Einführung einer neuen Tätigkeit mindert diese Gefahr, welche durch eine alternative Berufsbezeichnung der Familienhebammen ohne die Verwendung des Begriffes *Hebamme* eventuell gänzlich zu verhindern gewesen wäre. Jedoch ist die Wertschätzung des Hebammenberufes zu betonen, von der auch die Familienhebammen profitieren. In der Auffassung des Autors haben die *Bundesinitiative und -stiftung Frühe Hilfen* dieses Potenzial der Anerkennung sinnvoll genutzt. Nur so können die Netzwerke und deren Fachkräfte eine nachhaltige Hilfe für vulnerable Familien anbieten, um jedem Kind ein behütetes Aufwachsen zu ermöglichen. Abhilfe gegen die potentielle Negativbesetzung der Berufsbilder und gegebenenfalls auch über die Arbeitsweise des Jugendamtes können nur eine umfangreiche Aufklärung der Bevölkerung und eine Vertrauensstärkung durch den Erfolg der Hilfen schaffen.

4 Die Netzwerke „Früher Hilfen“

Die Leistungen der Familienhebammen und FGKiKP sind ein Angebot der *Frühen Hilfen*.

Jene umfassen regionale Netzwerke niedrigschwelliger⁹⁵ Unterstützungsangebote, die in der Regel in der Zuständigkeit der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe liegen.

Früh meint dabei das Lebensalter des Kindes: Die Netzwerke und seine Fachkräfte helfen Kindern im Alter von bis zu drei Jahren und ihrem sozialen Umfeld – auch während der Schwangerschaft. Sie können durch alle Familien, aber besonders solche mit einem erhöhten Bedarf an Betreuung und Begleitung, vor allem auf psychosozialer Ebene, freiwillig und langfristig in Anspruch genommen werden. Grundgedanke ist es, einen leichteren Zugang zur Unterstützung als im sonstigen Sozialwesen zu schaffen.⁹⁶ Über diesen sind alle Familien umfassend zu informieren und zu beraten.⁹⁷

Die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit des Kindes und seiner Bezugspersonen sowie deren Beziehung zueinander ist die elementare Aufgabe der Fachkräfte im Bereich der *Frühen Hilfen*. Diese Funktion wurde 2012 gesetzlich im KKG, insbesondere in den §§ 1 und 3 KKG, verankert. Sie erfolgt nach § 3 Abs. 4 KKG unter anderem durch den Einsatz von Familienhebammen, aber auch durch Ehrenamtliche – und zwar in 98,4 % der deutschen Kommunen.⁹⁸

Durch die Netzwerke sollen aktiv eine allgemeine Primärprävention im Sinne der Gesundheitsförderung nach §§ 20 SGB V und 16 bis 19 SGB VIII und insbesondere eine spezifische Sekundärprävention nach § 27 SGB VIII für Familien mit Defiziten erfolgen, indem die Eltern motiviert werden, ihr Recht und ihre Pflicht zur Erziehung wahrzunehmen. Außerdem bieten sie die Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG und die Hebammenhilfe nach § 134a SGB V an.

Bei einer Kindeswohlgefährdung veranlassen die *Frühen Hilfen* Schutzmaßnahmen als tertiäre Prävention. Ihre Fachkräfte müssen hierbei auf eine strukturelle Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerkes als auch mit dem Jugendamt und weiteren kommunalen, Landes- und Bundesbehörden zurückgreifen,⁹⁹ um die Verflechtung von

⁹⁵ *Niedrigschwellig* meint in diesem Zusammenhang, dass nur eine geringe Hürde bis zur Gewährung der Leistungen besteht. Außerdem sollen geeignete Maßnahmen die Hemmschwelle der Familien, ihren Bedarf an Hilfe zu äußern und sich diese zu suchen, herabsetzen.

⁹⁶ Vgl. Bundesstiftung Frühe Hilfen 2018: 2.

⁹⁷ Vgl. § 2 KKG.

⁹⁸ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Info-Blatt Juni 2018: 1.

⁹⁹ Vgl. VV FHH: Präambel und § 81 SGB VIII i. V. m. § 3 Abs. 2 KKG.

Gesundheits- und Sozialwesen (vorwiegend Kinder- und Jugendhilfe) für eine umfassende Unterstützung der Familien zu gewährleisten.

Ein weiteres wichtiges Argument, welches für den Auf- und Ausbau des Netzwerkes spricht, ist die Schaffung bundeseinheitlicher Standards gemäß § 3 Abs. 1 KKG.

Das Qualitätsmanagement des Netzwerkes liegt in der Zuständigkeit von Bund, Ländern und Kommunen¹⁰⁰ und insbesondere in der des öffentlichen Jugendhilfeträgers gemäß § 79a SGB VIII, der nach § 3 Abs. 3 KKG auch die Organisation ausgestaltet.

Dieses System ist seit seiner gesetzlichen Verankerung¹⁰¹ und Beginn der Umsetzung im Jahr 2012 ein wichtiges und – neben kinderärztlichen Untersuchungen – das einzige Angebot zur Versorgung der jüngsten Mitglieder unserer Gesellschaft.¹⁰²

4.1 Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke

Für Familien mit einem besonderen Bedarf an Unterstützung hat die Stabilisierung und Verbesserung ihrer Situation eine höhere Aussicht auf Erfolg, wenn verschiedene Hilfen aufeinander aufbauen – vor allem solche der Netzwerke *Früher Hilfen* in öffentlicher oder freier Trägerschaft. Diese Zusammenarbeit erfolgt vordergründig durch verschiedene Berufszweige „der Kinder- und Jugendhilfe, de[s] Gesundheitswesen[s], der Schwangerschaftsberatung und der Frühförderung [...]“¹⁰³, zu welchen auch die Familienhebammen und FGKiKP zählen.

Die Kooperation innerhalb der Netzwerke dient dazu, alle unterstützungsbedürftigen Defizite einer Familie frühzeitig und langfristig abzudecken. Die konkrete Umsetzung und Kooperation wird den individuellen Gegebenheiten im sozialen Umfeld des Kindes angepasst.¹⁰⁴ Ihr wird aufgrund der drohenden Folgen besonders bei der im Kapitel 5 thematisierten Kindeswohlgefährdung enorme Bedeutung zugeschrieben.

Die Aktivität der Familienhebamme in einem der Netzwerke beschränkt sich nicht nur auf die einzelfallbezogene Kollektivarbeit, sondern auch auf allumfassende Tätigkeiten ohne Einzelfallbezug – etwa durch Fachgruppen und allgemeine Besprechungen zum

¹⁰⁰ Vgl. VV FFH: Präambel.

¹⁰¹ Siehe Gliederungspunkt 4.5.

¹⁰² Vgl. Bundesstiftung Frühe Hilfen 2018: 2.

¹⁰³ Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Info-Blatt Juni 2018: 2.

¹⁰⁴ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 37.

Arbeitsalltag. Die Zusammenarbeit erfordert auch ihrerseits eine reibungslose Kommunikation, um „eine ‚Doppel- oder Fehlversorgung‘ [...]“¹⁰⁵ zu unterbinden. Gleichmaßen leisten die Koordinierungsstellen und das NZFH einen erheblichen Beitrag für die Kooperation innerhalb der Netzwerke.

4.2 Koordinierungsstellen

Für die Entwicklung einer Netzwerkkultur und eine effiziente Organisation, die ebenso eine Festlegung und Bewährung von Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnissen und Kommunikationswegen sowie die Setzung von Zielen und deren Überprüfung beinhaltet, sind die Koordinatorinnen und Koordinatoren des jeweiligen Netzwerkes verantwortlich.¹⁰⁶ Um diese Funktionen in die Realität umsetzen zu können und somit die qualitativ hochwertige Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten, wurden Koordinierungsstellen geschaffen. Diese ermöglichen außerdem den Informationsaustausch über die Ländergrenzen hinaus als auch mit dem Bund, der dadurch die Umsetzung und den Erfolg des Konzeptes kontrolliert – vordergründig durch die von der Netzwerkkoordination bereitgestellten Dokumente.¹⁰⁷

Die durch fachliche Qualifikation auszuführenden Aufgaben der Netzwerkkoordination beschränken sich nicht nur auf die Beratung der Fachkräfte, sondern auch auf die der hilfeschuchenden Familien. Diesbezüglich muss eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit¹⁰⁸ über die Ziele, die Betätigungen, das Wissen und die Lernprozesse des Netzwerkes betrieben werden, um das Transparenzgebot zu wahren.¹⁰⁹

Als Risiko der Netzwerkarbeit ist das Aufeinandertreffen von Fachkräften unterschiedlicher Berufszweige zu nennen. Schwierigkeiten oder gar Konflikte können durch verschiedene Auffassungen über Vorgehensweisen, Begriffsdefinitionen sowie Werte und Normen auftreten. In diesem Fall übernimmt die Netzwerkkoordination eine Einigungs- und Moderationsfunktion.¹¹⁰

Mitte 2014 waren in den 529 deutschen Jugendamtsbezirken bereits 905 Koordinatorinnen und Koordinatoren mit beruflicher Erfahrung und einschlägigen Fachkenntnissen tätig – eine bemerkenswerte Zahl, welche im Rahmen des

¹⁰⁵ Ebd.: 39.

¹⁰⁶ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 49 ff.

¹⁰⁷ Art. 5 Abs. 1 S. 2 VV Bl.

¹⁰⁸ Die Öffentlichkeitsarbeit wird überwiegend durch das NZFH betrieben, siehe Gliederungspunkt 4.3.

¹⁰⁹ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 40.

¹¹⁰ Vgl. ebd.: 50.

Netzwerkausbaus in Zukunft erhöht werden soll. Doch auch im Bereich der Netzwerkkoordination fehlt es an einheitlichen Standards. So bestehen bezüglich der Personalressourcen und des zeitlichen Arbeitsumfangs zwischen den Kommunen große Unterschiede, die es zu beseitigen gilt.¹¹¹

4.3 „Nationales Zentrum Frühe Hilfen“

Bereits 2007 richtete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* ein, welches nach Art. 8 Abs. 1 VV FFH die Zielerreichung der Stiftung sichert, Forschung im Bereich der *Frühen Hilfen* betreibt und den Fokus auf eine kontinuierliche Qualitätserhöhung legt.

Einen essenziellen Beitrag zu dieser Forschung leisteten Konferenzen sowie Kooperationen mit Institutionen und Verbänden. Die Erkenntnisse aus diesen Debatten, Projekten und wissenschaftlichen Untersuchungen legten den Grundstein für die Errichtung des Netzwerkes.¹¹² Seit jeher trägt es aktiv zur Entwicklung und Weiterentwicklung der Netzwerke bei: Ab 2012 sicherte das NZFH die Umsetzung der durch die Bundesinitiative gesetzten Ziele und ab 2017/2018 berät und unterstützt es die *Bundesstiftung Frühe Hilfen*. Auf Grundlage der Zusammenarbeit der Länder führt es kontinuierlich Evaluationen durch und untersucht die Zweckhaftigkeit entwickelter Modelle zur Verbesserung und Erweiterung der Netzwerkarbeit und deren Qualität. Außerdem wirkt es beim Austausch zwischen Bund, Ländern und Kommunen mit und betreibt die Öffentlichkeitsarbeit der Netzwerke *Früher Hilfen*, wodurch gleichzeitig eine bundesweite Einheitlichkeit geschaffen wird – nicht zuletzt durch regelmäßige wissenschaftliche Berichte.¹¹³

¹¹¹ Vgl. Küster et al. 2018: 2.

¹¹² Vgl. Bundesstiftung Frühe Hilfen 2018: 4.

¹¹³ Vgl. Art. 8 Abs. 2 und 3 VV FFH.

4.4 Präventionsarbeit

Die Netzwerke *Früher Hilfen* werden auf den Ebenen der primären, sekundären und tertiären Prävention tätig. Welche konkrete Prävention zu leisten ist, hängt davon ab, über welche Ressourcen die Familie verfügt und wie stark diese durch Belastungen beeinträchtigt werden.¹¹⁴ Dieses Prinzip kann der folgenden Abbildung entnommen werden:

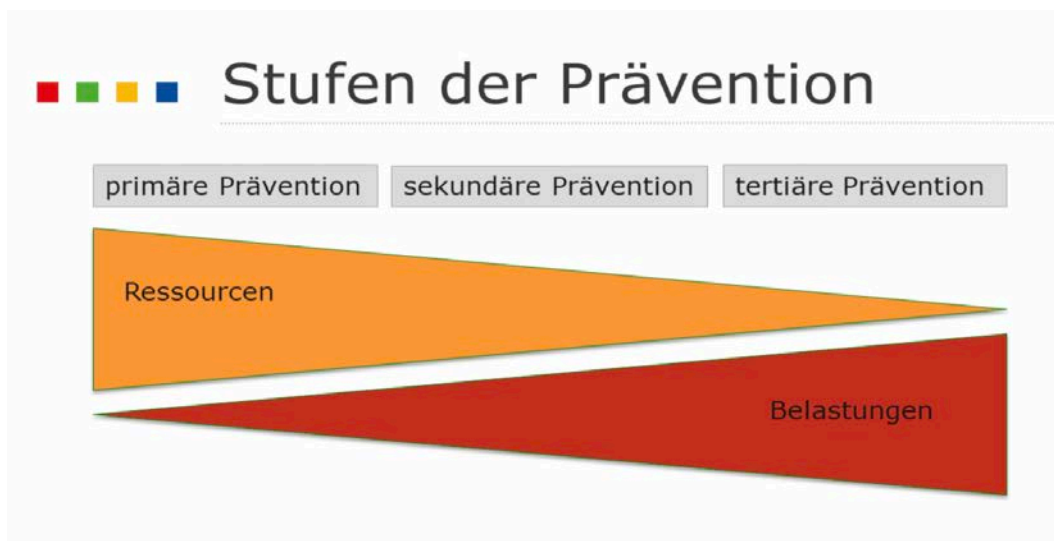


Abbildung 1: „Stufen der Prävention“ (Pertzborn, Emons, Brendel und Haverkamp 2018: 2)

Die jeweiligen Präventionsstufen unterscheiden sich durch unterschiedliche Zuständigkeiten, wie die Tabelle 1 verdeutlicht und in den folgenden Gliederungspunkten beleuchtet wird:

Primäre Prävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention
<i>Frühe Hilfen</i>	Familienhebammen und FGKiKP	Jugendamt, evtl. Familiengericht

Tabelle 1: Zuständigkeiten der Präventionsstufen

¹¹⁴ Vgl. Pertzborn, Emons, Brendel und Haverkamp 2018: 2.

4.4.1 Primäre Prävention

Die Primäre Prävention umfasst vorsorgliche Maßnahmen der Netzwerke *Früher Hilfen*, um das Entstehen einer Problemsituation in der Zukunft vom Grunde auf zu verhindern. Sie kommt in Betracht, wenn die Familie über ein hohes Maß an Ressourcen verfügt, die nicht oder nur geringfügig belastet werden, beispielsweise bei Problemen in der Partnerschaft.¹¹⁵ Die Leistungen sind im Rahmen der Gesundheitsförderung grundsätzlich allen Eltern und deren Kindern sowie werdenden Eltern zugänglich und stehen somit als „universelle primäre Prävention“¹¹⁶ zur Verfügung.¹¹⁷

Sie konzentrieren sich gemäß § 16 SGB VIII auf die Beratung und Wissensvermittlung, um eine Stärkung der Eltern-Kind-Bindung zu bewirken und die Elternkompetenz zu erweitern. Ferner soll die Motivation der Erziehungsberechtigten, ihre Erziehungsaufgabe verantwortungsvoll und ohne Gewaltanwendung auszuführen, erhöht werden.¹¹⁸ Diese Strategie wird von Mengel auch als „Familienbildung“¹¹⁹ bezeichnet, die als ursprüngliches Angebot der Kinder- und Jugendhilfe eine Wissens- und Kompetenzerweiterung der Netzwerke impliziert.

4.4.2 Sekundäre Prävention

Familien, deren Ressourcen und Belastungen deutlich miteinander konkurrieren und die sich folglich in einer besonderen oder schwierigen Lebenslage befinden, können selbstständig einen Antrag auf *Frühe Hilfen* und insbesondere auf die Begleitung durch eine Familienhebamme oder eine/n FGKiKP stellen.¹²⁰ Eine andere Möglichkeit ist die Unterbreitung dieses Vorschlages durch die traditionelle Hebamme oder helfende Stellen, sofern diese darauf aufmerksam werden. Letztere sind das Jugendamt, das Sozialamt oder die Gemeinde, die in der Regel die Kosten übernehmen. Eine einheitliche Zuständigkeit ist in Deutschland noch nicht geregelt. Aufklärung und Beratung bezüglich dieses Angebotes sind vor allem beim DHV, bei Gesundheits- und

¹¹⁵ Vgl. Pertzborn et al 2018: 2 und Mengel 2014: 19.

¹¹⁶ Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 20.

¹¹⁷ Vgl. ebd.

¹¹⁸ Vgl. Mengel 2014: 20.

¹¹⁹ 2014: 20.

¹²⁰ Vgl. Pertzborn et al 2018: 2.

Jugendämtern, Gynäkologen, Krankenhäusern, Kinderkliniken, Krankenkassen und Beratungsstellen möglich.¹²¹

Die Leistungen der Familienhebamme werden selektiv für Familien mit einem erhöhten Bedarf an Unterstützung zur Erziehung nach § 27 SGB VIII bereitgestellt.¹²² Sie können nur mit dem Einverständnis der Mutter oder der Eltern in Anspruch genommen werden und erfolgen auf freiwilliger Basis. Eine Ablehnung muss durch die hilfebietende Stelle nicht gemeldet werden und negative Folgen können für die Familie nicht eintreten. Die Weitergabe von persönlichen Daten der Familie mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf kann grundsätzlich nur mit dem Einverständnis der Betroffenen erfolgen. Vor dem Hintergrund der Beeinträchtigung des Kindeswohl, aber keiner Gefährdung, sowie der fehlenden Pflicht zur Inanspruchnahme ist die Unterstützung durch eine Familienhebamme in einer Problemsituation als sekundäre Prävention zu verstehen.¹²³

4.4.3 Tertiäre Prävention

Wenn eine Familie stark belastet und in ihren Ressourcen enorm geschwächt ist und gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung nach § 1666 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) vorliegen, d. h. eine erhebliche Notlage besteht, hat die „indizierte tertiäre Prävention“¹²⁴ zu erfolgen.¹²⁵

Zur Verantwortung der Familienhebamme gehört im Rahmen der Gefahrenabwehr das Vorgehen nach § 4 KKG, welches Gegenstand des Gliederungspunktes 5.6 ist.

Bei Erfolglosigkeit ihrer Maßnahmen erfolgt durch sie die Weitergabe persönlicher Daten der Familie an das zuständige Jugendamt. Über die Datenweitergabe sind die Betroffenen nach § 4 Abs. 3 KKG im Vorfeld zu informieren, sofern diese Mitteilung keine weitere Bedrohung für das Kindeswohl darstellt. Die nun beginnende tertiäre Prävention und die diesbezügliche konkrete Vorgehensweise nach § 8a SGB VIII liegen grundsätzlich nicht in der Aufgabensphäre und Verantwortung der Familienhebamme, sondern in der des Jugendamtes. Zwischen Letzterem und der Familienhebamme bestehen aber eine Kooperation, gemeinsame Zielsetzung sowie

¹²¹ Vgl. Steppat 2012.

¹²² Vgl. Goldberg 2014: 6.

¹²³ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2018: Kompetenzprofil Familienhebammen: 10 und Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 20.

¹²⁴ Ebd.

¹²⁵ Vgl. ebd.

Maßnahmenabsprache, denn die Fortsetzung der Betreuung durch die Familienhebamme kann aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses zu den Betroffenen vorteilhaft sein. Dieses Vorgehen entspricht dem Kompetenzprofil für Familienhebammen.

4.5 Gesetzliche Verankerung und Finanzierung

Während die Finanzierung der originären Hebammen durch die im SGB V verankerten gesetzlichen Krankenkassen erfolgt, sicherte der Bund die Kostendeckung der *Frühen Hilfen* im Rahmen einer Bundesinitiative von 2012 bis 2017 und einer Bundesstiftung seit 2018, weil die Krankenkassen ein *Frühe-Hilfen-Budget* nicht bereitstellen wollten. Die Bundesinitiative und -stiftung finden ihre gesetzliche Verankerung in entsprechenden Verwaltungsvereinbarungen, welche folgend erörtert werden.

4.5.1 Verwaltungsvereinbarung „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“

Die BZgA stellte mit der Verwaltungsvereinbarung über die *Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen*, beginnend im Juli 2012 bis zum Ablauf des Jahres 2017, Haushaltsmittel für die Realisierung der *Frühen Hilfen* und die damit einhergehende Gesundheitsprävention zur Verfügung – in Höhe von 30 Millionen Euro für das Haushaltsjahr 2012, in Höhe von 45 Millionen Euro für das Haushaltsjahr 2013 und in Höhe von jeweils 51 Millionen Euro für die Haushaltsjahre 2014 bis 2017.^{126,127} Auch hierbei war das Ziel die Verknüpfung der Kinder und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und weiterer sozialer Einrichtungen zur psychosozialen Förderung von Familien in besonderen oder schwierigen Lebenslagen. Insbesondere sollte die Bundesinitiative durch eine frühzeitige, langfristige und umfassende Hilfe die Zahl der Kindeswohlgefährdungen herabsetzen.

Förderfähig waren gemäß Art. 2 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 S. 1 VV BI alle Methoden, die der Einrichtung und Entwicklung des Netzwerkes dienten und bei Inkrafttreten der Verwaltungsvereinbarung am 1. Juli 2012 noch nicht bestanden. Art. 2 Abs. 4 VV BI

¹²⁶ Rechtliche Grundlage war hierfür § 3 Abs. 4 S. 2 und 4 KKG.

¹²⁷ Vgl. Artikel 3 und 11 VV BI.

widmet sich der Förderfähigkeit von Familienhebammen der Netzwerke *Früher Hilfen*, welche gegeben sein sollte, sofern sie dem Kompetenzprofil des NZFH entsprachen oder gleichwertig qualifiziert waren. Über die Verwendung der Mittel hatten die Länder den Bund nach Art. 12 VV BI zu unterrichten.

Laut der *Bundesstiftung Frühe Hilfen*¹²⁸ realisierte die Bundesinitiative einen enormen Erfolg: „In 98,4 % der geforderten Kommunen wurden Netzwerke Frühe Hilfen auf- und ausgebaut.“ Gleichermaßen wurden die bezüglich der qualitativen Umsetzung gesetzten Ziele erreicht – nicht zuletzt durch die Koordinierung und Gewährleistung der Kompetenzen, beispielsweise im Rahmen des Kompetenzprofils des NZFH.¹²⁹

4.5.2 Verwaltungsvereinbarung „Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen“

Zum 1. Oktober 2017 trat gemäß § 3 Abs. 4 S. 3 und 4 KKG die Verwaltungsvereinbarung *Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen* als rechtlicher Nachfolger der Verwaltungsvereinbarung über die *Bundesinitiative* in Kraft.¹³⁰

Für die Umsetzung der Netzwerkziele wurde die privatrechtliche, gemeinnützige *Bundesstiftung Frühe Hilfen* ohne eigene Rechtsfähigkeit eingerichtet, die durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verwaltet wird.¹³¹ Ihre Aufgabe ist die Fortsetzung des Erfolges der Bundesinitiative, um vulnerable Familien und deren Kinder im Alter von bis zu drei Jahren durch das Netzwerk bundesweit zu betreuen und zu begleiten.¹³²

Die Mittel der Stiftung können gemäß Art. 3 Abs. 3 i. V. m. Art. 3 Abs. 1 VV FFH nach dem 1. Januar 2012 eingerichtete Maßnahmen fördern, sofern der Nachweis über die Mittelverwendung erbracht wird.¹³³ Für diese Förderung umfasst der Fonds nach § 3 Abs. 4 S. 3 KKG 51 Millionen Euro jährlich, deren Aufteilung an die Länder der Tabelle 1 im Anhang der Verwaltungsvereinbarung zu entnehmen ist.

¹²⁸ 2018: 1.

¹²⁹ Vgl. Bundesstiftung Frühe Hilfen 2018: 1 und 4.

¹³⁰ Von Oktober bis Dezember 2017 galten nach Art. 12 Abs. 1 S. 2 VV FFH beide Verwaltungsvereinbarungen parallel. Mit Ablauf des 31. Dezember 2017 trat die VV BI außer Kraft.

¹³¹ Vgl. Art. 1 und Art. 6 Abs. 1 VV FFH.

¹³² Vgl. Art. 3 Abs. 1 S. 1 und 2 VV FFH.

¹³³ Vgl. Art. 6 Abs. 2 VV FFH.

Die Umsetzung der Netzwerkziele unter Wahrung der geforderten Qualität, der länderübergreifende Informationsaustausch sowie die Kooperation mit dem NZFH¹³⁴ sind gemäß Art. 5 VV FFH Sache der Länder.

Außerdem soll die Stiftung Netzwerkumgestaltungen realisieren, die die Angebote an die realen Bedürfnisse der Familien anpassen, Versorgungslücken schließen sowie das quantitative als auch qualitative Wachstum der *Frühen Hilfen* bewirken. Grundgedanke ist dabei, dass der Ausbau des Netzwerkes nicht abgeschlossen ist, solange ungleiche Chancen für die Kinder in Abhängigkeit von ihrem Wohnort bestehen.¹³⁵

Die Notwendigkeit der Einrichtung und Weiterentwicklung des Netzwerkes lässt sich vor allem durch Zahlen belegen: Laut der *Bundesstiftung Frühe Hilfen*¹³⁶ bedurften in Deutschland zu Beginn des Jahres 2018 rund 500.000 Kinder im Alter von bis zu drei Jahren einer erhöhten Unterstützung, die vorrangig durch die Netzwerke und die Familienhebammen als Mitglieder dieser zu gewährleisten war. Vor allem der bestehende Personalmangel und noch nicht vollständig ausgebaute Strukturen konnten und können eine flächendeckende Versorgung jedoch noch nicht vollständig sicherstellen.¹³⁷

Aber die Einschätzung deutscher Kommunen bezüglich eines hohen oder sehr hohen Entwicklungsbedarfs im Bereich der *Frühen Hilfen* verringerte sich im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2013 um 12,2 % und beweist eine Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen, insbesondere durch die Bundesinitiative, die in der Gegenwart und für die Zukunft durch die Bundesstiftung fortgesetzt werden müssen.¹³⁸

¹³⁴ Aufgabe des NZFH ist es, die Umsetzung der Stiftungsziele sicherzustellen (Vgl. Art. 8 Abs. 1 VV FFH).

¹³⁵ Vgl. Bundesstiftung Frühe Hilfen 2018: 1 bis 3.

¹³⁶ 2018: 3.

¹³⁷ Vgl. ebd.

¹³⁸ Im Jahr 2013 schätzten 49 % der 543 an der Umfrage teilnehmenden Kommunen den Entwicklungsbedarf im Bereich der *Frühen Hilfen* als hoch oder sehr hoch ein. Im Jahr 2015 waren es nur noch 36,8 % der 555 befragten Kommunen (Vgl. Bundesstiftung Frühe Hilfen 2018: 3).

5 Der Schutzauftrag der Familienhebamme

In einigen Fällen bewirken die Betreuung und Begleitung der Familienhebamme im Rahmen der *Frühen Hilfen* keine oder nur eine unzureichende Stabilisationen oder Verbesserung der Gegebenheiten innerhalb der Familie, d. h. die Belastungen können durch die familiäre Ressourcen und die Methoden der Familienhebamme sowie weiterer Stellen nicht bewältigt werden. In dieser gegenwärtigen Situation ist das Wohl des Kindes in erheblicher Weise bedroht, weil seine Eltern nicht bereit oder in der Lage sind, ihrem natürlichen Recht und ihrer Pflicht auf Pflege und Erziehung nach Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG sowie § 1 Abs. 2 S. 1 SGB VIII und § 1 Abs. 2 S. 1 KKG nachzukommen.

Die Familienhebamme muss unter diesen Umständen an der Schnittstelle zwischen sekundärer und tertiärer Prävention¹³⁹ tätig werden und ihren Schutzauftrag nach § 4 KKG ausführen. Hierfür wechselt sie ihren Standpunkt von einer unterstützenden Person zu einer eingreifenden, indem sie die staatlichen Wächter¹⁴⁰ hinzuzieht. Diese sind zur Gewährleistung des Kinderschutzes nach Art. 6 Abs. 2 und 3 GG i. V. m. speziellen Rechtsvorschriften des BGB, des SGB VIII (z. B. § 1 Abs. 2 S. 2 SGB VIII) und weiteren Gesetzen (z. B. § 1 Abs. 2 S. 2 KKG) zu Eingriffen berechtigt und verpflichtet.

¹³⁹ Während die primäre Prävention allen Familien zur Verfügung steht, greifen die Methoden der sekundären bzw. tertiären Prävention nur bei einem konkreten Hilfebedarf (siehe Gliederungspunkt 4.4).

¹⁴⁰ Staatliche Wächter sind vorwiegend die Jugendämter und Familiengerichte sowie zusätzlich die Polizei, Justiz und weitere Stellen, welche die Aufgabe des Schutzes von Kindern (und Jugendlichen) wahrnehmen.

5.1 Kinderschutz als oberstes Ziel

Im weitesten Sinne umfasst der Begriff des Kinderschutzes¹⁴¹ alle gesellschaftlichen Dynamiken, die darauf ausgerichtet sind, Kindern ein behütetes Aufwachsen zu ermöglichen. Die Entwicklung in ihrem sozialen Umfeld muss ihrer Empfindlichkeit und Sensibilität sowie ihrem hohen Schutzbedürfnis gerecht werden, sodass Belastungen nicht hervorgerufen werden und ihr Wohlbefinden sichergestellt ist.¹⁴²

Belastungen können jedoch nicht immer von Grund auf verhindert werden. Im Fall einer Bedrohung für das Kind ist der Eingriff in die Rechte der Familie unabdingbar. Hierbei stehen seine altersgerechte Entwicklung und sein Aufwachsen im familiären Umfeld im Vordergrund. Kinderschutz im engeren Sinne meint demzufolge die Anwendung von direkten und indirekten Maßnahmen zur Gefahrenabwehr, die verhältnismäßig¹⁴³ und – in der aktuellen Krise als auch auf lange Sicht – zielführend sind. Die Maßnahmen umfassen die Intervention sowie das Anbieten von Hilfen zur Gefahrenabwehr, wobei Letztere zu bevorzugen ist, sofern sie von den Betroffenen angenommen werden und Aussicht auf Erfolg hat.¹⁴⁴ Im Sinne des Kinderschutzes müssen der Staat und alle einen Schutzauftrag verfolgenden Fachkräfte insbesondere aktiv werden, wenn gewichtige Anhaltspunkte über die Gefährdung des Kindeswohls vorliegen.

¹⁴¹ Kinderschutz im Sinne des Staates meint auch alle Schutzmaßnahmen, die der Sicherung des Wohls von Jugendlichen dienen. Der Adressatenkreis der Familienhebammen konzentriert sich jedoch auf Kinder im Alter von bis zu einem Jahr und der der *Frühen Hilfen* auf Kinder von bis zu drei Jahren, weshalb der Jugendschutz im Hinblick auf das Thema dieser Arbeit nicht beleuchtet wird.

¹⁴² Vgl. Gerber 2014: 2.

¹⁴³ Die Verhältnismäßigkeit kennzeichnet sich dadurch, dass die in ein Grundrecht eingreifende Maßnahme geeignet, erforderlich und angemessen ist sowie einen legitimen öffentlichen Zweck verfolgt.

¹⁴⁴ Vgl. Kindler et al. 2006: 267 und Gerber 2014: 2.

5.2 Kindeswohl

Das Wohl des Kindes gilt als gesichert, wenn seine Grund- und weiteren Bedürfnisse erfüllt sind. Die Grundbedürfnisse umfassen in erster Linie eine ausreichende und gesunde Ernährung, die hygienische und (falls nötig) medizinische Versorgung, adäquate und saubere Kleidung sowie einen kindgerechten Wohnraum. Darüber hinaus muss es in Frieden aufwachsen können, Zuneigung wie auch Förderung von seinen Bezugspersonen erfahren und sich durch soziale Kontakte altersgerecht entwickeln können.¹⁴⁵

Das Kindeswohl muss durch Fürsorge sowohl während des aktuellen Ist-Zustandes als auch in der Zukunft geschützt sein, um eine uneingeschränkte persönliche Entwicklung des Heranwachsenden zu begünstigen. Diese Entwicklung zu gewährleisten, liegt gemäß Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG in der Verantwortung der Eltern, wobei das Interesse am Recht dieser Grundrechtsausübung und der damit einhergehenden Pflicht gleichermaßen bei Eltern und Kind liegen.¹⁴⁶

Im Grundgesetz lässt sich keine konkrete Verankerung oder gar Definition des Kindeswohls finden. Jedoch kann sich jedes Kind auf die Wahrung seiner vom Alter unabhängig geltenden Grundrechte berufen, insbesondere auf die Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 GG, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie den Schutz des Eigentums und Vermögens nach Art. 14 Abs. 1 GG.¹⁴⁷

Ferner wird das Kindeswohl durch die Gesetzgebung als geschützt betrachtet, wenn die Charakteristika einer Kindeswohlgefährdung nach §§ 1666 Abs. 1 BGB und 8a SGB VIII sowie im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes¹⁴⁸ in der zu bewertenden Situation nicht vorliegen.¹⁴⁹

¹⁴⁵ Vgl. Schüddekopf 2018.

¹⁴⁶ Vgl. Kindler et al. 2006: 32 f.

¹⁴⁷ Vgl. Kindler et al. 2006: 32.

¹⁴⁸ Siehe folgender Gliederungspunkt.

¹⁴⁹ §§ 1666 BGB und 8a SGB VIII sowie das Urteil des BGH Karlsruhe vom 14. Juli 1956 im Umkehrschluss.

5.3 Kindeswohlgefährdung nach § 1666 Abs. 1 BGB und BGH

Eine Kindeswohlgefährdung liegt vor, wenn das im vorhergehenden Kapitel thematisierte Kindeswohl nicht sichergestellt und somit gefährdet ist.

Eine Legaldefinition findet sich in § 1666 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches: Entsprechend dieser liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, wenn „das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet [ist] und [...] die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage [sind], die Gefahr abzuwenden [...]“.

Weiterhin versteht die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes¹⁵⁰ unter einer Kindeswohlgefährdung „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“ Die Gegenwartigkeit einer Gefahr ist gegeben, wenn die Bedürfnisse des Kindes zum aktuellen Zeitpunkt nicht oder nur unzureichend befriedigt werden und seine altersgerechte Entwicklung dadurch erheblich beeinträchtigt wird. Der Verdacht muss ausreichend begründet sein. Eine Erheblichkeit liegt dann vor, wenn Körper und Leben des Kindes oder – im Fall der Familienhebamme – des Säuglings bzw. Kleinkindes nach herrschender gesellschaftlicher Meinung ständig oder wiederholt bedroht sind.¹⁵¹ Sofern der Schaden für das Kind nicht bereits entstanden ist, muss auch die Sicherheit der Prognose bezüglich des Eintretens der Gefahr vorliegen.¹⁵²

Es gibt zahlreiche Ursachen, die eine Kindeswohlgefährdung bedingen. Ein häufiger Grund ist die Überforderung der Eltern und der weiteren primären Bezugspersonen. Diese geht oft mit physischen sowie psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen einher. Aber auch finanzielle Schwierigkeiten, Konflikte in der Partnerschaft bzw. im sozialen Umfeld und Gewalterfahrungen kommen als Auslöser in Betracht. Eine mangelnde Intelligenz der Erziehungsberechtigten erschwert die Misslage.^{153,154} Entscheidend ist in jedem Fall, dass die Bedrohung des Kindes durch ein aktives Handeln oder pflichtwidriges Unterlassen der Eltern oder anderer Bezugspersonen und Dritter hervorgerufen wurde oder wird.

¹⁵⁰ BGH Karlsruhe, Urteil vom 14. Juli 1956, IV ZB 32/56, NJW 1956: 1434.

¹⁵¹ Ein nur für vorübergehende Zeit bestehender Nachteil oder ein unvorhersehbar eingetretenes Ereignis, welches ein zügig lösbares Problem hervorruft (z.B. kurzzeitige Arbeitslosigkeit der Eltern), gelten als nicht erheblich und werden als Kindeswohlbeeinträchtigung, aber nicht -gefährdung eingestuft (Vgl. Kindler et al. 2006: 36 f., 501, 523 f.).

¹⁵² Vgl. Kindler et al. 2006: 36 f.

¹⁵³ Die Ursachen einer Kindeswohlgefährdung sollen keinen Schwerpunkt dieser Arbeit darstellen.

¹⁵⁴ Vgl. Schüddekopf 2018.

Eine Erhebung des Statistischen Bundesamtes¹⁵⁵ zeigt, dass im Jahr 2017 von insgesamt 143.275 eingeleiteten Verfahren in 45.748 Fällen eine Kindeswohlgefährdung eingeschätzt wurde. Von diesen waren in 10.070 Fällen (22,01 %) Kinder der Altersstufe null bis drei Jahre betroffen, die potenziell durch die Netzwerke bzw. Familienhebammen betreut und begleitet werden könnten.

Das Gefährdungspotenzial für das Wohl des Kindes und die Wahrscheinlichkeit einer Kindeswohlgefährdung sind umso höher, je jünger das Kind ist, was sich in seiner natürlichen Unselbstständigkeit und Hilflosigkeit begründet. Die Zahl der Kindeswohlgefährdungen, die durch das Jugendamt eingeschätzt wurden, ist bei den Kindern, die höchstens das dritte Lebensjahr vollendet haben und durch *Frühe Hilfen* betreut werden oder als Betreute in Frage kämen, besonders hoch.¹⁵⁶ 9,3 % der im Jahr 2013 eingetretenen Gefährdungen bedrohten das Wohl von Kindern unter einem Jahr und jeweils 7,7 % das der Kinder zwischen einem und zwei Jahren bzw. zwischen zwei und drei Jahren. Die prozentualen Anteile der Kindeswohlgefährdungen bei älteren Kindern sinken kontinuierlich mit zunehmendem Alter, was auch durch ihre zunehmende Fähigkeit, ihre Bedürfnisse selbst zu stillen, bedingt wird. Das zeigt eine Statistik der Bundesinitiative, die auch die Bedeutung der Netzwerke bezüglich der tertiären Prävention repräsentiert:

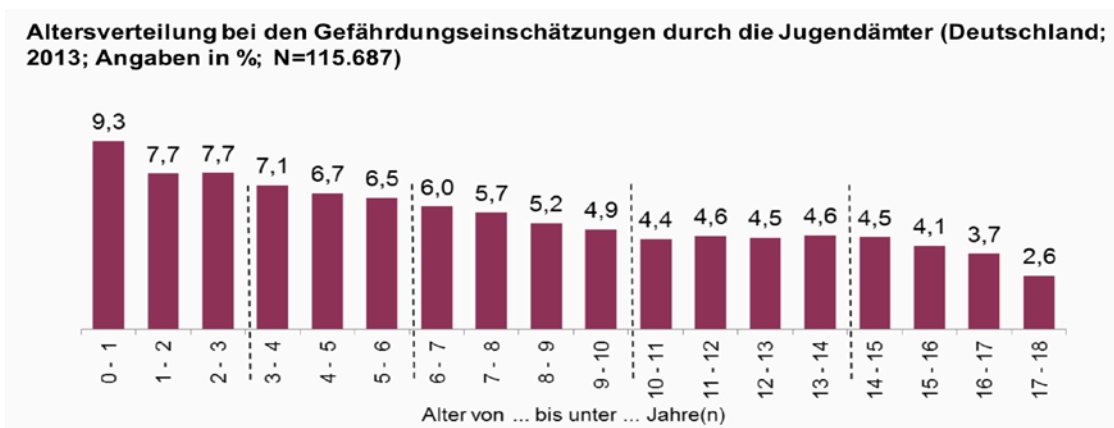


Abbildung 2: „Altersverteilung bei den Gefährdungseinschätzungen [...]“ (Kaufhold 2014: 5)

¹⁵⁵ 2018: 25 f.

¹⁵⁶ Vgl. Kaufhold 2014: 4 f.

Sobald eine Kindeswohlgefährdung beginnt, endet das Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung ihres Kindes nach Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG: Wenn eine missbräuchliche oder fehlende Ausübung des Elternrechtes, ein „unverschuldetes Versagen“¹⁵⁷ aufgrund von Unwissenheit oder gefährliche Handlungen Dritter das Kindeswohl bedrohen, sind die staatlichen Wächter zu einem verhältnismäßigen Eingriff ermächtigt und verpflichtet.¹⁵⁸

5.3.1 Gewichtige Anhaltspunkte

Gewichtige Anhaltspunkte, die eine Kindeswohlgefährdung zweifellos begründen, sind schwer greifbar und nicht zu generalisieren. Vielmehr müssen sie anhand der Umstände des Einzelfalls analysiert werden. Sie hängen auch davon ab, in welcher Form die Kindeswohlgefährdung zustande kommt. Definitiv sind es jedoch Gegebenheiten im familiären Umfeld, die darauf hindeuten, dass „das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen [nach § 1666 Abs. 1 BGB] gefährdet [ist]“.

Checklisten¹⁵⁹ sind eine Orientierungshilfe für die Familienhebamme und weitere Fachkräfte. Doch die Gefährdung des Kindeswohls kennt viele Facetten. Aus diesem Grund besteht eine hohe Anforderung an die umfangreichen Fachkenntnisse und Kompetenzen der Familienhebamme, um den Missstand sowie die gewichtigen Anhaltspunkte zu erkennen und dementsprechend zu handeln, statt eine Bewertung der Lage nur routinemäßig anhand von literarischen Übersichten vorzunehmen.¹⁶⁰

¹⁵⁷ Schüddekopf 2018.

¹⁵⁸ Siehe Gliederungspunkt 5.6.4.

¹⁵⁹ Ein Beispiel für eine solche Checkliste ist dem Anhang zu entnehmen.

¹⁶⁰ Vgl. Gerber 2014: 11.

5.3.2 Formen der Kindeswohlgefährdung

Kindeswohlgefährdungen können einerseits durch eine Vernachlässigung und andererseits durch Gewalt erfolgen. Häufig liegt jedoch eine Mischform vor.

Eine Vernachlässigung äußert sich vorwiegend durch eine fehlende Deckung der Grund- und weiteren Bedürfnisse des Kindes. Anzeichen können eine Fehlernährung, mangelnde Hygiene oder eine unangemessene Kleidung sein. Häufig werden vernachlässigte Kinder eingesperrt, d. h. ihrer Freiheit beraubt, und nehmen nicht bzw. nicht mehr am Alltag in der Kindertageseinrichtung (oder Schule bei älteren Kindern) teil.¹⁶¹

Eine Vernachlässigung umfasst körperliche und seelische Angriffe gleichermaßen.

Wenn das Wohl des Kindes durch Gewalt gefährdet wird, muss zwischen körperlicher, seelischer und sexueller Gewaltform unterschieden werden.

Körperliche Gewalt kennzeichnet sich durch Misshandlungen und Verletzungen, die beispielsweise durch Schläge, Tritte, Waffen oder das Schütteln des Babys bzw. Kindes als auch durch Verbrennungen (z.B. mit Zigaretten) verursacht werden.¹⁶² Das Entstehen der Verletzungen können die Eltern in der Regel nicht plausibel erklären.

Seelische Gewalt ist immer ein Teil aller anderen Formen der Kindeswohlgefährdung. Auf seelische Art und Weise werden Kinder durch Isolation zu ihren sozialen Kontakten und durch Drohungen, Nötigung, Vorwürfe, Beschimpfungen bzw. allgemein durch psychischen Terror verletzt.¹⁶³ Vor allem die „emotionale Vernachlässigung“¹⁶⁴, z. B. durch Liebesentzug, verbale und häusliche Gewalt im ihrem Umfeld und das Heranziehen des Kindes als Partnerersatz führen zu enormen seelischen Wunden. Diese sind schwerer nachzuweisen als physische Verletzungen, erfordern in der Regel jedoch mehr Zeit und Fürsorge bei deren Heilung.¹⁶⁵

Wird ein Kind zu sexuellen Handlungen gezwungen, handelt es sich um sexuelle Gewalt. Sie wird durch beispielsweise durch Küsse, intime Berührungen, die Befriedigung des Täters am Körper des Kindes, Vergewaltigung, Kinderpornografie und -prostitution ausgeübt. Auslöser ist in der Regel eine sexuelle Störung des Täters.¹⁶⁶

¹⁶¹ Vgl. Schüddekopf 2018.

¹⁶² Vgl. ebd.

¹⁶³ Vgl. Bundeskanzleramt 2019.

¹⁶⁴ Schüddekopf 2018.

¹⁶⁵ Vgl. Bundeskanzleramt 2019.

¹⁶⁶ Vgl. ebd.

5.4 Vorgehensweise der Familienhebamme bei einer Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG

Aufgrund der enormen Auswirkungen einer Kindeswohlgefährdung für den Säugling trägt die Familienhebamme in diesen Fällen eine besondere Verantwortung. Ihr diesbezügliches Vorgehen muss dementsprechend professionell erfolgen.

Eine Familienhebamme ist – wie alle Fachkräfte der Netzwerke *Früher Hilfen* – Berufsgeheimnisträgerin. Sie unterliegt im Sinne des Vertrauensverhältnisses der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB und darf die Daten der Familie im Rahmen der primären und sekundären Prävention nur mit deren Einverständnis oder bei einer Kindeswohlgefährdung im Rahmen der tertiären Prävention mit deren Kenntnis weitergeben. Als Geheimnisträgerin agiert sie bei einem konkreten Verdacht – genau wie die originäre Hebamme – nach den im Folgenden beleuchteten Vorschriften des § 4 KKG. Diese wurden für eine „[b]undeseinheitliche Regelung zum Umgang mit gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes [...]“¹⁶⁷ geschaffen. Sie sind als Anlehnung an § 8a Abs. 4 SGB VIII zu verstehen, sind jedoch weniger verpflichtend, sondern vielmehr eine Handlungsberechtigung.¹⁶⁸ Unabhängig vom Ergebnis ihrer Prüfung ist die Fachkraft zur ausführlichen Dokumentation ihrer Methoden verpflichtet.¹⁶⁹

5.4.1 Erörterung der Situation mit den Personensorgeberechtigten

Wenn in den Augen der Familienhebamme das Kindeswohl nicht ausreichend gesichert ist und gewichtige Anhaltspunkte im Sinne des § 8a SGB VIII vorliegen, sucht sie gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 1 KKG zunächst das Gespräch mit den Personensorgeberechtigten.¹⁷⁰ Eine Besprechung mit dem durch die Familienhebamme betreuten Kind ist vom Gesetzgeber zwar gewollt und kann wichtige Anhaltspunkte liefern, ist aufgrund seines Alters von höchstens einem Jahr meist jedoch nicht möglich bzw. zielführend. Durch die Kommunikation können die

¹⁶⁷ Landkreis Rastatt 2014: 6.

¹⁶⁸ Vgl. Goldberg 2014: 9.

¹⁶⁹ Vgl. Landkreis Rastatt 2014: 15.

¹⁷⁰ Das Sorgerecht der Eltern umfasst gemäß § 1626 Abs. 1 BGB die Personensorge (§§ 1631ff. BGB), die Vermögenssorge (§§ 1638ff. BGB) sowie die gesetzliche Vertretungsmacht (§ 1629 BGB).

Perspektiven aller Beteiligten offengelegt werden und für die Familienhebamme wird die Einschätzung der individuellen Situation nach § 4 Abs. 2 KKG erleichtert. Zusätzliche Informationen bedeuten außerdem einen Vorteil für die Besprechung der Verhältnisse mit Kollegen und Vorgesetzten.

Die Rahmenbedingungen des Gespräches muss die Fachkraft gut bedenken, um eine Eskalation zu vermeiden und eine positive Wirkung für die Zukunft erzielen zu können.¹⁷¹

Eine gemeinsame Erörterung mit der Familie soll zum Schutz des Kindes und zur positiven Veränderung der Situation beitragen, indem ein Schutzplan erarbeitet und umgesetzt wird. Außerdem wirkt sie gemäß § 4 Abs. 1 KKG auf die Inanspruchnahme weiterer Hilfen, vorrangig innerhalb der Netzwerke *Früher Hilfen*, hin.

Hierbei baut sie auf das bestehende Vertrauensverhältnis auf, zeigt durch eine gewisse Distanz jedoch auch Professionalität und Handlungssicherheit.¹⁷² Die Familienhebamme profitiert – im Gegensatz zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes – von der Wertschätzung ihrer Person und wird nicht als Kontrolleur betrachtet.

Während des gesamten Prozesses werden die Fortschritte gemeinsam mit der Familie besprochen und die Maßnahmen an die Entwicklung angepasst. Wie auch während ihrer Unterstützung ohne eine vorliegende Kindeswohlgefährdung überprüft sie die Fortschritte konsequent, aber unter Berücksichtigung der familiären Möglichkeiten. Allgemein – und vor allem in Fällen einer Kindeswohlgefährdung – gilt für ihre Arbeit, dass nur „eine wertschätzende, respektvolle, achtsame und interessierte Grundhaltung den Familien gegenüber [...]“¹⁷³ zielführend sein kann. Empathie und die Offenlegung von Informationen sind Grundvoraussetzungen. Der Familie darf nicht die Schuld an den Misständen vorgeworfen werden; vielmehr muss eine gemeinsame Lösungsstrategie entwickelt werden. Vorrangiges Ziel bei dieser Vorgehensweise ist das Überwinden der Gefährdung ohne einen Eingriff des Jugendamtes oder des Familiengerichtes. Hierfür müssen jedoch alle Beteiligten bereit sein, eine Neuordnung des Miteinanders und des Alltags vorzunehmen und unter aktiver Beteiligung neue Fähigkeiten zu erlernen. Diese Wandlung wird von der Familienhebamme als Fachkraft geplant und begleitet. Im Vordergrund stehen die Hilfe zur Selbsthilfe und die Übernahme von Verantwortung durch die Eltern.

¹⁷¹ Vgl. Gerber 2014: 12.

¹⁷² Vgl. Kindler et al. 2006: 271.

¹⁷³ Kindler et al. 2006: 269.

Bei einer Verbesserung und ebenso bei einer Verschlechterung der Gegebenheiten im Familienverband ist die Situationsanalyse anzupassen.¹⁷⁴ Diese Einschätzung ist Ausgangspunkt für das weitere Tätigwerden der Familienhebamme und sonstiger Stellen, welche sie informiert oder als Hilfe hinzuzieht. Aufgrund der Auswirkungen für das Kind macht die Familienhebamme sich besonders bei einer Kindeswohlgefährdung ihre Kenntnisse über weitere Anlaufstellen im Netzwerk zu Nutze.

Die gemeinsame Erörterung der Situation mit der Familie, das Hinwirken auf weitere Hilfen und die im Folgenden thematisierte Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft kommen nicht in Betracht, wenn Gefahr im Verzug ist und die Bedrohung so akut ist, dass im Sinne des Kinderschutzes eine umgehende Mitteilung an das Jugendamt erfolgen muss.¹⁷⁵

5.4.2 Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft

Um bei einem konkreten Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung mehr Sicherheit während der Einschätzung dieses Falles zu erlangen, hat die Familienhebamme auf Grundlage des § 4 Abs. 2 KKG Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.¹⁷⁶ Dieser Anspruch richtet sich allgemein gegen das Jugendamt, muss aber nicht unbedingt durch eine Fachkraft des solchen ausgeführt werden.¹⁷⁷ Hintergrund ist laut Goldberg¹⁷⁸ die Vermeidung von „Interessenkonflikte[n] zwischen Beratung, Hilfeverantwortung und Finanzverantwortung[;] Ziele der Beratung würden konterkariert“.

Besonders, wenn nach der Erörterung der Situation mit der Familie keine Aussicht auf eine positive Änderung der Verhältnisse besteht, werden in diesem Gespräch die Handlungsmöglichkeiten der Familienhebamme thematisiert und ihre weitere Vorgehensweise festgelegt. Ferner kann der Schutzplan gemeinsam optimiert werden, sofern die Familie zu einer praktischen Umsetzung dessen bereit ist.

¹⁷⁴ Vgl. Kindler et al. 2006: 268 f.

¹⁷⁵ Vgl. Goldberg 2014: 10.

¹⁷⁶ Bei einer insoweit erfahrenen Fachkraft nach § 8a SGB VIII handelt es sich um eine Fachkraft im Bereich des Kinderschutzes. Sie muss eine Weiterbildung absolviert haben, in der die Methoden und Sozialkompetenzen der Beratung in der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere des Kommunikationswesens, vermittelt werden. Sie verfügt über spezielle Kenntnisse der Pädagogik als auch der Psychologie, über Praxiserfahrung sowie die persönliche Eignung. Grundlage ist die Gewährleistung des Schutzauftrages des Jugendamtes (Vgl. Die Kinderschutz-Zentren und Schüddekopf 2018).

¹⁷⁷ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 21 und § 4 Abs. 2 S. 2 KKG.

¹⁷⁸ 2014: 11.

Für eine effiziente Gestaltung kann der insoweit erfahrenen Fachkraft die Sachlage mit Hilfe von anonymisierten Daten erläutert werden.¹⁷⁹

Die Kommunikation zwischen Familienhebamme und Fachkraft bzw. mehreren Fachkräften erhöht außerdem das Spektrum der Sichtweisen, regt den Erfahrungsaustausch an und dient auch dem Zweck, das bestehende Fachwissen der Familienhebamme über die Anzeichen einer Bedrohung des Kindeswohls für die Zukunft zu vertiefen.

Aufgrund der umfänglichen Berufserfahrung der Fachkraft besteht ein geringes Risiko für Fehlentscheidungen, gänzlich ausgeschlossen sind diese aufgrund der Informationsasymmetrie¹⁸⁰ jedoch nicht. Auch eine Einschränkung des zeitlichen Umfangs der Beratung als wichtige Ressource könnte das Ergebnis qualitativ beeinträchtigen.

5.4.3 Befugnis zur Offenbarung der Gefährdung und Weitergabe persönlicher Daten

Die Hinzuziehung des Jugendamtes kann nicht in jedem Fall verhindert werden: Wenn die Familie die Schwäche innerhalb ihres Verbandes nicht erkennt, die vorhergehend erfolgten Maßnahmen keinen Fortschritt bewirken können oder Gefahr im Verzug ist,¹⁸¹ kann die Familienhebamme das Jugendamt über die Gegebenheiten informieren. Eine Pflicht besteht jedoch nicht.¹⁸²

Die Weitergabe der persönlichen Daten an das Jugendamt erfordert im Rahmen des Transparenzgebotes eine vorherige Mitteilung an die Betroffenen, sofern sie diesem Prozess nicht zustimmen und diese Maßnahme keine zusätzliche Gefährdung für das Kindeswohl bedeutet.¹⁸³ Dabei liegt kein Straftatbestand nach § 203 StGB vor, da es sich bei einer Kindeswohlgefährdung um einen Notstand nach § 34 StGB handelt, welcher die Datenübermittlung als angemessenes und einziges Mittel zur

¹⁷⁹ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 21 und § 4 Abs. 2 S. 2 KKG.

¹⁸⁰ Die insoweit erfahrene Fachkraft kann sich kein persönliches Bild der Situation machen und hört nur die Feststellungen der Familienhebamme als Sekundärquelle an. Deswegen weichen ihre Vorstellungen und die Realität eventuell voneinander ab und die Gegebenheiten werden verfälscht aufgefasst.

¹⁸¹ Im Sinne des § 1666 BGB liegt die Ursache der ausbleibenden Verbesserung in der fehlenden Bereitschaft oder Befähigung der Familie.

¹⁸² Vgl. § 4 Abs. 3 i. V. m. § 4 Abs. 1 KKG.

¹⁸³ Vgl. § 4 Abs. 3 KKG und Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 21-25, 47 f.

Gefahrenabwehr rechtfertigt. Das gegenwärtige Schutzinteresse des Kindes überwiegt dem Interesse der Eltern, ihre Daten geheim zu halten.

5.4.4 Eingriff durch das Jugendamt

Bezüglich einer möglichen Kindeswohlgefährdung muss die Familienhebamme über die Kompetenzen der Einschätzung gewichtiger Anhaltspunkte, der Reaktion und der Vermittlung sorgen. Für die tiefgründige Überprüfung und Veranlassung weiterer Maßnahmen ist sie nicht verantwortlich.¹⁸⁴

Diese Aufgaben liegen in der Verantwortung des Jugendamtes,¹⁸⁵ welches auf Grundlage des § 8a Abs. 1 bis 3 SGB VIII handelt, um seinen Schutzauftrag zu wahren:¹⁸⁶

Mit Bekanntwerden der durch die Familienhebamme oder ihren Träger gemeldeten gewichtigen Anhaltspunkte muss es nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII im Zusammenwirken mit mindestens drei Fachkräften die Gefährdung für das Kind einzuschätzen. Dabei bezieht es im Sinne des § 8a Abs. 1 S. 2 SGB VIII das Kind, soweit durch dessen Alter und Entwicklungsstand möglich, als auch seine Erziehungsberechtigten ein und verschafft sich durch einen Hausbesuch einen unmittelbaren Eindruck.

Sofern das zuständige Jugendamt eine Kindeswohlgefährdung feststellt, werden Maßnahmen veranlasst, um den Schutz des Kindes und seine altersgerechte persönliche Entfaltung wiederherzustellen. Eine solche könnte das Anbieten von Hilfen nach §§ 11 ff. SGB VIII sein, falls sie Erfolg für die Gefahrenabwehr verspricht.

Bei Beständigkeit der Gefahr für das Kindeswohl oder wenn andere Hilfen nicht geeignet erscheinen, d. h. die Eltern wollen oder können die Bedrohung nicht auflösen und eine positive Entwicklung ist nicht wahrnehmbar, ist das Familiengericht gemäß § 8a Abs. 2 S. 1 SGB VIII anzurufen. Dieses trifft weitere Entscheidungen, z. B. über eine Sorgerechtsentziehung nach §§ 1666 Abs. 3 Nr. 6, 1666a BGB.

¹⁸⁴ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 23.

¹⁸⁵ Die Einschätzung und entsprechende Reaktion des Jugendamtes muss nach Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung durch Familienhebammen und andere Fachkräfte erfolgen, aber auch bei einer Selbstmeldung der Familie oder einer Fremdmeldung durch Dritte (Vgl. Kinder et al. 2006: 291).

¹⁸⁶ Für das Verständnis des folgenden Gliederungspunktes wird die Vorgehensweise des Jugendamtes grob beleuchtet, auch wenn diese nur indirekte Auswirkungen auf die Tätigkeit der Familienhebamme hat.

Bei schwerwiegender Gefahr im Verzug hat das Jugendamt – unter Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und nach einer sorgfältigen Prüfung – selbst eine Inobhutnahme nach § 8a Abs. 2 S. 2 SGB VIII i. V. m. § 42 SGB VIII zu verlassen.¹⁸⁷

Ist das Tätigwerden anderer Träger, der Gesundheitshilfe oder der Polizei erforderlich, wirkt es nach § 8a Abs. 3 SGB VIII auf die Inanspruchnahme dieser Leistungen hin oder bezieht sie bei Notwendigkeit selbstständig ein.¹⁸⁸

Im Ergebnis dieser Prüfung kann allerdings auch eine Beeinträchtigung des Kindeswohls festgestellt werden, wenn keine gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, die Erziehungspflicht der Eltern nach Art. 6 Abs. 2 GG jedoch nicht ausreichend wahrgenommen wird. Auch in diesem Fall sind Maßnahmen zu veranlassen, z. B. Hilfen zur Erziehung (§§ 27 bis 40 SGB VIII).

Alle Hilfeprozesse sind zu dokumentieren und während deren Umsetzung zu bewerten. So kann die Entwicklung der Familie eingeschätzt sowie über die Weiterführung, eine Änderung oder den Abschluss der Maßnahmen, wenn eine Gefährdung für das Kind nachweislich nicht mehr vorliegt, entschieden werden.¹⁸⁹

5.4.5 Begleitung der Maßnahmen des Jugendamtes durch die Familienhebamme

Bei einem Eingriff durch das Jugendamt können wesentliche Änderungen im Alltag der Familie eintreten, beispielsweise bei einer Unterbringung in einem Mutter-Kind-Heim. Während der Maßnahmenrealisierung kann die Fortführung der Betreuung durch die Familienhebamme essentiell sein, da das Kind und seine Bezugspersonen bereits ein Vertrauensverhältnis zu ihr aufgebaut haben. In der neuen Lebenssituation greift die Familie demzufolge auf Bekanntes und Sicherheit zurück. Das kann eine erhebliche Chance für die Rückgewinnung ihrer Selbstständigkeit und die Lösung von der Eingriffsbehörde sein. Dieser Vorteil greift jedoch nur, wenn Jugendamt und Familienhebamme *Hand in Hand* arbeiten und ein gemeinsames Ziel anstreben.

Sollte sich eine Familienhebamme trotz Federführung des Falles durch das Jugendamt zu sehr beansprucht oder unsicher fühlen, muss sie dieses Hindernis mit dem

¹⁸⁷ Vgl. OLG Brandenburg, Beschluss vom 15. Januar 2009, 9 UF 51/07.

¹⁸⁸ Vgl. Schüddekopf 2018.

¹⁸⁹ Vgl. Kindler et al. 2006: 278.

Fachteam besprechen. Dadurch kann weiteres Personal in die Lösungsstrategie integriert werden und eine unzureichende Betreuung und Begleitung der Familie mit erhöhtem Unterstützungsbedarf wird ausgeschlossen.¹⁹⁰ Dieses Verfahren wird selbstverständlich auch bei ihrer regulären Tätigkeit angewandt, ist jedoch bei einer möglichen Kindeswohlgefährdung im Sinne der Gefahrenabwehr von besonderer Bedeutung.

6 Schlusswort

Aufgrund ihres breit gefächerten Tätigkeitsspektrums kann die Familienhebamme als Gesundheitsfachkraft eines Netzwerkes *Früher Hilfen* optimal auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf von Familien in psychosozialen Belastungssituationen reagieren. Dabei beschränkt sie sich auf die Betreuung und Begleitung von Schwangeren sowie des sozialen Umfeldes von Neugeborenen und Kindern im Alter von bis zu einem Jahr. Sie verfolgt das Ziel, die Beeinträchtigung der familiären Ressourcen durch Belastungen im Sinne des Kinderschutzes aufzulösen. Dieses kann jedoch nur erreicht werden, wenn die Familie zu einer Veränderung der Situation bereit ist und aktiv mitarbeitet.

Die Berufsbezeichnung *Familienhebamme* wurde gewählt, weil sie grundsätzlich die Regelversorgung der originären Hebamme ausführt. Dahingehend baut sie auf das gesellschaftliche Vertrauen in den Hebammenberuf auf. Dieses ist eindeutig stärker als jenes in das Jugendamt, das in der Regel ihre Trägerschaft übernimmt. Die Familienhebamme konzentriert sich nicht wie im traditionellen Sinn nur auf Mutter und Säugling, sondern auf all seine primären Bezugspersonen. Auch im zeitlichen Zusammenhang und unter Berücksichtigung ihrer konkreten Leistungen ist zu erkennen, dass ihr Tätigkeitsspektrum deutlich weiter gefasst ist als das der originären Hebamme. Alle Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Arbeitsweise beider Gesundheitsfachkräfte sind in der folgenden Tabelle zusammenfassend veranschaulicht.

¹⁹⁰ Vgl. ebd.: 272.

Kriterium	Originäre Hebamme	Familienhebamme
Aufgabensphäre	Regelversorgung	Regelversorgung und Versorgung bei erhöhtem Unterstützungsbedarf im Sinne des § 31 SGB VIII
Fokus	Gesundheitsförderung,	
	vorwiegend medizinische Förderung	vorwiegend psychosoziale Förderung
Sozialgesetzbuch	V	V und VIII (Lotsinnenfunktion)
Adressatenkreis	alle (werdenden) Eltern	(werdende) Eltern und weitere Familienmitglieder, die sich in einer psychosozialen Belastungssituation befinden
betreute Personen	Mutter und Säugling, weitere Bezugspersonen nur nachrangig	Säugling/Kleinkind und seine primären Bezugspersonen
Beginn der Versorgung	in der Regel während der Schwangerschaft	
Abschluss der Versorgung	mit Vollendung der achten Lebenswoche des Kindes	mit Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes
beratende Tätigkeiten	+	
betreuende Tätigkeiten	+	
begleitende Tätigkeiten	in der Regel -	+
Aufklärungsarbeit	+	+ (sehr umfangreich)
Vorsorge/ Geburtsvorbereitung	+	
aktive Geburtshilfe	+	-
Nachsorge/ Wochenbettbetreuung	+	
Kontrolle der Entwicklung des Kindes	+	

Förderung der Mutter-Kind-Beziehung	+	
Dokumentation	+	
Vorgehensweise bei Kindeswohlgefährdung	§ 4 KKG, Berufsheimnisträgerin	
Kontaktaufnahme zur Familie	persönlich im Wohnumfeld der Familie oder mittels elektronischer Kommunikationskanäle	
emotionale Distanz zum Fall	zwingend erforderlich	
gesellschaftliche Wertschätzung	+	in der Regel +
Netzwerkarbeit	in der Regel -	+ (<i>Frühe Hilfen</i>)
Notwendigkeit einer ärztlichen Überweisung	-	
Notwendigkeit eines Antrages	-	+ (auch mündlich)
Arbeitsverhältnis	Freiberuflichkeit oder Festanstellung	
Auftraggeber	Schwangere/Mutter und ggf. Arbeitgeber	Familie und Kinder- und Jugendhilfe, Jugend-/Gesundheitsamt, freier Träger oder Stiftung
Finanzierung	gesetzliche Krankenkassen	<i>VV Fonds Frühe Hilfen und Familienhebammen</i>
Qualifikation	staatlich anerkannte Hebamme nach Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums	
Zusatzqualifikation	möglich	zwingend erforderlich
Anzahl der Fachkräfte	ca. 24.000 (Stand 2017)	ca. 1.600 (Stand 2013)
Gesetzliche Verankerung	SGB V und VIII, BKiSchG, KKG, Hebammengesetz, Sächsisches Hebammengesetz, Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V	

Tabelle 2: Vergleich von originärer und Familienhebamme anhand ausgewählter Kriterien

Die in ihrem Arbeitsalltag notwendigen Kompetenzen hat sie sich in der Berufsausbildung oder im Studium zur originären Hebamme angeeignet. Darüber hinaus erlernte sie spezielle Fähigkeiten für die Unterstützung vulnerabler Familien in der Zusatzausbildung. Ihre diesbezügliche Eignung muss stetig kontrolliert werden. Anderenfalls kann die nachhaltige Wirkung ihrer Fürsorge nicht gewährleistet werden. Hierfür dient das Kompetenzprofil des Bundes als Orientierung. Es gilt jedoch nicht verpflichtend.

Auf gesetzlicher Ebene bestehen Rahmenregelungen über die Arbeitsweise der Familienhebamme. Vordergründig ist hierbei der Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes zu nennen, durch welchen das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz zum 1. Januar 2012 in Kraft trat. Dieses definiert den Kinderschutz als obersten Auftrag der Familienhebamme. Weiterhin gilt das Hebammengesetz mit Ausnahme der Regelungen über die Vergütung. Diese wird – wie alle Leistungen der *Frühen Hilfen* – seit 2018 durch einen Fonds sichergestellt, der an die Bundesländer aufgeteilt wird. Gleichzeitig mit dem Fonds wurde die *Bundesstiftung Frühe Hilfen* eingerichtet, deren konkrete Ausgestaltung in der diesbezüglichen Verwaltungsvereinbarung verankert ist. Bis 2017 erfolgte die Finanzierung durch eine Bundesinitiative.

Auch wenn die Familienhebamme über eine umfangreiche Qualifikation verfügt, kann sie kein Experte auf allen Gebieten sein. Bei der Notwendigkeit weiterführender Hilfen greift sie auf die Kooperation innerhalb ihres Netzwerkes *Früher Hilfen* zurück. Hier bei profitiert sie unter anderem von den konfliktlösenden Koordinierungsstellen und dem *Nationalen Zentrum Frühe Hilfen*, welches durch seine Forschungsarbeiten eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ermöglicht. Insbesondere bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung hat die Familienhebamme auf diese Zusammenarbeit aufzubauen.

Erkennt sie gemäß § 1666 Abs. 1 BGB gewichtige Anhaltspunkte, die dafür sprechen, dass die Bedürfnisbefriedigung des Kindes erheblich bedroht ist, ist sie zu verschiedenen Handlungsweisen befugt: Nach § 4 KKG kann sie – genau wie die originäre Hebamme – die Situation gemeinsam mit der Familie erörtern und sich durch eine insoweit erfahrene Fachkraft beraten lassen. Der in diesem Rahmen erstellte Schutzplan soll einen Fortschritt der familiären Verhältnisse bewirken. Ist das Umfeld des Kindes hierzu nicht bereit oder ist ein Erfolg nicht erkennbar, besteht für die Familienhebamme die Möglichkeit, das Jugendamt über den Zustand zu informieren.

Dieses muss weitere Maßnahmen veranlassen und gegebenenfalls in die Rechte der Erziehenden eingreifen. Aber auch diese sollten parallel durch die Familienhebamme begleitet werden. Ihre Bindung zur Familie kann eine erhöhte Chance für die Wirkung der Methoden bedeuten.

Ziel dieser Arbeit war es, die Lotsinnenfunktion der Familienhebamme zu belegen. An dieser bestehen keine Zweifel: Einerseits unterstützt sie Familien im traditionellen und vordergründig medizinischen Zusammenhang; andererseits bietet sie eine psychosoziale Fürsorge bei speziellen Bedürfnissen an. Diese Kombination verbindet auch die Grundgedanken des Fünften und Achten Sozialgesetzbuches miteinander. Jene Vereinigung lässt sich im Berufsalltag sowohl durch eine Personalunion als auch durch eine Personaltrennung verwirklichen. Die konkrete Ausgestaltung hängt von der individuellen familiären Situation ab. Auch die Bedingungen innerhalb der Kommune sind bei der Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile zu berücksichtigen.

Die Literatur und das *WorldWideWeb* bieten nur eine sehr begrenzte Anzahl an (aktuellen) Statistiken über die Arbeit der Familienhebammen. Die in dieser Arbeit zitierten Entwicklungsberichte bestätigen jedoch eine Wirkung des Konzeptes *Früher Hilfen*. Auch die von den Kommunen empfundene Weiterentwicklung der Netzwerke und die Zufriedenheit der betreuten Familien bekräftigen den Ausbau auf quantitativer und ebenso qualitativer Ebene.

Bezüglich der Arbeitsweise der Familienhebamme sowie der Qualitätssicherung, Qualifizierungsmaßnahmen und Netzwerkorganisation der *Frühen Hilfen* im Allgemeinen hat der Bund im Jahr 2012 eine Basis geschaffen. Die individuelle Ausführung liegt in der Zuständigkeit der Länder und Kommunen. Es fehlt in allen Bereichen, hauptsächlich im Gesetz, an einheitlichen Standards. Diese sind in Zukunft zu schaffen, um allen Kindern und deren Familien mit einem erhöhten Bedarf an Unterstützung gleiche Chancen zu bieten. Dahingehend sind auch die Sach-, Personal- und finanziellen Ressourcen zu erweitern. Ebenso muss die Aufklärungsarbeit über die Angebote der Netzwerke intensiviert werden, um die Bekanntheit und Wertschätzung zu erhöhen. Nur so kann das Potenzial einer jeden Familienhebamme genutzt werden, welches Städte, Gemeinden und Familien längst erkannt haben.

Wesentliche Erkenntnisse der Bachelorarbeit

1. Die Familienhebamme unterstützt Familien, die sich in einer psychosozialen Belastungssituation befinden und diese eigenständig nicht überwinden können.
2. Die Tätigkeiten der Familienhebamme sind als inhaltliche sowie zeitliche Erweiterung der originären Hebammenarbeit zu verstehen.
3. Im Arbeitsalltag profitiert die Gesundheitsfachkraft von der Kooperation innerhalb eines Netzwerkes *Früher Hilfen*.
4. Bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung eröffnen sich für die Familien- und die originäre Hebamme die gleichen Handlungsbefugnisse im Rahmen des § 4 KKG.
5. Die Hilfe der Familienhebamme biete eine große Chance für die Betreuten.
6. Ihre Fürsorge kann nur dann eine Verbesserung der Situation bewirken, wenn die Familie aktiv mitarbeitet.

Anhang

Checkliste über „Anhaltspunkte in der Grundversorgung des jungen Menschen“, die für eine Kindwohlgefährdung sprechen¹⁹¹

68 Kapitel 4
Der Schutzauftrag

Anhaltspunkte in der Grundversorgung des jungen Menschen:

1. Verletzungen des jungen Menschen sind nicht plausibel erklärbar oder selbst zugefügt
2. Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen des jungen Menschen werden nicht oder nur sporadisch wahrgenommen
3. Der junge Mensch bekommt nicht genug zu trinken und / oder zu essen
4. Die Körperpflege des jungen Menschen ist unzureichend
5. Die Bekleidung des jungen Menschen lässt zu wünschen übrig
6. Die Aufsicht über den jungen Menschen ist unzureichend
7. Der junge Mensch hält sich an jugendgefährdenden Orten oder unbekanntem Aufenthaltsort auf
8. Der junge Mensch hat kein Dach über dem Kopf
9. Der junge Mensch verfügt über keine geeignete Schlafstelle

10. Das Einkommen der Familie reicht nicht aus
11. Finanzielle Altlasten sind vorhanden
12. Der Zustand der Wohnung ist besorgniserregend
13. Mindestens ein Elternteil ist psychisch krank oder suchtkrank
14. Mindestens ein Elternteil ist aufgrund einer chronischen Krankheit oder Behinderung gehandicapt
15. Das Erziehungsverhalten mindestens eines Elternteils schädigt den jungen Menschen
16. Gefährdungen können von den Eltern nicht selbst abgewendet werden, bzw. es mangelt an der Problemeinsicht der Eltern
17. Es mangelt an Kooperationsbereitschaft; Absprachen werden von den Eltern nicht eingehalten, Hilfen nicht angenommen

18. Der körperliche Entwicklungsstand des jungen Menschen weicht von dem für sein Lebensalter typischen Zustand ab
19. Krankheiten des jungen Menschen häufen sich
20. Es gibt Anzeichen psychischer Störungen des jungen Menschen
21. Es besteht die Gefahr einer Suchterkrankung des jungen Menschen und / oder die Gesundheit gefährdende Substanzen werden zugeführt
22. Dem jungen Menschen fällt es schwer, Regeln und Grenzen zu beachten
23. Mit oder in Kindertagesstätte, Schule, Ausbildungs- oder Arbeitsstelle gibt es starke Konflikte

24. Die Familienkonstellation birgt Risiken
25. In der Familie dominieren aggressive Verhaltensweisen
26. Risikofaktoren in der Biographie der Eltern wirken nach
27. Frühere Lebensereignisse belasten immer noch die Biographie des jungen Menschen
28. Die Familie ist sozial und / oder kulturell isoliert
29. Der Umgang mit extremistischen weltanschaulichen Gruppierungen gibt Anlass zur Sorge

¹⁹¹ Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt 2013: 68.

Literaturverzeichnis

Brehm, Michaela: Babyblues: Bis Mutter und Baby im Einklang spielen, [online]
<https://www.familie.de/schwangerschaft/babyblues-512693.html> [13.
Februar 2019].

Bundeskanzleramt (2019): Psychische Gewalt, [online]
<https://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen/psychisch/> [13. Februar 2019].

Bundesstiftung Frühe Hilfen (2018): Frühe Hilfen aktuell. Informationen aus dem
Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Mergéay, Colette Marie
(2016): Interview: „Das Wochenbett dauert 40 Tage“ [online]
<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/nach-der-geburt/das-wochenbett/interview-das-wochenbett-dauert-40-tage/> [6. Februar 2019].

Deutscher Hebammenverband: Anzahl der Familienhebammen (Stand Mai 2013)
nach einer internen DHV-Abfrage, [online]
https://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/familienhebammenfruehehilfen/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1559637162&hash=69d2f9b0eda5623c0ed5220038c524e3b54de69a&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Familienhebammen/DHV_Anzahl_FH__5-2013.pdf [16.
Februar 2019].

Deutscher Hebammenverband: Retten Sie unsere Beleghebammen!, [online]
<https://www.unsere-hebammen.de/kampagne/rueckschau/beleghebammen/> [23. Februar
2019].

Deutscher Hebammenverband (2014): Stellungnahme. Hebammen im Kontext der
Frühen Hilfen (Familienhebammen), [online]
https://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/familienhebammenfruehehilfen/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1560244840&hash=2a2bf2e4f1fbafddcf122a60c07e823e5c05d201&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/2014_DHV_Stellungnahme_Familienhebammen.pdf
[23. Oktober 2018].

- Deutscher HebammenVerband** (2018): Beruf Hebamme. Ausbildung, [online] <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/ausbildung/> [16. Februar 2019].
- Deutscher HebammenVerband** (2018): Beruf Hebamme. Geschichte. Die hebammenbegleitete Geburtshilfe, [online] <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/geschichte-der-hebammenhilfe/> [16. Februar 2019].
- Deutscher HebammenVerband** (2018): Beruf Hebamme. Studium, [online] <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/studium/> [16. Februar 2019].
- Deutscher HebammenVerband** (2018): Der Deutsche HebammenVerband e. V., [online] <https://www.hebammenverband.de/verband/> [9. März 2019].
- Die Kinderschutz-Zentren:** Berufliche Weiterbildung. Fachberatung im Kinderschutz: »Die insoweit erfahrene Fachkraft«, [online] <https://www.kinderschutz-zentren.org/index.php?t=e&a=d&i=51612> [5. März 2019].
- Emmerling, Christian und Wunder, Karin** (2018): Postnatale Depression (Wochenbettdepression), [online] <https://www.9monate.de/schwangerschaft-geburt/entbindung-kaiserschnitt/wochenbettdepressionen-id94503.html> [13. Februar 2019].
- Gerber, Christine** (2014): Kinderschutz zwischen Prävention und Intervention. Unterschiede, Übergänge und Herausforderungen in den Frühen Hilfen, Berlin.
- GKV-Spitzenverband** (2018): Der Verband, [online] https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/wir_ueber_uns.jsp [5. März 2018].
- Prof. Dr. Goldberg, Brigitta** (2014): Kinderschutz durch Berufsheimnisträger. Netzwerktreffen Mettmann, Mettmann.
- Hinke, Bella:** Geburtshilfe in der Geschichte – Von der Wehemutter zur Hebamme, [online] <http://www.kaiserin.de/medizinerinnen/geburtshilfe-in-der-geschichte.php> [16. Februar 2019].

Jaque-Rodney, Jennifer (2018): Familienhebammen: Erweiterung der originären Hebammentätigkeit, [online] <https://www.familienhebamme.de> [23. Oktober 2018].

Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Meysen, Thomas und Werner, Annegret (Hg.) (2006): Handbuch. Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Küster, Ernst-Uwe; Sann, Alexandra und Renner, Ilona (2018): Zentrale Erkenntnisse zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland. Faktenblatt zur wissenschaftlichen Begleitung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln.

Landkreis Rastatt (2014): Workshop 4. Wie funktioniert § 8a SGB VIII / § 4 KKG?, [online] https://www.landkreis-rastatt.de/site/kreis-rastatt/get/documents_E440532760/kreis-rastatt/PB5Documents/pdf/Kinderschutz%20WS%204%20Netzwerk%281%29.pdf [5. März 2019].

Mengel, Melanie (2014): Frühe Hilfen und Familienbildung. Eigenheiten, Schnittstellen und gemeinsame Entwicklungsaufgaben, Berlin.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen, Köln.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2018): Info-Blatt Juni 2018.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2018): Kompetenzprofil Familienhebammen, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Pertzborn, Eva; Emons, Lucia; Brendel, Katja und Haverkamp, Katharina (2018): Das Dilemma der Primärprävention im Spiegel der in den Frühen Hilfen tätigen Freiwilligen, Berlin.

Rieländer, Maximilian (1997): Leitgedanken: Gesundheit positiv und ganzheitlich fördern: Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO), [online] <http://www.gesundheit-psychologie.de/leitgedanken/gesundheit.htm> [31. Januar 2018].

Schüddekopf, Heike (2018): Schranken/Grenzen des Elternrechts. Tafelbild in der Lehrveranstaltung zur Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule Meißen (FH) und Fortbildungszentrum.

Statista (2019): Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2017 (in 1.000), [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/> [16. Februar 2019].

Statistisches Bundesamt (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII. 2017, [online] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/Gefaehrdungseinschaetzungen5225123177004.pdf?__blob=publicationFile [5. März 2018].

Steepat, Susanne (2012): Familienhebammen, [online] <https://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/familienhebammenfruehe-hilfen/> [23. Oktober 2018].

Weltgesundheitsorganisation (2019): Die WHO in der Welt, [online] <http://www.euro.who.int/de/about-us/organization/who-worldwide> [16. Februar 2019].

Prof. Dr. Dr. h. c Wiesner, Reinhard (2012): Rechtliche Grundlagen Früher Hilfen. Frühe Hilfen im SKF. Fachtag: Schnittstellen und Abgrenzungen Früher Hilfen, Köln.

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (2013): Sozialpädagogische Diagnose-Tabelle & Hilfeplan. Arbeitshilfe zur Anwendung der Instrumente bei der Prüfung von Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindeswohls, der Abklärung von Leistungsvoraussetzungen einer Hilfe zur Erziehung und der Durchführung des Hilfeplanverfahrens in der Praxis, [online] https://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/schriften/sozialpad._diagnose-tabelle_hilfeplan.kapitel_1-4.pdf [10. März 2019].

Rechtsprechungsverzeichnis

Bundesgerichtshof Karlsruhe, Urteil vom 14. Juli 1956, Az. IV ZB 32/56, NJW
1956.

Oberlandesgericht Brandenburg, Beschluss vom 15. Januar 2009, Az. 9 UF
51/07.

Rechtsquellenverzeichnis

Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfegesetz, in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3134), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2696) mit Wirkung vom (m. W. v.) 1. Januar 2019.

Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, ber. S. 2909, 2003 S. 738), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) m. W. v. 1. Januar 2019.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung, Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), in Kraft getreten am 1. Januar 1989, 1. Januar 1990 bzw. 1. Januar 1991, zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) m. W. v. 1. Januar 2019.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 17b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975), zuletzt geändert durch Artikel 20 Absatz 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234).

Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen vom 22. Dezember 2011 BGBl. I S. 2975 (Nr. 70), m. W. v. 1. Januar 2012.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Juli 2017 (BGBl. I S. 2347) m. W. v. 20. Juli 2017.

Hebammen-Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 134a SGB V, Lesefassung nach Änderungsvereinbarung vom 13. Juni 2018 m. W. v. 15. Juli 2018.

Sächsisches Hebammengesetz vom 9. Juli 1997 (SächsGVBl. S. 478), zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 26. April 2018 (SächsGVBl. S. 198).

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V m. W. v. 25. September 2015.

Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz) m. W. v. 1. Juli 2012.

Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz) über die Bundesstiftung Frühe Hilfen m. W. v. 1. Oktober 2017.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe und die Bachelorarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden ist.

Die gedruckte und digitalisierte Version der Bachelorarbeit sind identisch.

Meißen, 25. März 2019

Unterschrift Janina Thieme