

Zusammen für Familien. Das ZuFa Monitoring Geburtsklinik Forschungsbericht 1: Telefoninterviews und Workshops

Die Studie wurde im Auftrag des **Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)** mit Mitteln des **Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** durchgeführt. Das NZFH wird getragen von der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI).

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen 

The logo features a yellow brushstroke that curves under the text. At the end of the stroke, there are three small circles in red, yellow, and blue, with a black dot at the very end.

Dr. Petra Steffen und Dr. Karl Blum
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 55 / -17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: Petra.Steffen@dki.de; Karl.Blum@dki.de

Düsseldorf, Juli 2018

Inhaltsverzeichnis

0	MANAGEMENT SUMMARY	4
1	EINLEITUNG.....	7
2	DIE QUALITATIVEN BEFRAGUNGEN	9
	2.1 Telefoninterviews	9
	2.2 Workshops.....	18
	2.3 Umsetzung der Frühen Hilfen in den Workshop-Häusern.....	21
3	ZUSAMMENFASSENDE EINORDNUNG.....	28

0 Management Summary

- Das **Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI)** wurde vom **Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** mit der Datenerhebung und der Auswertung der qualitativen Studienteile des Projekts **„Zusammen für Familien. Das ZuFa Monitoring Geburtsklinik (ZuFa_GK)“** beauftragt. Aus den Projektergebnissen werden Empfehlungen für die Gestaltung der Schnittstellen zwischen der Geburtsklinik und dem kommunalen System Früher Hilfen abgeleitet.
- Das **multimethodische Projekt** hat die **Versorgungssituation von (psycho)sozial belasteten Familien** in Geburtskliniken mit Hilfe einer standardisierten, quantitativen (erste Ergebnisse Ende 2018) und zwei qualitativen Erhebungen systematisch ermittelt. Im Fokus standen die konkrete Versorgungspraxis sowie Probleme und auch Lösungsansätze, die sich beim Auf- und Ausbau von Strukturen und Prozessen in den Krankenhäusern ergaben. Des Weiteren wird konkret die Zusammenarbeit zwischen Geburtskliniken und den Frühen Hilfen beleuchtet.
- Die **qualitativen Befragungen** bestanden aus:
 - elf **Telefoninterviews** mit Häusern, die keine oder nur wenig Aspekte der Frühen Hilfen umgesetzt haben, theoretisch aber Bedarf hätten, sowie
 - drei **Workshops** mit Krankenhäusern, die viele, aber noch nicht alle Aspekte der Frühen Hilfen realisiert haben.
- **Frühe Hilfen** sind aus Sicht der Häuser ein **niedrigschwelliges, präventives, freiwilliges und kostenloses Angebot für (psycho)sozial belastete Frauen und Familien**, denen durch ein kooperierendes und vernetztes System vielfältige Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten offeriert werden. Frühe Hilfen werden vor allem durch Familienhebammen verkörpert.
- Die **Einführungs- und Umsetzungsbarrieren** Früher Hilfen in den Krankenhäusern sind vor allem
 - fehlende Personal- und Zeitressourcen,
 - unzureichende finanzielle Mittel,
 - die Unkenntnis des Angebots,
 - fehlende Motivation und Engagement der Mitarbeitenden,
 - die fehlende Zuschreibung von Zuständigkeiten sowie
 - eine nicht primär auf Prävention und Nachsorge ausgerichtete Krankenhausstrategie.

- Die **Einführung Früher Hilfen** in den Häusern ist insbesondere auf die Initiative einzelner Mitarbeitenden des Krankenhauses bzw. der Frühen Hilfen zurückzuführen. Als Hintergründe wurden vor allem Denkanstöße durch bestehende persönliche Kontakte, eine zunehmende Notwendigkeit sowie das Wissen genannt, dass eine bessere psychosoziale Versorgung eine Reduktion von (wiederholten) Krankenhauseinweisungen zur Folge hat.
- **Psychische Erkrankungen und Hinweise auf Substanzmissbrauch** sind für Krankenhausmitarbeitende wesentliche Hinweise auf mögliche auftretende Probleme im häuslichen Umfeld. Die Versorgung von entsprechend belasteten Familien und Frauen im Krankenhaus ist **personal- und zeitintensiv**, erfordert einen **stärkeren Austausch** der Krankenhausmitarbeitenden sowie die Einbindung von stationsunabhängigem Personal. Diese Erfordernisse stehen im deutlichen Kontrast zu den bereits sehr knappen zeitlichen und personellen Ressourcen in der Geburtshilfe, die eine Identifizierung und Ansprache von (psychosozial) belasteten Frauen und Familien im Alltag erschweren.
- Die Umsetzung der **Frühen Hilfen** wirkt dem entgegen, **unterstützt Krankenhäuser** und trägt zudem zur **Entlastung und Psychohygiene des Krankenhauspersonals** bei: Indem der zusätzliche Versorgungsaufwand, der häufig mit dem stationären Aufenthalt von Familien in belastenden sozialen Lagen einher geht, von spezifisch ausgebildeten Fachkräften bzw. klar festgelegten, zuständigen Stellen übernommen wird, werden personelle Ressourcen in der Geburtshilfe frei. Des Weiteren können die Mitarbeitenden die Verantwortung für die Sicherstellung eines angemessenen häuslichen Umfeldes für die neugeborenen Säuglinge abgeben.
- Der **Erfolg der Frühen Hilfen** ist im Wesentlichen auf den Aufbau klarer und transparenter Strukturen und Verantwortlichkeiten zurückzuführen: Die Zuständigkeiten sind klar festgelegt, indem eine Person bzw. zuständige Stelle die Koordinierung in der Geburtsklinik übernimmt. Folgende Erfolgsfaktoren für Frühe Hilfen haben sich im Konkreten herausgebildet:
 - Eine systematische, frühzeitige **Identifikation der Belastungen** – idealerweise mit Hilfe eines validierten Screening-Instrumentes - ,
 - das **systematische Dokumentieren**,
 - die strukturierte **Weitergabe dieser Information** an eine zuständige Person bzw. zuständige Stelle,
 - die **gezielte und geschulte Ansprache** der Frauen und Familien im Sinne eines vertieften, persönlichen Gesprächs und – wenn nötig –

-
- die **Überleitung** in entsprechende Hilfsangebote, zum Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe.
 - Als „**Fahrplan**“ für die **Umsetzung der Frühen Hilfen** lassen sich vor allem folgende Faktoren festhalten:
 - Identifikation der Strukturen der Frühen Hilfen und der Ansprechpartner im jeweiligen Bundesland (*Anmerkung der Autorenschaft: Diese sowie ergänzende Informationen - z.B. zu Fördermöglichkeiten - sind über die Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen zu erhalten: <https://www.fruehehilfen.de/bundesstiftung-fruehehilfen/landeskoordinierungsstellen/>*),
 - Überzeugung der Führungskräfte,
 - Unterstützung durch die Führungskräfte,
 - Austausch mit anderen Häusern,
 - Schaffung und Bereitstellung personeller Ressourcen,
 - Festlegung der Abläufe, Strukturen sowie Verantwortlichkeiten,
 - Fortbildungen und Schulungen,
 - Information und Motivation aller Mitarbeitenden.
 - Folgende **hilfreiche Ansätze** zur Verbesserung der allgemeinen Versorgung in der Geburtshilfe wurden genannt: ein optimiertes Informationsmanagement vor, während und nach dem Aufenthalt von (psychosozial) belasteten Frauen vor allem durch bessere Einbindung der niedergelassenen Ärzte, die Erhöhung der Zeit- und Personalkapazitäten des Geburtshilfepersonals, eine stärkere Einbindung von stationsunabhängigem Personal (z.B. Psychologinnen und Psychologen), ein verfügbarer (externer) Personalpool, eine Rückmeldung über den weiteren Werdegang der Familie oder die Einrichtung einer 24-Stunden-Notfallnummer für das Überleitungsmanagement.
 - **Empfehlungen an die Frühen Hilfen** richten sich darüber hinaus auf den quantitativen Ausbau des häuslichen Angebots, einem weiteren Ausbau und einer weiteren Qualifizierung des notwendigen Personals sowie Hilfestellungen bei der Hebammensuche.

1 Einleitung

Der Begriff der Frühen Hilfen wurde bereits in den 70er-Jahren geprägt und hat in den letzten zehn Jahren im Gesundheitssystem sowie der Kinder- und Jugendhilfe zunehmend an Bedeutung gewonnen. Frühe Hilfen bieten (werdenden) Eltern eine Vielzahl an lokalen und regionalen Hilfsangeboten, die diese ab Beginn der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes bei der Fürsorge und Pflege, Betreuung, Förderung sowie Alltags- und Lebensorganisation unterstützen.

Das übergeordnete Ziel der Frühen Hilfen ist es, mögliche Risiken und Belastungen für die gesunde Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrzunehmen, diese nachhaltig zu reduzieren und so ein gesundes Aufwachsen des Kindes zu gewährleisten. Die Angebote der Frühen Hilfen sind freiwillig und richten sich an alle (werdenden) Eltern, insbesondere aber an Familien in belasteten Lebenssituationen, wie z. B. finanzielle Notlagen, psychischen Erkrankungen, sehr frühe Elternschaft oder gesundheitlichen Beeinträchtigung des Kindes. Diese Belastungen gehen in der weiteren Entwicklung der Kinder mit einem erhöhten Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, einem schlechteren Gesundheitszustand und dysfunktionaler sozialer Integration einher. Um dieses Risiko zu reduzieren, unterstützen in den Frühen Hilfen Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe die Familien im Idealfall schon ab der Schwangerschaft.

Eine zentrale Herausforderung für den weiteren Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland ist die Stärkung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Von zentraler Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Geburtskliniken, da fast alle Eltern hier entbinden. Geburtskliniken sind somit zur Feststellung eines Hilfebedarfs und der Vermittlung der Familien in die Frühe Hilfen sehr gut geeignet. Entsprechend haben sich in den letzten Jahren die Geburtskliniken vielfach darum bemüht, für Familien in belastenden Lebenslagen eine Brücke hin zu den Frühen Hilfen zu bauen.

So ist eine Vielzahl verschiedener Modelle entstanden, bei der unterschiedliche Akteure und Einrichtungen aus verschiedenen Unterstützungssystemen zusammen arbeiten. Die Angebote in den Kliniken variieren sehr stark von Informationsmaterialien für die Eltern über die Etablierung bestimmter Funktionen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Frühe Hilfen bis hin zur Teilnahme an kommunalen Präventionsnetzwerken. Beispielhaft können Familienhebammen oder Babylotsen genannt werden, die sich in einigen Kliniken fest etabliert haben. Auch die Integration sozialmedizinischer Beratung, die Kooperation mit

Elternschulen oder Familienzentren, die meistens in Kindertagesstätten oder Familienbildungsstätten angebunden sind, sind vermehrt in Geburtskliniken vorhanden.

Trotz des Wissens um Angebote der Frühen Hilfen in den Kliniken ist in Summe wenig darüber bekannt, wie entsprechende Modelle im Detail konzipiert sind, wie sie auf- und ausgebaut wurden, wie verbreitet sie sind und inwieweit sie sich in der Praxis bewährt haben. Auch mögliche Probleme bei der Umsetzung oder Hürden für die Bereitstellung bzw. Integration eines solchen Angebots in den Häusern sowie mögliche Lösungsansätze oder Erfolgsfaktoren sind ebenfalls noch nicht bekannt.

Um diese Fragen zu beantworten und daraus Empfehlungen für die Gestaltung der Schnittstelle „Geburtsklinik und kommunales System Früher Hilfen“ abzuleiten, hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) mit der Erhebung qualitativer und quantitativer Daten sowie der Analyse der qualitativen Datensätze des Projekts **„Zusammen für Familien. Das ZuFa Monitoring Geburtsklinik (ZuFa_GK)“** beauftragt.

Bei dem Projekt handelt es sich um ein multimethodisches Forschungsprojekt in deutschen Geburtskliniken. Die Versorgungssituation von (psychosozial) belasteten Familien in der Geburtshilfe wurde mit Hilfe eines Methodenmix aus standardisierten, quantitativen und qualitativen Erhebungen systematisch ermittelt.

In dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung (Telefoninterviews und Workshops) in deutlich gekürzter Form zusammenfassend dargestellt.¹ Dazu wurden aus dem langen und ausführlichen Ergebnisbericht die Teile ausgewählt und zusammengestellt, die für die praktische Umsetzung Früher Hilfen in Geburtskliniken von Relevanz sind.

¹ Die Ergebnisse der quantitativen Befragung der Geburtskliniken liegen voraussichtlich Ende 2018 vor.

2 Die qualitativen Befragungen

Allgemeines zur Datenauswertung

Alle Telefoninterviews und Workshops wurden protokolliert. Die Protokolle wurden unter Nutzung gängiger Analysetools² sowie der etablierten sozialwissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Die Auswertung orientiert sich an dem Ziel, praxisrelevantes Erfahrungswissen zu identifizieren und einzuordnen.

Das Datenmaterial wurde im Sinne der Fragestellungen geordnet und mit Hilfe einer strukturierten, qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zu diesem Zweck erfolgte a priori die Entwicklung eines Kategorienrasters, anhand dessen die Transkripte analysiert wurden. Die Kategorienbildung erfolgte, soweit dies möglich war, für Telefoninterviews und Workshops analog. Sofern nötig, wurden die Kategorien im Auswertungsprozess angepasst.

Im Folgenden finden Sie eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse in Anlehnung an die gewählten Kategorien. Im Text werden Beispiele mittels Zitaten wiedergegeben, um die Inhalte nachvollziehbar und erlebbar zu machen. Selbstverständlich sind die Zitate vollständig anonymisiert und lassen weder Rückschlüsse auf die beteiligten Personen noch Kliniken zu.

2.1 Telefoninterviews

Beschreibung der Stichprobe und Methode

Die Telefoninterviews wurden mit Häusern geführt, die in der standardisierten Befragung angegeben haben, bisher (noch) keine oder nur wenige Aspekte der Frühen Hilfen umgesetzt zu haben, gleichzeitig aber Bedarf formulierten. Ziel war zu erfahren, was die Gründe dafür waren, dass die Implementierung noch nicht oder noch nicht vollständig erfolgt ist. Was hindert die Kliniken daran, die Versorgung psychosozial belasteter Familien zu gestalten? Was sind die konkreten Probleme oder Hürden bei der Umsetzung Früher Hilfe in den jeweiligen Häusern? Welche Lösungsstrategien werden gewählt?

² Es wurde in Anlehnung an Mayring (2000) und Flick (1995) vor allem die Methode des thematischen Kodierens angewandt. Aufgrund des Untersuchungsziels haben wir uns auf den Fall- und Gruppenvergleich und damit auf das Herausarbeiten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Befragten fokussiert. Ziel war es Aspekte zu identifizieren, die überindividuell auftraten. Zur Weiterentwicklung der Frühen Hilfen war es aber auch sinnvoll, Aspekte zu fokussieren, die ggf. nur von einzelnen oder wenigen genannt wurden.

Auswahlkriterien für die Stichproben

Die Identifikation der Häuser erfolgte auf Grundlage der quantitativen, schriftlichen Datenerhebung. Zur Auswahl wurden folgende Items des Fragebogens herangezogen:

- Index für Umsetzungsgrad der Frühen Hilfen
 - Grundlage war die Frage: „Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung?“
 - Die Items wurden wie folgt recodiert: Aspekt ist vorhanden bzw. konkret in Planung = „1“; Aspekt ist nicht vorhanden, aber Zukunftsthema bzw. nicht angedacht / keine Angabe möglich = „0“
 - Summenscore der acht Items von „0“ keine Frühe Hilfe implementiert bis „8“ alle abgefragten Aspekte implementiert
 - Häuser mit Summenscores zwischen 0 und 2 wurden als „(sehr) geringer Umsetzungsgrad“ bewertet und ausgewählt
- Potentieller Bedarf, Frühe Hilfen umzusetzen:
 - Grundlage war Frage: „Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie psychosoziale Belastungen feststellten, die aus Ihrer Sicht bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind. Bitte machen Sie in eine Angabe von 0 = "bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.“
 - Häuser mit den Werten >9 wurden als Häuser mit „potentiellem Bedarf“ eingestuft und ausgewählt³
- Bejahung der Frage nach dem Interesse an qualitativer Befragung teilzunehmen (Frage 6C)

Auf 24 Krankenhäuser trafen die oben genannten Kriterien zu. Diese wurden per Zufall in eine Rangreihe gebracht und anschließend gemäß dieser Rangreihe kontaktiert.

Insgesamt elf Interviews wurden von September 2017 bis Mitte Dezember 2017 durch geschulte Mitarbeitende des DKI realisiert. Die Interviews dauerten jeweils ca. eine Stunde.

³ Als Trennwert wurde der Wert des vierten Quartils herangezogen; d.h. die oberen 25 % der Verteilung wurden einbezogen.

Interviewte Personen und Struktur der teilnehmenden Häuser

Die **Interviews** wurden im Wesentlichen mit **Ärztinnen** und **Ärzten** geführt (n = 6), wobei Fachärztinnen und Fachärzte, Oberärztinnen und Oberärzte sowie Chefärztinnen und Chefärzte befragt wurden. Des Weiteren wurden psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Diplom-Pädagoginnen und Pädagogen, Hebammen und Geburtshelfer, Patientenmanagerinnen und -manager oder Mitarbeitende der psychosozialen Beratungsstelle interviewt (jeweils n = 1).

Die elf Häuser, die an den Interviews teilgenommen haben, hatten im Schnitt 610 Krankenhausbetten und im Jahr 2015 im Mittel 1.327 Entbindungen realisiert. Der Anteil an psychosozial belasteten Familien, den die Mitarbeitenden in der quantitativen Befragung angaben, betrug im Durchschnitt 20 %. Der größte Anteil der Häuser war in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft und in Westdeutschland angesiedelt. Jeweils vier der Häuser befanden sich in kreisfreien Großstädten bzw. städtischen Kreisen, zwei in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen sowie eins in dünn besiedelten ländlichen Kreisen.

Alle befragten Krankenhäuser nutzen – zumindest implizit⁴ – Möglichkeiten der Frühen Hilfen, auch wenn diese in eher geringem Umfang und weniger systematisch erfolgte, was im Einklang mit den Auswahlkriterien stand. Zudem zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Häusern. Die Umsetzung der Frühen Hilfen beschränkt sich oftmals auf die Vermittlung von Adressen oder die Herstellung von Kontakten. In manchen Häusern wird auf die Frühen Hilfen nur in ausliegenden Flyern hingewiesen oder Mitarbeitende der Frühen Hilfen stellen das Angebot im Rahmen von Informationsveranstaltungen vor. In zwei Häusern kommen Mitarbeitende der Frühen Hilfen regelmäßig ins Krankenhaus.

Mehrfach wird darauf verwiesen, dass die Möglichkeiten der Frühen Hilfen vor allem in den Kinderkliniken und weniger in der Geburtshilfe genutzt werden und verortet sind. Beispielsweise wird erwähnt, dass die Kinderärztinnen und -ärzte vor der Entlassung bei der U2 die Situation erfragen und Informationsmaterial mitgeben.

⁴ Die Frage nach der Nutzung der Frühen Hilfen wurde von den interviewten Personen zum Teil verneint. Im Gesprächsverlauf zeigte sich jedoch, dass Ansätze der Frühen Hilfen umgesetzt waren.

Einschätzung der Frühen Hilfen

Die Frühen Hilfen sind – bis auf eine Ausnahme – in allen teilnehmenden Häusern bekannt. Tiefere Kenntnisse über die Angebote und Möglichkeiten Früher Hilfen sind jedoch meist eher geringer und zum Teil unspezifisch, was aufgrund der Auswahlkriterien so zu erwarten war (*„Begriff ohne Inhalt, weiß, dass es Möglichkeiten gibt, aber alles so vage“*). Frühe Hilfen werden als **präventiv**, als frühzeitiges Erkennen von Problemen von Säuglingen und ein entsprechendes Hilfsangebot, als *„frühe Unterstützung bevor es zu Kindeswohlgefährdung oder Überforderung kommen kann“*, als die *„Weichen richtig stellen, damit Entwicklung funktionieren kann und familiäres Leid verhindert und Kosten gespart werden“* definiert. Eine Interviewperson drückt es wie folgt aus: *„Frühe Hilfe bevor es brennt“*.

Frühe Hilfen werden in diesem Sinne oftmals als **Kooperation** und (städtische bzw. kommunale) Vernetzung von Institutionen für bestimmte Zielgruppen, wie sozial schwache, nicht versicherte Frauen oder Familien ab der Schwangerschaft beschrieben. Die Frühen Hilfen setzen somit in einer Phase an, in der die Mütter gut zu erreichen sind (*„die sind motiviert, das Beste für ihr Kind zu tun und sind dankbar für die Unterstützung. Das ist später nicht mehr möglich, da noch jemanden rein zu kriegen, der positiv unterstützt“*). Sie werden als Ansprechpersonen *„für Menschen, die sich in unserer Gesellschaft so nicht wiederfinden“*, die die Sorgen der Familien wahr- und ernst nehmen, und für deren Belange sensibilisiert sind, charakterisiert (*„viele sind so im Arbeitsalltag eingebunden, dass sie gar nicht merken oder keine Zeit haben, zu hinterfragen“*). Aus Sicht der Interviewpersonen sind die Frühen Hilfen *„ein Anfang“* bei einem sonst eher politischen Thema, sie seien *„ein Spiegel der Gesellschaft“*.

Als das Besondere oder Spezifische der Frühen Hilfen wurde das **niedrigschwellige**, unkomplizierte, transparente, breit gefächerte und auf die **individuellen Bedürfnisse** und Wünsche der Familien **angepasste Angebot** beschrieben (*„man kann in verschiedene Richtungen gehen, ist nicht festgezurrt auf einen bestimmten Zeitraum“, „die unkomplizierte Möglichkeit der Hilfe, ohne große Antragstellerei“*). Die Frühen Hilfen bieten Unterstützung bei bestehenden Problemen, seien diese finanzieller oder anderer Natur. Die Befragten benennen umfangreiche Möglichkeiten der Unterstützung auch in den Bereichen von Erziehung und Bindung sowie Maßnahmen, die auch auf eine Verbesserung der Lebenssituation der Frauen bzw. Familien abzielen. Familientreffs, Familienpatenschaften, Mutter-Kind-Kurse, Treffen mit anderen Müttern, Kinderbetreuung werden als Angebote genannt. Neben diesen Angeboten werden die Frühen Hilfen auch als Unterstützung bei behördlichen Gängen, bei

Antragstellungen oder die Begleitung von Terminen bei Ärztinnen oder Ärzten gesehen. Anzumerken ist, dass nicht alle Befragten informiert sind, was das Angebot der Frühen Hilfen umfasst. Von diesen Befragten wird es als rein finanzielle Unterstützung und „keine Hilfe zur Selbsthilfe“ beschrieben.

Im Zusammenhang mit dem Angebot der Frühen Hilfen wird vielfach auf die sich ändernde Rolle der Frau und Familie in der Gesellschaft hingewiesen. Aus Sicht der Befragten fehlen heutzutage aufgrund größerer räumlicher Distanzen die oftmals früher bestehenden Unterstützungsangebote durch die (Groß-)Familie. Auch fehle es – zum Teil aufgrund der mangelnden Weitervermittlung innerhalb der Familien – an der Kenntnis des eigenen Körpers oder des Umgangs mit dem Kind („die wissen nicht, was sie zuhause machen soll, wenn das Kind schreit, heute weiß das keiner mehr, Instinkt fehlt, vor 50 Jahren wussten die Frauen, dass man Kind rausnimmt, wickelt, stillt“).

Wesentlich ist aus Sicht einiger Befragter für das Angebot der Frühen Hilfen, dass die Familien zuhause aufgesucht werden. Hier wurden vor allem die **Familienhebammen** genannt. Familienhebammen oder die Mitarbeitenden der Frühen Hilfen seien speziell ausgebildet, um den Bedarf der Familien zu erkennen und eine Kindeswohlgefährdung zu vermeiden („geschulter Blick, wo kann ich unterstützen“).

Als **Akteure im Netzwerk** werden vor allem das Jugendamt, Familienhebammen und Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen genannt. Des Weiteren werden dem Netzwerk

- Hebammen und Geburtshelfer,
- das Gesundheitsamt,
- die Diakonie,
- der Sozialverband katholischer Frauen,
- das Familiengericht,
- Logopädinnen und Logopäden,
- Heilpädagoginnen und Heilpädagogen,
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
- Kinderärztinnen und -ärzte,
- niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte,
- Geburtshelferinnen und Geburtshelfer
- Psychologinnen und Psychologen zugeordnet.

Gründe, warum Häuser keine Frühen Hilfen nutzen

Gefragt nach den Gründen, warum in den Krankenhäusern der interviewten Mitarbeitenden keine Frühen Hilfen einsetzt werden, nennen die Befragten eine **Vielzahl** von **möglichen Ursachen**, wobei sich insgesamt wenige Überschneidungen zeigen. Mehrere interviewte Personen heben hervor, dass die Frühen Hilfen bzw. psychosoziale Belastungen von Familien **nicht** zum **Kerngeschäft** des **Krankenhauses** bzw. der **ärztlichen Versorgung** zählen (*„viele Kollegen aus der Ärzteschaft wollen damit nichts zu tun haben, betrachten es nicht als ihre Aufgabe, sich um solche Probleme zu kümmern, ... da werden medizinische Innovationen mehr anerkannt“*). Hier wurde angeführt, dass manche Kliniken eher eine **wirtschaftliche Fokussierung** haben (*„Kliniken werden da mehr als Wirtschaftsunternehmen geführt, da passt das nicht rein, schwarze Null zählt, sind für die eher Nebensächlichkeiten“*), und dass Prävention sowie auch Nachsorge nicht die primäre Aufgabe der Häuser seien (*„Prävention ist wünschenswert, aber ist nicht unser Tagesgeschäft“*; *„Verantwortungsbewusstsein für nachstationär ist nicht so da“*). Auch eine möglicherweise **falsche Verortung** in der **Geburtshilfe** wird in diesem Zusammenhang genannt (*„Idee, dass das Soziale in die Kinderklinik oder anderen Bereich gehört und nicht in Geburtshilfe, da müssen sich andere drum kümmern, Medizin im Vordergrund und nicht Psychosoziale“*). Dies sei auch der Grund für das **fehlende Engagement** oder Einsicht des **Personals** vor Ort.

Eine **mangelnde Kenntnis** des **Angebots** der Frühen Hilfen war für mehrere Personen eine weitere Ursache, dass diese Angebote nicht in den Häusern verortet sind. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass man es sich nicht vorstellen könne, dass es sich um eine bewusste Ablehnung handele.

Personalknappheit und **Zeitmangel** bzw. den **Mehraufwand** für das Personal führen ebenfalls mehrere Befragte als Begründung dafür an, dass die Frühen Hilfen in Kliniken nicht umgesetzt werden (*„weil die überfordert sind, keine Zeit dafür ist“*).

Als **weitere Gründe** wurden von jeweils einzelnen Interviewpartnerinnen und -partnern folgende Aspekte genannt:

- Finanzielle Gründe
- Tradition (*„war früher nicht so, brauchen wir auch heute nicht“*)
- Einzugsgebiet (*„gibt sicher auch Gegenden, wo wenig psychosozial belastete Fälle sind, die brauchen das dann nicht“*)

- Andere etablierte Hilfsangebote
- Schweigepflicht
- Stigma Jugendamt („*Scheu, Angst vorm Jugendamt ist immer noch schwierig*“)
- Fehlende Kompetenz der Frühen Hilfen-Mitarbeitenden („*diejenigen, die ich mal gesehen habe, waren 18 – 20 Jahre, aber Alltagskompetenz und Erziehungshilfe kann ich mir bei den drei Mädels, die ganz jung waren, nicht vorstellen*“)

Hintergründe der Einführung der Frühen Hilfen

Die – wenn auch noch nicht sehr umfangreiche - Einführung der Frühen Hilfen wird am häufigsten auf die **Initiative** der entsprechenden (Projekt-)Mitarbeitenden der Frühen Hilfen zurückgeführt („*Frauen von den Frühen Hilfen haben sich vorgestellt*“, „*die haben uns angefragt und wir haben uns getroffen und haben es gut befunden*“). Die Anfragen oder Angebote der Frühen Hilfen wurden dann an verschiedene Krankenhausmitarbeitende delegiert. Hier wurde z. B. eine Weitergabe der Verantwortung von der Geburtshilfe an die psychosoziale Beratungsstelle genannt.

Des Weiteren wissen die Befragten häufig nicht, auf wen die Initiative, die Frühen Hilfen umzusetzen, zurück zu führen ist. Dies wird zum Teil damit begründet, dass die Interviewpersonen zum Zeitpunkt der Umsetzung noch nicht am Haus beschäftigt oder in den Prozess nicht involviert waren.

Mitarbeitende der Geburtshilfe und der Kinderkliniken, hier meist Ärztinnen und Ärzte, wurden gleich häufig als Initiatoren des Aufbaus der Frühen Hilfen in den Krankenhäusern genannt. Des Weiteren wurde in einem Fall die Einführung der Frühen Hilfen auf das Engagement des Patientenmanagements zurückgeführt.

Als **Gründe** für die Einführung wurden neben der direkten Ansprache durch die Frühen Hilfen bestehende Kontakte, persönliches Interesse oder eine zunehmende Notwendigkeit angeführt („*erkannt hat, dass immer mehr drogenabhängige Mütter schwanger werden, und dass da die psychosoziale Belastung viel höher ist und die Eltern auch mehr Hilfe brauchen*“).

Insgesamt herrscht eine geringe Kenntnis darüber, wie lange die Frühen Hilfen schon im Krankenhaus verortet sind. Der größte Teil der Befragten (n = 8) konnte dazu keine Aussage machen. Zweimal wurde der Zeitraum, in dem Frühe Hilfen in den Häusern verfügbar sind, mit zehn Jahre, einmal mit zwei bis drei Jahre angegeben.

Als zentrale Veränderung durch die Einführung der Frühen Hilfen im Krankenhaus wurde in einem Interview die größere Transparenz und das größere Wissen über das Hilfsangebot positiv hervorgehoben („*wo welche Hilfe zu kriegen ist, wer ist für was zuständig, das ist positiv dazu gekommen*“).

Hemmnisse und Probleme bei der Einführung der Frühen Hilfen

Ungefähr die Hälfte der Befragten machte auf die Frage nach etwaigen **Problemen** oder Hemmnissen bei der Einführung der Frühen Hilfen im Krankenhaus **keine Angaben**. Dies liegt vermutlich teilweise an fehlendem Wissen oder dem insgesamt geringen Umsetzungsstand der Frühen Hilfen in den Häusern. Zwei Befragte gaben konkret an, dass keine Probleme oder Hindernisse bei der Etablierung der Frühen Hilfen aufgetreten seien. Die Kolleginnen und Kollegen hätten das Angebot bzw. die Initiative begrüßt und „*dankbar angenommen*“.

Bei der Umsetzung der Frühen Hilfen im Krankenhaus wurden von den interviewten Personen die **Strukturen** und die **Organisation** des Angebots der **Frühen Hilfen** selbst als problematisch bewertet. Dies wurde mit einem sich zum Zeitpunkt der Befragung im Aufbau befindlichen lokalen Systems sowie einer mangelnden Kontinuität bei der Stellenbesetzung der Koordinatorinnen und Koordinatoren auf Seiten der Frühen Hilfen begründet. Das zuletzt genannte Problem habe sich aber durch die Einrichtung fester Stellen für die Mitarbeitenden der Frühen Hilfen zumindest aus der Sicht eines Hauses gelöst. Auch ein Mangel an Familienhebammen hat aus Sicht der Befragten die Einführung der Frühen Hilfen erschwert.

Darüber hinaus wurde eine **fehlende finanzielle Unterstützung**, die Nicht-Einhaltung von vereinbarten Kommunikationswegen („*Ärzte haben direkt den Weg zur Patientin gesucht, Jugendamt hat nicht Weg über uns gesucht, sondern direkt auf Station*“) oder die **fehlende Respektierung** der verantwortlichen Projektmitarbeitenden bzw. der eingerichteten spezifischen Stellen genannt. Auch das **fehlende Engagement** von Mitarbeitenden oder die **fehlende Zuschreibung** von **Verantwortlichkeiten** wurden als hinderlich beschrieben.

In einem Fall wurde die moderierende und unterstützende Rolle des Krankenhausdirektors als hilfreich für die Überwindung der Probleme benannt.

„Unter Frühe Hilfen verstehe ich die Vernetzung von Institutionen, die Probleme von Säuglingen frühzeitig erkennen und Hilfestellungen bieten können.“

(Oberärztin, Krankenhaus in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, städtischer Kreis)

„Sind uns bekannt, aber die sind in unserem Haus noch nicht so etabliert, Begriff ohne Inhalt, weiß, dass es Möglichkeiten gibt, aber das ist alles so vage, noch nicht so etabliert, weil sich noch niemand gefunden hat, der sich drum kümmert und die Zeit und Energie hat, das in Angriff zu nehmen, braucht Zeit und Energie, bis das alles hier initiiert ist.“

(Oberärztin, Krankenhaus in freigemeinnütziger Trägerschaft, kreisfreie Großstadt)

„Frühe Hilfen sind die, die am Anfang gleich in der Prävention großen Schwerpunkt haben und Weichen richtig stellen, damit Entwicklung funktionieren kann und familiäres Leid verhindert und Kosten gespart werden.“

(Patientenmanagerin, Krankenhaus in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, städtischer Kreis)

2.2 Workshops

Beschreibung der Stichprobe und Methode

Die Workshops dienen dazu, die Inhalte der quantitativen Befragung, explorativ zu vertiefen. Hier stand die Skizzierung der Beweggründe, Frühe Hilfen in den Kliniken aufzubauen sowie den Prozess der Einführung und Umsetzung im Fokus. Dies erfolgt z. B. anhand der Darstellung der konkreten Umsetzungsschritte, -barrieren und -lösungen. Auch das derzeit umgesetzte Konzept sowie Änderungswünsche bzgl. der Frühen Hilfen im Speziellen und der Versorgung von (psychosozial) belasteten Familien im Allgemeinen wurden thematisiert. Die Ergebnisse sollen anderen Krankenhäusern Ansätze und Hilfestellungen bei der Versorgung (psychosozial) belasteter Familien und dem Auf- und Ausbau Früher Hilfen geben.

Ziel der Workshops war es, von Häusern, die viele, aber noch nicht alle Aspekte der Frühen Hilfen umgesetzt haben, zu erfahren, welche konkreten Schritte sie unternommen haben, mit welchen Problemen sie konfrontiert waren und welche Lösungsschritte sie realisiert haben.

Auswahlkriterien für die Stichproben

Die Identifikation der Häuser, die der genannten Zielgruppe zugeordnet werden konnten, erfolgte hier ebenfalls mittels einer Datenanalyse der schriftlichen Befragung. Zur Auswahl wurden folgende Fragen bzw. Daten herangezogen:

- Index für Umsetzungsgrad der Frühen Hilfen
 - Grundlage war die Frage: „Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung?“
 - Die Items wurden wie folgt recodiert: Aspekt ist vorhanden bzw. konkret in Planung = „1“; Aspekt ist nicht vorhanden, aber Zukunftsthema bzw. nicht angedacht / keine Angabe möglich = „0“
 - Summenscore der acht Items von „0“ keine Frühe Hilfe implementiert bis „8“ alle abgefragten Aspekte implementiert
 - Summenscores von 4 und 5 wurden als Häuser mit einem „mittleren Umsetzungsgrad“ der Frühen Hilfen bewertet und ausgewählt
- Bejahung der Frage nach dem Interesse an qualitativer Befragung teilzunehmen (Frage 6C)

Auch hier erfüllten 24 Krankenhäuser die oben genannten Kriterien, die dann per Zufallsrangreihe kontaktiert wurden.

Der erste Workshop wurde Ende Oktober 2017, der letzte Workshop im Januar 2018 durch geschulte Mitarbeitende des DKI realisiert.

Workshopteilnehmende und Struktur der teilnehmenden Häuser

Die drei Workshops waren jeweils interdisziplinär mit Mitarbeitenden des Ärztlichen und Pflegerischen Dienstes und der Elternschule sowie mit Hebammen und den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Frühen Hilfen besetzt. Mehrheitlich nahmen nur Mitarbeitende des Krankenhauses teil. An einem Workshop nahmen auch externe Partnerinnen und Partner, mit denen im Bereich der Frühen Hilfen kooperiert und zusammengearbeitet wird, teil. In den Häusern, die eine Kinderklinik haben, konnten auch Mitarbeitende dieser Stationen (n = 2) für die Teilnahme gewonnen werden. An den Workshops nahmen zwischen sechs und zehn Personen teil.

Die drei Workshop-Häuser haben im Schnitt 459 Krankenhausbetten und hatten im Jahr 2015 im Mittel 1.292 Entbindungen realisiert. Der Anteil an psychosozial belasteten Familien je 100 Familien, den die befragten Personen im Rahmen der quantitativen Erhebung angaben, betrug im Durchschnitt vier. Zwei Häuser sind in freigemeinnütziger, eins in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Alle Häuser sind in Westdeutschland angesiedelt; zwei Häuser befinden sich in kreisfreien Großstädten, eins in städtischen Kreisen.

Beschreibung der Frühen Hilfen

Die Workshopteilnehmenden wurden gebeten, kurz zu beschreiben, was sie unter den Frühen Hilfen verstehen bzw. wie sie diese definieren würden. Die Beschreibungen variieren zwischen den drei Häusern nur in den Details. Grundsätzlich heben alle jedoch die gleiche Grundidee sowie den Netzwerkgedanken hervor: Die Frühen Hilfen werden als **niedrigschwelliges, vielfältiges, kostenloses** Angebot, als **Hilfe vor Ort** (ohne Hausbesuche), als **Vermittler**, als **Unterstützer** und **Begleiter** für Patientinnen, die Hilfe brauchen, beschrieben. Dabei umfasst das Angebot alles, „*was für Familien geeignet*“ ist und richtet sich somit an alle Familien von

der **Schwangerschaft bis nach Geburt**; zudem seien Frühe Hilfen auf **Prävention** ausgerichtet („*Hilfe, bevor das Kind im Brunnen liegt*“).

Bei der Beschreibung der Frühen Hilfen wird die **Freiwilligkeit** des **Angebotes** betont. Zentral ist für die Workshopteilnehmenden der **Erhalt** der **Autonomie** der **Familien**, die sich darin äußert, dass nicht das Jugendamt, sondern die Familien oder Eltern bestimmen, ob und welches Angebot angenommen wird („*Eltern treffen die Entscheidung*“, „*Miteinander statt gegeneinander*“). Hier wird eine klare **Abgrenzung** vom **Jugendamt** und dessen Image wahrgenommen: Frühe Hilfen-Mitarbeitende seien viel sozialer, menschlicher, ein „*anderer Schlag*“ als Jugendamtsmitarbeitende.

Frühe Hilfen sind aus Sicht der Teilnehmenden der Workshops eine **Stärkung** der **Familien** und ihrer **Kompetenzen** und bieten **Hilfe** zur **Selbsthilfe** mit dem Fokus, die **Familien** im **Umgang** mit der neuen Situation zu **befähigen** („*alles, um Mütter zu befähigen, mit ihrem Kind umzugehen*“). Die Familien werden „*aufgefangen*“ und erhalten **Hilfestellungen**, die – anders als früher – über den rein pflegerischen Bereich hinausgehen. Beispielhaft wurde Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufs, bei Erziehungsfragen, beim Ausfüllen von Formularen oder auch Spiel- und Krabbelgruppen genannt.

Teil des „Frühe-Hilfen-Systems“ sind vor allem **Familienhebammen** und Kinderkrankenpflegende, die oftmals mit den Frühen Hilfen gleichgesetzt werden. Zum Netzwerk zählen nach Angaben der Workshopteilnehmenden aber auch Kinderärztinnen und Kinderärzte oder Tagesmütter und Tagesväter.

Gründe, warum Häuser keine Frühen Hilfen nutzen

In zwei Workshops wurden die Gründe, warum Krankenhäuser möglicherweise keine Frühen Hilfen einsetzen, diskutiert. Folgende mögliche Ursachen wurden genannt:

- Fehlende Zeitressourcen
- Fehlende Finanzierung (und fehlende Priorisierung der Mittelfreigabe im Haus)
- Unwissenheit / Fehlende Bekanntheit des Angebotes
- Fehlende Motivation / Unterstützung von Seiten der Mitarbeitenden (z. B. keine engagierten Mitarbeitenden, die die Initiative ergreifen)
- Vorwand, hätten Klientel nicht, aus Sorge, andere Patientinnen und Patienten

abzuschrecken

- Andere Priorisierung / Fehlende Fokussierung auf Prävention / Fehlendes Bewusstsein der Vorteile präventiven Handelns
- Schutz vor Enttäuschung, falls das Projekt nicht greifen sollte

2.3 Umsetzung der Frühen Hilfen in den Workshop-Häusern

Die Umsetzung der Frühen Hilfen in den Workshop-Häusern wird nur anhand der in den Workshops erarbeiteten Ergebnisse dargestellt. Entlang des Versorgungsprozesses wurden die Einbindung und Realisierung der Frühen Hilfen zum Zeitpunkt des Workshops sowie etwaige Änderungswünsche erarbeitet. Ebenso wurden die derzeitigen und gewünschten Kooperationen skizziert.

Zunächst werden die Umsetzungen in allen Häusern und anschließend die Kooperationen dargestellt.

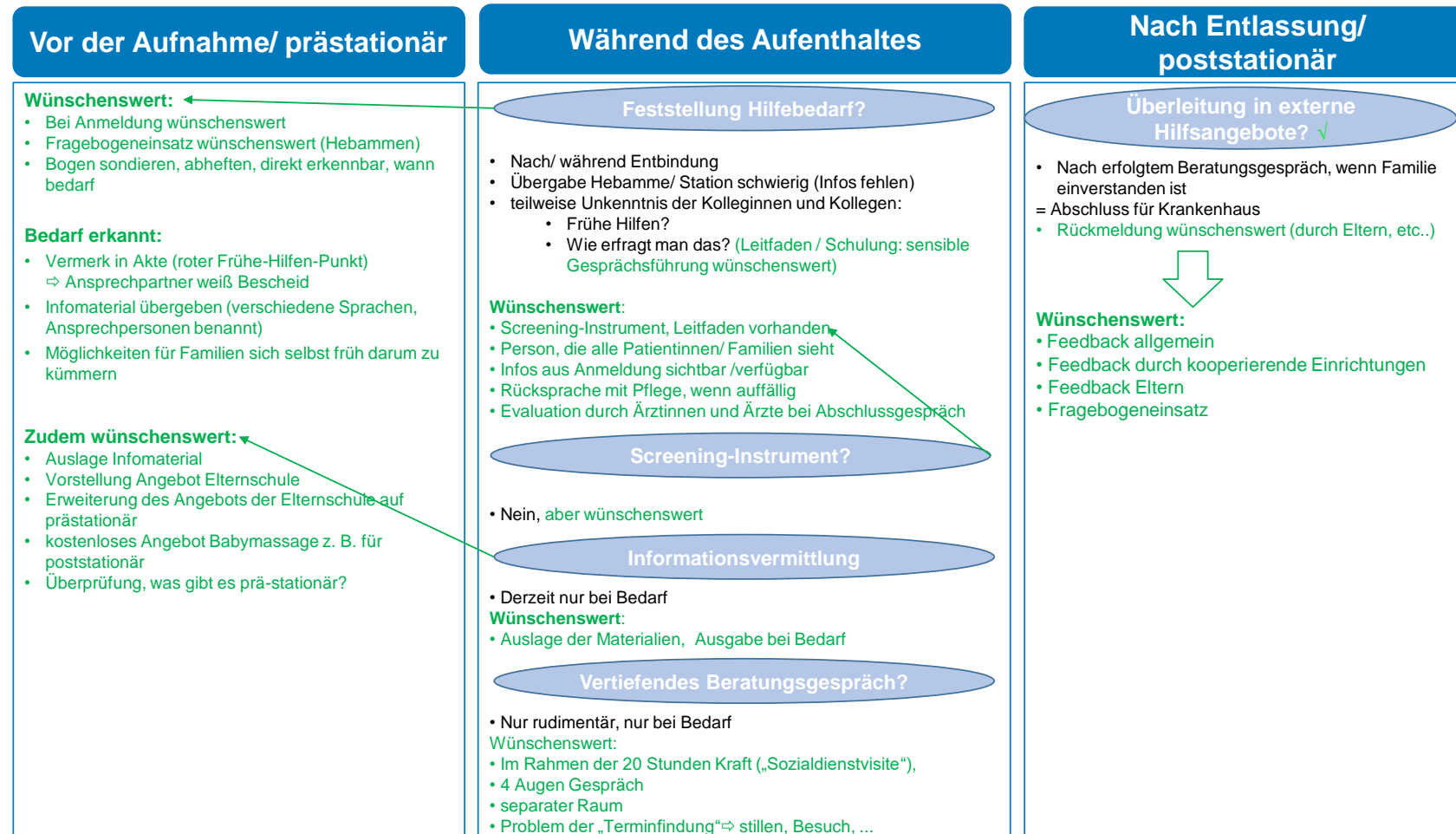


Abb. 1: Erarbeitete Darstellung der derzeitigen Umsetzung sowie der Änderungswünsche (grün) in Krankenhaus 1

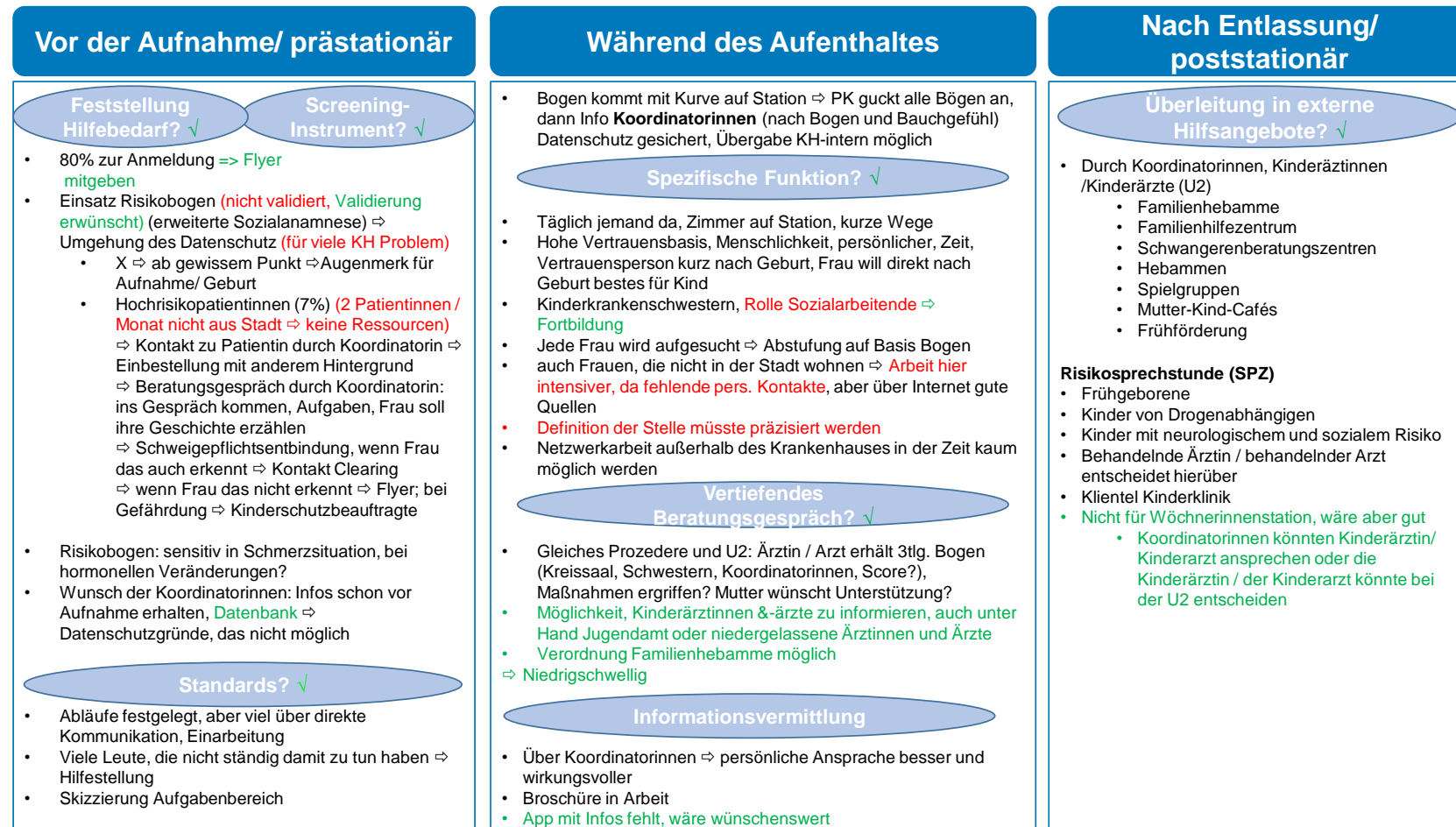


Abb. 2: Erarbeitete Darstellung der derzeitigen Umsetzung (rot=Umsetzung nicht optimal) sowie der Änderungswünsche (=grün) in Krankenhaus 2

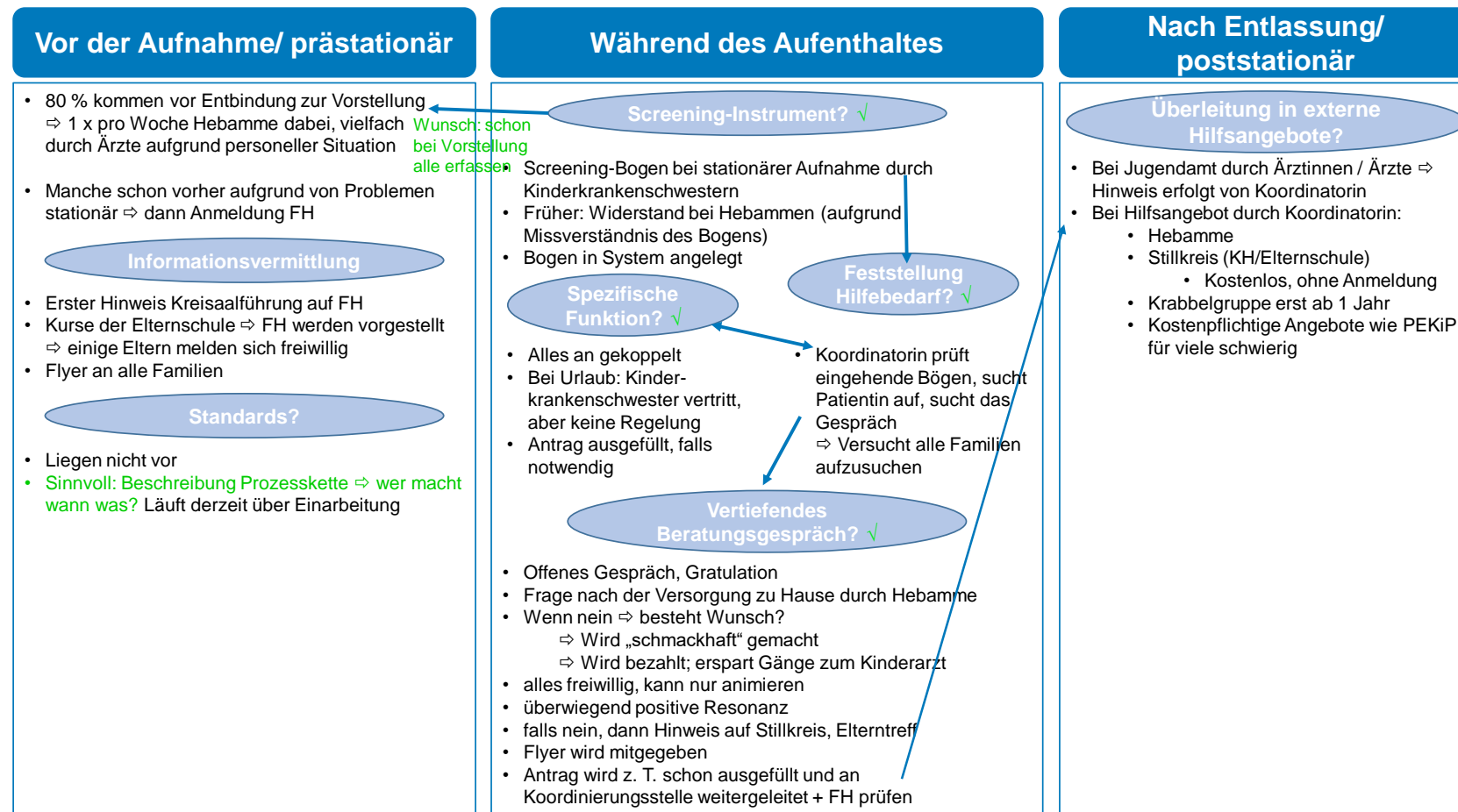


Abb. 3: Erarbeitete Darstellung der derzeitigen Umsetzung sowie der Änderungswünsche (=grün) in Krankenhaus 3

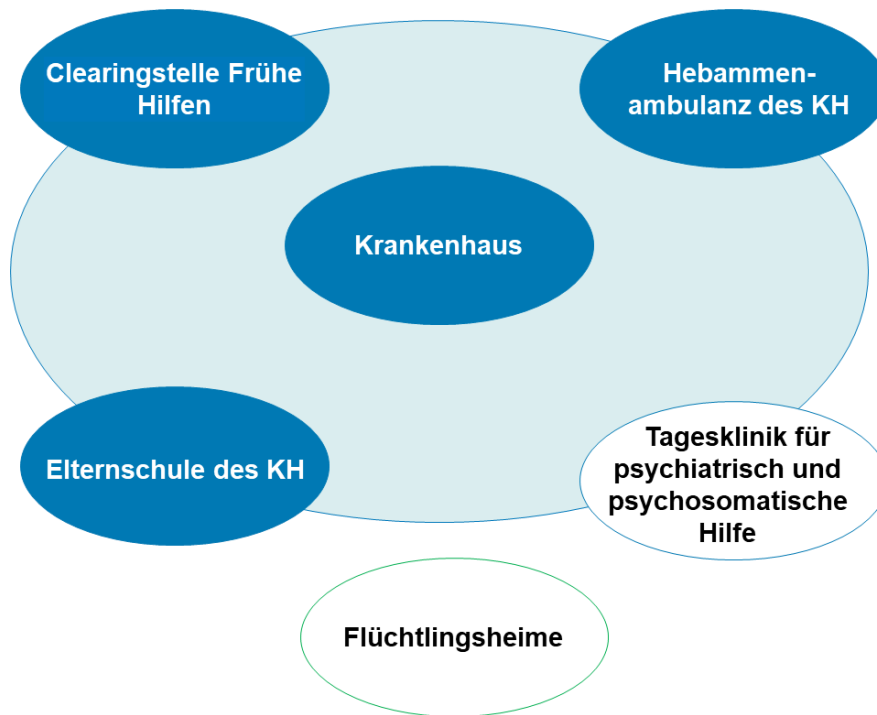


Abb. 4: Darstellung der derzeitigen (=blau) und gewünschten (=grün) Kooperationen in Krankenhaus 1

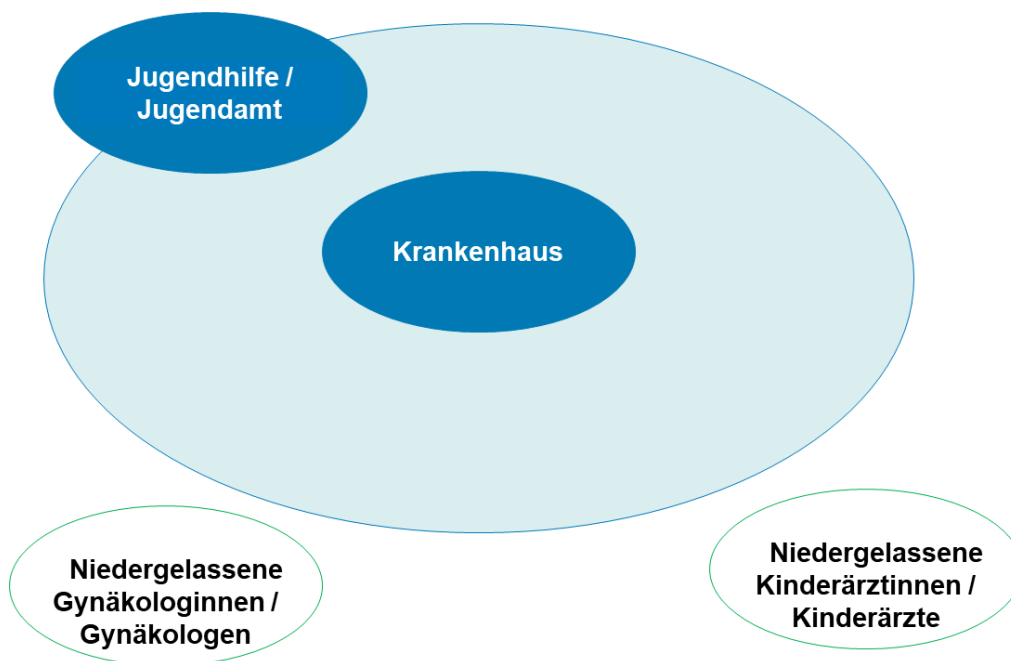


Abb. 5: Darstellung der derzeitigen (=blau) und gewünschten (=grün) Kooperationen in Krankenhaus 2

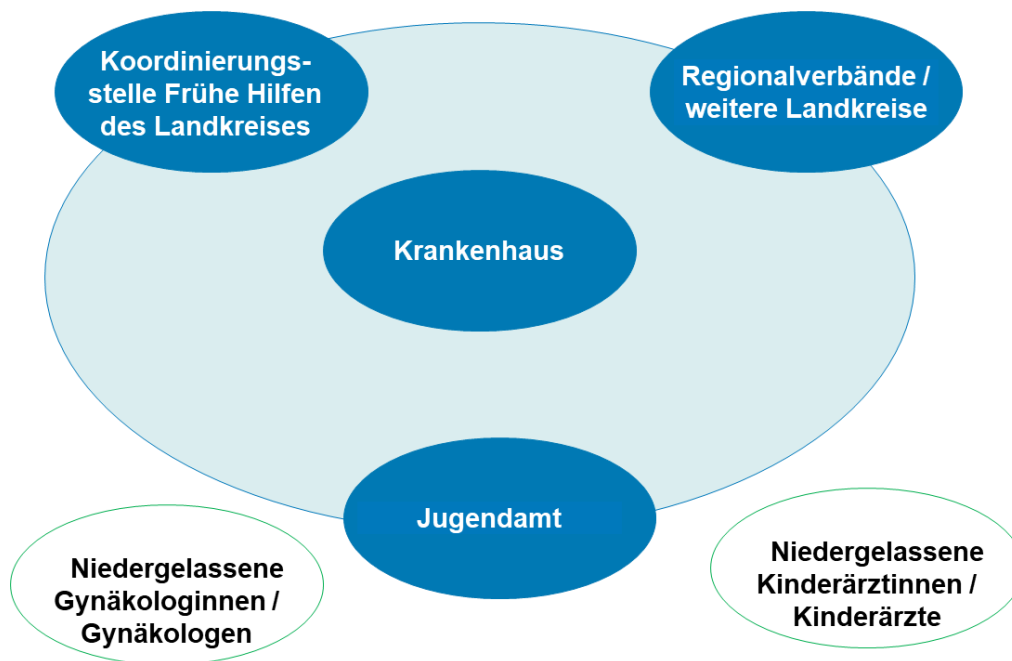


Abb. 6: Darstellung der derzeitigen (=blau) und gewünschten (=grün) Kooperationen in Krankenhaus 3

Empfehlungen zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen in Geburtskliniken

In den Workshops wurden Ratschläge und Empfehlungen für Krankenhäuser, die die Frühen Hilfen implementieren möchten, entwickelt. Aus Sicht der Workshop-Teilnehmenden müssen in einem **ersten Schritt** zunächst die **Strukturen** der Frühen Hilfen im **Bundesland identifiziert** sowie die **Ansprechpersonen** ermittelt werden. Im nächsten Schritte müssen die **Führungskräfte**, hier vor allem auf ärztlicher und pflegerischer Ebene („*Chefs der Abteilung*“), **überzeugt** werden. Die Führungskräfte müssten hinter der Umsetzung der Frühen Hilfen stehen und **Akzeptanz schaffen** („*Chefarzt muss GO geben*“, „*Pflegedienstleitung muss GO geben*“). Von Beginn an sollten zudem **Abläufe festgelegt** und **Strukturen** geschaffen werden. Beispielsweise müsse im Sinne von Standards von Anfang an klar definiert werden, wann und wie welche Prozessschritte erfolgen („*Wie läuft das alles ab in der Anamnese? Wie verfährt man? Wann erfolgt was?*“). Bei der Festlegung der Abläufe und Prozesse wurde auch die Möglichkeit des **Austauschs** mit **anderen Häusern** als hilfreich eingestuft. Im Sinne des Lernens voneinander wurde es als sinnvoll eingeschätzt, von Häusern, die über gut etablierte Strukturen Früher Hilfen verfügen, zu erfahren, wie diese genau ausgestaltet sind, welche

Probleme auftraten, wie diese überwunden wurden und welche Erfolgsfaktoren von diesen Häusern berichtet werden können.

Bei der Entwicklung des Konzepts sollten auch **personelle Verantwortlichkeiten** festgelegt werden, für die personelle Ressourcen bereitgestellt werden müssen. Wichtig ist in dem Zusammenhang auch, dass eine **Person zuständig** ist, die entsprechend **geschult** und fortgebildet ist. Diese Person sollte auch für das Screening der Patientinnen sowie deren Ansprache zuständig sein. Als sinnvoll erachten die Workshop-Teilnehmenden, dass diese Person eine Ausbildung zur Familienhebamme oder (Familien-)Kinderkrankenpflegende hat, da hier schon notwendige Grundlagen vermittelt werden. Ebenso werden Berufs- und Lebenserfahrung als wichtig erachtet. Letztlich sei, nach Klärung der Strukturen und personellen Verantwortlichkeiten, vor allem die **Compliance** und **Akzeptanz** des **Personals** wichtig. Vorbehalten, wie z. B. der Sorge vor „Mehrarbeit“ durch das Angebot der Frühen Hilfen, müsse frühzeitig entgegengewirkt werden. Dies könne – neben der Unterstützung durch die Führungskräfte – über **systematische Kommunikation** und **Transparenz**, z. B. in Form von Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen für alle beteiligten Mitarbeitenden erreicht werden. Die Veranstaltungen sollten genutzt werden, um alle Mitarbeitenden über das interne Konzept sowie das Angebot der Frühen Hilfen zu informieren. Als hilfreich wurde es auch erachtet, den Nutzen für die Klinik und den Zweck der Frühen Hilfen herauszustellen und zu vermitteln. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass das Alleinstellungsmerkmal der Frühen Hilfen *„machen nicht nur den Job, sondern schauen auch über den Tellerrand“*, fokussiert werden solle.

3 Zusammenfassende Einordnung

Die Auswertung des qualitativen Teils der Studie „Zusammen für Familien. Das ZuFa Monitoring Geburtsklinik (ZuFa_GK)“ hat wesentliche Erkenntnisse für den weiteren Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland erbracht. Damit sind hier Erkenntnisse vor allem in Hinblick auf die Stärkung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe gemeint, bei der die Geburtskliniken eine zentrale Rolle einnehmen. Auf Basis der Studienergebnisse können konkrete Empfehlungen für die Gestaltung der Schnittstelle „Geburtsklinik und kommunales System Früher Hilfen“ abgeleitet werden.

Interessanterweise bewerten die Teilnehmenden der Telefoninterviews sowie der Workshops trotz des unterschiedlichen Umsetzungsstandes viele Aspekte vergleichbar. Dies stellt sicher, dass die weitere Ausgestaltung der Schnittstelle bzw. der Auf- und Ausbau Früher Hilfen im Bereich des Krankenhauses, respektive der Geburtshilfe, auf eine große Akzeptanz stoßen wird.

Charakterisierung der Versorgung (psychosozial) belasteter Frauen und Familien in der Geburtshilfe

Zu Beginn der Telefoninterviews und Workshops stand jeweils die Frage im Fokus, wie etwaige Belastungen von Frauen und Familien in der Geburtshilfe identifiziert und erkannt werden. Die Krankenhausmitarbeitenden werden vor allem durch psychische Erkrankungen auf mögliche (psychosoziale) Belastungen der Frauen oder Probleme bei der häuslichen Versorgung der Säuglinge aufmerksam (Abb. 7). Auch Hinweise auf Substanzmissbrauch, z. B. Nikotin, Drogen oder Alkohol, sind mögliche Anzeichen für (psychosoziale) Beanspruchungen. Der dritte Bereich, den die Mitarbeitenden der Krankenhäuser als möglichen Problembereich identifizieren, ist die familiär-soziale Situation, die sich in Partnerschaftsproblemen und/oder einer sozialen Isolierung ausdrücken kann.

Weitere Anzeichen für (psychosoziale) Belastungen der Frauen und Familien nehmen die Krankenhausmitarbeitenden vor allem durch eine fehlende Inanspruchnahme der Vor- und Nachsorge, das allgemeine und körperliche Befinden sowie das Alter der Mütter, besonders starke Sorgen und Ängste, der Abweichung vom „Plan“ (in Bezug zur Familienplanung) oder der familiären Vorgeschichte wahr. Zudem wird der Flüchtlingsstatus als Hinweis für (psychosoziale) Belastungen bewertet.



Abb. 7: Zusammenfassende Darstellung der im Krankenhaus wahrgenommenen Anzeichen für (psychosoziale) Belastungen

Die aus Sicht der Telefon-Interviewpersonen besonders schwerwiegenden Belastungen sowie deren möglichen Konsequenzen sind in Abb. 8 zusammenfassend dargestellt.

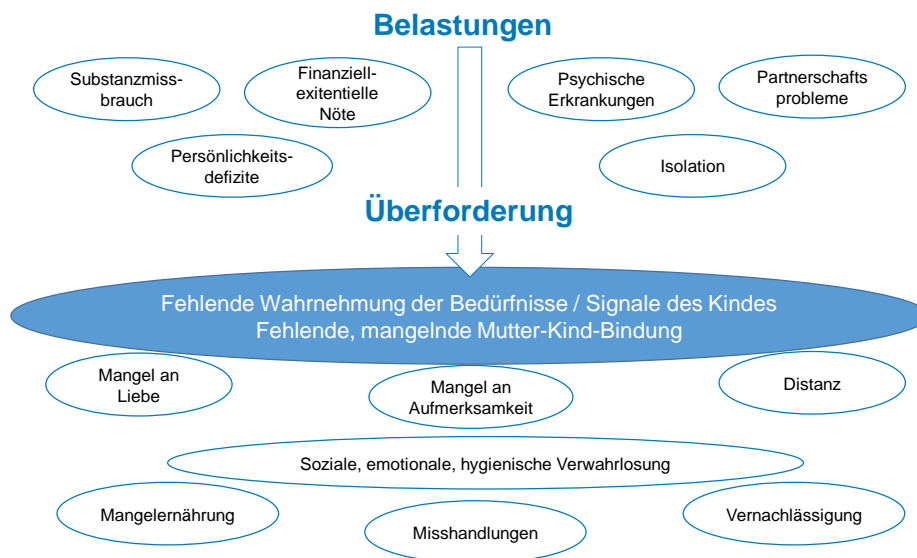


Abb. 8: Besonders schwerwiegende Belastungen und mögliche Folgen (Telefoninterviews)

Die Versorgung von (psychosozial) belasteten Frauen oder Familien ist für die Krankenhausmitarbeitenden zeit- und personalintensiver als die von nicht belasteten Frauen oder Familien. Sie erfordert eine intensivere Begleitung und mehr Zeit für nahezu alle relevanten Bereiche der krankenhausesärztlichen und -pflegerischen Versorgung – Anamnese, Anleitung, Gespräche, Entlassmanagement –, einen erhöhten Austausch der beteiligten Berufsgruppen sowie eine Einbindung weiterer Berufsgruppen, wie Mitarbeitende aus dem Sozialdienst oder Psychologischen Bereich. Diese Notwendigkeiten stehen in deutlichem Kontrast zu den im Krankenhaus knappen, teilweise fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen. Die engen personellen Kapazitäten betreffen nicht nur die Geburtshilfe, sondern auch das zusätzliche, qualifizierte Personal, z. B. aus dem Psychologischen Bereich.

Probleme bei der Versorgung von (psychosozial) belasteten Familien treten schon und vor allem bei der Identifizierung und Ansprache der Frauen und Familien auf. Die Erfassung und die Kontaktaufnahme mit den Frauen und Familien, die entsprechende Anzeichen zeigen, wird durch die kurzen Verweildauern, die mangelnde Erfahrung des Personals, fehlende klare Regelungen oder den stressigen Krankenhausalltag, der ein „Übersehen“ begünstigen würde, erschwert.

Hinzu kommen Probleme durch eine mangelnde Unterstützung durch andere Mitarbeitende sowie bei der Überleitung der Frauen und Familien in Hilfsangebote. Hier sind vor allem die problematische Hebammensituation und der Mangel an Familienhebammen sowie Probleme, Ansprechpersonen zu den relevanten Zeiten zu erreichen, zu nennen.

Die genannten Probleme treffen auch auf die Versorgung von Flüchtlingsfamilien zu. Bei geflüchteten Patientinnen wird die Betreuung zudem durch sprachliche Barrieren weiter erschwert. Hinzu kommt die Unkenntnis des deutschen Gesundheitssystems, die sich durch fehlendes Wissen hinsichtlich Versorgungsmöglichkeiten, der krankenhausesärztlichen Versorgung der Patientinnen und der Säuglinge in der Geburtshilfe bzw. der Pädiatrie sowie von Nachsorgemöglichkeiten bemerkbar macht. Des Weiteren erschweren kulturelle Unterschiede oder finanzielle Aspekte die Versorgung von Flüchtlingsfamilien.

Die Rolle der Frühen Hilfen bei der Versorgung (psychosozial) belasteter Frauen und Familien in der Geburtshilfe

Die Umsetzung der Frühen Hilfen unterstützt die Krankenhäuser bei der Identifikation und Ansprache der Frauen und Familien mit (psychosozialen) Belastungen und trägt zu einer (psychischen) Entlastung der Krankenhausmitarbeitenden bei. Der Erfolg zeigt sich auf unterschiedliche Weise und mit verschiedenen Mitteln. Im Wesentlichen lässt sich die Unterstützung auf eine strukturierte Umsetzung, den Einsatz von Screeninginstrumenten sowie die Festschreibung der Zuständigkeiten in Form einer spezifischen Funktion oder einer Koordinatorin oder eines Koordinators zurückführen. Die Häuser, die dies erfüllt haben, haben in der Regel eine bessere Versorgung der Frauen mit psychosozialen Belastungen sowie eine geringere Belastung des Personals dargestellt und wahrgenommen.

Die Identifikation der Anzeichen für Belastungen sollte im Krankenhaus so früh – im Idealfall bei pränatalen Kontakten – und so systematisch wie möglich erfolgen. Der strukturierte Einsatz von (validierten) Screening-Instrumenten oder Fragebögen gibt dem Krankenhauspersonal Sicherheit bei der Ansprache der Familien und Frauen und entlastet sie zudem. Das systematische Festhalten der Information, z. B. durch Eintrag in ein spezielles Feld der Patientinnenakte, sowie eine strukturierte Weitergabe an die zuständigen Personen, trägt dazu bei, die Versorgung der Patientinnen mit psychosozialen Belastungen zu verbessern. Hier spielt auch die krankenhausinterne Informationsvermittlung bei Verlegung eine wesentliche Rolle.

Die Identifikation der Patientinnen, deren Ansprache im Sinne eines vertieften, persönlichen Beratungsgesprächs erfolgen sollte, sowie die Überleitung in Hilfsangebote waren im Wesentlichen mit der Einrichtung einer spezifischen Funktion der Frühen Hilfen verknüpft. Die Häuser, in denen zumeist als Koordinatorin benannte Personen für die Frühen Hilfen verantwortlich waren, berichteten im Wesentlichen über weniger Probleme und eine höhere Erfolgsquote. Damit die Koordinatorin ihre Stelle wie gewünscht ausfüllen kann, sind Schulungen, Freistellungen und Unterstützung wesentlich. Aber auch eine Klärung des Aufgabengebietes sowie Vertretungsregeln sind unerlässlich.

Der Einsatz der Frühen Hilfen trägt zu einer Entlastung der Mitarbeitenden der Geburtshilfe bei. Dies wird zum einen durch die Organisation des Überleitungsmanagements und die Weitergabe der Familien an zuständige Stelle erreicht. Zum anderen werden die Mitarbeitenden durch die Koordinatorinnen sowie die gute interne Zusammenarbeit entlastet.

Frühen Hilfen und (mangelnde) Inanspruchnahmemotivation

Die Frühen Hilfen waren den Workshop-Teilnehmenden aufgrund der zugrunde gelegten Auswahlkriterien insgesamt besser bekannt als den Befragten der Telefoninterviews, was gemäß Stichprobenauswahl auch so intendiert war. Übereinstimmend wurden die Frühen Hilfen als ein niedrighschwelliges, breit gefächertes, unkompliziertes und freiwilliges Angebot und Hilfe vor Ort definiert. Das Angebot der Frühen Hilfen ist präventiv und zielt auf eine frühzeitige Unterstützung in Form von Hilfestellungen bei Erziehung und Bildung, bei behördlichen Fragen bzw. dem Ausfüllen von Anträgen und Dokumenten, aber auch im Rahmen von Spiel- und Krabbelgruppen dar. Die Stärkung der Familien und die Hilfe zur Selbsthilfe (Empowerment) werden als wesentliche Ziele der Frühen Hilfen beschrieben. Die Frühen Hilfen sind Vermittler, Unterstützer und Begleiter sowie Vernetzer und Netzwerkakteur. Familienhebammen und etwas weniger (Familien-)Kinderkrankenschwestern verkörpern die Frühen Hilfen.

Die Frühen Hilfen waren zum Befragungszeitpunkt in fast allen Krankenhäusern, in denen Telefoninterviews und Workshops realisiert wurden, vorhanden. In den Workshop-Krankenhäusern waren die Frühen Hilfen aufgrund der zugrunde gelegten Auswahlkriterien erwartungsgemäß umfangreicher umgesetzt als in den Telefoninterview-Häusern. So beschränkt sich die Umsetzung der Frühen Hilfen in den Telefoninterview-Häusern oftmals auf eine Weitergabe von Adressen oder die Vermittlung von Kontakten. Anders als in den Workshop-Häusern sind die Frühen Hilfen nicht in Form von Zuständigkeiten oder Verantwortlichkeiten als spezifische Funktion oder spezifischen Stelle benannt.

Die Frühen Hilfen wurden vor allem aufgrund der direkten Kontakte mit Frühe-Hilfe-Mitarbeitenden oder deren aktiver Vorstellung des Angebots in den Krankenhäusern eingeführt. Häufig wurde die Umsetzung auch durch das persönliche Engagement und das individuelle Interesse einzelner Mitarbeitenden initiiert. Ebenso war eine Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern durch eine frühere Intervention Anlass, die Frühen Hilfen einzuführen.

Gefragt nach möglichen Gründen, die Frühen Hilfen nicht in den Krankenhausalltag zu integrieren, nennen die Befragten vor allem mangelnde Personal- und Zeitressourcen und fehlende finanzielle Mittel bzw. eine unzureichende finanzielle Unterstützung. Als weitere wichtige Gründe wurden die Unkenntnis des Angebots sowie eine andere Ausrichtung als Krankenhaus, das sich nicht auf Prävention und Nachsorge fokussiert, benannt. Auch das

fehlende Engagement oder die mangelnde Initiative einzelner Mitarbeitender wurde als möglicher Grund, dass Kliniken keine Frühen Hilfen einführen, identifiziert.

Umsetzungshindernisse und -hilfe

Bei der Einführung der Frühen Hilfen sind in den Häusern verschiedene Probleme, Hindernisse oder Hürden aufgetreten. Hier wurden – im Einklang mit den Gründen, aus denen andere Häuser ggf. keine Frühen Hilfen implementieren – vor allem Probleme bei der Finanzierung oder fehlende finanzielle Unterstützung sowie das mangelnde Verständnis für die Belange der Frühen Hilfen bzw. die poststationäre Versorgung benannt. Erschwerend bei der Einführung der Frühen Hilfen wirkten sich auch eine Problematisierung der Auseinandersetzung mit den neuen Herausforderungen und die Klärung von Kompetenzfragen aus. Weitere Hindernisse resultierten aus fehlenden oder knappen zeitlichen Ressourcen, fehlenden Freistellungen für die Aufgaben sowie einer mangelnden Festlegung von Verantwortlichkeiten.

Die aufgetretenen Probleme und Hindernisse bei der Einführung der Frühen Hilfen wurden – insbesondere in den Workshop-Häusern – erfolgreich überwunden. Bei der Umsetzung der Frühen Hilfen und der Überwindung der Hindernisse und Hürden erwiesen sich vor allem eine transparente und offene Kommunikation und Information über das Angebot sowie die Motivation der Mitarbeitenden als Erfolgsfaktoren. In dem Zusammenhang spielen vor allem Führungskräfte, die das Angebot aktiv unterstützen müssen, sowie Rückmeldungen über die Umsetzung und mögliche Erfolge der Umsetzung des Frühe-Hilfen-Konzepts eine wesentliche Rolle. Neben den Führungskräften ist das Engagement einzelner Mitarbeitenden, die sich für Angebot und dessen Umsetzung einsetzen, unentbehrlich. Auch hat sich eine (Anschub-)Finanzierung in den Häusern als Erfolgsfaktor bei der Umsetzung der Frühen Hilfen erwiesen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb aber auch mit Akteuren außerhalb des Krankenhauses hat sich ebenso als erfolgsfördernd erwiesen. Nicht zuletzt ist eine Strukturierung des Angebots mit einer Klärung der Verantwortlichkeiten sowie der Freistellung von Ressourcen unerlässlich.

Zusammenfassend lässt sich folgender „Fahrplan“ für die Umsetzung der Frühen Hilfen ableiten:

1. Identifikation der Strukturen der Frühen Hilfen und der Ansprechpersonen im Bundesland
2. Überzeugung der Führungskräfte („Chefs der Abteilung“)
3. Führungskräfte müssen „Go“ geben / Akzeptanz schaffen
4. Austausch mit / Information über andere(n) Häuser(n)
5. Schaffung/Bereitstellung personeller Ressourcen
6. Festlegung der Abläufe, Strukturen und Verantwortlichkeiten (z. B. Standards für Prozessschritte, zuständige Person mit entsprechender Qualifikation)
7. Fortbildung/Schulung
8. Information und Motivation aller Mitarbeitenden

Hilfreiche Ansätze im Krankenhausalltag bei der Versorgung (psychosozial) belasteter Familien und Empfehlungen an die Frühen Hilfen

In den Workshops und Telefoninterviews wurden, neben der wichtigen Rolle und Unterstützung durch die Frühen Hilfen, zahlreiche Ideen und Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation in der Geburtshilfe, die vielfach auch als Empfehlungen an die Frühen Hilfen verstanden werden können, genannt.

Ein hilfreicher Ansatz bei der Versorgung in der Geburtshilfe ist ein optimiertes Informationsmanagement vor, während und nach dem Aufenthalt von (psychosozial) belasteten Frauen. In dem Zusammenhang kommt dem Informationsfluss aus dem niedergelassenen Bereich eine entscheidende und auszubauende Rolle zu. Eine frühzeitige Information über mögliche Risiken und eine frühzeitige Einleitung von Hilfsmöglichkeiten im Krankenhaus erhöht die Chance, dass den betroffenen Frauen und Familien geholfen werden kann. Wenn das Krankenhaus früh und gezielt über mögliche Anzeichen informiert ist, kann es besser und ressourcensparender handeln. Niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte könnten auffällige Frauen beispielsweise gezielt zur Vorstellung ins Krankenhaus verweisen oder direkt Kontakt mit dem Krankenhauspersonal aufnehmen. Auch eine systematische Weitergabe der Information im Krankenhaus, sei es zwischen den Berufsgruppen oder zwischen den Stationen, würde die Versorgung von (psychosozial) belasteten Frauen verbessern. Ein Zugewinn wäre für die Krankenhausmitarbeitenden zudem eine Rückmeldung

über den weiteren Werdegang der Frauen, Kinder und Familien. Dies trägt durch die (positiven) Erfahrungen zudem zu einer weiteren Implementierung des Hilffsystems bei.

Als wünschenswert bei der Umsetzung der Frühen Hilfen, aber bisher nicht oder kaum realisiert, wurde neben der Erhöhung der Zeit- und Personalkapazitäten des Geburtshilfepersonals vor allem die stärkere Einbeziehung von stationsunabhängigem Personal genannt. Zur Entlastung des Personals der Geburtshilfe können verschiedene Berufsgruppen fungieren. Stillberaterinnen können die Pflegekräfte bei der Anleitung der Patientinnen unterstützen oder Sozialarbeitende können das Geburtshilfe-Personal durch die Durchführung der vertiefenden, persönlichen Beratungsgespräche und der Organisation des Überleitungsmanagements entlasten. Bei der (stärkeren) Einbindung weiterer Berufsgruppen wurden insbesondere Psychologinnen und Psychologen genannt, die die Mitarbeitenden der Geburtshilfe vor allem bei den (schwierigeren) Gesprächen mit den Patientinnen unterstützen können. Berücksichtigt man, dass psychische Erkrankungen in Summe von allen Befragten am häufigsten als Anzeichen für (psychosoziale) Belastungen der Frauen und Familien genannt wurden, diese zum Teil auch eng mit den hormonellen Umstellungen im Zuge der Geburt verknüpft sind und zudem gesamtgesellschaftlich verstärkt auftreten, erhöht sich die Relevanz, psychologisches Personal in der Geburtshilfe einzusetzen.

Um die knappen Zeit- und Personalkapazitäten im Krankenhaus zu kompensieren, könnte ein extern verfügbarer Personalpool, z. B. Sprachmittler, Psychologinnen oder Psychologen, der bei Bedarf abgerufen werden kann, für die Krankenhausmitarbeitenden von Nutzen sein. Das Krankenhauspersonal könnte bei der Versorgung von (psychosozial) belasteten Familien zudem durch Schulungen in Gesprächsführungen, durch Supervisionen, Fortbildungen oder Workshops zur Umsetzung der Frühen Hilfen unterstützt werden.

Das Überleitungsmanagement bzw. die Organisation der Nachsorge könnte für die Krankenhäuser durch die Einrichtung von Hotlines oder 24-Stunden-Notfallnummern bei der alle relevanten Akteure erreichbar sind, vereinfacht werden. Hier ist auch eine „psychologische Hotline“, die z. B. zur Organisation von psychotherapeutischen Terminen im niedergelassenen Bereich genutzt werden könnte, von besonderer Relevanz.

Die Empfehlungen der Krankenhäuser an die Frühen Hilfen greifen einen Teil der Aspekte auf. Die Frühen Hilfen sollten ihr Angebot für Frauen im häuslichen Umfeld weiter ausbauen. Dies ist weniger inhaltlich, sondern mehr quantitativ angedacht und dient auch dazu, Inanspruchnahmebarrieren entgegenzuwirken. Zwingend notwendig ist in diesem

Zusammenhang ein Ausbau der Berufsgruppen, die derzeit die häusliche Versorgung übernehmen. Es sollten mehr Familienhebammen und -kinderkrankenpflegende ausgebildet sowie die derzeit nicht in diesem Bereich tätigen aus der „Reserve“ mobilisiert werden. Dies alleine reicht zur Bedarfssicherung aus Sicht der Befragten nicht aus, sodass weitere Berufsgruppen, z. B. Haushaltshilfen, Psychologinnen und Psychologen oder andere „Frühe Helfer“ ausgebildet und integriert werden sollten. Ebenso wären unterstützende Maßnahmen, besser Hebammen finden oder koordinieren zu können, hilfreich. Sei es über Hebammenlisten, Gruppensprechstunden oder andere Ansätze.

Letztlich ist festzuhalten, dass durch die geschilderten Ansätze und weiteren Ideen vielfache Effekte wie

- eine psychische Entlastung der Krankenhausmitarbeitenden
- eine zeitliche Entlastung der Krankenhausmitarbeitenden
- eine bessere Identifizierung der (psychosozial) belasteten Frauen und Familien
- eine bessere Ansprache der (psychosozial) belasteten Frauen und Familie
- eine bessere Organisation der Überleitung und Nachsorge
- eine bessere krankenhauserne interne Zusammenarbeit
- eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens
- eine bessere Zusammenarbeit des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe

und nicht zuletzt eine verbesserte Versorgung der Kinder zuhause erzielt werden können.