

Hanna Rettig | Julia Schröder |
Maren Zeller

Das Handeln von Familienhebammen

Entgrenzen, abgrenzen, begrenzen

BELTZ JUVENTA

Kapitel 1

Einführung

Im Zuge der gravierenden Fälle von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und auch -tötung (vgl. Kevin in Bremen oder Lea-Sophie in Schwerin) legte das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 2006 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ mit der Zielsetzung vor, Säuglinge und Kleinkinder durch präventive Maßnahmen vor Gefährdungen besser zu schützen (vgl. BMFSFJ 2006: 2 ff.). Im Rahmen des Aktionsprogramms wurde vor allem der Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft verstärkt und die Frühen Hilfen sodann in dem zum 1.1.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz gesetzlich verankert (vgl. BkSchG, Art. 1). Während mit dem im Jahr 2005 verankerten Paragraphen 8a SGB VIII¹ bereits eine Verstärkung des Schutzauftrages der Jugendämter sowie eine Verlängerung dieses Auftrags auf die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe stattgefunden hatte, weitet das Bundeskinderschutzgesetz diesen Bezugs-kreis noch einmal aus auf z. B. Ärzt/-innen, Hebammen, Lehrer/-innen oder Angehörige eines anderen Heil- und Helferberufes.

Unter Frühen Hilfen² werden lokale und regionale Unterstützungssysteme verstanden, deren koordinierte Hilfsangebote Familien bereits ab der Schwangerschaft und bis zum dritten Lebensjahr des Kindes unterstützen sollen (vgl. NZFH 2009). Die Fokussierung auf die Altersgruppe null bis drei Jahre ist zum einen darauf zurückzuführen, dass vor allem diese Altersgruppe von den erzieherischen Hilfen bis dato deutlich vernachlässigt wurde bzw. Jugendämter für Schwangere auch (noch) gar nicht zuständig waren (vgl. Fendrich/Pothmann 2009), und zum anderen auf die inzwischen gesicherten entwicklungspsychologischen Erkenntnisse, welche auf die große Bedeutung früher Erfahrungen für den weiteren Entwicklungsverlauf von Kindern verweisen. So konstatiert beispielsweise Sann in Anlehnung an Grossmann/Grossmann (2005) und Sroufe/Coffino/Carlson (2011): „Vor allem der Aufbau einer sicheren emotionalen Bindung zwischen Hauptbezugspersonen und Säugling spielt dabei eine entscheidende Rolle. Eine auf

1 Paragraph 8a SGB VIII umfasst den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung.

2 Eine ausführliche Begriffsbestimmung Früher Hilfen wurde 2009 vom wissenschaftlichen Beirat des NZFH formuliert und 2014 im „Leitbild Frühe Hilfen“ weiter ausgebaut (vgl. <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>).

diese Weise hergestellte sichere Basis ist ein wichtiger Faktor sowohl für die sozio-emotionale als auch die kognitive Entwicklung von Kindern“ (Sann 2012: 257). Aus diesem Grund ist das zentrale Anliegen Früher Hilfen, möglichst früh „[...] die Voraussetzungen für eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung herzustellen, Risiken und Gefährdungen zu erkennen und durch wirksame Programme und unterstützende Hilfen Fehlentwicklungen vorzubeugen“ (BMFSFJ 2006: 4).

Im Zuge des Aktionsprogramms von 2006 wurden zunächst unterschiedliche kommunale und regionale Modellprojekte³ erprobt und evaluiert.⁴ Im Anschluss daran wurden die Frühen Hilfen schließlich mit Mitteln des Bundes im Rahmen der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“⁵ weiter ausgebaut wurden. Im Zentrum steht neben der Etablierung dieser kommunalen Netzwerke Frühe Hilfen vor allem der flächendeckende Ausbau und Einsatz von Familienhebammen – und damit die systematische Verzahnung von gesundheitsbezogenen Leistungen und Jugendhilfeleistungen (vgl. ebd.). Denn, so konstatiert Sann: „Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Kinder- und Jugendhilfe keinesfalls allein das Ziel erreichen kann, eine ausreichende Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit bedarfsgerechten Angeboten zu realisieren. Zugänge zu (werdenden) Eltern sind in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und in der ersten Zeit mit dem Baby regelhaft im Bereich der medizinischen Versorgung vorhanden [...]“ (Sann 2012: 261). Leitgedanke ist, die regelhafte Versorgung des Gesundheitssystems dazu zu nutzen, Eltern rechtzeitig auf medizinische und soziale Hilfsangebote rund um Schwangerschaft und erstes Lebensjahr aufmerksam zu machen und sie zur Inanspruchnahme dieser Angebote zu motivieren (vgl. Schäfer/Sann 2014: 84 f.).

Vor diesem Hintergrund lässt sich das Konzept Familienhebamme insofern als ein zentraler Förderschwerpunkt der Bundesinitiative ausmachen, als dass genau jene Berufsgruppe die soeben beschriebene Lücke in der

3 Eine zusammenfassende Übersicht über die modellhaft etablierten Netzwerke in den Ländern findet sich in Renner/Heimeshoff, 2014.

4 2007 wurde zudem das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (kurz: NZFH) als koordinierendes Zentrum eingerichtet, welches den bundesweiten Auf- und Ausbau Früher Hilfen insofern unterstützt, als dass es Forschung initiiert sowie die Erfahrungen und Ergebnisse der Modellprojekte systematisiert, evaluiert und der (Fach-)Öffentlichkeit zugänglich macht (vgl. BMFSFJ 2006: 13 f.).

5 Im Rahmen der Bundesinitiative hat der Bund insgesamt 177 Millionen Euro bis Ende 2015 zur Verfügung gestellt für den Auf- und Ausbau von Frühen Hilfen in den Ländern und Kommunen (vgl. <http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/>). Die Bundesinitiative wurde Ende 2015 bis längstens Ende 2017 verlängert. Bis dahin soll der Fonds Frühe Hilfen in Kraft treten, mit dem Frühe Hilfen dauerhaft finanziert werden können. Hierzu sind jährlich 51 Millionen Euro vorgesehen.

professionellen Unterstützung von Eltern schließen soll, die häufig zwischen der gesundheitsbezogenen Versorgung sowie der Beratung in den ersten Lebensjahren und den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe klappt. Im Kontext der Frühen Hilfen werden Familienhebammen deshalb primär als Vermittlerinnen im Schnittfeld der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsförderung eingesetzt. Zu ihren Aufgaben gehören v.a. „[...] die Sicherstellung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen [...] und bei Bedarf die Vermittlung in andere Unterstützungsangebote aus dem Gesundheits- oder Jugendhilfebereich“ (Ayerle 2012: 5). Damit kann die interprofessionelle Kooperation, die als Kern der Frühen Hilfen gilt, auch als ein wesentlicher Bestandteil der Familienhebammenarbeit ausgemacht werden (vgl. Hahn/Sandner 2012: 9).

1.1 Entwicklung und Konstitution eines neuen Tätigkeitsfelds und -profils

Das Konzept Familienhebamme wurde bereits 1980 im Rahmen eines Modellversuchs im Stadtstaat Bremen entwickelt. Ausgangspunkt war die hohe Säuglingssterblichkeitsrate in der damaligen Bundesrepublik Deutschland (vgl. Albrecht-Richter/Thiele 1985: 21 ff., Schneider 2008: 39 ff.). Ziel des Modellversuchs Aktion Familienhebamme war es die Säuglingssterblichkeit durch die Weiterentwicklung bzw. Erweiterung der bisherigen Gesundheits- und Schwangerschaftsvorsorge zu senken, „(...) indem sie [die Familienhebammen] den besonderen Bedingungen des Arbeits- und Lebenszusammenhangs der betroffenen Frauen sowie den damit zusammenhängenden spezifischen Betreuungs- und Beratungsbedürfnissen Rechnung tragen“ (Albrecht-Richter/Thiele 1985: 23).

Das Angebot Familienhebamme richtete sich dabei vor allem an schwangere Frauen in prekären Lebenslagen. Insbesondere für diese Bevölkerungsgruppe konnten Untersuchungen, wie z.B. von Collatz u.a. (1981), nicht nur eine deutlich erhöhte perinatale Mortalität feststellen, sondern zugleich auch eine deutlich geringere Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen. Um die Inanspruchnahme solcher Vorsorgeuntersuchungen bei dieser *Risikogruppe* zu erhöhen und damit die perinatale Mortalität zu senken, wurden explizit Hebammen ausgewählt, da sie

1. im Unterschied zu Sozialarbeiter/-innen bereits über ein medizinisches Vorwissen im Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenen verfügen;
2. von der Gesellschaft überwiegend positiv wahrgenommen werden. „Sie werden nicht mit Kontrolle und Behörde in Verbindung gebracht, wie

Sozialarbeiter, und auch nicht mit Krankheiten, wie Kinderkrankenschwestern“ (Schneider 2008: 43);

3. und somit als Vertrauensperson für bis zu ein Jahr nach der Geburt für Familien bzw. Mütter fungieren können (vgl. ebd.: 42 ff.).

Das Tätigkeitsspektrum der (Familien-)Hebammen umfasste damit neben der gesetzlichen Schwangerschaftsvorsorge jetzt auch den Bereich der sozialen Beratung sowie der Unterstützung von Frauen in schwierigen Lebenslagen. Darüber hinaus sollte die Kooperation von ambulanter und klinischer Versorgung sowie geburtshilflicher und pädiatrischer Maßnahmen verbessert werden (vgl. ebd.).

Konnte sich das Konzept der Familienhebamme damals nicht als bundesweites Modell etablieren, erfahren Familienhebammen heute Konjunktur. Der Kern der Idee Familienhebamme blieb dabei erhalten – allerdings ist das Konzept Familienhebamme seit seinen Anfängen in der 1980er Jahren weiterentwickelt worden.

Unter Familienhebammen werden heute staatlich examinierte Hebammen mit einer psychosozialen Zusatzqualifikation verstanden (vgl. Hahn/Sandner 2012), die vor allem zur „*Betreuung von Familien mit Risikofaktoren*“ (Schneider 2008: 12) eingesetzt werden. Meysen u.a. zählen zu den empirisch gesicherten Risikofaktoren, welche zu einer Überforderung der Eltern bei der angemessenen Versorgung ihrer Kinder führen können: eigene Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung eines Elternteils, Partnerschaftsgewalt, psychische Erkrankungen eines Elternteils, Suchtmittelabhängigkeit, frühe Mutterschaft, Alleinerziehen, Armut, Arbeitslosigkeit, geringe Bildung, Kinder mit Behinderung, fehlendes Erziehungswissen u.ä. (vgl. Meysen u.a. 2008). Familienhebammen bieten im Vergleich zu originär tätigen Hebammen dabei ein „erweitertes Tätigkeitsspektrum“ (ebd.: 60) an. D.h. der inhaltliche Schwerpunkt der Familienhebammentätigkeit liegt neben der gesundheitlichen nunmehr auch auf der psychosozialen Betreuung und Begleitung der Gesamtfamilie (vgl. Hahn/Sandner 2012: 9). Zudem verbleiben Familienhebammen über die achtwöchige Phase des Wochenbetts hinaus bis zu einem Jahr in den Familien – sie arbeiten aufsuchend und unterstützen die Eltern in ihrem praktischen Familienalltag mit dem Kind (vgl. Lange/Liebald 2013: 10). Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es sich bei dem Angebot ‚Familienhebamme‘ um die „längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien durch Fachkräfte“ (NZFH 2014, vgl. auch Hahn/Sandner 2012) handelt, welches konzeptionell zunächst im Bereich der Sekundärprävention angesiedelt sein sollte. Die konkrete aktuelle Praxis zeigt jedoch, dass in fast 30 Prozent der Jugendamtsbezirke Familienhebammen auch an der Schnittstelle zu oder im Bereich der Tertiärprävention eingesetzt werden (vgl. ebd.).

Sollten Familienhebammen 1980 noch die Kooperation verschiedener medizinischer Systeme verbessern, werden sie heute im Kontext der Frühen Hilfen vor allem als Vermittlerinnen im Schnittfeld der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsförderung eingesetzt. Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen wird der Tätigkeit von Familienhebammen so- dann als „Querschnittsaufgabe“ (Hahn/Sandner 2012: 9) oder als „besonde- rer Brückenbogen“ (Meysen u.a. 2009: 118) zwischen verschiedenen Fach- disziplinen eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Zu den zentralen Gründen hierfür zählen Lange und Liebald zum einen, dass Familienhebammen in ihrer Tätigkeit sowohl medizinische als auch psychologische und soziale Perspektiven einnehmen. Sie haben neben der Entwicklung des Kindes auch das Wohlergehen der Mutter sowie die Mutter-Kind-Beziehung im Blick und beziehen die familiäre und soziale Lebenssituation der zu beglei- tenden Personen mit ein (vgl. ebd.: 40). Zum anderen sei der Einsatz von Familienhebammen weitaus weniger stigmatisierend als Angebote der Ju- gendhilfe. Die Inanspruchnahme einer Hebamme steht als Regelangebot des Gesundheitssystems prinzipiell allen Familien zur Verfügung und ist zunächst an keine „abweichende“ Diagnose gebunden. In genau jener „ge- sellschaftlichen Normalität“ sehen Turba und Eisentraut damit ein „ent- scheidendes Werkzeug, welches den Zugang zum privaten Raum der Adres- saten“ (Eisentraut/Turba 2013: 94) und ihre Kooperationsbereitschaft sicherstellt.

Aufgrund dieser günstigen Rahmenbedingungen, d.h. aufgrund der Tat- sache, dass Familienhebammen über einen relativ langen Zeitraum Zugang zum privaten Raum der Familien erhalten, „[...] können sie in vielen Fällen eine tragfähige Vertrauensbasis zu den betreuenden Familien aufbauen und sich dabei einen möglichst authentischen Eindruck über die persönlichen und sozialen Lebensverhältnisse und über die benötigten Unterstützungs- leistungen verschaffen“ (Lange/Liebald 2013: 41). Aus diesem Grund sollen Familienhebammen daher auch als *Lotsinnen*⁶ im Netzwerk Früher Hilfen tätig werden. Damit ist gemeint, dass Familienhebammen gut mit anderen Akteuren Früher Hilfen vernetzt sind und über ausreichende Kenntnisse anderer Hilfsangebote verfügen. Denn als Lotsinnen sollen sie, über ihre eigene Betreuungstätigkeit hinaus, in der Lage sein, den Hilfebedarf von Familien festzustellen, um diese ggf. an passgenauere Angebote bzw. Insti- tutionen weiter vermitteln zu können (vgl. ebd.: 40 f.). Das vom NZFH in Auftrag gegebene und 2014 erstellte Rechtsgutachten zu „rechtlichen Frage-

6 Lange und Liebald machen jedoch darauf aufmerksam, dass mit „Lotsin“ nicht gemeint ist, dass Familienhebammen das Netzwerk Früher Hilfen organisieren. Dies obliegt den eigens dafür eingerichteten Koordinierungsstellen (vgl. Lange/Liebald 2013: 41).

stellungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern“ konkretisiert diesen Auftrag noch weiter. Hier wird herausgestellt, dass es sich bei den Leistungen der Familienhebammen explizit um „besondere Brückenangebote“ (Horschitz u.a. 2014: 9) handele, die das Gesundheitssystem mit dem der Kinder- und Jugendhilfe verbinde.

Bis Anfang 2013 haben sich in Deutschland ca. 1500 Hebammen zu Familienhebammen fortgebildet (vgl. Paul 2014: 16) – mittlerweile dürfte die Anzahl noch gestiegen sein. Bezüglich ihrer Finanzierung sind unterschiedliche Modelle feststellbar. Überwiegend arbeiten Familienhebammen heute jedoch freiberuflich in Kooperation mit Gesundheitsämtern, Jugendämtern oder einem Träger der freien Wohlfahrtspflege und seltener in einem Angestelltenverhältnis (vgl. Gran/Küster/Sann 2012: 13). Eine sozialgesetzliche Grundlage für die Leistungserbringung der Familienhebammen besteht allerdings bis dato nicht. Im Gegenteil wird aktuell konstatiert, dass von einer „(sozial-)rechtlichen Heimatlosigkeit dieser Hilfeangebote gesprochen werden kann“ (Horschitz u.a. 2014: 16). In Bezug auf den Ausbau und die Etablierung der Frühen Hilfen, die bisher überwiegend aus Projektmitteln finanziert wurden und somit letztendlich auch von politischen Entscheidungen abhing, kann diese Rechtssituation eine Gefahr bedeuten. Dennoch scheint vorerst nicht nur der flächendeckende Ausbau dieser Hilfeform geglückt – erste Evaluationsstudien (vgl. Ayerle 2012; Renner 2012) belegen zudem die zentrale Bedeutung sowie positive Wirkung der Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen.

1.2 Das Tätigkeitsfeld der Familienhebamme im Spiegel aktueller Studien

Die empirischen Studien, die bisher zum Tätigkeitsfeld der Familienhebammen vorliegen, spiegeln die Tatsache, dass es sich um ein Feld handelt, welches erst im Begriff steht sich zu etablieren und bisher v.a. über Modellprojekte strukturiert war. Dementsprechend finden sich erstens regionale Evaluationsstudien (vgl. z.B. Collatz u.a. 1981; Albrecht-Richter/Thiele 1985; Freie Hansestadt Hamburg 2009, 2012; Zierau/González-C. 2005; Günther 2009; Stiftung Eine Chance für Kinder 2015). Diese beziehen sich häufig auf einzelne Programme Früher Hilfen in bestimmten Regionen, in denen aufsuchende Hausbesuche von Familienhebammen als eine Kernkomponente des Angebots eine zentrale Rolle spielen. Diese regionalen Evaluationsstudien fokussieren in aller Regel die Effektivität der Unterstützungsangebote, wobei ein besonderes Augenmerk auf der Frage nach der Erreichbarkeit der gewünschten Adressaten/-innengruppe liegt. Die Bilanz

dieser Evaluationsstudien in Bezug auf die Wirksamkeit anhand dieses Parameters fällt insgesamt positiv aus.

Zweitens entstehen inzwischen (meist explorativ angelegte) Qualifizierungsarbeiten zu unterschiedlichen Fragestellungen. So fokussiert beispielsweise die qualitativ empirisch angelegte Arbeit von Schneider (2008) v.a. auf die Berufssituation der Familienhebammen, während die analytisch angelegte Arbeit von Gebhardt (2014) v.a. die Verortung der Familienhebammen an der Schnittstelle der beiden Systeme (Kinder- und Jugendhilfe bzw. Gesundheitsförderung) kritisch diskutiert.

Drittens liegen ganz unterschiedliche Studien vor, die alle entweder vom Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen selbst erhoben oder aber in Auftrag gegeben wurden. Zu nennen sind hier konkret empirische Daten zum Ausbau des Angebots der Familienhebammen innerhalb der kommunalen Netzwerke Früher Hilfen (z.B. NZFH 2013, 2014, 2015), Analysen der rechtlichen Rahmenbedingungen des Tätigkeitsfeldes der Familienhebammen v.a. über Expertisen (Meysen/Schönecker/Kindler 2009; Horschitz u.a. 2014) sowie wissenschaftliche Begleitforschungen zu verschiedenen Modellen Früher Hilfen, in denen Hausbesuche von Familienhebammen eine zentrale Rolle spielen (v.a. Makowsky/Schücking 2010; Adamszek u.a. 2013; Ayerle 2012; Renner 2012, Eickhorst u.a. 2012, zusammenfassend Sann 2014). Diese Studien fokussieren alle, wenn auch in unterschiedlicher Weise, auf die Wirkungen der Interventionen der Modellprojekte und zielen darauf erstes grundlegendes Wissen zu dem Tätigkeitsfeld der Familienhebammen zu erhalten.

Die wissenschaftliche Forschung – jenseits des NZFH-Kontextes – steht erst am Anfang. Als eine erste Studie kann hier die zu „Sozialsystem, Kindeswohlgefährdung und Prozesse professioneller Interventionen (SKIPPI)“ genannt werden, die primär erforschte, wie verschiedene Berufsgruppen, die beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung eingeschaltet werden können – u.a. auch Familienhebammen – zu einem Urteil in Bezug auf den Fall kommen und ggf. intervenieren (vgl. z.B. Bühler-Niederberger u.a. 2013).

Zwei Projekte an der HS Osnabrück im Rahmen der Forschungsprofessur von Friederike zu Sayn-Wittgenstein „Hebammen im Versorgungskonzept Früher Hilfen“ sowie „Die interprofessionelle Kooperation zwischen Hebammen und Familienhebammen und den zentralen Akteuren in den Netzwerken Früher Hilfen“ beschäftigen sich derzeit mit der Kooperation von (Familien)hebammen und anderen Berufsgruppen innerhalb der Netzwerke Früher Hilfen (Volkswagenstiftung; Laufzeit von 2013–2016). Im Teilprojekt zu Familienhebammen werden bezogen auf die Kooperation vor allem Berufsgruppen aus dem Sozialwesen befragt mit dem Ziel:

- „der Bestandsaufnahme von Rahmenbedingungen für die Berufsgruppe in den Netzwerken Früher Hilfen
- der Erfassung des Umfangs und der Erfahrungen in der interprofessionellen Kooperation mit Familienhebammen auf Fallebene und fallübergreifend
- der Analyse der Kooperationspraxis und der Erwartungen an Familienhebammen
- der Analyse von hemmenden und fördernden Faktoren für die interprofessionelle Kooperation“ (Schumann 2015: 1).

Die so erzielten Ergebnisse sollen der Verbesserung der Kooperation zwischen Familienhebammen und den befragten Berufsgruppen sowie der Reflexion der Tätigkeit und der Verortung von Hebammen und Familienhebammen in den Netzwerken Früher Hilfen dienen (vgl. ebd. 2015).

Das ebenfalls noch nicht abgeschlossene Forschungsprojekt „Weiterentwicklung der Frühen Hilfen in Hessen. Langzeitbeobachtung und Einbindung des sozialen Umfeldes“ (2014–2016) an der Hochschule Fulda zielt hingegen auf die nutzerorientierte Weiterentwicklung der Frühen Hilfen und fokussiert dabei die Eltern, d.h. die Adressat/-innenperspektive der Maßnahme Familienhebamme. Im Rahmen des Forschungsprojektes werden partizipativ, d.h. gemeinsam mit den Eltern sowie den Familienhebammen quantitative Erhebungsinstrumente entwickelt, mit denen im 2-Jahres Rhythmus das soziale Umfeld sowie die bestehende Angebotsstruktur analysiert wird. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den (werdenden) Vätern, auf ihrer momentanen Einbindung sowie Zufriedenheit.

Insgesamt lässt sich vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen in Bezug auf das Hilfeangebot Familienhebamme konstatieren, dass im deutschsprachigen Raum bislang nur wenige empirische Studien explizit zu Familienhebammen vorliegen. Jene wenigen empirischen Studien fokussieren dabei primär die Kooperation bzw. Zusammenarbeit von Familienhebammen vorwiegend mit anderen Berufsgruppen aus dem Sozialwesen oder versuchen die Wirksamkeit des Hilfeangebotes Familienhebamme zu eruieren. Konkrete Ergebnisse zum Tätigkeitsprofil oder zum Handeln von Familienhebammen jenseits dieser allgemeingültigen Aussagen zum Tätigkeitsfeld von Familienhebammen existieren dagegen nicht.

1.3 Zum Handeln von Familienhebammen

Trotz dieser bislang positiven Bilanz – und so überzeugend dieses Konzept auch auf den ersten Blick erscheinen mag – bleibt festzuhalten, dass im Kontext der Frühen Hilfen der charakteristisch gesundheitsfördernde, prä-

ventive und niedrigschwellige Hebammenberuf eine neue Ausrichtung erfährt: „[...] während sich Hebammenarbeit traditionell an ‚alle‘ Mütter richtet, dabei zunächst von ‚gesunden Kindern‘ als Normalzustand ausgeht und psychosoziale Aspekte im 20. Jahrhundert sukzessive aus dem Aufgabenspektrum ausgeklammert wurden, so sollen mit den Familienhebammen nun vorrangig ‚Risikogruppen‘ angesprochen werden, wodurch sie zumindest implizit den Charakter einer bisher professionsfremden ‚Kinderschutzmaßnahme‘ erhalten“ (Eisentraut/Turba 2013: 86). Damit stellt sich gleichsam die Frage, wieso auf eine sozialpädagogische Frage (die des Kinderschutzes) eine primär in der Gesundheitsförderung verankerte Berufsgruppe **die** Antwort bieten soll/kann. Vielleicht hängt dies auch mit der Frage zusammen, dass das Tätigkeitsfeld von Familienhebammen zwar generell zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsförderung angesiedelt wird, sich die konkrete Tätigkeit der Familienhebammen jedoch relativ schwer fassen lässt. So ist von einem „erweiterten Tätigkeitsspektrum“ von Familienhebammen die Rede – allerdings argumentieren Alberth und Eisentraut: „Was hier als ‚zeitlich und fachlich erweitertes Tätigkeitsspektrum‘ bezeichnet wird, beschreibt eine tatsächliche Ausweitung von Professionswissen unter der Prämisse einer veränderten Zielvorgabe“ (Alberth/Eisentraut 2012: 441). Zwar verfügen Familienhebammen nunmehr über eine – zumeist psychosoziale – Zusatzqualifikation, „[...] deren qualitative und quantitative Ausgestaltung allerdings (noch) nicht bundeseinheitlich geregelt ist“ (ebd.: 442). Bei dem Begriff Familienhebamme handelt es sich bislang um keine geschützte Berufsbezeichnung. Die Fortbildung zur Familienhebamme wird je Bundesland individuell unterschiedlich curricular ausgestaltet und kann beispielsweise zwischen 200 und 400 Stunden umfassen (vgl. Eisentraut/Turba 2013: 85).

1.3.1 Vorstellung und Aufbau der folgenden Studie

Diese Überlegungen bildeten schließlich den Ausgangspunkt für das im Jahr 2013 gestartete Projekt „Professionelles Handeln von Familienhebammen – eine rekonstruktive Studie“⁷. Die Studie wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI), aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen des Bun-

7 Das Projekt wurde zunächst von der Universität Hildesheim am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik und später in Kooperation mit der Universität Trier am Institut für Erziehungswissenschaft/Sozialpädagogik III durchgeführt.

desministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bis 2015 gefördert. Im Rahmen des Projektes sollte diese *neue* Handlungsform Familienhebamme systematisch analysiert werden – vor allem in Bezug auf die grundlegenden Fragen danach, wie Familienhebammen handeln und wie sie sich dabei selbst, d.h. als Familienhebammen im Deuten und Handeln, herstellen. Zu diesem Zweck wurden einerseits berufsbiografisch-narrative Interviews mit Familienhebammen durchgeführt, um ihre beruflichen Selbstdeutungen rekonstruieren zu können. Und zum anderen sollten über teilnehmende Beobachtungen von Familienhebammen ihre Handlungsmuster aufgeschlüsselt werden.

Als ein zentrales Ergebnis zeigt sich: Familienhebammen sind Grenzsubjekte. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse wird auf der Internetseite des NZFH online veröffentlicht. Und zwar konstituieren sie Grenzen nicht nur auf der Handlungs- bzw. Fallebene, sondern auch auf organisationaler Ebene, beispielsweise gegenüber institutionellen Instanzen wie dem Jugendamt. Denn mit der Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes in die Frühen Hilfen hinein müssen Hebammen nicht nur ihre fachlichen Kompetenzen ausbauen, um hier als Partnerin der Familien agieren zu können. Sie müssen auch ihr berufliches Deuten und Handeln zwischen den professionellen Logiken der Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe ausrichten und damit an Rahmenbedingungen orientieren, die von strukturellen Ambivalenzen, daraus resultierenden diffusen Aufträgen, unklaren Rollendefinitionen und ambivalenten Erwartungshaltungen von Auftraggebern und Hilfeempfänger/-innen geprägt sind.

In Kapitel II wird zunächst das methodische Vorgehen erläutert. Zu Beginn des Kapitels wird in die Ethnografie, welche den methodologischen Referenzrahmen der vorliegenden Studie bildet, eingeführt. Anschließend werden das Sampling transparent gemacht und die erhobenen Daten vorgestellt. Zu diesem Zweck werden das Feld und die Wege ins Feld beschrieben. Zugleich sollen die Zugangsprobleme in der Forschungspraxis dieser Studie reflektierend erläutert werden. Abschließend werden die konkreten Analyseschritte dargelegt.

Es folgt in Kapitel III die empirische Analyse der vorliegenden Studie. Die empirische Analyse untergliedert sich in fünf Teile. In einem ersten Teil werden zunächst die Motive bzw. Motivationen, Familienhebamme zu werden, auf der Basis der berufsbiografischen Interviews beschrieben. In diesem Zusammenhang werden insgesamt drei verschiedene Motivationstypen herausgearbeitet: Typ I – Zur Hebamme berufen, als Familienhebamme prädestiniert; Typ II – Familienhebamme als Alternative zu ... und Typ III – Familienhebamme als Berufsziel. Daran anschließend werden in den vier weiteren Unterkapiteln die von uns im analysierten Gesamtmaterial identifizierten zentralen Handlungsmuster von Familienhebammen ausgeführt.

Wir beginnen mit dem Handlungsmuster „Herstellung von Mutterschaft“ und rekonstruieren darunter Familienhebammen als „Mütterhebammen“. Darauf aufbauend werden die Handlungsmuster „Fallbearbeitung“ sowie „Arbeitsbeziehung“ analysiert. Dabei wird gezeigt, wie Familienhebammen den „Fall“ aus einem Mix aus einerseits Ratschlägen, Tipps und Anordnungen – andererseits jedoch ebenso prozessorientiert und zugangserhaltend bearbeiten und wie sie dabei ihre Arbeitsbeziehungen gestalten, d.h. sich vor allem zwischen Hilfe und Kontrolle verorten. Vor diesem Hintergrund wird in einem letzten Analysekapitel dargelegt, wie Familienhebammen sich über Vernetzung und Abgrenzung im Fall und im multiprofessionellen Feld der Frühen Hilfen positionieren.

Ausgehend von diesen Analysen werden im letzten Kapitel, in Kapitel IV, die Ergebnisse resümiert und Familienhebammen als Grenzsubjekte konzeptualisiert sowie theoretisiert.