



**Praktizierter Kinderschutz auf kommunaler Ebene  
zum Schutz des Kindeswohles - optimale Prävention von  
Kindesvernachlässigung**

Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und  
Sozialarbeitern/innen



Schriftenreihe der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER  
Band 3

Impressum

Schriftenreihe der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER“

Titel: Praktizierter Kinderschutz auf kommunaler Ebene - Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und Sozialarbeiter/innen

1. Auflage, 2009

Herausgeber und Verlag

Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER/Hildegard und Hermann Schnipkoweit

Stiftung privaten Rechts

Rühmkorffstr. 4

30163 Hannover

Tel. 0511 - 2791430

Fax: 0511 - 27914322

Mail: [info@eine-chance-fuer-kinder.de](mailto:info@eine-chance-fuer-kinder.de)

Internet: [www.eine-chance-fuer-kinder.de](http://www.eine-chance-fuer-kinder.de)

Lektorat: C. Windorfer und Prof. Dr. A. Windorfer

Layout: D. Mielke

Auflage 500

Das Werk einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Die Broschüre wird von der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER / Hildegard und Hermann Schnipkoweit kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin / den Empfänger oder Dritte bestimmt.

# **Praktizierter Kinderschutz auf kommunaler Ebene**

## **Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und Sozialarbeitern/innen**

**Schriftenreihe der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER  
Band 3**

Vorträge und Materialien  
der zertifizierten Fortbildung für Familienhebammen und Sozialarbeiter/innen  
(zertifiziert nach ISO 9001)

Praktizierter Kinderschutz auf kommunaler Ebene  
am 02. Dezember 2008 in Hannover

Die Veranstaltung und der Druck der Broschüre wurden von dem Niedersächsischen Sozialministerium finanziell gefördert.



# INHALT

Praktizierter Kinderschutz auf kommunaler Ebene – Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und Sozialarbeitern/innen	
A. Windorfer .....	6
Psychische und neurobiologische Auswirkungen von früher Kindesvernachlässigung auf die Lebenskarrieren junger Menschen	
Manfred Cierpka .....	12
Risikofaktoren .....	14
Schutzfaktoren .....	15
Literatur .....	21
Neue Möglichkeiten der Familiengerichte im Zusammenhang mit frühzeitigem Kinderschutz	
Christian Jäde .....	23
I. Einführung .....	23
II. Änderungen im materiellen Recht .....	23
1. Abbau von Tatbestandshürden in § 1666 Abs. 1 BGB .....	23
2. Konkretisierung der Rechtsfolgen des § 1666 BGB .....	24
III. Änderungen im Verfahrensrecht .....	24
1. Termin zur Erörterung der Kindeswohlgefährdung (§ 50f FGG) .....	24
2. Vorrang- und Beschleunigungsgebot (§ 50e FGG) .....	25
3. Überprüfung nach Absehen von gerichtlichen Maßnahmen .....	26
Präventives Familienhebammen-Projekt des Landkreises Holzminden Praktisches Beispiel für die Verknüpfung von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe zum effektiven Kinderschutz im Rahmen früher Hilfen für junge Eltern und Kinder vor und nach der Geburt	
Klaus A. E. Weber .....	27
Hilfreich und unterstützend .....	27
1. Zielsetzung des Projekts .....	28
2. Zielgruppen und Indikatorensystem für eine Betreuung und Hilfe .....	29
3. Aufgaben zur Betreuung und Hilfe – ... entscheidend ist die Beziehungsarbeit .....	29
3.1 Aufsuchende Betreuung und Hilfe .....	29
3.2 „Sozialvisiten“ im Krankenhaus .....	30
3.3 „Hebammen-Sprechstunde“ im Gesundheitsamt .....	30
4. Zentrale Clearing-Stelle – Das „Praxisteam“ .....	31
5. Organisation und Finanzierung .....	31
6. ... nach dem Konzept ist vor dem Konzept: Erste Bilanz nach 12 Monaten .....	32
Qualitätssicherung bei der aufsuchenden Arbeit von Familienhebammen Was sind die „Standardisierten Empfehlungen“ zur Familienhebammenarbeit?	
G. Stenz .....	33
Welche Prozesse wurden geregelt .....	35
Welchen Nutzen haben die Institutionen und betreuten Familien? .....	35
Welche Rolle spielt der Qualitätszirkel? .....	36
Was muss bei der Erstellung von „Standardisierten Empfehlungen“ beachtet werden? .....	38
Wozu brauchen wir Qualitätszirkel? .....	38
Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und Sozialarbeitern/innen: Wie sind die praktischen Erfahrungen?	
A. Windorfer .....	40
Umfrage bei niedersächsischen Familienhebammen .....	42
Umfrage bei niedersächsischen Jugendämtern .....	51
Ausblick .....	54
Referenten / Autoren .....	55

# Praktizierter Kinderschutz auf kommunaler Ebene – Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und Sozialarbeitern/innen

## A. Windorfer

Mindestens 85 % aller unserer Kinder werden von ihren Eltern liebevoll umsorgt und wachsen in einer guten Mutter-Kind-Bindung auf **(Abbildung 1 und 2)**, die ihnen eine reelle Chance auf eine gute und gesunde Entwicklung und auf eine selbstbestimmte Lebenskarriere gibt.

Abbildung 1

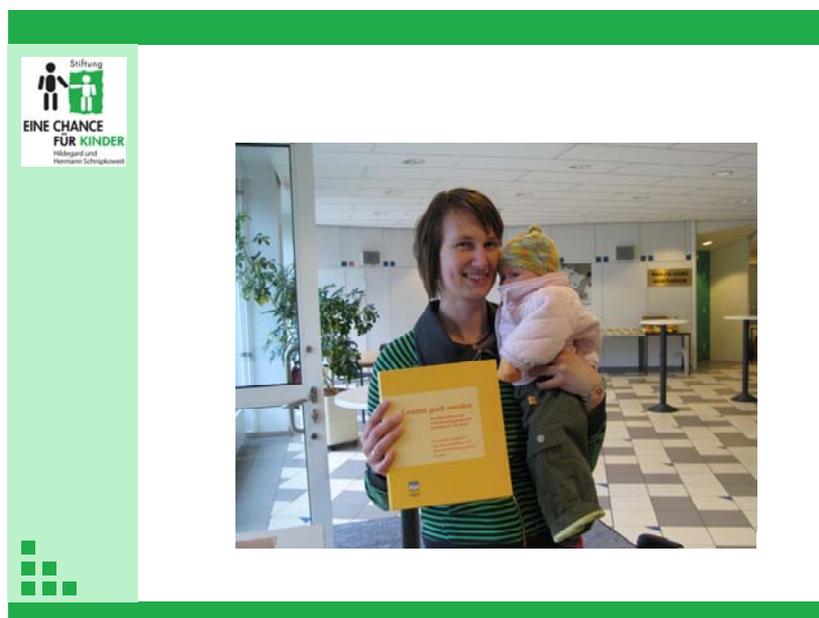
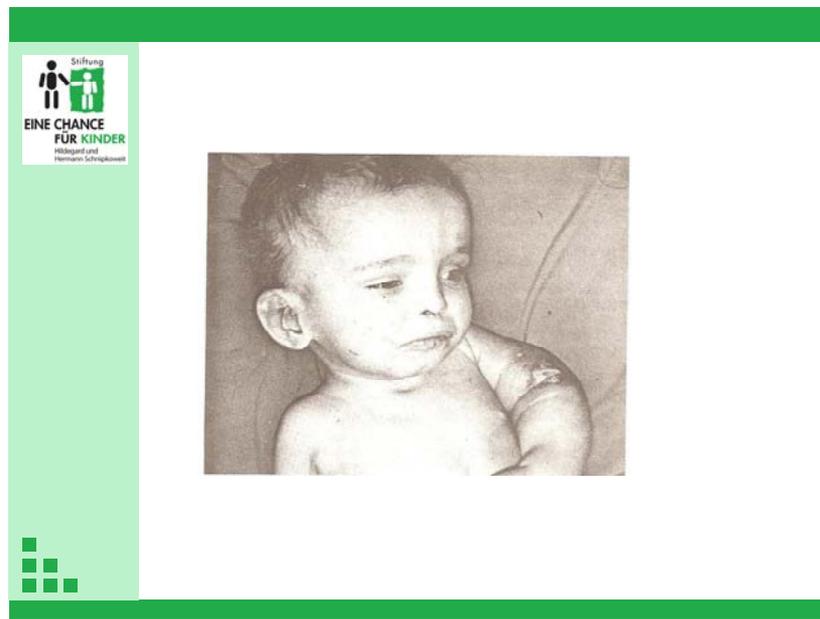


Abbildung 2

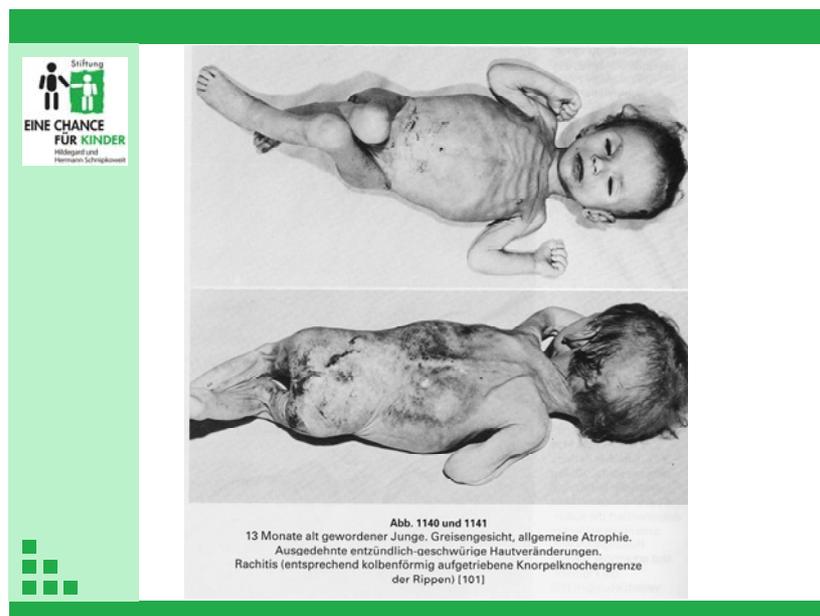


Immer wieder werden wir jedoch mit den schrecklichen Bildern von misshandelten und/oder getöteten Säuglingen und Kleinkindern konfrontiert (**Abbildung 3 – 4**).

**Abbildung 3**



**Abbildung 4**



Das Phänomen der Kindesmisshandlung gibt es zwar schon seit vielen Jahren, öffentlichkeitswirksam ist das Schicksal dieser armen Kinder jedoch erst in den letzten Jahren, z. B. durch den Tod des kleinen Kevin in Bremen sowie einiger anderer Kinder geworden. Erst die, von den Medien ausgeschlachteten, Berichte über den Tod dieser Kinder hat die Öffentlichkeit, vor allem aber auch „die Politik“ auf den verschiedenen Ebenen, aufgeschreckt und zahlreiche Maßnahmen in Gang gesetzt.

In **Abbildung 5** sind Schätzzahlen dazu aufgeführt, in welcher Häufigkeit wir mit diesen dramatischen Vorfällen rechnen müssen:

**Abbildung 5**



**dem Problem eine Dimension geben**

**Beispiel Vernachlässigung**

Jährlich kommen in Niedersachsen ca. 70.000 Kinder auf die Welt

Davon werden

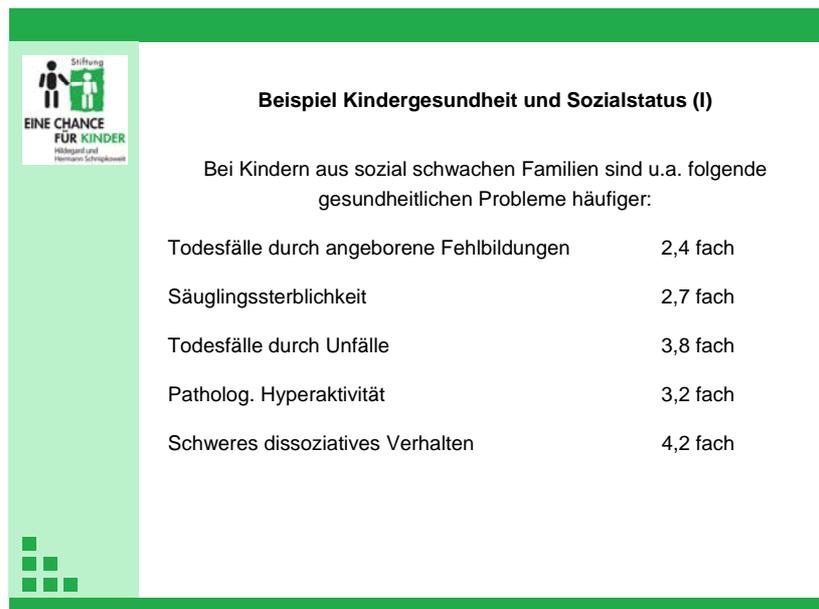
- 30 – 50 Kinder im 1. Lebensjahr schwerste körperliche Misshandlungen erleiden
- 300 – 500 Säuglinge misshandelt oder in Gefahr sein misshandelt zu werden
- 5000 – 10.000 Säuglinge emotional und / oder körperlich vernachlässigt oder in Gefahr sein vernachlässigt zu werden



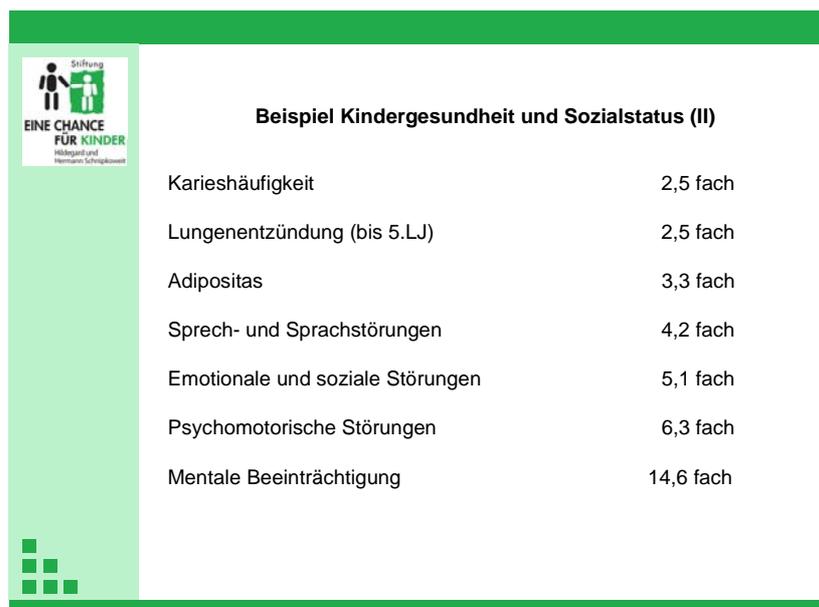
Sind die Zahlen von 30 - 50 schwer misshandelten oder von schwerer Misshandlung bedrohten Säuglingen pro Jahr allein in Niedersachsen erschreckend, so ist die Zahl von 7.000 - 10.000 psychisch und/oder emotional vernachlässigten oder von Vernachlässigung bedrohten Kindern zusätzlich alarmierend. Denn aus diesen Kindern rekrutieren sich vor allem alle diejenigen, die kaum eine Chance auf eine gute soziale Integration in ihren weiteren Lebensabschnitten haben werden.

In **Abbildung 6 und 7** sind die Gesundheitsstörungen, die vermehrt bei Kindern aus sozial und psychosozial schlecht gestellten Familien auftreten, aufgelistet. Natürlich ist nicht jede sozial schlechter gestellte Mutter eine schlechte Mutter, aber die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen eines Kindes sind in diesen Familien anscheinend vermehrt schlechter und die Mutter-Kind-Bindung ist damit häufiger mangelhaft. Besonders ausgeprägt ist daher das gehäufte Vorkommen von mentalen Beeinträchtigungen, aber auch von dissoziativen Störungen bei Kindern, die in diesem Umfeld aufwachsen; damit sind schlechte Startbedingungen gegeben.

**Abbildung 6**



**Abbildung 7**



Der Einsatz von so genannten Familienhebammen ist keineswegs neu, sondern wurde bereits Ende der 70er Jahre in einem Pilotprojekt der damaligen Bundesregierung an den beiden Hochschulen Universität Bremen und Medizinische Hochschule Hannover erprobt.

Damals war die Grundlage des Projektes jedoch noch nicht so sehr die Sorge um vernachlässigte und misshandelte Kinder, sondern es ging vielmehr darum, die vergleichsweise hohe Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik zu senken. Dafür war es erforderlich, vor allem in der Schwangerschaft, stärker gesundheitlich präventiv tätig zu sein und dies versprach man sich durch den Einsatz von speziell qualifizierten Hebammen, den Familienhebammen, wie man sie dann nannte, da sie mit aufsuchender Arbeit Schwangere und junge Mütter während des gesamten 1. Lebensjahres eines Kindes betreuen, d. h. in die Familien gehen sollten.

Die Hoffnung, dass diese besonders qualifizierten Hebammen, z. B. bei kommunalen Gesundheitsämtern angestellt würden, erfüllte sich jedoch nur in sehr geringem Ausmaß und nach wenigen Jahren hatte dieses eigentlich sehr gute Pilotprojekt den Weg fast aller Projekte genommen, bei denen man zwar einen optimalen Konzeptanspruch gewählt, sich jedoch kaum Gedanken darüber gemacht hatte, ob dieser auch von den ins Auge gefassten späteren Nutzern als akzeptabel, umsetzbar und finanzierbar angesehen würde:

Das Projekt wurde eingestellt.

Im Jahr 2001 wurde der Einsatz von Familienhebammen durch die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER aufgegriffen, aber mit einem anderen Ansatz und in einigen niedersächsischen Kommunen erneut erprobt:

Ziel sollte es vor allem sein, mit Hilfe von speziell zu Familienhebammen qualifizierten freiberuflichen Hebammen, durch deren aufsuchende Betreuung gesundheitliche und sozialpflegerische Aspekte miteinander zu verknüpfen und dadurch das zunehmende Problem der Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung besser in den Griff zu bekommen.

Es galt zu erproben, ob durch den Einsatz von freiberuflichen Hebammen, die nach einer besonderen Qualifizierung bereit und in der Lage waren, sich derjenigen Familien bzw. Mütter anzunehmen, bei denen durch das Vorliegen mehrerer Risikofaktoren die Möglichkeit von Kindesvernachlässigung gegeben war.

Mit der wissenschaftlichen Begleitforschung des Institutes für Entwicklungsplanung und Strukturforschung / Univ. Hannover konnte Folgendes bestätigt werden:

- Die, für das Projekt gewünschten Zielgruppen wurden erreicht. Es ist mit dem Projektansatz gelungen, sich den Zugang zu jungen Schwangeren und Müttern,

die in schwierigen Verhältnissen leben, zu erschließen und sie mit dem Angebot an Hilfen konkret zu erreichen.

- Es können auch bei dieser als häufig sehr schwierig eingeschätzten Klientel grundsätzlich, wenn auch nicht immer, positive Veränderungen bis hin zur Problemlösung erreicht werden.
- Sowohl die Einbeziehung weiterer Hilfen in die Betreuung als auch die Anzahl der erfolgreich in andere Hilfeangebote überführten Klientinnen belegt, dass mit der Kooperation von Familienhebammen und Sozialarbeiterinnen eine weitere Zielsetzung des Projektes erreicht werden konnte.
- Der Einsatz der Familienhebammen für Frauen in schwierigsten Lebenssituationen stellt ein geeignetes Angebot im Interesse auch der Jugendhilfe dar. Die Arbeit der Familienhebammen ist bisher sehr erfolgreich verlaufen und sollte weitergeführt werden.

Insgesamt gibt es in Niedersachsen zum gegenwärtigen Zeitpunkt 154 qualifizierte Familienhebammen, die im Einsatz sind oder darauf warten, eingesetzt zu werden. Diese Familienhebammen arbeiten direkt oder indirekt im Auftrag der kommunalen Jugendämter und mehr oder weniger gemeinsam mit Sozialpädagogen/Sozialarbeitern. Um eine Zusammenarbeit mit den Jugendbehörden wie auch mit anderen Hilfeinstitutionen im Sinne des Kindeswohles so effektiv wie möglich zu gestalten, ist es von großer Bedeutung immer wieder gemeinsame Fortbildungen für die beiden Berufsgruppen, Familienhebammen und Sozialarbeiter/innen anzubieten. Dies ist wohl der beste Weg, um ein Kennen lernen der unterschiedlichen Ansichten, Standpunkte und Arbeitsweisen zu ermöglichen.

# **Psychische und neurobiologische Auswirkungen von früher Kindesvernachlässigung auf die Lebenskarrieren junger Menschen**

**Manfred Cierpka<sup>1</sup>**

## **1. Die Kindheit muss geschützt werden**

Die Erfahrungen in den ersten Kindheitsjahren beeinflussen relevante neurophysiologische und hirnstrukturelle Parameter und legen so das Fundament für die emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Menschen. Schwierigste Kindheitsbedingungen können diese Entwicklung in vielfältigster Weise einschränken. Viele Studien belegen mit gesicherten Ergebnissen, dass die Kindheitserfahrungen auf den Gesundheitsstatus, den Schulerfolg und die Lebensqualität tiefgreifende und langandauernde Auswirkungen haben (Bender & Lösel, 2000; Egle & Cierpka, 2005).

Die wesentlichsten psychosozialen Belastungen für Kinder sind die in der unmittelbaren Umgebung erfahrene Vernachlässigung, sowie emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch. Unter Misshandlung und Missbrauch von Kindern versteht man gewaltsame physische oder psychische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern bzw. Erziehungsberechtigte, teilweise jedoch auch durch andere Erwachsene in der Umgebung. Derartige Beeinträchtigungen können durch aktive Handlungen (z. B. körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, verbale Beschimpfungen und Entwertungen), aber auch durch Unterlassungen (physische oder emotionale Vernachlässigung) bedingt sein (vgl. Engfer 2005).

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Langzeitfolgen früher Stresserfahrungen haben sich in den letzten Jahrzehnten konsolidiert. Eine der ersten und gleichzeitig bis heute bedeutendsten prospektiven Langzeitstudien ist die Kauai-Studie von Werner & Smith (1989, 1992, 1997, 2001). Diese erfasste den gesamten Geburtenjahrgang 1956 (N=698) der Insel Kauai, einer Nebeninsel von Hawaii, über einen Zeitraum von mehr als 40 Jahren. Das Interesse galt entwicklungsrelevanten Risiko- und Schutzfaktoren sowie der Entwicklung von Vulnerabilität und psychischer Widerstandskraft.

30 Prozent der Kinder (n= 210) wuchsen unter widrigen Umständen (Armut, Krankheit der Eltern, Vernachlässigung, Gewalt, Alkoholismus, Scheidung, Misshandlung) auf. Die körperliche, soziale und psychische Entwicklung aller Kinder wurde im Alter von 1, 2, 10, 18, 32, 40 Jahren untersucht. 1/3 der belasteten Kinder wies mit 18 Jahren keinerlei Verhaltensstörungen auf. Außerdem war auffällig, dass es über die Jahre „Aufsteiger“ gab –

---

<sup>1</sup> Die MitarbeiterInnen im Projekt sind: Projektleitung: M. Cierpka, Projektkoordination: A. Eickhorst, Wiss. MitarbeiterInnen: M. Benz, S. Borhardt, H. Demant, B. Frey, K. Götzinger, P. Habash, J. Hinkel, D. Nakhla, K. Scholtes, C. Wölfer (bis 2007), Evaluationsteam: A.Sidor, H. Köhler, E. Kunz, D. Schweyer, M. Stasch (bis Ende 2008), Sekretariat: P. Teutsch.

Kinder, die im jüngeren Alter als auffällig eingestuft wurden später aber gesundeten. Im 4. Lebensjahrzehnt war die überwiegende Mehrzahl der Probanden, die als Jugendliche Verhaltensprobleme aufwiesen frei von Auffälligkeiten. Die Autoren machten für diese protektiven Phänomene die "Resilienz" verantwortlich. Die Schutzfaktoren konnten durch diese Langzeituntersuchung zum ersten Mal identifiziert werden (s. u.).

In der bislang größten durchgeführten Studie an insgesamt 18.000 Kaliforniern, welche zum Ziel hatte, die gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen psychosozialer Belastungsfaktoren in der Kindheit über die gesamte Lebensspanne hinweg zu untersuchen, konnten Felitti et. al (1998) zeigen, dass das kumulative Einwirken von vier und mehr frühen Stressfaktoren im Vergleich zu deren Fehlen zu einem deutlich erhöhten Auftreten gesundheitlicher Risikoverhaltensweisen führt (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1 ACE- Studie Felitti et. al 2002**

bei 4 Kindheits-Belastungsfaktoren erhöht sich das Risiko

4 -12 x	Alkoholismus Drogenmissbrauch Depression Suizidversuche
2 - 4x	Rauchen Gesundheitsstatus (Selbsteinschätzung) Zahl von Sexualpartnern > 50 Sexuelle übertragene Krankheiten
1,4 - 1,6x	Risiko für körperliche Inaktivität und Übergewicht

Besonders stark erhöht war die Häufigkeit von Suizidversuchen (12-fach) sowie Alkohol- und Drogenkonsum (5- bis 10-fach). Signifikant erhöht waren jedoch auch häufig wechselnde Sexualpartner und sexuell übertragene Erkrankungen, ein Body Maß Index (BMI: kg Körpergewicht/m<sup>2</sup>) von über 35 und weit reichender Bewegungsmangel und nicht zuletzt Nikotinabusus. All diese Faktoren können als insuffiziente Versuche der Betroffenen verstanden werden, ein negatives Selbstwelterleben und unreife Konfliktbewältigungsstrategien einerseits, sowie eine subjektiv durchaus wahrgenommene erhöhte Stressvulnerabilität andererseits zu kompensieren.

Bei der noch vergleichsweise jungen Mannheimer Risikokinder-Studie handelt es sich um eine Längsschnittsstudie an 362 Erstgeborenen (zwischen Februar 1986 und Februar 1988), die von Geburt an medizinisch und hinsichtlich der Lebensumstände ausführlich untersucht wurden. Etwa zwei Drittel der Kinder wiesen mittlere bis schwere prä- oder perinatale Komplikationen auf und bei ebenfalls zwei Dritteln der Kinder wurden psychosoziale

Schwierigkeiten (Trennung oder chronische Streitigkeiten der Eltern) beobachtet (Esser 1994; Laucht et al. 2000). Auch in dieser deutschen Studie ließen sich die u. a. Schutzfaktoren identifizieren.

Die heute im Rahmen dieser und anderer prospektiver Longitudinalstudien sowie sorgfältiger retrospektiver Studien hinsichtlich gesundheitlicher Langzeitfolgen als gesichert geltenden frühen Stressfaktoren sind in **Tabelle 2** zusammengefasst (vgl. Egle et al. 2002).

**Tabelle 2**  
**Empirisch gesicherte Risikofaktoren mit potenziellen Langzeitfolgen (Egle et al. 2002 )**

**Risikofaktoren**

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der "sozialen Kontrolle" (z. B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Unsicheres Bindungsverhalten nach 12. / 18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter / des Vaters
- Schwere körperliche Erkrankungen der Mutter / des Vaters
- Chronisch krankes Geschwister
- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren
- Anhaltende Auseinandersetzungen infolge Scheidung bzw. Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexueller und / oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule
- Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate
- Hohe Risiko-Gesamtbelastung
- Jungen vulnerabler als Mädchen

Bei der Frage der Langzeitfolgen sind die potenziell kompensatorisch wirkende protektiven Faktoren **(vgl. Tabelle 3)** zu berücksichtigen. Diese können in ganz erheblichem Ausmaß Langzeitfolgen verhindern und stellen damit auch Ansätze für Präventionsmaßnahmen dar. Neuere Studien zeigen sogar eine erhöhte Stressresistenz, wenn zwar Belastungsfaktoren früh eingewirkt haben, gleichzeitig jedoch von protektiven Faktoren kompensiert worden waren.

**Tabelle 3**  
**Empirisch gesicherte kompensatorische Schutzfaktoren (Egle et al. 2002)**

<b>Schutzfaktoren</b>
• Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson
• Sicheres Bindungsverhalten
• Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen
• Entlastung der Mutter (v. a., wenn allein erziehend)
• Gutes Ersatzmilieu nach früherem Mutterverlust
• Überdurchschnittliche Intelligenz
• Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
• Internale Kontrollüberzeugungen, "self-efficacy"
• Soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
• Verlässlich unterstützende Bezugsperson(en) im Erwachsenenalter
• Lebenszeitlich spätere Familiengründung (i. S. von Verantwortungsübernahme)
• Geringe Risiko-Gesamtbelastung
• Geschlecht: Mädchen weniger vulnerabel

Die „Resilienz“ (Luthar et al. 2000) scheint quasi auf einer Art „psychosozialen Impfung“ zu beruhen. Für die Entwicklung von Resilienz spielen neben biologischen, intraindividuellen und familiären Faktoren auch noch der soziale Kontext (v. a. Nachbarschaft und Gleichaltrige bzw. Schule) eine wesentliche Rolle (Rutter 2006; Jaffee et al. 2007).

## **2. Biologische Folgen nach gravierenden Erfahrungen mit psychosozialen Belastungen**

Ein nicht adäquat erwidertes Bindungsbedürfnis kann auch zu psychobiologischen Folgen führen, welche die individuelle Ausreifung des Stressverarbeitungssystems und der

affektregulierenden Systeme des Gehirns beeinträchtigen. In den letzten Jahren hat vor allem die kanadische Arbeitsgruppe um Michael Meaney wesentlich zur Entschlüsselung dieser Zusammenhänge beigetragen: Tierexperimentell konnte u. a. gezeigt werden (Weaver et al. 2004), dass frühe Bindungsstörungen (wenig Lecken, geringe Fellpflege durch die Rattenmutter) zu Beeinträchtigungen der Ablesbarkeit jener Genabschnitte führen, die für die Exprimierung von Glukokortikoid-Rezeptoren (GR) zuständig sind. Eine geringe Exprimierung von GR führt zu hohen Glukokortikoid-Spiegeln (Cortisol), welche wiederum toxisch auf bestimmte Hirnbereiche (Hippocampus, Präfrontalkortex) wirken. Hinzu kommt eine transgenerationale Weitergabe des mütterlichen Bindungsverhaltens aufgrund dieser epigenetischen Mechanismen.

Eine zentrale Bedeutung bei der Verarbeitung früher Stresserfahrungen kommt auch der Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)- sowie der Locus-Coeruleus-Norepinephrin (LC-NE)-Achse zu; beide werden durch das vor allem im Nucleus paraventricularis des Hypothalamus gebildete Corticotrophin Releasing Hormon (CRH) stimuliert. Beide Systeme sind Teil von Allostase-Prozessen, welche als übergeordnetes Ziel die Wiederherstellung einer bedrohten biologischen Homöostase haben (McEwan 1998).

Frühe Stresserfahrungen führen auf der Basis dieser Mechanismen bei Kindern zu einer gesteigerten ACTH-Reaktion auf CRH, d.h. zu einer Sensitivierung der HPA-Achse (Kaufman et al. 1997; Heim et al. 2000). Langandauernde oder häufig sich wiederholende biologische bzw. psychosoziale Stresseinwirkungen im Verlauf des Lebens bedingen - besonders ausgeprägt, wenn sie in ein vulnerables Entwicklungs-„Zeitfenster“ fallen - über erhöhte Glucocortikoid-Spiegel Schädigungen des Hippocampus bzw. über erhöhte Dopamin-/Noradrenalin-Spiegel Schädigungen im Bereich des orbitalen Kortex präfrontalis (Arnsten 1997, 1999, Braun et al. 2000) und damit erhebliche kognitive Einschränkungen, wie z. B. der Lernfähigkeit (Lupien et al. 1998) sowie eine anhaltende Dysfunktion des autonomen Nervensystems bzw. der LC-NE-Achse (Perry 2001; Heim et al. 2000).

Frühe Kindheitsbelastungen führen also in einem vulnerablen Zeitfenster, in dem das angeborene Stressverarbeitungssystem noch nicht hinreichend ausgereift ist, zu „biologischen Narben“, welche sich lebenslang in einer Dysfunktion des Stressverarbeitungssystems und einer erhöhten Vulnerabilität für physische wie psychosoziale Belastungssituationen ausdrücken (McEwen 1998, 1999).

Zusammenfassend lässt sich also feststellen:

- Die menschliche Entwicklung vollzieht sich im Zusammenspiel zwischen Umwelt und Gehirn.
- Die Erfahrungen des Säuglings mit seiner Umgebung, ganz besonders mit seinen Bindungspersonen, tragen ganz entscheidend zu Verknüpfungen von Neuronen bei und konturieren so die hirnstrukturellen Entwicklung und den neurohormonalen Haushalt.

- Diese von der Umgebung abhängige („nutzungsabhängige“) neuronale Verknüpfung findet überproportional in der frühesten Kindheit, vor allem im Mutterbauch und im ersten Lebensjahr statt. Die Plastizität des Gehirns besteht zwar ein Leben lang, sie ist jedoch zu Beginn des Lebens am größten.
- Diese Erkenntnisse haben erhebliche Konsequenzen für die Prävention.

Obwohl die frühkindliche Zeit den größten Spielraum für positive aber eben auch negative Entwicklungen bereithält, werden Kind und Eltern in dieser Phase immer noch am wenigsten unterstützt. Die aktuelle Präventionsforschung fordert deshalb unterstützende Interventionen in der lebenskritischen Phase des Übergangs zur (erneuten) Elternschaft (Cierpka, 2005). Dies umfasst den Zeitraum der Schwangerschaft, die Geburt und postpartal das erste Lebensjahr.

Nicht erst durch die erschreckenden Fälle von Kindesverwahrlosung, -misshandlung und -tötung sowie der Gewaltbereitschaft von Jugendlichen ist ein soziales Frühwarnsystem in aller Munde. Möglichst früh Gefahren aufzudecken, bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist, bleibt Aufgabe des Gemeinwesens auch bei belasteten Kassen kommunaler Haushalte. Investitionen in die sichere psychosoziale Entwicklung der Kinder zahlen sich langfristig aus, weil spätere Interventionen kostspieliger und weniger wirksam sind. Je früher die zunächst gescheute Investition erfolgt, desto wirksamer können soziale Folgekosten gesenkt werden.

### **3. Bausteine der Frühförderung können Lücken des bestehenden Versorgungsnetzes schließen**

Das Projekt *Keiner fällt durchs Netz* (Cierpka 2009) basiert auf den theoretischen Grundlagen und praktischen Erfahrungen bewährter Bausteine der Frühförderung, wie sie bereits seit 2006 im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie des Elternseminars *Das Baby verstehen* (Cierpka 2004; Gregor & Cierpka 2005) erprobt werden. Modellstandorte sind Landkreise oder Städte, also Gebietskörperschaften. In der Regel übernehmen die Krankenkassen einen Großteil der Kosten für das Elternseminar, so dass der finanzielle Aufwand für die Eltern minimiert wird.

*Keiner fällt durchs Netz* ([www.keinerfaelltdurchsnetz.de](http://www.keinerfaelltdurchsnetz.de)) zielt auf die Identifikation und den Zugang zur sogenannten Risikofamilie, also den hochbelasteten Familien. Obwohl immer noch zu viele Familien in Deutschland nicht in der Lage sind, ihren Kindern eine angemessen gute Kindheit zu gewährleisten, sind Konzepte zur Prävention und Intervention zur Abwendung von Risiken bei Kindern noch nicht ausreichend vorhanden. Insbesondere fehlen Ansätze, die einen Zugang zu den belasteten Familien ermöglichen, um diese individuell fördern zu können. Störungen der Eltern-Kind-Beziehung können sich in dieser frühen Zeit durch mangelnde Fürsorge, fehlende Wertschätzung und unsichere Bindung an

die Bezugspersonen wegen damit einhergehender dysfunktionaler Anpassungsprozesse und Reifeverzögerungen des Kindes rasch entwickeln. Dies potenziert wiederum die Konfliktodynamik und den Belastungsgrad der ohnehin vorbelasteten und meistens auch gefährdeten Familien. Die Konfrontation mit Problemen auf ganz unterschiedlichen Ebenen (z. B. Partnerschaft, Störung der Eltern-Kind-Beziehung, Arbeitslosigkeit und Armut) nimmt den Familien dann rasch die Initiative und Zuversicht, sich an eine hilfe anbietende Institution zu wenden. Risikokonstellationen müssen deshalb so früh wie möglich vor oder nach der Geburt des Kindes „entdeckt“ werden, um Negativspiralen zu verhindern. Ziel von *Keiner fällt durchs Netz* ist, dass bestehende Hilfestellungen in der frühen Kindheit bei belasteten Familien ankommen, bevor es zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommt.

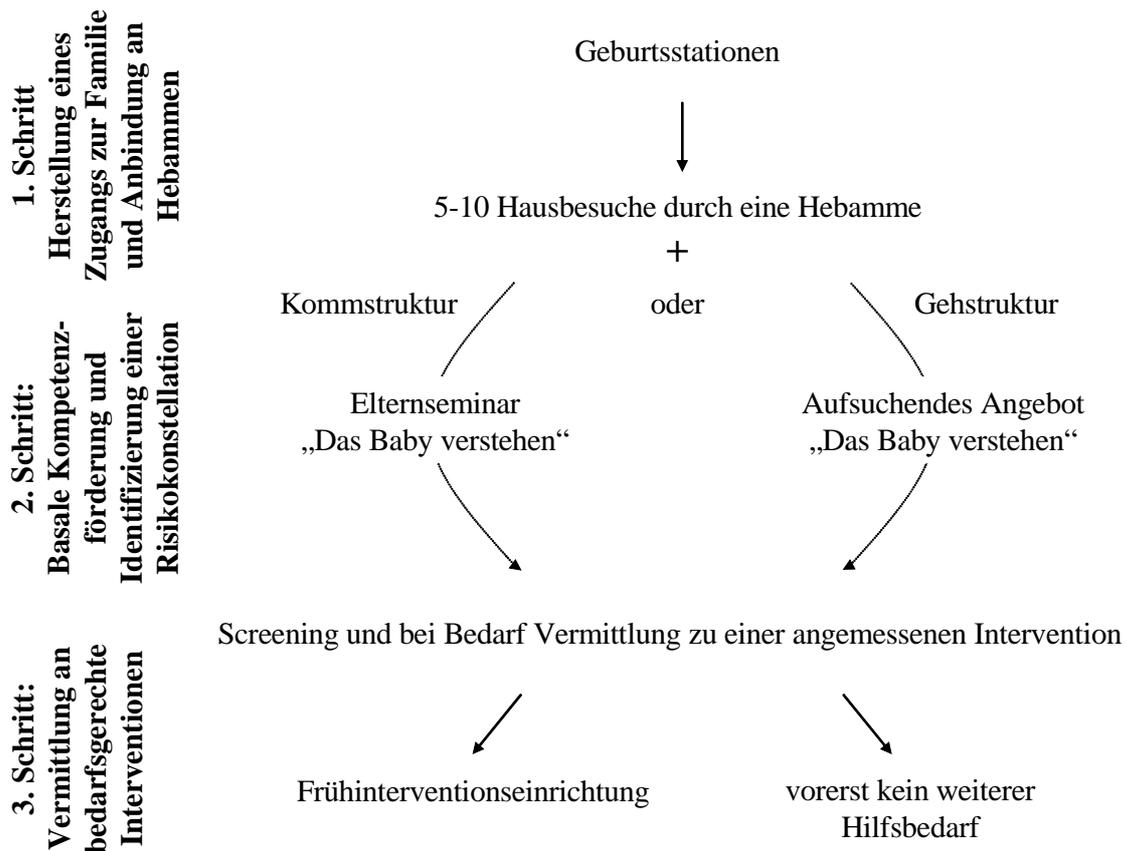
#### **4. Wie funktioniert das Präventionsprojekt „Keiner fällt durchs Netz“?**

Im Projekt ist die Familienhebamme die zentrale Bezugs- und Unterstützungsperson. In einem dreischrittigen Vorgehen wird ein Zugang zu den Familien sehr früh gefunden und ausgebaut (vgl. Abb. 1). Von den Teams auf den Geburtsstationen werden diejenigen Eltern Hebammen vermittelt, die sich nicht bereits aus eigener Initiative um Unterstützung durch eine Hebamme bemüht haben (Schritt 1). Allen Eltern wird die Elternschule *Das Baby verstehen* zur Stärkung der elterlichen Sicherheit angeboten. Besonders belastete Familien erhalten Hausbesuche durch eine Familienhebamme über das gesamte erste Lebensjahr, um die Eltern ab der Geburt des Kindes in basalen elterlichen Kompetenzen zu fördern (Schritt 2). Da alle Familien im Rahmen der Regelversorgung Unterstützung durch eine Hebamme bei der Pflege des Kindes und beim Stillen bekommen, werden die Hausbesuche bei Risikofamilien nicht als Diskriminierung oder Übergriff wahrgenommen. So können die Hebammen zur zentralen Bezugs- und Unterstützungsperson für die Mütter werden. In Fällen, wo die Hebammen im Laufe dieses Jahres mit Hilfe eines Screenings Risikokonstellationen identifizieren, werden die Familien als Schritt 3 an die bestehenden Hilfeinrichtungen vermittelt.

## 5. Wer führt das Präventionsprojekt durch?

Wichtig ist die Vernetzung der Beteiligten vor Ort im jeweiligen Landkreis. Verantwortlich für die Vernetzung der an der Prävention beteiligten professionellen Helfern ist eine Koordinationsstelle. Die Familienhebammen sind nicht nur in der Lage, Risiken bei Kind und Eltern

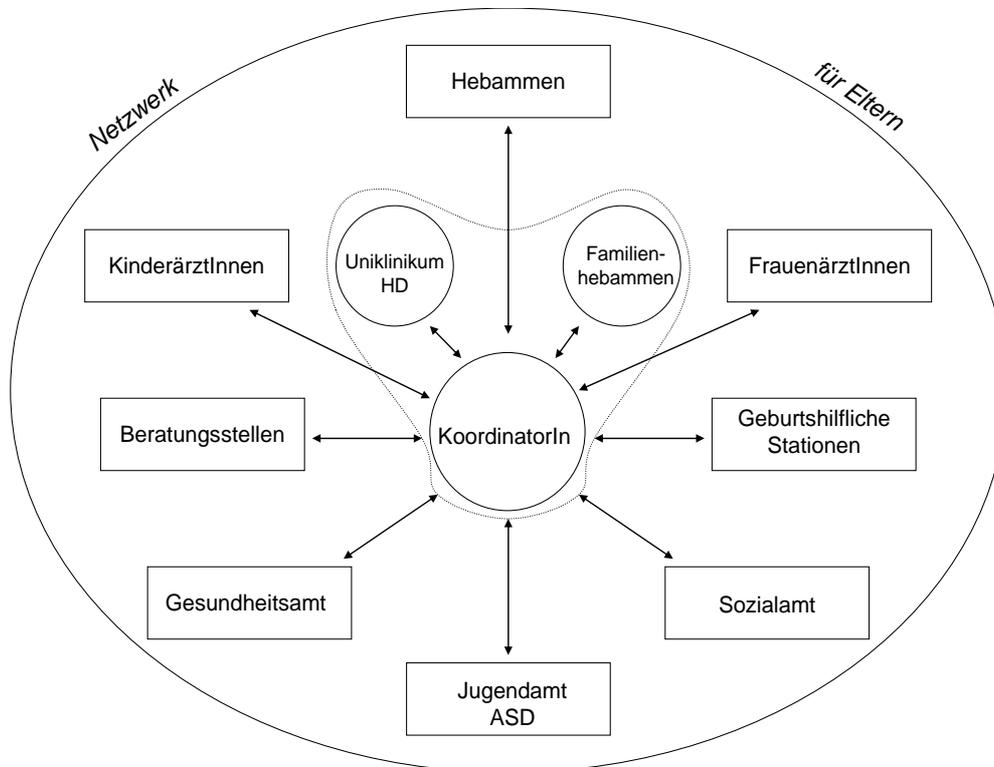
**Abb. 1 Der Drei-Stufen-Plan**



in ihrem häuslichen Umfeld zu erkennen, sondern können auch äußerst wichtige Motivationsarbeit leisten, indem sie Angst und Schamgefühle vor der Inanspruchnahme vor weiteren Unterstützungsangeboten abschwächen. Durch die „Gehstruktur“ (d. h. die Familienhebammen gehen zu den Familien in ihr häusliches Umfeld) wird die Hemmschwelle auch für Familien mit Risikofaktoren geringer. Die Effektivität der Maßnahme lässt sich steigern, wenn nicht allein auf die Eltern-Kind-Interaktion geachtet wird, sondern die Familien zusätzliche Unterstützung am Arbeitsplatz, bei Gesundheitsproblemen oder Familienstreit und bei persönlichen Problemen erhalten. Diese Aufgaben können die Familienhebammen nicht ohne Unterstützung leisten. Daher wird in jedem Projektstandort eine 50 %-Fachkraft (z. B. SozialarbeiterIn) als Koordinatorin und Ansprechpartnerin die Hebammen unterstützen. Sie ist bei den Supervisionsgruppen der Familienhebammen anwesend, vermittelt

weitergehende Hilfsangebote und berät die Eltern bei Bedarf. Diese Fachkraft ist zentrale Kontaktperson für alle Beteiligten des *Netzwerks für Eltern*.

**Abb. 2 Das Netzwerk für Eltern**



Das *Netzwerk für Eltern* ist ein Arbeitskreis mit Mitgliedern aller an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen am Projektstandort (vgl. Abb. 2), der sich regelmäßig trifft und zur Optimierung der Identifikation von Risikokonstellationen und Vermittlung In diesem Netzwerk werden die Aktivitäten zur primären Prävention und Intervention bei Kindeswohlgefährdung organisiert. Der Arbeitskreis trifft sich 2 - 3-mal pro Jahr und wird von der Koordinatorin einberufen.

## 6. Aktueller Stand des Projekts

Keiner fällt durchs Netz ist im Jahr 2007 gut angelaufen und wurde von allen beteiligten gut aufgenommen. Inzwischen arbeiten 39 Familienhebammen mit. Das Projekt findet in 7 Gebietskörperschaften statt. Da alle Landreise und der Stadtkreis Saarbrücken im Saarland integriert werden konnten, ist eine landesweite Implementierung möglich geworden. Dazu kommen die Landkreise Offenbach und Bergstrasse in Hessen und die Stadt Heidelberg in Baden-Württemberg. Insgesamt wurden in den ersten 9 Monaten der Laufzeit 100 hochbelastete Familien gesehen und über 800 Hausbesuche abgerechnet. Die Evaluation dokumentiert, dass in den Hausbesuchen zu 80 % psychosoziale Themen vorherrschen, in lediglich 20 % geht es um medizinische Versorgung.

## Literatur

- Arnsten, A.F.: Catecholamine regulation of the prefrontal cortex. *Journal of Psychopharmacology* 11(2): 151-62, 1997.
- Arnsten, A.F.: Development of the cerebral cortex: XIV. stress impairs prefrontal cortical function. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 220-2, 1999.
- Bender, D. & Lösel, F. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und Bewältigung von Missbrauch und Vernachlässigung. In U. T. Egle, O. Hoffmann & P. Joraschky (Eds.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (Vol. 2, pp. 40-56). Stuttgart: Schattauer.
- Braun, K., E. Lange, M. Metzger, G. Poeggel: Maternal separation followed by early social deprivation affects the development of monoaminergic fiber systems in the medial prefrontal cortex of *Octodon degus*. *Neuroscience* 95: 309-18, 2000.
- Cierpka, M. (2004). *Das Baby verstehen: Focus-Familie gGmbH*. ([www.focus-familie.de](http://www.focus-familie.de))
- Cierpka, M. (2005). Besser vorsorgen als nachsorgen. Möglichkeiten der psychosozialen Prävention. In M. Cierpka (Hrsg.), *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cierpka, M. (2009). Keiner fällt durchs Netz – wie hochbelastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, im Druck.
- Egle, U.T., J. Hardt, R. Nickel, B. Kappis, S.O. Hoffmann: Früher Streß und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate 48: 411-434, 2002.
- Egle, U. T. & Cierpka, M. (2005). Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Eds.), *Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen.
- Engfer A. Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*, 3. Aufl., S. 5-19, Schattauer, Stuttgart 2004.
- Esser G. Ablehnung und Vernachlässigung im Säuglingsalter. In: Kürner P, Nafroth R (Hrsg). *Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung und Armut in Deutschland*. S. 72-80, PapyRossa Köln, 1994.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14: 245-258, 1998.
- Felitti VJ. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. *Z Psychosom Med Psychother* 48:359-69, 2002.
- Gregor, A. & Cierpka, M. (2005). Frühe Hilfen für Eltern - Elternschule "Das Baby verstehen". *Psychotherapeut*, 50, 144-147.
- Heim, C., D.J. Newport, S. Heit, Y.P. Graham, M. Wilcox, R. Bonsall, A.H. Miller, C.B. Nemeroff: Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association* 284(5): 592-597, 2000.
- Jaffee SR, Moffit TE, Caspi A, Taylor A. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Dev* 74: 109-126, 2003.

- Kaufman, J., B. Birmaher, J. Perel, R.E. Dahl, P. Moreci, B. Nelson, W. Wells, N.D. Ryan: The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biological Psychiatry* 42: 669-679, 1997.
- Laucht, M., G. Esser, M.H. Schmidt: Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 32: 59-69, 2000.
- Lupien, S.J., M. de Leon, S. de Santi, A. Convit, C. Tarshish, N.P. Nair, M. Thakur, B.S. McEwen, R.L. Hauger, M.J. Meaney: Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neuroscience*, 1(1): 69-73, 1998.
- McEwen, B.S.: Stress and the aging hippocampus. *Front Neuroendocrinol*, 20(1): 49-70, 1999.
- McEwen, B.S.: Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences* 840: 33-44, 1998.
- Perry, B.D.: The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: Schetky, D., E. Benedek (eds.): *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D.C: 221-238, 2001.
- Rutter, M.: Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094: 1-12, 2006.
- Weaver, I.C., N. Cervoni, F.A. Champagne, A.C. D'Alessio, S. Sharma, J.R. Seckl, S. Dymov, M. Szyf, M.J. Meaney: Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7: 847-54, 2004.
- Werner EE. High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatr* 59: 72-81, 1989.
- Werner EE. The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *J Adolesc Health* 13: 262-8, 1992.
- Werner EE. Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatr* 422: Suppl 103-5, 1997.
- Werner, EE, Smith, RS. Risk, resilience, and recovery. *Journeys from childhood to midlife*. Cornell University Press, London, 2001.

# Neue Möglichkeiten der Familiengerichte im Zusammenhang mit frühzeitigem Kinderschutz

Christian Jäde

## I. Einführung

Gegenstand der folgenden Ausführungen sind die Neuerungen durch das *Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls* (KiWoMaG),<sup>2</sup> das seit dem 12.07.2008 in Kraft ist. Hauptziel des Gesetzes ist, dass Familiengerichte frühzeitiger zum Schutz vernachlässigter und misshandelter Kinder angerufen werden. Die Familiengerichte sollen früher von ihren Möglichkeiten Gebrauch machen, auf die Eltern gefährdeter Kinder einzuwirken und sie anzuhalten, öffentliche Hilfen in Anspruch zu nehmen.<sup>3</sup> Dies setzt vielerorts eine neue Form der Zusammenarbeit des Familiengerichts mit dem Jugendamt voraus, von denen der Gesetzgeber erwartet, dass sie ihre jeweiligen Aufgaben im Sinne einer „Verantwortungsgemeinschaft“ wahrnehmen. Auch wenn die Gesetzesänderungen dem Familiengericht keine Maßnahmen ermöglichen, die es nicht bereits vorher hätte treffen können, werden sie dazu beitragen, dass das Zusammenwirken der „Hauptakteure“ in Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung in der Praxis neu durchdacht und, wenn nötig, einvernehmlich optimiert wird.

Im Folgenden werden die wesentlichen Änderungen vorgestellt, die das materielle Familienrecht und das Verfahrensrecht durch das KiWoMaG erfahren haben.<sup>4</sup>

## II. Änderungen im materiellen Recht

### 1. Abbau von Tatbestandshürden in § 1666 Abs. 1 BGB

Im Eingriffstatbestand des § 1666 Abs. 1 BGB ist das „Erziehungsversagen“ der Eltern als Grund für die Kindeswohlgefährdung und damit als Voraussetzung für ein Einschreiten des Familiengerichts gestrichen worden.

#### **§ 1666 Abs. 1 BGB:**

„Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen ~~durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten~~ gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.“

<sup>2</sup> BGBl I (2008), 1188. Die Abkürzung *KiWoMaG* ist nicht amtlich, soll aber angesichts des vergleichsweise sperrigen Gesetzstitels im Folgenden verwendet werden.

<sup>3</sup> Vgl. BT-Drs. 16/6815, S. 1.

<sup>4</sup> Keine Erwähnung finden hier die Neufassung des § 1631b BGB (Konkretisierung der Voraussetzungen für eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung eines Kindes) und des § 52 Abs. 3 FGG (einstweilige Anordnung in einem die Person eines Kindes betreffenden Verfahren, insbesondere bei Umgangssachen) und des § 70e Abs. 1 FGG (Gutachtererstattung durch Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen oder Sozialpädagogen bei freiheitsentziehender Unterbringung eines Kindes).

Damit sollen Anwendungsschwierigkeiten beseitigt werden, die dieses Tatbestandsmerkmal gelegentlich in der Praxis bereitet hat. Entscheidend ist jetzt allein, dass das Kindeswohl gefährdet ist und die Eltern die Gefährdung nicht abwenden wollen oder können. Der Grund für die Gefährdung kann dahin stehen.

## **2. Konkretisierung der Rechtsfolgen des § 1666 BGB**

In § 1666 Abs. 3 BGB ist ein Katalog von möglichen Maßnahmen aufgenommen worden, die das Familiengericht zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung ergreifen kann:

### **§ 1666 Abs. 3 BGB:**

Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

Dieser – nicht abschließende - Katalog soll das Bewusstsein schärfen, dass den Familiengerichten unterhalb des Entzugs der elterlichen Sorge zahlreiche weniger einschneidende Maßnahmen zur Gefahrabwehr zur Verfügung stehen. Dies dient dem Ziel, eine frühzeitige Anrufung des Familiengerichts zu fördern, wenn dies im Einzelfall sinnvoll ist, um Maßnahmen der Familienhilfe durchzusetzen. Außerdem wird mit dem Katalog darauf hingewiesen, dass der Entzug der elterlichen Sorge immer nur das letzte Mittel sein kann, das erst dann zur Anwendung kommen darf, wenn die Gefahr für das Kind nicht durch andere Maßnahmen abgewendet werden kann. Dieser Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, der in § 1666a BGB umfassend normiert ist, gilt auch nach dem KiWoMaG unverändert.

## **III. Änderungen im Verfahrensrecht**

### **1. Termin zur Erörterung der Kindeswohlgefährdung (§ 50f FGG)**

Der Gesetzgeber hat für Fälle der Kindeswohlgefährdung einen neuen Verfahrensabschnitt geschaffen.

#### **§ 50 f FGG:**

- (1) In Verfahren nach den §§ 1666, 1666a des Bürgerlichen Gesetzbuchs soll das Gericht mit den Eltern und in geeigneten Fällen auch mit dem Kind erörtern, wie einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls begegnet werden kann, insbesondere durch öffentliche Hilfen, und welche Folgen die Nichtannahme notwendiger Hilfen haben kann.

- (2) Das Gericht hat das persönliche Erscheinen der Eltern anzuordnen und soll das Jugendamt zu dem Termin laden. Das Gericht führt die Erörterung in Abwesenheit eines Elternteils durch, wenn dies zum Schutz eines Beteiligten oder aus anderen Gründen erforderlich ist.

Mit diesem „Termin zur Erörterung der Kindeswohlgefährdung“ soll erreicht werden, dass die Beteiligten – in der Regel die Eltern, das Jugendamt, ggf. auch das Kind – möglichst frühzeitig „an einen Tisch“ gebracht werden. Der Termin tritt neben die persönliche Anhörung der Eltern nach § 50a Abs. 1 Satz 3 FGG, die v. a. der Sachverhaltsklärung und der Gewährung rechtlichen Gehörs dient. Im Termin nach § 50f FGG soll das Gericht auf die Eltern und ggf. auf das Kind dahingehend einwirken, dass sie mit dem Jugendamt zusammenarbeiten und angebotene Hilfen annehmen. Außerdem sollen die Eltern auf die Folgen hingewiesen werden, die eine weitere Weigerung haben kann– bis hin zum Entzug der elterlichen Sorge. Mit der Formulierung: „... wie einer *möglichen* Gefährdung des Kindeswohls begegnet werden kann“ nimmt der Gesetzgeber auf § 8a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII Bezug, der die Jugendämter verpflichtet, das Familiengericht bereits im Rahmen der Abschätzung des Gefährdungsrisikos anzurufen, wenn die Eltern hieran nicht hinreichend mitwirken. Dies ändert nichts daran, dass das Gericht nur dann Maßnahmen nach §§ 1666, 1666a BGB treffen kann, wenn es am Ende des Verfahrens eine Kindeswohlgefährdung tatsächlich festgestellt hat.

## **2. Vorrang- und Beschleunigungsgebot (§ 50e FGG)**

Für Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung und auch für Streitigkeiten um Aufenthalt, Umgang und Herausgabe des Kindes enthält das Gesetz jetzt ein umfassendes Vorrang- und Beschleunigungsgebot:

### **§ 50e FGG:**

- (1) Verfahren, die den Aufenthalt des Kindes, das Umgangsrecht oder die Herausgabe des Kindes betreffen, sowie Verfahren wegen Gefährdung des Kindeswohls sind vorrangig und beschleunigt durchzuführen.
- (2) Das Gericht erörtert in Verfahren nach Absatz 1 die Sache mit den Beteiligten in einem Termin. Der Termin soll spätestens einen Monat nach Beginn des Verfahrens stattfinden. Das Gericht hört in diesem Termin das Jugendamt an. Eine Verlegung des Termins ist nur aus zwingenden Gründen zulässig. Der Verlegungsgrund ist mit dem Verlegungsgesuch glaubhaft zu machen.
- (3) Das Gericht soll das persönliche Erscheinen der Beteiligten anordnen.
- (4) In Verfahren wegen Gefährdung des Kindeswohls hat das Gericht unverzüglich den Erlass einer einstweiligen Anordnung zu prüfen.

Das Vorrang- und Beschleunigungsgebot des Absatz 1 richtet sich an das jeweils mit der Sache befasste Gericht, also auch an das Beschwerdegerichte, und gilt in jedem Verfahrensstadium und für jede Verfahrenshandlung des Gerichts. Wichtigste Neuerung dürfte der in Absatz 2 vorgesehene frühe Erörterungstermin binnen 1 Monat nach Verfahrensbeginn sein. Er soll dazu dienen, eine zügige und soweit möglich einvernehmliche Konfliktlösung zu fördern. Absatz 2 Satz 3 sieht die persönliche Anhörung eines Vertreters

des Jugendamts vor. Dies setzt laut Gesetzesbegründung<sup>5</sup> voraus, dass das Jugendamt organisatorische Vorkehrungen trifft, die es ermöglichen, dass ein Sachbearbeiter am Termin teilnimmt. Außerdem sei eine „enge Kooperation zwischen Familiengericht und Jugendamt erforderlich, um Terminkollisionen zu verhindern“. Es wird vielerorts notwendig sein, dass Jugendamt und Familiengericht hierzu Absprachen treffen.

Die Zeitvorgabe des § 50e Abs. 2 FGG gilt auch für den Termin zur Erörterung der Kindeswohlgefährdung nach § 50f FGG. Beide Termine können miteinander verbunden werden.

### **3. Überprüfung nach Absehen von gerichtlichen Maßnahmen**

Bislang musste das Familiengericht lediglich länger dauernde Maßnahmen nach §§ 1666-1667 BGB in angemessenen Zeitabständen überprüfen und ggf. aufheben, wenn sie nicht mehr erforderlich waren. Wenn das Gericht am Ende eines Verfahrens von Maßnahmen abgesehen hatte – z. B. im Hinblick auf eine Zusage der Eltern, künftig mit dem Jugendamt zusammenzuarbeiten –, war dagegen eine gerichtliche Überprüfung, ob die Erwartungen an die weitere Entwicklung auch eingetreten sind, nicht vorgesehen. Die vom KiWoMaG vorgenommene Ergänzung in § 1696 Abs. 3 BGB verpflichtet das Familiengericht nunmehr im Regelfall, beim Absehen von Maßnahmen eine solche Überprüfung vorzunehmen.

#### **§ 1696 Absatz 3 Satz 2 BGB**

Sieht das Familiengericht von Maßnahmen nach den §§ 1666 bis 1667 ab, soll es seine Entscheidung in angemessenem Zeitabstand, in der Regel nach drei Monaten, überprüfen.

Schon nach dem Wortlaut dieser Bestimmung ist eine einmalige Überprüfung ausreichend. Hierdurch soll der Druck auf die Eltern erhöht werden, gegebene Zusagen auch einzuhalten.

---

<sup>5</sup> BT-Drs. 16/6815, S. 17

## **Präventives Familienhebammen-Projekt des Landkreises**

### **Holzminden**

## **Praktisches Beispiel für die Verknüpfung von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe zum effektiven Kinderschutz im Rahmen früher Hilfen für junge Eltern und Kinder vor und nach der Geburt**

**Klaus A. E. Weber**

### **Hilfreich und unterstützend ...**

Auch im ländlichen Raum des südniedersächsischen Landkreises Holzminden (78.000 Einw.) sind Kinder auf die professionelle Aufmerksamkeit und Verantwortung verschiedener Fachkräfte angewiesen, die in ihrer Arbeit mit Kindern und ihren Familien Problemsituationen des Kinderschutzes frühzeitig erkennen können.

Um präventiv den Kinderschutz auszubauen und weiterzuentwickeln, erfolgte im Landkreis Holzminden Anfang 2007 eine kommunale Projektkonzeption zur Versorgungssicherung in Familien vor und nach der Geburt eines Kindes. Da das auf fremdfinanzielle Unterstützung bauende Konzept im Rahmen der Bewerbung beim Modell-Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ der Bundesregierung erfolglos blieb, wurde - um den präventiven Zielgedanken nicht fallen zu lassen - eine ausschließlich kommunal-eigenfinanzierte konzeptionelle Neuorientierung erforderlich. Darüber hinaus war im Rahmen der theoriebasierten Entwicklung des Familienhebammen-Projekts (kurz: >PFP<) an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst / Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit / Standort Holzminden (HAWK) eine sozialwissenschaftliche Diplomarbeit zum Thema „*Kindesvernachlässigung in Risikofamilien – Möglichkeiten zur Verbesserung des Kinderschutzes*“ mit Theorie- und Projektteil mit Unterstützung des Gesundheitsamtes und Jugendamtes erstellt worden [Neu, Kerstin, 2007].

Nach der Konzeptmodifizierung – insbesondere auch im Hinblick auf die Betreuungsdauer, die auf 12 Monate zu reduzieren war - wurde das kommunale >PFP< implementiert und am 01. November 2007 gestartet. Dabei übernahm der Leiter des Gesundheitsamtes die Geschäftsführung des Präventionsprojektes.

Das derzeitige Konzeptpapier zum >PFP< umfasst redaktionell zwei Teile, einen öffentlichen, allgemein zugänglichen sowie einen nicht-öffentlichen Teil zum verwaltungsinternen Dienstgebrauch.

Bei einer gut besuchten fachöffentlichen Auftaktveranstaltung am 11. Juni 2008 konnte multidisziplinär eine erste positive Zwischenbilanz gezogen und der Info-Flyer „*Hand in Hand – Familienhebammen im Landkreis Holzminden*“ vorgestellt werden.

Ein wesentlicher landesrechtlicher Pfeiler für das >PFP< ist auch in dem am 01. Januar 2007 in Kraft getretenen Nds. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) zu sehen. Nach § 5 NGöGD (Kinder- und Jugendgesundheit) haben die Landkreise und kreisfreien Städte besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu fördern. Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

## **1. Zielsetzung des Projekts**

Gerade auch beim Kinderschutz gilt es stets der Prävention gegenüber einer Intervention den Vorzug zu geben, wobei frühe Hilfen besonders wichtig sind. Die Entwicklung einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung/-Bindung zu fördern, bietet den bestmöglichen Schutz vor Misshandlung und Vernachlässigung. Mit diesem Ansatz ist das >PFP< ein auf Freiwilligkeit beruhendes, für Eltern kostenloses kommunales Hilfeangebot. In ihm sollen als Familienhebammen qualifizierende freiberufliche Hebammen eingesetzt werden, um als Akteurinnen der sozialen Prävention über das bisherige tragfähige System von Leistungen der Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe im Landkreis hinaus in sozial benachteiligten Familien von Anfang an für das Wohl der Kinder Sorge zu tragen, eine frühe Förderung gefährdeter Kinder einzuleiten und die elterliche/familiale Kompetenz zu stärken. Eine der größten Chancen der Familienhebammen ist deren „Blick auf die ganze Familie“. Dabei kommt ihnen bei der Begleitung und Betreuung der Familien und des Kindes eine „Türöffner-Funktion“ zu.

Im >PFP< soll ämterübergreifend das Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfesystem des Landkreises systematisch weiter verzahnt und eine enge wirksame Zusammenarbeit mit allen an der regionalen Versorgung beteiligten sozialen und medizinischen Einrichtungen verwirklicht werden, wobei im Netzwerk „Frühe Hilfen“ jene Einrichtungen zusammengefasst werden sollen, die betroffenen Familien Unterstützung geben können.

Eine interdisziplinäre Clearingstelle im Gesundheitsamt empfiehlt die fachlich sinnvollen Hilfemaßnahmen und achtet darauf, dass an den „Nahtstellen“ zwischen den diversen Angeboten und Anbietern die Überleitung gewährleistet ist.

Das >PFP< soll wissenschaftlich begleitet werden. Hierzu erfolgt insbesondere im Hinblick auf eine hinreichend standardisierte Dokumentation, Projektevaluation und ein persönliches

Qualitätsmanagement eine Zusammenarbeit mit der Stiftung „Eine Chance für Kinder“ in Hannover.

## **2. Zielgruppen und Indikatorensystem für eine Betreuung und Hilfe**

Zielgruppenspezifisch wird eine Indikatorenliste für den Einsatz und die bedarfsorientierte Betreuung und Hilfe durch eine Familienhebamme mit dem Ziel zugrunde gelegt, die Bindung und Beziehung zwischen Mutter/Vater und dem Kind aufbauen zu helfen und Versorgungskompetenz zu vermitteln:

- belastende familiäre, soziale und psychosoziale Lebenssituation der Mutter / des Vaters
- psychisch labile Befindlichkeit der Mutter / des Vaters
- psychische Gesundheitsstörung, Suchterkrankung der Mutter / des Vaters
- junge Eltern unter 20 Jahren
- unterstützungs- und förderungsbedürftige Versorgungskompetenz der Mutter / des Vaters
- unsichere (störungsanfällige) Eltern-Kind-Interaktion
- Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit von Mutter / Vater

## **3. Aufgaben zur Betreuung und Hilfe – ... entscheidend ist die Beziehungsarbeit**

Die Aufgaben der Familienhebammen sollen sowohl eine ambulant aufsuchende Betreuung und Hilfe als auch stationäre „Sozialvisiten“ umfassen. Zudem wird eine Familienhebammen-Sprechstunde im Gesundheitsamt angeboten.

### **3.1 Aufsuchende Betreuung und Hilfe**

Im Rahmen der Projektzielsetzung werden die Familienhebammen bedarfsorientiert individuell aufsuchend tätig zur Betreuung, Beratung und Vermittlung, zur medizinischen/pflegerischen Versorgung und zur Wissens- und Kompetenzvermittlung. Tragende Säulen sind hierbei Säuglingspflege, Ernährung, Gesundheitsvorsorge und Beziehung/Bindung.

Frühzeitig sollen Entwicklungsdefizite von Kindern erkannt, die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge und die Untersuchungen der Kinder zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen) gefördert werden. Hierzu übernehmen die Familienhebammen über die Regelleistungen einer Hebamme (Vorsorge,

Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung, Nachsorge, Still- und Ernährungsberatung, Pflegeanleitung) hinaus folgende Leistungen:

- aufsuchende Kontaktaufnahme mit den hilfebedürftigen Schwangeren, Müttern/Vätern,
- Besuch der betreuten Schwangeren, Mütter/Väter in der Regel einmal wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung,
- Unterstützung der Schwangeren, Mütter/Väter bei der Bewältigung alltags- und lebenspraktischer Probleme,
- Förderung eines Aufbaus einer sicheren Beziehung zwischen Mutter/Vater und Kind,
- bei Bedarf Einleitung weiterer oder zusätzlicher Hilfen im Sinne eines Tandemsystems durch Vermittlung zu anderen Dienststellen oder Einrichtungen („Türöffner-Funktion“),
- qualitätsgesicherte Dokumentation und Auswertung der erbrachten Leistungen.

### **3.2 „Sozialvisiten“ im Krankenhaus**

In Anlehnung an das „Bremer Familien-Hebammen-Modell“ sollen die Familienhebammen auch regelmäßig „Sozialvisiten“ auf geburtshilflichen Stationen in Krankenhäusern durchführen.

Zielsetzung ist, das ärztliche und pflegerische Stationspersonal mit der Existenz des >PFP< und dem Auftrag der Familienhebamme bekannt zu machen, die Kenntnis der Indikatoren, die eine Betreuung durch die Familienhebamme sinnvoll erscheinen lassen, zu aktualisieren und bedarfsorientiert mit stationär aufgenommenen Schwangeren und Müttern im Wochenbett Kontakt aufnehmen.

### **3.3 „Hebammen-Sprechstunde“ im Gesundheitsamt**

Neben ihrer aufsuchenden Tätigkeit sollen die Familienhebammen im Gesundheitsamt regelmäßig 14-tägig öffentliche „Hebammen-Sprechstunden“ anbieten.

#### 4. Zentrale Clearing-Stelle – Das „Praxisteam“

Die Arbeit der Familienhebammen wird durch eine zentrale Clearing-Stelle im Gesundheitsamt unterstützt.



Aufgabe des Clearing-Stellenteams ist es als multidisziplinäres „Praxisteam“ möglichst optimale individuelle Hilfen zu beraten und anzubieten. In regelmäßigen Teamsitzungen mit Fallkonferenzen erfolgt eine anonyme Fallberatung, nicht zuletzt auch mit Reflexion bzw. Risikoabschätzung in Fragen des § 8a SGB XIII (Kindeswohlgefährdung). Hierbei werden ggf. fachlich sinnvolle Hilfemaßnahmen empfohlen und darauf geachtet, dass an den Nahtstellen zwischen Angeboten und Anbietern die Überleitung gewährleistet ist. Über die Häufigkeit und Dauer eines Einsatzes der Familienhebamme wird individuell entschieden, sofern der vorgegebene Zeitrahmen von 12 Monaten nicht überschritten wird.

Die Arbeit der Clearing-Stelle wird derzeit von einer koordinierenden Lenkungsgruppe begleitet, der insbesondere die kontinuierliche Projektfortschreibung, die Systembetreuung und Vernetzungsarbeit sowie die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit obliegt.

#### 5. Organisation und Finanzierung

Die Familienhebammen arbeiten innerhalb der Landkreisverwaltung insbesondere mit dem Sachgebiet „Allgemeiner Sozialer Dienst“ des Jugendamtes und den Sachgebieten „Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“, „Sozialpsychiatrischer Dienst“ und „Gesundheitshilfe, Prävention und Gesundheitsförderung“ des Gesundheitsamtes eng zusammen.

Die Trägerschaft für die Familienhebammen übernimmt der Verein für Sozialpädagogik e.V. in 37642 Hohenberg, der mit den Familienhebammen einen Arbeitsvertrag schließt. Mit dem Träger wurde ein festes Stundenkontingent – derzeit durchschnittlich 12 Wochenstunden - vereinbart, wobei die Vergütung nach Fachleistungsstunden erfolgt. Die Finanzmittel werden jährlich über das Budget des Gesundheitsamtes bereitgestellt.

## **6. ... nach dem Konzept ist vor dem Konzept: Erste Bilanz nach 12 Monaten**

Nach der relativ kurzen Erprobungszeit von rund 12 Monaten lassen sich aus der Praxis des kommunalen >PFP< folgende erste Tendenzen und Entwicklungserfordernisse aufzeigen:

- a) Der Erstbesuch der Familienhebamme erfolgte zumeist (67 %) erst nach der Geburt des Kindes, wobei vorrangig mit rund 75 % Auffälligkeiten bei der Versorgungskompetenz und im familiären Beziehungsgefüge deutscher Familien (92 %) zur Betreuungsaufnahme führten. Etwa die Hälfte der Klientinnen war jünger als 20 Jahre.
- b) Das Stundenkontingent der Familienhebammen muss bedarfsorientiert auf mindestens 25 Wochenstunden aufgestockt werden, da das ursprünglich kalkulierte Stundenkontingent als unzureichend einzustufen ist. Bei 25 Wochenstunden können max. 12 Familien in dem für sie notwendigen Umfang betreut werden. Die Anzahl derjenigen Familien, die an sich besucht werden müssten, liegt im Landkreis Holzminden demgegenüber bei über 50 Familien.
- c) Die konzeptionell wie praktisch erforderlichen „Sozialvisiten“ konnten bislang nicht durchgeführt werden. Würden sie durchgeführt, müsste den Einrichtungen derzeit signalisiert werden, dass die Familien nicht betreut werden können bzw. auf eine Warteliste gesetzt werden.
- d) Es ist und bleibt beim Kinderschutz eine zentrale Herausforderung, nachhaltig die fach- bzw. organisationsübergreifende interdisziplinäre und strukturierte Risikoabschätzung zu verbessern und dabei eine systematische Kooperation zwischen dem Gesundheitsbereich (Arztpraxen, kommunaler Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) und der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe zum Wohle der Kinder herbeizuführen.

Im Rahmen der angelaufenen Umsetzungspraxis und den daraus geförderten Erkenntnissen wird die Konzeption des >PFP< - als dynamischer Prozess - fortlaufend angepasst. Wir sind im Landkreis Holzminden auf dem Weg ...

# **Qualitätssicherung bei der aufsuchenden Arbeit von Familienhebammen**

## **Was sind die „Standardisierten Empfehlungen“ zur Familienhebammenarbeit?**

### **G. Stenz**

In vielen Kommunen Niedersachsens werden freiberufliche Hebammen nach entsprechender Fortbildung, als Familienhebammen durch die Stiftung Eine Chance Für Kinder von den Trägern der Familienhilfe eingesetzt. Dazu gibt es unterschiedliche Konzepte. Grundsätzlich erleichtert die aufsuchende Hebammenarbeit den Frauen, die bereits Berührungspunkte zu Behörden aufgebaut haben, die Kontaktaufnahme mit den Helferteams<sup>6</sup>. Die Familienhebammen sind in die rechtlichen Verpflichtungen des KJHG – Stichwort § 8a – eingebunden. Sie haben die Verpflichtung zur Kooperation mit den Jugendhilfeträgern aufgrund ihrer Garantenstellung. Hebammen erbringen ihre medizinischen und hebammenwissenschaftliche Leistungen auf der Grundlage des Niedersächsischen Hebammenberufsgesetzes (2004) und des Bundesgesetzes über den Beruf der Hebamme von 1985. Sie sind weiter keinen bürokratischen Beschränkungen von Behörden oder der Krankenkassen unterworfen.

Werden Hebammen als Familienhebammen tätig, hat die relative Freiheit in der Leistungserbringung nicht nur Vorteile. Immer wieder treten Unsicherheiten und ungeklärte Abläufe im Zusammenhang mit dem Aufgabengebiet auf. Diese müssen in der täglichen Arbeit immer wieder aufs Neue individuell beantwortet werden. Das kostet allen Beteiligten sehr viel Kraft und verunsichert die Familien!

Eine Hilfe ist die von allen Kooperationskommunen zu finanzierende, erfahrene Mitarbeiterin des Allgemeinen oder –Kommunalen Sozialdienst (Jugendamt), die als Koordinatorin eine Scharnierfunktion zwischen der Jugendbehörde und den Familienhebammen ausübt. Sie unterstützt das Hebammenteam vor Ort bei seiner Tätigkeit und koordiniert die Einsätze. Als feste Ansprechpartnerin bringt sie ihr Wissen für alle sozialen und rechtlichen Aspekte der Betreuung ein. Sie beantwortet die aktuellen Fragen, und leistet gezielte Unterstützung bei der Erstellung von Hilfeplänen für die Familien.<sup>7</sup>. Eine der gemeinsamen Aufgaben der Koordinatorin und des Familienhebamenteam besteht in der Abstimmung von wiederkehrenden Ereignissen. Es handelt sich dabei um Abläufe mit unterschiedlichen Schnittstellen, sowie Unsicherheiten und Fragen, wie z. B. die Vertretung im Krankheitsfall oder die Auftragsklärung bei der Übernahme einer Betreuung. Mit der Sprache des

---

<sup>6</sup> vgl.: Jahresbericht 2007 Stiftung Eine Chance Für Kinder

<sup>7</sup> vgl.: sonstige Quellen: [www.eine.chance-fuer-kinder.de](http://www.eine.chance-fuer-kinder.de), Konzept, Seite 1-4.

Qualitätsmanagements kann man diese wiederkehrenden Tätigkeiten auch als „Prozesse oder Arbeitsabläufe bezeichnen.

Deshalb hat die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER eine Arbeitsgruppe von Familienhebammen beauftragt, einige dieser Prozesse zu beschreiben. Die Arbeitsgruppe hat sich für den Oberbegriff der „Standardisierten Empfehlung“ entschieden, um das Weiterentwicklungspotential dieser Arbeit zu betonen.



Der Arbeitsgruppe gehören an:

Brigitte Bolte, Familienhebammenzentrale

Heike Schenk, Familienhebamme und Beauftragte des HV Niedersachsen

Birgit Rückheim, Soz. Päd., Koordinatorin im KSD Hannover

Ulla Konrath, Familienhebamme

Gabriele Stenz, Hebamme und Qualitätsmanagerin

Die Beschreibungen sind der verlässliche Rahmen, auf den sich nun alle Akteure beziehen können. Was einmal geregelt ist, muss nicht bei jeder Gelegenheit neu definiert werden. Selbstverständlich lassen sich nicht alle Familienhebammenaufgaben in der Form eines Standards darstellen, mit den vorliegenden acht Beschreibungen ist jetzt ein Anfang gemacht.

## Welche Prozesse wurden geregelt



1. Die Arbeit beginnt mit der Auftragserteilung
2. Arbeit im Familienhebammenteam
3. Zielorientiertes Arbeiten im Helfersystem
4. Vorgehensweise nach § 8a „Wenn es nach Krise riecht“
5. Vorgehen im Krankheitsfall
6. Urlaubsplanung
7. Zusammenarbeit im Qualitätszirkel
8. Wenn die Chemie nicht stimmt
9. Rezept zur Erstellung von „Standardisierten Empfehlungen“

Die Familienhebammen der Stadt Hannover und der Region Hannover sowie den weiteren niedersächsischen Standorten erhalten mit den „*Standardisierten Empfehlungen*“ eine praktische Handlungsanleitung und Regelungshilfe. Diese lassen sich ohne Schwierigkeit d. h. nach Anpassung an unterschiedliche Gegebenheiten übertragen. Der sozialpädagogische Blick war bei der Erstellung der ersten acht Standards so wertvoll, wie die Vorgaben von erfahrenen Praktikerinnen der Familienhebammenarbeit.

## Welchen Nutzen haben die Institutionen und betreuten Familien?

Die in den „*Standardisierten Empfehlungen*“ beschriebenen Ereignisse, wie zum Beispiel „Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung“, (Standardisierte Empfehlung Nr. 4, „Wenn es nach Krise riecht“, Vorgehensweise nach § 8a) haben in der Vergangenheit immer wieder zu Nachfragen, Problemen und Unsicherheiten bei den Familienhebammen und den verantwortlichen Behörden, Freien Wohlfahrtsträgern und anderen Hilfeinstitutionen geführt. Mit den „*Standardisierten Empfehlungen*“ erhalten alle eine Planungs- und Durchführungsempfehlung, Kriterien für die Erfolgsmessung und Verbesserungsideen, die den internationalen Gepflogenheiten für Qualitätsmanagement entsprechen.



Die Vorgaben berücksichtigen die unterschiedlichen Sichtweisen der an der Betreuung beteiligten Professionen. Die betreuten Familien profitieren von der verbindlichen Grundlage und den klaren Absprachen der Helfer. Die Betreuung wird vergleichbar, Lücken werden deutlich und es kann rechtzeitig gegengesteuert werden. Die Empfehlungen orientieren sich konsequent an der Praxis. Die Abgrenzung zu anderen Aufgaben wird erleichtert. Sie unterstützen die notwendigen Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibungen und strukturieren die Aufgabenverteilung und die Vereinbarungen mit den Behörden.

Die vorliegenden acht Qualitätsstandards für die Arbeit von Familienhebammen gelten verbindlich für den gesamten Wirkungsbereich der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER und sind Bestandteil der Kooperationsverträge.

### **Welche Rolle spielen die Qualitätszirkel?**

Die „*Standardisierten Empfehlungen*“ möchten allen Familienhebammen Mut machen, sich mit der täglichen Arbeit ehrlich und reflektiert auseinander zu setzen. Alle Familienhebammen wollen lernen und sich persönlich weiter entwickeln. Diese hohe Motivation bleibt nur im Austausch mit und durch die Unterstützung von Kolleginnen erhalten. Die Anregung, in allen Kommunen Qualitätszirkel zu gründen und weitere „*Standardisierte Empfehlungen*“ auf der beschriebenen Grundlage zu erarbeiten, ist ein mittelfristiges Ziel. Mit der „*Standardisierten Dokumentation*“ für den Einsatz von Familienhebammen der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER und der statistischen Auswertung liegt eine sehr gute Ausgangsbasis für die Qualitätssicherung vor. Die „*Standardisierten Empfehlungen*“ bauen darauf auf und stehen in direktem Bezug zur Dokumentation.

**Betreuungsqualität entsteht aus den individuellen Bedürfnissen der Nutzerinnen und der zu betreuenden Familien.**

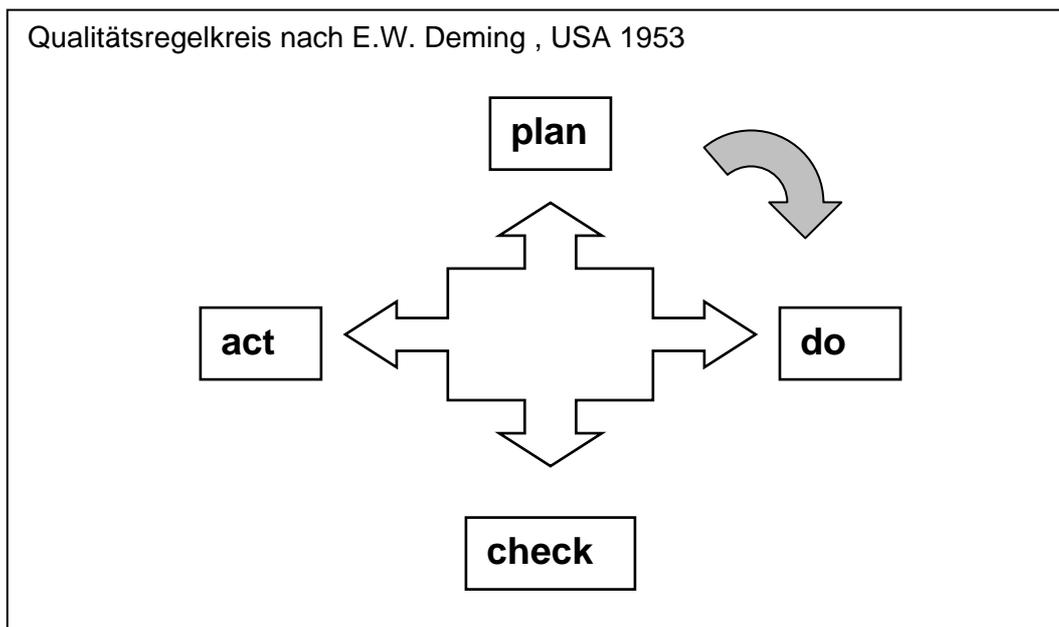
**Vorgestellt werden folgende Erarbeitungen:  
Nr. 4 „Wenn es nach Krise riecht, Vorgehensweise nach § 8a“  
Nr. 7 „Zusammenarbeit im Qualitätszirkel“**

Eine Weiterentwicklung kann nur von den Familienhebammen selbst kommen. Das Beschreiben der Organisations- und Betreuungstätigkeiten mit überprüfbaren Zielen und Vorgaben zur Erfolgsmessung führen letztlich zu Handlungen der Qualitätsverbesserung.



Die Basis und Ausgangsvoraussetzung ist der Qualitätsregelkreis; das Denken in den vier Schritten: **Planen-Handeln-Messen und Verbessern**. (Plan-Do-Check-Act).

Dieses Prinzip ist die grundlegende Basis und das „Geheimnis“ von Qualitätsmanagement. Für Gesundheits- und pädagogische Berufe noch ungewohnt, ist die Bestimmung von Indikatoren, die über Erfolg oder Misserfolg Auskunft geben, kurz die Evaluation auf der Grundlage so genannter „harter Fakten“.



Die „Standardisierten Empfehlungen“ setzen diese Vorgaben systematisch um. Sie geben Antwort auf die Fragen: Was messe ich und woran erkenne ich, ob ich das Ziel erreicht habe? Als erster Schritt wird die **Bestandsaufnahme durchgeführt**:

- Was habe ich? Was brauche ich?
- Planung der Maßnahme: Wer ist für die Umsetzung verantwortlich?
- Durchführung der Betreuungshandlung
- Messung der Ergebnisse: Was hat sich verändert? Ist das Ziel erreicht? Woran merke ich, dass das Ziel erreicht ist?
- Was kann ich besser machen; aus welchen Fehlern lässt sich lernen?

Die Familienhebammen lernen so, mit den „*Standardisierten Empfehlungen*“ ihre Regelungsbereiche zu analysieren, die Maßnahmen zu beschreiben und die Indikatoren, an denen der Erfolg der Arbeit ablesbar ist, zu entwickeln. Um ihre Betreuungsarbeit erbringen zu können, führen die Familienhebammen zahlreiche miteinander verknüpfte und in Wechselwirkung stehende Abläufe durch. Unterschiedliche Personengruppen oder Institutionen sind daran beteiligt. Diese Wechselwirkung zwischen den Abläufen wird als prozessorientierter Ansatz bezeichnet. Meist ist das Ergebnis der einen „*Standardisierten Empfehlung*“ die direkte Eingabe für die nächste Beschreibung.

### **Was muss bei der Erstellung von „*Standardisierten Empfehlungen*“ beachtet werden?**

Sie sind **immer effektiv** beschrieben; d. h. heißt verbindlich und wirksam im Hinblick auf vorgegebene Aufgaben und Ziele. Die **Effizienz** im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Machbarkeit wird bei der Zielbestimmung nicht aus dem Blick verloren. Es sind Hinweise zur **Kontrollierbarkeit und Steuerung** durch die verantwortlichen Personen enthalten.

Sie sind **transparent** im Sinne von **Kenntnis des Ist-Zustandes** und der notwendigen Korrekturmaßnahmen bei Abweichungen. **Anpassungsfähigkeit** an die Bedürfnisse der betreuten Familien ist eine Grundvoraussetzung. Damit werden die Veränderungen der Rahmenbedingungen oder neue Anforderungen durch die Auftraggeber bei der Formulierung berücksichtigt.



### **Wozu brauchen wir Qualitätszirkel?**

Grundsätzlich wird jede „*Standardisierte Empfehlung*“ von Zeit zu Zeit verbessert. Das sollte von möglichst vielen Familienhebammen selbst kommen. Deshalb ist mittelfristig die Einrichtung von Qualitätszirkeln in den Regionen geplant, in denen Familienhebammen arbeiten. Die Überprüfung auf die Praxistauglichkeit einer Empfehlung erfolgt idealerweise aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Es ist wünschenswert, dass sich alle Kolleginnen einem Qualitätszirkel in ihrer Region anschließen. Die Vernetzung mit den Kolleginnen ist unterstützend und wird den Familienhebammen in Niedersachsen Mut machen, sich aktiv mit der transparenten Qualitätsentwicklung ihrer Arbeit zu beschäftigen. Der Weg zu einem produktiven Qualitätszirkel ist in der „*Standardisierten Empfehlung*“ NR. 7 „Zusammenarbeit im Qualitätszirkel“ beschrieben.



Die Freude an der Arbeit und die Erkenntnis über den Nutzen stellen sich mit zunehmender Erfahrung ein. An den Rahmenbedingungen muss in den Kommunen noch gearbeitet werden. Hier ist guter Wille, Engagement, und vor allem die Bereitschaft durch die Brille aller am Hilfeprozess beteiligter Berufsgruppen zu schauen, gefragt. Das Ziel ist Handlungssicherheit für die transparente und wertschätzende Arbeit aller Helfer am gleichen Ziel. Damit deutlich wird: **„Die Arbeit mit den *„Standardisierten Empfehlungen“* im Qualitätszirkel ist sehr effektiv und kommunikativ“**.

## **Zusammenarbeit zwischen Familienhebammen und Sozialarbeitern/innen:**

### **Wie sind die praktischen Erfahrungen?**

#### **A. Windorfer**

Durch die Darstellung der positiven und überzeugenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des niedersächsischen Pilotprojektes „Hilfe für Mütter und ihre Kinder – Netzwerk Familienhebammen,, im November des Jahres 2005 in Hannover für die Fachöffentlichkeit konnten die, für den Kinderschutz zuständigen niedersächsischen Jugendämter in zunehmendem Maße dafür gewonnen werden, Familienhebammen, die inzwischen von der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER qualifiziert worden waren, einzusetzen.

Die Aufgabe der Familienhebammen ist es, die Risikofaktoren, die zur Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung führen können, in einer Familie zu erkennen und an deren Beseitigung in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften zu arbeiten.

Hierfür ist es wichtig, dass eine Familienhebamme in der Lage ist, verschiedene Instrumente – auch scheinbar theoretischer Art – einzusetzen lernt, um erkennen zu können, welches die Haupt- und welches die Teilprobleme in einer Familie sind, in der sie eingesetzt ist. Ein besonders wichtiges Instrument ist das Erstellen von Problem- und Zielanalysen, die zu Beginn aufgestellt, immer wieder neu überdacht werden müssen, um sich sicher sein zu können, dass man die Probleme wirklich auch erkannt hat bzw. im Laufe der Betreuung erkennt. Die Problembearbeitung muss immer in enger Zusammenarbeit mit anderen Hilfeinstitutionen, in erster Linie auch mit dem kommunalen Jugendamt, aber auch mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Beratungsstellen usw. erfolgen.

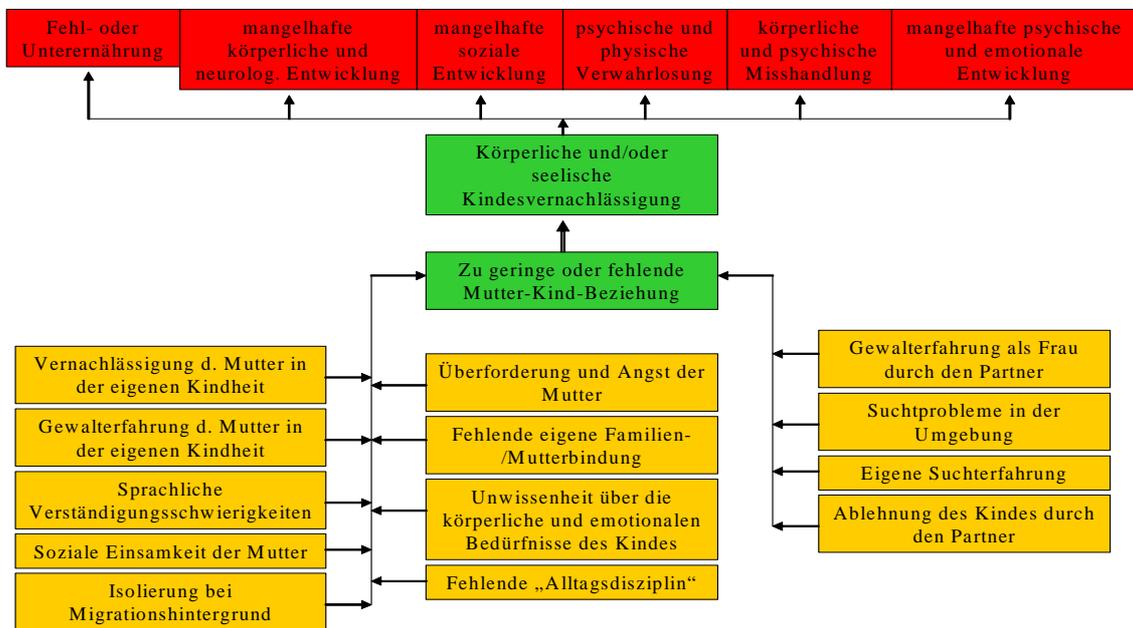
In **Abbildung 1** ist beispielhaft eine Problemanalyse dargestellt, die einige wesentliche prinzipielle Faktoren in Form von Teilproblemen aufführt, die zu dem Hauptproblem der fehlenden oder zumindest schlechten Mutter-Kind-Bindung und einer häufig daraus resultierenden Kindesvernachlässigung führen können. Häufig ist es noch gar nicht möglich, zu Beginn der Betreuung die verschiedenen, auch aus der Anamnese der Mutter selbst oder des Partners sich ableitenden Probleme zu erkennen. Die Bereitschaft, die zu Beginn erhaltenen Eindrücke ständig in Zweifel zu ziehen und sich dabei auch Rat zu holen, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche praktische Arbeit mit den zu betreuenden Familien.

Diese Risikofaktoren betreffen sowohl die Vergangenheit einer Mutter bzw. die in der eigenen Kindheit gemachten schlechten Erfahrungen, wie auch die gegenwärtige Situation

einer Schwangeren oder jungen Mutter, wie z. B. eigene Suchterfahrung, Sucht in der unmittelbaren Umgebung, Gewalterfahrung oder ausgeprägte soziale Isolierung.

**Abbildung 1**

Problemanalyse „Kindesvernachlässigung“



Eine derartige situationsbezogene Problemanalyse sollte für jede Familie neu erarbeitet werden und muss einer notwendigen Zielanalyse vorausgehen, an Hand deren die Familienhebamme ihre Teilziele festlegt, damit sie zu dem Hauptziel kommen kann.

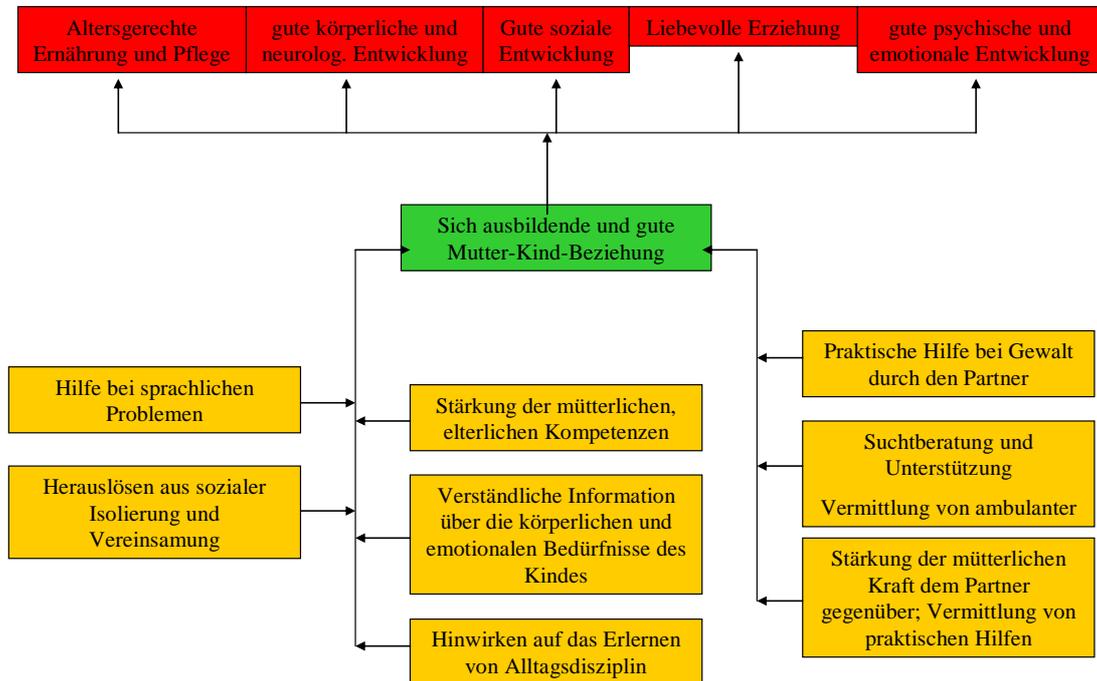
In **Abbildung 2** sind die aus einer prinzipiellen Problemanalyse abzuleitenden Teilziele sowie ein Hauptziel dargestellt.

Neben den klientbezogenen fachlichen und rechtlichen Inhalten gehören alle sich der Bewältigung dieser Ziele widmenden Themen zu der Qualifizierung der Familienhebammen, um sie geeignet auf ihren Einsatz vor Ort vorzubereiten.

Wie sehen nun die praktischen Erfahrungen aus, die niedersächsische Familienhebammen vor Ort in der Zusammenarbeit mit Jugendämtern und anderen Hilfeinstitutionen machen.

## Abbildung 2

### Zielanalyse



Im Folgenden sollen die Ergebnisse einer Umfrage der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER bei 150 niedersächsischen Familienhebammen sowie bei niedersächsischen Jugendämtern dargelegt werden.

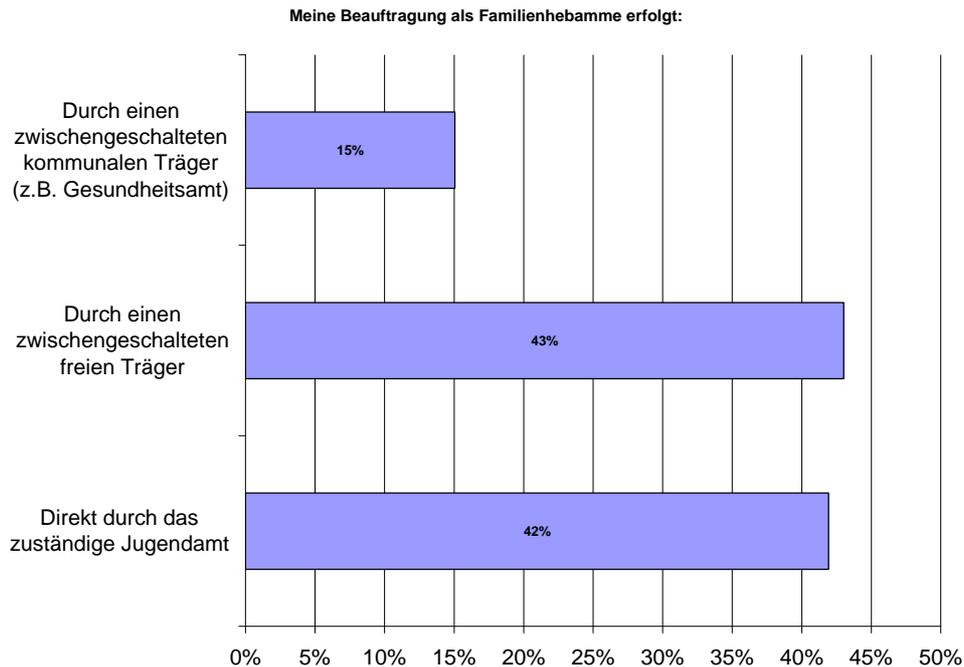
### Umfrage bei niedersächsischen Familienhebammen

Von 100 der inzwischen qualifizierten 154 Familienhebammen war die Umfrage beantwortet worden:

92 % der Familienhebammen arbeiten danach freiberuflich, d. h. auf Honorarbasis während 8 % im Angestelltenverhältnis als Familienhebamme eingesetzt werden. Dies wird wahrscheinlich auch der Weg in Zukunft sein, dass die überwiegende Zahl der Familienhebammen freiberuflich arbeiten wird.

In **Abbildung 3** ist die Häufigkeit der Art der Beauftragung dargestellt. 43 % der Familienhebammen erhalten ihren Auftrag der vor Ort Betreuung einer Familie durch einen freien Träger der Jugendhilfe beauftragt, aber auch 42 % werden durch das Jugendamt direkt beauftragt.

**Abbildung 3**



Der große und im Hinblick auf eine wirksame und frühzeitige Prävention wichtige Vorteil bei Zwischenschaltung eines Trägers – gleichgültig ob es sich um einen kommunalen Träger (z. B. Gesundheitsamt) oder einen freien Träger der Jugendhilfe handelt – ist, dass auch Familien betreut werden können, die dem Jugendamt noch nicht bekannt sind. Dies repräsentiert dann tatsächlich den Begriff „Frühe Hilfe“, da bei diesen Familien zwar Risikofaktoren vorliegen, diese aber noch nicht einem Eingreifen des Jugendamtes geführt haben.

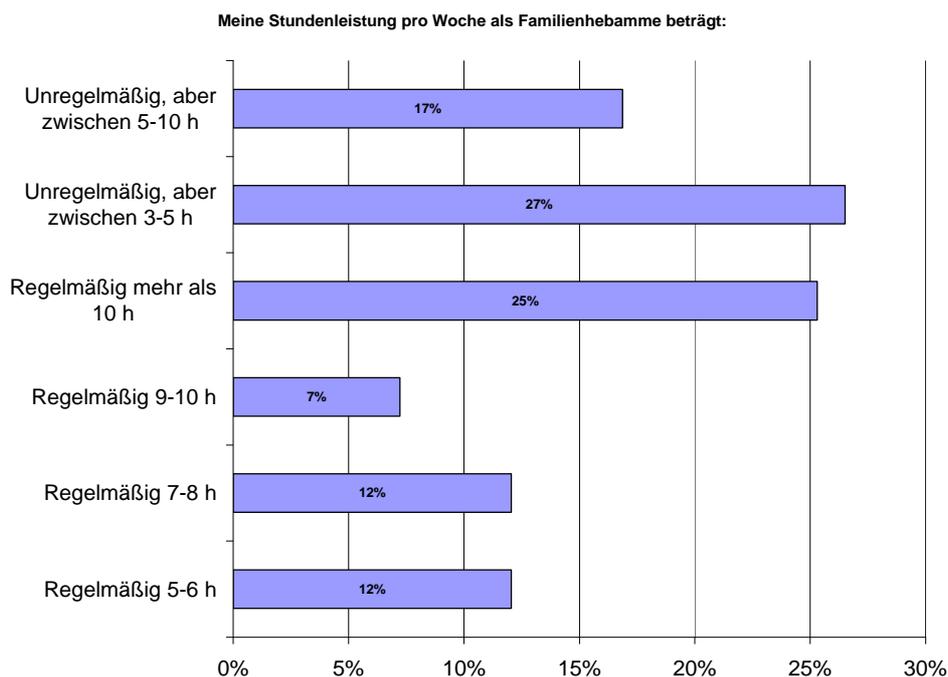
Selbstverständlich kann und wird ein Jugendamt auch ohne den Verdacht auf eine akute Kindeswohlgefährdung verschiedene Präventions- und Hilfemaßnahmen anbieten, wenn dies von den Eltern gewünscht bzw. beantragt wird. Aber dies ist ja gerade das Problem, dass viele Familien diese Möglichkeit der Hilfe nicht kennen oder sich auch scheuen, sich an eine Behörde zu wenden. Nach wie vor bestehen bei vielen Familien die zwar unbegründeten, aber dennoch vorhandenen Vorbehalte Behörden im Allgemeinen gegenüber, speziell aber gegen Jugendämter. Dies ist aber gerade der Vorteil von freiberuflichen Familienhebammen, die zwar mit Jugendämtern zusammenarbeiten, aber nicht unbedingt vom Jugendamt geschickt sind.

Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, dass es bei 15 % der Familienhebammen gelungen ist, das jeweilige Gesundheitsamt als Träger des Familienhebbammeneinsatzes mit ins Boot des praktischen Kindesschutzes zu bekommen. Beispielhaft seien hier die Gesundheitsämter der Landkreise Oldenburg, Holzminden, Hildesheim, Ammerland und Diepholz genannt. Viele Informationen von Seiten des Kinder- und Jugendärztlichen

Dienstes können auf diese Weise in praktische Hilfen umgesetzt werden. Denn durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst wird Beispielhaftes bei dem Erkennen von Risikofaktoren geleistet, so dass Familienhebammen hier besonders effizient arbeiten können.

In **Abbildung 4** ist die wöchentliche Stundenzahl der niedersächsischen Familienhebammen festgehalten. In 31 % der Familienhebammen werden regelmäßig zwischen 5 – 10 Stunden pro Woche eingesetzt, 25 % sogar mehr als 10 Stunden pro Woche.

**Abbildung 4**

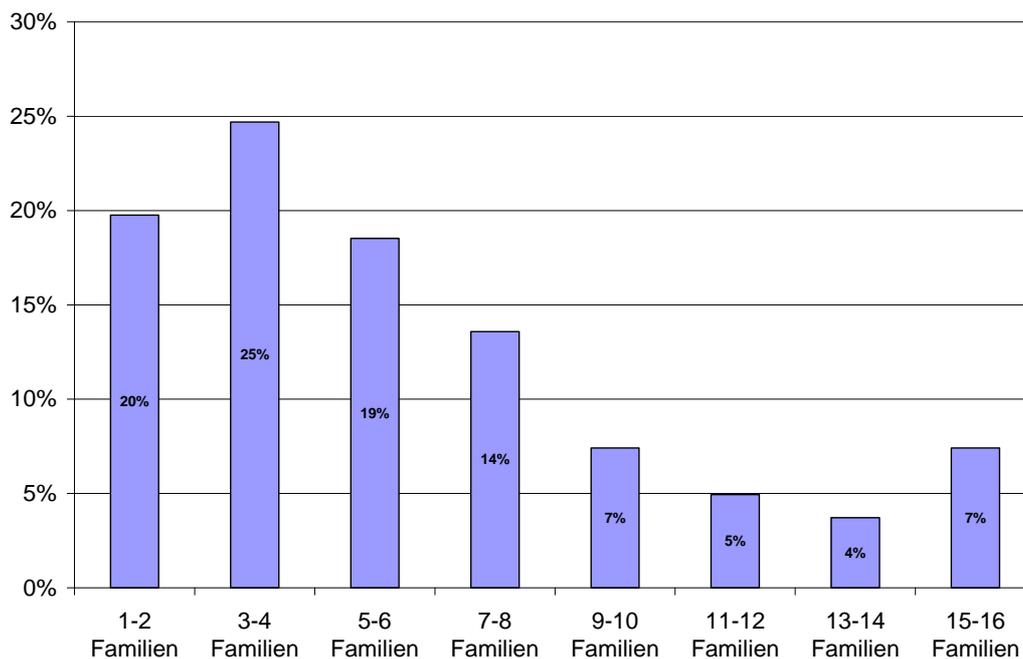


Etwas bedauerlich ist, dass 27 % der Familienhebammen nur unregelmäßig zwischen 3 – 5 Stunden pro Woche einen Einsatz haben. Ungünstig ist dies deshalb, weil die erforderliche Erfahrung im Umgang mit den oft nicht einfachen Eltern/Müttern damit erheblich mühsamer gewonnen werden kann. Weiter ist zu bedenken, dass eine Familienhebamme auch als „normale“ Hebamme tätig ist und dafür auch planen muss; dies bedingt, dass sie nicht immer nur „auf Abruf“ tätig sein kann. Um die Arbeit als Familienhebamme effektiv und qualitativ hochwertig durchführen zu können, ist eine wöchentliche Stundenzahl von 7 – 12 Stunden besonders günstig. Ein zu seltener Einsatz von Familienhebammen ist damit eigentlich als Verschwendung von vorhandenen und auch benötigten Ressourcen zu betrachten.

Die Zahl der in den letzten 12 Monaten vor der Umfrage betreuten Familien schwankt ganz erheblich (**Abbildung 5**). Sie ist einmal abhängig von der zur Verfügung stehenden Einsatzstundenzahl, aber vor allem auch von der Schwere der jeweils vorliegenden Problematik. Gerade in den Fällen, in denen die Aufträge ausschließlich durch das Jugendamt vergeben werden, kann sicher nur eine erheblich geringere Zahl von Familien betreut werden.

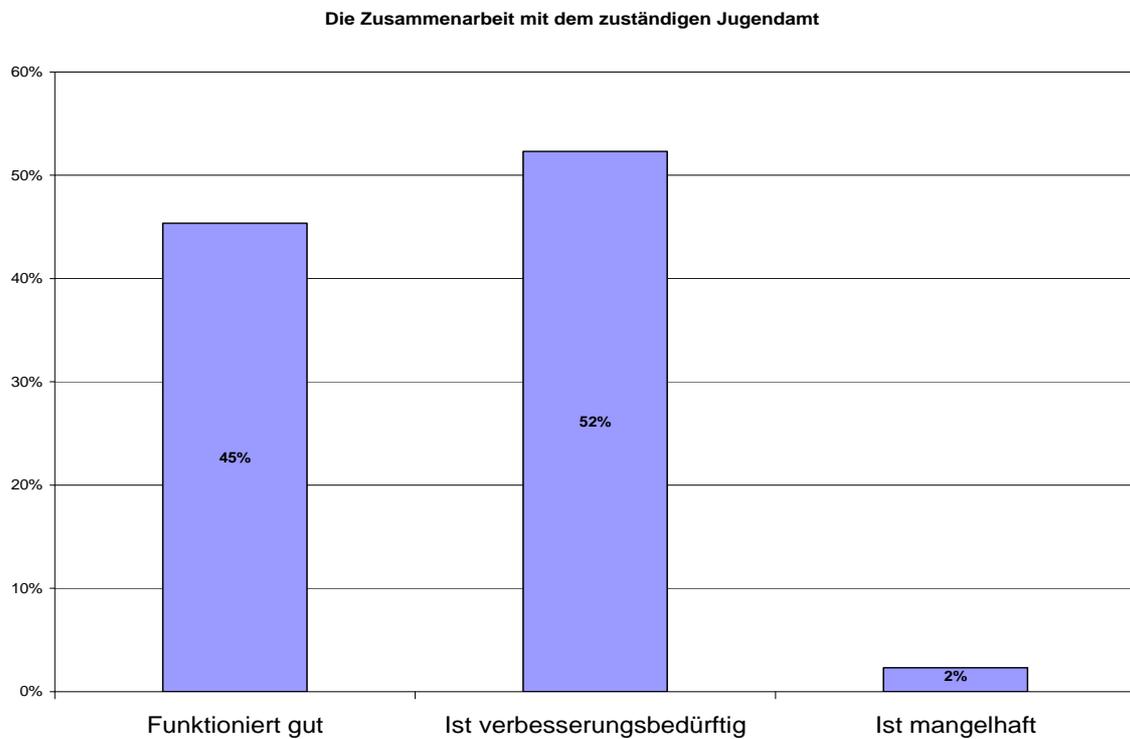
**Abbildung 5**

Zahl der von mir in den letzten 12 Monaten betreuten Familien



Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit dem jeweils zuständigen Jugendamt ist in **Abbildung 6** festgehalten. Sie ist in vielen Fällen (45 %) gut, in zahlreichen Fällen scheint die Zusammenarbeit jedoch wohl verbesserungsbedürftig. Dies liegt mit Sicherheit aber nicht nur an dem Jugendamt.

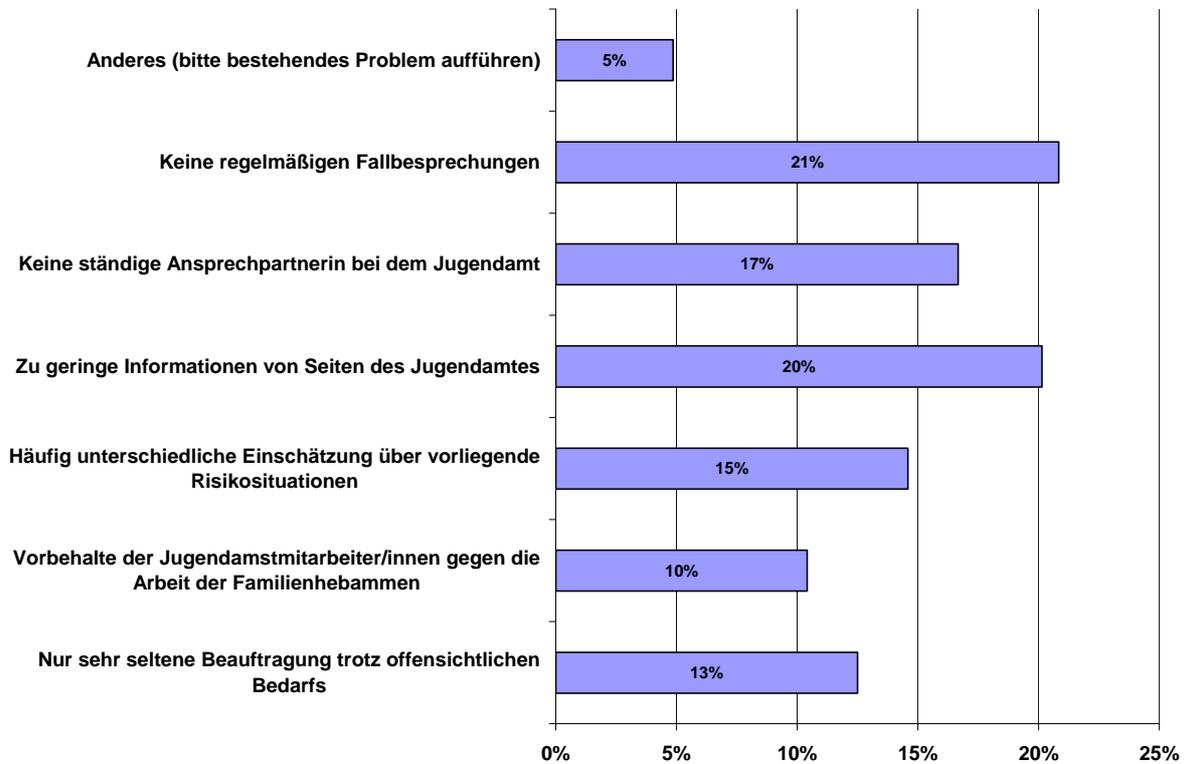
**Abbildung 6**



In **Abbildung 7** sind die Gründe für eine aus Sicht der Familienhebammen verbesserungsbedürftigen Zusammenarbeit mit dem Jugendamt aufgeführt. Leider war in 38 % kein fester Ansprechpartner bei dem Jugendamt vorhanden oder es fanden keine regelmäßigen Fallbesprechungen statt.

## Abbildung 7

Die Gründe für die mangelhafte Zusammenarbeit mit dem Jugendamt sind vor allem  
(Mehrfachnennung möglich):



Glücklicherweise war nur von 2 Familienhebammen die Zusammenarbeit als mangelhaft bezeichnet worden.

Man muss sich vergegenwärtigen, dass bei dem doch relativ neuen Einsatz von Familienhebammen im Bereich Kinderschutz eine neue Berufsgruppe in ein bislang für Sozialarbeiter/innen reserviertes Arbeitsgebiet „eindringt“. Auch wenn beide Berufsgruppen dasselbe Ziel, den Schutz des Kindes vor Vernachlässigung, haben, so ist die Ansicht über die Wege zum Erreichen dieses Zieles, d. h. die Einschätzung der möglicherweise in einer Familie vorliegenden Risikofaktoren und deren Bearbeitung, doch z. T. erheblich verschieden. Dies hat vor allem seinen Grund in den unterschiedlichen Ausbildungen, der verschiedenen Lebenserfahrungen und in der sehr unterschiedlichen Nähe zu den Frauen.

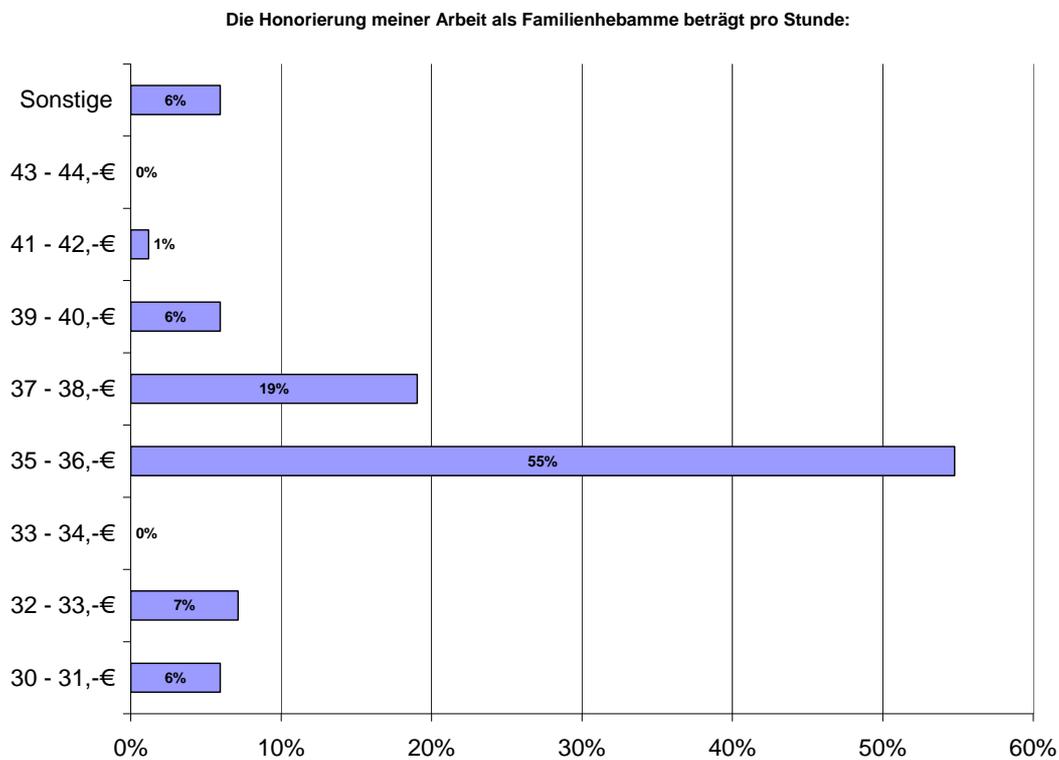
Die Jugendamtsmitarbeiter wissen zwar im Prinzip, dass gerade die Nähe der Familienhebammen zu den Frauen und der leichte Zugang zu Schwangeren und jungen Müttern der entscheidende Vorteil bei der Betreuung durch Familienhebammen ist; sie haben aber gelegentlich Sorge, dass gerade durch diese Nähe auch Probleme auftreten könnten, dergestalt, dass eine Familienhebamme doch mehr die Interessen der Frau vertritt und dabei das Kindeswohl etwas aus den Augen verlieren könnte. Dass dies nicht stimmt, beweist die tägliche Arbeit der Familienhebammen. Aber diese Sorge der Jugendamtsmitarbeiter/innen muss ernst genommen werden, vor allem auch von denjenigen

aus der Leitungsebene eines Jugendamtes, da diese bei unvermeidlich auftretenden dramatischen Misshandlungsfällen in der ausschließlichen Verantwortung und damit im Kreuzfeuer der Kritik stehen.

Insgesamt belegen diese Aussagen, dass von beiden Seiten, d. h. von Seiten des Jugendamtes, wie auch von Seiten einzelner Familienhebammen mehr noch zum gegenseitigen Verständnis und zur gegenseitigen Wertschätzung der Arbeit getan werden kann, um das gemeinsame Ziel „Kindeswohl“ nicht nur im Auge zu behalten, sondern auch in gemeinsamer und wertgeschätzter Arbeit zu erreichen.

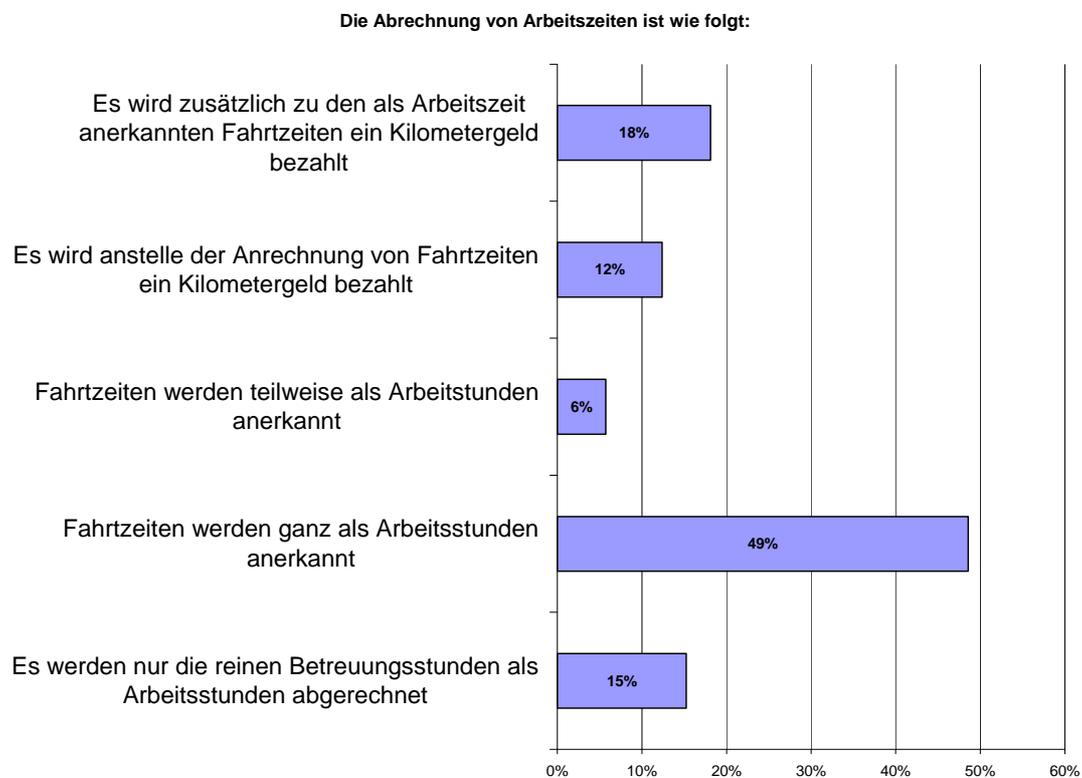
In der überwiegenden Zahl erhalten die Familienhebammen eine Vergütung von 35,00 - 36,00 € pro Stunde (**Abbildung 8**), aber immerhin auch 13 % lediglich einen Stundensatz von 33,00 € oder weniger.

**Abbildung 8**



Die unterschiedliche Abrechnung von Fahrzeiten und die Zahlung von Kilometergeldern sind in **Abbildung 9** dargestellt.

**Abbildung 9**



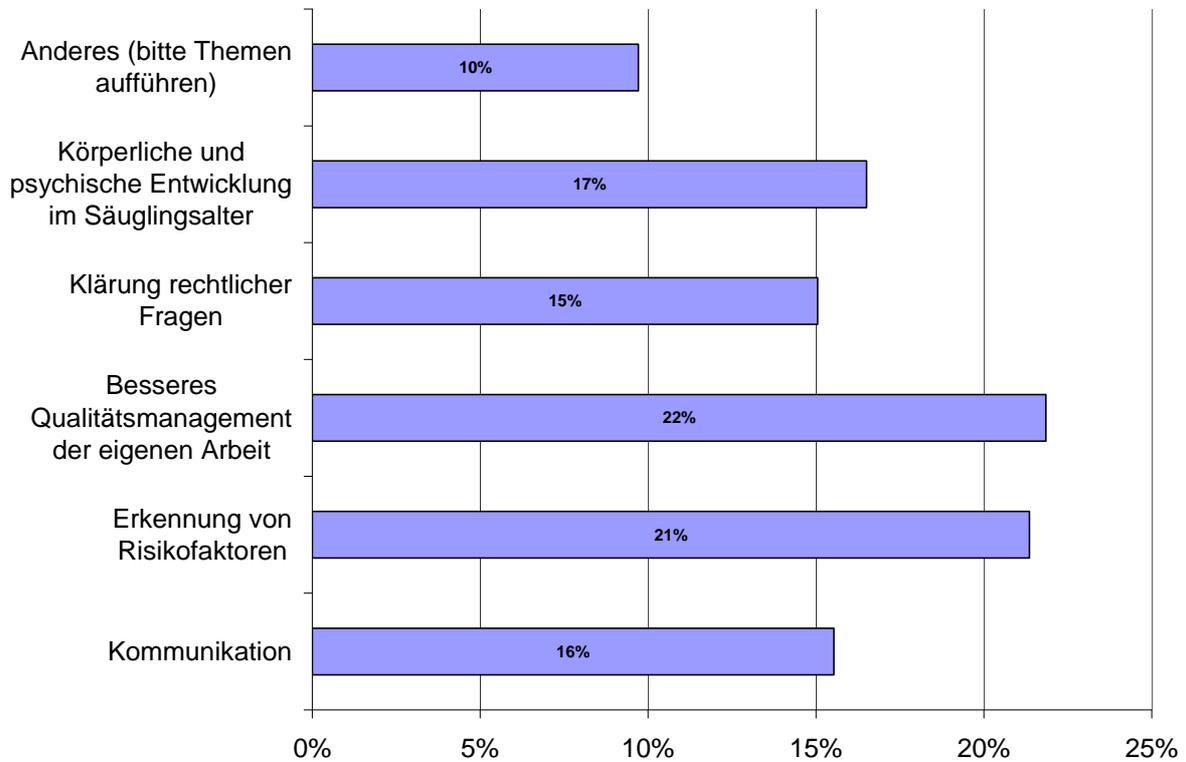
Hierbei ist anzumerken, dass Familienhebammen als Kleinunternehmer in der Vergütung nicht mit angestellten Fachkräften gleichgesetzt werden dürfen, da sie ihre gesamte Kommunikations- und Infrastruktur, ihre gesamte Fort- und Weiterbildung sowie ihre gesamten Sozialleistungen selbst aufzubringen haben. Als Familienhebamme sind nicht selten erhebliche Wegstrecken – gelegentlich auch ohne die Klientin anzutreffen – zurückzulegen. Eine Auflistung der Eigenkosten einer Familienhebamme findet sich detailliert in der Broschüre „Einsatz von Familienhebammen zum Schutz des Kindeswohles – optimale Prävention von Kindesvernachlässigung“, Schriftenreihe der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER, Band 1.

Es ist daher unbedingt zu verlangen, dass nicht nur eine ausreichende Stundenhonorierung von mindestens 36,00 € pro Stunde, sondern auch eine Anerkennung von Fahrzeit als Arbeitszeit sowie bei größeren Entfernungen ein Kilometergeld akzeptiert werden.

In **Abbildung 10** sind diejenigen Themen aufgeführt, die aus Sicht der Familienhebammen in zukünftigen Fortbildungen prioritär und ausführlich behandelt werden sollten.

**Abbildung 10**

Für weitere Fortbildungsveranstaltungen für Familienhebammen habe ich dringend den Wunsch nach der Bearbeitung folgender Themen (Mehrfachnennung möglich):



An erster Stelle stehen dabei „Besseres Qualitätsmanagement der eigenen Arbeit“ sowie „Erkennung von Risikofaktoren“. Diese Themen wurden zwar in dem Fortbildungskurs „Familienhebammen“ wie auch „Körperliche und psychische Entwicklung im Säuglingsalter“ sowie „Kommunikation“ behandelt, werden jedoch in Zukunft, z. B. bei den Weiterbildungsinhalten nochmals einen besonderen Schwerpunkt bilden, da sie für die praktische Arbeit der Familienhebammenarbeit von besonders großer Bedeutung sind.

Es hat sich auch gezeigt, dass Themen wie „Stressbewältigung“ und „Psychische Erkrankungen bei jungen Müttern“ ebenfalls einen großen Stellenwert haben und daher in der kommenden Weiterbildung/Übergangslösung breiten Raum einnehmen werden.

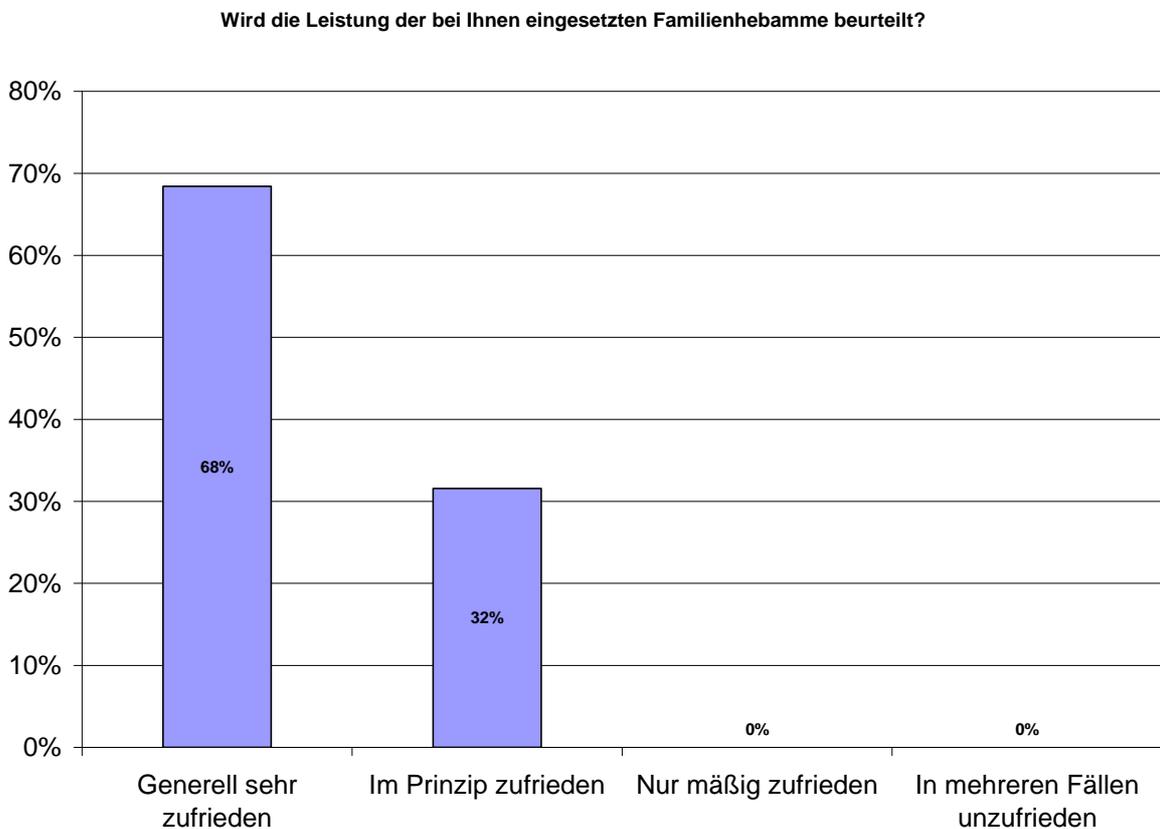
Lediglich 33 % der im Einsatz befindlichen Familienhebammen sahen in ihrer jeweiligen Kommune den Bedarf gedeckt, 67 % sahen den Bedarf als nicht ganz oder bei weitem nicht gedeckt an.

## Umfrage bei niedersächsischen Jugendämtern

Die Umfrage bei den niedersächsischen Jugendämtern wurde nur von 30 der 60 Befragten beantwortet; von diesen setzen bereits jetzt 82 % Familienhebammen ein, 18 % gaben an, in den nächsten Monaten eine Beauftragung zu planen.

Von denjenigen Jugendämtern, die bereits Familienhebammen einsetzen sind 82 % „generell sehr zufrieden“ und 18 % „im Prinzip zufrieden“. Dass also die Arbeit der Familienhebammen generell als gut eingeschätzt wird, ist durch die Tatsache belegt, dass die Bewertung „Mäßig zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“ von keinem der Jugendämter abgegeben worden war (**Abbildung 11**).

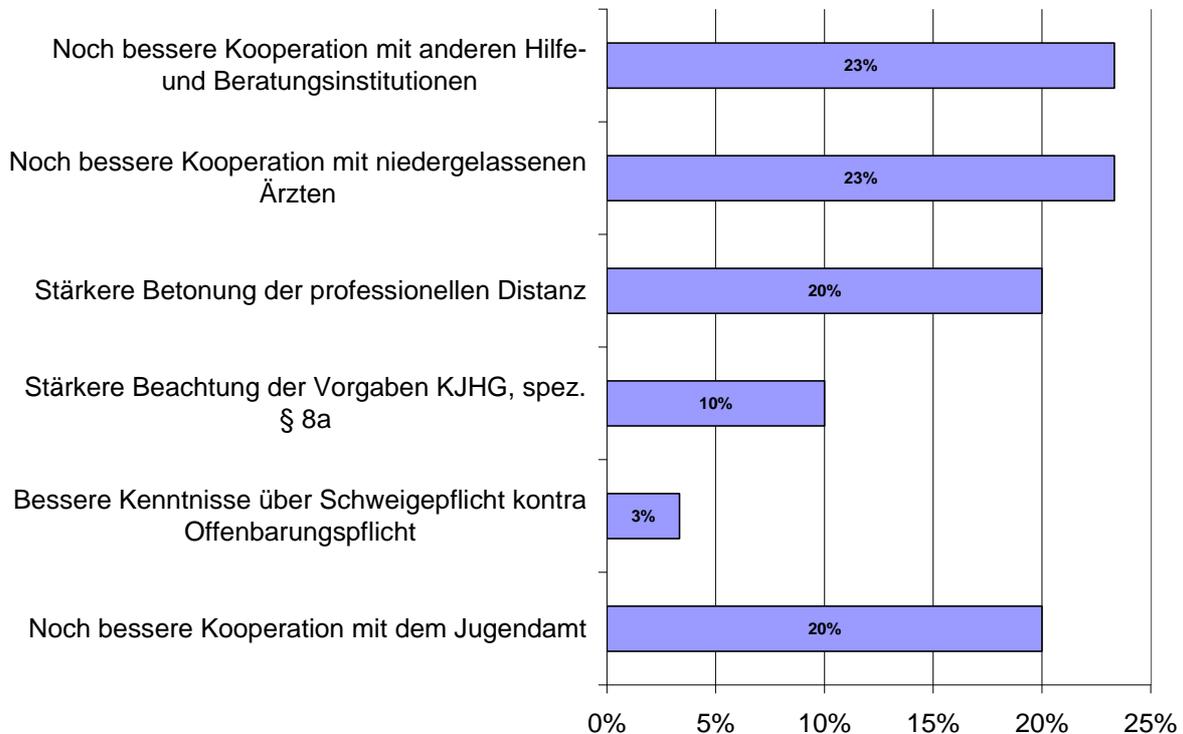
**Abbildung 11**



Aber auch wenn die Jugendämter mit der Arbeit sehr zufrieden oder zufrieden waren, so wurden doch einige Verbesserungswünsche angegeben (**Abbildung 12**).

**Abbildung 12**

**Auch wenn sie mit der Leistung der Familienhebamme zufrieden sind, was sollte aus Ihrer Sicht für einen effektiven Einsatz verbessert werden?**



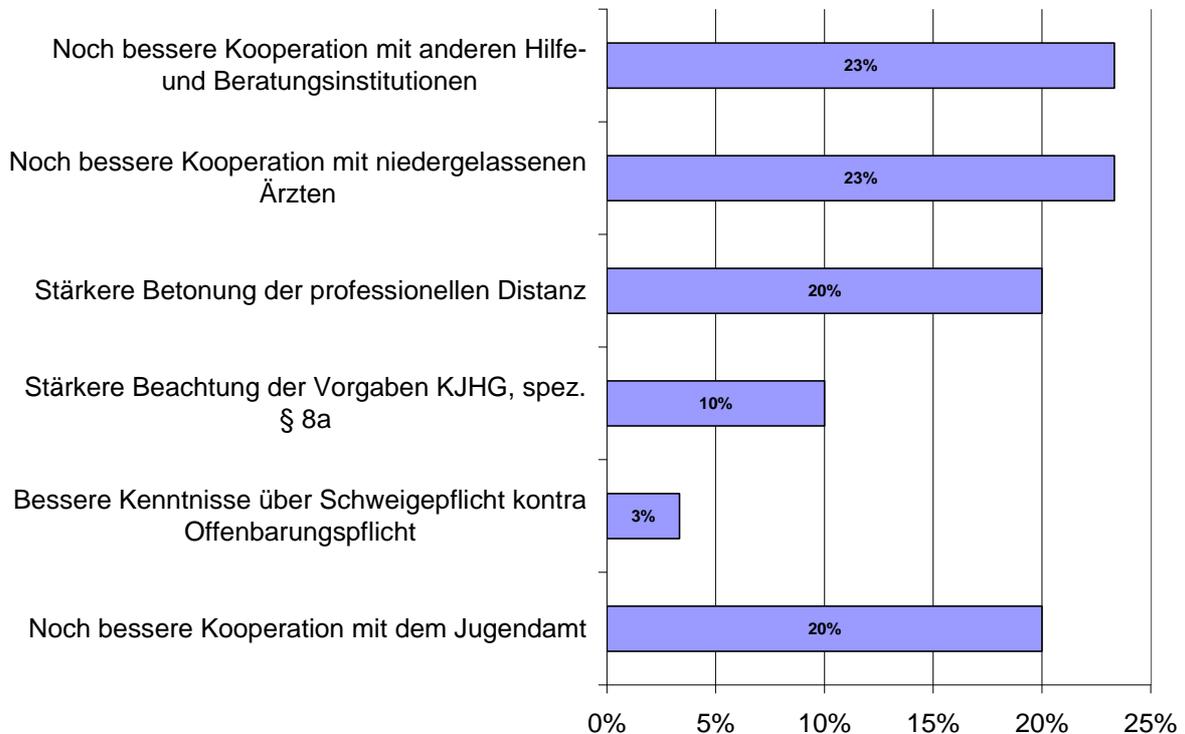
So wurde zu 43 % eine bessere Kooperation mit dem Jugendamt bzw. mit anderen Hilfe- und Beratungsinstitutionen, zu 23 % eine stärkere Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und zu 20 % eine stärkere Betonung der professionellen Distanz gewünscht.

Die Gründe für eine verbesserungswürdige Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wurden vor allem in Vorbehalten der Jugendamtsmitarbeiter/innen hinsichtlich eines mangelnden Wissens über die Tätigkeit und Qualifikation der Familienhebammen gesehen. Ein weiterer Grund war das Misstrauen der Jugendamtsmitarbeiter/innen den Familienhebammen - vor allem hinsichtlich deren Einstellung den Klientinnen gegenüber. Dies spiegelt genau das wieder, was bereits oben angesprochen war, nämlich die vorhandene Unkenntnis bei den Sozialarbeitern/innen über die Art der Qualifikation der Familienhebammen und die Sorge einer zu großen Nähe der Familienhebamme der Klientin gegenüber.

Zur Beseitigung der nicht immer ausreichenden Kooperation mit dem Jugendamt wurden vor allem häufigere gemeinsame Fortbildungen für Sozialarbeiter/innen und Familienhebammen gewünscht sowie intensivere Maßnahmen des Qualitätsmanagements ebenfalls für beide Berufsgruppen (**Abbildung 13**).

**Abbildung 13**

**Auch wenn sie mit der Leistung der Familienhebamme zufrieden sind, was sollte aus Ihrer Sicht für einen effektiven Einsatz verbessert werden?**

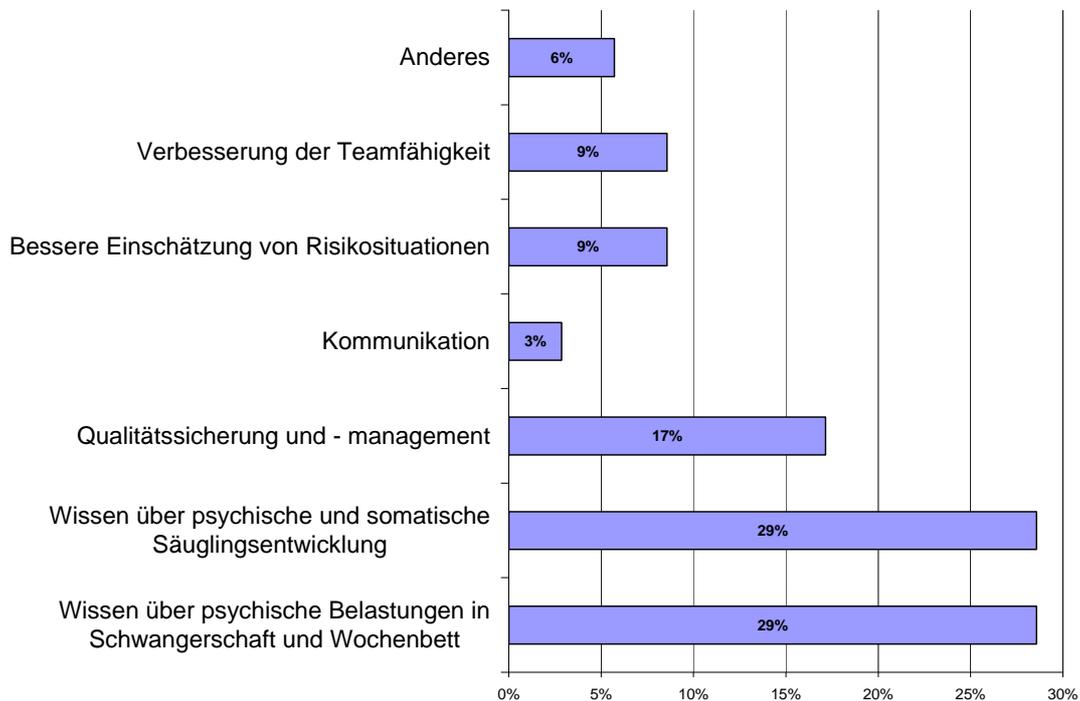


Verbesserte Kenntnisse bei den Familienhebammen wurden von den Jugendämtern vor allem in folgenden Bereichen angemahnt (**Abbildung 14**): Noch bessere Kenntnisse im rechtlichen Zusammenhang, sowie Einüben von Problem- und Zielanalysen.

Für die Mitarbeiter/innen der Jugendämter waren vorrangig verbessertes Wissen über psychische und emotionale Säuglingsentwicklung sowie Wissen über die psychischen Belastungen in Schwangerschaft und Wochenbett und damit zukünftige Fortbildung in diesen Bereichen gefragt (**Abbildung 15**); aber auch die Qualitätssicherung wurde als wichtiges zukünftiges Fortbildungsgebiet angesehen.

## Abbildung 15

Welche Kenntnisse sollten bei Mitarbeitern/innen des Jugendamtes in zukünftigen Fortbildungen besonders gestärkt werden (Mehrfachnennungen möglich)?



### Ausblick

Innerhalb weniger Jahre ist es in Niedersachsen gelungen, das Pilotprojekt „Hilfe für Mütter und ihre Kinder - Netzwerk Familienhebammen“ mit der aufsuchenden Betreuung durch Familienhebammen aus der Projektphase in eine reguläre Hilfemaßnahme zu überführen. Inzwischen setzen 30 von 60 niedersächsischen Jugendämtern Familienhebammen regelmäßig und effektiv für den Kinderschutz ein.

Es ist damit auch in unspektakulärer und optimaler Weise gelungen, Gesundheits- und Jugendschutz miteinander zu verbinden und zum Wohle der zu betreuenden Kinder zu gestalten.

Dennoch oder gerade deshalb ist es erforderlich, an einer weiteren Verbesserung im Sinne der von beiden Seiten, den Familienhebammen und Jugendämtern, gewünschten organisatorischen und fachlichen Themen zu arbeiten.

Die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER ist nicht nur bereit konsequent entsprechende Fortbildungen anzubieten, sondern auch ein Forum darzustellen, bei dem Fragen gemeinsam besprochen und bearbeitet werden können.

Damit können „Frühe Hilfen“ wirklich an den Bedürfnissen der Klienten ausgerichtet umgesetzt werden.

## Referenten / Autoren

- **Prof. Dr. med. Manfred Cierpka**  
Ärztlicher Direktor des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung  
und Familientherapie  
Psychosoziales Zentrum, Uniklinikum Heidelberg  
Bergheimerstraße 54, 69115 Heidelberg
  
- **Dr. Christian Jäde**  
Referatsleiter  
Niedersächsisches Justizministerium  
Am Waterlooplatz 1, 30169 Hannover
  
- **Lothar Rimpl**  
Ehem. Landesdrogenbeauftragter des Landes Niedersachsen  
Ernst-Ebeling-Str. 19, 30539 Hannover
  
- **Gabriele Stenz**  
Bildung - Beratung - Qualitätsmanagement  
Hebammenverband Niedersachsen e.V.  
Brookweg 52, 27751 Delmenhorst
  
- **Dr. med. Klaus Weber**  
Amtsarzt  
Landkreis Holzminden – Gesundheitsamt  
Böntalstraße 32, 37603 Holzminden
  
- **Prof. Dr. med. Adolf Windorfer**  
Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER  
Rühmkorffstraße 1, 30163 Hannover