



Fachbereich  
Wirtschaft und Gesundheit  
Lehrereinheit Pflege und Gesundheit  
InBVG – Institut für Bildungs- und  
Versorgungsforschung im Gesund-  
heitsbereich

**Abschlussbericht des  
Forschungsprojekts:  
„Qualitätskonzepte von  
Familienhebammen“**

Laufzeit: 01.09.2014 – 31.12.2015

**Prof. Dr. Katja Makowsky**  
**Petra Wallmeyer-Andres**

Dezember 2015



**FH Bielefeld**  
University of  
Applied Sciences

# **Berichte aus Forschung und Lehre**

**Nr. 39**

## **Qualitätskonzepte von Familienhebammen**

### **Impressum**

#### **Herausgeber:**

Fachhochschule Bielefeld

Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit

InBVG – Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich

#### **Finanzielle Förderung:**

Fachhochschule Bielefeld

#### **Copyright:**

Prof. Dr. Katja Makowsky

ISSN 1433 - 4461

© Fachhochschule Bielefeld Dezember 2015

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>1 Familienhebammen</b>	<b>5</b>
1.1 Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger im System Früher Hilfen in Deutschland	7
1.2 Positionierung und Rahmenbedingungen der Familienhebammenarbeit im System Früher Hilfen in Deutschland	10
<b>2 Qualität im Bereich sozialer Dienstleistungen</b>	<b>12</b>
2.1 Definitionsbestrebungen zum Qualitätsbegriff im Dienstleistungsbereich	12
2.2 Verständnis von Qualität im Rahmen dieser Studie	13
<b>3 Fragestellung und Zielsetzung des Projekts</b>	<b>13</b>
<b>4 Forschungsansatz und Methoden</b>	<b>14</b>
4.1 Datenerhebung	15
4.2 Datenauswertung	17
<b>5 Ergebnisse</b>	<b>17</b>
5.1 Personale Aspekte und Vorstellungen zu Zielen der Arbeit	17
5.1.1 Eigene Motive zur Arbeit als Familienhebamme	18
5.1.2 Eigene Vorlieben und Prioritäten	19
5.1.3 Vorstellungen zur eigenen Rolle und zu Aufgabenbereichen im System Früher Hilfen	20
5.1.4 Vorstellungen zu Zielen der Arbeit als Familienhebamme	21
5.2 Vorstellungen zu erforderlichen Rahmenbedingungen	22
5.2.1 Strukturelle Angliederung und Verortung im System Früher Hilfen	22
5.2.2 Stellenwert der Dokumentation	24
5.3 Stellenwert von Kooperation und berufsgruppenübergreifenden Zielen	26
5.3.1 Ansprechpartner	26
5.3.2 Regeln und Formen des Berufsgruppen übergreifenden Austausches	27
5.3.3 Stellenwert von Berufsgruppen übergreifenden Zielen	28
5.4 Stellenwert der Partizipation mit Klientinnen und Familien	29
5.4.1 Gestaltung des Erstkontakts	29
5.4.2 Vorstellungen zur Beziehungsgestaltung im Betreuungsverlauf	30
5.4.3 Festlegung von Zielen	30

5.4.4 Grenzen	31
5.5 Vorstellungen zum Erkennen eines erfolgreichen Betreuungsprozesses als Ergebniskriterium	31
<b>6 Diskussion</b>	<b>33</b>
6.1 Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Ergebnisse	33
6.2 Limitationen der Studie	38
<b>7 Fazit und Empfehlungen</b>	<b>38</b>
<b>8 Literatur</b>	<b>42</b>
<b>9 Anhang</b>	<b>46</b>

## Abbildungsverzeichnis/Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Familienhebammen in Deutschland

9

## Vorwort

Bevor auf die genaue Gestaltung der Studie eingegangen wird, erfolgen an dieser Stelle einige Anmerkungen zu erforderlichen Modifikationen der ursprünglich geplanten Vorgehensweisen. Zunächst war geplant, für die Studie ein Sampling zu bilden, das sich u.a. an im Vorfeld definierten Kriterien orientiert, die in der Umsetzung so nicht vorzufinden waren. Ein definiertes Kriterium stellte dabei im Bundesland Niedersachsen die Anbindung der Familienhebammen an einen Freien Träger sowie im Unterschied dazu in Nordrhein-Westfalen die Anbindung der Familienhebammen an ein Krankenhaus dar. Es zeigte sich, dass dieses Einschlusskriterium im Bundesland Niedersachsen eingehalten werden konnte, wohingegen die in der einbezogenen Region in Nordrhein-Westfalen tätigen Familienhebammen im Auftrag des Jugendamts tätig waren. Auch wurde deutlich, dass in der ausgewählten Region in NRW nicht ausschließlich Familienhebammen arbeiteten, sondern auch Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger zum Einsatz kamen. Diese beiden Aspekte erschwerten den Feldzugang und führten zu Verzögerungen im Projektverlauf, weshalb die ursprünglich angedachte Größe des Samplings von N=15 Familienhebammen auf N=13 Familienhebammen reduziert wurde. Eine weitere Konsequenz erfolgte im Zusammenhang mit der Datenauswertung. So wurden die transkribierten Interviews in Anlehnung an ausgewählte Strategien nach Witzel (2000) analysiert. Im Ergebnis liegen Kategorien vor, die Einblick in subjektive Vorstellungen der Familienhebammen von guter Qualität und der hierfür erforderlichen Voraussetzungen und Bedingungen ermöglichen und geeignet sind, Handlungsempfehlungen für die Praxis und weitere Forschung abzuleiten. Die ursprünglich geplante Ableitung typischer Handlungsstrategien und -prozesse, wie dies bei einer Typenbildung in Anlehnung an Kelle & Kluge (2010) möglich gewesen wäre, ließ sich im Rahmen dieser Vorgehensweise nicht umsetzen.

Auf Basis erster Erfahrungen und Ergebnisse des Projektes erfolgten Vorgespräche mit der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen in NRW und kommunalen Entscheidungsträgern im Bereich Früher Hilfen. Auch wird die Suche nach weiterführenden möglichen Fördergebern für diesen Themenbereich über das InBVG fortgesetzt. Im Projektverlauf konnte die Studie bislang im Rahmen von drei Fachtagungen präsentiert und diskutiert, sowie in den entsprechenden Tagungsmaterialien publiziert werden (s. Anhang). Eine darüberhinausgehende Publikation ggf. in der online-Fachzeitschrift QuPuG (Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft) ist geplant.

## Einleitung

Bisherige Studien lassen umfassende Möglichkeiten einer gesundheits- und entwicklungsfördernden Einflussnahme durch Familienhebammen und andere Gesundheitsfachberufe auf (hoch)belastete Familien erkennen, was zu einer vermehrten Integration dieser Berufsgruppen in den Bereich der Frühen Hilfen in Deutschland geführt hat. Wie Familienhebammen ihre Betreuungs- und Beratungsprozesse in den Familien gestalten und was ihnen selbst in ihrer Arbeit wichtig ist, um eigenen Kriterien von guter Qualität in ihrer Arbeit gerecht werden zu können, ist bisher noch wenig erforscht. Es wird allerdings davon ausge-

gangen, dass diese Qualitätsvorstellungen, die im Rahmen dieser Studie als Qualitätskonzepte definiert werden, maßgeblich Einfluss auf die Gestaltung der Betreuungsprozesse und Begleitungen nehmen<sup>1</sup>. An dieser Stelle setzt die hier vorliegende Studie an.

Was ist Familienhebammen in ihrer Arbeit mit psychosozial belasteten Familien wichtig? Anhand dieser übergeordneten Fragestellung wurde die nachfolgend dargestellte Studie mit dem Ziel konzipiert und umgesetzt, aus der Perspektive exemplarisch ausgewählter Familienhebammen deren subjektive Vorstellungen von guter Familienhebammenbetreuung zu erfassen. Im Folgenden wird zunächst der Stand der Forschung zur Effektivität Früher Hilfen im nationalen und internationalen Kontext skizziert, bevor im Anschluss die Situation von Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen in Deutschland näher betrachtet wird. In diesem Zusammenhang erfolgt eine Beschreibung der Einsatz- und Aufgabenbereiche der im System Früher Hilfen zunehmend eingesetzten Gesundheitsfachberufe d.h. der Familienhebammen und der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Zudem wird der Diskussionsstand zum Einsatz von Gesundheitsfachberufen in Deutschland aus der Perspektive der Jugendhilfe, der Familienhebammen und politischer Entscheidungsträger skizziert. Das zweite Kapitel stellt unterschiedliche Positionen zum Qualitätsbegriff im Bereich medizinischer und sozialer Dienstleistungen vor und erläutert im Anschluss die Verwendung des Qualitätsbegriffs im Rahmen der vorliegenden Studie. Abgeleitet aus dem Stand der Forschung zum Einsatz von Familienhebammen im Bereich Früher Hilfen, der Darstellung unterschiedlicher Positionen und Vorgehensweisen zum Einsatz von Familienhebammen im System Früher Hilfen sowie dem Verständnis von Qualität, das für diese Studie handlungsleitend war, erfolgt in Kapitel drei die Präzisierung der Fragestellungen. Das sich anschließende Kapitel stellt den Forschungsansatz und die eingesetzten Methoden der Datenerhebung und Datenanalyse transparent dar. In Kapitel fünf werden schließlich die Ergebnisse vorgestellt. Die Arbeit endet mit einer Diskussion der wichtigsten Forschungsergebnisse unter Beachtung einiger Limitationen sowie dem Aufzeigen möglicher Konsequenzen für die zukünftige Versorgungsgestaltung und weitere Forschung.

## **1 Familienhebammen**

Familienhebammen sind Hebammen mit einer spezifischen Zusatzausbildung zur Arbeit in den Frühen Hilfen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH] in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 2013). Sie werden eingesetzt, um Frauen in der Schwangerschaft und deren Familien bis maximal zum 1. Geburtstag des Kindes beim Aufbau einer tragfähigen Familienstruktur zu unterstützen. Das Angebot von Familienhebammen richtet sich an Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen. Durch eine frühzeitige und niedrigschwellige Unterstützung dieser Familien beim Übergang zur Elternschaft wird angestrebt,

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Konzept“ orientiert sich damit an den Ausführungen von Schröck (1996), die ein Konzept als Mittel zur gedanklichen Strukturierung der Wirklichkeit bezeichnet, das sich aus individuellen Erfahrungen ableitet und ein vorstellbares Bild über wesentliche Merkmale eines Phänomens darstellt.

einer Kindeswohlgefährdung präventiv entgegen zu wirken (Schneider 2004). International betrachtet ist der Nutzen von Angeboten im Bereich Früher Hilfen gut belegt. So weisen beispielsweise Barlow et al. (2010) auf Basis ihres Reviews auf positive Auswirkungen hinsichtlich der Identifikation psychischer Erkrankungen, der Verbesserung des kindlichen und elterlichen Befindens sowie der Mutter-Kind-Interaktion (Barlow et al. 2010) hin, weitere Studien lassen gesundheitsförderliche Effekte (Olds et al., 1999; 2004; 2006; Spittle et al., 2010; Tough et al., 2006), und, im Längsschnitt, die Verringerung von Delinquenz, die Reduktion von Teenage-Schwangerschaften und eine geringere Abhängigkeit von staatlichen Hilfen (Olds et al., 1999; 2004; 2006) erkennen.

In Deutschland sind positive Auswirkungen von Familienhebammen bereits seit den 1980er Jahren bekannt (Collatz & Rhode 1985). Ein systematischer Ausbau von Angeboten für belastete Familien im Bereich Früher Hilfen erfolgt hierzulande u.a. als eine Konsequenz der zunehmend bekannt gewordenen Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung seit 2006. Zu diesem Zweck sind zunächst im Rahmen des Aktionsprogramms Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme (BMFSFJ 2015) zahlreiche Familienhebammenprojekte in unterschiedlichen Bundesländern evaluiert worden und weisen auf positive Ergebnisse hin. Dabei standen unterschiedliche Zielsetzungen im Vordergrund. So lassen die Ergebnisse von Cierpka (2012) beispielsweise auf eine Verminderung des elterlichen Stresserlebens, des Vorkommens von Depressionen sowie günstige Auswirkungen auf die soziale Entwicklung der Kinder durch den Einsatz von Familienhebammen schließen (Cierpka 2012), Ayerle, Luderer & Behrens (2010) stellten u.a. eine Zunahme der elterlichen Kompetenzen bei der Versorgung des Kindes und der Gestaltung des familiären Lebens fest (Ayerle, Luderer & Behrens, 2010). Die qualitativen Ergebnisse der Evaluation des Familienhebammenprojekts im Landkreis Osnabrück zeigen u.a. ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zwischen betreuten Klientinnen und Familienhebammen sowie eine hohe Bereitschaft betreuter Familien, Unterstützungsangebote und Anregungen zur Gesundheitsförderung der Familienhebammen umzusetzen. Dabei beziehen sich derartige Anregungen auf bio-physiologische Aspekte wie Stillen und Ernährung, psycho-soziale Bereiche wie den Ausbau sozialer Netzwerke sowie auf die Förderung individueller Kompetenzen im Umgang mit dem Baby (Makowsky & Schücking 2013, Schücking & Makowsky 2010). Koordiniert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen wurden seitdem bundesweit zahlreiche Maßnahmen mit dem Ziel etabliert, die Erziehungs- und Beziehungskompetenz werdender Eltern zu fördern und somit eine gesunde Entwicklung der Kinder zu gewährleisten (Pott 2010).

Die zum 01.01.2012 in Kraft getretene Novellierung des Bundeskinderschutzgesetzes bezieht (Familien-)Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe explizit als professionelle Akteure in das Netzwerk Frühe Hilfen ein. Die mit der Umsetzung dieses Gesetzes einhergehende Verpflichtung der Ländern zum Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen im Bereich Früher Hilfen unterstützt das BMFSFJ seit Juli 2012 durch Bereitstellung finanzieller Mittel. So wurden für das Jahr 2012 insgesamt 30 Millionen Euro, 45 Millionen Euro für 2013 und seit 2014 jeweils 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Gefördert werden mit diesen Mitteln der Einsatz von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren und deren Qualifizierung und Schulung, der Einsatz von Familienhebammen und vergleich-



baren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich sowie der Ausbau des Ehrenamts (BMFSFJ 2015). Deutlich wird, dass Hebammen und Familienhebammen in Deutschland eine zunehmend wichtige Rolle im System Früher Hilfen einnehmen. Sie werden seit 2005 bundesweit in unterschiedlichen Curricula ausgebildet und mittlerweile in allen Bundesländern eingesetzt (Stiftung Eine Chance für Kinder 2008). Familienhebammen arbeiten in unterschiedlichen Organisationsformen. So arbeiten einige Familienhebammen z.B. im Auftrag oder als Angestellte der behördlichen Jugendhilfe zur Betreuung bestimmter Fälle, auf Honorarbasis in Angliederung an einen (Freien) Träger oder in Anbindung an Hebammenpraxen im Rahmen ihrer Freiberuflichkeit (Stiftung Eine Chance für Kinder 2008). Eine Angliederung an einen Freien Träger kann sich vorteilhaft auswirken, wenn dieser Träger als „Puffer“ zwischen unterschiedlichen Interessen der Jugendhilfe und des Gesundheitsbereichs vermittelt. Auf diese Weise übernehmen Fachkräfte der Jugendhilfe weiterhin die Sicherstellung des Kindeswohls, während (Familien-)Hebammen nicht der direkten Kontrolle und Berichtspflicht des Jugendamts unterliegen (BMFSFJ et al. 2012).

Eine Bestandsaufnahme der Umsetzung der Frühen Hilfen in Deutschland, in die 95,8% aller Jugendämter eingeschlossen werden konnten (d.h. von N=572 wurden N=548 Jugendämter eingeschlossen) ergab, dass im Jahr 2012 von N=388 *freiberuflichen* Familienhebammen 73% im Auftrag der Jugendämter arbeiteten, 16,5% arbeiteten bei einem Freien Träger, 5,2% im Auftrag der Gesundheitsämter und 5,3% gaben sonstige Träger an. Die N=120 *angestellten* Familienhebammen arbeiteten zu 9,2% als Angestellte des Jugendamtes, zu 50,8% bei einem Freien Träger, zu 27,5% beim Gesundheitsamt, zu 8,3% als Angestellte eines Krankenhauses und zu 4,2% bei sonstigen Trägern (NZFH in der BZgA 2012).

### **1.1 Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger im System Früher Hilfen in Deutschland**

Mittlerweile kooperieren 85% der Jugendämter mit (Familien-)Hebammen und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern. Dabei steht die Kooperation mit (Familien-)hebammen mit 78,4% im Vordergrund, weniger verbreitet ist mit 36,6% die Zusammenarbeit mit Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern bzw. mit Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -krankenpflegern (BMFSFJ et al. 2012).

Beide Gesundheitsfachberufe werden als „besondere Brückenangebote“ (NZFH 2015) betrachtet. Sie werden eingesetzt, um die Kompetenzen der Eltern hinsichtlich der Versorgung ihrer Kinder zu fördern. Zudem richtet sich ihre Tätigkeit auf die Förderung der elterlichen Gesundheit, da die Gesundheit der Eltern als wesentliche Voraussetzung betrachtet wird, um für die Kinder sorgen zu können. Ein weiteres Merkmal beider Berufsgruppen ist der durch die Zugehörigkeit zum Gesundheitsbereich direkte Zugang zu belasteten Familien (NZFH 2015), der aufgrund der hiermit verbundenen Schweigepflicht (Ayerle et al. 2014), vielfach die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses erleichtert. Beide

Gesundheitsfachberufe sollen in den Frühen Hilfen schwerpunktmäßig in den Bereichen der primären und sekundären Prävention, d.h. wenn Freiwilligkeit der Familien vorliegt, eingesetzt werden. Im Bereich der tertiären Prävention, d.h. wenn Hilfen zur Erziehung nötig sind, die auch ohne Zustimmung der Familie umgesetzt werden können, um das Kindeswohl zu gewährleisten, können (Familien)-Hebammen bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger ergänzend in enger Anbindung an Fachkräfte des Jugendamtes eingesetzt werden (vgl. NZFH in der BZgA 2013, 2014).

Betrachtet man das Kompetenzprofil der *Familienhebammen* werden definierte Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten deutlich. Demnach bezieht sich die Arbeit von Familienhebammen auf die physische und psychosoziale Beratung und Betreuung von (werdenden) Müttern, Vätern und anderen primären Bezugspersonen und deren Säuglingen. Das Angebot richtet sich an Familien, die einen erhöhten Unterstützungsbedarf erkennen lassen. Auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen wird als Aufgabenbereich von Familienhebammen betrachtet (NZFH 2015). Familienhebammen ist die Betreuung im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorbehalten, sie arbeiten in der Regel maximal bis zum 1. Geburtstag des Kindes in den Familien (NZFH in der BZgA 2013).

Das Kompetenzprofil der *Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (FGKiKP)* gibt Aufschluss über Arbeitsbereiche und Zuständigkeiten pflegerischer Berufe im Bereich Früher Hilfen. Der Schwerpunkt der Arbeit von FGKiKP, d.h. von examinierten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation für den Bereich der Frühen Hilfen, liegt demzufolge in der Betreuung von Eltern und Familien, die z.B. aufgrund von Frühgeburtlichkeit, Behinderung des Kindes, chronischer Erkrankung des Kindes oder Regulationsstörungen sowie anderen belastenden Lebenssituationen beim Übergang zur Elternschaft mit vermehrten Herausforderungen konfrontiert sind (Menk & Zeller 2014). Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern ist die Pflege chronisch kranker Kinder vorbehalten (NZFH in der BZgA 2014). Angebote der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen beginnen nach der Geburt und können bis zum 3. Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden (NZFH in der BZgA 2014).

Der Stundenumfang für die Zusatzqualifikation zur *Familienhebammen* liegt bundesweit zwischen 200 und 400h. Sie wird entsprechend der Curricula der Hebammenlandesverbände von unterschiedlichen Weiterbildungsträgern angeboten (NZFH in der BZgA 2013). Die Zusatzqualifizierung zur/zum *Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger* erfolgt entlang eines vom Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) und der Interessensgemeinschaft freiberuflich und/oder präventiv tätiger Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (IG Kikra) entwickelten Lehrplans. Angestrebt wird, insbesondere von Vertreterinnen und Vertretern des Bundesverbandes und der Interessensgemeinschaft der Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, eine gemeinsame Qualifizierung für die Frühen Hilfen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger und Hebammen, die stellenweise bereits umgesetzt wird (NZFH in der BZgA 2014).

Für Jugendämter ergeben sich aus dem gesetzlich im Bundeskinderschutzgesetz festgelegten Auf- und Ausbau Früher Hilfen Erweiterungen hinsichtlich der Zielgruppen und Zuständigkeiten. So sind Jugendämter mittlerweile verstärkt für (werdende) Familien mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren zuständig, die in früheren Zeiten in der Regel nur dann im Fokus standen, wenn Familien bereits aufgrund älterer Kinder Unterstützung erhielten. Auch können nach Inkrafttreten des Gesetzes bereits Familien in belastenden Lebenslagen auch ohne erkennbaren Hilfebedarf Unterstützungsleistungen direkt nachfragen. Diese Umstrukturierungen führten zu einer Erweiterung der Aufgabenfelder der Jugendhilfe um Themen der frühen Kindheit und Gesundheitsförderung. Veränderungen ergeben sich auch im Zusammenhang mit dem Einsatz von Hebammen: während Hebammen in früheren Zeiten ausschließlich als Unterstützerinnen der Sozialpädagogischen Familienhilfe im Auftrag der Jugendhilfe in Familien eingesetzt wurden, werden Familienhebammen mittlerweile eingesetzt, wenn die über den Gesundheitsbereich finanzierten Hebammenleistungen nicht ausreichen (Menk & Zeller 2014).

Über die Anzahl ausgebildeter FGKiKP in Deutschland lassen sich keine Angaben finden. Die Anzahl ausgebildeter Familienhebammen ist in Deutschland in den Bundesländern unterschiedlich verteilt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der Familienhebammen in Deutschland.

Tabelle 1: Anzahl Familienhebammen in Deutschland, Mai 2013

<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl fortgebildeter Familienhebammen</b>	<b>In der Fortbildung</b>
Baden-Württemberg	264	1
Bayern	145	4
Berlin	30	3
Brandenburg	27	1
Bremen	12	k.A.
Hamburg	30	
Hessen	209	
Mecklenburg-Vorpommern	67	
<b>Niedersachsen</b>	<b>228</b>	<b>2</b>
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<b>280</b>	<b>4</b>
Rheinland-Pfalz	12	17
Saarland	55	
Sachsen	47	2
Sachsen Anhalt	47	
Schleswig-Holstein	78	
Thüringen	52	
<b>Gesamt</b>	<b>1590</b>	<b>150</b>

(Deutscher Hebammenverband [DHV] 2015)

Die Tabelle lässt erkennen, dass mittlerweile in allen 16 Bundesländern Familienhebammen eingesetzt werden. Dabei gehörten im Mai 2013 die beiden im

Rahmen dieser Studie berücksichtigten Bundesländer Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen neben Baden-Württemberg zu den Bundesländern mit dem höchsten Anteil an ausgebildeten Familienhebammen (DHV 2015).

## **1.2 Positionierung und Rahmenbedingungen der Familienhebammenarbeit im System Früher Hilfen in Deutschland**

Betrachtet man die Rahmenbedingungen von Familienhebammen und anderen Gesundheitsfachberufen im Bereich Früher Hilfen lassen sich unterschiedliche Herausforderungen feststellen. Schröder et al. (2014) hinterfragen kritisch, weshalb eine typisch sozialpädagogische Frage, die Frage des Kinderschutzes, durch Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich gelöst werden solle. Ebenso weisen die Autorinnen darauf hin, dass Familienhebammen in früheren Zeiten die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen des Gesundheitssystems vermittelt hätten, jetzt würde ergänzend die Inanspruchnahme von Leistungen des Jugendhilfebereichs vermittelt (Schröder et. al. 2014). Auch der Deutsche Hebammenverband steht dem Einsatz von Familienhebammen im System Früher Hilfen skeptisch gegenüber. Er weist darauf hin, dass (Familien-)Hebammen ein Arbeitsbündnis im Sinne einer Partnerschaft mit der Frau bzw. der Familie eingehen, weshalb Schweigepflicht und Datenschutzregeln unter keinen Umständen verletzt werden dürften. Auch betont der Verband, dass im Falle einer Kindeswohlgefährdung andere Berufsgruppen zuständig wären (Deutscher Hebammenverband [DHV] 2014a). Inhaltlich reflektiert werden Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten, die Familienhebammen entsprechend der Definition des NZFH im Bereich Früher Hilfen zugeschrieben werden. Die hier als Aufgabenbereich für Familienhebammen festgeschriebenen Leistungen zur Erhaltung, zum Schutz und der Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind würden typische Hebammentätigkeiten darstellen. Der Verband regt an, den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen auszuweiten, damit Hebammen diesen erweiterten Bedarf decken könnten und spricht sich gegen die Angliederung der Familienhebammen an den Bereich der Jugendhilfe aus. Auch die Schaffung einer neuen Berufsgruppe als Ergänzung zur Hebamme wäre in diesem Fall nicht nötig. Darüber hinaus wird angemerkt, dass im Bereich der tertiären Prävention (s.o.) andere Aufgaben erforderlich seien und dass Hebammen, die hier tätig wären, nicht als Hebammen bezeichnet werden sollten (DHV 2014b).

Eine von Schröder et al. (2014) durchgeführte qualitative Studie, in die Familienhebammen mittels biographisch-narrativer Interviews und teilnehmender Beobachtungen eingeschlossen sind, geht der Frage nach, wie Familienhebammen selbst ihr berufliches Handeln rekonstruieren. Dabei schlussfolgern die Autorinnen auf Basis erster Ergebnisse, dass Familienhebammen mit Hilfe des Aufzeigens von Grenzen im eigenen Handeln danach streben, die eigene berufliche Rolle und Professionalität zu beschreiben. Dabei sei das Handeln der Familienhebammen u.a. durch unterschiedliche professionelle Handlungslogiken des Gesundheits- und Jugendhilfebereichs, strukturelle Ambivalenzen, unklare Rollen und unterschiedliche Erwartungen des Auftraggebers und Hilfeempfängers gekennzeichnet (Schröder et. al. 2014). Auch Ayerle et al. (2014) gehen auf Basis der Ergebnisse ihrer Studie, in der u.a. 39 Experteninterviews mit Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens geführt wurden, Fragestellungen zu Herausfor-

derungen der Arbeit von Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen nach. Auch sie weisen auf die Notwendigkeit der Rollenklärung der Familienhebammen als Expertinnen, die sich auch durch das Wahrnehmen einer Lotsinnenfunktion und die Förderung der Vernetzung unterschiedlicher Akteure und Angebote kennzeichnet, hin (Ayerle et al. 2014). Die Notwendigkeit der Rollenklärung unterstreichen Ergebnisse der Bestandsaufnahme zur Umsetzung Früher Hilfen in Deutschland im Jahr 2012 aus Sicht der Jugendhilfe. So wurde als ein Grund für eine nicht gelungene Kooperationen zwischen Familienhebammen und Jugendamt die gescheiterte Rollenklärung genannt (BMFSFJ et al. 2012).

Um den Austausch mit Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen zielführend gestalten zu können sei es u.a. wichtig, die jeweiligen Fachsprachen zu klären. Da Aufgaben im Bereich der Vernetzung als ein Aufgabenbereich der Familienhebammentätigkeit verstanden werden, wären nach Ayerle et al. (2014) diese Aufgaben zu vergüten. Auch dieser Aspekt wurde im Rahmen der Bestandsaufnahme zur Umsetzung Früher Hilfen im Jahr 2012 als Grund für nicht gelungene Kooperationsvereinbarungen angegeben (BMFSFJ et al. 2012). Eine Herausforderung stellt, den Ergebnissen von Ayerle et al. (2014) zufolge, zudem die unterschiedliche Einschätzung von Hilfebedarfen dar, die zu einer unterschiedlichen Bewertung der Betreuungsnotwendigkeit führen kann. Nach wie vor sei der Umgang mit sensiblen Daten nicht immer einheitlich geregelt und werde unterschiedlich umgesetzt. Die Aufrechterhaltung der Schweigepflicht wird als eine wesentliche Voraussetzung der Familien beschrieben, um Gesundheitsprofessionen überhaupt zu kontaktieren. Als Auftraggeber ist weiterhin die Frau oder die Familie zu betrachten, die die Betreuung durch eine Familienhebamme auch ablehnen und jederzeit beenden könne. Die Autorinnen und der Autor empfehlen, die mit Anbindung an den Jugendhilfebereich einhergehende Pflicht zur Dokumentation der Familienhebammenleistungen gemeinsam mit den betreuten Familien zu erfüllen. Ayerle et al. (2014) betonen im Weiteren, dass Familienhebammen im System Früher Hilfen für den Bereich der sekundären Prävention qualifiziert sind. Wenn eine Freiwilligkeit der Familie nicht oder nicht mehr vorliegt, wird eine Grenze der Familienhebammenhilfe gesehen (Ayerle et al. 2014).

Das entwickelte Kompetenzprofil für Familienhebammen, das Anbietern entsprechender Weiterbildungsangebote als Orientierung dienen kann, weist ebenfalls auf die Zuständigkeit für den Bereich der sekundären Prävention hin. Demnach solle die tertiäre Prävention kein Tätigkeitsschwerpunkt der Familienhebammen sein, allerdings könne der Einsatz von Familienhebammen auch in diesem Fall erfolgen, dann allerdings in enger Kooperation mit einer Fachkraft der Jugendhilfe und unter Federführung des Jugendamtes (NZFH in der BZgA 2013). Die bereits erwähnte Bestandsaufnahme zur Umsetzung Früher Hilfen in Deutschland lässt erkennen, dass die Empfehlung, Familienhebammen in erster Linie für die Bereiche der Primär- und Sekundärprävention einzusetzen, bis zum Jahr 2012 nur zur Hälfte umgesetzt wurde. So zeigt sich, dass 51,5% der Familienhebammen ausschließlich in Form aufsuchender Hilfen bei belasteten Familien eingesetzt werden und hier sekundär-präventiv arbeiten, 50,1% der befragten Jugendämter geben jedoch an, dass der Einsatzbereich der Familienhebammen auch den tertiärpräventiven Bereich im Rahmen erzieherischer Hilfen umfasse, wobei über die genauen Aufgabenbereiche der Familienhebammen in diesen Einsatzfeldern bisher weitgehend Unklarheit besteht (NZFH in der BZgA 2012).

## 2 Qualität im Bereich sozialer Dienstleistungen

Unklarheit besteht ebenso über die Qualität der Arbeit, die Familienhebammen in ihren Einsätzen leisten. Dabei ist davon auszugehen, dass die Qualität der Betreuung durch eine Familienhebamme maßgeblich von den jeweils individuellen Vorstellungen von Qualität der eigenen Arbeit abhängt. Bevor auf Strategien zur Erfassung dieser individuellen Vorstellungen von Qualität und die Vorstellungen der hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren eingegangen wird, erfolgt an dieser Stelle eine kurze Auseinandersetzung mit der Verwendung des Qualitätsbegriffs.

### 2.1 Definitionsbestrebungen zum Qualitätsbegriff im Dienstleistungsbereich

Eine allgemeingültige Definition von Qualität kann aufgrund vielfältiger Sichtweisen nicht formuliert werden. Historisch betrachtet wurden a) zunächst Qualitätsvorstellungen aus technisch-funktionellen Bereichen auf den Dienstleistungsbereich übertragen, b) primär ökonomisch orientierte Definitionsansätze verwendet und c) zur Messung von Qualität medizinisch-epidemiologische Kriterien (wie Mortalität und Morbidität) herangezogen. Gemeinsam ist diesen unterschiedlichen Betrachtungsweisen die Orientierung an vorher festgelegten Zielen, die durch zweckmäßiges Handeln erreicht werden sollen. Qualität wird demzufolge danach beurteilt, ob und wie gut das angestrebte Ziel erreicht worden ist (Badura et al. 1995). Diese Zielbestimmung spiegelt, je nach Sichtweise, unterschiedliche Wertorientierungen eines Kulturkreises wider und ist von dem jeweiligen Interesse des Betrachters abhängig (Burger 1996, Badura et al. 1995). Allerdings steht bei all diesen Betrachtungsweisen nahezu ausschließlich die Beurteilung des Ergebnisses im Vordergrund. Das Leistungsgeschehen selbst bleibt wenig transparent. Aufgrund dieser Feststellung wurde im Gesundheitsbereich zunehmend hinterfragt, mit Hilfe welcher Maßnahmen und Leistungen bestimmte Ergebnisse erreicht wurden. Ausgangspunkt war die Annahme, dass es nur auf Basis der Kenntnis dieser Maßnahmen und Leistungen möglich sei, Qualität gezielt zu fördern (Badura et al. 1995). Das bereits 1966 erstmals in den USA veröffentlichte Verständnis von Qualität nach Donabedian (1966, 1982) stellte auch im Kontext der Qualitätsdiskussionen in Deutschland eine weitreichendere Möglichkeit dar, um den Qualitätsbegriff zu definieren. Dieser Sichtweise folgend wird Qualität nicht nur hinsichtlich des erreichten Ergebnisses beurteilt, ergänzend finden Strukturen und Prozesse gleichermaßen Beachtung (Burger 1996). Dieser Ansatz der Begriffsdefinition von Qualität dient über alle Berufs- und Interessengruppen hinweg der Verständigung über Qualität im Bereich sozialer Dienstleistungen (Schaeffer & Ewers 1999). Er wurde in den unter Federführung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) seit 2002 entwickelten und kontinuierlich überarbeiteten Expertenstandards für die Pflege aufgegriffen (DNQP 2015) und findet sich auch in dem 2014 veröffentlichten ersten Expertinnenstandard des DNQP und des Verbunds Hebammenforschung zur Förderung der physiologischen Geburt (Verbund Hebammenforschung 2015).

## 2.2 Verständnis von Qualität im Rahmen dieser Studie

Auch die übergeordnete Planung, Entwicklung der Erhebungsinstrumente und Datenauswertung im Rahmen dieser Studie erfolgte entlang des von Donabedian (1966, 1982) entwickelten Konzeptes. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse werden demnach als voneinander abhängig betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass die vorhandenen Strukturen bestimmte Prozesse ermöglichen, die wiederum zu bestimmten Ergebnissen führen (Badura et al. 1995). Es sind also drei Qualitätsdimensionen zu unterscheiden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Unter *Strukturqualität* werden die relativ konstanten Rahmenbedingungen des Leistungserbringers (z. B. gesetzlich definierte Rahmenbedingungen zum Einsatz von Familienhebammen, Verortung der Familienhebammen im System Früher Hilfen, das Vorliegen einer Struktur zur Dokumentation) verstanden.

Die *Prozessqualität* bezieht sich auf alle Aktivitäten, die zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern erfolgen. Im Kontext der Familientätigkeit ist unter diesem Aspekt z.B. die Form der Beratung und Begleitung der Familien zu verstehen, auch Formen der Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen sind als Merkmal der Prozessqualität einzuschätzen.

Unter *Ergebnisqualität* werden alle Veränderungen des (Gesundheits)Zustandes des Betroffenen zusammengefasst. Im Kontext der Familienhebammentätigkeit könnten Ergebniskriterien beispielsweise eine angemessene Pflege und (Gesundheits)entwicklung des Kindes oder auch die Fähigkeit der Eltern, sich ggf. Unterstützung holen zu können, darstellen. Bezogen auf die Kooperation mit Angehörigen angrenzender Berufsgruppen sind als Kriterium für die Ergebnisqualität auch Möglichkeiten, den Betreuungsprozess nachvollziehbar beschreiben zu können sowie das eigene Handeln vom Handeln anderer Berufsgruppen abgrenzen zu können, anzusehen (vgl. Schücking & Makowsky 2010).

## 3 Fragestellung und Zielsetzung des Projekts

Bisherige Studien lassen umfassende Möglichkeiten einer gesundheits- und entwicklungsfördernden Einflussnahme durch Familienhebammen auf (hoch)belastete Familien erkennen (s.o.). *Wie* Familienhebammen Betreuungsprozesse im Rahmen der Begleitung der Familien jedoch gestalten und *welche Vorstellungen von Qualität ihr eigenes Handeln leitet*, ist bislang allerdings wenig beachtet worden. Weitgehend unklar ist in diesem Zusammenhang auch, inwieweit sich strukturelle Rahmenbedingungen, Formen der Gestaltung von Betreuungs- und Kooperationsprozessen sowie Vorstellungen von zu erreichenden Zielen und Ergebnissen in den Familien aus der Perspektive der Expertinnen auf die eigene Arbeit auswirken. Es lassen sich folgende übergeordnete Fragestellungen ableiten:

- *An welchen in der Person der Familienhebamme begründeten Einstellungen, Sichtweisen und Erfahrungen in Bezug auf die berufliche Tätigkeit orientiert sich das berufliche Handeln der Familienhebammen?*
- *Welche Rahmenbindungen und strukturellen Voraussetzungen sind aus der Perspektive der Familienhebamme förderlich, welche hemmend, um qualitativ hochwertig arbeiten zu können?*
- *Welche Formen der Kooperation mit anderen professionellen Akteuren im Bereich Früher Hilfen wirken sich wie auf die Gestaltung der Betreuungsprozesse aus?*
- *Welchen Stellenwert nimmt die Partizipation der Klientin im Betreuungskonzept der Familienhebamme ein?*
- *Wonach beurteilt die Familienhebamme selbst den Erfolg ihrer Arbeit?*

#### **4 Forschungsansatz und Methoden**

Zentrale Fragestellungen der Studie beziehen sich auf Qualitätskonzepte von Familienhebammen. So wurden Vorstellungen zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen aus der Perspektive von Familienhebammen erfasst. Um subjektive Einstellungen, Sichtweisen und Erfahrungen erfassen zu können, kamen qualitative Forschungsstrategien zum Einsatz. Übergreifend beinhaltet die Anwendung qualitativer Forschungsstrategien sozial- und sprachwissenschaftliche Methoden, die kontrolliert eingesetzt werden, um Sinngehalte subjektiven Erlebens und sozialer Interaktionen zu entschlüsseln (vgl. Frommer & Rennie 2006). Verbunden war mit dieser Vorgehensweise eine direkte Interaktion zwischen forschenden und zu-beforschenden Personen, die sich im Rahmen der hier vorgestellten Studie auf den Kontakt zwischen ausgewählten Familienhebammen in NRW und Niedersachsen sowie einer Forscherin (Dipl. Pflégewirtin, Hebamme und zur Zeit der Datenerhebung in der Ausbildung zur Familienhebamme) bezieht. Die erhobenen, aufgezeichneten und wörtlich transkribierten Daten wurden unter Zuhilfenahme von Verfahren der Textanalyse direkt ausgewertet. Dem qualitativen Forschungsverständnis folgend zeichnete sich der Forschungsprozess durch eine Vernetzung der einzelnen Forschungsschritte aus. Flick (2002) spricht in diesem Zusammenhang vom zirkulären Forschungsprozess. Diesem Verständnis zufolge verliefen im Rahmen der vorliegenden Studie die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses begonnen mit der Analyse und Darstellung der theoretischen Vorannahmen (in diesem Fall zusammengefasst im Interviewleitfaden) über die Datenerhebung und Datenanalyse bis hin zur Bildung übergeordneter Kategorien in einem wechselseitigen Prozess (vgl. Flick 2002).

Insgesamt war der Forschungsprozess durch hohe Offenheit gekennzeichnet, die sich auf die im Einzelnen auszuwählenden Untersuchungspersonen, die Untersuchungssituationen und die im Detail anzuwendenden Methoden bezog. Demzufolge wurde im Rahmen der Interviews darauf geachtet, dass der Interaktionsprozess derart gestaltet wurde, dass Sichtweisen und Einstellungen der Befragten sowie deren Bedeutungsstrukturierungen (vgl. auch Witzel 2000) aufgedeckt werden konnten (Lamneck 2005). Die Offenheit gegenüber den Untersuchungsmethoden zeigte sich im Rahmen dieser Studie dahingehend, dass der Kontakt



zu Familienhebammen anders als eingangs geplant, nicht über eine Klinik hergestellt wurde, sondern auch auf individuellem Wege erfolgte. Die Offenheit gegenüber anzuwendenden Methoden wurde z.B. in Modifikationen des Interviewleitfadens sowie Änderungen der Auswertungsstrategien umgesetzt (vgl. Kapitel 4.2). Ein weiteres Kennzeichen qualitativer Forschung ist die Betrachtung des Forschungsprozesses als Kommunikations- und Interaktionsprozess. Demzufolge wurden gegenseitige Beeinflussungen der Forscherin und Familienhebamme als natürlicher Bestandteil des Forschungsprozesses betrachtet (Lamneck 2005). Um den Forschungsprozess möglichst nachvollziehbar darzustellen, erfolgte eine Explikation aller Schritte des Forschungsprozesses (Lamneck 2005, vgl. auch Mayring 1996). Ein weiteres übergeordnetes Merkmal qualitativer Verfahren stellte zudem die Reflexibilität dar, die sich auf die am direkten Forschungs geschehen beteiligten Personen (z.B. Interviewer, interviewte Person) bezog und bei diesen das jeweilige Vorverständnis und den Kontext gedanklich einbezog (Lamneck 2005). Die Gestaltung des Forschungsprozesses wurde schließlich kritisch im Hinblick auf ausgewählte Gütekriterien nach Steinke (2005) reflektiert (s. Kapitel 5 und 6.2).

Grundsätzlich wurde, wie in qualitativen Studien typisch, von einem *eher induktiven* Forschungsverständnis ausgegangen. Demnach stellt es eine Grundannahme dar, dass Verhaltensweisen oder Äußerungen einzelner Personen voraussichtlich auch bei anderen Personen und auch zukünftig zu finden sein werden. Ausgangspunkt dieser qualitativen Studie war also nicht eine allgemeine Hypothese, die den Zusammenhang darstellt und am konkreten Gegenstand überprüft und bestätigt oder falsifiziert werden sollte, sondern vielmehr der einzelne Fall, von dem auf die Allgemeinheit geschlossen wird (vgl. hierzu Bortz & Döring 2005).

#### **4.1 Datenerhebung**

Im Rahmen der Studie kamen N=13 episodische, leitfadengestützte Interviews in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen zum Einsatz.

Dabei wurde als Erhebungsmethode das episodische Interview gewählt. Das episodische Interview ist eine Kombination aus offener Befragung und Erzählung (Flick 2011). Unterschieden wird hierbei zwischen semantischem und episodischem Wissen. Semantisches Wissen ist um Begriffe und ihre Beziehungen untereinander herum aufgebaut und wird über Fragen und Antworten erhoben. Episodisches Wissen entsteht aus Erinnerungen an Situationen und wird über Erzählanstöße und Erzählungen generiert (Flick 2011). Somit kann die befragte Familienhebamme narrativ-episodisches Wissen vermitteln, ohne dass hierfür direkt Fragen gestellt werden. Im Interview sollten verschiedene Erfahrungen der Familienhebammen im Zusammenhang mit ihren Betreuungssituationen und -prozessen erfasst werden. Der im Vorfeld konzipierte Interviewleitfaden beinhaltete Themenbereiche, um auf die im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Aspekte hinzuweisen. Den Einstieg in das Interview sowie die in die einzelnen Themenbereiche bildeten allgemeine Erzählaufforderungen und die Bitte, über Beispiele und Erfahrungen zu berichten.

Die in dieser Studie mit den Familienhebammen geführten Interviews lassen sich zusätzlich, bezogen auf das Anwendungsfeld, den Expertinneninterviews zurechnen. Entsprechend Meuser und Nagel (1991) werden demnach die im Rahmen dieser Studie befragten Personen nicht als Gesamtpersonen in ihren individuellen Lebenskontexten als Gegenstand der Forschung betrachtet, sondern vielmehr im Rahmen ihres organisatorischen bzw. institutionellen Zusammenhangs als Vertreterinnen ihrer jeweiligen Berufsgruppe (Meuser & Nagel 1991). Die Vorbereitung und Durchführung dieser Interviews orientierte sich an den von Witzel (2000) beschriebenen Verfahren zur Gestaltung problemzentrierter Interviews. Es wurde ein Interviewleitfaden konzipiert, der während des Interviews als Orientierungshilfe betrachtet wurde, Audio-Aufnahmen und eine anschließende wörtliche Transkription der Interviews wurden erstellt, auch ein Kurzfragebogen kam zu Einsatz, zudem wurde im Anschluss an jedes Interview ein Postscriptum angefertigt (Witzel 2000).

Die Gespräche mit den Familienhebammen erfolgten in störungsfreien Räumen und dauerten zwischen 42 und 101 Minuten, teilweise wurden die Interviews für kurze Zeit unterbrochen. Alle Interviews wurden in den Räumlichkeiten der Familienhebammen (im häuslichen Umfeld oder in der Hebammenpraxis) geführt. Alle Familienhebammen erklärten sich mit der Aufnahme des Gesprächs einverstanden und schienen sich auch im weiteren Gesprächsverlauf wenig durch das Aufnahmegerät stören zu lassen.

Vor Beginn der Aufnahme wurde den Interviewpartnern Anonymität zugesichert, der offene Gesprächscharakter betont und die Untersuchungsfrage geschildert. Dabei wurden die befragten Personen direkt als Expertinnen angesprochen. Zudem wurde im Verlauf der Interviews stellenweise wiederholt betont, dass Einstellungen, Sichtweisen und Erfahrungen der Interviewpartnerin im Vordergrund stehen und nicht die Perspektive der Forscherin. Durch diese offene Gesprächsführung ist es schließlich gelungen, zu einem großen Anteil Bedeutungsstrukturierungen der befragten Familienhebammen zu erfassen.

Ableiten lässt sich, dass einige Familienhebammen das Interview nutzten, um umfassend über ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu berichten, während andere sich eher zögerlich äußerten. Systematische Unterschiede zwischen Familienhebammen, die ihre Arbeit in Anbindung an die Jugendhilfe ausführen und Familienhebammen, die an einen Freien Träger angegliedert sind, lassen sich aus den Interviews hinsichtlich der gezeigten Offenheit der Interviewpartnerinnen nicht ableiten.

Mit dieser Vorgehensweise wurde nicht angestrebt, repräsentative Ergebnisse zu ausgewählten Aspekten des untersuchten Gegenstandsbereichs zu erhalten. Ziel war es, Aufschluss über bislang wenig bekannte Details der Arbeit von Familienhebammen – nämlich Einblick in deren subjektive und den Betreuungsprozess prägende Vorstellungen von Qualität in zwei exemplarisch ausgewählten Regionen – zu erhalten. Die Auswahl der an der Studie teilnehmenden Familienhebammen orientierte sich an einigen ausgewählten Strategien der Grounded Theory Methodology (Strauss & Corbin 1996). Demnach erfolgte die Auswahl der in die Studie einzubeziehenden Familienhebammen entlang theoretischer Kriterien (theoretical sampling). So wurde im Verlauf der Datenerhebung und auf Grundlage erster Auswertungsschritte entschieden, welche Familienhebamme mög-

lichst als nächste befragt werden sollten. Angestrebt wurde durch diese Vorgehensweise das Erreichen einer theoretischen Sättigung (theoretical saturation) die vorliegt, wenn davon auszugehen ist, dass auch die Einbeziehung weiterer Daten keine zusätzlichen Phänomene aufdecken würde (vgl. Flick 1996).

## 4.2 Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten orientierte sich an Empfehlungen zur Auswertung qualitativer Daten von Witzel (2000). Unterstützt wurde die Datenauswertung durch die Software MAX-QDA für qualitative Daten.

Als Grundlage für die Auswertungsarbeit nennt Witzel (2000) die Fallanalyse auf Basis der vollständig transkribierten Interviews. Dabei reflektierte die Forscherin zunächst Satz für Satz aus einer gewissen Distanz. Der Text wurde hierbei markiert und mit Stichworten aus dem Leitfaden und neuen Begrifflichkeiten aus dem Text versehen. Auf Grundlage dieser Markierungen wurde zunehmend ein Kodieraster entwickelt, so dass Querverbindungen zwischen verschiedenen Textstellen und Transkripten hergestellt werden konnten. Zudem erfolgt eine analytische Zuordnung gefundener thematischer Auffälligkeiten zu „In-vivo-codes“, die in Form von Memos (Strauss & Corbin 1996) festgehalten wurden. Im Anschluss daran wurde zu besonders prägnant erscheinenden Fällen eine Falldarstellung oder biographische Chronologie erstellt, um sich mit dem Einzelfall vertraut zu machen. Diese Falldarstellungen wurden im Rahmen der weiteren Auswertung in einen Gesamtzusammenhang eingeordnet und erleichterten zunehmend den Einstieg in die weiterführenden Analyseschritte. Ergänzend enthalten die Falldarstellungen Kommentare der Forscherin über die Beschaffenheit des vorliegenden Interviews, die Besonderheiten des Falls, interpretative Unsicherheiten, außergewöhnliche Ereignisse und methodische Fehler. Fallspezifisch wurden zentrale Themen zu prägnanten Aussagen verdichtet und mit den Originaltextstellen, Paraphrasierungen und analytischen Aussagen in Verbindung gebracht. Durch kontrastierenden Fallvergleich wurden fallübergreifend zentrale Themen herausgearbeitet (Witzel 2000).

## 5 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der im Rahmen der Datenauswertung gebildeten Kategorien. Diese wurden sowohl deduktiv, d.h. durch die Orientierung an dem Interviewleitfaden, als auch induktiv, d.h. aus dem direkten Interviewmaterial heraus, gebildet. Die aufgeführten Interviewzitate zeigen die empirische Verankerung in den Originaldaten (vgl. hierzu die Gütekriterien von Steinke 2005). Dabei spiegeln sie nicht (nur) Aussagen einzelner Interviewpartnerinnen wider, sondern sind als Beispiele für die gebildeten Kategorien zu betrachten, mit dem Ziel, den Interpretationsvorgang nachvollziehbar darzustellen.

### 5.1 Personale Aspekte und Vorstellungen zu Zielen der Arbeit

Persönliche Motive zur Arbeit als Familienhebamme werden in den subjektiven Qualitätskonzepten der Familienhebammen als wesentlich für die Gestaltung der

Betreuungsprozesse betrachtet. Sie sind entsprechend des eingangs aufgeführten Qualitätsverständnisses als ein Strukturkriterium zu betrachten, das den persönlichen Rahmen der Arbeit als Familienhebammen aufzeigt. In diesem Zusammenhang werden Motive zur Arbeit als Familienhebamme, individuelle Vorlieben und Prioritäten, Vorstellungen zur eigenen Rolle und zu Aufgaben im System Früher Hilfen sowie Vorstellungen zu Zielen der Arbeit als strukturelle Qualitätskriterien auf Seiten der Familienhebamme beleuchtet.

### 5.1.1 Eigene Motive zur Arbeit als Familienhebamme

Befragt nach individuellen Motiven zur Übernahme der Arbeit als Familienhebamme werden unterschiedliche Aspekte genannt, die sich in Interesse an sozialen Aspekten der Arbeit mit (werdenden) Eltern, in die Suche nach einem neuen Aufgabenbereich aufgrund persönlicher Veränderungen der Lebenssituation oder dem Wunsch nach einer beruflichen Weiterentwicklung sowie in Möglichkeiten einer ergänzenden sicheren Einnahmequelle untergliedern lassen.

Das Interesse an der verstärkten Auseinandersetzung mit sozialen Aspekten beschreibt eine Familienhebamme aus dem Erleben ihrer beruflichen Tätigkeit heraus:

*Aus der Situation heraus, in Familien tätig gewesen zu sein, die mehr Bedarf angezeigt haben, aus der vielfältigen Betreuung von bedürftigen Familien wie Asylbewerber, wie (...) sozial schwache Frauen, (...) dann (...) aus der Situation heraus, (...) neues Tätigkeitsfeld (...) mit zu entwickeln, mitzugestalten, (...) (J 01, 13).*

Einen weiteren Auslöser zur Entscheidung für die Arbeit als Familienhebamme stellt zudem die Suche nach einem neuen Aufgabenbereich dar, z.B. im Anschluss an die Elternphase oder nach einem Ortswechsel:

*(...) schwierig, (Jahr) sind wir nach (Wohnort der Befragten) gezogen (...) aus (...) privaten Hintergrund, ich (...) wollte gerne in (Wohnort der Befragten) als Beleghebamme arbeiten (...) die suchen (...) ständig Familienhebammen und wenn ich so (...) einsteigen würde, wäre das die richtige Ansprechpartnerin, da ich (...) bereits (...) mit dem Jugendamt zusammengearbeitet habe, was relativ gut lief, habe ich das (...) gemacht (J 02, 11).*

Auch wird die Suche nach einer neuen Herausforderung im Zusammenhang mit der Reflexion des bisherigen Berufslebens erwähnt:

*(...) dass man (...) seine berufliche Entwicklung überdenkt, dass es da Veränderungen (...) geben sollte, dass man vom Alter (...) denkt, (...) eine kleine andere Richtung einzuschlagen (...) (FT 01, 15).*

Genannt wird darüber hinaus die Möglichkeit, durch die Arbeit als Familienhebamme eine weitere sichere Einnahmequelle als freiberufliche Hebamme zu erhalten und auf diese Weise eine Alternative zur Angestelltentätigkeit in einer Klinik zu nutzen, als ein Motiv, wenn auch nicht als das einzige Motiv, zur Übernahme der Arbeit als Familienhebamme:

*(...) das war (...) auch noch (...) eine Sicherung für ein zweites Standbein, (...) eine sichere Einnahmequelle (...) war schon (...) ein Grund mit (...) (FT 01, 16)*

### 5.1.2 Eigene Vorlieben und Prioritäten

Bei der Reflexion der Vorlieben und Prioritäten werden aus der Perspektive der Familienhebammen unterschiedliche Aspekte deutlich. Hervorgehoben wird beispielsweise die mit der länger andauernden Betreuungszeit einhergehende Möglichkeit, auch langfristige Ziele anstreben zu können. Erwähnt wird in diesem Zusammenhang z.B. die Förderung der Mutter-Kind-Bindung sowie die Unterstützung beim Ausbau sozialer Netzwerke. Eine Familienhebamme drückt dies aus:

*(...) die lang andauernde Betreuung (...) das größere Wissen, besseren Umgang (...) über (...) Netzwerke, über (...) Möglichkeiten, über Informationen, (...) dass (...) ich (...) merke, Augenmerk auf die Bindung zwischen Mutter und Kind habe, Aufbau von Netzwerken (...) für die junge Familie (J 01, 23-39).*

Auch die mit der längeren zur Verfügung stehenden Zeit einhergehenden weiteren Möglichkeiten der Förderung der Selbstständigkeit in den Familien werden beschrieben:

*(...) ich packe an, aber spätestens nach dem (...) das Größte (...) läuft, dass man sagt, (...) ab jetzt kann man weiter arbeiten, arbeite ich mit der Familie (...) ganz anders, ich versuche meine Familien nicht daran zu gewöhnen dass ich da bin, nicht von mir abhängig zu machen, ich versuche (...) diese Selbsthilfe Motivation in der jeweiligen Lebenswelt zu aktivieren (J 02, 50-55).*

Eine andere Familienhebamme beschreibt dies wie folgt:

*(...) Den Frauen (...) ein bisschen Sicherheit zu geben und denen (...) Mut zu machen, raus zu gehen, und sich Hilfe zu holen (FT 02, 59-64).*

Geschätzt werden die Vielfältigkeit in der Arbeit und der Erhalt von Anerkennung:

*(...) die Vielfältigkeit (...) also meistens wenn es gut läuft tatsächlich wenn ich wirklich auch was zurückbekomme, dass ich einfach auch angesehene Fachkraft bin (FT 01, 45-49).*

Von Seiten der Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, werden positive Reaktionen durch das Umfeld betont. So wird auf das Fehlen einer Stigmatisierung hingewiesen, insbesondere dann, wenn die Familienhebamme die Familie bereits in ihrer Funktion als Hebamme betreut hat:

*(...) was ich eigentlich schätze, is dass, (...) das praktisch' n fließender Übergang is. Nicht (...) was Extrares, (...) da kommt die Hebamme zur Nachsorge (...). Und ob die Hebamme dann ein bisschen häufiger kommt und in den Wochen und Monaten später dann noch mal alle 14 Tage oder so. Das (...) wird von der Umwelt sehr positiv wahrgenommen und das*

*finde ich, is das Besondere, dass sie (...) nich (...) gekennzeichnet werden: (...) die kriegen' s nicht hin (...) da muss jemand kommen. (...) (FT 04, 60-73).*

Die Familienhebammen des Freien Trägers betonen zudem explizit die für sie positiven Rahmenbedingungen:

*(...) ich hab hier meinen Vertrag, (...) ich bekomme (...) regelmäßig mein Geld. Ich finde, dass wir jetzt hier im Rahmen unserer Tätigkeit (...) gut bezahlt werden und das ist für mich, (...) ein Punkt zu sagen, ich kann es (...) weitermachen. Dadurch, dass es (...) gut läuft und dass (...) von Seiten meines Arbeitgebers, (...) sehr gute Voraussetzungen geschaffen sind (FT 03, 126-136).*

Systematische Unterschiede in den inhaltlichen Vorlieben und Prioritäten der eigenen Arbeit zeigen sich im Vergleich zwischen direkter Angliederung an den Jugendhilfebereich und Angliederung an den Freien Träger nicht. Allerdings werden die Anerkennung von Außenstehenden und die fehlende Stigmatisierung aufgrund des Besuchs einer Familienhebamme sowie die Rahmenbedingungen der Arbeit ausschließlich von den Familienhebammen genannt, die einem Freien Träger angegliedert sind.

### **5.1.3 Vorstellungen zur eigenen Rolle und zu Aufgabenbereichen im System Früher Hilfen**

Die eigene Rolle der Familienhebamme im Unterschied zu anderen Helferinnen und Helfern im System Früher Hilfen wird vor anderen Aufgabenbereichen über die Zuständigkeit für den medizinischen Bereich und die Konzentration auf die Gesundheit von Mutter und Kind definiert:

*(...) ich komme (...) aus dem medizinischen Bereich und werde (...) da auch immer (...) den Ursprung haben, (...) wie ist die Ernährung, (...) die Hygiene der Familie in der Wohnung, wie geht es dem Kind (...) wie ist die Mutter medizinisch aufgestellt. (...) darüber hinaus medizinisch sozial (...) (...) stimmt, (...) auch das Geld (...) dass die Frau / Familie sich (...) gut (...) aufstellen kann, (...) wie kann sie [sich] das leisten, was ich empfehle, (...) Was kann ich ihr wo zu Gute kommen lassen (J 01, 248-261).*

Darüber hinaus wird die Stärkung der Mutter-Kind-Bindung angestrebt:

*(...) Gesundheitsprävention ist (...) das, was man sich als Familienhebamme (...) wünscht aber häufig ist das auch (...) Begleitung zu Ärzten, (...) Frauenarzt oder Kinderarzt später, Hilfe bei der Wahl des Geburtsortes, Gestaltung des Wochenbettes, (...) Suche einer Nachsorge-Hebamme (...) Blick der Mutter-Kind-Bindung zu schärfen, mit den Frauen zu gucken wie die Babys reagieren, welche bestimmten Mimiken, Gesten (...) jüngere Mütter oder bei Erstgebärenden die sind da (...) zurückhaltend (J 02, 331-337).*

Auch die Begleitung der Familienhebamme zu Akteuren im Gesundheitsbereich (s.o.) sowie im Sozialbereich wird als typischer Aufgabenbereich betrachtet:

*(...) Begleitung bei den Amtsgängen ist manchmal auch dabei, Beantragung von Geldern, Antragstellung solche Sachen (J 02, 338-340).*

Weitere Aufgabenbereiche werden im Zusammenhang mit der Unterstützung der Alltagsgestaltung und Unterstützung beim Ausbau eigener Netzwerke der Klientinnen beschrieben:

*(...) Partnerschaft was die neue Entwicklung mit dem Kind, (...) wie entwickelt sich das Leben für die Frau mit diesem Kind, (...) Belastung (...) durch nächtliche (...) Störungen, dass man (...) nicht so schlafen kann, das ist (...) für alle Frauen belastend, aber für diese speziellen Frauen noch ein bisschen einschneidender (...) was können wir weitermachen, wo kann man einen Kurs machen, Babymassage, dass man in die Welt (...) geht. (...) versuche (...) dass sie (...) Kontakte knüpfen mit anderen Frauen, (...) einen Termin haben (...) ist (...) eine (...) größere Herausforderung. (...) finanzielle Situationen sind (...) immer eine Frage (...) (FT 02, 246-281).*

Angesprochen werden in diesem Zusammenhang Überschneidungen der Familienhebammentätigkeit mit den Aufgabenbereichen, die die Familienhebamme in ihrer Funktion als Hebammen in den Familien übernimmt:

*(...) in der Familienhebammentätigkeit überschneidet sich das (...) da habe ich gelernt, dass die Termine .... (...) mehr Zeit gebrauchen, weil ich vielmehr Themen habe, die ich ansprechen muss (...) ich komme als normale Hebamme und dann werde ich Familienhebamme (...) dann schaue ich einfach wie dringend sind die Besuche, wie häufig ist das notwendig, (...) (FT 02, 246-251).*

Überscheidungen mit bzw. Abgrenzungen gegenüber anderen Helferinnen im System Früher Hilfen werden ebenfalls erwähnt:

*(...) mein Fokus ist das Kind. (...) das is beim Kinderarzt auch so. (...) aber (...) ich guck (...) ein bisschen anders (...) als eine Familienhilfe. (...) hinzukommt (...) dass man (...) versucht (...) als Familienhebamme so' bisschen, (...) Struktur oder Koordination in dieses (...) Helfersystem (...) rein zu bringen (...) Dass man (...) den Überblick behält (...) dass man weiß, (...) das steht für dich (...) (FT 03, 954-970).*

Aus der Perspektive dieser Familienhebamme, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeitet, lässt sich ein Aufgabenbereich im Zusammenhang mit der Übernahme von Koordinierungsaufgaben ableiten. Dabei bezieht sich die Interviewpartnerin sowohl auf den Gesundheitsbereich, als auch auf den Jugendhilfebereich.

#### **5.1.4 Vorstellungen zu Zielen der Arbeit als Familienhebamme**

Entsprechend der Aufgabenschwerpunkte beziehen sich auch Ziele, die Familienhebammen mit ihrer Arbeit verfolgen, auf die Unterstützung der Gesundheit in den Familien sowie die Herstellung einer stabilen Mutter-Vater-Kind-Beziehung:

*(...) ich möchte eine stabile Beziehung zwischen Mutter und Kind und Vater erreichen, (...) ich möchte dem Kind (...) einen guten Start (...) ermög-*

*lichen, ich möchte eine Gesundheitsfürsorge für das Kind erreichen, (...) von Ernährung über Hygiene (J 01, 164-168).*

Angestrebt wird zudem, dass die Familie zum Ende der Betreuung unabhängig ist von Hilfen bzw. in der Lage ist, selbständig erforderliche Hilfen in Anspruch zu nehmen:

*(...) Ziel ist tatsächlich (...) die Familien in diesem einem Jahr so zu unterstützen dass sie (...) nach diesem Jahr keine Hilfe mehr benötigen aber wenn das nicht erreicht werden kann, dass sie zu mindestens bereit sind weitere Hilfe anzunehmen, wie auch immer (J 02, 371-375).*

Als ein weiteres Ziel, das Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, nicht benennen, sprechen die in Anbindung an das Jugendamt tätigen Familienhebammen das Vorliegen eines Konzeptes zur Erziehung an:

*(...) vielleicht bis hin zu Erziehungsfragen eine Stütze dar ist und dass die Stütze nicht nur als Stütze gesehen wird sondern wirklich auch als erarbeitetes Konzept für die Familie (...). (J 01, 168-170).*

Im Zusammenhang mit dem kindlichen Aufwachsen in der Familie wird betont, dass es hilfreich sein kann, Eltern auf die Freude, die mit Kleinkindern einhergehen kann, hinzuweisen:

*(...) gut vermitteln kann, natürlich ist es anstrengend, es macht Arbeit mit einem Kleinkind, aber dass man auch ganz, ganz viel zurück bekommt und dass (...) man sich nicht nur zurücknehmen muss, dass man sich nicht nur hintenanstellen muss, sondern dass Kinder natürlich auch ganz, ganz viel Freude und Spaß bringen (FT 03, 743-748).*

## **5.2 Vorstellungen zu erforderlichen Rahmenbedingungen**

Strukturen und Rahmenbedingungen der Arbeit der Familienhebammen im Rahmen dieser Studie sind massgeblich durch die Anbindung oder Angliederung an den Freien Träger bzw. das Jugendamt beeinflusst. Als weiteres Strukturkriterium wurde zudem das Vorliegen einer Dokumentation sowie die Erfüllung der Dokumentationspflicht betrachtet.

### **5.2.1 Strukturelle Angliederung und Verortung im System Früher Hilfen**

Ein wesentliches Kriterium, das für die Qualität der Arbeit als Familienhebamme ausschlaggebend ist, ist die Angliederung oder Anbindung bzw. Verortung ihrer Stelle an einen Auftraggeber zu betrachten. Im Rahmen der vorliegenden Studie sind Familienhebammen befragt worden, die entweder in Angliederung an den Jugendhilfebereich oder in Anbindung an einen Freien Träger als Familienhebamme arbeiten. Die Analyse der Interviews zeigt deutliche Unterschiede im Kontakt zum jeweiligen Auftraggeber. Während der Kontakt zum Auftraggeber Jugendamt als eher distanziert erlebt wird:



*(...) Jugendamt ist der Auftraggeber und (...) die Bedingungen sind eher distanziert (...) arbeitstechnisch (...) (J 01.89-90).*

schildern Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, die mit diesen Strukturen einhergehenden Arbeitsbedingungen positiv:

*(...) was ich jetzt hier über meine (...) Anbindung an den [Freien Träger, Anmerk. Verfasserin] sagen kann, ist das für mich alles (...) sehr gut (FT 03, 571-573).*

Positiv hervorgehoben werden in diesem Zusammenhang u.a. das Vorhandensein eines geregelten Rahmens, die Möglichkeit, sich im Team mit anderen Familienhebammen austauschen zu können oder auch die durch den Freien Träger angebotene Unterstützung:

*(...) der Träger (...) gibt uns (...) einen Rahmen, den ich als sehr positiv erlebe. (...) wir haben (...) Ansprechpartner, Austausch, (...) sind nicht (...) Einzelkämpfer, (...) Supervisionen, Fallbesprechung (...) wichtig gerade in kritischen (...) Situationen (...) (FT 04, 551-593).*

Kritisch reflektieren Familienhebammen, die in Angliederung an die Jugendhilfe arbeiten, ihre Arbeitsbedingungen:

*(...) nichts was man dauerhaft so lassen kann (...) man wird als Hebamme (...) ausgenutzt, (...) manche sind (...) froh (...) da geht (...) eine Familienhebamme hin, sie wird sich schon melden. Man spielt die Feuerwehr, vor Feiertagen, nach dem Feierabend, (...) rufen sie mit wehenden Fahnen ne Familienhebamme an. (...) distanzieren, weil das (...) meinen Vorstellungen von Familienhebammenarbeit (...) nicht entspricht, (...) Frühe Hilfen ganz klar, Prävention ja, Gesundheitsförderung ja, Mutter Kind Bindung ja, Feuerwehr nein, es gibt Sozialpädagogen, die haben es gelernt (J 02, 205-237).*

Die Arbeitsbedingen als Familienhebamme unterscheiden sich von den bereits bekannten Arbeitsbedingungen der Freiberuflichkeit. Diese Unterschiede betonen insbesondere die Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten:

*(...) gerade als Familienhebamme (...) erlebe ich den totalen Komfort, (...) in schwierigen Situationen (...) mich sichere und (...) meine Psychohygiene betreibe. (...) bin (...) als Familienhebamme (...) super aufgestellt, besser als (...) als Hebamme (FT 06, 151-159).*

Familienhebammen, die in Angliederung an die Jugendhilfe arbeiten, weisen auf Unsicherheiten im Umgang mit der Schweigepflicht hin und betonen in diesem Zusammenhang den Wunsch einer strukturellen Anbindung an den Gesundheitsbereich:

*(...) ich hab einfach das Problem, (...) mit meiner (...) Schweigepflicht, weil ich das NICHT für ausreichend halte, so'ne ... allgemein gültige Schweigepflichtsentbindung zu Beginn der Arbeit (...) zu bekommen (...) das is für mich (...) nur ne Schweigepflichtsentbindung für Situationen, wenn ich (...) mit dem Kinderarzt (...) mit der Beratungsstelle sprechen muss (...) für alle anderen Situationen brauche ich WIEder ne Schweigepflichtsentbindung.*

*(...) ich würd lieber beim Gesundheitsamt (...) arbeiten als Familienhebamme (J 02, 503-513).*

Geschildert wird auch, wie Familienhebammen die Integration in den Jugendhilfebereich wahrgenommen haben:

*(...) waren (...) unterstützend, (...) es wurde versucht (...) das Ganze zu verbessern, (...) als ich eingestellt wurde, hab (...) ich gedacht, (...) ich wäre ein Team mit den Sozialpädagoginnen (...) is nicht (...) gewesen, (...) es lief (...) so, dass wir die Honorarkräfte waren und (...) Sozialpädagogen (...) die Auftraggeber sind, (...) und wir können die annehmen oder ablehnen, (...) konnten immer anrufen (...) Bürozeit. (...) ich weiß (...) wo der Auftrag der Familienhebamme is, (...) nicht in der Kontrollfunktion, (...) aber das is (...) im (...) konkreten Fall dann manchmal (...) schwierig. (...) was ich (...) wichtig finde, dass man (...) im Team arbeitet (...)* (J 05, 226-298).

### 5.2.2 Stellenwert der Dokumentation

Als ein weiteres Strukturkriterium, das Aufschluss über Vorstellungen von Qualität der Arbeit geben kann, ist das Vorliegen einer Dokumentation anzusehen. Die Schilderungen der Familienhebammen im Zusammenhang mit der Dokumentation beziehen sich auf Vorstellungen zum Nutzen der Dokumentation und Beschreibungen zum Vorgehen. Dabei spielt sowohl die Einbeziehung der Frau bzw. Familie eine Rolle als auch die Orientierung an vorgegebenen Dokumentationsmaterialien.

Der Nutzen der Dokumentation für die Familienhebamme ist vielfältig. So dient diese z.B. der Reflexion der eigenen Arbeit:

*(...) ich muss mich immer wieder reflektieren, (...) an meine Arbeit wieder ran begeben, muss dokumentieren was ich nicht oder ja gemacht habe, (...) hilft (...) mir schon, mit der Arbeit dann auch wieder zurecht zu kommen* (J 01, 101-106).

Auch dient die Dokumentation der transparenten Darstellung des eigenen Handelns, um sich abzusichern:

*(...) ich dokumentiere teils bei der Familie (...) stickpunktmäßig, (...) nochmal (...) bei schwierigeren Geschichten zu Hause, zusätzlich (...) gebe ich (...) in meine Akte für diese spezielle Familie (...) ein Zusatzblatt (...) rein (...) Um auch mich selber abzusichern, ich möchte klar und deutlich haben, was ich arbeite um meine Arbeit darzustellen und ich muss auch dokumentieren (...) bei schwierigen Geschichten, bei Grenzfällen (...) wie ich agiere, mit wem ich Rücksprache genommen habe (...) auch das wird dokumentiert* (J 01, 200-209).

Der Nutzen der Dokumentation in diesem Zusammenhang ist auch die Betrachtung eines längeren Prozesses durch transparente Darstellung der Beobachtungen:

*(...) ich war im Urlaub (...) und das Jugendamt hat (...) eine Inobhutnahme gemacht, (...) gut (...) sich seine Dokumentation zu Rate zu ziehen (...)* ge-

*rad wenn man ins Gespräch mit andern Institutionen kommt und sagen kann, hier ich bin schon 10 oder 12 mal da gewesen und es is bei keinem Termin irgendetwas auffällig gewesen. (...) (FT 05, 668-687).*

Darüber hinaus wird der Nutzen der Dokumentation in der Vereinfachung des Erstellens der Abrechnung gesehen:

*(...) die Dokumentation is für mich auch (...) Grundlage der Abrechnung (FT03, 876-880).*

Ihre Vorgehensweisen zur Erstellung der Dokumentation beschreibt beispielsweise eine Familienhebamme:

*Ich habe ein drei, vier Stufen Dokumentationssystem, ich gehe aus der Familie raus und diktire alle was wir besprochen haben (...) was (...) das [Smartphone, Anmerk. Verfasserin] wandelt das in Text um und schickt mir das (...). Das wiederum binde ich in ein Dokument ein, (...) dann gibt es einen dreimonatigen Abriss für das Jugendamt (J 02, 386-396).*

Deutlich wird, dass Familienhebammen stellenweise bewusst davon Abstand nehmen, die Dokumentation im direkten Betreuungskontakt zu erstellen:

*(...) oft dokumentiere ich hinterher, weil (...) das Schreiben in verschiedenen Situationen schwierig ist, manchmal erkläre ich (...), dass ich mir Notizen mache, dass ich das nächste Mal nicht schon wieder frage. (...) (FT 01, 374-376).*

Diese Zurückhaltung im Zusammenhang mit dem Dokumentieren in den Familien wird begründet:

*(...) in der Regel, nehm ich mir (...) einen Notizblock mit und einen Zettel und schreib, während unseres Gespräches, (...) mit, sag (...) den Frauen (...), dass ich mir Notizen mache und dass ich es mir hinterher auch aufschreibe, (...) weil ich mehrere Familien betreue und nicht alles merken kann. (...) in den seltensten Fällen nehme ich die Mappen schon direkt mit in den in den Erstkontakt hinEIN, weil das hat gleich (...) sowas Offizielles, sowas Amtliches. (...) wenn ich (...) zu Hause bin, (...) fülle meine Bogen aus (...) (FT 05, 652-664).*

Im Unterschied dazu wird auch beschrieben, dass die Dokumentation möglichst direkt im Rahmen des Kontakts mit den Familien geführt wird, sodass diese Einblick in die Dokumentation nehmen können:

*(...) die Eltern sehen (...) meine Dokumentation (...) ich dokumentiere den größten Teil immer (...) direkt mit bei meinem Besuch. (...) Daten zum Kind sowieso (...) ich hefte mir (...) Blankoblätter mit rein (...), wenn ich (...) zu Hause bin und (...) hab (...) Telefonate zu führen (...) das dokumentiere ich (...) möglich zeitnah (...) (FT 03, 861-875).*

Den Familienhebammen, die in Angliederung an den Freien Träger arbeiten, wird für die Dokumentation ein einheitliches Dokumentationssystem zur Verfügung gestellt:

*(...) ich dokumentiere, (...) mit der Mappe aus (Stadt, Herausgeber), (...) die ist (...) sehr umfangreich (...) man muss (...) sehr viel dokumentieren*

*(...) wir haben (...) eine viertel Stunde Zeit (...) wird berechnet vom [Freien Träger] (...) ist (...) wenig, (...) in erster Linie, dokumentiere ich frei (...) ich glaube, dass ich das viel intensiver mache als viele andere, (...) das Wichtige ist wichtig und (...) es gibt auch einiges, was man nicht (...) aufschreiben muss. (...) mein Ziel ist (...) dass ich das im Nachhinein gut nachvollziehen kann, (...) was ist wenn was ist (FT 02, 372-389).*

### **5.3 Stellenwert von Kooperation und berufsgruppenübergreifenden Zielen**

Wie bereits im Zusammenhang mit der strukturellen Angliederung der Familienhebammen deutlich wurde, fühlen sich die Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, in ein Team aus Familienhebammen integriert, dessen Arbeit durch eine Sozialarbeiterin koordiniert und begleitet wird. Da auf Erfahrungen in diesem Zusammenhang bereits an anderer Stelle eingegangen wurde, bezieht sich die Darstellung der Ergebnisse zur Kooperation an dieser Stelle in erster Linie auf die Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppen. Dabei gehen die Familienhebammen auf ihre wichtigsten Ansprechpersonen, Regelungen und Formen des berufsgruppenübergreifenden Austauschs sowie ihre Einstellungen zum Festlegen Berufsgruppen übergreifender Ziele ein.

#### **5.3.1 Ansprechpartner**

Als wichtigste Ansprechpartner, mit denen im System Früher Hilfen zusammengearbeitet wird, geben die in Angliederung an die Jugendhilfe arbeitenden Familienhebammen die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe, also die Sozialarbeiter, an:

*(...) man kann eigentlich pauschal sagen das ist der Allgemeine Soziale Dienst im Jugendamt, weil der bündelt (...) alles (...) (J 02, 400-402)*

Dabei differenzieren die befragten Familienhebammen zudem hinsichtlich der jeweiligen Problematik, die in den Familien vorzufinden ist. Weitere Differenzierungen finden sich bei den Familienhebammen, die in Angliederung an den Freien Träger arbeiten. Sie hängen auch von einer ergänzenden oder fehlenden Einbettung der Familien in das System Früher Hilfe ab:

*(...) wenn das (...) eine Familie ist, die vom Jugendamt betreut ist, die eine SPFH hat, dann (...) ist die SPFH die wichtigsten Ansprechpartner (...) individuell unterschiedlich, wobei ich (...) überwiegend positive Erfahrung gemacht habe, (...) sonst der Kinderarzt (...) (FT 01, 394-404).*

Deutlich wird, dass die direkte Ansprechperson hier die Sozialarbeiterin ist, die die Erziehungshilfe übernimmt, wohingegen bei den Familienhebammen in direkter Anbindung an das Jugendamt Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des ASD als übergeordnete Ebene genannt werden. Als wichtigste Ansprechperson wird von den Familienhebammen, die in Angliederung an den Freien Träger arbeiten, zudem die Koordinatorin des Freien Trägers genannt.

*(...) eine andere Berufsgruppe wäre da zum Beispiel auch meine Koordinatorin zum Beispiel, sie ist Kinder- und Jugendpsychologin, das ist für mich ganz wertvoll, das sind die Kolleginnen, die eben Erfahrung haben (FT 02, 393-396).*

### **5.3.2 Regeln und Formen des Berufsgruppen übergreifenden Austausches**

Regelungen zu Möglichkeiten eines systematischen Austausches mit Angehörigen anderer Berufsgruppen geben Einblick in die Gestaltung der Berufsgruppen übergreifenden Kooperation. Auf die Frage, inwieweit regelmäßig Besprechungen mit den an der Begleitung einer Familie beteiligten Akteuren stattfinden, äußert eine Familienhebamme z.B.:

*(...) NEIN! Nur (...) wenn es eingefordert wird, (...) Hilfeplangespräche (...) wenn sie eingefordert werden (...) nicht regelmäßig, (...) in Zukunft soll es gar nicht mehr vorkommen I: (...) darüber hinaus Möglichkeiten zum interdisziplinären Austausch? (...) FamHeb: nee (...). (J 01, 222-233).*

Im Unterschied dazu werden andere Formen des Austausches beschrieben:

*(...) immer anrufen (...) da sind auch andere Berufsgruppen sehr offen, (...) hohes Ansehen (...) wenn Baby da ist, ist Familienhebamme (...) gern gesehene Hilfe (...) man schließt sich per Telefon kurz (J 02, 415-417).*

Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, schildern im Austausch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen ähnliche Erfahrungen. So erfolgen in einzelnen Fällen regelmäßige Besprechungen, darüber hinaus wird auch hier die meist unkomplizierte kurzfristige Rücksprache geschildert:

*(...) Das ist (...) unterschiedlich, es gibt (...) Fälle wo wir uns als Helfer immer wieder zusammengesetzt haben, (...) wenn es (...) brenzlich war (...) wir als Helfer gesehen haben (...) und der Jugendamt-Betreuer das (...) nicht (...) wahrgenommen hat (...) klar (...) machen, dass man (...) an einem Strang zieht, das findet immer mal wieder statt, sonst (...) eher kurze Telefonate (...) Ich habe das und das vorgefunden (...) wie ist es mit dir I: (...) andere Möglichkeiten (...) FamHeb: Nee, (...) festgesetzte Geschichten nicht. Hilfeplangespräche, aber das ist kein Austausch (FT 01, 407-421)*

Hier lässt sich ein Unterschied zwischen den Helferinnen oder Helfern in den Familien sowie den übergeordneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ableiten, der sich aus den Äußerungen der Familienhebammen, die in direkter Angliederung an den Jugendhilfebereich arbeiten, nicht ableiten lässt.

Ebenfalls wird deutlich, dass Hilfeplangespräche aus Sicht der Familienhebammen nicht immer einen Austausch ermöglichen. Es scheint darüber hinaus jedoch auch weitere Gelegenheiten des berufsgruppenübergreifenden Austauschs zu geben, die vom festgestellten Bedarf in den Familien abhängen:

*(...) eine Frau (...) wo das Jugendamt mit in der Familie ist, (...) da haben wir uns schon mehrmals in der Familie getroffen und Überlegungen entwickelt, wie das jetzt laufen kann, (...) also immer mit der Familie gemein-*

*sam, (...) das find ich auch ganz wichtig, (...) die müssen (...) informiert sein (...) was da jetzt laufen muss und (...) wenn wir beiden da sitzen hat das (...) eine andere Qualität als wenn ich alleine kommen würde (FT 02, 408-417).*

Ähnlich wie diese Familienhebamme, schildert auch eine andere Familienhebamme ihre positiven Erfahrungen:

*(...) da kennt man die Menschen (...) hat sich (...) eingespielt, dass ich für das Medizinische (...) die Entwicklung des Kindes (...) die Ernährung des Kindes zuständig bin und dass die anderen, (...) sich (...) um den finanziellen Rahmen (...) Anträge (...) Schulden, (...) kompensieren wir uns (...) das ist (...) Erfahrung, dass man sich kennt und man weiß das klappt. (...) wenn es nicht so ist, dass man (...) zum Hörer greift (...), dass man dann die kurzen Wege nimmt (FT 01, 425-444).*

### **5.3.3 Stellenwert von Berufsgruppen übergreifenden Zielen**

Einer gemeinsamen, berufsgruppen übergreifenden Formulierung und Festlegung von Zielen stehen Familienhebammen skeptisch gegenüber:

*(...) da haben wir (...) mit dem Jugendamt gemeinsam Hilfeplangespräche geführt, Ziele gemeinsam vereinbart (...) geguckt, ob die verwirklicht werden können oder nicht, was dann ja Standard mäßig (...) erarbeitet [wurde], das ist n anderes Arbeiten, als wenn ich mit der Mutter, was wünschst du dir für unsere Zusammenarbeit, n Ziel ermittel. (...) mehrere Berufsgruppen (...) mehr (...) Standard (...) abgearbeitet, wenn ich alleine drin bin (...) ist (...) das Ziel beweglich (...) der Austausch einfach fließender (...) (FT 06, 939-950).*

Auch beschreiben Familienhebammen, dass ihnen die Abstimmung von Zielen mit anderen am Betreuungsprozess Beteiligten nicht immer leicht fällt:

*(...) ich möchte gerne so 'n bisschen Team fähiger sein (LACHT) und (...) besser netzwerkorientierter Arbeiten (...) können, (...) ich bin (...) mit der Familie, (...) Alleinkämpferin, das is etwas, (...) muss ich (...) mich (...) entwickeln (J 03, 716-723).*

Eine gemeinsame Abstimmung von Zielen, die die einzelnen Helferinnen und Helfer in den Familien mit den Familien erreichen wollen, hängt zudem mit der Form der Aufgabenteilung zwischen Familienhebamme und Mitarbeiterin der Jugendhilfe ab. Deutlich wird, dass Familienhebammen ihren Aufgabenbereich im Zusammenhang mit der ersten Zeit nach der Geburt sowie der Unterstützung einer gesunden Entwicklung von Mutter und Kind sehen. Gemeinsame Absprachen über Ziele in diesem Zusammenhang werden nicht als nötig erachtet:

*(...) Frau (...) nach Hause kommt (...) bin ich (...) jeden Tag da, mindestens einmal, sogar zweimal (...) ich gucke (...) was braucht die Frau (...) dann geht die intensive Zusammenarbeit (...) los (...) das Jugendamt will (...) aufpassen dass es dem Kind gut geht (...) ich (...) den engeren Kontakt (...) zu der Frau habe und (...) dass die Arbeit der Jugendamtsmitarbeiterin gar nicht so intensiv sein kann. Sie kann von oben gucken, (...) wie geht*

*es dem Kind, wobei ich (...) wohl (...) besser beurteilen kann (...) was ist (...) nötig (...) die Möglichkeit (...) wie ich die habe, die hat sie nicht (FT 02, 421-437).*

Zwar beschreiben Familienhebammen Formen, mit der Festlegung oder Abstimmung von Zielen umzugehen, deutlich hervorgehoben werden hierbei jedoch unterschiedliche Zielvorstellungen der unterschiedlichen Berufsgruppen:

*(...) schwierig, weil wir einfach unterschiedliche Ausgangsziele haben, (...) Sozialpädagogen haben (...) eine andere Vorstellung an die (...) Betreuungszeit (...) ich muss in einem Jahr möglichst viel erreichen (...) Sozialpädagogen sind da (...) langsamer, (...) länger Zeit (...) viel mehr abwarten (...) (J 02, 420-425).*

#### **5.4 Stellenwert der Partizipation mit Klientinnen und Familien**

Beschreibungen zur Gestaltung des Erstkontaktes, zum weiteren Verlauf der Betreuung, zur Festlegung von Zielen sowie zu Grenzen der Arbeit als Familienhebamme lassen darauf schließen, dass die Partizipation der Familie bzw. der Mutter für die befragten Familienhebammen einen hohen Stellenwert einnimmt. Dabei lassen die Schilderungen auf Unterschiede zwischen Familienhebammen, die ihre Tätigkeit in Angliederung an einen freien Träger und Familienhebammen, die in direkter Anbindung an das Jugendamt tätig werden, erkennen.

##### **5.4.1 Gestaltung des Erstkontakts**

Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, legen bei der Gestaltung des Erstkontaktes Wert auf Offenheit gegenüber der Klientin bzw. der Familie:

*(...) da gucke ich immer bedürfnisorientiert und versuche die Menschen da abzuholen, wo sie sind (...) unvoreingenommen und es kann auch sein, dass ich ne Akte vom Jugendamt hab, die interessiert mich dann nicht so wirklich, (...) taste ich mich langsam vor, stelle mich erst mal selber vor, frage ob ich mich erst vorstellen soll oder ob sie 'n bisschen was von sich erzählen wollen (...) (FT 06, 134).*

Im Unterschied dazu werden aus der Sichtweise der Familienhebammen, die im Auftrag des Jugendamts tätig werden, andere Schwerpunkte deutlich, die darauf schließen lassen, dass es wichtig erscheint, zunächst die Strukturen der Betreuung zu vermitteln:

*(...) frage die Anamnese (...) womöglich noch einmal ab (...) meine Vorstellung besteht (...) darauf, dass ich (...) aufmale (...) wie diese Fachstelle Kinderschutz, die mich ja anrufen und beauftragen und bezahlen, (...) eingebettet sind in diesem Jugendamt (...) ich daneben als freiberufliche Familienhebamme, (...) dass ich verpflichtet bin, (...) auch 'n Berichtswesen zurück zu geben (...). dass es (...) darum geht, sie in dieser Zeit zu begleiten, an ihrer Seite zu sein und dann individuell zu gucken, was braucht sie damit sie diesen Weg möglichst mit ihrem Kind positiv gehen kann. (...) Dass das eben keine Kontrolle ist (...) das ist so der Erstkontakt, lasse mir womöglich die Wohnung zeigen (J 01, 36).*

#### 5.4.2 Vorstellungen zur Beziehungsgestaltung im Betreuungsverlauf

Auch der weitere Verlauf der Kontakt- und Beziehungsgestaltung lässt einen hohen Stellenwert von Partizipation erkennen. Dabei ist es den befragten Familienhebammen wichtig, nicht an den Problemen der Familien anzusetzen. Bei genauerer Betrachtung lassen sich Unterschiede im Verständnis des Anknüpfens an positiven Aspekten erkennen. So schildern Familienhebammen, die als freiberufliche Hebamme über einen Freien Träger arbeiten, ein vorsichtiges und langsames Vorgehen, mit dem Ziel, zunächst eine positive Beziehung herzustellen:

*(...) man versucht es ja immer langsam anzulaufen und was eben auch wichtig ist, man nicht alles immer negativ schildert. Auch wenn man es persönlich (...) denkt oh Gott, oh Gott, oh Gott, (...) dass man (...) der Mutter auch Komplimente macht (...) Lob ausspricht (...) was haben Sie für ein niedliches Baby (...) man versucht (...) mit dem Fuß in der Tür zu bleiben und (...) dass man sich langsam antastet an die Probleme (FT 03, 179).*

Familienhebammen, die freiberuflich im Auftrag des Jugendamts tätig werden, legen im Unterschied dazu auch Wert auf die positive Beschreibung der Entwicklung des Kindes und beziehen in ihre Kontaktgestaltung gleichermaßen die Situation in der Familie mit ein:

*Und das hab ich (...) immer versucht (...) dass man wirklich guckt, was läuft denn hier gut und wenn man so einsteigt irgendwie und erst mal das so quasi aufzählt oder der Frau sagt, Mensch, das ist ja klasse, was du da machst.(...). Und (...) das (...) Baby ist (...) toll entwickelt (J 05, 565).*

#### 5.4.3 Festlegung von Zielen

Zur Festlegung von Zielen äußern sich in erster Linie die Familienhebammen, die in direkter Angliederung an den Jugendhilfebereich arbeiten. Sie beschreiben ihre Einschätzung zu Möglichkeiten der Beteiligung der Klientin:

*(...) das gelingt zum Teil, wo Ziele erarbeitet werden, kleinschrittig, wo Ziele (...) sei es (...) Nahrung zubereiten, sei es, andere (...) Lebensmittel im Kühlschrank stehen zu haben (SCHMUNZELT) sei es die Bekleidung des Kindes (...) es ist kleinschrittig (...) abhängig davon was für eine Frau, was für eine Familien ich da vor mir habe, wieweit die bereit sind, sich darauf einzulassen, so, es gibt Informationsmaterial das ich weitergebe, es gibt (...) Kurse, die ich empfehle, wo Familien sich auch Unterstützung (...) holen können, und manche sind da sehr dankbar und andere sagen, nee, danke schön, ich weiß schon alles (J 01, 173-183).*

Deutlich wird, dass die Festlegung von Zielen mit kleinen, zu erreichenden Verhaltensänderungen gleichgesetzt wird, die sich auf die Bewältigung des Alltags beziehen. Geschildert wird auch, dass es Familienhebammen manchmal nötig erscheint, Familien bei der Formulierung erreichbarer Ziele zu unterstützen:



*(...) zu schauen, das man kleine Schritte geht, (...) nehmen wir Babynahrung, wenn meine Lebenswelt ist, die Bio Möhre, man muss (...) kann sich eine Familie, die knapp Null auf Null rauskommt eine Bio Möhre leisten? und ob ein Kind dann nicht doch (...) mit einer ganz normalen herkömmlichen Möhre auch gut beraten ist (J 02, 179-182).*

Der Stellenwert, den die Partizipation an der Festlegung von Zielen im Rahmen des Betreuungsprozesses einnimmt, scheint abhängig von der Dringlichkeit des jeweiligen Anliegens und auch abhängig davon, wessen Ziele verfolgt werden. So lässt sich aus dem Interviewverlauf schließen, dass zwischen Zielen, die die Familienhebamme in der Familie erreichen möchte (hier als „Oberziele“ bezeichnet), und Zielen, die aus Sicht der Klientinnen direkt geäußert werden, unterschieden wird:

*(...) bei diesen Oberzielen sage ich jetzt mal, is es eher (...) so, dass das so im Prozess und Verlauf passiert, da wär's wahrscheinlich jetzt nicht so n ganz konkretes Einbeziehen, bei so akuten Sachen (...) wenn die Eltern mir Probleme schildern (...) oder was ihnen schwer fällt (...) klar doch, könnte man sagen (...) ja, das nehmen wir doch jetzt mal vor für die nächsten zwei Wochen (J 05, 692-698).*

#### **5.4.4 Grenzen**

Die Partizipation der Klientin spielt auch im Zusammenhang mit dem Aufzeigen von Grenzen der eigenen Arbeit eine Rolle:

*(...) wenn ich auch merke, (...) sie wollen da nich dran ... irgendwo wissen sie, da is was, aber sie wollen da nicht dran ... und es is son (...) allgemeines Beraten ... Das hatte ich jetzt einmal (...) dann bin ich raus aus der Familie (LACHT). Das is für mich dann die Grenze, das will ich nicht. Ich will nicht so arbeiten (J 03, 199).*

Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, führen Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung auch auf die fehlende Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der Familienhebammenhilfe zurück:

*(...), ist das bei der Frau die sich freiwillig öffnet, natürlich viel leichter als bei der Frau die das nicht so tut, (...) das sind nämlich oft Frauen denen das (...) auferlegt wird durch das Jugendamt (...) Frauen die sich melden, wo ich merke (...) da gibt es ein psychisches Problem, was dazu führt, dass sie sich nicht wirklich öffnen kann, (...) da komme ich nicht richtig dran, (...) das sind unsere Grenzen, das geht nicht. Also es geht nur in einem gewissen Mass bei ihr (...) in ihrer Möglichkeit das zu tun, mehr kann ich ja auch gar nicht erwarten (FT 02, 338-355).*

#### **5.5 Vorstellungen zum Erkennen eines erfolgreichen Betreuungsprozesses als Ergebniskriterium**

Kriterien, anhand derer Familienhebammen beurteilen, inwieweit ihre Betreuung erfolgreich war, werden von Familienhebammen, die in direkter Anbindung an

das Jugendamt arbeiten, in Bezug auf das Erreichen der gesteckten Ziele gesehen:

*Eben wenn die Ziele erreicht sind (J 02, 383-384).*

Aber auch übergreifende Kriterien zur Einschätzung des Erfolgs der eigenen Arbeit werden geschildert. Dabei scheinen die Qualität der Beziehung zum Kind und das Vorliegen eines stabilen häuslichen Umfeldes, entscheidend:

*(...) die Beziehung zum Kind wenn die eine stabile Beziehung hergestellt hat, die Familie oder (...) die Frau (...), würde ich denken, dass das andere zurückgestellt wird, das ist vorrangig, und (...) wenn ich (...) mit der Familie merke, dass das Jahr zu Ende geht, dass die Familie sich selber ein Nest bauen kann und dieses Nest nutzen kann, dann kann ich mich gestrost zurückziehen und kann sagen einen kleinen Teil habe ich daran gemacht (...), dann kann ich (...) sagen, ok, der Grundstein ist gelegt und dann bin ich zufrieden (J 01, 185-195).*

Für die Einschätzung des Erfolgs wird eine zeitliche Perspektive beachtet, die sich a) auf die Zeit während des Betreuungsprozesses bezieht, b) auf das Ende der Betreuungszeit nach einem Jahr oder c) auf den langfristigen Verlauf der Entwicklung nach fünf Jahren.

So lässt sich der Erfolg der eigenen Arbeit im Verlauf des Prozesses feststellen. Dabei wird der Erfolg z.B. in Abhängigkeit der Zufriedenheit der betreuten Familie einschätzt:

*Eine erfolgreiche Begleitung ist, wenn ich ne zufriedene Mutter, zufriedene Kinder und einen zufriedenen Vater habe, dann bin ich glücklich (FT 02, 368-370)*

Ein anderes Erfolgskriterium während des Betreuungsprozesses stellt die sichtbare Gestaltung eines tragfähigen Familienalltags dar:

*(...) wenn ich sehe, dass sich die Wohnverhältnisse verbessern, dass sich die Partnerschaftsverhältnisse verbessern, dass der Umgang mit dem Kind gefestigt und gesichert wird, dass ich soziale Kontakte (...) Krabbelgruppen (...) nicht nur die Mütter, sondern (...) auch die Väter (...) n bisschen Struktur an die an die Hand mitgeben, (...) wie organisiere ich meinen Haushalt wie schaffe ich gute Strukturen für mein Kind, (...) regelmäßige Mahlzeiten, (...) soziale Bedürfnisse, (...) Bindungskontakt zum Kind (FT 05, 616-636)*

Andere Familienhebammen bewerten den Erfolg ihrer Arbeit nach einem Jahr rückblickend:

*(...) wenn ich (...) Ende des Jahres sagen könnte, es hat sich alles verbessert. Das Kindeswohl ist gesichert, (...) es geht ihnen richtig gut. Die Mutter-Kind Beziehung ist richtig gut. Die Partnerschaft ist stabil, (...) sie haben eine schöne Wohnung (...) vielleicht (...) mit einem Kitaplatz und dass Frau auch für sich nochmal sorgen kann, (...) dass sie eine Ausbildung macht (...) Das wäre (...) das Traumziel, das ist (...) fast nie so (...) (FT 01, 362-371).*

Im Unterschied dazu spielt eine längere zeitliche Perspektive eine Rolle für die Einschätzung des Erfolgs der eigenen Arbeit:

*(...) Fünf Jahre später? (...) das ist natürlich ganz schwierig, weil (LACHT) (... ich natürlich nicht sagen kann (... kommt das durch meine Arbeit (... wenn es jetzt, tatsächlich so eintritt, wie man sich das dann (... vorstellt (... die hat jetzt ne super Bindung (... macht das klasse (... dann, würde ich es daran sehen oder ... ja, dass die Mutter quasi ... weiter intuitiv (... auf ihr Kind eingeht und darauf reagiert adäquat. (...) woran ich's erkennen würde (... wenn ich sie fragen würde, wie geht's dir mit deinem Kind oder was macht dein Kind (... wie sie über das Kind spricht. Daran würde ich's wahrscheinlich merken. (...) spricht sie positiv über ihr Kind oder ganz abwertend (... was macht sie mir für einen Eindruck, (...) ist sie erschöpft überfordert (... (J 05, 1178-1224).*

## 6 Diskussion

Die im letzten Kapitel detailliert vorgestellten Ergebnisse bestätigen in einigen Bereichen Befunde anderer Studien. Darüber hinaus werden Aspekte deutlich, die den bisherigen Erkenntnisstand erweitern. Aufgrund des kleinen Samplings sind diese Ergebnisse als vorläufig zu betrachten, sie stellen eine Ausgangsbasis für weiterführende Untersuchungen.

### 6.1 Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Ergebnisse

Im Rahmen dieser Studie wurden subjektive Vorstellungen zu ausgewählten Aspekten, die Aufschluss über Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geben, aus der Perspektive von N= 13 freiberuflichen Familienhebammen erfasst. Dabei wurde zwischen Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger in Niedersachsen arbeiten und Familienhebammen, die in direkter Anbindung an ein Jugendamt in NRW eingesetzt werden, unterschieden.

Die Analyse zu *persönlichen Motiven* zur Übernahme der Arbeit als Familienhebamme sowie die Erfassung von Tätigkeiten und Situationen, die Familienhebammen in ihrer Arbeit besonders *schätzen* und die das berufliche Handeln prägen, zeigt unterschiedliche Aspekte. Als ein Motiv zur Arbeit als Familienhebamme wird das Interesse an einer vermehrten Berücksichtigung auch sozialer Aspekte in einem längeren Betreuungsverlauf mit der Möglichkeit, weiterführende Ziele zu erreichen, genannt. Weitere Gründe für die Arbeit als Familienhebamme stellen der Wunsch nach einer sicheren Einnahmequelle und der Wunsch, sich beruflich zu verändern und weiterzuentwickeln, dar. Ableiten lässt sich ein starkes eigenes Interesse an der Arbeit als Familienhebamme. Ein starkes Eigeninteresse von Familienhebammen, im Bereich der Frühen Hilfen zu arbeiten, beschreibt auch Renner (2010) auf Basis einer Befragung von N=10 Projektverantwortlichen des Aktionsprogramms Frühe Hilfe für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme in Deutschland (vgl. BMFSFJ 2015). Renner (2010) begründet dieses Eigeninteresse über Aufgabenbereiche innerhalb der regulären Hebammentätigkeit. Da ein Teil der Hebammentätigkeit im Rahmen der Hebammenvor- und -nachsorge auch die psychosoziale Betreuung und Beratung

umfasse, könne diese Arbeit leicht an die Praxis Früher Hilfen anschließen. Förderlich auf eine derartige Beratung wirke sich der Zugang zum häuslichen Umfeld der Familie und die oftmals hiermit einhergehende Vertrauensbasis zwischen Familienhebamme und Familie aus. Auch würde es Familienhebammen besonders gut gelingen, Familien zur Annahme weiterer Hilfen zu motivieren. Es habe sich ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit von Familienhebammen gebildet, deren Leistungen umfassender, und bis zum ersten Geburtstag des Kindes abrechenbar sind (Renner 2010).

Von den Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, wurden die durch diesen Träger unterstützend gestalteten *Rahmenbedingungen* genannt sowie die Erfahrung einer hohen gesellschaftlichen Akzeptanz geschildert. Der Aspekt der positiven Anerkennung in den Familien und im sozialen Umfeld, der dadurch zustande komme, dass die Begleitung einer Hebamme nach der Geburt als etwas Natürliches empfunden wird, auch wenn diese etwas länger als gewöhnlich andauere, wird von den im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Familienhebammen als ein Merkmal der Arbeit einer Familienhebamme angegeben, das Familienhebammen besonders an ihrer Arbeit schätzen. Inhaltliche *Prioritäten und Ziele* der eigenen Arbeit werden, neben medizinischen und gesundheitsbezogenen Aspekten, in der Förderung der Mutter-Vater-Kind-Bindung, in der Unterstützung beim Aufbau sozialer Netzwerke, in der Vermittlung von Sicherheit im Alltagshandeln mit dem Kind sowie in der Motivation zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen, wenn diese nötig sind, gesehen. Diese Ergebnisse reihen sich in bisherige Befunde zu Aufgabenbereichen von Familienhebammen im System Früher Hilfen ein (vgl. Kapitel 1).

Die Betrachtung von Vorstellungen zur eigenen *Rolle* und zu *Aufgabenbereichen im System Früher Hilfen* im Unterschied zu anderen Helferinnen und Helfern lässt eine deutliche Verortung der Familienhebammen im Gesundheitsbereich erkennen. Darüber hinaus wird die Unterstützung der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus anderen Sozial- und Jugendhilfebereichen beschrieben. Diese Aspekte decken sich mit dem im Rahmen des Kompetenzprofils für Familienhebammen definierten Aufgabenbereichen im System Früher Hilfe (vgl. NZFH in der BzGA 2013) sowie mit den Ergebnissen bisheriger Studien (z.B. Ayerle et al. 2014, Schröder et al. 2014, Schücking & Makowsky, 2010).

Interessant an den eigenen Befunden erscheint, dass Familienhebammen, die im vorliegenden Sample in direkter Angliederung an die Jugendhilfe arbeiteten, als einen Aufgabenbereich die Unterstützung bei Erziehungsfragen angaben, wohingegen die an den Freien Träger angegliederten Familienhebammen diesen Aspekt nicht erwähnten. Diese Aussage könnte darauf zurückzuführen sein, dass die in direkter Angliederung an die Jugendhilfe arbeitenden Familienhebammen möglicher Weise eher im Bereich der Tertiären Prävention eingesetzt werden als die an den Freien Träger angegliederten Familienhebammen (vgl. NZFH in der BzGA 2012).

Auffällig erscheint zudem, dass ausschließlich die an den Freien Träger angliederten Familienhebammen die *Koordination des Helfersystems* als ihren Aufgabenbereich betrachten. Entsprechend des Kompetenzprofils für Familienhebam-

men für die Arbeit in den Frühen Hilfen wird dieser Bereich eindeutig als Aufgabenbereich von Familienhebammen definiert (vgl. NZFH in der BzGA 2013).

Hinsichtlich existierender *Rahmenbindungen* und *struktureller Voraussetzungen*, die sich aus der Perspektive der befragten Familienhebamme als förderlich bzw. hemmend erweisen, um qualitativ hochwertige Arbeit zu können, wurden die institutionelle Verortung sowie der Umgang mit der Dokumentation und Berichtspflicht betrachtet. Aus der Perspektive der in Angliederung an den Freien Träger befragten Familienhebammen werden die Möglichkeit des Austauschs und der kollegialen Beratung in einem Team aus Familienhebammen, die Unterstützung durch eine im Bereich der Jugendhilfe kompetente Fachkraft als Koordinatorin sowie Fallberatungen und Supervisionen als *förderlich* für die Qualität der Arbeit angegeben. Positive Auswirkungen der Angliederung von Familienhebammen an einen Freien Träger, der als Puffer zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsbereich fungiert (BMFSJF et al. 2012), bestätigen die eigenen Befunde und weisen darüber hinaus auf weitere als Unterstützung erlebte Strukturen hin. Die Dokumentation wird als vorteilhaft eingeschätzt, um den Prozess und die eigene Arbeit reflektieren, und im Nachhinein nachvollziehen zu können. Auch stellt sie für die Familienhebammen einen Nutzen dar, um sich in schwierigen Situationen gegenüber Angehörigen der Jugendhilfe behaupten und absichern zu können. Familienhebammen, die in Anbindung an den Freien Träger arbeiten, beschreiben die von diesem Träger zur Verfügung gestellten Formblätter zur Dokumentation als sehr aufwendig. Insbesondere aus der Perspektive dieser Familienhebammen wird das Dokumentieren in den Familien im Rahmen des Betreuungskontaktes einerseits als Möglichkeit, die Familien an der Dokumentation teilhaben zu lassen und andererseits als den Gesprächsverlauf störend beschrieben. Damit wird die von Ayerle et al. (2014) beschriebene Anregung, die Dokumentation direkt gemeinsam mit den Familien zu erstellen, von den im Rahmen dieser Studie befragten Familienhebammen zum Teil umgesetzt, zum Teil jedoch auch kritisch reflektiert.

*Hemmend* wirken sich aus der Perspektive der an den Jugendhilfebereich angegliederten Familienhebammen die fehlende Integration in das Team der Jugendhilfe sowie der Eindruck, im Notfall angefragt zu werden, und als „Feuerwehr“ einspringen zu müssen, wenn kritische Situationen außerhalb der Bürozeiten des Jugendamtes eintreten, aus. Diese Situation wird explizit als Grund angegeben, die Arbeit als Familienhebamme nicht langfristig ausüben zu wollen. Die Empfehlungen des DHV (2014b), Familienhebammen nicht an den Jugendhilfebereich anzugliedern, scheinen sich in den Ergebnissen der eigenen Untersuchung zu bestätigen. Auch weißt der Verband darauf hin, dass im Falle einer Kindeswohlgefährdung andere Berufsgruppen zuständig seien (DHV 2014a). Die Unterscheidung der Aufgabenbereiche scheint den im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Familienhebammen, die in Angliederung an die Jugendhilfe arbeiten, in der Praxis nicht immer deutlich zu sein. Ableiten lässt sich, ähnlich wie z. B. Ayerle et al. (2014) beschreiben, eine nicht geregelte Aufteilung der Aufgaben sowie Unklarheit hinsichtlich der Rollen der verschiedenen Helferinnen (vgl. hierzu auch Schröder et al. 2014, BMFSFJ et al. 2012).

Aus der Perspektive der Familienhebammen, die in Anbindung an ein Jugendamt arbeiten, werden Schwierigkeiten im Umgang mit der *Schweigepflicht* geschil-

dert. So wird die Gefahr gesehen, dass die Schweigepflicht nicht ausreichend gewährt werde. Die Berichtspflicht an das Jugendamt wird insbesondere von den Familienhebammen, die in Anbindung an ein Jugendamt arbeiten, im Kontakt zu den Frauen erläutert. Auf Schwierigkeiten zum Umgang mit Fragen zur Schweigepflicht von Familienhebammen weist auch der Deutsche Hebammenverband (2014) hin. Er positioniert sich dahingehend, dass (Familien)Hebammen ein Arbeitsbündnis mit der Frau bzw. Familie eingehen würden, und dass die damit einhergehenden Schweigepflicht- und Datenschutzregeln einzuhalten sind (DHV 2014a). Auch Ayerle et al. (2014) betonen die Notwendigkeit des sensiblen Umgangs mit Schweigepflichtregelungen. So stelle das Wissen von Familien über die Schweigepflicht der Angehörigen im Gesundheitsbereich vielfach die Voraussetzung dar, derartige Unterstützungsleistungen nachzufragen.

Die *Kooperation mit Angehörigen anderer Berufsgruppe* erfolgt in der Regel nicht in Form von regelmäßig stattfindenden Besprechungen. Geschildert werden vor allem im Bedarfsfall erfolgende individuelle Absprachen. Inwieweit sich diese auf die Gestaltung des weiteren Betreuungsverlaufs förderlich oder hemmend auswirken, scheint davon abzuhängen, wie gut sich die Kooperationspartner kennen. Die Ergebnisse der Begleitforschung zur Einbindung unterschiedlicher Netzwerkpartnerinnen und -partner, dass gelingende Kooperation vielfach vom Engagement einzelner Personen abhängt (NZFH et al. 2014), bestätigen sich demnach in der eigenen Untersuchung.

Angesprochen werden zudem Hilfeplangespräche, zu denen Familienhebammen (teilweise sehr kurzfristig) eingeladen werden. Diese werden von den befragten Familienhebammen nicht als Möglichkeit des berufsgruppenübergreifenden Austausches beschrieben. Schlussfolgern lässt sich, dass das Ziel, im Rahmen von Hilfeplangesprächen mit den beteiligten Personen Absprachen über das weitere Vorgehen zu treffen, von Angehörigen des Gesundheitsbereichs nicht in der Form wahrgenommen wird, was auf unterschiedliche Handlungslogiken schließen lässt (vgl. Schröder et al. 2014).

Aus der Perspektive der Familienhebammen, die in Angliederung an ein Jugendamt arbeiten, liegt die Aufgabe der *Koordination* unterschiedlicher Hilfeangebote in den jeweiligen Familien bei der Fachkraft des Jugendamtes, während nach Einschätzung der Familienhebammen, die in Angliederung an einen freien Träger arbeiten, die Übernahme einer derartigen Koordination in den Aufgabenbereich der Familienhebamme hineinfällt. Deutlich wird, dass die Übernahme koordinierender Tätigkeiten und einer Lotsinnenfunktion im System Früher Hilfen (vgl. Ayerle et al. 2014) von Familienhebammen nur dann als eigener Zuständigkeitsbereich verstanden wird, wenn keine anderen Akteure ihrer Einschätzung nach für diesen Bereich zuständig sind. Auch an dieser Stelle zeigt sich die bereits im Rahmen anderer Studien und Kontexte deutlich gewordene Notwendigkeit der noch differenzierteren Rollen- und Aufgabenklärung der einzelnen Akteure im Bereich Früher Hilfen (vgl. Ayerle et al. 2014, Schröder et al. 2014, BMFSFJ et al. 2012).

Die *Partizipation der Klientin* bzw. der Familie am Betreuungsprozess nimmt für Familienhebammen einen hohen Stellenwert ein. Dabei betonen insbesondere die Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, dass die Klientin die Auftraggeberin sei und die Betreuung jederzeit ablehnen

könne. Wichtig sei es aus ihrer Perspektive, zu Beginn des Betreuungsprozesses ein entsprechendes Vertrauensverhältnis aufzubauen und sich langsam und behutsam der Situation und Problemen in der Familie zu nähern. Gelingt die Herstellung eines derartigen Vertrauensverhältnisses und die Bereitschaft zur Partizipation der Klientin nicht, beschreiben die befragten Familienhebammen beider Trägerformen dies als Grenzen ihrer Arbeit. Dabei führen die in Angliederung an den Freien Träger arbeitenden Familienhebammen diesen Umstand auf das Fehlen der Freiwilligkeit zur Inanspruchnahme der Leistungen zurück.

Ableiten lässt sich auch, dass besonders Familienhebammen, die in direkter Anbindung an die Jugendhilfe arbeiten, eine systematische und zielorientierte *Gestaltung der Prozesse* beschreiben. Dabei wird eine Unterscheidung zwischen Zielen, die die Familienhebamme mit der Klientin erreichen möchte und Zielen, die aus der Perspektive der Klientin direkt geäußert werden, sichtbar. Übergeordnete Ziele der Familienhebammen, die in Angliederung an die Jugendhilfe arbeiten, scheinen sich am gesunden Aufwachsen des Kindes zu orientieren, wohin Familienhebammen, die in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten, betonen zunächst, dass es wichtig sei, ein Vertrauensverhältnis zur Frau bzw. Familie aufzubauen. Deutlich gewordene Unterschiede zwischen Familienhebammen, die einerseits in direkter Angliederung an das Jugendamt und andererseits in Anbindung an einen Freien Träger arbeiten, lassen darauf schließen, dass der Stellenwert der Partizipation der Klientin am Betreuungsprozess durch die jeweilige Verortung beeinflusst wird. Familienhebammen, die in Angliederung an den Jugendhilfebereich arbeiten, beschreiben die Gestaltung des Betreuungsprozesses eher orientiert an Zielen der Jugendhilfe (vgl. Schröder et al. 2014), wohingegen die Familienhebammen, die in Anbindung an einen Freien Träger arbeiten, ihr Handeln eher an Zielen der originären Hebammentätigkeit auszurichten scheinen (vgl. DHV 2014a, 2014b).

Den *Erfolg* der eigenen Arbeit beurteilen Familienhebammen, die in Angliederung an das Jugendamt arbeiten, entsprechend des Erreichens der definierten Ziele. Im Unterschied dazu betonen Familienhebammen, die in Angliederung an den Freien Träger arbeiten, die Zufriedenheit der Familie. Weitere Erfolgskriterien stellen für die befragten Familienhebammen beider Trägerformen das Vorliegen einer stabilen Mutter-Vater-Kind-Beziehung, das Vorhandensein angemessener Wohnverhältnisse, das Vorliegen eines geregelten Tagesablaufs sowie die zunehmende Möglichkeit der Mutter, sich um eigene Anliegen wie beispielsweise eine Ausbildung, zu bemühen, dar. Dabei stellen Familienhebammen das Erreichen dieser Ziele einerseits direkt in den Familien durch Beobachtung fest, andererseits leiten sie es aus den Schilderungen der Mütter über ihre jeweilige Situation ab. Damit spiegeln Zielvorstellungen der im Rahmen der eigenen Studie befragten Familienhebammen einige der bereits nachgewiesenen Effekte der Arbeit im Bereich Früher Hilfen wider (vgl. Kapitel 1). Auffällig erscheint allerdings, dass viele der genannten Erfolgskriterien von den befragten Familienhebammen selbst als sehr hoch angesehen werden, die im Rahmen des Betreuungsprozesses eher selten erreicht würden. Auch lassen die Äußerungen auf Unsicherheiten der Familienhebammen hinsichtlich der eigenen Einflussmöglichkeiten schließen. Inwieweit sich eine klare Einschätzung des Erfolgs anhand des Erreichungsgrades der Ziele, wie sie von einigen Familienhebammen beschrieben wird, auf die

Zufriedenheit und das Selbstverständnis der Familienhebamme positiv auswirkt, lässt sich aus den vorliegenden Befunden nicht ableiten.

## 6.2 Limitationen der Studie

Die Ergebnisse geben Einblick in subjektive Vorstellungen von Familienhebammen, die aus ihrer Perspektive entscheidend sind, um ihre Arbeit qualitativ hochwertig zu gestalten. Einschränkend muss erwähnt werden, dass diese Aspekte und Beschreibungen nicht die tatsächliche Betreuungsgestaltung widerspiegeln. Um diese Situation umfassender beschreiben zu können, wären die Erhebung weiterer Daten und die Einbeziehung weiterer Personengruppen, wie z.B. betreuter Familien und der genannten Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen, sinnvoll. Tiefgreifende Kenntnisse über die tatsächliche Gestaltung der Betreuungsprozesse würde z.B. eine teilnehmende Beobachtung ermöglichen. Bei der Einschätzung der Aussagekraft der hier erwähnten Ergebnisse muss zudem beachtet werden, dass bei N=13 befragten Familienhebammen nicht von einer theoretischen Sättigung auszugehen ist. So ist wahrscheinlich, dass durch eine Befragung weiterer Familienhebammen andere Aspekte deutlich geworden wären. Die vorgestellten Ergebnisse beziehen sich lediglich auf zwei Formen der institutionellen Anbindung. Eine Einbeziehung von Familienhebammen, die z.B. in Angliederung an ein Gesundheitsamt eingesetzt werden, könnte Aufschluss über deren subjektive Vorstellungen von Qualität bieten und die Ergebnisse dieser Studie sinnvoll ergänzen. Die Vorgehensweise der Datenerhebung mit Hilfe eines Interviewleitfadens hat, trotz großer Offenheit im Rahmen der Interviewführung, einen lenkenden Einfluss auf die Wahl der Themenbereiche, die angesprochen wurden. Möglicherweise spielen hinsichtlich subjektiver Vorstellungen von Qualität, die die Handlungen der Familienhebammen leiten, weitere oder andere Aspekte ebenfalls eine wesentliche Rolle. Eine Einschränkung kann zudem durch die Vorgehensweise der Datenauswertung erfolgt sein. So war es im Rahmen des Projektes nicht möglich, Interpretationen mit mehreren Personen zu diskutieren, auch eine kommunikative Validierung mit den Interviewpartnerinnen ist nicht erfolgt (vgl. Steinke 2005).

## 7 Fazit und Empfehlungen

Trotz dieser Limitationen ist es möglich, *Empfehlungen für die Gestaltung von Versorgungsstrukturen* abzuleiten, die eine Integration der Familienhebammen in das System Früher Hilfen begünstigen können. Um Familienhebammen als einen wichtigen Gesundheitsfachberuf langfristig in bestehende Systeme früher Hilfen integrieren zu können und durch systematischen Einsatz von Angehörigen dieser Berufsgruppe eine Versorgungslücke schließen zu können ist es hilfreich, deren subjektive Vorstellungen von guter Qualität ihrer eigenen Arbeit zur berücksichtigen.

Erste Einblicke in diese Vorstellungen zeigen, dass Familienhebammen ein deutliches Interesse an der vermehrten Berücksichtigung sozialer Aspekte in ihrem beruflichen Handeln beschreiben. Ableiten lässt sich, dass sich Fragestellungen zum gesunden Aufwachsen von Kindern sowie zur familiären Gesundheitsförde-



rung gut in ihre beruflichen Vorstellungen als Angehörige des Gesundheitsbereichs integrieren lassen. Dabei scheint sich das berufliche Handeln von Familienhebammen eher an Qualitätskonzepten einer Hebamme zu orientieren, wenn diese sich nicht als dem Jugendhilfebereich untergeordnet erleben. Schlussfolgern lässt sich, dass der Aufbau einer tragfähigen und gesundheitsförderlichen Beziehung zur Mutter/Familie, das Herstellen einer Vertrauensbasis sowie die Orientierung an der Zufriedenheit aus der Perspektive der Familienhebamme insbesondere dann erleichtert ist, wenn die Familienhebamme im Bereich der sekundären Prävention tätig ist und sich zudem als gleichwertig anerkannte Fachkraft im Rahmen unterschiedlicher Helferinnen und Helfer erleben. Die Unterstützung durch eine ausgebildete Fachkraft der Jugendhilfe wird generell als förderlich eingeschätzt, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wird in diesem Zusammenhang besonders begrüßt.

Empfehlenswert ist daher, Familienhebammen entweder über einen Freien Träger als Puffer ins System Früher Hilfen zu integrieren und ihnen auf diese Weise einen ergänzenden Aufgabenbereich in der Gesundheitsförderung und Unterstützung der sozialen Vernetzung zu geben sowie sie in ihrem Handeln zu unterstützen, oder aber, Familienhebammen als gleichwertige Teammitglieder in das Team der Jugendhilfe zu integrieren.

Klare Absprachen über Zuständigkeiten, zu Möglichkeiten des regelmäßigen Berufsgruppen übergreifenden Austauschs, sowie zum Umgang mit der Weitergabe wichtiger Informationen sowohl aus der Perspektive des Jugendhilfebereichs als auch aus der Perspektive der Familienhebammen sind zudem empfehlenswert, um Familienhebammen als sinnvolle Ergänzung im System Früher Hilfen zu verorten.

Wird angestrebt, Familienhebammen als Lotsinnen im Gesundheits- und Sozialsystem zu verankern, obliegt auch die Verantwortung, eine Aufgabenverteilung im Einzelfall zu erreichen, den erforderlichen Informationsaustausch sicher zu stellen sowie ggf. die Vernetzung zu weiterführenden Unterstützungsangeboten dem Verantwortungsbereich der Familienhebamme. Bisherige Ergebnisse lassen darauf schließen, dass für eine Übernahme dieser Lotsinnenfunktion die Übertragung der Verantwortung für diesen Bereich an die Familienhebamme mit entsprechender Regelung zur Vergütung erforderlich ist. Systematische Aufgabenverteilungen, Regelungen zum regelmäßigen Austausch sowie Absprachen hinsichtlich der Weitergabe von Informationen, könnten eine Chance darstellen, durch den Einsatz von Familienhebammen im System Früher Hilfen Versorgungslücken zu schließen. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der behördlichen Jugendhilfe würde diese Verantwortungsübertragung auf die Familienhebammen ein erhebliches Umdenken bedeuten, denn es ist davon auszugehen, dass diese sich als für die Koordination unterschiedlicher Hilfeangebote bisher verantwortlich fühlen.

Der Einsatz von Familienhebammen im Bereich der tertiären Prävention wäre hinsichtlich der Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung grundsätzlich kritisch zu betrachten und scheint, bisherigen Erkenntnissen zufolge, im Zusammenhang mit der Übernahme von Hebammentätigkeiten unter Federführung der Jugendhilfe empfehlenswert, weniger jedoch in der Rolle als Familienhebamme mit den

entsprechenden Aufgaben, die mit der Lotsinnenfunktion der Familienhebamme einhergehen.

Vorstellungen von guter Qualität innerhalb des Betreuungsprozesses sowie zum Stellenwert von Partizipation der Klientin scheinen vom beruflichen Selbstverständnis der Familienhebamme abzuhängen. Dieses Selbstverständnis wird durch die Rahmenbedingungen, die die Familienhebamme erlebt, beeinflusst. Schilderungen zur Gestaltung der Betreuungsprozesse, zu Zielen, die mit der Arbeit als Familienhebamme erreicht werden sollen sowie zum Stellenwert von Partizipation lassen vor allem dann ein Handeln entlang der beruflichen Orientierung als Hebamme erkennen, wenn Familienhebammen in Angliederung an einen Freien Träger arbeiten. Die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Familienhebammen, die in direkter Angliederung an die Jugendhilfe arbeiten, lassen im Unterschied dazu auch eine Orientierung am beruflichen Selbstverständnis und Zielen der Jugendhilfe erkennen. Wird angestrebt, das besondere Vertrauensverhältnis, das Hebammen vielfach zu ihren Klientinnen aufbauen und die hohe Akzeptanz und Bereitschaft von Familien, auf dieser Basis Anregungen zur Gesundheitsförderung umfassend umzusetzen, aufrecht zu erhalten, sollte eine derartige Erweiterung oder auch Verschiebung des beruflichen Selbstverständnisses von Familienhebammen kritisch betrachtet werden.

Möglichkeiten, diesen Aspekt zu reflektieren, würden sich im Rahmen der Weiterbildung zur Familienhebamme bieten. So könnten in diesem Kontext Merkmale der Betreuung und Beziehungsgestaltung erarbeitet werden, die im Rahmen des Betreuungskontaktes mit Familien im Bereich der Frühen Hilfen zu erhalten wären. Gelingt es nicht, dass Familienhebammen die Rolle, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit als Hebamme einnehmen, auch im Kontext der Frühen Hilfen aufrecht zu erhalten ist zu befürchten, dass Familienhebammen im System Früher Hilfen zwar als weitere Fachkräfte agieren, eine wirklich inhaltliche Ergänzung wären sie in diesem Fall jedoch nicht.

Die Schilderungen zur Einschätzung des Erfolgs der eigenen Arbeit lassen eine starke Außenorientierung erkennen. So wird der Erfolg in Abhängigkeit des durch die Familienhebammen subjektiv eingeschätzten Nutzens auf Seiten der Familie beurteilt. Hinsichtlich der Effektivität der eigenen Arbeit werden zudem Zweifel deutlich: einerseits werden Erfolgskriterien derart hoch angesetzt, dass sie aus Sicht der Familienhebamme selten erreicht werden, gelingt dies dennoch, führen Familienhebammen diesen Erfolg nur zögerlich auf ihr eigenes Handeln zurück. Empfehlenswert scheint es, z.B. im Rahmen von kollegialer Beratung oder Supervision, Erfolgskriterien der Familienhebammenarbeit dahingehend zu erweitern, dass sie aus Sicht der Familienhebamme realistisch und erreichbar erscheinen. Aufgrund des starken eigenen Interesses der Familienhebamme an der Arbeit mit diesen Familien ist davon auszugehen, dass Familienhebammen langfristig und gesund nur dann die Tätigkeit als Familienhebamme übernehmen werden, wenn es ihnen gelingt, ihr eigenes Handeln als effektiv und sinnvoll einzustufen.

Die aufgezeigten Limitationen weisen bereits auf *weiterführenden Forschungsbedarf* hin. Unbedingt empfehlenswert ist Ausdehnung des in die Studie einbezogenen Samplings um eine größere Anzahl an zu befragenden Familienhebammen unter Beachtung ihrer jeweils unterschiedlichen strukturellen Verortung. Zu

überprüfen wäre in weiteren Studien auch, ob die im Rahmen dieser begrenzten Studie deutlich gewordenen Unterschiede zwischen den in NRW befragten Familienhebammen sowie den in Niedersachsen befragten Familienhebammen tatsächlich auf die jeweilige Angliederung an den Jugendhilfebereich bzw. an den Freien Träger zurückzuführen sind.

Möglicher Weise sind diese Unterschiede auch auf die unterschiedlichen Weiterbildungsprogramme zurückzuführen, die die jeweiligen Familienhebammen durchlaufen haben. An dieser Stelle zeigt sich die Notwendigkeit einer bundesweiten Evaluation der unterschiedlichen Ausbildungscurricula z.B. im Hinblick auf Fragestellungen zur Verantwortungsübernahme für spezifische Aufgaben sowie zum beruflichen Selbstverständnis. Auch die Erprobung unterschiedlich gestalteter Teams im Rahmen der Frühen Hilfen sowie deren systematische Evaluation könnte Aufschluss über Möglichkeiten der Förderung einer gewinnbringenden Integration von Familienhebammen in das System Früher Hilfen geben.

Weitere Forschung sollte zudem darauf abzielen, die jeweiligen Betreuungsprozesse aus der Perspektive betreuter Familien systematisch zu erfassen. In diesem Zusammenhang wäre, neben teilnehmenden Beobachtungen, auch an partizipativ gestaltete Forschungsdesigns, wie sie im Kontext der Forschung mit Menschen mit Behinderungen in der letzten Zeit vermehrt Anwendung finden, zu denken. Schließlich sind Längsschnittstudien zur tatsächlichen Effektivität und Effizienz des Einsatzes von Familienhebammen in Deutschland bisher wenig umgesetzt, auch an dieser Stelle besteht weiterführender Forschungsbedarf.

Um Empfehlungen für die Versorgungsgestaltung im Kontext Früher Hilfen in Deutschland abzuleiten, kann es zudem hilfreich sein, auch internationale Erfahrungen zu erforschen, sowie positive Aspekte hinsichtlich einer Übertragbarkeit auf das Deutsche Gesundheits- und Sozialsystem zu hinterfragen und Strategien, die sich im internationalen Kontext bewähren, ggf. in Deutschland zu überprüfen.

## 8 Literatur

Ayerle, G., Mattern, E., Behrens, J. (2014): Herausforderungen für Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. In: Sozialmagazin 7-8, 2014, S. 53-61

Ayerle, G. M., Luderer, C., Behrens, J. (2010): Frühstart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben. In: Renner, I., Sann, A., Nationales Zentrum für frühe Hilfen (Hrsg.). Forschung und Praxisentwicklung früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen. Köln: BZGA. S. 67-87

Abels, G., Behrens, M. (2005): ExperInnen-Interviews in der Politikwissenschaft. Geschlechtertheoretische und politikfeldanalytische Reflexion einer Methode. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W.: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 173-190

Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, Th. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim u. München: Juventa

Barlow, J., Schrader McMillan, A., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Barnes, J., Smith, M. (2010): Health-led interventions in the early years to enhance infant and maternal mental health: A review of reviews. Child and Adolescent Mental Health, 15(4), S. 178-185

BMFSFJ (2015): Das Bundeskinderschutzgesetz. Verfügbar über: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html> (Abruf 08.09.2015)

BMFSFJ, BZgA, DJI (Hrsg.), Gran, E., Küster, E.-U., Sann, A. (2012): Bestandsaufnahme Frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung – Kurzbericht Jugendämter verfügbar unter: [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Bestandsaufnahme\\_3\\_final.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Bestandsaufnahme_3_final.pdf) (Abruf 02.10.2015)

Bortz, J., Döring, N. (2005): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin u. Heidelberg: Springer Verlag

Burger, S. (1996): Ökonomische Analyse der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation zwischen politischem Anspruch und arbeitsmarktpolitischem Interesse. Frankfurt/Main: Campus

Cierpka, M. (Hrsg.) (2012): Familienunterstützende Prävention. In: Frühe Kindheit von 0-3. Springer: Berlin, S. 524-531

Collatz J, Rohde J (1986): Ergebnisse der Aktion Familien-Hebamme im Überblick. Evaluation des Modellversuchs zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

Deutscher Hebammenverband (DHV) (2015): Anzahl Familienhebammen in Deutschland, Stand Mai 2013, verfügbar über:

<https://www.hebammenverband.de/familie/familienhebammen-fruehe-hilfen/> (Abruf 21.9.2015)

- Deutscher Hebammenverband [DHV] 2014a Stellungnahme Hebammen im Kontext der Frühen Hilfen Mai 2014. Online verfügbar über: [http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/2014\\_DH\\_V\\_Stellungnahme\\_Familienhebammen.pdf](http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/2014_DH_V_Stellungnahme_Familienhebammen.pdf) (Abruf 02.10.2015)
- Deutscher Hebammenverband [DHV] 2014b Standpunkt zum Einsatz von „Familienhebammen“ Oktober 2014. Online verfügbar über: [http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/Standpunkt\\_DH\\_V\\_FamHeb\\_10\\_2014-2.pdf](http://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2014/Standpunkt_DH_V_FamHeb_10_2014-2.pdf) (Abruf 02.10.2015)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] (2015): Expertenstandards und Auditinstrumente. Verfügbar über: <http://www.dnqp.de/38029.html> (Abruf 08.09.2015)
- Donabedian, A. (1982): Exploration in quality assessment and monitoring. Vol 2. The criteria and standards of quality. Michigan
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 44 (131), S. 166-203
- Flick, U. (2011): Das Episodische Interview. In: G. Oelerich und H.-U Otto (Hg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 273-280
- Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Frommer, J., Rennie, D. L. (2006): Methodologie, Methodik und Qualität qualitativer Forschung. In: Psychother Psych Med. 56, S. 210-217
- Lamneck, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim u. Basel: Beltz Verlag
- Kelle, U., Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Makowsky, K., Schücking, B. (2013): Erleben und Betreuung durch Familienhebammen aus der Perspektive (werdender) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen. In: Makowsky, K., Schücking, B. (Hrsg. (2013): Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa: S. 168-185
- Menk, S., Zeller, B. (2014): Die Rolle der Landesjugendämter im Kontext Früher Hilfen. In: Sozialmagazin 7-8, 2014, S. 79-87
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim u. Basel: Beltz Verlag
- Meuser, M., Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D., Kraimer, K. (Hrsg.) (1991): Qualitative empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441-471

Nationales Zentrum frühe Hilfen (NZFH) (2015): Rechtsgutachten zu rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und

Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern. Online verfügbar über: <http://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/Expertise%20zu%20Rechtsgutachten/> (Abruf 29.09.2015)

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014): Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger. Bramsche: Rasch Verlag

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Bramsche: Rasch Verlag

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Bestandsaufnahme Frühe Hilfen Dritte Teiluntersuchung Kurzbefragung der Jugendämter 2012. Bramsche: Rasch Verlag

NZFH in der BZgA (Hrsg.), Backes, J., Küster, E.-U., Paul, M., Sann, A. (2014): Stellungnahme der Bundesregierung zum Zwischenbericht der Bundesinitiative Frühe Hilfen des NZFH als Koordinierungsstelle des Bundes. Verfügbar über: [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/fruehe-hilfen-zwischenbericht\\_property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/fruehe-hilfen-zwischenbericht_property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (Abruf 24.11.2015)

Olds, D. L. (2006) The nurse-family partnership. An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), S. 5-25

Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Hanks, C., Bondy, J. & Holmberg, J. (2004): Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114 (6), S. 1550-1559

Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E. & Tatelbaum, R. C. (1999): Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9 (1), S. 44-65

Pott, E. (2010) Frühe Hilfen. Eine Herausforderung für die intersektorale Zusammenarbeit von Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz*, 53 (19), S. 989-991

Renner, I. (2010): Zugangswege für hoch belastete Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: *Bundesgesundheitsbl* 2010. 53:1048-1055. DOI 10.1007/s00103-010-1130-z

Schaeffer, D., Ewers, M. (1999): Professionsbezogene Ansätze der Qualitätsförderung und -messung: die Pflege. In: Badura, B. Siegrist, J. (Hrsg.) (1999): *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 73-85

- Schneider E (2004): Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, Frankfurt/Main: Mabuse
- Schücking, B., Makowsky, K. (2010): Abschlussbericht Familienhebammen: Frühe Unterstützung – Frühe Stärkung? Wirkungsevaluation des Projektes „Familienhebammen im Landkreis Osnabrück“, Universität Osnabrück
- Schröck, R. (1996): Konzepte, Modelle und Theorien. In: Schädle-Deininger, H., Villinger, U. (Hrsg.) (1996): Praktische Psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag. Bonn: Psychiatrie, S. 53-63
- Schröder, J., Zeller, M., Rettig, H. (2014): Familienhebammen als professionelle Grenzarbeiterinnen? In: Sozialmagazin 7-8. 2014, S. 63-69
- Spittle, A. J., Anderson, P. J., Lee, K. J., Ferretti, C., Eeles, A. Orton, J., Boyd, R. N., Inder, T. & Doyle, L.W. (2010): Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years. *Pediatrics*, 126(1), e171-e178
- Steinke, Steinke, I. (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 319-331
- Stiftung Eine Chance für Kinder (Hrsg) (2008): Einsatz von Familienhebammen zum Schutz des Kindeswohls – optimale Prävention von Kindesvernachlässigung. Auswertungen – Beispiels und Vertragsentwürfe. Schriftenreihe Hannover
- Strauss, A., Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union Beltz
- Tough, S. C., Johnston, D. W., Siever, J. E., Jorgenson, G., Slocombe, L., Lane, C. & Clarke, M. (2006): Does supplementary prenatal nursing and home visitation support improve resource use in a universal health care system? A randomized controlled trial in Canada. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(3), S. 183-194
- Verbund Hebammenforschung (2015) Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt. Verfügbar über: <http://www.hebammenforschung.de/16116.html> (Abruf vom 08.09.2015)
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22. In: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

## **9 Anhang**

Anhang 1: Einleitung zum Interview und Themenbereiche

Anhang 2: Kurzfragebogen

Anhang 3: Kongresse/Publicationen



## Anhang 1: Einleitung zum Interview und Themenbereiche

### **Interviewleitfaden: Qualitätskonzepte von Familienhebammen**

Zuerst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich zu einem Interview mit mir bereit erklärt haben. Das Interview ist Teil eines Forschungsprojektes der Fachhochschule Bielefeld zum Thema: „Begleitung von psychosozial unsicheren Familien beim Übergang zur Elternschaft – Qualitätskonzepte von Familienhebammen“. Mich interessieren zu diesem Thema Ihre beruflichen Erfahrungen, Einschätzungen und Ihr Expertenwissen als Familienhebamme für die Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mit einem besonderen Fokus auf die Begleitung von psychosozial unsicheren, sozial benachteiligten und psychisch erkrankten Frauen/ Familien.

Wichtig ist mir noch einmal zu betonen, dass es mir nicht darum geht, Ihre Arbeit zu bewerten. Mich interessieren, Ihre eigenen Einstellungen und Erfahrungen sowie Ihre Arbeitszufriedenheit als Familienhebamme.

Ich habe einen Interviewleitfaden vorbereitet, würde mir aber sehr wünschen, dass Sie sich in unserem Gespräch ermutigt fühlen möglichst frei zu sprechen.

Selbstverständlich werden alle Fragen vertraulich behandelt und so ausgewertet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Auch werden keine Informationen aus unserem Gespräch an andere z.B. (xy) oder anderen Auftraggebern weitergegeben.

Für eine möglichst genaue Auswertung würde ich unser Gespräch, wenn Sie einverstanden sind gerne aufnehmen. Sind Sie damit einverstanden?

Dazu habe ich noch eine Einverständniserklärung vorbereitet, in der ich Ihnen die Vertraulichkeit des Gesagten zusichere und Sie bitten möchte, diese Erklärung durchzulesen und zu unterschreiben.

Selbstverständlich ist es jederzeit möglich, das Gespräch ohne negative Konsequenzen abzubrechen oder Fragen zu übergehen, wenn Sie darauf nicht antworten möchten.

Haben Sie noch Fragen? Können wir anfangen?

Berufliche Entwicklung als Familienhebamme

Berufsverständnis als Familienhebamme

Tätigkeit als Familienhebamme: Voraussetzungen

Tätigkeit als Familienhebamme: Mit den Familien

Tätigkeit als Familienhebamme: Kooperation in Netzwerken

Tätigkeit als Familienhebamme: Beziehung zur Mutter/ Vater/ Familie

Tätigkeit als Familienhebamme: Selbsteinschätzung

## Anhang 2: Kurzfragebogen

Kurzfragebogen: Qualitätskonzepte von Familienhebammen

Beruflichen Informationen von Familienhebammen:

1. Wie alt sind Sie?
2. Seit wann arbeiten Sie als examinierte Hebamme?
3. Sind Sie in der klinischen Hebammenarbeit tätig, seit wann?
4. Arbeiten Sie in der freiberuflichen Hebammentätigkeit? Wie lange schon?
5. Welche Betreuungsangebote bieten Sie als freiberufliche Hebamme an?

Schwangerschaft:

Geburt:

Wochenbett:

Sonstiges:

Zusätzliche Aus-/ Weiterbildungen im Bereich der freiberuflichen Hebammenarbeit:

6. Seit wann arbeiten Sie als Familienhebamme?
7. Wann erfolgte Ihre Weiterbildung zur Familienhebamme?
8. An welcher Weiterbildungseinrichtung erfolgte diese?
9. Wie viele „Familienhebammen Fälle“ und „originäre Wochenbettbetreuungen“ betreuen Sie etwa in einem Jahr/ Monat?
10. Arbeiten Sie als Familienhebamme und als originäre Hebamme in einer zu betreuenden Familie (in Personalunion)? Wie häufig kommt dies vor?

## Anhang 3: Kongresse/Publikationen

### Kongresspräsentationen:

Makowsky, K., Wallmeyer-Andres, P. (2014): Forschungsergebnisse zur Nutzerinnenperspektive, Gelingensbedingungen und Rahmenbedingungen beim Einsatz von Familienhebammen. Fachtagung Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsberufsgruppen – Einsatzfeld und Rahmenbedingungen. Vortrag. Institut für Soziale Arbeit Münster. Krefeld: 29.09.2014

Makowsky, K., Wallmeyer-Andres, P. (2014): Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen beim Übergang zur Elternschaft begleiten – welche subjektiven Vorstellungen von Qualität leiten das Handeln von Familienhebammen? Posterpräsentation. 11. Drei Länder Kongress Pflege in der Psychiatrie. Bern: 9.10.2014

Makowsky, K., Wallmeyer-Andres, P. (2015): Familien in belasteten Lebenslagen – welche subjektiven Vorstellungen von Qualität leiten das Handeln von Familienhebammen? Vortrag. 3-Länderkonferenz Pflege und Pflegewissenschaft. Konstanz: 22.9.2015

### Publikation:

Makowsky, K., Wallmeyer-Andres, P. (2014): Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen beim Übergang zur Elternschaft begleiten – welche subjektiven Vorstellungen von Qualität leiten das Handeln von Familienhebammen? In: Hahn, S., Hegedüs, A., Finklenburg, U., Needham, I., Stefan, H., Schulz, M., Schoppmann S. „Schwellen, Grenzen und Übergänge“ Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. Bern: Verlag Forschung & Entwicklung, S. 315-317