

Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE) in Rheinland-Pfalz

Abschlussbericht

Silvia Schürmann-Ebenfeld / Heinz Kindler

Wissenschaftliche Texte

Wissenschaftliche
Texte

Silvia Schürmann-Ebenfeld / Heinz Kindler

**Evaluation des Ludwigshafener peripartalen
Erhebungsbogens (EvalLupE)
in Rheinland-Pfalz**

Abschlussbericht

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. ist ein zentrales sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut auf Bundesebene mit den Abteilungen „Kinder und Kinderbetreuung“, „Jugend und Jugendhilfe“, „Familie und Familienpolitik“, „Zentrum für Dauerbeobachtung und Methoden“ sowie dem Forschungsschwerpunkt „Übergänge im Jugendalter“. Es führt sowohl eigene Forschungsvorhaben als auch Auftragsforschungsprojekte durch. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Der vorliegende Bericht „Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE) für Fachkräfte im Feld der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz“ stellt die bisherigen Erfahrungen und in der Praxis entwickelten Regelungen zum Einsatz eines in der stationären Geburtshilfe eingesetzten Screeningbogens zur Ermittlung von Unterstützungsbedarfen werdender/junger Mütter in Rheinland-Pfalz im Rahmen der Frühen Hilfen dar. Der Erhebungsbogen befindet sich seit 2007 in der Anwendung. Vor einer nochmaligen Ausweitung des Einsatzbereichs im Bundesland, sollte eine Evaluation der derzeitigen Situation stattfinden. Aus den Ergebnissen lassen sich Empfehlungen für den zukünftigen Einsatz des Bogens und dessen praktische Fortentwicklung ableiten. Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde ein Mixed-Method-Design gewählt: Die mit dem Erhebungsbogen arbeitenden Fachkräfte wurden zum einen anhand eines teilstandardisierten Fragebogens zu ihren bisherigen Erfahrungen, Bewertungen und Einschätzungen im Hinblick auf den Erhebungsbogen befragt. Zum anderen wurden an ausgewählten Standorten und unter Teilnahme von Kooperationspartner/innen der Frühen Hilfen zwei Fokusgruppen durchgeführt, um weitergehende Aspekte im Umgang mit dem Erhebungsbogen zu explorieren. Als ein wichtiges Ergebnis lässt sich die große Akzeptanz des Erhebungsbogens im Feld der stationären Geburtshilfe festhalten. Zudem wird das Instrument als hilfreich und nutzbringend zur Einschätzung des Hilfebedarfs werdender/junger Mütter bewertet. Aus den Ergebnissen können wichtige Hinweise für den zukünftigen Einsatz des Erhebungsbogens und für die praktische Weiterentwicklung des Verfahrens abgeleitet werden. Die Erhebung erfolgte im Auftrag des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz und wurde im Zeitraum 01.09.2014 bis 28.02.2015 durchgeführt.

© 2015 Deutsches Jugendinstitut e.V.
Abteilung Familie und Familienpolitik
Nockherstraße 2
81541 München
Telefon (089) 6 23 06 0
Telefax (089) 6 23 06 – 162
E-Mail: info@dji.de

ISBN 978-3-86379-178-0

Inhaltsverzeichnis

1	Anliegen der Evaluation	1
2	Methodisches Vorgehen	3
2.1	Teilstandardisierte Telefonbefragung von Fachkräften in der stationären Geburtshilfe	3
2.1.1	Bestimmung der Zielgruppe und Fragebogenkonstruktion	4
2.1.2	Durchführung der teilstandardisierten Telefonbefragung	7
2.2	Fokusgruppen mit ausgewählten Fachkräften in der stationären Geburtshilfe und externen Netzwerkpartner/innen	10
2.2.1	Standortwahl und Teilnehmende an den Fokusgruppen	11
2.2.2	Durchführung der Fokusgruppen	12
2.3	Expertinneninterviews/Experteninterviews	14
3	Ergebnisse der Evaluation des Erhebungsbogens	15
3.1	Regelungen zum Einsatz des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe	15
3.2	Bewertungen zur Anwendbarkeit des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe	22
3.3	Bewertung des Nutzens des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe	25
3.4	Ergänzungen am Erhebungsbogen	33
3.4.1	Inhaltliche Ergänzungen am Erhebungsbogen	33
3.4.2	Strukturelle Ergänzungen am Erhebungsbogen	35
3.5	Bewertung des Beurteilungssystems des Erhebungsbogens	36
3.6	Einschätzung der Akzeptanz des Erhebungsbogens im Kollegium und bei den Müttern	38
3.6.1	Einschätzung der Akzeptanz des Erhebungsbogens im Team der Klinik-Fachkräfte	38
3.6.2	Einschätzung der Akzeptanz des Erhebungsbogens durch die Mütter	41
3.7	Qualifizierung und interdisziplinärer Nutzen des Erhebungsbogens	43
3.8	Herausforderungen beim Einsatz des Erhebungsbogens	46
3.9	Schulung der stationären Fachkräfte	48
4	Ergebnisse zum Themenbereich Datenschutz	50
4.1	Regelungen zum internen Datenschutz	50
4.2	Regelungen zum externen Datenschutz	55
4.2.1	Interne Zuständigkeiten und externe Informationsweitergabe	55
4.2.2	Informationsweitergabe bei externer Verlegung	58

5	Empfehlungen zum Einsatz des Erhebungsbogens	60
5.1	Kernergebnisse	60
5.2	Anpassungen im Erhebungsbogen	60
5.2.1	Anpassungen im Erhebungsbogen: inhaltlich-strukturell	61
5.2.2	Anpassungen im Erhebungsbogen: Beurteilung	64
5.2.3	Anpassungen an den Erhebungsbogen: Anwendungsfragen	66
5.3	Regelungen bezüglich Zuständigkeit und Vertretung	70
5.4	Schulung	72
5.5	Datenschutz in der Klinik	74
5.6	Datenschutz gegenüber anderen Kliniken	75
5.7	Zusammenarbeit mit Kooperationspartner/innen	76
5.8	Unterstützung der Klinikleitung und Ärztinnen/Ärzte in der Geburtshilfe	77
6	Literatur	79
7	Verzeichnis der Tabellen	82
Anhang		83

1 Anliegen der Evaluation

Der vorliegende Bericht „Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE) für Fachkräfte im Feld der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz“ stellt die bisherigen Erfahrungen und in der Praxis entwickelten Regelungen zum Einsatz eines in der stationären Geburtshilfe eingesetzten Screeningbogens zur Ermittlung von Unterstützungsbedarfen werdender/junger Mütter in Rheinland-Pfalz im Rahmen der Frühen Hilfen dar. Der Erhebungsbogen befindet sich seit 2007 in der Anwendung. Im Rahmen der Ausweitung des Einsatzbereichs im Bundesland sollte jedoch eine Evaluation der derzeitigen Situation stattfinden. Aus den Ergebnissen lassen sich Empfehlungen für den zukünftigen Einsatz des Bogens und dessen praktische Fortentwicklung ableiten. Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde ein Mixed-Method-Design gewählt: Die mit dem Erhebungsbogen arbeitenden Fachkräfte wurden zum einen anhand eines teilstandardisierten Fragebogens zu ihren bisherigen Erfahrungen, Bewertungen und Einschätzungen im Hinblick auf den Erhebungsbogen befragt. Zum anderen wurden an ausgewählten Standorten und unter Teilnahme von Kooperationspartner/innen der Frühen Hilfen zwei Fokusgruppen durchgeführt, um weitergehende Aspekte im Umgang mit dem Erhebungsbogen zu explorieren. Als ein wichtiges Ergebnis lässt sich die große Akzeptanz des Erhebungsbogens im Feld der stationären Geburtshilfe festhalten. Zudem wird das Instrument als hilfreich und nutzbringend zur Einschätzung des Hilfebedarfs werdender/junger Mütter bewertet. Aus den Ergebnissen können wichtige Hinweise für den zukünftigen Einsatz des Erhebungsbogens und für die praktische Weiterentwicklung des Verfahrens abgeleitet werden. Die Erhebung erfolgte im Auftrag des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz und wurde im Zeitraum 01.09.2014 bis 28.02.2015 durchgeführt.

Der Screeningbogen wurde zuerst im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ eingesetzt, dessen Ziel die frühe Förderung von Erziehungs- und Beziehungskompetenzen von Eltern war, die sich in prekären Lebenslagen und Risikosituationen befanden. Insbesondere dient das Projekt der Prävention von Vernachlässigung und anderen Formen von Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter (vgl. Meysen u.a. 2009). In den Jahren 2006 bis 2009 wurde das Modellprojekt in gemeinsamer Vier-Länder-Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt und vorangetrieben und durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm (Projektleitung: Prof. Dr. Jörg Fegert und Prof. Dr. Ute Ziegenhain) durchgeführt (vgl. Ziegenhain u.a. 2013). Übergeordnetes Ziel des Modellprojekts war, belasteten Eltern systematisch und möglichst früh geeignete Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen, um so die Entwicklung von Kindern zu unterstützen und einer möglichen Überforderung von Eltern entgegenzuwirken. Zur Eruiierung etwaiger Unterstützungsbedarfe wurde der psychosoziale Anhaltsbogen „Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen (LupE)“ für die stationäre Geburtshilfe entwickelt und evaluiert. Er fußt auf einer Expertise von

Kindler (2007, veröffentlicht in Meysen et al. 2009), in der fachliche Grundlagen für ein Risikoinventar für den Bereich Frühe Hilfen zusammengefasst sind. In den Folgejahren wurde er in enger Kooperation mit dem St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus in Ludwigshafen für die Praxis aufbereitet und an verschiedenen Standorten mit zum Teil leichter Anpassung an örtliche Gegebenheiten erprobt (vgl. Besier u.a. 2012). Der Anhaltsbogen stützt sich auf ein standardisiertes Set empirisch gesicherter Faktoren, die auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf von Eltern hinweisen. Angewendet wird er von (Familien-) Hebammen, peripartalen Fachkräften, Kinderkrankenschwestern/pflegern, (Gesundheits-Familien- und) Kinderkrankenschwestern/pflegern sowie Ärztinnen/Ärzte der stationären Geburtshilfe zu einer möglichst raschen Ermittlung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs werdender/junger Mütter. Insbesondere der Unterstützungsbedarf von Müttern, die lediglich zur Geburt in die Klinik kommen und diese dann rasch wieder verlassen, soll anhand der aufgeführten Items des Erhebungsbogens eruiert werden. Angedacht ist, dass der Erhebungsbogen bei jeder werdenden/jungen Mutter in der stationären Geburtshilfe angewendet und bei Hinweisen auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf für ein vertiefendes Gespräch mit der Mutter/den Eltern genutzt wird. Im Gespräch werden Belastungen und Hilfebedarfe besprochen und Unterstützungsmöglichkeiten erfragt. Bei Bedarf und Einwilligung der Eltern erfolgt die Vermittlung einer Familienhebamme und/oder anderweitiger Früher Hilfen. Im Fokus der hier vorliegenden Evaluation stehen folgende Fragestellungen:

1. Erfahrungen der geburtshilflichen Fachkräfte, die den Erhebungsbogen einsetzen, hinsichtlich Regelungen zum Einsatz sowie Bewertungen zu Anwendbarkeit, Nutzen und Akzeptanz des Erhebungsbogens
2. Einbettung des Erhebungsbogens in der Praxis unter Berücksichtigung von Fragen des Datenschutzes, Aktenführung, Schulungsbedarf, Verantwortlichkeit, Ablaufplänen und organisatorischer Absprachen mit internen und externen Akteurinnen/Akteuren

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen erläutert, anschließend werden die Ergebnisse der Erhebung dargestellt und diskutiert. Aus den Ergebnissen werden schließlich Empfehlungen zum weiteren Einsatz des Verfahrens sowie zur Weiterentwicklung des Instruments herausgearbeitet, die vor dem Hintergrund einer nochmaligen Ausweitung des Anwendungsbereichs im Bundesland genutzt werden können.

2 Methodisches Vorgehen

Bis Ende des Jahres 2014 setzten nach Kenntnis des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz 29 Kliniken in Rheinland-Pfalz den Erhebungsbogen in der stationären Geburtshilfe ein. Diese umfasst jeweils den Kreißsaal und die zugehörige peripartale Pflegestation eines Krankenhauses, also die Pflege vor und nach der Geburt sowie die Durchführung der Geburt selbst.¹

Als Zielgruppe der Befragung wurden zunächst diejenigen Personen identifiziert, die in der Praxis direkt mit dem Erhebungsbogen arbeiten. In der stationären Geburtshilfe sind dies Mitarbeitende der Kreißsäle und der peripartalen Pflegestationen. Des Weiteren sollten auch die Erfahrungen von Netzwerkpartner/innen außerhalb der stationären Geburtshilfe in die Erhebung mit einfließen, die zwar nicht direkt mit dem Erhebungsbogen arbeiten, jedoch auf Basis des Bogens ggf. zur Vermittlung von Familienhebammen, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie weiteren Hilfen hinzugezogen werden.

Um in Erfahrung zu bringen, wie der Erhebungsbogen in der Praxis bisher umgesetzt wurde und zur Eruierung etwaiger Verbesserungsmöglichkeiten, wurde als methodisches Vorgehen ein Mixed-Methods-Design gewählt, eine Kombination von quantitativen und qualitativen Verfahren. Dabei werden quantitativ-statistische und inhaltsanalytische Verfahren trianguliert (vgl. Diekmann 2014; Kuckartz 2014).² Die durch Methodenkombination ermöglichte Einnahme unterschiedlicher Perspektiven und deren Verknüpfung sollen im Hinblick auf die Fragestellung zum einen zu einem größeren Erkenntnisgewinn führen. Zum anderen dienen sie der wechselseitigen Überprüfung der Ergebnisse (vgl. Flick 2008). Bedingt durch die kurze Laufzeit der Evaluation und die Besonderheit des Schichtbetriebs in Krankenhäusern, wurden die verschiedenen Zielgruppen parallel befragt, jedoch mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten.

2.1 Teilstandardisierte Telefonbefragung von Fachkräften in der stationären Geburtshilfe

Zur Befragung von Fachkräften, die direkt mit dem Erhebungsbogen in der stationären Geburtshilfe arbeiten, wurde eine teilstandardisierte Telefonbefragung an allen 29 Kliniken durchgeführt. Eine Telefonbefragung bot sich aus mehreren Gründen an: Die Methode ist relativ flexibel, zeitliche Verschiebungen sind ohne Weiteres möglich, was beim arbeitsintensiven Kran-

1 Je nach Krankenhaus werden peripartale Pflegestationen verschiedenen bezeichnet: Mutter-Kind-Station, Wochenstation, Wöchnerinnenstation, Integrative Wochenbettpflege, Integrative Wochenstation.

2 Unter einer Inhaltsanalyse wird hier das systematische Erheben und Auswerten von Texten verstanden (vgl. Diekmann 2014), die sich im vorliegenden Bericht zum einen aus den offenen Antwortkategorien der teilstandardisierten Telefonbefragung zusammensetzen. Zum anderen werden darunter die transkribierten Beiträge in den Fokusgruppen gefasst.

kenhausalltag auch öfter notwendig wurde. Ein weiterer Vorteil der Telefonbefragung ist das unmittelbare Erheben der Daten ohne zeitliche Verzögerung: Die Befragung findet statt und die Antworten liegen unmittelbar vor. Für eine schriftliche Befragung war kein ausreichend großer Zeitraum für den Rücklauf der Fragebögen vorhanden. Zudem lag die Vermutung nahe, dass die Rücklaufquote aufgrund des Schichtbetriebs und des höheren Arbeitsaufwands bei den Befragten gering ausgefallen wäre. Auch die geringeren Effekte sozialer Erwünschtheit sind Vorteile von Telefoninterviews (vgl. Diekmann 2014; Häder 2010).³

2.1.1 Bestimmung der Zielgruppe und Fragebogenkonstruktion

Im Vorfeld der Befragung war nicht ausreichend bekannt, welche Professionen in den Kliniken tatsächlich mit dem Erhebungsbogen arbeiten. Hierzu wurde deshalb im Vorfeld der Befragung eine telefonische Recherche auf den Stationen der Geburtshilfe in allen 29 Krankenhäusern durchgeführt. Dies war für die Konstruktion des Fragebogens unabdingbar, da er auf die jeweilige Zielgruppe der Erhebung ausgerichtet sein musste. Hier zeigte sich, dass Funktion und Zuständigkeit für den Erhebungsbogen davon abhängen, ob in der Geburtshilfestation eine Koordinierende Fachkraft arbeitet. Ist eine Koordinierende Fachkraft eingesetzt, wird sie von den telefonisch gesprochenen Fachkräften als Ansprechperson für den Erhebungsbogen mit spezifischen Verantwortlichkeiten genannt. Anhand der Telefonrecherche zeigte sich, dass vornehmlich Hebammen der Kreißsäle mit der Qualifizierung zu Familienhebammen als Koordinierende Fachkraft arbeiten. Doch auch Kinderkrankenschwestern/pfleger der Perinatalzentren mit der Qualifizierung zu Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sind vereinzelt als Koordinierende Fachkraft in der stationären Geburtshilfe eingesetzt. Teilweise haben die Koordinierenden Fachkräfte zudem eine Leitungsposition inne. Als Befragungspersonen identifizierte Koordinierende Fachkräfte hatten folgende Qualifikationen und berufliche Positionen inne:⁴

- (leitende) Familienhebammen des Kreißsaals
- (leitende) Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen der peripartalen Pflegestationen
- (leitende) Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen der Perinatalzentren

3 Unter sozialer Erwünschtheit wird die bei Befragten in unterschiedlichem Ausmaß vorhandene Tendenz verstanden, eher Antworten zu geben, von denen angenommen wird, dass sie bei den Befragenden oder Rezipient/innen auf Zustimmung stoßen. Dies kann zu Verzerrungen im Antwortverhalten und zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen (vgl. Schnell u.a. 2013).

4 In einigen wenigen Fällen waren Fachkräfte bereits als Koordinierende Fachkräfte tätig, befanden sich aber noch in Weiterbildung.

Daneben gab es auch Fachkräfte, die nicht die – offiziell festgelegte – Funktion einer Koordinierenden Fachkraft innehaben, trotzdem aber verantwortliche Aufgaben übernehmen. Gibt es keine Koordinierende Fachkraft in der stationären Geburtshilfe, werden die Aufgaben von den dort arbeitenden Fachkräften übernommen. Als Befragungspersonen identifizierte Fachkräfte hatten folgende Grundqualifikationen und beruflichen Positionen inne:

- (leitende) Hebammen der Kreißsäle
- (leitende) Hebammen der Kreißsäle mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen
- Pflegedienstleitungen von peripartalen Pflegestationen
- Pflegedienstleitungen von peripartalen Pflegestationen mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen
- Stationsleitungen von peripartalen Pflegestationen
- Stationsleitungen von peripartalen Pflegestationen mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen
- Pflegepersonen von peripartalen Pflegestationen
- Pflegepersonen von peripartalen Pflegestationen mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen
- Leitung von peripartalen Pflegestationen und Kreißsälen
- Leitung von peripartalen Pflegestationen und Kreißsälen mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen

Basierend auf den Ergebnissen der Telefonrecherche wurden zwei Versionen des teilstandardisierten Fragebogens entwickelt, die zum Großteil standardisierte Fragen und einige offene Antwortkategorien enthalten. Um die Durchführbarkeit und Handhabbarkeit der späteren Auswertung zu gewährleisten, bot sich eine Aufteilung in zwei Fragebögen an, orientiert an dem Vorhandensein einer Koordinierenden Fachkraft an. Der *Fragebogen 01* richtet sich an die geburtshilflichen Fachkräfte, die keine Koordinierenden Fachkräfte sind. Der *Fragebogen 02* wendet sich an die Koordinierenden Fachkräfte. Die Fragebögen unterscheiden sich an mehreren Stellen. So entfällt bei Fragebogen 02 die Frage 4 des Fragebogens 01, die nach dem Vorhandensein einer Koordinierenden Fachkraft fragt, da diese Frage obsolet ist. Bei sechs Fragen wurden Fragen und Antwortkategorien in den Formulierungen an das Vorhandensein Koordinierender Fachkräfte angepasst (siehe Fragebogen 02, Fragen 5, 6, 7, 8 und Antwortkategorien Fragen 18 und 52). Die Dauer der Befragung wurde mit 30 bis 60 Minuten veranschlagt. Die Fragebögen enthalten 66 Fragen beim Fragebogen 01 und 65 Fragen bei Fragebogen 02 und befassen sich mit folgenden Themenkomplexen (siehe Anhang):

A Allgemeine Fragen

Einsatzzeitraum des Erhebungsbogens auf der Station, Geburtenanzahl pro Jahr, Mitarbeitendenzahl in der stationären Geburtshilfe, Zuständigkeit/Bekanntheitsgrad Koordinierende Fachkraft im Haus, Zuständigkeit anderer peripartaler Fachkräfte, Angebot und Nutzung Hebammensprechstunde, Teilnahme an Netzwerken Frühe Hilfen, Auswertung der Fragebögen in den Kliniken, allgemeine Anmerkungen zum Erhebungsbogen

B Regelungen zum Einsatz des Erhebungsbogens

Häufigkeit und Zeitraum der Anwendung des Erhebungsbogens, Verantwortung für den Erhebungsbogen, Fachkräfte, die den Erhebungsbogen ausfüllen, Schwierigkeiten bei Anwendung des Erhebungsbogens hinsichtlich bestimmter Gruppen, Verantwortung für das vertiefende Gespräch

C Bewertung zur Anwendbarkeit des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe

Einbettung des Erhebungsbogens in Arbeitsablauf und Routinen, Bewertung von Zeitaufwand, Struktur, Verständlichkeit, Umfang des Erhebungsbogens

D Bewertung zum Nutzen des Erhebungsbogens

Systematisches und eindeutiges Erfassen des Unterstützungsbedarfs, Nutzen einzelner Module des Erhebungsbogens, Ergänzungen am Erhebungsbogen, Orientierung am Punktesystem des Erhebungsbogens, Auswirkungen des Erhebungsbogens auf Qualifizierung der Mitarbeitenden in Kinderschutzarbeit, Auswirkungen des Erhebungsbogens auf die interne und externe Zusammenarbeit

E Wahrgenommene Akzeptanz des Erhebungsbogens

- a) Auf Seiten der Fachkräfte: Einstellung der Fachkräfte gegenüber den Erhebungsbogen, Dokumentationsaufwand, eingeschränkte Sinnhaftigkeit des Erhebungsbogens, Einschätzung eines möglichen Vertrauensverlusts der Mütter gegenüber den Fachkräften durch die Anwendung des Erhebungsbogens
- b) In Bezug auf die Mütter: Bereitschaft, sich im Sinne des Bogens mitzuteilen, Annahme der Unterstützungsangebote

F Datenschutz

Regelungen zu Ort, Art, Zeitraum der Aufbewahrung des Erhebungsbogens, Zugriff auf den Erhebungsbogen, Umgang mit dem Erhebungsbogen nach Entlassung der Mütter/Kinder

- a) Regelungen zur Weitergabe des Erhebungsbogens innerhalb der Klinik: Verlegung der Mutter innerhalb der Klinik, Entlassung der Mutter aus der Klinik bei Verbleib des Säuglings in der Klinik

- b) Informationsweitergabe nach außen: Zuständigkeit für Vermittlung Familienhebammen/Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie andere Frühe Hilfen, Informationsweitergabe nach außen, Einverständniseinholung der Mütter bei Informationsweitergabe nach außen, Ausnahmeregelungen für die Weitergabe ohne Einverständnis, externe Netzwerkpartner/innen, Mitgabe des Erhebungsbogens bei Verlegung der Mutter mit Kind in Klinik desselben Trägers/eines anderen Trägers

G *Schulung*

Schulungsstand von stationären Fachkräften, Arten der Schulungen, Teilnahme an Schulungen, Umgang mit Schulungen im Schichtbetrieb, Bewertung einer jährlichen Inhouse-Schulung, Vorschläge für regelmäßigen Informationsfluss an Mitarbeitende

Insbesondere die Bewertungsfragen der Themenkomplexe B, C, D und E wurden vornehmlich mit standardisierten Antwortvorgaben abgefragt. Da manche Personen systematische Antwortmuster entwickeln (*Response-Set*) und es häufig Tendenzen dazu gibt, die Mittelkategorie zu bevorzugen, wurde in beiden Versionen des Fragebogens auf eine mittlere Antwortkategorie verzichtet (vgl. Diekmann 2014). Die Befragten hatten die Option, zwischen „stimme zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“ zu wählen. Auch die Antworten „weiß nicht“, „keine Angabe“ und „trifft nicht zu“ wurden seitens der Interviewenden erfasst, bei der Befragung jedoch nicht immer direkt angeboten, da auch hier u. U. Tendenzen zur Antwortoption „weiß nicht“ bestehen können.

2.1.2 Durchführung der teilstandardisierten Telefonbefragung

Im Vorfeld der Befragung wurden in einem ersten Schritt sowohl die Klinikträger als auch die Cheförzttinnen/Cheförzte der stationären Geburtshilfe schriftlich über die Erhebung informiert. In einem zweiten Schritt wurden die im Zuge der Telefonrecherche in Erfahrung gebrachten Ansprechpersonen persönlich angeschrieben. Das Anschreiben enthielt Informationen zur Erhebung, wie Nützlichkeit, Relevanz und Ablauf der Befragung. Es wurde ein Informationsschreiben zum Umgang mit den personenbezogenen Daten beigelegt, in dem Anonymität zugesichert wurde. Eine ebenfalls beigelegte Empfehlung des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen zur Teilnahme an der Befragung trug sicherlich zu einer hohen Teilnahmebereitschaft der Fachkräfte an der Erhebung bei. Schließlich wurde auch die für die jeweilige Fachkraft passende Version des Fragebogens dem Schreiben beigelegt. Hierdurch sollte den Fachkräften bereits vor der Befragung die Möglichkeit gegeben werden, sich auf die Fragen inhaltlich vorzubereiten. Auch wurde dadurch eine höhere Teilnahmebereitschaft angestrebt, da den Fachkräften bekannt war, mit welchen Fragen sie konfrontiert werden. Da viele im Zuge der Vorabrecherche kontaktierte Fachkräfte die Befürchtung äußerten, aufgrund des Arbeitskontextes nicht genügend Zeit für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung zu haben,

sollte der Vorabversand in zweierlei Hinsicht auch einem beschleunigten Befragungsverfahren dienen: So war den Befragten die Möglichkeit gegeben, den Fragebogen bereits vor der Befragung auszufüllen und ihn während der Erhebung vor sich liegen zu haben. Unabhängig davon war es den Befragten möglich, sowohl die Fragen als auch die ggf. vorgegebenen Antwortkategorien mitzulesen. Damit sich ein evtl. Verlorengehen des zugesendeten Fragebogens nicht nachteilig auf die Befragung auswirkte, wurden die Fragebögen auch online zum Download auf der Projekt-Homepage zur Verfügung gestellt (www.dji.de/evallupe).

Die Telefonbefragung wurde vom 17.11. bis 31.12.2014 von drei externen Interviewer/innen durchgeführt, die zuvor in einer Schulung zur Durchführung der Befragung instruiert wurden. Die Dateneingabe erfolgte ebenfalls durch eine externe Kraft. Insgesamt wurden 61 Fachkräfte aller 29 Kliniken in Rheinland-Pfalz befragt, die den Erhebungsbogen in der stationären Geburtshilfe einsetzen. Es wurde somit eine Vollerhebung erreicht.

Gemessen an der jährlichen Geburtenzahl, weisen die 29 Kliniken folgende Größe auf (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1 Kliniken nach Geburten pro Jahr 2014

Geburten/Jahr	Häufigkeit	Prozent
≤ 500 Geburten	13	44,8
501 ≤ 1000 Geburten	7	24,1
1001 ≤ 1500 Geburten	5	17,2
1501 ≤ 2000 Geburten	2	6,9
2001 ≤ 2200 Geburten	2	6,9
Gesamt	29	100,0

Berechnung DJI, 2015

Mit 13 Kliniken weist fast die Hälfte der befragten Häuser eine jährliche Geburtenzahl von weniger als 500 Geburten auf. Der Mittelbau wird repräsentiert von sieben Kliniken mit 501 bis zu 1000 jährlichen Geburten sowie fünf Kliniken mit 1001 bis 1500 Geburten pro Jahr. Darüber hinaus gibt es vier Kliniken, in denen zwischen 1501 und 2200 Kinder pro Jahr auf die Welt kommen. Es handelt sich bei den befragten Fachkräften demnach hauptsächlich um Mitarbeitende von kleineren Kliniken mit bis zu 500 Geburten im Jahr sowie um Mitarbeitende von vergleichsweise mittelgroßen Krankenhäusern mit 500 bis 1500 jährlichen Geburten.

Der berichtete Einsatzzeitraum des Erhebungsbogens in den stationären Geburtshilfen der Kliniken gestaltet sich wie folgt (vgl. Tabelle 2):⁵

So setzen acht Kliniken mit bis zu 1500 Geburten im Jahr den Erhebungsbogen erst seit einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. Sie sind dem Projekt also erst in jüngerer Zeit beigetreten. Der Großteil der Kliniken (12 Häuser) verwendet den Erhebungsbogen zwischen mehr als zwei

⁵ In zwei Kliniken war der Einsatzzeitraum des Erhebungsbogens den befragten Fachkräften nicht bekannt.

und bis zu fünf Jahren. Hier sind Kliniken in allen Größen vertreten, die an dem Projekt teilnehmen. Sieben Kliniken setzen seit nunmehr über fünf Jahren den Erhebungsbogen ein. Einige von ihnen haben bereits am Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ im Jahr 2007 teilgenommen. In zwei Kliniken konnten die befragten Personen nicht angeben, seit wann der Erhebungsbogen an ihrer Kliniken eingesetzt wird.

Tabelle 2 Seit wie viel Jahren wird der Erhebungsbogen in der stationären Geburtshilfe eingesetzt bezogen auf die Klinikgröße (Geburten/Jahr)?

Geburten/Jahr	Einsatz Erhebungsbogen ≤ 2 Jahre	Einsatz Erhebungsbogen 2,1 ≤ 5 Jahre	Einsatz Erhebungsbogen 5,1 ≤ 7 Jahre
≤ 500 Geburten	5	5	2
501 ≤ 1000 Geburten	1	3	3
1001 ≤ 1500 Geburten	2	1	1
1501 ≤ 2000 Geburten	/	1	1
2001 ≤ 2200 Geburten	/	2	/
Gesamt	8	12	7

Berechnung DJI, 2015

Bei Fragen, die sich auf klinikinterne Regelungen bzw. Vorgehensweisen im Umgang mit dem Erhebungsbogen beziehen, wurden von jeder Klinik die Antworten jeweils einer befragten Fachkraft berücksichtigt. Die Auswahl der Personen erfolgte nach Berufsgruppen und Aufgabenkreisen (vgl. Tabelle 3):

Tabelle 3 Befragte Fachkraft je Klinik zu Klinikregelungen und Vorgehensweisen

Befragte Fachkraft nach Berufsgruppe und Aufgabenkreis	Anzahl befragte Fachkräfte
Koordinierende Fachkraft	21
Leitende Hebamme, leitende peripartale Pflegefachkraft, leitende/r Kinderkrankenschwester/pfleger	4
Hebamme, peripartale Pflegefachkraft, Kinderkrankenschwester/pfleger <i>mit</i> besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen	4
Gesamt	29

Berechnung DJI, 2015

Laut der Erhebungsergebnisse verfügen derzeit 25 Kliniken über mindestens eine Koordinierende Fachkraft. In 21 dieser Kliniken gelang es, diese zu befragen. Wenn verfügbar, wurden jeweils deren Antworten herangezogen, da davon ausgegangen wird, dass Koordinierende Fachkräfte aufgrund ihrer Aufgaben am besten über die klinikinternen Regelungen und Vorgehensweisen bzgl. des Erhebungsbogens informiert sind. Bei vier der übrigen acht Kliniken, die nicht über eine Koordinierende Fachkraft verfügen bzw. bei denen diese nicht befragt werden konnte, wurden jeweils die Antworten der leitenden Hebamme, leitenden peripartalen Pflegefachkraft oder

der/des leitenden Kinderkrankenschwester/pflegers der Auswertung zugrundegelegt. Bei den verbleibenden vier Kliniken wurden Antworten von Hebammen, peripartalen Pflegefachkräften oder Kinderkrankenschwestern/pflegern mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen herangezogen.

Bei Fragen zur Bewertung des Erhebungsbogens und seines Einsatzes in der stationären Geburtshilfe, wurden die Antworten aller 61 befragten Fachkräfte ausgewertet. Unterschieden wurden sie nach ihrer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen sowie ihrer Funktion als Fachkraft in der stationären Geburtshilfe (vgl. Kapitel 2.1.1):

Tabelle 4 Befragte Fachkräfte hinsichtlich Bewertungen und Einsatz des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe

Befragte Fachkraft nach Berufsgruppe und Aufgabenkreis	Anzahl befragte Fachkräfte
Koordinierende Fachkraft	23
Pflegedienstleiter/in stationäre Geburtshilfe/Perinatalzentrum	1
Leitende Hebamme, leitende peripartale Pflegefachkraft, leitende/r Kinderkrankenschwester/pfleger	30
Hebamme, peripartale Pflegefachkraft, Kinderkrankenschwester/pfleger <i>mit</i> besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen	7
Gesamt	61

Berechnung DJI, 2015

Insgesamt wurden 23 Koordinierende Fachkräfte an 21 Kliniken befragt. Bei einer Klinik gelang es, die Pflegedienstleitung zum Erhebungsbogen zu interviewen, sieben Hebammen, peripartale Pflegefachkräfte oder Kinderkrankenschwestern/pfleger mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen teilten ihre Beurteilung zum Erhebungsbogen und seinen Einsatz in der stationären Geburtshilfe mit. Die größte Gruppe der Befragten stellen mit 30 Personen die leitenden Fachkräfte der stationären Geburtshilfe und der Perinatalzentren dar.

2.2 Fokusgruppen mit ausgewählten Fachkräften in der stationären Geburtshilfe und externen Netzwerkpartner/innen

Zur empirischen Vertiefung wurden mit ausgewiesenen Fachkräften der stationären Geburtshilfe sowie externen Netzwerkpartner/innen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ zwei Fokusgruppen an verschiedenen Standorten durchgeführt. Dieses qualitative Verfahren der themenzentrierten Gruppendiskussion dient dem Erfassen von „Realitätskonstruktionen“ und wird als Erhebungs- und Analyseinstrument eingesetzt, um subjektive und kollektive Handlungs- und Sinnkonzepte zu erfassen (vgl. Krue-

ger/Casey 2009; Loos/Schäffer 2001; Brand 1998). Die Fokusgruppen ermöglichten das Einnehmen unterschiedlicher Perspektiven in Bezug auf Nutzen und Praktikabilität des Erhebungsbogens, den anschließenden Umgang mit den Daten in der Kooperation mit externen Netzwerkpartner/innen sowie den weiteren Verlauf der in Anspruch genommenen Unterstützung seitens der Mütter. Es konnten dabei (neue) Diskussionsimpulse aufgenommen und kritische Punkte detailliert nachgefragt werden, was bei der teilstandardisierten Telefonbefragung nicht möglich war.

Der parallele Einsatz von quantitativen und qualitativen Verfahren bietet zudem die Option, die Ergebnisse beider Befragungen abzusichern, indem diese gegenseitig widerspiegelt werden (vgl. Flick 2008).

2.2.1 Standortwahl und Teilnehmende an den Fokusgruppen

Für beide Fokusgruppen wurden jeweils drei Kliniken in Verbindung mit den örtlichen Netzwerkpartner/innen befragt. Dies versprach einen regeren Austausch und mehr Informationsgehalt als eine homogene Gruppenbildung mit Teilnehmenden aus nur einer Klinik.

Die Auswahl der Standorte zur Durchführung der beiden Fokusgruppen richtete sich nach folgenden Kriterien:

- 1) nach dem Zeitraum der Erfahrung mit dem Einsatz des Erhebungsbogens in Kliniken, die sich im Umkreis des Standortes befinden
- 2) nach der Größe der Krankenhäuser, die den Erhebungsbogen einsetzen (Versorgungsstufen)⁶
- 3) nach den regionalen Gegebenheiten, also ob es sich um ein städtisches oder eher ländlich geprägtes Krankenhaus handelt

An einer Fokusgruppe nahmen Mitarbeitende der stationären Geburtshilfe von drei Kliniken teil, die bereits seit 2006, also seit Beginn des Pilotprojektes „Guter Start ins Kinderleben“, den Erhebungsbogen einsetzen und die somit über eine lange Erfahrung mit dem Instrument verfügen. Es handelte sich hierbei um Kliniken, die sowohl städtisch als auch ländlich geprägt sind und unterschiedliche Versorgungsstufen aufweisen (Grundversorgung und Maximalversorgung). An der zweiten Fokusgruppe nahmen wiederum Mitarbeitende der stationären Geburtshilfe von drei Kliniken teil, die sich von den Kliniken der ersten Fokusgruppe durch einen kürzeren Erfahrungszeitraum mit dem Erhebungsbogen unterscheiden (Einsatz des Erhebungsbogens seit 2009, 2010 und 2012). Auch hier liegen die Kliniken sowohl im städtischen als auch ländlichen Raum und sind verschiedenen Versorgungsstufen zugeordnet (Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung). Als Mitarbeitende der Kliniken wurden Koordinierende Fachkräfte, leitende Pfl-

⁶ Die Kliniken in Rheinland-Pfalz werden im Rahmen der Bedarfsplanung und in Abhängigkeit der Anzahl vorzuhaltender Betten und Fachabteilungen in vier Versorgungsstufen eingeteilt: Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung und Fachkrankenhäuser (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen RP 2010).

gekräfte der peripartalen Wochenstationen sowie leitende Hebammen der Kreißsäle zu den Fokusgruppen eingeladen. Auch Ärztinnen/Ärzte der stationären Geburtshilfe wurden um die Teilnahme an den Fokusgruppen gebeten. Diese zeigten zwar grundsätzlich Interesse, waren dann jedoch aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens verhindert.

Zu den jeweiligen Fokusgruppen wurden zudem Netzwerkpartner/innen der Kliniken eingeladen, die im Rahmen der Netzwerke Frühe Hilfen und dem Einsatz von Familienhebammen involviert sind. Hierzu zählen Mitarbeitende vom Jugendamt (Netzwerkkoordinator/in Kindeswohl, ASD), Gesundheitsamt (Kinder- und Jugendärztlicher Dienst), Diakonisches Werk (Schwangerenberatung), Deutsches Rotes Kreuz (Einsatzkoordinator/in Familienhebammen), Sozialdienst Katholischer Frauen (Schwangerenberatung), Pro Familia (Schwangerenberatung), Mitarbeiter/in eines Bistums (Lebensberatung und insoweit erfahrene Fachkraft (i.e.F.)) sowie eine freie Familienhebamme.

Insgesamt nahmen an der einen Fokusgruppe 19 Personen teil, wovon neun Personen der stationären Geburtshilfe und zehn externen Netzwerkpartner/innen zuzurechnen waren. Die zweite Fokusgruppe setzte sich aus sieben Teilnehmenden, bestehend aus vier Fachkräften der stationären Geburtshilfe und drei externen Netzwerkpartner/innen, zusammen. Beide Fokusgruppen wurden in einem Abstand von wenigen Tagen im Dezember 2014 durchgeführt. Nach Absprache mit den stationären Fachkräften, wurde die Dauer der Fokusgruppen aufgrund des klinikbedingten Schichtbetriebs auf zwei Stunden festgesetzt.

2.2.2 Durchführung der Fokusgruppen

Die Themen in den Fokusgruppen lassen sich in zwei Blöcke einteilen: Da der Erhebungsbogen ausschließlich in der stationären Geburtshilfe eingesetzt wird, arbeitet lediglich das stationäre Fachpersonal mit diesem Instrument. Fragen bzgl. Nutzung und Praktikabilität des Erhebungsbogens betreffen demnach lediglich die stationären Fachkräfte der Geburtshilfe. Insofern bot es sich an, andere Themenkomplexe mit allen Teilnehmenden zu diskutieren. Inhalte, die allein den Erhebungsbogen betreffen, wurden ausschließlich mit den stationären Fachkräften der Geburtshilfe besprochen. Der Leitfaden für die Fokusgruppen orientierte sich an folgenden Themen:

Block I: Diskussion mit Fachkräften der stationären Geburtshilfe und externen Netzwerkpartner/innen

a) Datenschutz

- Welche Daten werden seitens des Klinikpersonals unter welchen Umständen an externe Netzwerkpartner/innen weitergegeben und sind diese Daten ausreichend, um ggf. weitere Maßnahmen einleiten zu können?
- Wenn die entbindende Mutter beim Jugendamt bekannt ist, und das Jugendamt vorab auf die Klinik zugeht und um Information

dazu bittet, falls diese Mutter vorstellig wird/bzw. entbunden hat, liegt dann eine richterliche Verfügung vor?

- b) Vorgehen der Netzwerkpartner/innen bei Vermittlung von Familienhebammen und/oder weiterer Hilfen
- c) Rückmeldungen an die Kliniken
- d) Rückmeldungen von Familienhebammen an Netzwerkpartner/innen

Block II: Diskussion ausschließlich mit Fachkräften der stationären Geburtshilfe

- a) Abläufe: Absprachen im Team, Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten für den Erhebungsbogen, Schnittstellen intern/extern, Einbezug verschiedener Professionen
- b) Erhebungsbogen: Bearbeitung der Module 1 bis 6, Anmerkungen/Ergänzungen zu den Modulen/Items, Bewertung des Beurteilungssystems (Punktesystem), Erhebungsbogen und Ampelsystem, ggf. Modifizierungen
- c) Vertiefende Gespräche: Durchführung vertiefendes Gespräch, Reaktion der Mütter
- d) Datenschutz: Umgang mit dem Erhebungsbogen bei Beleghebammensystem, offener/geschlossener Umgang bzgl. Erhebungsbogen gegenüber Müttern, Zugehörigkeit Erhebungsbogen zu Akte von Mutter und/oder Kind, Aufbewahrung des Erhebungsbogens intern (Art, Ort, Dauer, Zugriffsmöglichkeiten)
- e) Vorgehensweisen zur Zeitgewinnung bei unklaren Fällen oder Fällen, die Besorgnis auslösen
- f) Umgang mit Müttern/Familien mit Sprachbarrieren, Anwendbarkeit des Erhebungsbogens und Lösungsansätze

Die Fokusgruppen wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschließend mit Unterstützung des Softwareprogramms MAXQDA nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierbei wurde sowohl induktiv (Kategorienentwicklung am Material) als auch deduktiv (Kategorienentwicklung aus der Theorie bzw. dem Forschungsstand) vorgegangen (vgl. Kuckartz 2014; Mayring 2010) und es wurden nach Themen, Inhalten und Aspekten aus dem transkribierten Material Kategorien gebildet. Anschließend erfolgte zunächst eine Paraphrasierung der Unter- und anschließend der Hauptkategorien.

Wie bereits erwähnt, wurden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Erhebung einander gegenübergestellt. Dies zieht sich im Ergebnisbericht durch (vgl. Kapitel 3 und 4). Hierdurch konnten unterschiedliche Perspektiven sichtbar gemacht sowie Ergänzungen zu bestimmten Themen vorgenommen werden.

2.3 Expertinneninterviews/Experteninterviews

Im Vorfeld der Untersuchung war angedacht, mit verschiedenen Professionen der stationären Geburtshilfe zusätzlich Expertinneninterviews/Experteninterviews hinsichtlich folgender Aspekte zu führen:

- 1) *Datenschutzproblematik bei Beleghebammensystem*
Beleghebammen, die nicht an der Klinik teilbeschäftigt sind und so nicht dem Klinikpersonal angehören, dürfen aus rechtlichen Gründen nicht am klinikinternen System der Anwendung des Erhebungsbogens partizipieren. Ein Beleghebammensystem weisen vor allem kleinere Kliniken in ländlichen Regionen auf. Zu den hierdurch aufgeworfenen Problemen sollten Expertinneninterviews/Experteninterviews geführt werden. Trotz mehrfacher Versuche gelang es weder schriftlich noch via Telefon mit den in Frage kommenden Expertinnen/Experten in Kontakt zu treten.
- 2) *Einblick in die Beurteilung des Erhebungsbogens aus ärztlicher Sicht*
Die Ärztinnen/Ärzte der an der Studie teilnehmenden Kliniken sind im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ unterschiedlich in Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden. Da sie nicht Zielgruppe der teilstandardisierten Telefonbefragung waren, wurde angestrebt, mit ausgewählten Ärztinnen/Ärzten Expertinneninterviews/Experteninterviews hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit dem Projekt und der Bewertung des Erhebungsbogens zu führen. Aufgrund des Schichtbetriebs und deren hohen Arbeitsaufkommen gelang es trotz mehrfacher Terminvereinbarungen leider nicht, die Gespräche zu realisieren.
- 3) *Rückmeldungen von Familienhebammen an den Landeshebammenverband Rheinland-Pfalz*
Für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, das im Rahmen der Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015 gefördert wird, ist es von großer Bedeutung, welche Erfahrungen Familienhebammen im Rahmen des Projekts hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Kliniken bzw. Koordinierungsstellen machen. Im Rahmen von Interviews mit Expertinnen/Experten des Landeshebammenverbands Rheinland-Pfalz wurden gelingende und weniger gelingende Faktoren herausgearbeitet.

Aufgrund des kurzen Evaluationszeitraums in diesem – durch Schichtarbeit und hohes Arbeitsaufkommen charakterisierten – Berufsfeld war es bedauerlicherweise nicht möglich, Expertinneninterviews/Experteninterviews zu Fragen des Datenschutzes im Beleghebammensystem und zur Bewertung des Projekts aus ärztlicher Sicht zu führen.

3 Ergebnisse der Evaluation des Erhebungsbogens

Die Evaluation des Erhebungsbogens umfasst sowohl die inhaltliche Bewertung, also die Beurteilung der verschiedenen Module und der ihnen zugewiesenen Items, als auch die Regelungen zum Einsatz des Erhebungsbogens und dessen wahrgenommene Akzeptanz seitens der stationären Fachkräften in der Geburtshilfe sowie bei den Müttern, wenn sie über den Erhebungsbogen informiert sind. Des Weiteren wird auf die Schulung der stationären Fachkräfte im Hinblick auf die Anwendung des Erhebungsbogens sowie Vorgehensweisen bei einem angezeigten Unterstützungsbedarf seitens werdender/junger Mütter eingegangen. Die Bewertung erfolgte bei der teilstandardisierten Telefonbefragung größtenteils anhand geschlossener Fragen mit vierstufigen Antwortkategorien.⁷ Teilweise war es den Befragten bei offenen Fragen möglich, ihre Bewertung und Meinung frei wiederzugeben. Beiträge aus den Fokusgruppen fließen ebenfalls in die Bewertung mit ein.

3.1 Regelungen zum Einsatz des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe

- *Der Erhebungsbogen wird bei nahezu allen Müttern angewendet.*
- *Der Einsatz des Erhebungsbogens erfolgt überwiegend vor, teilweise aber auch nach der Geburt.*

Der Einsatz des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe hat zum Ziel, diesen **möglichst bei allen Müttern anzuwenden**, die in der Klinik vorstellig werden (vgl. Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen 2013). In der Befragung zeigt sich deutlich, dass dieses Ziel nahezu erreicht wird – in 28 von 29 Kliniken wird bei annähernd allen Geburten der Erhebungsbogen eingesetzt. Lediglich eine Klinik wendet den Erhebungsbogen bei ca. drei Viertel der Geburten an. Gründe hierfür können bspw. eine hohe Arbeitsbelastung sein, so dass keine Zeit für das Anlegen bzw. Ausfüllen des Erhebungsbogens bleibt, oder fehlende Zuständigkeiten im Team für den Erhebungsbogen. Ein weiterer wichtiger Aspekt für den Einsatz des Erhebungsbogens ist, in **welchem Zeitraum des Klinikaufenthalts der Erhebungsbogen überwiegend eingesetzt** wird. Unter dem Begriff „Einsatz“ wird hier das differenzierte Erfassen und Ausfüllen der Items des Erhebungsbogens verstanden. Wie in Tabelle 5 ersichtlich, wird in fast zwei Drittel der Häuser (19 Kliniken = 66 Prozent) vor der Geburt die Zeit gefunden, den Erhebungsbogen durchzusprechen. In neun

⁷ Die Antwortkategorien lauteten: stimme zu/stimme eher zu/stimme eher nicht zu/stimme nicht zu.

Kliniken (31 Prozent) hängt es von der Situation ab, in welchem Zeitraum der Erhebungsbogen angewendet wird. Die Mitarbeitenden von lediglich einer Klinik (3 Prozent) geben an, dass der Einsatz des Erhebungsbogens überwiegend kurz nach der Geburt stattfindet.

Tabelle 5 Zeitraum des Klinikaufenthalts der Mutter/der Familie, in dem der Erhebungsbogen überwiegend eingesetzt wird (n=29)

Zeitraum Einsatz Erhebungsbogen	Häufigkeit	Prozent
Bei der Erstvorstellung	12	42,0
Bei der stationären Aufnahme	7	24,0
Kurz nach der Geburt	1	3,0
Das ist ganz verschieden	9	31,0
Gesamt	29	100,0

Berechnung DJI, 2015

Die Angaben der zuletzt genannten 34 Prozent der Kliniken können ein Hinweis darauf sein, dass es im Vorfeld bzw. unter der Geburt manchmal keine Option gibt, den Bogen auszufüllen, und erst nach der Geburt auf der peripartalen Wochenstation genügend oder zumindest mehr Zeit und Ruhe als im Kreißsaal besteht.

➤ *Die Hebammensprechstunde wird vom Großteil der Frauen genutzt.*

An 25 Kliniken gibt es eine **Hebammensprechstunde** (vgl. Tabelle 6). Sowohl kleinere Häuser mit weniger als 250 Geburten im Jahr als auch große Kliniken mit über 1200 jährlichen Geburten bieten nahezu durchgängig Hebammensprechstunden an.

Tabelle 6 Übersicht über das Angebot von Hebammensprechstunden an den Kliniken (n=29)

Angebot Hebammensprechstunde	Kliniken gruppiert nach Geburtenanzahl					Gesamt
	≤ 500 Geburten	501 ≤ 1000 Geburten	1001 ≤ 1500 Geburten	1501 ≤ 2000 Geburten	2001 ≤ 2200 Geburten	
Ja	12	7	3	1	2	25
Nein	1	0	2	1	0	31
Gesamtsumme	13	7	5	2	2	29

Berechnung DJI, 2015

An vier der 25 Kliniken können die befragten Fachkräfte nicht einschätzen, von **welchem Anteil entbindender Frauen die Sprechstunde genutzt wird**, an den verbleibenden 21 Kliniken zeigt sich Folgendes (vgl. Tabelle 7):

Tabelle 7 Nutzung der Hebammensprechstunden seitens entbindender Frauen (n=29)

Anteil Nutzung Hebammensprechstunde	Häufigkeit
Sehr wenige bis ca. ein Viertel	3
Ca. die Hälfte bis drei Viertel	11
Nahezu alle Frauen	7
Gesamt	21
Fehlend	
Weiß nicht	4
Keine Hebammensprechstunde	4

Berechnung DJI, 2015

An lediglich drei Kliniken suchen nur sehr wenige bis ein Viertel der entbindenden Frauen die Sprechstunde auf, während an elf Kliniken ca. die Hälfte bis drei Viertel der Frauen die Hebammensprechstunde nutzen. An sieben Kliniken wird die Hebammensprechstunde von nahezu allen Frauen besucht. Somit ist festzuhalten, dass der überwiegende Teil der entbindenden Frauen das Angebot nutzt, eine Hebammensprechstunde aufzusuchen, wenn diese angeboten wird.

In den Fokusgruppen wurde von Teilnehmerinnen mehrfach darauf hingewiesen, dass in ihren jeweiligen Häusern – trotz Hebammensprechstunde – das Ausfüllen des Erhebungsbogens häufig erst im Kreißaal stattfindet. Zu diesem Zeitpunkt kann es aufgrund der Geburtssituation jedoch sehr hektisch sein und es stehen andere Belange im Vordergrund, so dass kaum Zeit besteht, mit der Mutter ein Gespräch im Hinblick auf die Inhalte des Erhebungsbogens zu führen. Gelingt dies jedoch, wird meist nur das erste Modul besprochen, alles Weitere erfolgt dann auf der peripartalen Wochenstation. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass im Kreißaal die Wahrscheinlichkeit relativ hoch ist, dass man mit einigen Müttern nicht mit Hilfe des Erhebungsbogens ins Gespräch kommt, was auch anschließend nicht gelingt, wenn die Mütter die Klinik nach der Entbindung direkt wieder verlassen (vgl. Kapitel 3.8).

Ein weiterer Aspekt, der in den Fokusgruppen diskutiert wurde, ist das eingeschätzt unterschiedliche Verhalten von Müttern vor, während und nach der Geburt. So kann es durchaus vorkommen, dass Mütter vor der Geburt Ängste äußern, das Kind nicht ausreichend versorgen zu können, die sich nach der Geburt auflösen. Andere Mütter benötigen postnatal ein wenig Zeit, um das belastende Erlebnis der Geburt zu verarbeiten, einige Frauen fallen in eine so genannte Wochenbettdepression. Je nachdem, wann der Erhebungsbogen im Rahmen des Geburtszeitraums ausgefüllt wird, kann dies also zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Es gilt zu bedenken, dass sich die Unterstützungsbedarfe einer Mutter durch das Geburtserlebnis stark verändern können (vgl. Kapitel 3.3.). Die Angaben in den Fokusgruppen zeigen, dass ein Anlegen des Erhebungsbogens vor der Geburt zwar sinnvoll, aber nicht durchgängig durchzuhalten ist, weshalb Flexibilität, die eine gemeinsam gegebene Verantwortung voraussetzt, wichtig ist.

Hierfür spricht auch, dass ein Unterstützungsbedarf u. U. erst nach der Geburt deutlich wird.

➤ *Unterschiedliche Fachkräfte sind gemeinsam zuständig für das Ausfüllen des Bogens.*

Auf die mit Mehrfachnennungen beantwortbare Frage, **wer in der stationären Geburtshilfe in der Regel den Erhebungsbogen ausfüllt**, werden am häufigsten die Professionen Hebammen der Kreißsäle (26 Nennungen), Pflegekräfte der peripartalen Wochenstation (19 Nennungen) und Koordinierende Fachkräfte (18 Nennungen) genannt (vgl. Tabelle 8). Ärztinnen/Ärzte hingegen sind nur acht Mal angeführt worden. Ein Blick auf die jährliche Geburtenzahl zeigt, dass diese vor allem in kleineren Kliniken mit weniger als 500 Geburten im Jahr am Ausfüllen des Erhebungsbogens beteiligt sind.

Tabelle 8 Fachkräfte der stationären Geburtshilfe, die in der Regel den Erhebungsbogen ausfüllen (Mehrfachnennungen möglich) (n=29)

	Fachkräfte der stationären Geburtshilfe					
	Koordinierende Fachkraft	Hebamme	Peripartale Fachkraft	Ärztinnen/Ärzte	Leitende Hebamme	Leitende peripartale Fachkraft
Häufigkeit	18	26	19	8	7	1

Berechnung DJI, 2015

Zudem zeigt das Gesamtergebnis, dass das Ausfüllen des Fragebogens nicht ausschließlich bei den koordinierenden Fachkräften liegt, sondern daneben von den Personen durchgeführt wird, die den direkten Kontakt mit den Müttern im Kreißsaal oder auf der peripartalen Wochenstation haben – den Hebammen und peripartalen Pflegekräften.

In sieben von 25 Kliniken mit einer Koordinierenden Fachkraft ist diese dafür in der Regel sogar gar nicht zuständig, sondern die Hebammen und die peripartalen Pflegefachkräfte. Die Größe der Klinik bzw. die Anzahl der jährlichen Geburten hat hierbei keinen Einfluss auf die Aufgabenverteilung, da dies sowohl auf Kliniken mit weniger als 500 Geburten im Jahr als auch auf Häuser mit bis zu 2200 Geburten pro Jahr zutrifft.

Somit kann als Fazit festgehalten werden, dass das Ausfüllen des Erhebungsbogens zwar in der Mehrheit der Kliniken in den Aufgabenbereich einer Koordinierenden Fachkraft fällt, daneben aber vor allem Hebammen und peripartale Pflegefachkräfte den Erhebungsbogen bearbeiten.

- *Bei wechselnder Zuständigkeit für das vertiefende Gespräch müssen die möglicherweise beteiligten Fachkräfte in Gesprächsführung geschult sein.*
- *Ärztinnen/Ärzte sind nur teilweise an vertiefenden Gesprächen beteiligt.*

Das Ergebnis auf die Frage, **wer dafür verantwortlich ist, dass der Erhebungsbogen ausgefüllt wird**, ist ebenfalls sehr aussagekräftig (vgl. Tabelle 9).⁸ An den 25 Kliniken mit einer Koordinierenden Fachkraft liegt bei etwas mehr als der Hälfte der Kliniken (14 Kliniken) die Verantwortung für das Ausfüllen des Erhebungsbogens bei der Koordinierenden Fachkraft. In acht der 29 Kliniken gibt es keine Person mit festgelegter Verantwortung für das Bearbeiten des Erhebungsbogens. Unter diesen acht Kliniken befinden sich sechs Häuser, an denen eine Koordinierende Fachkraft tätig ist. Hieraus lässt sich schließen, dass die befragten Kliniken sehr unterschiedliche Wege bei der organisatorischen Absicherung des Systems mit dem Erhebungsbogen gehen. Teilweise scheint es auch möglich, dies in die gemeinsame Verantwortung der unterschiedlichen beteiligten Professionen in den Kliniken zu geben.

Sollte ein **vertiefendes Gespräch mit der Mutter** nötig sein, führt dies in 21 von 29 Kliniken eine bestimmte Fachkraft durch (vgl. Tabelle 9). In 18 dieser 21 Kliniken arbeitet eine Koordinierende Fachkraft, die in diesen Kliniken auch das vertiefende Gespräch führt. Dieses Verfahren wird auch in den Fokusgruppen geschildert. In einigen Krankenhäusern werden Ärztinnen/Ärzte hinzugebeten, treten im Gespräch Schwierigkeiten auf oder sind diese bereits im Vorfeld bekannt. Eine Mitteilung an das Jugendamt erfolgt dann durch die Stationsärztin/den Stationsarzt. In anderen Kliniken mit Belegärztinnensystem/Belegarztsystem sind diese jedoch weniger an dem Prozess beteiligt. Hier läuft die Kommunikation vorwiegend über das Pflegepersonal, welches ggf. auch die Mitteilung an das Jugendamt herausgibt.

Tabelle 9 Verantwortung für das Ausfüllen der Erhebungsbögen und die Durchführung vertiefender Gespräche (n=29)

Verantwortliche Person für...	Klinik mit Koordinierende Fachkraft			Klinik ohne Koordinierende Fachkraft	
	Koordinierende Fachkraft	Andere bestimmte Fachkraft	Keine bestimmte Fachkraft	Andere bestimmte Fachkraft	Keine bestimmte Fachkraft
...Ausfüllen des Erhebungsbogens	14	5	6	2	2
...Durchführung vertiefendes Gespräch	18	/	7	3	1

Berechnung DJI, 2015

⁸ Auch bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

In drei der 21 Kliniken mit besonderer Zuständigkeit einer bestimmten Fachkraft für die Durchführung eines vertiefenden Gesprächs arbeitet keine Koordinierende Fachkraft und die Gespräche werden von (Familien-) Hebammen, Stationsleitung, Kinderärztinnen/Kinderärzten oder Gynäkologinnen/Gynäkologen durchgeführt. In den verbleibenden acht Kliniken wird jeweils kurzfristig festgelegt, wer das vertiefende Gespräch führt. Interessanterweise arbeiten in sieben der Kliniken Koordinierende Fachkräfte, denen diese Aufgabe demnach nicht allein bzw. nicht üblicherweise obliegt.

- *Vertretungsregelungen sind unabdingbar in Bezug auf alle Fachkräfte, die eine Funktion bei der Bewertung des Erhebungsbogens und Durchführung des vertiefenden Gesprächs haben.*
- *Klinikleitung und Ärztinnenschaft/Ärzteschaft der Geburtshilfe müssen hinter dem Präventionsprojekt stehen.*
- *Es bedarf ausreichender Zeitkontingente für Sichtung und Bewertung der Erhebungsbögen, den Kontakt zu Müttern nach der Geburt und ggf. das Durchführen vertiefender Gespräche sowie die Vermittlung weiterführender Hilfen.*
- *Fachkräfte der stationären Geburtshilfe sollten – unterstützt durch die Klinikleitung – sich als Team bzgl. des Erhebungsbogens begreifen.*
- *Ein genereller Einbezug des Perinatalzentrums und der Gynäkologie wird seitens der geburts hilflichen Fachkräfte erwünscht.*
- *Wenn Fälle Besorgnis auslösen und mehr Zeit benötigt wird, finden Kliniken einzel fallbezogene Lösungen.*

Generell ist es in der stationären Geburtshilfe wichtig, dass **Vertretungsregelungen** für Personen getroffen werden, die im Rahmen des Konzepts zur Einschätzung des Hilfebedarfs eine bestimmte Funktion inne haben (bspw. Bewertung des Erhebungsbogens, Durchführen des vertiefenden Gesprächs, Vermittlung/Kontakt Familienhebamme etc.). Andernfalls kann es geschehen, dass an Tagen, an denen die zuständige Person nicht arbeitet (wie bspw. an freien Tagen, Urlaub, Fortbildung, Krankheit etc.), Mütter die Klinik mit dem Neugeborenen verlassen, ohne dass der Erhebungsbogen bewertet, ggf. ein vertiefendes Gespräch geführt und evtl. Hilfen empfohlen wurden. In den Fokusgruppen wird hierzu Unterschiedliches berichtet. So funktioniert das Vertretungssystem in einigen Kliniken gut. Dort übernehmen Ärztinnen/Ärzte oder stationäre Fachkräfte, die den meisten Kontakt mit der betreffenden Mutter hatten, die **Vertretung der Koordinierenden Fachkraft in den Gesprächen** an Tagen, an denen diese nicht arbeitet. Dies bedeutet, dass die stationären Fachkräfte in der Durchführung eines vertiefenden Gesprächs ausreichend geschult und über den Fall informiert sein müssen. Auch muss bekannt sein, welches Vorgehen je nach Gesprächsverlauf gewählt und welche Ansprechpartner/innen evtl. kontaktiert werden sollten. In den Fokusgruppen wird bestätigt, dass das Personal in

diesen Kliniken in der Regel einen guten Wissensstand in Bezug auf ein derartiges Vertretungssystem besitzt. Eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Vertretungssystem und somit für das Umsetzen des Präventionskonzepts besteht nach den Aussagen in den Fokusgruppen in der Unterstützung durch die Klinikleitung sowie die Ärztinnenschaft/Ärztenschaft der stationären Geburtshilfe. So ist es sehr förderlich, wenn von Leitungs- und Ärztinnenseite/Ärztenseite vermittelt wird, dass alle Fachkräfte in der stationären Geburtshilfe für das Projekt zuständig und über anfallende Aufgaben informiert sind. Andernfalls ist ein Vertretungssystem kaum umzusetzen. Dies gelingt jedoch noch nicht in allen Kliniken gleich gut. Auch ein entsprechendes Zeitkontingent muss den Koordinierenden Fachkräften bzw. den Fachkräften mit besonderer Zuständigkeit für den Erhebungsbogen zur Verfügung gestellt werden. Die Sichtung und Bewertung der Erhebungsbögen, der Besuch von Müttern nach der Geburt und ggf. das Durchführen vertiefender Gespräche sowie die Vermittlung weiterführender Hilfen nimmt Zeit in Anspruch und kann nicht nebenher im Rahmen der normalen beruflichen Tätigkeit als (leitende) Hebamme, (leitende) Pflegefachkraft oder (leitende/r) Kinderkrankenschwester/pfleger ausgeübt werden. Durch Beiträge in den Fokusgruppen wurde deutlich, dass in manchen Kliniken kein (ausreichendes) Zeitkontingent zur Ausübung anfallender Aufgaben im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ von Leitungsseite aus zur Verfügung gestellt wird.

An einer Klinik, deren Koordinierende Fachkraft an einer Fokusgruppe teilnahm, wurde ein Mangel an Unterstützung durch die Klinikleitung berichtet. Als Folge wurde dargestellt, dass das Projekt nicht ausreichend kommuniziert werde und nur wenige Fachkräfte außerhalb der stationären Geburtshilfe über das Projekt informiert seien. Auch innerhalb der stationären Geburtshilfe würde es auf Hindernisse stoßen, das Projekt zu etablieren: Jede Fachkraft arbeite eher für sich, Kompetenzen würden dadurch nicht gebündelt und ein koordiniertes Handeln sei daher erschwert. Hinzu käme, dass einzelne Berufsgruppen, in diesem Fall Ärztinnen/Ärzte der stationären Geburtshilfe, versuchen würden, ihren Aufgabenbereich zu schützen und Handlungsempfehlungen auf Grundlage des Erhebungsbogens nicht annehmen. Die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen sei erschwert aufgrund vergleichsweise strikt eingehaltener Hierarchien und einer Kompetenzkonkurrenz zwischen Hebammen und Kinderkrankenschwestern/pflegern.

In den Fokusgruppen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass eine **engere Verzahnung mit dem Perinatalzentrum** empfehlenswert sei. So werden die Fachkräfte des Perinatalzentrums zum einen ebenfalls in der Verantwortung gesehen, Beobachtungen in den Erhebungsbogen einzutragen und ggf. die Koordinierende oder zuständige Fachkraft zu informieren. Zum anderen sind die Fachkräfte der stationären Geburtshilfe auf die Zusammenarbeit mit dem Perinatalzentrum in den Fällen angewiesen, in denen **noch nicht abschließend geklärt ist, ob das Kind der Mutter mit nach Hause gegeben werden** kann. Einzelfallbezogene Lösungen können etwa so aussehen, dass das Kind etwas länger auf der Perinatalstation verbleibt, damit Zeit für die Klärung und ggf. Einleitung von Hilfen gewonnen wird.

Dies gelingt nur, wenn eine enge Zusammenarbeit aller Hierarchieebenen des Perinatalzentrums besteht. Auch der **Einbezug der Gynäkologie** wurde in den Fokusgruppen thematisiert. Frauen mit pränatalen Schwangerschaftskomplikationen werden meist über die Gynäkologie stationär aufgenommen. Hier wird aber teilweise kein Erhebungsbogen angelegt und dieser auch später vergessen. Sowohl der Einbezug des Perinatalzentrums als auch der Gynäkologie in die Anwendung des Erhebungsbogens setzt voraus, dass die Fachkräfte entsprechend geschult und über Zuständigkeiten sowie Abläufe informiert sein müssen.

3.2 Bewertungen zur Anwendbarkeit des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe

Im Folgenden werden die Bewertungen der 61 befragten stationären Fachkräfte hinsichtlich der Anwendbarkeit und Praktikabilität des Erhebungsbogens im stationären Alltag vorgestellt. Während den Befragten der Telefonbefragung standardisierte Antwortvorgaben vorlagen, war es den an den Fokusgruppen Teilnehmenden möglich, auf bestimmte Aspekte detaillierter einzugehen. Daher werden auch hier die Ergebnisse der Telefonbefragung ggf. um Anmerkungen aus den Fokusgruppen ergänzt.

- *Der Erhebungsbogen lässt sich im Prinzip gut in den Arbeitsablauf der geburtshilflichen Station einbetten, ein Mangel an strukturellen Vorkehrungen und/oder personellen Ressourcen erschwert jedoch eine reibungslose Anwendung.*

Insgesamt wird der Erhebungsbogen hinsichtlich seiner Anwendbarkeit mehrheitlich gut bewertet (vgl. Tabelle 10). So sind 54 Prozent der Befragten (33 Personen) der Meinung, dass sich der Erhebungsbogen gut in den **Arbeitsablauf der geburtshilflichen Station** einbetten lässt. Weitere 43 Prozent (26 Personen) sind geneigt, dieser Bewertung bedingt zuzustimmen. Angesichts der Arbeitsverdichtung auf den Stationen ist ein derart positives Ergebnis mehr als erstaunlich und spricht für das Engagement der Häuser in den Frühen Hilfen. Mögliche Schwierigkeiten können am Schichtbetrieb der Kliniken liegen sowie an einer häufig unvorhersehbaren Zunahme des Arbeitsaufkommens, durch die u. U. keine Zeit für ein vertiefendes Gespräch zu den Inhalten des Erhebungsbogens gefunden werden kann. Die Teilnehmenden an den Fokusgruppen bestätigen diese Annahmen: Es wurde auf die teilweise angespannte Situation im Kreißaal verwiesen, die es erschweren kann, den Erhebungsbogen in den Ablauf einzubinden. Auch auf der peripartalen Wochenstation kann der Erhebungsbogen nicht immer ausreichend einbezogen werden. So wird darauf hingewiesen, dass im stationären Alltag häufig kaum Zeit für Fragen besteht und es oft

nicht möglich ist, sich auf den Bogen zu konzentrieren. Dennoch geben 59 Prozent der Befragten (36 Personen) an, dass das **Instrument mittlerweile ein fester Bestandteil von Routinen und Übergaben im alltäglichen Stationsablauf** ist (vgl. Tabelle 10). Weitere 31 Prozent der Befragten (19 Personen) stimmen dieser Beurteilung ebenfalls eher zu. Hieraus lässt sich schließen, dass sich der Erhebungsbogen in den meisten Kliniken trotz gewisser situationsbedingter Herausforderungen des Arbeitsgebiets Krankenhaus als Instrument zur Erfassung des Hilfebedarfs werdender/junger Mütter etabliert hat. 10 Prozent der Befragten (6 Personen) sehen den Erhebungsbogen an ihrer Klinik noch nicht als festen Bestandteil von Routinen und Übergaben installiert. In Anbetracht des sonst guten Einbezugs des Erhebungsbogens liegt die Vermutung nahe, dass für diese Beurteilung ein Mangel an strukturellen Vorkehrungen und personellen Ressourcen eine Rolle spielt.

➤ *Insgesamt lässt sich eine mehrheitlich positive Bewertung der Anwendbarkeit des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe konstatieren, sowohl hinsichtlich des Zeitaufwandes als auch des Umfangs und der Verständlichkeit der Items.*

Die folgenden Einschätzungen zum **zeitlichen Aufwand für die Bearbeitung des Erhebungsbogens** sowie zum **Bedarf einer Verschlankung des Instruments** unterstreichen dieses Fazit (vgl. Tabelle 10): 43 Prozent der Befragten (26 Personen) beurteilen den zeitlichen Aufwand für das Anwenden des Erhebungsbogens als akzeptabel, 39 Prozent der Befragten (24 Personen) stimmen dieser Bewertung ebenfalls bedingt zu. Lediglich 15 Prozent der Befragten (9 Personen) finden die Anwendung des Erhebungsbogens tatsächlich eher bzw. deutlich zu aufwändig. Diese Beurteilung muss im Zusammenhang mit der Arbeitssituation betrachtet werden. Bestehen bspw. personelle Engpässe oder fehlt es an für den Erhebungsbogen zuständigen Personen, ist die Anwendung des Erhebungsbogens für die stationären Fachkräfte vermutlich mit einem großen Mehraufwand verbunden. Vor diesem Hintergrund und der eher positiven Beurteilung der großen Mehrheit der Befragten ist der Einsatz des Instruments in der stationären Geburtshilfe als zeitlich praktikabel einzustufen. Diese Einschätzung wird dadurch bestätigt, dass 53 Prozent der Befragten (32 Personen) der Meinung sind, der Erhebungsbogen müsse nicht gekürzt werden. 30 Prozent der Befragten (18 Personen) stimmen diesem Urteil ebenfalls eher zu. Lediglich 14 Prozent (12 Personen) halten eine Verschlankung des Erhebungsbogens für notwendig.

Die **Struktur des Erhebungsbogens** wird von 41 Prozent der Befragten (25 Personen) mehrheitlich als gut gegliedert bewertet, weitere 51 Prozent der Befragten (31 Personen) stimmen dem ebenfalls eher zu. Eine große Zustimmung erfährt die **verständliche Formulierung der Items**. So bewerten 69 Prozent der Befragten (42 Personen) den Erhebungsbogen als gut verständlich formuliert, weitere 28 Prozent (17 Personen) stimmen dieser Beurteilung eher zu.

Tabelle 10 Bewertungen zur Anwendung des Erhebungsbogens (n=61)

	stimme zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme nicht zu		weiß nicht/ keine Angabe	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Der Erhebungsbogen lässt sich gut in den Ablauf der geburtshilflichen Station einbetten	33	54	26	43	2	3	0	0	/	/
Der Erhebungsbogen ist mittlerweile fester Bestandteil von Routinen und Übergeben	36	59	19	31	3	5	3	5	/	/
Der zeitliche Aufwand für die Bearbeitung des Erhebungsbogens ist akzeptabel	26	43	24	39	8	13	1	2	/	/
Der Erhebungsbogen muss nicht verschlankt werden	32	53	18	30	4	6	4	6	3	5
Der Erhebungsbogen ist gut strukturiert	25	41	31	51	5	8	/	/	/	/
Der Erhebungsbogen ist verständlich formuliert	42	69	17	28	2	3	/	/	/	/

Berechnung DJI, 2015

3.3 Bewertung des Nutzens des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe

➤ *Mit dem Erhebungsbogen wird der Unterstützungsbedarf systematisch und zumeist, aber nicht in jedem Fall eindeutig klassifizierbar, erfasst.*

Mit dem Erhebungsbogen soll systematisch und schnell der Unterstützungsbedarf werdender/junger Mütter erfasst werden, daher wurden die stationären Fachkräfte dezidiert dazu befragt, inwieweit dieses Ziel aus ihrer Sicht erreicht wird. Es zeigt sich, dass mit 46 Prozent (28 Personen) fast die Hälfte der 61 Befragten der Aussage zustimmen, dass der Erhebungsbogen ein **systematischeres Erfassen des Unterstützungsbedarfs ermöglicht**. Weitere 41 Prozent (25 Personen) stimmen dieser Beurteilung eher zu. Somit wird diese Funktion des Erhebungsbogens von einer großen Mehrheit der stationären Fachkräfte positiv beurteilt (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 Bewertungen des Nutzens des Erhebungsbogens (n=61)

	Stimme zu		Stimme eher zu		Stimme eher nicht zu		Stimme nicht zu		Weiß nicht/ keine Angabe	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Der Erhebungsbogen ermöglicht ein systematischeres Erfassen des Unterstützungsbedarfs	28	46	25	41	1	11	/	/	1	2
Der Erhebungsbogen erfasst den Unterstützungsbedarf eindeutiger als Alltagsbeurteilungen	18	30	32	53	10	17	/	/	1	2

Berechnung DJI, 2015

Die These, dass der **Erhebungsbogen den Unterstützungsbedarf von Müttern eindeutiger erfasst als eine Alltagsbeurteilung**, wird etwas anders bewertet (vgl. Tabelle 11): So stimmen dieser Aussage zwar 30 Prozent (18 Personen) zu, die große Mehrheit mit 53 Prozent (32 Personen) kann diesem Urteil aber nur bedingt folgen und stimmt hier lediglich eher zu. 17 Prozent (10 Personen) sind mit dieser Aussage sogar eher nicht einverstanden. Bei einer nicht zu übersehenden positiven Grundtendenz der Antworten auf beide Fragen zeigt der graduelle Unterschied in der Beurteilung sehr schön die Möglichkeiten aber auch Grenzen standardisierter Verfahren auf. Der relativ leicht zu erreichende Gewinn an Systematisierung macht eine Bewertung der Ergebnisse durch die Fachkräfte nicht

überflüssig und es gibt immer noch Einzelfälle, in denen der klinische Eindruck deutlicher ausfällt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Bewertungen der einzelnen Module des Erhebungsbogens vorgestellt (vgl. Tabelle 12). Die Bewertung der stationären Fachkräfte im Telefoninterview erfolgte zum einen anhand standardisierter, also vorgegebener Antwortkategorien. Zum anderen hatten die Befragten in offenen Antwortoptionen die Möglichkeit, Kritik an den jeweiligen Modulen respektive Items mitzuteilen. Auch Änderungswünsche und örtlich bereits vorgenommene Ergänzungen wurden angegeben. In den Fokusgruppen wurde ebenfalls dezidiert auf den Erhebungsbogen und seine Module eingegangen.

1. Modul 1: „Besondere (auch soziale) Belastung“

In der standardisierten Telefonbefragung stimmen 61 Prozent der Befragten (37 Personen) der Aussage zu, dass das Modul 1 „besondere (auch soziale) Belastung“ nutzbringend und fachlich sinnvoll ist, um den Unterstützungsbedarf von werdenden/jungen Müttern erfassen zu können. Weitere 28 Prozent der Befragten (17 Personen) stimmen dieser Angabe nicht voll, aber bedingt zu. Lediglich 8 Prozent der Fachkräfte (5 Personen) können dieser Aussage eher nicht folgen und eine Person stimmt gar nicht zu (vgl. Tabelle 12). Auch wenn hier die breite Mehrheit der befragten Fachkräfte (91 Prozent) zumindest bedingt der Meinung ist, dass das Modul 1 einen fachlichen Nutzen aufweist, werden nachfolgend geäußerte Kritik und Ergänzungsvorschläge aufgelistet, auch wenn sie teilweise nur von einer Person geäußert wurden:

- a) *„Alter der Mutter \leq 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere“*
Mehrere Fachkräfte sehen in dem Item „Alter der Mutter \leq 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere“ eine Stigmatisierung junger Mütter mit einem oder mehreren Kindern, da dieses Merkmal nicht zwangsläufig eine Überforderung mit Hilfebedarf der Mütter anzeige.
- b) *„Schwere Konflikte in der Partnerschaft“/„Gewalt in der Partnerschaft“*
Mehrere Fachkräfte weisen darauf hin, dass es schwierig ist, Mütter auf das Item „Schwere Konflikte in der Partnerschaft“/„Gewalt in der Partnerschaft“ anzusprechen. Es sei in der Praxis eher so, dass Beobachtungen elterlicher Interaktion Hinweise auf mögliche Konflikte und/oder Gewalt in der Partnerschaft geben würden, die den Fachkräften Anknüpfungspunkte für ein Gespräch mit der Mutter bieten. Dies sei jedoch häufig erst bei einem längeren Aufenthalt der Mutter in der Klinik möglich. Dieses Item werde daher zum Teil nicht berücksichtigt.
- c) *„Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit“*
Das Item „Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit“ der Mutter wurde von den Fachkräften sehr kontrovers bewertet. Einige Fachkräfte äußerten in der Telefonbefragung erhebliche Schwierigkeiten, diesen Punkt zu bearbeiten, ähnlich wie

beim vorherigen Item. Es handele sich um ein Tabuthema, das nur sehr schwer anzusprechen sei. Zudem wurde befürchtet, dass durch die Thematisierung traumatische Erlebnisse bei betroffenen Müttern wieder hervorgerufen werden könnten, was zu einer Destabilisierung der Mütter führen könne. Auch hier wurde auf den Zeitaspekt verwiesen. Die längere Beobachtung von Müttern böte evtl. Hinweise auf derartige Erfahrungen, die ggf. den Einstieg zu einem Gespräch ermöglichen. Dies setze aber erneut den längeren Aufenthalt von Müttern in der Klinik voraus.

In den Fokusgruppen wurde aber auch die gegenteilige Erfahrung berichtet: Mütter mit derartigem biografischen Hintergrund wären häufig froh über das Ansprechen des Themas und die Einladung, in Bezug auf die Mutterschaft darüber zu reden. Teilweise würden sie sogar Erleichterung darüber äußern, dass sie offen mit dem Thema umgehen könnten. Sie fühlten sich ernst genommen und unterstützt. Es scheint – folgt man Aussagen in den Fokusgruppen – das Ansprechen derartiger Themen deutlich zu erleichtern und die Mitteilbarkeit der Mütter zu erhöhen, wenn sehr offen mit dem Erhebungsbogen umgegangen wird. Dies bedeutet, dass den Müttern das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ vorgestellt und der Zweck des Erhebungsbogens erläutert wird.

d) *„Nikotinkonsum > 20 Zig. am Tag“*

Bezüglich des Items „Nikotinkonsum > 20 Zig. am Tag“ wird seitens der Fachkräfte teilweise angemerkt, dass eine Schädigung des Kindes auch bei weniger Nikotingenuss eintreten könne. Auch sei eine Nikotinabhängigkeit schon vor dem Konsum von weniger als 20 Zigaretten am Tag gegeben. Eine andere Fachkraft wiederum plädiert für ein differenziertes Erfassen der Menge an Zigaretten pro Tag, da dies eine genauere Einschätzung der Abhängigkeit und im Zuge dessen der möglichen Schädigung der kindlichen Gesundheit zulasse.

e) *„Drogenkonsum“*

Es gibt den Hinweis von Fachkräften, dass auch bei dem Item „Drogenkonsum“ eine differenzierte Erfassung dessen möglich sein sollte, wie viel und welche Drogen von der Mutter konsumiert werden. So bestehe ein Unterschied in den Auswirkungen auf Mutter und Kind bspw. zwischen Cannabis- und Heroingenuss. Des Weiteren wurde angemerkt, dass es wichtig wäre zu dokumentieren, ob aktuell überhaupt noch Drogen konsumiert würden, ob bereits ein Entzug stattgefunden hat etc. Dies sei über Multiple Choice-Abfragen möglich.

f) *„Soziale/ Sprachliche Isolation“*

Mehrere Fachkräfte plädieren für eine Trennung der Items „Soziale Isolation“ und „Sprachliche Isolation“, da eine sprachliche Isolation nicht zwangsläufig mit einer sozialen Isolation einhergehe. So könnten auch nicht deutschsprachig sozialisierte Mütter über ein sehr großes und unterstützendes soziales Netzwerk verfügen. Im Erhe-

bungsbogen führe die Verbindung beider Merkmale daher zu Unsicherheiten oder missverständlichen Bewertungen.

Von einigen Fachkräften werden die folgenden Ergänzungen als nützlich für die Bewertung des Unterstützungsbedarfs von Müttern erachtet:

- g) *Alter der Mutter > 35 Jahre*
Mehrere Fachkräfte haben darauf verwiesen, dass ab einem Alter der Mutter von 35 Jahren laut Definition eine Risikoschwangerschaft bestehen könne. Dieses Wissen könne u. U. Auswirkungen auf die Psyche der Mutter haben. Daher wird dafür plädiert, auch dieses Item in den Erhebungsbogen aufzunehmen.
- h) *Mutter mit mehreren Kindern verschiedener Väter*
Für einige Fachkräfte kann der Aspekt, dass eine werdende/junge Mutter mehrere Kinder von verschiedenen Vätern hat, ein Hinweis auf eine instabile psycho-soziale Lage der Mutter sein.
- i) *Trennung des Elternpaares während der Schwangerschaft*
Eine Trennung des Elternpaares während der Schwangerschaft könne sehr belastend für die werdende/junge Mutter sein, daher wünschen sich mehrere Fachkräfte die Aufnahme eines entsprechenden Items in den Erhebungsbogen.
- j) *Interaktion in Paarbeziehung*
Wie Paare miteinander interagieren, könne ein wichtiger Hinweis auf die Stabilität und die Qualität der Beziehung sein. Sind Auffälligkeiten im Umgang der Eltern miteinander zu beobachten, könne dies einen Unterstützungsbedarf anzeigen. Daher wünschen sich einige Fachkräfte, dass dieser Aspekt in den Erhebungsbogen mit aufgenommen wird.
- k) *Tod eines nahen Angehörigen während der Schwangerschaft*
Auch der (plötzliche) Tod eines nahen Angehörigen könne sich sowohl psychisch als auch sozial sehr belastend auf die werdende/junge Mutter auswirken. Auch hier besteht der Wunsch einiger Fachkräfte, dieses Item in den Erhebungsbogen unter Modul 1 aufzunehmen.
- l) *Kind bereits an plötzlichem Kindstod verstorben*
Ist bereits ein Kind der werdenden/jungen Mutter am plötzlichen Kindstod verstorben, könne sich dies in Form einer hohen psychischen Belastung auf die aktuelle Mutterschaft auswirken. Daher wünschen sich einige Fachkräfte das Abfragen dieses Items, um einen möglichen Unterstützungsbedarf der Mutter besser erfassen zu können.
- m) *Psychische Belastung der werdenden/jungen Mutter*
Dieses Item wird seitens mehrerer Fachkräfte als sinnvoll erachtet, da eine erhöhte psychische Belastung der Mutter zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf führen könne. Eine nähere Erläuterung von Merkmalen, anhand derer eine solche psychische Belastung erkannt

werden kann – abgesehen von den bereits in Modul 1 erfassten Aspekten – wurde jedoch nicht thematisiert.

n) *Ergänzungsmöglichkeiten in Bezug auf den Kindsvater*

Seitens mehrerer befragter Fachkräfte wird betont, dass es möglich sein sollte, im Erhebungsbogen auch Auffälligkeiten bzgl. des Kindsvaters eintragen zu können, bspw. wenn der Vater inhaftiert ist oder berufsbedingt ständig auf Reisen. Diese Aspekte gäben Hinweise auf das psycho-soziale Umfeld der Mutter und auf einen evtl. Unterstützungsbedarf.

Das Modul 1 „Besondere (auch soziale) Belastung“ stellt den im Rahmen der Erhebung am intensivsten diskutierten Baustein des Erhebungsbogens dar. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die Einschätzung der Belastung der Mütter auf der Basis der Items häufig auch auf das persönliche Urteil der Fachkräfte rekurriert und nicht allein auf belastbare objektive Fakten. Dies bedeutet, dass die Bewertung und letztlich das schriftliche Fixieren im Erhebungsbogen mit von der persönlichen Meinung der jeweiligen Fachkraft abhängen, die den Erhebungsbogen gerade bearbeitet. Einige Befragte gaben an, dass letztlich das „Bauchgefühl“ darüber entscheide, ob sie ein Kreuz bei einem Item setzen oder nicht, wobei die Kriterien des Erhebungsbogens Hinweise darauf geben, an welchen Stellen das so genannte „Bauchgefühl“ durch Beobachtungen aktiviert werden sollte. Des Weiteren sehen einige Fachkräfte durch die in den unter Modul 1 aufgeführten Items die Gefahr der Stigmatisierung und Vorverurteilung sozial benachteiligter Familien, da auf diese die angeführten Punkte häufiger zuträfen als auf sozial besser gestellte Familien. Da diese Mütter und Väter aber häufig tatsächlich einen höheren Unterstützungsbedarf haben, sei dieses Problem nicht lösbar. Trotz der Kritikpunkte und Ergänzungswünsche darf nicht außer Acht gelassen werden, dass das Modul 1 dennoch eine sehr große Zustimmung auf die Frage nach dem fachlichen Nutzen seitens der Befragten erhalten hat.

2. *Modul 2: „mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen“*

Insgesamt stimmen die telefonisch befragten stationären Fachkräfte mit einer großen Mehrheit von 64 Prozent (39 Personen) der Aussage zu, dass das Modul 2 „mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen“ nutzbringend und fachlich sinnvoll für die Einschätzung eines möglichen Hilfebedarfs von werdenden/jungen Müttern ist. Weitere 21 Prozent (13 Personen) stimmen dieser Bewertung eher zu. Lediglich 10 Prozent (6 Personen) können dieser Beurteilung eher nicht folgen und 3 Prozent (2 Personen) stimmen der Aussage gar nicht zu (vgl. Tabelle 12).

Eine Fachkraft, die dieses Item für nicht aussagekräftig hält, begründet dies an einem Beispiel: So betreute sie eine Mutter, die zwar an keiner Schwangerschaftsuntersuchung teilgenommen hatte, aber dennoch eine sehr liebevolle und verantwortungsbewusste Mutter war. In einem anderen Fall hatte die Mutter alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen und war trotzdem nach der Geburt stark überfordert. In den beiden Beispielen zeigen sich zwei Probleme. So ist es zum einen nicht möglich, Indikatoren zu

benennen, die zu 100 Prozent zwischen Müttern mit und ohne Hilfebedarf trennen. Zum anderen zeigt sich das Problem, dass ein Hilfebedarf über verschiedene Wege sichtbar werden kann und es daher nicht möglich ist, sich allein auf einen Indikator zu stützen.

Sowohl in den Telefonbefragungen als auch in den Fokusgruppen wurde zudem kritisch angemerkt, dass das Item nicht auf alle Mütter anzuwenden ist. So entbänden auch Frauen in den betreffenden Kliniken, die aus dem Ausland stammen, wo ein anderes Schwangerschaftsvorsorgesystem existiere. Die Frauen besäßen auch meist keinen Mutterpass, woran der Verlauf der Schwangerschaft evtl. ablesbar wäre. Auf diese Frauen träfe das Modul 2 also nicht zu und sollte nur dem Sinn nach angewendet werden. Dennoch ist es de facto so, dass die in Deutschland vorgeschriebenen Schwangerschaftsuntersuchungen fehlten. Wenn dies so vermerkt werden müsse, bedeute dies nach Meinung der Fachkräfte nicht nur eine Stigmatisierung der Mutter, sondern führe u. U. auch zu einer Fehlbeurteilung des Unterstützungsbedarfs. Daher plädieren einige Fachkräfte dafür, im Erhebungsbogen unter Modul 2 die Möglichkeit einzuräumen, Fakten zu ergänzen bzw. via Multiple Choice angeben zu können, dass dieses Modul auf die betreffende Mutter nicht zutrifft.

3. *Modul 3: „Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen“*

Das Modul 3 „Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen“ finden eine große Mehrheit von 66 Prozent der Befragten (40 Personen) für nutzbringend und fachlich sinnvoll, um den Unterstützungsbedarf werdender/junger Mütter zu erfassen. Weitere 25 Prozent der Fachkräfte (15 Personen) stimmen dieser Beurteilung bedingt zu. Lediglich 9 Prozent (5 Personen) bewerten das Modul 3 als (eher) nicht geeignet, den Unterstützungsbedarf werdender/junger Mütter zu erfassen (vgl. Tabelle 12). Bezüglich dieses Moduls gab es kaum Anmerkungen. Unbestritten unter den Fachkräften scheint zu sein, dass Merkmale wie Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburt etc. tatsächlich häufig einen Unterstützungsbedarf der Mutter mit sich bringen. Kritisiert wurde allerdings, dass die Ressourcen der Mütter, bspw. das soziale Umfeld, nicht erfasst werden. So sei es möglich, dass privat ausreichend Unterstützung vorhanden ist, die Beurteilung im Erhebungsbogen könne jedoch so missverstanden werden, dass dies nicht zutrifft. So könne eine Fehlbeurteilung stattfinden. Daher besteht seitens der Fachkräfte der Wunsch, auch Ressourcen im Erhebungsbogen vermerken zu können.

4. *Modul 4: „Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“*

Modul 4 „Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“ erfährt von allen Modulen des Fragebogens die größte Zustimmung seitens der telefonisch befragten Fachkräfte. So bewerten 67 Prozent der Befragten (41 Personen) Modul 4 als nutzbringend und fachlich sinnvoll, um den Unterstützungsbedarf wer-

dender/junger Mütter zu ermitteln. 26 Prozent (16 Personen) können dieser Bewertung eher zustimmen, lediglich 5 Prozent (3 Personen) stimmen hier eher nicht zu (vgl. Tabelle 12). Einige Fachkräfte weisen darauf hin, eine Beurteilung der in Modul 4 aufgeführten Items könne zu persönlich ausfallen. Zudem wird wiederum bemängelt, dass es keine Option für Ergänzungen gibt. So könne es sein, dass das Item „gibt auffallend häufig das Kind ab“ auf eine Mutter zuträfe, die starke Raucherin ist, ansonsten aber sehr aufmerksam und liebevoll mit ihrem Kind umgehe. Die Beurteilung des Items allein erfasse den Zusammenhang mit der Nikotinabhängigkeit nicht und könne daher zu einer Fehlbeurteilung führen. Kritisiert wurde zudem, dass es nicht möglich sei, einen Verlauf des Verhaltens einer Mutter aufzuzeigen. So könne es sein, dass eine Mutter am ersten Tag nach der Geburt ihr Kind häufig abgibt, da sie erschöpft ist und Schmerzen hat, am zweiten Tag jedoch wieder mehr aufatmet und ihr Kind in ihrer Nähe behalten kann. Im Erhebungsbogen könne der Verlauf jedoch nicht dokumentiert werden. Dies berge das Risiko von Fehlbeurteilungen des Unterstützungsbedarfs (vgl. Kapitel 3.4.2).

In den Fokusgruppen wurde zudem darauf verwiesen, dass sich dieser Aspekt mütterlichen Verhaltens nur über einen gewissen Zeitraum beobachten ließe, ein mehr oder weniger direktes Nachfragen sei nicht möglich. Dies setzt demnach voraus, dass das Modul 4 hauptsächlich dann nutzbringend ist, wenn die Auffälligkeiten entweder sehr massiv sind oder die junge Mutter sich über mehrere Tage in der Klinik aufhält.

5. *Modul 5: „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“*

Das Modul 5 „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“ wird von den telefonisch befragten Fachkräften mit 57 Prozent (35 Personen) am wenigsten häufig für nutzbringend und fachlich sinnvoll erachtet. Weitere 31 Prozent der Fachkräfte (19 Personen) stimmen dieser Bewertung eher zu. 10 Prozent der Befragten (6 Personen) halten das Modul für eher nicht geeignet, den Unterstützungsbedarf einer werdenden/jungen Mutter zu eruieren (vgl. Tabelle 12). Hier wird seitens der Fachkräfte erneut darauf hingewiesen, dass sich der Gefühlszustand einer Mutter vor, während und nach der Entbindung stark verändern könne. So bestehe die Möglichkeit, dass derartige Befürchtungen seitens der Mutter vor der Geburt zwar geäußert würden, diese aber nach der Geburt nicht mehr vorhanden seien. Im Erhebungsbogen sei es jedoch nicht möglich, einen Verlauf darzustellen. Somit könne es geschehen, dass eine Fachkraft im Kreißaal hier einen Vermerk setzt, dessen mittlerweile eingetretene Bedeutungslosigkeit sich erst im vertiefenden Gespräch zeige (vgl. Kapitel 3.4.2).

6. *Modul 6: „Sonstiges“*

Verschiedene Kliniken möchten Ergänzungen am Erhebungsbogen vornehmen oder haben bereits Items hinzugefügt. Auch haben einige Fachkräfte das Anliegen, den Bogen strukturell abzuändern. Hierauf wird im nachfolgenden Unterkapitel eingegangen.

Tabelle 12 Modulbewertung des Erhebungsbogens (n=61)

	Die jeweiligen Module des Erhebungsbogens sind nutzbringend und fachlich sinnvoll:									
	stimme zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme nicht zu		weiß nicht	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Modul 1 „besondere (auch soziale) Belastung“	37	61	17	28	5	8	1	2	1	1 ⁹
Modul 2 „mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen“	39	64	13	21	6	10	2	3	1	2
Modul 3 „Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen“	40	66	15	25	4	7	1 ¹⁰	1	1	1 ¹¹
Modul 4 „Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“	41	67	16	26	3	5	/	/	1	2
Modul 5 „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“	35	57	19	31	6	10	/	/	1	2

Berechnung DJI, 2015

9 Rundungsbedingte Abweichungen

10 Rundungsbedingte Abweichungen

11 Rundungsbedingte Abweichungen

Sowohl in der teilstandardisierten Telefonbefragung als auch in den Fokusgruppen wurde darauf verwiesen, dass der Nutzen des Erhebungsbogens grundsätzlich von der Bereitschaft und dem Vermögen der werdenden/jungen Mutter abhängig ist, sich im Sinne des Erhebungsbogens mitzuteilen. Ist eine Kommunikation nicht oder kaum möglich (vgl. Kapitel 3.8), wird u. U. im Erhebungsbogen nichts Auffälliges eingetragen. Die Fachkräfte verlassen sich in solchen Fällen dann vor allem auf ihre Beobachtungen und auf das daraus resultierende „Bauchgefühl“ (vgl. Kapitel 3.3; 3.5). Des Weiteren wird angemerkt, dass der Erhebungsbogen nicht immer Auffälligkeiten sichtbar mache. Zuweilen komme es vor, dass der Erhebungsbogen unauffällig ist und sich in einem alltäglichen Gespräch mit den Eltern herausstellt, dass es doch einen massiven Unterstützungsbedarf gibt. Daher sollte stets bedacht werden, dass der Erhebungsbogen nicht die Beobachtung ersetzt und man sich nicht vollständig auf die vermeintliche Rastersicherheit des Erhebungsbogens verlassen darf. Zudem, so die Empfehlung einiger Befragten, sollten sich Fachkräfte teilweise mehr trauen, ihre Beobachtungen in den Erhebungsbogen einzutragen. Letztlich kann der Erhebungsbogen nur so gut sein, wie es die verfügbaren Beobachtungen und Gespräche mit der Mutter erlauben.

3.4 Ergänzungen am Erhebungsbogen

In manchen Kliniken wurden inhaltliche und/oder strukturelle Ergänzungen am Erhebungsbogen vorgenommen. Andere Fachkräfte äußerten das Anliegen den Erhebungsbogen um einige Items zu erweitern bzw. abzuändern. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte aufgezählt:

3.4.1 Inhaltliche Ergänzungen am Erhebungsbogen

a) *Einbezug des Kindsvaters*

Wie bereits erwähnt (vgl. Kapitel 3.3) wurde seitens der stationären Fachkräfte mehrfach das Anliegen geäußert, die Items des Erhebungsbogens auch auf den Kindsvater anzuwenden, so er vorhanden ist. Der Einbezug des Kindsvaters lässt nach Ansicht von Befragten einen fundierteren Rückschluss auf den Unterstützungsbedarf der werdenden/jungen Eltern zu. Des Weiteren wurde seitens einer Fachkraft gefordert, dass es der Mutter möglich sein solle, die Rolle des Kindsvaters aus ihrer Sicht zu bewerten, bspw. mit den Items „Kindsvater beteiligt sich zu wenig während der Schwangerschaft“ oder „Mutter äußert Sorge, dass der Kindsvater das Kind ablehnt“. Dies könne zum einen ein Hinweis auf Desinteresse am Kind und zum anderen auf zu wenig Unterstützung der Mutter seitens des Kindsvaters hinweisen. Die teilnehmenden Fachkräfte an den Fokusgruppen hingegen vermissen keine Information über den Kindsvater. Falls dieser relevant sein sollte, z.B. bei Gewalt in der

Partnerschaft oder wenn dieser eine Ressource darstellt, könne der Aspekt unter "Sonstiges" festgehalten werden.

b) *Erfassen von Ressourcen*

Sowohl in der Telefonbefragung als auch in den Fokusgruppen wurde mehrfach bemängelt, dass die (sozialen, finanziellen und kognitiven) Ressourcen werdender/junger Mütter im Erhebungsbogen nicht erfasst werden würden. Dies behindere massiv die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs und koste die für vertiefende Gespräche zuständige Fachkraft u. U. Zeit. So sei es schon mehrfach vorgekommen, dass auf Grundlage des Erhebungsbogens ein vertiefendes Gespräch mit der Mutter stattfand, sich dabei aber herausstellte, dass diese über Ressourcen verfügte, die ein Gespräch nicht erforderlich gemacht hätten. Dieses Argument verdeutlicht ein nachvollziehbares Problem: Der Erhebungsbogen soll schnell einsetzbar sein und möglichst zuverlässig Hinweise für einen Hilfebedarf erfassen. Dafür wird in Kauf genommen, dass es Fälle gibt, bei denen sich im vertiefenden Gespräch kein Hilfebedarf mehr zeigt (falsch positive Fälle). Die Anzahl falsch positiver Fälle lässt sich u. U. durch zusätzliche Fragen verringern, allerdings muss dafür in Kauf genommen werden, dass der Bogen mehr Zeit kostet.

Die Fachkräfte nehmen des Weiteren an, dass auch die mögliche Abwertung der Mutter, die mit einem auffälligen Befund einhergehe, durch das Erfassen und dadurch Sichtbarmachen entsprechender Ressourcen geringer wäre. Derzeit lasse sich ohne Festhalten von Ressourcen der mütterliche Unterstützungsbedarf durch eine Familienhebamme nicht deutlich aus dem Erhebungsbogen herauslesen. Hierunter würden nach Ansicht der Fachkräfte bspw. folgende Items fallen: Nachsorgehebamme vorhanden ja/nein, Hilfen zur Erziehung bereits vorhanden ja, welche:/nein, Sonstige Unterstützung vorhanden ja, welche:/nein, Unterstützung ausreichend ja/nein. Hier stellt sich allerdings die Frage nach der Praktikabilität eines um Fragen nach Ressourcen erweiterten Erhebungsbogens.

c) *Ergänzungsmöglichkeiten in den Modulen sowie weitere Items*

Seitens der befragten Fachkräfte wurde wiederholt angesprochen, dass es innerhalb der Module Platz für Notizen bzw. Ergänzungen geben sollte sowie die Möglichkeit, dem Erhebungsbogen eigene Items beizufügen. So gibt es bereits klinikspezifische Anpassungen. Beispielsweise verfügt eine Klinik mit einem Kindersozialdienst über ein entsprechendes Extrafeld für Notizen des Kindersozialdienstes. In einer Klinik mit Perinatalstation wurde auch ein Extrafeld für Anmerkungen der Kinderkrankenschwestern/pfleger hinzugefügt. Auch ein Feld für Angaben von ärztlicher Seite wurde gewünscht, hier insbesondere für den Aspekt, wenn die werdende/junge Mutter sich selbst gegen ärztlichen Rat aus der Klinik entlässt oder das Kind in eine andere Klinik verlegt wurde.

- d) *Unterstützungswünsche werdender/junger Mütter bzw. Eltern*
 Einige telefonisch befragte Fachkräfte wiesen darauf hin, dass es nutzbringend sein könnte, werdende/junge Mütter bzw. Eltern direkt nach ihren Unterstützungsbedarfen zu fragen. Auch in den Fokusgruppen wurde auf diesen Aspekt eingegangen. Es wäre demnach hilfreich, wenn Wünsche und Sorgen der Eltern nicht erst im vertiefenden Gespräch erkundet würden, sondern schon vorher ablesbar wäre, in welche Richtung der Unterstützungsbedarf der Eltern tendiert, indem gezielt danach gefragt wird. Dies erleichtere es der Fachkraft, das vertiefende Gespräch vorzubereiten.
- e) *Verlauf der Unterstützungsermittlung und Hilfeangebot bzw. Intervention*
 Seitens der Fachkräfte wird mehrfach darauf hingewiesen, dass es für ihre Arbeit hilfreich sei, wenn der Verlauf der Abklärung des Unterstützungsbedarfs sowie ggf. das an die Mutter erfolgte Hilfeangebot im Erhebungsbogen ablesbar wären. Genannt wurden u. a. folgende Angaben: Gespräch empfohlen/nicht empfohlen, Gespräch durchgeführt am .../Gespräch nicht durchgeführt, empfohlene Hilfeangebote: (Angabe Hilfeangebote) sowie angenommene bzw. vermittelte Hilfeangebote: (Angabe angenommener/vermittelter Hilfeangebote), wenn diese bekannt sind. Auch bestand bei einigen Fachkräften der Wunsch, den Namen der entweder schon vorhandenen oder vermittelten (Familien-) Hebamme in den Erhebungsbogen einzutragen, da hierdurch bei einer weiteren Schwangerschaft der Mutter das Vermitteln derselben externen Fachkraft ermöglicht würde. Dies ist jedoch nur sinnvoll, wenn der Erhebungsbogen nach der Entlassung in der Akte der Mutter verbleibt (vgl. Kapitel 4.1). Auch wenn eine Intervention seitens des Jugendamts nötig war, solle dies auf dem Erhebungsbogen vermerkt werden, damit die Fachkräfte bei einer erneuten Schwangerschaft der Mutter besonders aufmerksam sind. Dies setzt ebenfalls das Aufbewahren des Erhebungsbogens voraus (vgl. Kapitel 4.1).

3.4.2 Strukturelle Ergänzungen am Erhebungsbogen

Unter strukturellen Ergänzungen bzw. Abänderungen werden Punkte gefasst, die sich auf den Aufbau des Erhebungsbogens beziehen.

- f) *Verlauf des sozio-emotionalen Zustands werdender/junger Mütter*
 Sowohl in der Telefonbefragung als auch in den Fokusgruppen wurde auf den Aspekt hingewiesen, dass Gespräche mit einer werdenden/jungen Mutter und Beobachtungen von verschiedenen Fachkräften in verschiedenen peripartalen Phasen durchgeführt bzw. vorgenommen werden. Es wird angeregt zu berücksichtigen, dass sich die Unterstützungsbedarfe einer Mutter durch das Geburtserlebnis stark verändern können und sie bspw. vor der Geburt Ängste äußert, die nach der Geburt nicht mehr vorhanden sind (vgl. Kapitel 3.1, 3.3). Es sei aber auch möglich, dass unter emotio-

nalen Extrembedingungen, wie bspw. bei massiven Schmerzen während der Geburt, Belastungen zu Tage treten, die zuvor nicht bemerkt worden waren (bspw. Drogenabhängigkeit, sexueller Missbrauch, ablehnende Äußerungen gegenüber dem Kind). Hier plädieren viele Fachkräfte dafür, dass es möglich sein sollte, den Zeitpunkt der von der Mutter geäußerten oder gezeigten besonderen Belastung festzuhalten. Allein hierdurch könne ein Verlauf des sozio-emotionalen Zustands der Mutter dargestellt und Feststellungen u. U. auch revidiert bzw. widersprüchliche Einschätzungen von Fachkräften sichtbar werden. Dies bezieht sich insbesondere auf die Items von Modul 4 und Modul 5. Zudem ist es nach Meinung vieler Fachkräfte unabdingbar, dass die eintragende Fachkraft mit Datum und Handzeichen unterschreibt, da der Erhebungsbogen meist von verschiedenen Fachkräften zu verschiedenen Zeiten auf verschiedenen Stationen ausgefüllt wird. Nur so ließe sich zum einen der Verlauf zurückverfolgen, also wann der Eintrag vorgenommen wurde. Zum anderen sei es gerade hinsichtlich eventueller Nachfragen ausgesprochen wichtig festzuhalten, wer den Eintrag an welchem Tag vorgenommen hat. Die Wichtigkeit dieses Aspekts wurde auch in den Fokusgruppen betont.

3.5 Bewertung des Beurteilungssystems des Erhebungsbogens

➤ *Unabhängig davon, ob das Punktesystem angewendet wird oder nicht, wird das vertiefende Gespräch als unabdingbar für eine qualifizierte Einschätzung angesehen.*

Die Beurteilung dessen, ob eine Hebamme, Familienhebamme und/oder weitere Hilfen für die junge/werdende Mutter zur Unterstützung empfohlen werden, fußt u. a. auf dem Punktesystem des Erhebungsbogens, vor allem aber auf dem vertiefenden Gespräch. Das Punktesystem nimmt eine Gewichtung von Items vor und beruht auf der Kumulation verschiedener Belastungsfaktoren (siehe Anhang).¹² Die stationären Fachkräfte wurden befragt, ob sie sich für die Beurteilung eines Falls wie vorgeschlagen am **Punktesystem des Erhebungsbogens** orientieren oder ob ihrerseits Veränderungen vorgenommen wurden. Es stellte sich heraus, dass knapp zwei Drittel der Kliniken (19 Kliniken = 66 Prozent) in der Beurteilung dem vorgeschlagenen Punktesystem folgen, ca. ein Drittel der Kliniken (10 Kliniken = 34 Prozent) nutzt ein anderes System (vgl. Tabelle 13).

12 Beurteilung des Erhebungsbogens: Grüner Fall = Hebamme möglich, kein vertiefendes Gespräch; Gelber Fall: Hebamme empfohlen (nur 1 oder nicht 1 und bis 2 Items 2-5 oder 6), vertiefendes Gespräch empfohlen; Oranger Fall: (1 und mind. 1 Item 2-5 oder 3 Items 2-5 oder 6), vertiefendes Gespräch unbedingt erforderlich, nur bei Hinweisen auf akute Kindeswohlgefährdung Informieren des Jugendamts. Im Anhang befindet sich die in diesem Bericht evaluierte Variante des Erhebungsbogens (Stand 2007) sowie die aktuelle Version (Stand 2015).

Tabelle 13 Orientierung am Punktesystem des Erhebungsbogens (n=29)

	Häufigkeit	Prozent
Wie vorgeschlagen	19	66
Verändert	10	34

Berechnung DJI, 2015

In der Mehrzahl der Kliniken, die nicht (nur) das Punktesystem zur Beurteilung eines Unterstützungsbedarfs nutzen, wird keine Beurteilung vor dem vertiefenden Gespräch vorgenommen, da sie die Items lediglich als Hinweise für einen Unterstützungsbedarf verstehen. Ihrer Erfahrung nach stelle sich erst in den Gesprächen heraus, ob tatsächlich ein Unterstützungsbedarf bestehe. Da bspw. Ressourcen bisher nicht im Erhebungsbogen erfasst werden, treten diese erst im Gespräch hervor und beeinflussen die Beurteilung der Fachkraft, ob die Unterstützung einer Familienhebamme tatsächlich notwendig ist. Des Weiteren würden sich in Gesprächen teilweise noch andere Gründe für einen Unterstützungsbedarf herausstellen, die mit dem Erhebungsbogen nicht erfasst werden. Der Rest der Kliniken nimmt eine andere Gewichtung der Items vor. Dabei seien nach Angaben einer befragten Fachkraft die sozialen Verhältnisse zwar wichtig, aber nicht allein ausschlaggebend für die Beurteilung. Stärker würde hier bspw. das Bestehen einer psychischen Erkrankung u. U. in Verbindung mit (in der Vergangenheit liegenden) Traumata gewertet. In einer anderen Klinik erfolgt die Gewichtung der Items seitens der Fachkraft nach der persönlichen Einschätzung der Ausprägungsstärke eines Items. Auf diesem Weg würde eine bestimmte Punktzahl teils langsamer, teils rascher erreicht.

In beiden Fokusgruppen wurden sowohl das Punktesystem als auch die damit einhergehende Ampelphilosophie diskutiert. Die Fachkräfte berichteten, dass sie sich nicht (ausschließlich) an die Kriterien des Punktesystems zur Beurteilung eines Falls hielten. Vielmehr dienen zur letztlichen Einschätzung das vertiefende Gespräch und der Verlauf während des Aufenthalts der Mutter auf der Station. Des Weiteren ist die Gewichtung der Items für einige Fachkräfte nicht nachvollziehbar. In Fällen, in denen die Familie der stationären Fachkraft bereits aufgrund früherer Schwangerschaften bekannt ist, könnten Unstimmigkeiten zwischen der subjektiven Bewertung und der Bewertung durch das Punktesystems deutlich werden, wobei letztlich der persönliche Eindruck entscheide.

Bezüglich der **Ampelphilosophie** werden unterschiedliche Standpunkte vertreten. So gibt es die Meinung, dass das Ampelsystem wenig bis gar nicht bei der Beurteilung hilft, welche Maßnahme (Familienhebamme und/oder andere Hilfen) die richtige für einen spezifischen Fall ist. Hier verlassen sich die Fachkräfte eher auf ihre Erfahrungen als auf die nach Punkten zugewiesenen Unterstützungsempfehlungen (siehe Anhang). Andere Teilnehmer/innen an den Fokusgruppen bewerten das Ampelsystem jedoch durchaus positiv. So würden die Farben die Wahrnehmung der doch komplexen Situation der Mütter vereinfachen und hilfreich insbesondere für neue Fachkräfte und Schüler/innen sein. Auch für die Kommunikation mit stationären Kinderärztinnen/Kinderärzten seien die Farben nützlich; denn

selbst wenn diese sich nicht mit dem Erhebungsbogen auseinandersetzen, so erfassen sie doch die Symbolik der Farben.

3.6 Einschätzung der Akzeptanz des Erhebungsbogens im Kollegium und bei den Müttern

Für den Einsatz des Erhebungsbogens ist es wichtig, dass dieser von den Fachkräften, die ihn anwenden, für nutzbringend gehalten wird. Andernfalls ist anzunehmen, dass die Bereitschaft, den Erhebungsbogen zu verwenden, sinkt. Wie bereits dargestellt, bewertet die Mehrheit der telefonisch befragten Fachkräfte die Anwendbarkeit und den Nutzen des Erhebungsbogens zur Feststellung des Unterstützungsbedarfs einer werdenden/jungen Mutter positiv. Allerdings stellen die Befragten eine Gruppe dar, die häufig für den Erhebungsbogen verantwortlich ist. Um die Akzeptanz des Erhebungsbogens im Kollegium der stationären Geburtshilfe (Hebammen, Pflegefachkräfte der peripartalen Wochenstationen, ggf. Kinderkrankenschwester/pfleger) erfassen zu können, wurden die Fachkräfte gebeten einzuschätzen, wie der Bogen im Team akzeptiert wird.¹³ Des Weiteren wurden die Fachkräfte danach gefragt, wie sie die Akzeptanz und Bereitschaft der Mütter wahrnehmen, sich im Sinne des Erhebungsbogens mitzuteilen und ggf. Unterstützungsangebote anzunehmen (vgl. Tabelle 14/Tabelle 14).

3.6.1 Einschätzung der Akzeptanz des Erhebungsbogens im Team der Klinik-Fachkräfte

- *Der Erhebungsbogen scheint im Kreis der Kolleginnen/Kollegen im Großen und Ganzen akzeptiert, wenn auch in einigen Fällen mit einer gewissen Skepsis. Die systematische Erfassung des Unterstützungsbedarfs im Bogen fördert die Kommunikation darüber, auch wenn man im Team dem Aufwand an Dokumentation kritisch gegenüber stehen kann.*
- *Auch eine befürchtete Störung im Vertrauensverhältnis zu den Müttern kann ein Grund für eine Skepsis gegenüber dem Bogen sein.*

Der Aussage, dass ihrer Wahrnehmung nach die **Fachkräfte der stationären Geburtshilfe der Anwendung des Erhebungsbogens** insgesamt positiv gegenüber stehen, stimmen 48 Prozent (29 Personen) der Befragten zu. Weitere 46 Prozent (28 Personen) können dieser Angabe zumindest eher zustimmen. Lediglich 6 Prozent (4 Personen) stimmen dem eher nicht zu (vgl. Tabelle 14). Somit lässt sich festhalten, dass der Wahrnehmung der

¹³ Die Antwortkategorien lauteten: stimme zu/stimme eher zu/stimme eher nicht zu/stimme nicht zu.

befragten Fachkräfte nach ca. die Hälfte ihrer Kolleginnen/Kollegen den Einsatz des Bogens positiv bewertet. Die andere Hälfte scheint eine gewisse Skepsis gegenüber dem Einsatz des Erhebungsbogens zu besitzen.

Nach Wahrnehmung der befragten Fachkräfte befinden ihre Teamkolleginnen/kollegen zu 51 Prozent (31 Personen) den **Erhebungsbogen sinnvoll, um den Unterstützungsbedarfs einer werdenden/jungen Mutter besser kommunizieren und einschätzen** zu können. Dem können weitere 41 Prozent der Befragten (25 Personen) immerhin eher zustimmen. Insofern ist davon auszugehen, dass der Erhebungsbogen eine gewisse positive Funktion im Hinblick auf das Erfassen und Beurteilen von Unterstützungsbedarfen werdender/junger Mütter im Team einnimmt.

Der Einsatz des Erhebungsbogens ist mit einem erhöhten **Dokumentationsaufwand** für die stationären Fachkräfte verbunden. Daher wurden die Fachkräfte befragt, ob ihrer Wahrnehmung nach im Team oft über diesen erhöhten Aufwand geklagt wird (vgl. Tabelle 14). Zwei Drittel der befragten (69 Prozent = 42 Personen) berichten nicht von häufigen Klagen. Aber mit 31 Prozent der Befragten (19 Personen) stimmt immerhin fast ein Drittel – zumindest tendenziell – zu (10 Prozent = 6 Personen stimmen voll zu; 21 Prozent = 13 Personen stimmen eher zu). Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass die Dokumentation des Erhebungsbogens manchmal Thema im Team ist. Der Grund hierfür könnte sein: Im System Krankenhaus kann es häufig zu unvorhergesehenen arbeitsintensiven Phasen kommen, in der jede Zusatzdokumentation als hinderlich empfunden wird. Dieses Ergebnis sollte bei der Diskussion um eine eventuelle Ausweitung des Bogenumfangs berücksichtigt werden.

Schließlich wurden die Fachkräfte nach ihrer Wahrnehmung gefragt, ob ihre Teamkolleginnen/kollegen befürchten, durch den Einsatz des Erhebungsbogens das **Vertrauensverhältnis zu den Müttern** zu belasten (vgl. Tabelle 14). Diese Frage resultiert aus den zum Teil sehr persönlichen Themen, die der Erhebungsbogen behandelt, und daraus, dass bei einer Kindeswohlgefährdung auch gegen den Willen der Mutter das Jugendamt informiert werden kann. 28 Prozent der Befragten (17 Personen) geben an, dass sie diese Befürchtung im Team nicht wahrnehmen. Der mit 48 Prozent größte Teil der Befragten (29 Personen) stimmt dieser Annahme eher nicht zu. Aber immerhin ein Viertel, also 25 Prozent der Fachkräfte (15 Personen) nimmt wahr, dass die Befürchtung im Team zumindest bedingt besteht (20 Prozent = 12 Personen stimmen eher zu; 5 Prozent = 3 Personen stimmen voll zu).

Inwieweit **der offene oder weniger offene Umgang mit dem Erhebungsbogen gegenüber den Müttern** einen Einfluss auf diese Befürchtungen hat, ist unklar. Es wurden verschiedene Strategien der Fachkräfte sichtbar, um das Vertrauensverhältnis zu den Müttern zu bewahren. Vor allem in den Fokusgruppen wurde ein offener Umgang mit dem Erhebungsbogen empfohlen. Viele Mütter würden das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ begrüßen und fühlten sich in ihren Problemen ernst genommen. Ein offener Umgang zu Möglichkeiten und Grenzen von Unterstützung auch bei Fällen, die im Ampelsystem „orange“ gekennzeichnet sind, sei dadurch möglich. Bei einem nicht offenen Umgang würde das Vertrauen

Tabelle 14 Wahrgenommene Akzeptanz des Erhebungsbogens im Team der stationären Geburtshilfe (n=61)

	stimme zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme nicht zu		weiß nicht/ keine Angabe	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Fachkräfte stehen der Anwendung des Erhebungsbogens insgesamt positiv gegenüber	29	48	28	46	4	7	/	/	/	/
Fachkräfte finden Erhebungsbogen sinnvoll, um Unterstützungsbedarfe besser kommunizieren/ einschätzen zu können	31	51	25	41	3	5	2	3	/	/
Fachkräfte klagen oft über erhöhten Dokumentationsaufwand durch den Erhebungsbogen	6	10	13	21	26	43	16	26	/	/
Fachkräfte befürchten durch Einsatz des Erhebungsbogens das Vertrauensverhältnis zu den Müttern zu belasten	3	5	12	20	29	48	17	28	/	/

Berechnung DJI, 2015

möglicherweise dann gestört, wenn es zu einem vertiefenden Gespräch und/oder ggf. zu einer Intervention durch das Jugendamt kommt. Außerdem könnten die Mütter auf diesem oder einem anderen Weg schließlich doch vom Erhebungsbogen und dem Projekt erfahren und sich hintergangen fühlen.

3.6.2 Einschätzung der Akzeptanz des Erhebungsbogens durch die Mütter

- *Die Akzeptanz der Mütter in Bezug auf den Fragebogen wird hoch eingeschätzt.*
- *Die Bereitschaft, sich im Sinne des Bogens mitzuteilen, wird insgesamt positiv eingeschätzt.*
- *Die empfohlene Unterstützung wird zum Großteil (vielleicht mit einigem anfänglichen Zögern) angenommen.*

Der Aussage, **dass Mütter ablehnend reagieren, wenn es um den Erhebungsbogen geht**, stimmt mit 54 Prozent der Befragten (33 Personen) die Mehrheit eher nicht zu (vgl. Tabelle 15). Weitere 15 Prozent der Fachkräfte (9 Personen) stimmen dem gar nicht zu. Der Erhebungsbogen führt mehrheitlich also nicht zu einer ablehnenden Haltung der Mütter. Allerdings geben 15 Prozent der Fachkräfte (9 Personen) an, dass sie diesen Sachverhalt nicht beurteilen können.¹⁴ Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Mütter in diesen Kliniken nicht über den Erhebungsbogen informiert sind und daher zur Reaktion keine Aussage möglich ist.

Etwas breiter ist die Aussage gefasst, dass die **Mütter insgesamt eine große Bereitschaft zeigen, sich im Sinne des Erhebungsbogens mitzuteilen**. Diese Umschreibung wurde gewählt, da die Fachkräfte dazu angehalten sind, den Erhebungsbogen nicht wie einen Fragebogen zu behandeln, bei dem nacheinander alle Fragen gestellt und abgehakt werden. Wie sich zeigt, stimmen mehr als zwei Drittel der Befragten der Aussage (eher) zu (67 Prozent = 41 Personen) (vgl. Tabelle 15). Ein Fünftel der Fachkräfte (20 Prozent = 12 Personen) kann dem eher nicht folgen. Weitere 12 Prozent der Befragten (7 Personen) wissen es nicht bzw. machen hierzu keine Angabe. Nach Wahrnehmung der Fachkräfte zeigen die Mütter also mehrheitlich eine große Bereitschaft, sich im Sinne des Erhebungsbogens mitzuteilen.

Schließlich sollten die Fachkräfte entsprechend ihrer Wahrnehmung die Aussage bewerten, **dass die Mütter eine große Bereitschaft zeigen, die bedarfsgerechte Unterstützung durch Frühe Hilfen anzunehmen** (Familienhebamme etc.). Insgesamt sahen sich hier deutlich mehr Fachkräfte dazu in der Lage, eine Bewertung vorzunehmen (vgl. Tabelle 15). Mit 57 Prozent der Fachkräfte (35 Personen) stimmen dieser mehr als die Hälfte eher zu. Mit 28 Prozent der Befragten (17 Personen) stimmt dem fast ein

¹⁴ Auf weitere 5 Prozent der Befragten (3 Personen) trifft diese Aussage nicht zu.

Tabelle 15 Wahrgenommene Akzeptanz des Erhebungsbogens durch die Mütter (n=61)

	stimme zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme nicht zu		weiß nicht/ keine Angabe	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Mütter reagieren ablehnend, wenn es um den Erhebungsbogen geht	1	2	5	8	33	54	9	15	10	16
Mütter zeigen insgesamt eine große Bereitschaft, sich im Sinne des Erhebungsbogens mitzuteilen	19	31	22	36	12	20	1	1 ¹⁵	7	12
Mütter zeigen insgesamt eine große Bereitschaft, bedarfsge- rechte Unterstützung durch Frühe Hilfen anzunehmen	17	28	35	57	4	7	/	/	5	8

Berechnung DJI, 2015

15 Rundungsbedingte Abweichungen

Drittel voll zu. Somit kann davon ausgegangen werden, dass nach Einschätzung der Fachkräfte eine ggf. empfohlene Unterstützung seitens der Mütter zum Großteil (eher) angenommen wird. Lediglich 7 Prozent der Befragten (4 Personen) konnten dieser Aussage nicht folgen.

3.7 Qualifizierung und interdisziplinärer Nutzen des Erhebungsbogens

➤ *Der Erhebungsbogen trägt zu einer Qualifizierung der Kinderschutzarbeit in der stationären Geburtshilfe bei: Er schult die Wahrnehmung von Anzeichen für eine Überforderung und sensibilisiert für mögliche schwierige Lebenslagen von werdenden/jungen Müttern.*

Neben dem vordergründigen Nutzen, den Unterstützungsbedarf werdender/junger Mütter möglichst schnell zu erfassen, um ggf. weiterführende Hilfen zu empfehlen, besitzt der Erhebungsbogen noch andere Funktionen (vgl. Tabelle 16 Tabelle 16).

Tabelle 16 Erhebungsbogen führt zu einer Qualifizierung der Kinderschutzarbeit in der stationären Geburtshilfe (n=61)

	Häufigkeit	Prozent
Stimme zu	38	63 ¹⁶
Stimme eher zu	19	31
Stimme eher nicht zu	2	3
Stimme nicht zu	2	3
Gesamt	61	100

Berechnung DJI, 2015

So stimmen knapp zwei Drittel der telefonisch befragten Fachkräfte (63 Prozent = 38 Personen) der Aussage zu, dass der Erhebungsbogen insgesamt zu einer **Qualifizierung der Kinderschutzarbeit in der stationären Geburtshilfe** führt. Ein weiteres Drittel (31 Prozent = 19 Personen) stimmt dieser Aussage eher zu. Dies ist ein ausgesprochen positives Ergebnis. In den Fokusgruppen wurde darauf hingewiesen, dass der Erhebungsbogen zum einen die Mitarbeitenden darin schule, welche Anzeichen auf eine mögliche Überforderung hinweisen könnten. Zum anderen habe der Erhebungsbogen insgesamt zu einer Sensibilisierung der Fachkräfte und der Beachtung auch unscheinbarer Hinweise geführt, die möglicherweise einen Unterstützungsbedarf der Mutter anzeigen.

¹⁶ Rundungsbedingte Abweichungen.

- *Positive Aspekte werden mehrheitlich auch hinsichtlich der Förderung der klinikinternen Kooperation konstatiert, insbesondere in Bezug auf die interprofessionelle Kommunikation und eine Sensibilisierung aller Beteiligten in der stationären Geburtshilfe für Notlagen von Müttern.*
- *Der Erhebungsbogen kann zu Fallbesprechungen im Team anregen, in denen unterschiedliche Perspektiven erörtert werden.*
- *Breiteres Wissen zu Unterstützungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten erleichtert den Arbeitsablauf.*

Auch auf die **klinikinterne Zusammenarbeit aller Fachkräfte in der stationären Geburtshilfe**, also von Familienhebammen, Hebammen, Kinderkrankenschwestern/pflegern, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, peripartalen Krankenschwestern/pflegern sowie Ärztinnen/Ärzte, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Psychologinnen/Psychologen, ggf. Kindersozialdienst etc., hat der Erhebungsbogen für die Mehrheit der Befragten positive Auswirkungen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 Auswirkungen des Erhebungsbogens auf die klinikinterne und externe Zusammenarbeit (n=61)

	Eher positive Auswirkungen		Eher negative Auswirkungen		Keine Auswirkungen		Weiß nicht/ keine Angabe	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Auswirkungen auf Zusammenarbeit von Fachkräften in der stationären Geburtshilfe	45	74	/	/	14	23	2	3
Auswirkungen auf Zusammenarbeit von Klinikpersonal und Jugendamt	41	67	1	2	12	20	7	11

Berechnung DJI, 2015

Es gaben 74 Prozent (45 Personen) der befragten Fachkräfte an, dass der Einsatz des Erhebungsbogens eher positive Effekte auf die Zusammenarbeit hat. So wird vor allem von einer deutlich wahrnehmbaren Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation berichtet. Dies bezieht sich zum einen auf den Austausch im jeweils eigenen Team der befragten Fachkraft (Kreißaal, Wöchnerinnenstation und Perinatalstation) und zum anderen auf die Kommunikation mit den Fachkräften der anderen geburtshilflichen Bereiche, also zwischen (Familien-)Hebammen (Kreißaal), periparta-

len Pflegekräften (Wöchnerinnenstation) und Kinderkrankenschwestern/pfleger bzw. Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen (Perinatalstation). Des Weiteren wirke sich der Einsatz des Erhebungsbogens positiv auf die Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten, Gynäkologinnen/Gynäkologen und Psychologinnen/Psychologen der stationären Geburtshilfe aus. Insgesamt seien die genannten Professionsgruppen wesentlich sensibilisierter und achtsamer für den Unterstützungsbedarf werdender/junger Mütter. Der Bogen ermögliche zudem eine Überprüfung der eigenen/persönlichen Einschätzung des Hilfebedarfs. Aus Sicht von 23 Prozent der befragten Fachkräfte (14 Personen) hat der Erhebungsbogen keine Auswirkung auf die klinikinterne Zusammenarbeit.¹⁷

- *Der Einsatz des Erhebungsbogens hat die Kooperation von Klinikpersonal und Fachkräften des Jugendamts verstärkt, nicht nur im Einzelfall, sondern fallübergreifend auch durch gemeinsame Netzwerktreffen im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“.*

67 Prozent der Befragten (41 Personen) konstatieren des Weiteren einen eher positiven Effekt im Rahmen der Einführung des Erhebungsbogens auf die **Zusammenarbeit von Klinikpersonal und Jugendamt** (vgl. Tabelle 17). So habe sich Kooperation und Kommunikation zwischen den klinischen Fachkräften und dem Jugendamt häufig deutlich verbessert. Teilweise sei ein Kontakt vor dem Einsatz des Erhebungsbogens sogar nicht zustande gekommen, während jetzt regelmäßige Netzwerktreffen im Rahmen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ stattfinden würden. Insbesondere wird positiv bewertet, dass Zuständigkeiten und Ansprechpersonen extern bekannt sind und die Fachkräfte in beiden Organisationen auch am Wochenende wissen, an welche Stelle und ggf. Person sie sich wenden können. Die Zugangswege zu den Hilfen wären dadurch deutlich verkürzt.

Eine nicht gelungene Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt im Rahmen der Einführung des Erhebungsbogens wird von einer Person konstatiert. Dies läge daran, dass keinerlei Vernetzung zwischen Klinik und Jugendamt bestehe. Der Versuch seitens dieser Koordinierenden Fachkraft, einen „Runden Tisch“ zum Thema „Kooperation und Zuständigkeiten im Rahmen Früher Hilfen“ zu initiieren, wurde sowohl von Klinikleitung als auch seitens des Jugendamts blockiert. Angedacht ist nun eine Supervision zum Thema "Frühe Hilfen in der Klinik" für stationäre Fachkräfte und Ärztinnen/Ärzte gemeinsam mit dem Jugendamt.

20 Prozent der Fachkräfte (12 Personen) sind der Meinung, es gäbe keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit, weitere 12 Prozent der Befragten (7 Personen) können die Auswirkungen nicht beurteilen. Letzteres kann darin begründet sein, dass es sich hier um Personen handelt, die keine besondere Zuständigkeit für den Erhebungsbogen haben und somit möglicherweise nicht in die Vermittlung weiterführender Hilfen einbezogen

¹⁷ Drei Prozent der Befragten (2 Personen) wissen nicht, ob der Erhebungsbogen Auswirkungen auf die klinikinterne Zusammenarbeit besitzt.

sind.¹⁸ Somit lässt sich für die externe Kooperation der stationären Fachkräfte mit dem Jugendamt eine positive Bilanz ziehen.

3.8 Herausforderungen beim Einsatz des Erhebungsbogens

- *Sprachliche Barrieren bei Frauen mit Migrations- oder gar Flüchtlingshintergrund können daran hindern, den Bogen sinnvoll anzuwenden. Dolmetscher/innen stehen im ländlichen Bereich und für seltene Sprachen nur höchst bedingt zur Verfügung.*
- *Es bedarf in diesem Kontext einer Sensibilität für und Beachtung von kulturellen Besonderheiten, die durch den Erhebungsbogen nicht erfasst werden können.*
- *Weitere Schwierigkeiten der Anwendung ergeben sich bei psychisch kranken oder sozial gebremten Frauen, deren Mitteilungsfähigkeit eingeschränkt ist.*
- *Werden Mütter aus einer externen Klinik oder der internen gynäkologischen Abteilung mit oder ohne Kind verlegt, fehlt bisweilen die Erst-Anamnese durch einen Erhebungsbogen.*
- *Zeit spielt eine Rolle beim Einsatz des Bogens: Mütter, die lediglich zur Geburt in die Klinik kommen, sind manchmal nicht lange genug anwesend, damit ein Bogen ausgefüllt werden kann.*

Die Frage, ob es **Gruppen von Müttern gibt, bei denen sich die Anwendung des Erhebungsbogens häufig schwieriger gestaltet**, bestätigt mit 54 Prozent mehr als die Hälfte der Befragten (33 Personen).¹⁹ Als Gruppen werden vor allem Frauen genannt, die sich sprachlich nicht oder nur unzureichend mitteilen können. Dies seien nach Angabe der Fachkräfte vor allem Frauen mit Migrations- bzw. Flüchtlingshintergrund. Hier würde meist die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht und es sei in diesen Fällen kaum möglich, eine Anamnese zu erheben bzw. den Erhebungsbogen anzuwenden. Zur Überwindung der Sprachbarrieren haben die Kliniken Lösungen installiert. So existiere in den meisten Häusern ein zentrales oder stationäres Verzeichnis des Klinikpersonals mit Fremdsprachenkenntnissen, das ggf. zum Dolmetschen herangezogen wird. Auch externe Dolmetscher/innen würden hinzugeholt. Große Schwierigkeiten treten in ländlichen Gebieten mit weniger Optionen für den Einsatz von Dolmetscher/innen sowie bei seltenen Sprachen auf. Da der verbale Austausch in diesen Fällen nur bedingt möglich sei, würde seitens der Fachkräfte mehr Gewicht auf die Beobachtung der werdenden/jungen Mütter in Interaktion

18 Lediglich ein/e (Kinder-)Krankenschwester/pfleger in Fortbildung zur Koordinierenden Fachkraft kann diesen Aspekt ebenfalls nicht einschätzen. Dies kann daran liegen, dass sie noch nicht über genügend Erfahrung in der Kooperation mit dem Jugendamt verfügt.

19 Weitere 41 Prozent der Befragten (25 Personen) geben an, dass es bisher keine Gruppen gibt, bei der sich die Anwendung des Erhebungsbogens schwieriger gestaltet, 5 Prozent der Fachkräfte (3 Personen) können die Frage nicht beantworten.

mit dem Kind und der Familie gelegt. Allerdings weisen einige Fachkräfte darauf hin, dass nur durch Beobachtung der Unterstützungs- und u. U. auch der Interventionsbedarf falsch beurteilt werden könnte. Handelt es sich um Asylsuchende bzw. Flüchtlinge, würde Kontakt mit der Unterkunft aufgenommen und über diesen Weg versucht, Informationen zu erhalten. Gelingt es schließlich, die Fragen des Erhebungsbogens zu übersetzen, könnte der Inhalt den Müttern dennoch häufig nicht vermittelt werden, auch die Ampelphilosophie verwirre die Frauen. Hinzu käme, dass Flüchtlingsfrauen/familien oft traumatische Erlebnisse zu verarbeiten haben, die anzusprechen wechselseitig Verunsicherung auslösen könne. In den Fokusgruppen wurde gesagt, dass die Bedeutung des Erhebungsbogens bei Familien mit erheblichen Sprachbarrieren eher in den Hintergrund träte und ein ausführliches klärendes Gespräch mit den Müttern bzw. der Familie – so dies umsetzbar ist – in den Vordergrund tritt. Hier würden sich meist Hinweise offenbaren, die einen Unterstützungsbedarf anzeigen. In diesem Sinne fände der Erhebungsbogen zwar keinen direkten Einsatz, es würde aber im Sinne des Instruments verfahren.

Des Weiteren wurde anhand des Beispiels einer Sinti- und Roma-Familie angemerkt, dass der Erhebungsbogen nicht die Möglichkeit zuließe, besondere kulturelle Eigenschaften zu berücksichtigen. Frauen dieser Familie bekämen bspw. sehr jung Kinder und würden ein anderes Verständnis von „Haushalten“ besitzen. Dies sei aber seit Generationen so. Für die Fachkraft stelle sich daher die Frage, ob die Ergebnisse des Erhebungsbogens bei bestimmten Gruppen relativiert werden müssten.

Eine weitere Gruppe, bei der sich der Einsatz des Erhebungsbogens schwieriger gestaltet, sind Frauen, die psychisch krank oder sozial gehemmt sind (unabhängig ihres sozialen Status). Diese Frauen seien häufig sehr verschlossen und wenig mitteilbar. Auch bei der Verlegung einer Mutter mit/ohne Kind von einer externen Klinik, ließe sich der Erhebungsbogen nur schwer anwenden, da die spezifische Anamnese fehle und das Nachtragen der Daten in der neuen Klinik teilweise vergessen würde. Treten bei Frauen pränatal Schwangerschaftskomplikationen auf, werden sie üblicherweise durch die Wochenstation in die Klinik aufgenommen. Bei hoher Arbeitsbelastung würde der Erhebungsbogen bisweilen nicht angelegt, so dass auch hier die Daten fehlen (vgl. Kapitel 3.1). Des Weiteren gestalte sich der Einsatz des Erhebungsbogens bei Müttern schwierig, die lediglich zur Entbindung in die Klinik kommen und diese sofort danach wieder verlassen.

3.9 Schulung der stationären Fachkräfte

- *Fachkräfte der stationären Geburtshilfe sind in der Regel hinsichtlich der Anwendung des Erhebungsbogens geschult.*
- *In den Kliniken nehmen Fachkräfte der stationären Geburtshilfe an Schulungen teil. In knapp der Hälfte der Kliniken besuchen auch Mitarbeitende anderer Abteilungen die Schulungen, wenn sie mit dem Erhebungsbogen arbeiten.*
- *Dem Schichtbetrieb wird im Rahmen der Schulung von Mitarbeitenden in der stationären Geburtshilfe teilweise angemessen begegnet.*
- *Dem Transfer von Informationen aus den Fortbildungen in die Teams wird unterschiedlich Rechnung getragen.*
- *Eine jährliche Inhouse-Schulung wird von etwas mehr als der Hälfte der Befragten für sinnvoll erachtet.*

Die richtige Anwendung des Erhebungsbogens und kompetentes Reagieren auf Unterstützungsbedarfe von werdenden/jungen Müttern setzt eine grundlegende Schulung der Fachkräfte voraus, die mit dem Erhebungsbogen arbeiten. Hierzu finden in Kliniken Schulungen und Beratertage statt. In 28 von 29 Kliniken (97 Prozent) sind die befragten Fachkräfte der Meinung, dass die **Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe in der Regel im Einsatz des Erhebungsbogens geschult** sind. Hierunter werden Hebammen sowie peripartale Fachkräfte der stationären Geburtshilfe gefasst. Lediglich eine befragte Fachkraft gibt an, dass sie dies nicht beurteilen könne. Wie in Kapitel 4.1 dargelegt, sind in einigen Kliniken jedoch nicht nur Fachkräfte der stationären Geburtshilfe mit dem Erhebungsbogen befasst, sondern u. U. auch Mitarbeitende anderer Abteilungen bspw. bei Verlegung von Mutter und/oder Kind. Es zeigt sich, dass in knapp der einen Hälfte der Kliniken (14 Kliniken = 49 Prozent) nur **Fachkräfte an Schulungen und Beratertagen teilnehmen, die unmittelbar mit dem Erhebungsbogen arbeiten und aus der Geburtshilfe stammen**. Bei knapp der anderen Hälfte der Kliniken (13 Kliniken = 45 Prozent) besuchen auch andere Fachkräfte die Fortbildungen. Bei fast der Hälfte der Kliniken, in denen nur die Fachkräfte der Geburtshilfe an den Schulungen und Beratertagen teilnehmen, verbleibt der Erhebungsbogen bei interner Verlegung in der Akte der Mutter (vgl. Kapitel 4.1). Hier stellt sich die Frage, ob in diesen Kliniken die Fachkräfte der Station, wohin verlegt wurde, den Erhebungsbogen weiter bearbeiten oder nutzen können. Wirft man einen detaillierten Blick auf die Angaben der Kliniken, an deren Fortbildungen auch andere Fachkräfte teilnehmen, zeigt sich Folgendes: In drei Kliniken nehmen Mitarbeitende der gesamten Klinik das Angebot wahr, in den übrigen Krankenhäusern werden hauptsächlich Ärztinnen/Ärzte der stationären Geburtshilfe sowie Kinderkrankenschwestern/pfleger der Perinatalstationen genannt. Des Weiteren nehmen in einzelnen Krankenhäusern der (Kinder-) Sozialdienst, der psychiatrische Dienst, Mitarbeitende der Gynä-

kologie sowie in einer Klinik Netzwerkpartner/innen im Rahmen der Frühen Hilfen an Schulungen und Beratertagen teil. Insgesamt zeigt dieses Ergebnis deutlich, dass meist nur diejenigen Fachkräfte an den Schulungen Interesse zeigen bzw. in Schulungen einbezogen werden, die fachlich in einem engeren oder weiteren Sinne mit werdenden/jungen Müttern arbeiten. Die Teilnahme ist von Klinik zu Klinik verschieden geregelt.

Der **Schichtbetrieb in Krankenhäusern erschwert** sowohl die **Teilnahme an den Schulungen** als auch die **Informationsweitergabe** an diejenigen Fachkräfte, die an den Fortbildungen nicht teilnehmen können. Die Fachkräfte wurden danach gefragt, wie sie diesen Herausforderungen begegnen. So werden an neun Kliniken mehrere Termine eines Fortbildungsmoduls angeboten, um die Teilnahme möglichst vielen Fachkräften zu ermöglichen. In zwei anderen Häusern nimmt jeweils mindestens eine Fachkraft pro Schicht und Abteilung (Kreißaal, peripartale Wochenstation) teil. In einem kleinen Krankenhaus wird ein Termin gesucht, an dem das gesamte Klinikpersonal teilnehmen kann.²⁰ Die verschiedenen Vorgehensweisen zeigen, dass die Kliniken versuchen dem Schichtsystem zu begegnen. Das Anbieten mehrerer Termine der Fortbildungen sowie das Entsenden von mindestens einer Person je Schicht sind sicherlich geeignete Maßnahmen. Mindestens ebenso bedeutsam sind Strategien hinsichtlich des Transfers der Informationen aus den Fortbildungen in das Team der stationären Geburtshilfe: In sieben Kliniken erfolgt eine mündliche und schriftliche Weitergabe der Informationen, teilweise durch eine Koordinierende Fachkraft. Die Inhalte werden hier meist bei Übergaben und Teamsitzungen besprochen und in Form von Protokollen schriftlich festgehalten. Zwei Kliniken informieren ihre Mitarbeitenden durch Aushänge im Stationszimmer. Eine Klinik verfügt über ein Einarbeitungskonzept, in dem die Koordinierende Fachkraft vier Mal im Jahr an Teamgesprächen in der stationären Geburtshilfe teilnimmt. Des Weiteren besitzt diese Klinik ein EDV-System, in dem Neuerungen abgerufen werden können. Eine weitere Klinik bietet eigene Vorträge als Ergänzung zu den Schulungen und Beratertagen an. In zwei Kliniken werden die Fachkräfte durch Verwenden eines Multiplikator/innensystems informiert. Eine Klinik gibt die Informationen aus den Schulungen in Form von Einzelgesprächen mit der Koordinierenden Fachkraft und auf Nachfrage weiter. Es lässt sich demnach festhalten, dass die Informationswege sehr vielgestaltig sind.

Alle 61 befragten Fachkräfte wurden danach gefragt, ob sie eine **jährliche Inhouse-Schulung zum Erhebungsbogen** für sinnvoll oder für zu aufwändig erachten. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (56 Prozent) befürwortet eine jährliche Inhouse-Schulung, die übrigen Fachkräfte (43 Prozent) halten diese Maßnahme für zu aufwändig.²¹ Betrachtet man das Antwortverhalten in Verbindung mit der jährlichen Geburtenanzahl der Kliniken und im Zusammenhang mit der Beschäftigung einer Koordinierenden Fachkraft zeigt sich, dass beide Merkmale keinen Einfluss auf das Antwortverhalten der befragten Fachkräfte haben.

²⁰ Diese Aussage unterliegt vermutlich nicht ausdrücklich ausgesprochener Einschränkungen, da der Klinik- und Stationsbetrieb auch in kleinen Krankenhäusern aufrecht erhalten bleibt.

²¹ Eine Fachkraft konnte dies nicht beurteilen.

Des Weiteren wurde danach gefragt, ob die Fachkräfte noch andere Vorschläge haben, wie Mitarbeitende kontinuierlich über Änderungen am Erhebungsbogen und dessen Anwendung informiert werden könnten. 27 Fachkräfte (45 Prozent) äußerten sich zu dieser Frage. Einige wiederholten die bereits dargelegten Maßnahmen. Andere Fachkräfte nannten als Vorschlag eine mündliche und schriftliche Informationsweitergabe bei Übergaben und Teamsitzungen, am besten in Kooperation mit einer Koordinierenden Fachkraft, so diese im Hause arbeitet. Empfohlen wurde zudem, dass schriftliche Informationen verpflichtend gelesen und das Lesen durch ein Handzeichen bestätigt werden sollen. Auch das Einstellen von Informationen ins EDV-System der Klinik und das Aufnehmen in den internen Newsletter wurden genannt.

4 Ergebnisse zum Themenbereich Datenschutz

Da der Erhebungsbogen sensible, patientinnenbezogene Angaben beinhaltet, ist der Schutz dieser Daten von großer Bedeutung – sowohl klinikintern als auch -extern. Im Folgenden wird auf die z. T. unterschiedlichen Regelungen der Krankenhäuser hinsichtlich von Aufbewahrungsort, -art und -zeitraum des Erhebungsbogens sowie auf die internen und externen Zugriffsmöglichkeiten und Informationsprozesse eingegangen.

4.1 Regelungen zum internen Datenschutz

- *Der Erhebungsbogen befindet sich hauptsächlich in der Akte der Mutter und teilweise in der des Kindes.*
- *Der Erhebungsbogen bleibt zur Archivierung in den meisten Kliniken in der Akte der Mutter. Bei Auffälligkeiten erfolgt teilweise eine Aufbewahrung in einem separaten Ordner der Koordinierenden Fachkraft oder auf der Station.*
- *Ein besonderer Schutz der Daten insbesondere bei digitalisierter Form des Erhebungsbogens, der allen Fachkräften der Klinik im EDV-System einsehbar ist, findet nicht in allen Kliniken Berücksichtigung.*
- *Knapp die Hälfte der Kliniken wertet Erhebungsbögen systematisch aus.*

In den meisten Kliniken befindet sich der **Erhebungsbogen während des Aufenthalts von Mutter und Kind** in der Akte der Mutter.²² Wie in den Fokusgruppen deutlich wurde, geben manche Kliniken eine Kopie des Erhebungsbogens an die klinikinterne Perinatalstation (so vorhanden), wo sie

²² Detaillierte Angaben zu der Anzahl der Kliniken können hier nicht gemacht werden, da diese Informationen nicht explizit abgefragt wurden, sondern sich aus dem Kontext anderer Fragen ergaben.

in die Akte des Kindes gelegt wird. In einigen Kliniken ist dies ein gängiges Verfahren, in anderen Häusern erfolgt dies, wenn die Mutter entlassen, das Kind aber noch stationär behandelt wird. Begründet wird diese Vorgehensweise damit, dass auch auf der Perinatalstation wichtige Beobachtungen hinsichtlich der Interaktion von Mutter und Kind gemacht und im Bogen vermerkt werden könnten. Ebenso könnte der Erhebungsbogen Informationen enthalten, die für die Perinatalstation wichtig im Umgang mit der Mutter sind. An den Fokusgruppen nahmen auch Fachkräfte von Kliniken teil, die den Erhebungsbogen in digitalisierter Form ins EDV-System einspeisen. Dieses Vorgehen wurde von Fachkräften anderer Kliniken, die ausschließlich auf Papier dokumentieren, kritisiert, da bei einer digitalen Speicherung meist viele verschiedene Stationen auf die EDV-Akte zugreifen und somit an Informationen gelangen können, die sie nicht benötigen würden. Allerdings tritt diese Problematik möglicherweise auch bei einer Dokumentation auf Papier auf. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn der Erhebungsbogen generell in der Patientinnenakte mitgeführt wird und so auf andere Stationen gelangt, wie bspw. die Radiologie im Rahmen einer Röntgenuntersuchung. Viele Stationen begründen die Aufnahme des Bogens als festen Bestandteil in die Patientinnenakte damit, dass er für die Fachkräfte der stationären Geburtshilfe sichtbar sein müsse. Andernfalls bestehe die Gefahr, dass die Anwendung des Erhebungsbogens vergessen wird bzw. neue Informationen nicht ergänzt werden.

Wird eine **Mutter klinikintern auf eine andere Station verlegt**, bleibt der Erhebungsbogen in nahezu der Hälfte der Kliniken (13 Kliniken = 45 Prozent) in der Akte, in sechs Kliniken (21 Prozent) wird er vor der Verlegung herausgenommen und in einem Krankenhaus (3 Prozent) bestehen hierzu keine Regelungen (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18 Regelungen im Umgang mit dem Erhebungsbogen bei interner Verlegung der Mutter (n=29)

	Häufigkeit	Prozent
Erhebungsbogen verbleibt in Akte der Mutter	13	45
Erhebungsbogen wird aus Akte der Mutter genommen	6	21
Keine Regelung	1	3
Weiß nicht	9	31

Berechnung DJI, 2015

Weitere neun Fachkräfte (31 Prozent) geben an, dass ein solcher Fall auf ihre Klinik nicht zutrifft. Hier handelt es sich vermutlich um ein Artefakt der vorgegebenen Antwortoptionen. Gemeint dürfte sein, dass dieser Fall kaum zutrifft, da es in jeder Klinik vorkommen kann, dass eine Mutter im Rahmen der Geburt bspw. Komplikationen entwickelt und auf eine Intensivstation verlegt werden muss und jede Klinik über eine Intensivstation verfügt. Die einzige Ausnahme bildet das Geburtshaus, wenn Mütter bei Komplikationen in eine Klinik verlegt werden. Das Ergebnis zeigt jedoch insgesamt, dass in nahezu der Hälfte der Kliniken der Erhebungsbogen auf andere Stationen mitgegeben wird.

Die Antworten aller 61 befragten Fachkräfte hinsichtlich der Frage nach der Mitgabe des Erhebungsbogens bei interner Verlegung der Mutter auf eine Station außerhalb der Geburtshilfe zeigen, dass bei diesem Aspekt insgesamt eine große Unsicherheit respektive Unwissenheit der Fachkräfte besteht. So stimmen bei dieser Frage die Antworten mehrerer befragter Fachkräfte aus je einer Klinik in lediglich der Hälfte der Kliniken (14 Kliniken = 48 Prozent) überein. Bei der anderen Hälfte (15 Kliniken = 52 Prozent) widersprechen sich die Antworten der befragten Fachkräfte eines Krankenhauses. Dies zeigt, dass es hier teilweise Klärungs- bzw. Schulungsbedarf unter den Fachkräften gibt.

In sechs Kliniken (21 Prozent) wird der **Erhebungsbogen nach Entlassung der Mutter in der Akte des noch stationär behandelten Kindes weitergeführt**. Nahezu die Hälfte der Kliniken (14 Kliniken = 48 Prozent) wendet dieses Verfahren nicht an und setzt den Erhebungsbogen nicht weiter fort. Neun Kliniken (31 Prozent) geben an, dass die Frage auf sie nicht zutrifft.

22 der 29 Kliniken (76 Prozent) verfügen über **Regelungen zur Aufbewahrung des Erhebungsbogens nach Entlassung von Mutter und Kind aus der Klinik** (vgl. Tabelle 19). In fünf Häusern (17 Prozent) befindet sich der Umgang mit den Daten noch in der Diskussion, lediglich zwei Kliniken (7 Prozent) haben weder eine Regelung noch eine Diskussion hierzu.

Tabelle 19 **Regelungen zur Aufbewahrung des Erhebungsbogens (n=29)**

	Häufigkeit	Prozent
Bestehende Regelungen	22	76
Es befindet sich in der Diskussion	5	17
Keine Regelungen	2	7

Berechnung DJI, 2015

Ein Zusammenhang zwischen Klinikgröße (Geburtenzahl pro Jahr) und fehlenden oder sich in der Diskussion befindenden Regelungen zur Aufbewahrung besteht nicht. So handelt es sich bspw. bei den letztgenannten Kliniken um Häuser mit weniger als 500 Geburten im Jahr, denen stehen jedoch ähnliche geburtenstarke Kliniken gegenüber, die Regelungen besitzen.

Nach Entlassung von Mutter und Kind wird der Erhebungsbogen in 19 Kliniken (66 Prozent) ausschließlich in der Patientinnenakte der Mutter aufbewahrt, teilweise über einen Zeitraum von geplant 30 bis 40 Jahren (vgl. Tabelle 20).²³ Ist ein Erhebungsbogen auffällig, wird in einer Klinik zusätzlich eine Kopie des Bogens im Ordner der Koordinierenden Fachkraft abgelegt, in einer anderen Klinik ohne Koordinierende Fachkraft in einem Ordner des Kreißsaals. Zugriff auf die archivierten Akten nach Entlassung von Mutter und Kind haben all diejenigen, die befugt sind, Akten

23 Über den Zeitraum kann nur bedingt Auskunft gegeben werden, da dieser nicht allen Befragten bekannt war.

anzufordern. In nur fünf Kliniken (17 Prozent) wird der Erhebungsbogen elektronisch im EDV-System gespeichert.²⁴ Mit Ausnahme eines Krankenhauses, hat daher in diesen Fällen das gesamte Klinikpersonal Zugriff auf elektronisch erfasste Erhebungsbögen. In lediglich einem Haus sind digitalisierte Daten von Patientinnen, die in der Geburtshilfe stationär aufgenommen sind, passwortgeschützt. Hier ist es nur Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe möglich, auf den Erhebungsbogen einer Patientin zuzugreifen. Allein in fünf Krankenhäusern (17 Prozent) wird der Erhebungsbogen nach der Entlassung von Mutter und Kind aus der Patientinnenakte genommen und in einem separaten Ordner entweder der Koordinierenden Fachkraft (eine Klinik) oder im Kreißaal bzw. in der peripartalen Pflegestation archiviert (vier Kliniken). Auf diese Ordner hat schließlich nur die Koordinierende Fachkraft bzw. das Fachpersonal der stationären Geburtshilfe Zugriff, um bei möglichen zukünftigen Geburten durch die Mutter bereits Basisinformationen zu haben.

Tabelle 20 Regelungen zum Umgang mit dem Erhebungsbogen nach Entlassung von Mutter und Kind aus der Klinik (n=29)

	Häufigkeit	Prozent
Archivierung des Erhebungsbogens in der Patientinnenakte der Mutter und teilweise separatem Ordner in der stationären Geburtshilfe	19	66
Archivierung des Erhebungsbogens im EDV-System und ausschließlich in der Patientinnenakte der Mutter	5	17
Archivierung des Erhebungsbogens in einem separaten Ordner in der stationären Geburtshilfe	5	17

Berechnung DJI, 2015

An den Fokusgruppen nahmen zum Teil Fachkräfte von Kliniken teil, die nach diesem Prinzip (Herausnahme des Erhebungsbogens aus der Akte nach Entlassung von Mutter und Kind) verfahren. Dies sei bewusst so eingeführt worden, so wurde erläutert. Bei einer zukünftigen Entbindung stünde der Erhebungsbogen absichtlich nicht im Vorfeld zur Verfügung, um sich von werdenden/jungen Müttern ein unvoreingenommenes Bild machen zu können. Bei Besonderheiten könne ggf. auf den gesonderten Ordner der Koordinierenden Fachkraft zurückgegriffen werden. Informationen über rückliegende Gegebenheiten böten ohnehin nur eine Scheinsicherheit. Zudem änderten sich die Familiensituationen und bei einem Fall, bei dem vorher bspw. ein massiver Unterstützungsbedarf konstatiert wurde, könne die Situation sich völlig geändert haben – und umgekehrt. Daher böte der Erhebungsbogen zu einer vergangenen Entbindung nicht unbedingt relevante Informationen zur gegenwärtigen Entbindung.

Fachkräfte anderer Kliniken, die den Erhebungsbogen explizit in der Patientinnenakte und teilweise, je nach Auffälligkeit, ebenfalls in einem separaten Ordner bei der Koordinierenden Fachkraft aufbewahren, argumentieren entgegengesetzt. So seien die Daten des Erhebungsbogens für die

²⁴ In einer Klinik erfolgt die Speicherung der Patientinnendaten sowohl in Papierform im Archiv als auch digital im EDV-System.

Fachkräfte auch nach der Entlassung von Mutter und Kind sehr hilfreich, da diese Angaben enthielten, die evtl. angefragt werden (bspw. vom Kinderärztinnen/Kinderärzten außerhalb der Klinik). Auch sei es möglich, dass der Erhebungsbogen wichtige Informationen bzgl. einer zukünftigen Schwangerschaft enthalte, wie bspw. den Namen der vermittelten (Familien-) Hebamme. Dies erlaube bei einem erneuten Bedarf ggf. eine Weiterführung der Zusammenarbeit mit einer der Familie bereits bekannten Person (vgl. Kapitel 3.4.1). Da in dieser Klinik auch eine Intervention des Jugendamts im Erhebungsbogen aufgeführt wird, würde dies bei einer zukünftigen Schwangerschaft der Mutter zu einer erhöhten Aufmerksamkeit im Team führen (vgl. Kapitel 3.4.1). Auch böten Gesprächsprotokolle, die zum Erhebungsbogen gehören, eine gewisse Sicherheit darüber, dass die Klinik Hinweisen von Unterstützungsbedarfen nachgegangen ist und ggf. Maßnahmen ergriffen hat, den Bedarf aufzufangen. Wie sich zeigt, sind für die Fachkräfte insgesamt im Umgang mit dem Erhebungsbogen also weniger Datenschutzargumente von Bedeutung, sondern vielmehr pragmatische Fragen des Nutzens für Mütter, Kinder und Fachkräfte.

Von Interesse ist des Weiteren, **ob und in welcher Hinsicht die Kliniken selbst die Erhebungsbögen Fall übergreifend auswerten**. Dies kann bspw. hinsichtlich der benötigten Zeit von Bedeutung sein, die das Klinikpersonal für die Anwendung des Erhebungsbogens sowie ggf. die Initiierung von Folgemaßnahmen benötigt. Daher wurden die Fachkräfte danach gefragt, ob an ihrer Klinik eine Evaluation des Erhebungsbogens stattfindet. Es zeigt sich, dass mit 12 Kliniken (41 Prozent) knapp die Hälfte der Häuser die ausgefüllten Erhebungsbögen auswertet. In vier Kliniken (14 Prozent) wussten die befragten Mitarbeitenden nicht, ob die Erhebungsbögen evaluiert werden. Die 12 auswertenden Kliniken beziehen folgende Merkmale mit ein:²⁵ Fünf Kliniken erfassen die jährliche oder monatliche Anzahl der ausgefüllten Erhebungsbögen, teilweise im Vergleich zur Anzahl der Geburten. In neun Kliniken wird eine Klassifizierung der Erhebungsbögen nach der prozentualen Verteilung innerhalb der Ampelfarben vorgenommen. Vier Kliniken erheben die Häufigkeit der Item-Nennung. In zwei Kliniken wird evaluiert, wie häufig ein vertiefendes Gespräch und wie oft eine Beratung mit Intervention bzw. mit dem Jugendamt erfolgt.

Insgesamt zeigt sich also zum einen, dass immerhin knapp die Hälfte der Kliniken überhaupt den Einsatz des Erhebungsbogens Fall übergreifend evaluiert, was eine selbstinitiierte Zusatzleistung darstellt, die das hohe Engagement vieler Kliniken verdeutlicht. Zum anderen lässt sich feststellen, dass sehr unterschiedliche Auswertungen vorgenommen werden. Eine klinikinterne Evaluation des Erhebungsbogeneinsatzes kann u. U. zur Legitimation gegenüber der Leitung von Klinik und stationärer Geburtshilfe dienen, ein größeres Zeitkontingent für den Erhebungsbogen und das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ zu erhalten. Auch kann eine Statistik über den Unterstützungsbedarf anhand bspw. der Ampelfarben Hinweise darüber geben, ob eine Zu- oder Abnahme der Bedarfe festzustellen ist.

25 Bei dieser Frage konnten die Fachkräfte offene Antworten formulieren und es waren Mehrfachnennungen möglich.

4.2 Regelungen zum externen Datenschutz

Im Folgenden wird auf Regelungen eingegangen, welche Informationen von den Kliniken an externe Kooperationspartner/innen weitergegeben werden, wie Unterstützung vermittelt wird und in wessen Verantwortung dies liegt. Des Weiteren geht es darum, ob der Erhebungsbogen bei einer Verlegung von Mutter und Kind in eine andere Klinik mitgegeben wird.

4.2.1 Interne Zuständigkeiten und externe Informationsweitergabe

- *Die Vermittlung einer Familienhebamme und ggf. weiterer Hilfen obliegt hauptsächlich den Koordinierenden Fachkräften.*
- *In welchem Umfang Informationen im Rahmen einer Vermittlung von Hilfen nach außen gegeben werden und an wen, hängt in den meisten Kliniken vom Fall ab. Weitergebende Informationen werden in allen Kliniken nur mit Schweigepflichtsentbindung weitergegeben. Lediglich in Fällen einer Kindeswohlgefährdung setzen sich die Kliniken darüber hinweg.*
- *Die externe Weitergabe von Daten erfolgt hauptsächlich an Familienhebammen, Jugendamt und Koordinierungsstellen.*
- *In den Fokusgruppen wird von einigen Graubereichen bezüglich des Datenschutzes und der Informationsweitergabe berichtet.*

Es zeigt sich, dass in den 25 Kliniken, die eine Koordinierende Fachkraft beschäftigen, die **Verantwortung für die Vermittlung einer Familienhebamme bzw. Früher Hilfen** hauptsächlich bei dieser angesiedelt ist. Allerdings trägt sie nur in sieben Kliniken die alleinige Verantwortung, in den 18 anderen Häusern sind neben ihr noch weitere Fachkräfte für die Vermittlung zuständig.²⁶ Hier werden hauptsächlich Fachkräfte der peripartalen Pflegestation (10 Kliniken), Ärztinnen/Ärzte der stationären Geburtshilfe (9 Kliniken) sowie Hebammen des Kreißsaals (7 Kliniken) genannt. In einigen Kliniken sind des Weiteren auch Kinderkrankenschwestern/pfleger, Familienhebammen ohne Funktion als Koordinierende Fachkraft sowie der (Kinder-) Sozialdienst zuständig. In den Fokusgruppen beschreibt eine Koordinierende Fachkraft es als problematisch, dass sie als Koordinierende Fachkraft die alleinige Verantwortung für die externe Vermittlung der Hilfen inne hat. Liege ein Notfall vor oder komme es zu einer Nachfrage seitens des Jugendamts, übernehmen andere Fachkräfte der Klinik wenig Verantwortung und würden umgehend an die Koordinierende Fachkraft verweisen, die aber nicht immer im Dienst sei. Hierdurch komme es zu Beeinträchtigungen in der Kommunikation mit den externen Kooperationspartner/innen, teilweise würde dadurch nicht adäquat auf Fälle reagiert. Dieses

²⁶ Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Beispiel zeigt erneut, dass Vertretungssysteme in den Kliniken installiert sein und weitere Professionen in den Prozess miteinbezogen werden müssen (vgl. Kapitel 3.1).

Welche **Informationen eine Klinik bei einem erhöhten Unterstützungsbedarf der Mutter weitergibt**, wird in 20 Kliniken (69 Prozent) fallabhängig gehandhabt. Keinesfalls wird also eine Kopie des Erhebungsbogens immer an die Kooperationspartner/innen weitergeleitet. Vielmehr hängt es davon ab, welche Informationen für die Einleitung von Unterstützung als sinnvoll angesehen werden (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 Informationen, die bei einem erhöhten Unterstützungsbedarf der Mutter seitens der Klinik weitergegeben werden (n=29)

	Häufigkeit	Prozent
Hängt völlig vom Fall ab	20	69
Prinzipiell keine Informationen	2	7
Kontaktadresse und Einschätzung des Hilfebedarfs	5	18 ²⁷
Kontaktadresse und Erhebungsbogen	1	3
Weiß nicht	1	3

Berechnung DJI, 2015

Die übrigen neun Kliniken (31 Prozent) haben eine fallunabhängige Regelung: So gibt lediglich eine Klinik (3 Prozent) an, dass sie der Mutter jeweils die Kontaktadresse der Koordinierungsstelle sowie den Erhebungsbogen mitgibt. In zwei Kliniken (7 Prozent) werden nach Angabe der befragten Fachkräfte prinzipiell keine Informationen herausgegeben. Bei den verbleibenden fünf Kliniken (18 Prozent) erhalten die Mütter eine Kontaktadresse sowie die von Klinikseite vorgenommene Einschätzung des Unterstützungsbedarfs.²⁸ Hier handelt es sich allerdings nicht um den Erhebungsbogen. Entweder ist in einem kurzen Fließtext erläutert, worin der Unterstützungsbedarf besteht, oder die Kliniken haben einen eigens entworfenen kurzen Bogen, auf dem der jeweilige Unterstützungsbedarf markiert ist. Sämtliche Kliniken holen **vor der Übermittlung weitergehender Informationen das ausdrückliche Einverständnis der Mutter** ein. Bis auf eine Ausnahme wird sich in 28 Kliniken lediglich dann **über das fehlende Einverständnis hinweggesetzt**, wenn nach Einschätzung eines Falls das Wohl des Kindes gefährdet ist. Es wurde bspw. in den Fokusgruppen darauf hingewiesen, dass es Fälle gab, in denen die Mutter nicht darüber informiert wurde, dass Kontakt mit dem Jugendamt aufgenommen wurde. Hier bestanden eine Gefährdung und die Befürchtung, dass die Mutter das Kind gegen ärztlichen Rat aus der Klinik nimmt und sie sich somit einer möglichen Intervention entzieht.

²⁷ Rundungsbedingte Abweichungen

²⁸ Der Fachkraft lediglich einer Klinik ist nicht bekannt, welche Informationen die Klinik bei einem erhöhten Unterstützungsbedarf der Mutter verlässt. Bei der befragten Person handelt es sich um eine Fachkraft in Fortbildung zur Koordinierenden Fachkraft. So kann angenommen werden, dass ihr dieses Prozedere evtl. noch nicht bekannt ist.

Von Interesse war zudem, **an welche externen Stellen Daten** weitergegeben werden (Mehrfachnennungen waren möglich). Hier zeigt sich, dass mit 25 Nennungen am häufigsten Familienhebammen über einen bestimmten Fall in Kenntnis gesetzt werden. Ob die Familienhebammen direkt angesprochen werden oder dies über eine Koordinierungsstelle geschieht, ist anhand der Erhebung nicht feststellbar. Mit 18 Anführungen am zweithäufigsten informiert wird das Jugendamt, es folgen mit 16 Nennungen Koordinierungsstellen Früher Hilfen. Da die Koordinierungsstellen Früher Hilfen jedoch auch im Jugendamt angesiedelt sein können, kann hier nicht zweifelsfrei beantwortet werden, mit welcher Intention das Jugendamt informiert wird. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich nicht um das Melden einer Kindeswohlgefährdung handelt, da auch nach dem Kontakt mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) gefragt wurde, der zehnmal genannt wurde. Weitere Nennungen sind Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Nachsorgehebammen sowie Beratungsstellen Freier Träger. In den Fokusgruppen wurde insgesamt von einer Zunahme der Fälle berichtet, die das Einschalten des Jugendamts respektive des ASD erforderlich machten.

In den Fokusgruppen wurde berichtet, dass einige **Jugendämter** Kliniken im Vorfeld darüber informieren, wenn Mütter zur Entbindung kommen, die sich in einer erheblichen Problemlage befinden. Es kann in diesen Fällen sein, dass die Klinik direkt benachrichtigt wird, wenn dem Jugendamt bekannt ist, wo die Frau entbinden möchte – möglicherweise auch ohne deren Einverständnis. Andernfalls wird gegebenenfalls ein Rundschreiben an alle Geburtskliniken der Region geschickt mit Angaben über den ungefähren Zeitraum der Entbindung und wie die Klinik aus Sicht des Jugendamtes in diesem Fall vorzugehen habe. In Fällen einer angekündigten Inobhutnahme soll vor allem darauf hingewirkt werden, der Mutter das Kind nicht mit nach Hause zu geben, sondern umgehend das Jugendamt über die Geburt zu informieren. Ist das Jugendamt nicht erreichbar, müssten die Fachkräfte sich in einem solchen Fall an die Polizei wenden. Problematisch sei, dass der für dieses Prozedere eigentlich **erforderliche richterliche Beschluss** erst nach der Geburt eines Kindes erlassen werden kann.

Die Fachkräfte betonten, dass unter weniger dramatischen Umständen stets eine Schweigepflichtsentbindung der Mutter eingeholt werde, wenn Informationen, die durch den Erhebungsbogen gewonnen wurden, an externe Stellen weitergegeben werden sollen. Die Weitergabe erfolge meist mündlich am Telefon oder in einem vorab geführten persönlichen Gespräch. Sollte doch eine schriftliche Informationsweitergabe erforderlich sein, bleibt der Erhebungsbogen in der Klinik, und es wird ein gesonderter Bericht angefertigt. Allerdings komme es bei uneindeutigen Fällen im Hinblick auf Kindeswohlgefährdung vor, dass Informationen ohne Schweigepflichtsentbindung an das Jugendamt weitergegeben werden. Die Mütter würden jedoch sowohl über die Beobachtungen seitens der Fachkräfte als auch über die Benachrichtigung des Jugendamts informiert. Somit erfolge der Kontakt in seltenen Fällen mit Wissen, aber ohne Einverständnis der Eltern.

Die Fachkräfte, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben, **organisieren eine Familienhebamme** ausschließlich über die Koordinierungsstellen des Jugendamts oder der freien Träger. Liegt eine Schweigepflichtsentbindung seitens der betreffenden Mutter vor, können persönliche Daten weitergegeben und der konkrete Bedarf am Telefon angesprochen werden. Wenn die Mutter die Schweigepflicht nicht aufhebt, kann lediglich anonym angefragt werden, ob Kapazitäten im Hinblick auf eine Familienhebamme bestehen. Die/der Koordinator/in sucht daraufhin nach einer geeigneten Fachkraft und ggf. weiteren Hilfeleistungen. Die Mutter tritt selbst mit der Koordinierungsstelle in Kontakt und erhält auf diesem Weg weiterführende Informationen zur Familienhebamme. Das Verfahren ist nach den Berichten in den Fokusgruppen nicht allen Fachkräften bekannt. Insbesondere Ärztinnen/Ärzte, die wenig Kenntnis des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ haben, sei nicht bewusst, dass ein Antrag auf eine Familienhebamme gestellt werden müsse. Ein erstes Treffen zwischen Mutter und Familienhebamme kann bei Bedarf evtl. noch in der Klinik stattfinden. Rückmeldungen seitens der Familienhebamme darüber, ob der Kontakt zustande kam und die Zusammenarbeit angenommen wurde, erfolgt nur an die Koordinierungsstellen. In den Fokusgruppen wurde jedoch darauf hingewiesen, dass es häufig einen informellen Austausch gäbe, bspw. über die Hebammen-Netzwerke. Dies sei mit dem Datenschutz zwar nur bedingt vereinbar, für die Fachkräfte jedoch teilweise entlastend, wenn Gewissheit bestünde, dass Mütter mit höherem Unterstützungsbedarf Hilfen angenommen haben. Teilweise wird dem Problem begegnet, indem die Mutter vor der Entlassung gefragt wird, ob sie mit einer Nachfrage in einigen Wochen bei entweder der Mutter selbst oder bspw. den Koordinierungsstellen bzw. der Familienhebamme einverstanden wäre. Stimmt die Mutter diesem Vorgehen zu, wird dies in der Akte dokumentiert. Einige Fachkräfte in den Fokusgruppen finden es jedoch eher unpassend, die Mutter um eine derartige Zustimmung zu bitten, da dies Kontrolle impliziere, obwohl die Annahme der Hilfen auf Freiwilligkeit beruhe. Dem gegenüber betonen die Befürworter/innen, dass Nachfragen seitens der Klinik auch durchaus positiv gewertet werden könnten, da Eltern den Eindruck gewinnen, dass die Fachkräfte Interesse an ihrem Wohlergehen haben. Auch führe ein nochmaliges Nachfragen teilweise dazu, nachträglich doch Hilfen in Anspruch zu nehmen.

4.2.2 Informationsweitergabe bei externer Verlegung

- *Bei externer Verlegung von Mutter und Kind ist für die Mitgabe des Erhebungsbogens weniger ausschlaggebend, ob die Verlegung in eine Klinik desselben oder eines fremden Trägers erfolgt. Wichtiger ist, ob die andere Klinik auch am Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ teilnimmt.*

Findet eine **externe Verlegung von Mutter und Kind in eine andere Klinik unter dem Dach desselben Trägers** statt, wird in acht Kliniken (28 Prozent) der Erhebungsbogen mitgegeben, in sieben Kliniken (24 Prozent) verbleibt er in der Klinik (vgl. Tabelle 22). Neun Klini-

ken (31 Prozent) können sich an keinen solchen Fall erinnern und auf weitere fünf Kliniken (17 Prozent) trifft dies nicht zu bzw. kann die befragte Fachkraft die Frage nicht beantworten. Somit lässt sich festhalten, dass in knapp der Hälfte der Kliniken, bei denen bereits derartige Verlegungen stattgefunden haben, der Erhebungsbogen mitgegeben wird. Bei **externen Verlegungen von Mutter und Kind in Kliniken eines fremden Trägers** wird der Bogen tendenziell weniger häufig mitgegeben als bei Verlegungen in Einrichtungen desselben Trägers. So belassen lediglich fünf Kliniken (17 Prozent) den Erhebungsbogen auch bei einer derartigen Verlegung in der Akte der Mutter/des Kindes. 12 Kliniken (41 Prozent) händigen den Erhebungsbogen nicht aus. Weitere zehn Kliniken (35 Prozent) erinnern sich an keinen solchen Fall und bei zwei Kliniken (7 Prozent) wissen es die Befragten nicht. In den Fokusgruppen wurde ebenfalls auf diese beiden Fragestellungen eingegangen.

Tabelle 22 Regelungen zum Umgang mit dem Erhebungsbogen bei externer Verlegung von Mutter und Neugeborenem (n=29)

	Verlegung unter dem Dach desselben Trägers		Verlegung unter dem Dach eines fremden Trägers	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine Erinnerung an einen solchen Fall	9	31	10	35
Erhebungsbogen wird mitgegeben	8	28	5	17
Erhebungsbogen wird nicht mitgegeben	7	24	12	41
Weiß nicht/trifft nicht zu	5	17	2	7

Berechnung DJI, 2015

Hier zeigte sich, dass es für die Fachkräfte weniger bedeutend ist, ob die Klinik, in die Mutter und Kind verlegt werden, sich unter dem Dach desselben Trägers befindet. Vielmehr orientiert man sich daran, ob die neue Klinik den Erhebungsbogen ebenfalls anwendet oder nicht. Ist dies der Fall, würde der Erhebungsbogen mitgegeben, allerdings nur mit Schweigepflichtsentbindung. Eine Mitgabe des Erhebungsbogens sei nur in diesen Fällen sinnvoll, da nur hier Gewissheit bestehe, dass er im Sinne des Programms „Guter Start ins Kinderleben“ angewendet wird. Bei Müttern, **die aus einem anderen Bundesland stammen** und in Rheinland-Pfalz entbinden, wird der Erhebungsbogen nicht mitgegeben. Sollten Auffälligkeiten bestehen, wird dies im Entlassungs- bzw. Überweisungsbericht festgehalten. Bei einem massiven Unterstützungs- und ggf. Interventionsbedarf erfolgt die umgehende Kontaktaufnahme zu den Koordinierungsstellen der Frühen Hilfen oder zum zuständigen Jugendamt der betreffenden Mutter im anderen Bundesland.

5 Empfehlungen zum Einsatz des Erhebungsbogens

5.1 Kernergebnisse

Die Evaluation des „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (LupE)“ hat im Kern sehr positive Ergebnisse erbracht. Zunächst einmal ist hervorzuheben, dass sich der Erhebungsbogen im Klinikalltag als anwendbar erwiesen hat (vgl. Kapitel 3.2). Noch wichtiger ist, dass er von der großen Mehrheit der befragten Fachkräfte als fachlich sinnvoller Bestandteil verstärkter Bemühungen um eine bessere Unterstützung von werdenden / jungen Eltern erlebt wird (vgl. Kapitel 3.6.1). Dem Feingefühl und der Qualifikation der anwendenden Fachkräfte ist es schließlich zu verdanken, dass insgesamt eine große Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft bei Müttern berichtet wird (vgl. Kapitel 3.6.2). Der Bogen ist damit zu einem wichtigen Baustein im Rahmen des deutlichen Engagements der befragten Kliniken für ein qualifiziertes und vernetztes System Früher Hilfen geworden (vgl. Kapitel 3.7). Ausdruck dieses Engagements und der Identifikation mit dem Verfahren sind die verschiedenen Verbesserungsvorschläge und Lösungsansätze für Anwendungsprobleme, etwa im Bereich des Datenschutzes, die nachfolgend diskutiert und zu Empfehlungen gebündelt werden. Sie verstehen sich als Diskussionsimpuls.

5.2 Anpassungen im Erhebungsbogen

Die Diskussion möglicher Anpassungen im Erhebungsbogen erfolgt getrennt für Inhalte und Aufbau des Bogens (Punkt 5.2.1), das Punktesystem zur Einschätzung des Unterstützungssystems (Punkt 5.2.2) sowie unmittelbar anwendungsbezogene Fragen (Punkt 5.2.3).

5.2.1 Anpassungen im Erhebungsbogen: inhaltlich-strukturell

Empfehlungen

- *Es ist nicht sinnvoll Items zu streichen.*
- *Vorgeschlagene Zusatzfragen sind zwar plausibel, bieten aber keinen erheblichen Zusatznutzen.*
- *Das Gespräch über Ressourcen der Familie und die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, sollte dem vertiefenden Gespräch vorbehalten bleiben.*
- *Fragen an den Vater/Partner der Mutter könnten Zusatzinformationen erbringen, würden den Aufwand für den Erhebungsbogen aber unverhältnismäßig erhöhen.*
- *In den Bogen sollten mehr Notizzeilen eingefügt werden, insbesondere nach Modul 5 (Ängste und Zukunftssorgen), da hier Notizen als Anknüpfungspunkte im vertiefenden Gespräch genutzt werden können.*

Wie in den Kapiteln 3.3 und 3.4 dargestellt, werden die Items des Erhebungsbogens zur Beurteilung des Unterstützungsbedarfs werdender/junger Mütter seitens der geburtshilflichen Fachkräfte zwar als unterschiedlich schwierig anzusprechen, zugleich aber einzeln und insgesamt als fachlich sinnvoll bewertet. Parallel wurde allerdings mehrfach darauf verwiesen, dass der Hilfebedarf mit dem Erhebungsbogen nicht in jedem der Fälle eindeutig klassifizierbar erscheint. Diese Beobachtung ist zweifelsohne richtig und bringt für die Fachkräfte einige Mühen mit sich: In manchen Fällen stellen sie erst im vertiefenden Gespräch fest, dass doch kein Unterstützungsbedarf besteht, und in besonderen Fallkonstellationen kann sich bei besserer Kenntnis einer Familie ein Unterstützungsbedarf zeigen, obwohl nichts im Erhebungsbogen darauf hinweist.

Gefasst in die wissenschaftliche Sprache zu Gütekriterien eines Verfahrens werden hier die Sensitivität und Spezifität des Erhebungsbogens angesprochen. Sensitivität bezieht sich darauf, wie zuverlässig durch das ganze Instrument Familien mit Unterstützungsbedarf erkennbar werden. Spezifität zielt umgekehrt darauf ab, wie sicher Familien ohne Unterstützungsbedarf als solche erkannt werden. Zeigt sich im vertiefenden Gespräch, trotz entsprechender Hinweise im Erhebungsbogen, doch kein Unterstützungsbedarf, so deutet dies auf Mängel in der Spezifität hin. Gleiches gilt in Bezug auf die Sensitivität, wenn sich bei einzelnen Familien durch Gespräche in der Klinik ein Unterstützungsbedarf aufdrängt, obwohl der Erhebungsbogen dies nicht angezeigt hat. Kein strukturiertes Verfahren ist im Hinblick auf Sensitivität und Spezifität fehlerfrei, wenn sie auch gegenüber der unstrukturierten Eindrucksbildung durch Fachkräfte meist einen Fortschritt darstellen (für eine Forschungsübersicht siehe Grove/Meehl 1996). Im vorliegenden Fall wurde ein solcher wahrnehmbarer Fortschritt durch die Einführung des Bogens von den Fachkräften auch geschildert (vgl. Kapitel 3.3).

Bei jedem Screening ist es wichtig, den Erhebungsaufwand so gering wie nur möglich zu halten, da ein Screening per definitionem flächendeckend erfolgen soll und damit in sehr vielen Fällen angewandt wird. Tatsächlich gelingt ein flächendeckender Einsatz beim Erhebungsbogen dank des Engagements der Fachkräfte und Kliniken sehr gut (vgl. Kapitel 3.1). Um den Bogen auf die aussagekräftigsten Fragen zu konzentrieren, erfolgte bei der Entwicklung eine Fokussierung auf Faktoren, die sich in mindestens zwei Längsschnittstudien im Hinblick auf frühe Entwicklungs- und Erziehungsprobleme sowie frühe Vernachlässigung und Misshandlung als vorhersagekräftig erwiesen hatten (Kindler 2009). Bei der Konstruktion und Auswahl der Fragen spielten dann Kriterien wie Verständlichkeit und die Ausschöpfung unterschiedlicher Informationskanäle (z.B. Beobachtung, Mutterpass und Gespräch) eine Rolle. Auch wurden schwer zu erhebende Vorhersagefaktoren nach Möglichkeit ausgeschlossen, allerdings war dies nicht vollständig möglich, da zwei der vorhersagekräftigsten Items (Gewalt in der Partnerschaft, Misshandlung in der Kindheit der Mutter) nicht einfach zu erfragen sind, wie von einigen Fachkräften zu recht angemerkt wurde (vgl. Kapitel 3.3). Die bisher im Bogen enthaltenen Items wurden von den befragten Fachkräften mit deutlicher Mehrheit als sinnvoll und handhabbar beurteilt (vgl. Kapitel 3.6.1). Zudem wurden für das Vorbild des Verfahrens, den Anhaltbogen, klassische Gütekriterien für Verfahren, wie die Zuverlässigkeit in der Anwendung durch verschiedene Fachkräfte (Inter-Rater Reliabilität), eine hinreichende Objektivität bei der Auswertung und die Vorhersagekraft im Hinblick auf den Fallverlauf und vergleichbare Instrumente (kriterienorientierte und prognostische Validität), mittlerweile belegt (Besier et al. 2012; Botzenhart 2013). Aus beiden Gründen zusammengekommen ist derzeit davon abzuraten, den Bogen weiter zu verschlanken und einzelne Items zu streichen. Zudem erscheint eine Verschlinkung des Verfahrens nicht als wichtiges Anliegen der befragten Fachkräfte (vgl. Kapitel 3.2).

Die Konzentration auf wenige, möglichst aussagekräftige und zugleich untereinander möglichst verschiedene Punkte im Erhebungsbogen bringt es mit sich, dass es viele weitere Items gibt, die das Verfahren plausibel ergänzen bzw. abrunden könnten oder die in einzelnen Fällen deutlich hervortreten und die Aufmerksamkeit der Fachkräfte auf sich ziehen. Diese Situation führt nachvollziehbar zu Anregungen hinsichtlich einer Erweiterung des Verfahrens. Von den befragten Fachkräften wurden insbesondere Erweiterungen im Hinblick auf den Einbezug des Vaters bzw. Partners der Mutter, die Erfassung von Ressourcen sowie von Unterstützungswünschen der Mutter vorgeschlagen (vgl. Punkt 3.4.1). Daneben wurden für Modul 1 (Besondere Belastungen) eine Reihe sehr konkreter Ergänzungen angeregt, so etwa Items zu einem Alter der Mutter über 35 Jahre, zu einer Trennung der Eltern während der Schwangerschaft oder zum früheren Verlust eines Kindes durch den plötzlichen Kindstod (vgl. Kapitel 3.3). Schließlich wurde vorgeschlagen, durch Notizfelder mehr Raum für erläuternde Anmerkungen, etwa zur Beschreibung des Verlaufs (z.B. Zukunftsangst vor und nach der Geburt), zu schaffen. Prinzipiell ist es denkbar und möglich, die Sensi-

tivität und Spezifität eines Instruments dadurch zu verbessern, dass mehr relevante Fragen aufgenommen werden, um ein insgesamt genaueres Bild der familiären Situation zu zeichnen. Im vorliegenden Fall wird dies jedoch nicht empfohlen. Hierfür sind drei Gründe ausschlaggebend:

Erstens hat die Prüfung der Forschungsliteratur zu den meisten vorgeschlagenen Items ergeben, dass diese entweder weniger aussagekräftig sind als bereits inkludierte Items (z.B. Partnerschaftsprobleme im Verhältnis zu Partnerschaftsgewalt) oder keine adäquaten Befunde vorliegen (z.B. Trennung der Eltern während der Schwangerschaft). Einige Items treten des Weiteren für einen Screeningbogen zu selten auf (z.B. plötzlicher Kindstod) oder sie stehen nur mit einem Teil der wichtigen Ergebnisse in Zusammenhang (z.B. Alter der Mutter über 35 Jahre mit biologischen Risiken, nicht aber mit Erziehungsschwierigkeiten und Kindeswohlgefährdung).

Zweitens soll im Rahmen eines zweistufigen Vorgehens mit Screeningbogen und vertiefendem Gespräch die Abfrage der offenkundig relevanten Aspekte von Ressourcen und Hilfebedarf bewusst dem längeren Gespräch vorbehalten bleiben. Im vertiefenden Gespräch soll ja gerade gemeinsam erörtert werden, ob vorhandene Ressourcen ausreichen bzw. ein Hilfebedarf besteht. Dabei wird davon ausgegangen, dass es den Müttern im vertiefenden Gespräch leichter als bei der Abklärung im Vorfeld fällt, tatsächlich vorhandene oder fehlende Ressourcen zu besprechen, und die Fachkräfte besser für die Inanspruchnahme von Hilfen werben können, was untrennbar mit der Frage des wahrgenommenen Hilfebedarfs verbunden ist. Bei vorhandenen Belastungen würde es zudem für den zweiten Schritt des vertiefenden Gesprächs eine ungünstige Situation schaffen, wenn eine Mutter vorab bereits einen Hilfebedarf verneint hätte.

Schließlich braucht es angesichts der hohen Arbeitsbelastung auf den Geburtsstationen zwingende Gründe für jede Ausweitung des Erhebungsbogens, die die Bearbeitung verlängern würde. Dies betrifft etwa die Ergänzung um mehrere, parallel zur Mutter formulierte Items bezogen auf den Vater/Partner. Zwar ist unstrittig, dass Väter als mögliche Ressource, aber auch als mögliche Belastung in der frühen Prävention eine wichtige Rolle spielen sollten (z.B. Kuntz et al. 2013). Zugleich wurde es jedoch als Überforderung der zeitlichen Ressourcen der Fachkräfte angesehen, wenn diese durch den Erhebungsbogen aufgefordert werden würden, regelhaft auch mit Vätern über objektiv bzw. subjektiv vorhandene Belastungen zu sprechen. Eine Erhebung der Sichtweisen von Vätern über die Mütter wiederum muss als fehleranfällig gelten und differenziert zudem nur unzureichend vom Belastungsempfinden der Mütter selbst. Zudem ist es aufgrund der bislang gewählten Formulierungen im „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogen (LupE)“ bereits jetzt möglich, dass Mütter Risiken bzw. Belastungen aus dem Beziehungsgeschehen oder ihrem Erleben des Vaters/Partners heraus einbringen.

Eher unter dem Aspekt der Anwendungsfreundlichkeit ist der Vorschlag zu sehen, in den Bogen zusätzliche Leerzeilen oder Leerfelder für Anmerkungen oder Verlaufsangaben einzufügen. Erhebungsbögen werden sehr unterschiedlich ausgefüllt und manche Nutzer/innen empfinden es als entlastend, spezifizierende Notizen hinzufügen zu können. Zudem wurde von

mehreren Fachkräften angemerkt, dass es vor allem beim Modul 5 „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“ vorgeburtlich geäußerte Ängste nach der Geburt teilweise wieder verschwinden würden. Daher sei es besonders bei dieser Frage eine relevante Zusatzinformation, wann Sorgen geäußert worden seien. Zwar kann nicht argumentiert werden, vorgeburtliche oder wechselnde Sorgen bzw. Ängste von Müttern seien der näheren Abklärung nicht wert. Allerdings wurden in der Mehrzahl der vorliegenden Studien elterliche Sorgen und Ängste nachgeburtlich erhoben, so dass die Befundlage hier belastbarer ist. Obwohl Unsicherheiten hinsichtlich der Aussagekraft des Items vor der Geburt eingeräumt werden müssen, wird hier dafür plädiert, weiter ausgeprägte Ängste oder Überforderungsgefühle der (werdenden) Mutter zu jedem Zeitpunkt während des Aufenthaltes in der Geburtsklinik zu erfassen. Bei einer Beschränkung auf die Zeit nach der Geburt würde den Kliniken, die den Erhebungsbogen vorgeburtlich anwenden, ein erheblicher Zusatzaufwand zugemutet. Zudem ist das Item ohnehin nicht sehr stark gewichtet. Es wird aber vorgeschlagen unter dem Modul 5 eine Leerzeile einzufügen, in der erläuternd eingetragen werden kann, welche Sorgen bzw. Ängste wann geäußert wurden. Für das vertiefende Gespräch kann dies wertvolle Anknüpfungspunkte liefern. Ob weitere Leerzeilen oder Leerfelder eingefügt werden können, wäre graphisch zu untersuchen. Keinesfalls sollte sich aber dadurch die Seitenzahl erhöhen oder der Bogen insgesamt unübersichtlich werden. Daher kann es sich nur um eine dosierte Ergänzung des Bogens in seiner jetzigen Form handeln.

5.2.2 Anpassungen im Erhebungsbogen: Beurteilung

Empfehlungen

- *Bei Einführungen und Schulungen sollte korrekt darüber informiert werden, dass es sich bei den Regeln zur zusammenfassenden Bewertung des Erhebungsbogens nur um Vorschläge handelt.*
- *Auch wenn damit örtlich abweichende Festlegungen möglich sind, sollten diese Klinikintern besprochen und geschult sein, um eine übermäßig heterogene Zuweisungspraxis zu vermeiden.*

Wie in Kapitel 3.5 dargestellt, verwenden zwei Drittel der Kliniken das empfohlene Beurteilungssystem des Erhebungsbogens, ein Drittel orientiert sich anders, um zu einer vorläufigen Einschätzung des Unterstützungsbedarfs einer werdenden/jungen Mutter zu kommen und daran anschließend die Notwendigkeit eines vertiefenden Gesprächs zu beurteilen. Während auf der einen Seite das **Punktesystem** als kompliziert und die **Gewichtung der Items** als nicht nachvollziehbar kritisiert wird, wird auf der anderen Seite positiv hervorgehoben, das Punktesystem gebe Orientierung und spare viel Zeit.

Zugleich wurde für die Mehrzahl der Kliniken angegeben, das vertiefende Gespräch mit der Mutter werde für unverzichtbar angesehen, erst da-

nach könne der Unterstützungsbedarf besser eingeschätzt werden. Damit zeigen die befragten Fachkräfte ein klares Bild von der empirischen Tragfähigkeit der zusammenfassenden Bewertung und Zuordnung bestimmter Unterstützungsangebote zu einer bestimmten Anzahl familiärer Belastungen. Tatsächlich handelt es sich dabei nur um Empfehlungen, die sich grob an der Vorhersagekraft verschiedener Faktoren in internationalen Studien sowie Praxiserfahrungen im Rahmen der Entwicklung des Erhebungsbogens orientieren. Längsschnittstudien, die eine Überlegenheit bestimmter Regeln und Grenzwerte für die Zuordnung von bestimmten Hilfeangeboten zu bestimmten Gruppen von Familien im Hinblick auf Präventionswirkungen und Mitteleinsatz belegen könnten, liegen nicht vor. Beim gegenwärtigen Stand der Praxisentwicklung mit örtlich sehr unterschiedlichen Angeboten Früher Hilfen und nicht unerheblichen Unterschieden im fachlichen Vorgehen innerhalb eines Angebotstyps wäre der Versuch, solche Zuordnungsregeln zu validieren, auch etwas wagemutig. Das Punktesystem des Erhebungsbogens verdient damit einerseits Wertschätzung, weil damit ein erfahrungsgestützter Ordnungsvorschlag gemacht wird. Es ist aber auch Skepsis gerechtfertigt, weil die wissenschaftliche Absicherung schwach ist und möglicherweise örtliche Gegebenheiten verfehlt.

Für die Zukunft ergibt sich aus der gegenwärtigen Situation der Vorschlag, dass bei Schulungen korrekt über den Empfehlungscharakter des Punktesystems informiert und die gegebenenfalls abweichenden örtlichen Vereinbarungen zur Bündelung des Erhebungsbogens erläutert werden sollten, damit eine klinikweit ähnliche, wenn auch nicht rigid einheitliche Praxis der Hilfevermittlung gefunden werden kann.

5.2.3 Anpassungen an den Erhebungsbogen: Anwendungsfragen

Empfehlungen

- *Zur Vermeidung einer ungewollt stigmatisierenden Wirkung, sollte ein angemessenes Verständnis von Hinweisen auf einen Unterstützungsbedarf, die sich unter Umständen im Erhebungsbogen zeigen, fester Bestandteil von Schulungen sein.*
- *Anwendungserfahrungen und datenschutzrechtliche Vorgaben sprechen dafür, gegenüber Müttern offen mit dem Erhebungsbogen umzugehen.*
- *Der Erhebungsbogen enthält mehrere sensible Fragen. Konkrete Formulierungen sowie die Einbettung dieser Fragen sollten Gegenstand von Schulungen sein.*
- *Eine gemeinsame sprachliche Basis ist zentral für die Anwendung des Erhebungsbogens und die Vermittlung von Unterstützungsangeboten. Auf mögliche Sprachbarrieren können sich Kliniken vorbereiten, indem sie ein Verzeichnis von Mitarbeitenden mit besonderen Fremdsprachenkenntnissen erstellen.*
- *Muss auf Familienangehörige oder externe Dolmetscher/innen zurückgegriffen werden, sollte nur eine vorbereitete Liste an Kernfragen zum von der Mutter wahrgenommenen Hilfebedarf gestellt werden.*
- *Erschweren psychische Auffälligkeiten einer Mutter die Kommunikation erheblich, geht es weniger um die Vermittlung Früher Hilfen als vielmehr um die Sicherstellung einer Anbindung an die Erwachsenenpsychiatrie und das Jugendamt.*

Von mehreren Fachkräften wurden im Rahmen der Evaluation Stigmatisierungsgefahren andiskutiert. Unter Stigmatisierung kann ein Prozess verstanden werden, bei dem Merkmale einer Person wahrgenommen oder konstruiert werden, die diese Person in ihrer Selbstsicht oder in der Wahrnehmung anderer mit einem negativen sozialen Stereotyp in Verbindung bringen (für eine Einführung siehe Link/Phelan 2001). Bei der Anwendung des Erhebungsbogens wäre denkbar, dass Mütter mit Belastungen als potenzielle Kindesmisshandlerinnen oder zukünftig „schlechte“ Mütter angesehen werden. Die Gefahr von Stigmatisierungsprozessen kann nicht dazu führen, dass Belastungen oder Probleme nicht nachgefragt oder übergangen werden. Dies wäre eine eklatante Benachteiligung von Kindern, die unter Umständen sehr davon profitieren können, wenn ihren Müttern bzw. Eltern aktiv Unterstützung angeboten wird. Gleichwohl zeigen Fachkräfte, die über die Gefahr einer Stigmatisierung nachdenken, dass sie kein eindimensionales Verständnis von Risiko haben, sondern sowohl Risiken in Familien als auch Risiken des institutionellen Umgangs mit diesen Risiken bedenken. Ein solches kritisches Verständnis ist eine wichtige Ressource für einen angemessenen Umgang mit einem Belastungsscreening wie dem Erhe-

bungsbogen. Tatsächlich sollte die Anwendung des Erhebungsbogens nämlich getragen sein von dem Verständnis, dass dieser in keiner Weise geeignet ist „schlechte Mütter“ zu identifizieren, da es sich hierbei um eine moralische Kategorie handelt. Im Hinblick auf Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung in den ersten fünf Lebensjahren ist aufgrund der Befundlagen zu anderen frühen Screening-Instrumenten, die in Längsschnittstudien auf ihre Vorhersagekraft für Misshandlung und Vernachlässigung hin überprüft wurden (z.B. Wilson et al. 2015), davon auszugehen, dass mit dem Verfahren zwar die Mehrzahl der Familien, in denen es zu einer Kindeswohlgefährdung kommen wird, identifiziert werden kann, gleichzeitig aber die übergroße Mehrheit der Mütter, bei denen der Erhebungsbogen einen Unterstützungsbedarf anzeigt, ihr Kind unter keinen Umständen, also auch nicht ohne Hilfe, misshandeln oder vernachlässigen wird. Ziel des Bogens ist es unter diesen Umständen, Babys und Mütter zu erkennen, die mit der größten Wahrscheinlichkeit von Unterstützung profitieren. Die Situation in der Geburtsklinik ist dabei für die Vermittlung von Hilfen besonders chancenreich, aber in der Regel nicht die einzige solche Situation im Verlauf der ersten Lebensjahre.

Ein solches Verständnis der Zielrichtung des Einsatzes des „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (LupE)“ erleichtert Kliniken und Fachkräften einen **offenen Umgang mit dem Bogen gegenüber den Müttern**. Mit einem gegenüber Müttern transparenten Einsatz des Bogens werden datenschutzrechtliche Anforderungen mit Sicherheit erfüllt, wie von Meysen et al. (2009: 130) erläutert wird. Demnach ist mit den Müttern der *Einsatz des Erhebungsbogens transparent* zu erörtern – sie sollten über den Zweck der Fragen informiert sein. Gehen Mütter mit diesem Wissen auf ein Gespräch ein, erklären sie sich ausdrücklich oder konkludent mit der Erhebung einverstanden. Angesichts dieser rechtlichen Anforderungen sind die Ergebnisse der Evaluation sehr ermutigend, wonach Fachkräfte mehrheitlich einen offenen Umgang mit dem Erhebungsbogen befürworten und Mütter hierauf überwiegend positiv reagieren (vgl. Kapitel 3.6.1, 3.6.2). Trotzdem ist es unvermeidbar, dass Fachkräfte manchmal Irritationen oder gar Ablehnung auslösen, wenn sie Mütter im Sinne des Erhebungsbogens ansprechen. Dies kann bei den Fachkräften verunsichernd wirken. Umso wichtiger sind Schulungen und ein positiver Rückhalt im Team sowie die Unterstützung durch Stations- und Klinikleitung.

Ein offener Umgang mit dem Erhebungsbogen könnte potenziell durch die sehr persönliche Natur mancher Fragen beeinträchtigt werden, wie beispielsweise Fragen nach Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Da die damit angesprochenen Themen offensichtlich den Privatbereich einer Person berühren, fühlen sich manche Fachkräfte unbehaglich, wenn sie hierzu Fragen stellen sollen. Auf der anderen Seite sind es gerade belastende persönliche Erfahrungen von Müttern, die in besonderer Weise einen Unterstützungsbedarf anzeigen und die weder beobachtet werden können, noch sich aus Merkmalen der sozialen Situation der Familie ableiten lassen, also erfragt werden müssen. Das hier aufscheinende Spannungsverhältnis zwischen Informationen, die für Einschätzungen im wohl-

verstandenen Interesse von Mutter und Kind benötigt werden, und dem ebenso notwendigen Respekt vor der Privatsphäre der Patientinnen ist nicht auf die Schnittstelle zwischen Geburtshilfe und Frühen Hilfen beschränkt. Beispielsweise haben in den letzten Jahren weltweit eine Vielzahl an medizinischen Fachgesellschaften die Empfehlung beschlossen, aufgrund der damit verbundenen Gesundheitsfolgen regelhaft Screening-Fragen zu Partnerschaftsgewalt zu stellen (für eine Übersicht siehe Reinsperger et al. 2014). Da der **Umgang mit heiklen Fragen** damit für viele Angehörige der Gesundheitsberufe eine fachliche Herausforderung darstellt, haben sich schon eine ganze Reihe von Studien damit beschäftigt, wie Fachkräfte diese Anforderung lösen können (z.B. Rollans et al. 2013; Krippel et al. 2014). Dreierlei Befunde treten dabei hervor: (1) Sensible Fragen bedürfen der Vorbereitung. Wenn Fachkräfte von der Sinnhaftigkeit nicht überzeugt sind und für sich selbst keine Beispielfragen formuliert haben, ist es sehr unwahrscheinlich, dass sie heikle Themen ansprechen. (2) Sensible Fragen gehören nicht an den Anfang eines Gesprächs. Anfänglich geht es darum, den Rahmen festzulegen und das Einverständnis der Mutter zu erreichen. Je nach Offenheit der Mutter werden sensible Themen von erfahrenen Fachkräften dann etwas unterschiedlich eingebettet und als normaler Teil der Routinen in der Klinik dargestellt. (3) Schon einfache Gesprächstechniken (z.B. empathisches Zuhören, positiver Umgang mit Widerstand), die sich gut schulen lassen, erhöhen die Bereitschaft von Müttern bzw. Familien deutlich, Belastungen anzuvertrauen.

Vor dem Hintergrund dieser Befundlage ergeben sich für die von mehreren Fachkräften im Rahmen der Evaluation angesprochene Problematik, wie mit heiklen Fragen im Erhebungsbogen umgegangen werden sollte, mehrere Empfehlungen: Bei Einführungen, Schulungen oder fachlichem Austausch sollte darauf geachtet werden, gute Beispiele für Formulierungen von Fragen zu sensiblen Themen zu finden und den Sinn dieser Fragen gut zu erläutern. Weiter kann es (nicht nur für den Erhebungsbogen) wertvoll sein, öffnende Gesprächstechniken im Umgang mit Patientinnen bzw. Familien zu schulen. Vor allem jüngere Fachkräfte können hiervon profitieren, während viele erfahrene Fachkräfte sich solche Gesprächsstrategien bereits erarbeitet haben dürften. Insofern auch der Gesprächsrahmen das Besprechen sensibler Fragen erleichtert, erschwert oder verunmöglicht, ist schließlich auch zu prüfen, inwieweit es regelhaft gelingt, den Erhebungsbogen in einem geschützten Raum und nicht im Patientinnenzimmer oder auf dem Stationsflur zu besprechen. Trotzdem werden nicht alle (werdenden) Mütter bereit sein, Fragen zu heiklen Themen zu beantworten. Kennzeichen fachlichen Handelns ist demnach nicht eine 100%ige „Erfolgsquote“, sondern die Bereitschaft, schwierige aber wichtige Themen anzusprechen und es den Müttern dabei so leicht wie möglich zu machen.

Schließlich wurde als Schwierigkeit bei der Anwendung des Erhebungsbogens noch geschildert (vgl. Kapitel 3.8), die Items des Erhebungsbogens könnten bei **Müttern mit Sprachbarrieren** häufig nicht bearbeitet und Einschätzungen insbesondere unter Zuhilfenahme der Ampelphilosophie vielfach nicht adäquat vermittelt werden. Eine Reihe von Kliniken be-

schreiben an dieser Stelle kreative Good-Practice-Lösungen zur Überwindung der Sprachbarrieren, vor allem einen internen Pool von Klinikmitarbeitenden mit Fremdsprachenkenntnissen. Solche Ansätze können nur nachdrücklich befürwortet werden, zeigen doch mehrere Untersuchungen, dass Fachkräfte der Geburtshilfe und aus der Hebammennachsorge bei dieser Gruppe von Müttern häufig eine wichtige, wenn nicht die einzige Brücke ins Gesundheits- und Jugendhilfesystem werden (z.B. Byrskog et al. 2015). Externe Dolmetscher/innen, Familienangehörige oder Mitarbeitende von Flüchtlingsunterkünften können aufgrund der zu wahrenen Vertraulichkeit nur mit Einschränkungen zur Unterstützung herangezogen werden. Hier würde es sich anbieten, eine Liste mit maximal drei, noch konzentrierteren Fragen bereitzuhalten (bspw. „Wie geht es Ihnen?“ „Benötigen Sie Unterstützung?“ „An wen können Sie sich wenden, wenn es Probleme mit dem Kind gibt?“). Bei (werdenden) Müttern, die in einem Maße psychisch auffällig sind, dass die Kommunikation mit ihnen erheblich erschwert ist, werden die Wirkgrenzen Früher Hilfen in der Regel erreicht sein. Insoweit stellenweise für diese Gruppe von Müttern im Rahmen der Evaluation Probleme bei der Anwendung des Erhebungsbogens geschildert wurden (vgl. Kapitel 3.8), ist darauf hinzuweisen, dass in diesen Fällen auch ohne Erhebungsbogen das Ziel verfolgt werden sollte, nicht nur eine intensive Hebammennachsorge, sondern auch eine Anbindung an die Erwachsenenpsychiatrie und das System der Hilfen zur Erziehung des Jugendamtes zu erreichen. Für Grenz- oder Zweifelsfälle könnte vorüberlegt werden, eine/n in der Klinik vorhandene/n Psychologin/Psychologen zum vertiefenden Gespräch hinzuzuziehen.

5.3 Regelungen bezüglich Zuständigkeit und Vertretung

Empfehlungen

- *Vielen Kliniken gelingt es mit einem System gemeinsamer Verantwortung mehrerer Fachkräfte für das Bearbeiten der Erhebungsbögen und herausgehobener Verantwortung bestimmter Personen für ein funktionierendes System nahezu alle (werdenden) Mütter zu erfassen.*
- *Hierfür ist zu empfehlen, Fachkräfte auf den geburtshilflichen Stationen breit in der Anwendung des Erhebungsbogens zu schulen.*
- *Vertretungsregelungen sind wichtig, um den zuverlässigen Einsatz des Erhebungsbogens sicherzustellen.*
- *Fachkräfte der Gynäkologie und der Peripartalstation sollten zumindest gut über den Erhebungsbogen und das dahinter stehende Unterstützungssystem informiert sein. In einigen Kliniken hat sich hierfür eine Multiplikator/innensystem bewährt.*
- *Je Klinik sollte es zwei Fachkräfte geben, die regelmäßig über Aktualisierungen informieren und diese einführen.*
- *Ein regelmäßiger, enger Austausch unter Einbezug möglichst aller Professionen und Hierarchie-Ebenen dient der Herstellung einer kohärenten Kooperation.*
- *Der Umgang mit dem Erhebungsbogen sollte als Teamarbeit begriffen werden.*

Die befragten Kliniken haben, teilweise vor dem Hintergrund mehrjähriger Erfahrungen mit dem Einsatz des „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (LupE)“, Regelungen für Zuständigkeit und Vertretung gefunden, die es ihnen ermöglichen, mit einem Großteil der (werdenden) Mütter über Unterstützungsbedarfe ins Gespräch zu kommen (vgl. Kapitel 3.1). Entsprechende Ansätze können daher als bewährt empfohlen werden, auch wenn begründete Abweichungen, die örtlichen Gegebenheiten besser Rechnung tragen, sicher nicht ausgeschlossen werden sollten.

Zunächst einmal hat die Mehrzahl der Kliniken ein System geschaffen, in dem es zwar eine Person, meist die Koordinierende Fachkraft, mit herausgehobener Verantwortung für den Einsatz des Erhebungsbogens gibt, das Erhebungsinstrument selbst zugleich aber von mehreren Fachkräften, etwa Hebammen der Kreißsäle und Pflegekräften der peripartalen Wochenstationen, bearbeitet und ausgefüllt wird. Daraus ergibt sich die Empfehlung, die Anwendung des Erhebungsbogens breit zu schulen und zwar einschließlich der Vorgehensweisen und Schnittstellen, wenn sich die Notwendigkeit zu einem vertiefenden Gespräch oder zur Vermittlung von Frühen Hilfen zeigt. So kann, nach der Erfahrungen der befragten Kliniken, sichergestellt

werden, dass fast alle Mütter erreicht werden, der Arbeitsaufwand auf viele Schultern verteilt wird und ein Gefühl gemeinsamer Verantwortung für den Einsatz des Erhebungsbogens entsteht. Zur Unterstützung können Leitlinien zum Einsatz des Bogens und Kontaktlisten erstellt werden, die sich in einem nur für Fachkräfte zugänglichen Ordner im Kreißaal, der peripartalen Wochenstation oder dem Perinatalzentrum befinden.

Noch breiter, nämlich unter Einbezug von **Fachkräften von Stationen, die nicht der Geburtshilfe angehören**, aber unter Umständen werdende Mütter aufnehmen (Gynäkologie) oder Kinder und ihre Mütter nachbetreuen (Perinatalzentrum), sollten über das Projekt und die zuständigen Personen im Klinikum informiert werden. Damit, so vor allem die Erfahrungen in den Fokusgruppen (vgl. Kapitel 3.1), kann gefördert werden, dass ein Erhebungsbogen schon einmal angelegt bzw. er weiter bearbeitet wird oder wesentliche Beobachtungen und Informationen an zuständige Fachkräfte fließen. Einige Kliniken haben hierbei positive Erfahrungen mit einem Multiplikator/innensystem gemacht, d.h. dass eine Ansprechperson je Abteilung Fortbildungen besucht und Informationen zum Erhebungsbogen und dem dahinterstehenden Projekt dann ins Team trägt.

Ein bemerkenswertes Ergebnis aus den Fokusgruppen war zudem, dass es mehreren Kliniken gelungen ist, funktionierende Vertretungsregelungen zu installieren (vgl. Kapitel 3.1). Im Klinikalltag tritt aufgrund von Schichtbetrieb, Urlaub oder Krankheit häufig die Situation ein, dass ansonsten zuständige Fachkräfte temporär nicht zur Verfügung stehen. Stehen Vertretungen zur Verfügung und ist das Bearbeiten des Erhebungsbogens Bestandteil der normalen Routine, steigt die Chance, dass keine (werdenden) Mütter übersehen werden. Daher sind Vertretungsregelungen sehr zu empfehlen. In einigen Kliniken waren hierbei auch Ärztinnen/Ärzte aktiv einbezogen.

Am Erhebungsbogen werden mitunter Aktualisierungen vorgenommen. Um sicherzustellen, dass alle Kliniken mit dem aktuellen Erhebungsbogen arbeiten, wird angeraten, je Klinik zwei zuständige Fachkräfte zu bestimmen, deren Aufgabe es ist, in regelmäßigen Abständen Aktualisierungen in Erfahrung zu bringen und diese auf den Stationen einzuführen.

Der latent stets vorhandenen Gefahr von **Konkurrenz unter Fachkräften verschiedener Professionen und Hierarchieebenen** kann mit einem regelmäßigen fachlichen Austausch begegnet werden. Wie gezeigt (vgl. Kapitel 3.1), arbeiten in den meisten Kliniken verschiedene Fachkräfte mit dem Erhebungsbogen. Hier kommt es zwangsläufig mitunter zu divergenten Meinungen im Hinblick auf den Grad des Unterstützungsbedarfs. Empfohlen wird in solchen Fällen neben dem vertiefenden Gespräch mit der Mutter ein kollegialer Austausch über die Differenzen in der Einschätzung. Gerade die Auseinandersetzung über anfänglich unterschiedliche Einschätzungen kann, wenn eine gemeinsam getragene Bewertung gefunden wird, sehr zur Teambildung und der Stärkung gemeinsamer Verantwortung beitragen.

5.4 Schulung

Empfehlungen

- *Schulungen zum Erhebungsbogen sollten strukturiert sein, die Handlungs- und Gesprächsebene trainieren und Raum für Nachfragen lassen.*
- *Während regelmäßige Schulungen vor allem auf die Fachkräfte der stationären Geburtshilfe zielen, die (potenziell) mit dem Erhebungsbogen arbeiten, sollten weitergehende Informationsveranstaltungen auch benachbarte Fachrichtungen einbeziehen, um diese über den Erhebungsbogen und das dahinter stehende System von Unterstützungsangeboten in Kenntnis zu setzen.*
- *Ein expliziter Einbezug von Ärztinnen/Ärzten in Schulungen und Informationsveranstaltungen ist wünschenswert.*
- *Durch mehrere Maßnahmen kann versucht werden, trotz des Schichtbetriebs in Kliniken einen hohen Informationsstand unter den Fachkräften zu gewährleisten. Hierzu zählen das Anbieten mehrerer Schulungstermine unter Berücksichtigung des Dienstplans, das Erstellen eines Handapparats mit Protokollen und Materialien sowie die Behandlung von Kerninformationen als Top in Teambesprechungen.*

Schulungen bedeuten Aufwand und kosten Zeit. Zugleich arbeiten kaum Fachkräfte ohne Schulung mit dem „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogen (LupE)“ (vgl. Kapitel 3.9). Bei Schulungen kann es um Hintergründe und Zielsetzung des Erhebungsbogens, das Gespräch mit Müttern und die Bewertung der Ergebnisse sowie die Handhabung der ausgefüllten Bögen und die Weitervermittlung in Unterstützungsangebote gehen. Nicht zuletzt dienen Schulungen aber auch der Herstellung eines gemeinsamen Gefühls der Verantwortung und Zuständigkeit. Vor diesem Hintergrund und den in Kapitel 3.9 geschilderten Erfahrungen und Regelungen in den befragten Kliniken ergeben sich folgende Empfehlungen:

Im Hinblick auf den Nutzen von Schulungen kann zwar jedes methodische Vorgehen nutzbringend sein (z.B. Arthur et al. 2003). Die größten Effekte erreichen jedoch Schulungen, die strukturiert vorgehen, die die tatsächliche Handlungs- bzw. Gesprächsebene trainieren und ausreichend Raum für Nachfragen lassen. Diese Prinzipien sollten also für Schulungen zum Erhebungsbogen handlungsleitend sein. Darüber hinaus wird empfohlen, in breiter ausgerichteten Informationsveranstaltungen nicht nur die Fachkräfte der stationären Geburtshilfe, die unmittelbar mit dem Erhebungsbogen arbeiten, sondern auch **Fachkräfte der Perinatalstationen und ggf. anderer Abteilungen bei interner Verlegung der Mutter** einzubeziehen, damit das Engagement der Klinik für die Frühen Hilfen auf einer breiten Basis steht und die Schnittstelle zu den Frühen Hilfen auch dann kompetent gehandhabt wird, wenn Mütter beispielsweise bereits von der Gynäkologie aufgenommen werden oder das Kind auch nach der Entlassung der Mutter

noch in der Klinik verbleibt. Nach den Ergebnissen der Evaluation sind **Ärztinnen/Ärzte stellenweise an vertiefenden Gesprächen beteiligt**. Hieraus können sich Schulungsbedarfe ergeben. Vor allem aber ist die fachliche Unterstützung der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte für die systematische Exploration von Unterstützungsbedarfen bei Müttern und die nachfolgende Vermittlung in Hilfen sehr wichtig, so dass – trotz der hohen zeitlichen Belastung – die Ermöglichung der Teilnahme von Ärztinnen/Ärzten an Informationsveranstaltungen dringend empfohlen wird.

Im Rahmen der Evaluation (vgl. Kapitel 3.9) wurde weiter deutlich, dass das System der Schichtarbeit im Krankenhaus große Herausforderungen mit sich bringt, wenn möglichst viele Fachkräfte an Schulungen teilnehmen sollen und **Informationsweitergabe in Teams** sichergestellt werden soll. Erneut fanden sich unter den befragten Kliniken aber mehrere positive Beispiele, die andere anregen können. So wurden etwa teilweise von vorneherein mehrere Schulungstermine eingeplant, so dass Fachkräfte verschiedener Schichten teilnehmen können. Weiter wurden teilweise Multiplikatorinnen eingesetzt, Informationen wurden schriftlich weitergegeben oder den Mitarbeitenden wurden Material und Protokolle der Schulungen in Form eines Handapparats auf den verschiedenen Stationen zur Verfügung gestellt. Zudem wurden teilweise Kerninformationen als Top in Teambesprechungen weitervermittelt.

Die Aufrechterhaltung eines guten Informationsstandes bei den Fachkräften, die unmittelbar oder mittelbar mit dem „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogen (LupE)“ in Berührung kommen, ist im Klinikalltag mit seinen vielfältigen Aufgaben zweifellos eine große Herausforderung. Umso erfreulicher ist es, dass auch bei Kliniken, die schon mehrere Jahre mit dem Bogen arbeiten, kein Absinken des Informationsstandes oder des Anteils mit dem Bogen erreichter Mütter geschildert wurde.

5.5 Datenschutz in der Klinik

Empfehlungen

- *Erhebungsbögen sind datenschutzrechtlich wie andere (z.B. sozialanamnestische) Angaben von Patientinnen/Patienten zu behandeln.*
- *Insoweit die Bearbeitung des Erhebungsbogens als Teamaufgabe definiert wird, brauchen die Fachkräfte der jeweiligen funktionalen Organisationseinheit(en) Zugriff auf den Bogen.*
- *Die Frage, ob der Bogen auf andere Stationen mitgegeben werden sollte, hängt davon ab, ob die dort tätigen Fachkräfte bei der Bearbeitung des Erhebungsbogens mitwirken und der Erhebungszweck noch nicht erfüllt ist.*
- *Nach Abschluss eines Behandlungsfalls sollte der Zugriff auf den archivierten Erhebungsbogen auf einen kleinen Kreis von Fachkräften zur Erfüllung festgelegter Aufgaben beschränkt werden.*

Die Entwicklung der Vorgaben im Datenschutz stellt Kliniken insgesamt vor nicht unerhebliche Anforderungen, wie etwa die Diskussionen um die Umsetzung der „Orientierungshilfe Klinikinformationssysteme“ (Landesbeauftragter für den Datenschutz Rheinland-Pfalz 2014) zeigen. Dies gilt beispielsweise im Hinblick auf die Forderung, den Zugriff auf Patientinnendaten/Patientendaten nach der Erforderlichkeit für die persönliche Aufgabenerfüllung der Beschäftigten zu differenzieren (S. 3), jedenfalls aber Patientinnen/Patienten zu jedem Zeitpunkt einer funktionalen Organisationseinheit oder mehreren funktionalen Organisationseinheiten in der Klinik zuzuordnen, die allein datenzugriffsberechtigt sind (S. 4). Viele der Fragen, die unter den Fachkräften im Rahmen der Evaluation des Erhebungsbogens diskutiert wurden (vgl. Kapitel 4.1), verweisen auf sehr viel allgemeinere Unsicherheiten und Veränderungsprozesse im Umgang mit den Daten von Patientinnen und Patienten, die entsprechend kaum isoliert für den Erhebungsbogen gelöst werden können. Dies ergibt sich auch aus der Forderung von Meysen (vgl. Meysen et al. 2009: 131) **Erhebungsbögen** datenschutzrechtlich so zu behandeln, wie andere Angaben von Patientinnen/Patienten auch.

Wird die Bearbeitung des Erhebungsbogens als Teamaufgabe auf Geburtshilfestationen definiert, ergibt sich, dass die Fachkräfte dieser funktionalen Organisationseinheit Zugriff auf den Bogen haben müssen, was durch eine Integration in die elektronische Akte oder die Papierakte der Mutter während ihres Aufenthaltes auf der Station gewährleistet wird. Soweit andere Stationen in die Behandlung der Mutter oder des Kindes einbezogen werden, ergibt sich eine Berechtigung zur Mitgabe des Erhebungsbogens bzw. zur Gewährung des Datenzugriffsrechts nur insoweit als a) eine weitere Bearbeitung des Erhebungsbogens in der zusätzlich oder neu behandelnden Organisationseinheit erfolgt und b) der Zweck der Erhebung, nämlich die Entscheidung über ein vertiefendes Gespräch und gegebenenfalls das An-

bieten von Frühen Hilfen, noch nicht erfüllt ist. Von diesen beiden Bedingungen sollte es also abhängen, inwieweit der Erhebungsbogen bei einem Wechsel der Mutter auf eine andere Station mitgegeben wird bzw. der Kindakte beigelegt wird. Da die Zusammenarbeit verschiedener Stationen bei der Bearbeitung des Erhebungsbogens und der Vermittlung Früher Hilfen von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich ist, verbietet sich eine pauschale Bewertung zu Fragen der Weitergabe des Bogens auf andere Stationen.

Im Hinblick auf die Archivierung der Erhebungsbögen ist einerseits auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft für Behandlungsunterlagen (z.B. Anamnesen) empfohlenen Aufbewahrungsfrist (DKG 2011) von 30 Jahren zu verweisen, auch wenn strittig sein dürfte, ob Unterlagen, die (wie der Erhebungsbogen) im Rahmen von § 31 des Landeskrankenhausgesetzes anfallen, tatsächlich Behandlungsunterlagen im Wortsinn darstellen. Die Beschränkung des Zugriffs nach Abschluss des Behandlungsfalls auf einen kleinen festgelegten Personenkreis nach Ziff. 22 der „Orientierungshilfe Klinikinformationssysteme“ könnte, wie von einigen Kliniken beschrieben, in einer Verwahrung der Erhebungsbögen durch die Koordinierende Fachkraft oder eine andere hierzu bestimmte Person bestehen. Jedenfalls ist nach § 36 Abs. 7 des Landeskrankenhausgesetzes der Zugriff auf die Geburtshilfe als zuständiger Fachrichtung bzw. Betriebseinheit im Sinne des Gesetzes zu beschränken. Im Fall einer Aufnahme der Mutter für eine erneute Geburt können Zugriffsbeschränkungen nach Ziff. 26 der „Orientierungshilfe Klinikinformationssysteme“ gelockert werden, sofern weitere Fachkräfte in die erneute Bearbeitung des Erhebungsbogens einbezogen werden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der „Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen (LupE)“ derzeit kein Feld enthält, in dem ein früher bestehender Unterstützungsbedarf eingetragen und gewertet werden könnte. Es gibt zudem weniger als fünf sogenannte statische Felder, bei denen eine einmal eingetragene Information im Fall einer erneuten Geburt eine Nachfrage an die Mutter erübrigt, so dass insgesamt eine Kenntnis früher ausgefüllter Erhebungsbögen von allenfalls beschränktem Nutzen sein dürfte. Der Schwerpunkt der Einschätzung liegt bei der aktuellen Situation zum Zeitpunkt der Geburt.

5.6 Datenschutz gegenüber anderen Kliniken

Sollen Daten, wie etwa ein Erhebungsbogen, an eine andere Klinik weitergegeben werden, so handelt es sich im Sinn des Bundesdatenschutzgesetzes um eine Datenübermittlung und nicht um eine gemeinsame Nutzung, sofern die Kliniken nicht im Sinne des § 72 SGB V als Versorgungszentrum angesehen werden können. Die Trägerstruktur ist dabei unerheblich (Menzel 2011), ebenso ob sich die Daten empfangende Klinik am Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ beteiligt. Dies bedeutet, dass die Empfehlungen aus Kapitel 5.7 auch hier Gültigkeit haben und eine gesonderte Einwilligung der Mutter in die Datenübermittlung erforderlich ist.

Die von den Fachkräften im Rahmen der Evaluation des Erhebungsbogens zu diesem Punkt angestellten Abwägungen werden von pragmatischen Überlegungen unter innerer Vorwegnahme der angenommenen wohlverstandenen Interessen von Mutter und Kind geprägt. Während ein solch abwägendes Vorgehen an vielen Stellen im Berufsalltag der Fachkräfte äußerst angemessen ist, zeigt es hier nur die Schwierigkeit, sich auf die Betrachtungsweise des Datenschutzrechts einzulassen.

5.7 Zusammenarbeit mit Kooperationspartner/innen

Empfehlungen

- *Bei einer Weitergabe von Informationen an externe Kooperationspartner/innen ist eine Einwilligung der Mutter erforderlich.*
- *Eine gesetzlich geregelte Ausnahme, in der eine Datenübermittlung an das Jugendamt ohne Einwilligung zulässig ist, liegt dann vor, wenn aus Sicht der Fachkräfte der Geburtshilfe eine Kindeswohlgefährdung besteht und es nicht möglich oder nicht ausreichend sicher ist, die Eltern zur freiwilligen Annahme von Hilfe zu bewegen.*
- *Rückmeldungen an die Kliniken oder Nachfragen der Kliniken bei Eltern, ob eine Vermittlung von Unterstützungsangeboten erfolgreich war, bedarf ebenfalls der Einwilligung durch die Betroffenen.*

Die **Informationsweitergabe an externe, also nicht der Klinik zugehörige Kooperationspartner/innen** stellt eine Datenübermittlung im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes dar und bedarf daher – soweit nicht ein Gesetz anderes regelt – der erklärten Einwilligung der Betroffenen, in diesem Fall der betroffenen Mütter (NZFH et al. 2013).

Als gesetzlich geregelte Ausnahme kommt nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) eine nach Einschätzung der Fachkräfte der Geburtshilfe vorliegende Kindeswohlgefährdung in Frage, also eine gegenwärtige Gefahr, in der ohne deutliche Veränderung der Situation mit ziemlicher Sicherheit eine erhebliche Schädigung des Kindes zu erwarten ist. Eine zusätzliche Voraussetzung für eine Übermittlungsbefugnis an das Jugendamt ist nach dem Wortlaut des Gesetzes allerdings, dass ein Versuch, die Eltern zur freiwilligen Inanspruchnahme von Hilfe zu bewegen, erfolglos, nicht möglich oder für das Kind zu gefährlich war und ein Tätigwerden des Jugendamtes von der Fachkraft für erforderlich gehalten wird. Erfolgt in diesen Ausnahmefällen schließlich eine Mitteilung an das Jugendamt ohne Einwilligung der Mutter, so sieht das Gesetz vor, die Eltern über die Informationsweitergabe zu informieren, wenn es nicht konkrete Hinweise darauf gibt (z.B. Drohungen), dass dies für das Kind gefährlich sein könnte.

Wie sich im Rahmen der Evaluation des Erhebungsbogens gezeigt hat, orientieren sich fast alle befragten Kliniken an diesen Anforderungen (vgl. Kapitel 4.2.1), was sehr für die Ernsthaftigkeit der Auseinandersetzung mit der Problematik von Gefährdungsfällen in der Geburtshilfe spricht.

Wie sich weiter gezeigt hat (vgl. Kapitel 4.2.1), wünschen sich viele Fachkräfte eine **Rückmeldung über den Verlauf einer Unterstützungsvermittlung seitens der Kooperationspartner/innen**, wie dem Jugendamt oder Familienhebammen. Grundsätzlich können sie jedoch nur Rückmeldungen erhalten, wenn seitens der Kooperationspartner/innen von den Müttern/Eltern eine Schweigepflichtsentbindung eingeholt wurde. Manche Kliniken holen jedoch die Erlaubnis der Mutter vor Entlassung darüber ein, dass sie entweder die Mutter selbst oder die Koordinierungsstelle nach einer gewissen Zeit kontaktieren und sich nach dem Verlauf erkundigen dürfen. Die Zustimmung der Mutter sollte dabei unbedingt schriftlich festgehalten und wenn möglich gegengezeichnet werden.

5.8 Unterstützung der Klinikleitung und Ärztinnen/Ärzte in der Geburtshilfe

Empfehlungen

- *Die Unterstützung durch Klinikleitung und Ärztinnen/Ärzte sollte im Rahmen von Schulungen und Informationsveranstaltungen sichtbar werden.*
- *Eine regelmäßige Auswertung der Erhebungsbögen kann auf Probleme bei der Umsetzung hinweisen und liefert Daten, die für lokale Kinderschutznetzwerke wichtig sein können.*
- *Die Akzeptanz des Projekts in der Klinik kann durch Informationsveranstaltungen, Teambesprechungen u. ä. gesteigert werden.*

Die Evaluation des „Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (LuPE)“ hat unter anderem ergeben, dass es den befragten Kliniken mit großem Engagement der Fachkräfte gelingt, mit der großen Mehrzahl der entbindenden Mütter über einen eventuellen Unterstützungsbedarf ins Gespräch zu kommen. Mehrere Beiträge aus den Fokusgruppen haben darauf aufmerksam gemacht (vgl. Kapitel 3.1, 3.7), dass es für eine gelingende Umsetzen des Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ der **Unterstützung der Klinikleitungen sowie der Ärztinnen und Ärzte in der stationären Geburtshilfe** bedarf.

Damit diese Unterstützung deutlich wird, sollten Leitungen sowie Ärztinnen und Ärzte sich auch immer wieder in Schulungen und Informationsveranstaltungen einbringen. Um auf eventuelle Probleme reagieren zu können, ist es für die Leitungsebene auch sinnvoll sich jährliche oder halbjährliche Auswertungen der Erhebungsbögen vorlegen zu lassen. Diese Daten können zudem seitens der Kliniken auch in die lokalen Kinderschutznetzwerke

entsprechend § 3 des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit eingebracht werden, da sie wertvolle Hinweise auf Unterstützungsbedarfe geben. Nicht zu vernachlässigen ist auch, dass die politische Unterstützung präventiver Anstrengungen der Kliniken im Rahmen der Frühen Hilfen es Klinikleitungen erleichtert, ihr Engagement gegenüber Trägern zu begründen.

6 Literatur

- Arthur, Winfried/Bennett, Winston/Edens, Pamela/Bell, Suzanne (2003): Effectiveness of Training in Organizations: A Meta-Analysis of Design and Evaluation Features. In: *Journal of Applied Psychology*, 88. Jg., S. 234-245.
- Besier, Tanja/Botzenhart, Simone/Bovenschen, Ina/Gabler, Sandra/Kindler, Heinz/Künster, Anne Katrin/Pillhofer, Melanie/Spangler, Gottfried/Ziegenhain, Ute (2012): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Risikoscreening in der Geburtshilfe. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72 Jg., S. 397–402.
- Botzenhart, Simone (2013): Frühes Risikoscreening im Kinderschutz: Untersuchung der Auswertungsobjektivität des Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch. Dissertation. Ulm: Universität Ulm.
- Brand, Andreas (1998): Theorie, Geschichte, Aufbau und Vergleich der Gruppendiskussion und der Fokusgruppe – zweier qualitativer Forschungsverfahren. München: GRIN-Verlag.
- Byrskog, Ulrika/Olsson, Pia/Essén, Brigitta/Allvin, Marie-Klingberg (2015): Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence. In: *BMC Pregnancy and Birth*, 15. Jg., e1.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011): Aufbewahrungspflichten und –fristen von Dokumenten im Krankenhaus. Berlin.
- Diekmann, Andreas (2014): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Flick, Uwe (2008): Triangulation. Eine Einführung (Reihe Qualitative Sozialforschung Band 12). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Grove, William/Meehl, Paul (1996): Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy. In: *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293–323.
- Häder, Michael (2010): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kindler, Heinz (2009): Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen?. In: Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia/Kindler, Heinz (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe, Mannheim und München: Juventa, S. 173–234.

- Krippeit, Lorena/Belzer, Florian/Martens-Le Bouar, Heike/Mall, Volker/Barth, Michael (2014): Communicating psychosocial problems in German well-child visits. What facilitates, what impedes pediatric exploration? A qualitative study. In: Patient Education and Counseling, 97. Jg., S. 188–194.
- Krueger, Richard A./Casey, Mary Anne (2009): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington: Sage Publications.
- Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kuntz, Jenny/Metzner, Franka/Pawils, Silke (2013): Spezifische Risiko- und Schutzfaktoren von Vätern bei Kindeswohlgefährdung. In: Kindheit und Entwicklung, 22. Jg., S. 14-21.
- Landesbeauftragter für den Datenschutz Rheinland-Pfalz (2014): Orientierungshilfe „Krankenhausinformationssysteme“. Version 2. Stand März 2014. Mainz.
- Link, Bruce/Phelan, Jo (2001): Conceptualizing Stigma. In: Annual Review of Sociology, 27. Jg., S. 363-387.
- Loos, Peter/Schäffer, Burkhard (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Opladen: Leske und Budrich.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Menzel, Hans-Joachim (2011): Informationssysteme in Krankenhaus und Praxis und die Selbstbestimmung des Patienten. In: Datenschutz und Datensicherheit, 35. Jg., S. 853-858.
- Meysen, Thomas/Kindler, Hein/Schönecker, Lydia (2009): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Mannheim/München: Juventa.
- Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen (2013): Fördergrundsätze für Geburtskliniken. Mainz.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2010): Landeskrankenhausplan 2010; http://msagd.rlp.de/no_cache/gesundheit/krankenhauswesen/landeskrankenhausplan-2010/?cid=114139&did=57231&sechasb=4ed085b9 (zuletzt abgerufen: 22.02.2015)

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.)/Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK) am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) (Hrsg.)/Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2013): Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen kompakt;
www.fruebehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruebehilfen.de/downloads/Datenschutz_broschuere_2013.pdf (29.03.2015).
- Reinsperger, Inanna/Piso, Brigitte/Winkler, Roman (2014): Sociomedical risk assessment within prenatal care: systematic overview of recommendations from international evidence-based guidelines. In: The European Journal of Public Health, 24. Jg. (Suppl. 2), S. 324.
- Rollans, Mellanie/Schmied, Virginia/Kemp, Lynn/Meade, Tanya (2013): Negotiating policy in practice: child and family health nurses approach to the process of postnatal psychosocial assessment. In: BMC Health Services, 13. Jg., e133.
- Schnell, Rainer/Esser, Elke/Hill, Paul B. (2013): Methoden der empirischen Sozialforschung. München: Oldenbourg Verlag.
- Wilson, Moira/Tumen, Sara/Ota, Rissa/Simmers, Anthony (2015): Predictive Modeling. Potential Application in Preventive Services. In: American Journal of Preventive Medicine, 48. Jg., S. 509-519.
- Ziegenhain, Ute/Bovenschen, Ina/Fegert, Jörg M./Gabler, Sandra/Künster, Anne Katrin/Pillhofer, Melanie/Spangler, Gottfried (2013): Frühe Hilfen: Chance zur Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen am Beispiel des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“. In: Röhrle, Bernd/Christiansen, Hanna (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. V. Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 55–66.

7 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Kliniken nach Geburten pro Jahr 2014	8
Tabelle 2	Seit wie viel Jahren wird der Erhebungsbogen in der stationären Geburtshilfe eingesetzt bezogen auf die Klinikgröße (Geburten/Jahr)?	9
Tabelle 3	Befragte Fachkraft je Klinik zu Klinikregelungen und Vorgehensweisen	9
Tabelle 4	Befragte Fachkräfte hinsichtlich Bewertungen und Einsatz des Erhebungsbogens in der stationären Geburtshilfe	10
Tabelle 5	Zeitraum des Klinikaufenthalts der Mutter/der Familie, in dem der Erhebungsbogen überwiegend eingesetzt wird (n=29)	16
Tabelle 6	Übersicht über das Angebot von Hebammensprechstunden an den Kliniken (n=29)	16
Tabelle 7	Nutzung der Hebammensprechstunden seitens entbindender Frauen (n=29)	17
Tabelle 8	Fachkräfte der stationären Geburtshilfe, die in der Regel den Erhebungsbogen ausfüllen (Mehrfachnennungen möglich) (n=29)	18
Tabelle 9	Verantwortung für das Ausfüllen der Erhebungsbögen und die Durchführung vertiefender Gespräche (n=29)	19
Tabelle 10	Bewertungen zur Anwendung des Erhebungsbogens (n=61)	24
Tabelle 11	Bewertungen des Nutzens des Erhebungsbogens (n=61)	25
Tabelle 12	Modulbewertung des Erhebungsbogens (n=61)	32
Tabelle 13	Orientierung am Punktesystem des Erhebungsbogens (n=29)	37
Tabelle 14	Wahrgenommene Akzeptanz des Erhebungsbogens im Team der stationären Geburtshilfe (n=61)	40
Tabelle 15	Wahrgenommene Akzeptanz des Erhebungsbogens durch die Mütter (n=61)	42
Tabelle 16	Erhebungsbogen führt zu einer Qualifizierung der Kinderschutzarbeit in der stationären Geburtshilfe (n=61)	43
Tabelle 17	Auswirkungen des Erhebungsbogens auf die klinikinterne und externe Zusammenarbeit (n=61)	44
Tabelle 18	Regelungen im Umgang mit dem Erhebungsbogen bei interner Verlegung der Mutter (n=29)	51
Tabelle 19	Regelungen zur Aufbewahrung des Erhebungsbogens (n=29)	52
Tabelle 20	Regelungen zum Umgang mit dem Erhebungsbogen nach Entlassung von Mutter und Kind aus der Klinik (n=29)	53
Tabelle 21	Informationen, die bei einem erhöhten Unterstützungsbedarf der Mutter seitens der Klinik weitergegeben werden (n=29)	56
Tabelle 22	Regelungen zum Umgang mit dem Erhebungsbogen bei externer Verlegung von Mutter und Neugeborenem (n=29)	59

Anhang

Patientenetikett
(oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)

Guter Start ins Kinderleben

Ver. 10.03.05.2007

St. 1

Datum

Hz.

1. Besondere (auch soziale) Belastung

- 1.1 Alter der Mutter <= 18 Jahre
- 1.2 Alter der Mutter <= 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere
- 1.3 Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als ein Jahr)
- 1.4 Unerwünschte Schwangerschaft
- 1.5 Allein erziehend
- 1.6 Schwere Konflikte in der Partnerschaft
- 1.7 Gewalt in der Partnerschaft
- 1.8 Kinder bereits in Pflege oder Adoption
- 1.9 Familie bereits beim Jugendamt bekannt
- 1.10 Heimerziehung der Mutter
- 1.11 Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit
- 1.12 Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen
- 1.13 Nikotinkonsum > 20 Zig. am Tag
- 1.14 Alkoholabusus
- 1.15 Drogenkonsum
- 1.16 Mangelnde körperliche Hygiene
- 1.17 Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluß)
- 1.18 Soziale / Sprachliche Isolation
- 1.19 Sonstiges/Bemerkungen:

2. mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen

--

3. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen

- 3.1 Frühgeburtlichkeit
- 3.2 Mehrlinge
- 3.3 Angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen
- 3.4 Sonstiges/Bemerkungen:

4. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

- 4.1 wirkt am Kind desinteressiert
- 4.2 macht ablehnende Äußerungen über das Kind
- 4.3 wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
- 4.4 gibt auffallend häufig das Kind ab
- 4.5 fehlendes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes, reagiert überzogen gestresst z.B. wenn das Kind schreit oder spuckt
- 4.6 kein Besuch

5. Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

--

6. Sonstiges

--

Beurteilung

- | | |
|--|---|
| | Hebamme möglich (grün) |
| | Hebamme empfohlen (nur 1 oder nicht 1 und bis 2 Items 2-5 oder 6) (gelb) |
| | Familienhebamme (1 und mind. 1 Item 2-5 oder 3 Items 2-5 oder 6) (orange) |
| | Sonstiges |

Patientenetikett (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)

A. Besondere (auch soziale) Belastung

- A.1 Alter der Mutter <= 21 Jahre
- A.2 Rasche Geburtenfolge (weniger als ein Jahr)
- A.3 Unerwünschte Schwangerschaft
- A.4 Allein erziehend
- A.5 Schwere Konflikte in der Partnerschaft
- A.6 Kinder bereits in Pflege oder Adoption
- A.7 Familie bereits durch Jugendamt unterstützt
- A.8 Aufwachsen der Mutter außerhalb der Herkunftsfamilie
- A.9 Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit
- A.10 Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen
- A.11 Nikotinkonsum in der Schwangerschaft
- A.12 Alkoholabusus
- A.13 Drogenkonsum
- A.14 Mangelnde körperliche Hygiene
- A.15 Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss)
- A.16 Soziale/Sprachliche Isolation
- A.17 Sonstiges/Bemerkungen: _____

Teile A. & B.:
Datum /Hz

B. Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen

C. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen

- C.1 Frühgeburtlichkeit
- C.2 Mehrlinge
- C.3 Angeborene/ neonatal erworbene Erkrankungen
- C.4 Sonstiges /Bemerkungen: _____

Teil C.:
Datum /Hz

D. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

- D.1 wirkt am Kind desinteressiert
- D.2 macht ablehnende Äußerungen über das Kind
- D.3 wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
- D.4 gibt auffallend häufig das Kind ab
- D.5 fehlendes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes, reagiert überzogen gestresst z.B. wenn das Kind schreit oder spuckt
- D.6 kein Besuch

Teil D.:
Datum /Hz

E. Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

F. Sonstiges

Teile E. & F.:
Datum /Hz

Beurteilung

- grün Hebamme empfehlen
- gelb Hebamme empfehlen und über bestehende Hilfen informieren (nur A – oder nicht A und bis zu 2 Punkte B-E oder F)
- orange vertiefendes Gespräch führen, Familienhebamme empfehlen & Hilfen anbieten (A und mind. 1 Punkt bei B-E oder nicht A und bis zu 3 Punkte bei B-E oder F)
- sonstiges _____

Gesamtbewertung:
Datum /Hz

**Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE)
für Fachkräfte im Feld der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz
- im Auftrag des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen RP -**

Fragebogen

**Pflegedienstleitungen/ Stationsleitungen/ Pflegeperson mit bes. Zuständigkeit für
LupE-Bogen der Wöchnerinnen-/ Mutter-Kind-Station
(nicht als Koordinierende Fachkraft)**

**-
leitende Hebamme/ Hebamme mit bes. Zuständigkeit für LupE-Bogen des Kreißsaals
(nicht als Koordinierende Fachkraft)**

**-
Leiterin für Wöchnerinnen-/Mutter-Kind-Station und Kreißsaal
(nicht als Koordinierende Fachkraft)**

A Allgemeine Fragen

- 1. Seit wie vielen Jahren sind Sie Pflegedienstleitung/ Stationsleitung/ (leitende) Hebamme/ Fachkraft der Wöchnerinnen-/ Mutter-Kind-Station/ des Kreißsaals?**

_____ *[Bitte Jahr(e) eintragen]*

- 2. Wie viele Geburten finden im Durchschnitt pro Jahr auf Ihrer Station statt?**

_____ *[Bitte Anzahl eintragen]*

- 3. Bitte geben Sie kurz die Gesamtzahl der Personen an, die in der stationären Geburtshilfe arbeiten:**

_____ *[Bitte Gesamtzahl eintragen]*

- 4. Unserem Wissen nach arbeitet auf der Geburtshilfestation eine Koordinierende Fachkraft. Ist dies richtig?**

ja

nein

[weiter mit Frage 9]

- 5. Für welche Stationen ist die Koordinierende Fachkraft zuständig?**

ausschließlich für die stationäre Geburtshilfe

für das gesamte Haus

- 6. Ist allen Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe die Koordinierende Fachkraft bekannt sowie deren Funktion und Aufgaben?**

ja

teils/teils

nein

7. Welche Aufgaben hat die Koordinierende Fachkraft?

[Bitte Aufgaben eintragen]

8. Besucht die Koordinierende Fachkraft alle Frauen nach der Geburt?

- ja, wenn möglich
 nein, nur bei besonderer Indikation

9. Gibt es an Ihrer Klinik eine Hebammensprechstunde?

- ja
 nein *[weiter mit Frage 11]*

10. Von welchem Anteil der entbindenden Frauen wird die Hebammensprechstunde schätzungsweise genutzt?

- von nur sehr wenigen der entbindenden Frauen
 von ca. einem Viertel der entbindenden Frauen
 von ca. der Hälfte der entbindenden Frauen
 von ca. drei Viertel der entbindenden Frauen
 von nahezu allen entbindenden Frauen

11. Wissen Sie, seit wieviel Jahren der LupE-Bogen bei Ihnen eingesetzt wird?

[Bitte Jahr(e) eintragen]

12. Haben Sie eigene Erfahrungen mit dem Ausfüllen des LupE-Bogens?

- ja
 nein, das Wissen über den LupE-Bogen basiert auf Rückmeldungen von den Pflegekräften/ den Hebammen

13. Wissen Sie, ob von der stationären Geburtshilfe jemand an Treffen des Netzwerks Frühe Hilfen teilnimmt?

- ja, und zwar: _____
 nein, es nimmt niemand teil
 weiß nicht

B Regelungen zum Einsatz des LupE-Bogens

14. Können Sie einschätzen, bei welchem Anteil der Geburten auf Ihrer Station der LupE-Bogen eingesetzt wird?

- bei keiner Geburt
- bei ca. einem Viertel der Geburten
- bei ca. der Hälfte der Geburten
- bei ca. drei Viertel der Geburten
- bei nahezu allen Geburten

15. Gibt es Gruppen, bei denen sich die Anwendung häufig schwieriger gestaltet?

- ja, und zwar: _____
- nein *[weiter mit Frage 17]*

16. Gibt es Ihres Wissens nach Lösungen, um diese Probleme zu beheben?

- ja, und zwar: _____
- nein

17. In welchem Zeitraum des Klinikaufenthalts der Mutter/ der Familie wird der LupE-Bogen überwiegend eingesetzt?

- bei der Erstvorstellung
- bei der stationären Aufnahme
- kurz nach der Geburt
- das ist ganz verschieden

18. Wer füllt auf Ihrer Station in der Regel den LupE-Bogen aus (Mehrfachnennungen möglich)?

- Koordinierende Fachkraft
- Personen des Pfllegeteams
- Hebammen
- Ärztinnen/Ärzte
- Pflegedienstleitung
- Stationsleitung
- leitende Hebamme
- wir legen das jeweils kurzfristig fest
- Sonstige, und zwar: _____

19. Gibt es jemand mit festgelegter Verantwortung dafür, dass der LupE-Bogen tatsächlich ausgefüllt wird?

- ja, und zwar: _____
- nein

20. Wenn ein vertiefendes Gespräch mit der Mutter/ der Familie nötig wird, wer führt dieses üblicherweise?

- die Fachkraft, die den LupE-Bogen ausgefüllt hat
- meist eine bestimmte Fachkraft und zwar: _____
- wir legen das jeweils kurzfristig fest

C Bewertungen zur Anwendbarkeit des LupE-Bogens in der stationären Geburtshilfe

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen nach den 4 Skalen:

21. Der LupE-Bogen lässt sich gut in den Arbeitsablauf der Geburtshilfestation einbetten.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

22. Der LupE-Bogen ist mittlerweile fester Bestandteil von Routinen und Übergaben.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

23. Der LupE-Bogen ist zeitlich zu aufwändig.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

24. Der LupE-Bogen ist gut strukturiert.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

25. Der LupE-Bogen ist verständlich formuliert.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

26. Eine Verschlinkung des LupE-Bogens ist notwendig.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

D Nutzen des LupE-Bogens

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen nach den 4 Skalen:

27. Der LupE-Bogen ermöglicht es, den Unterstützungsbedarf der Mutter/ der Familie systematischer zu erfassen.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

28. Der LupE-Bogen ermöglicht ein eindeutigeres Erfassen des Unterstützungsbedarfs der Mutter/ der Familie.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

29. Die einzelnen Module des LupE-Bogens sind fachlich sinnvoll:

1. Das Modul „besondere (auch soziale) Belastung“:

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

2. Das Modul „mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen“:

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

3. Das Modul „Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen“:

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

4. Das Modul „Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“:

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

5. Das Modul „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“:

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

30. Beim LupE-Bogen fehlt etwas Wesentliches:

- ja, und zwar: _____
 nein

31. Wissen Sie, ob dem LupE-Bogen von der Klinikseite Ergänzungen hinzugefügt wurden?

- ja, und zwar: _____
- nein
- weiß nicht

32. Wissen Sie, ob sich die Beurteilung des Unterstützungsbedarfs der Mutter/ Familie am Punktesystem des LupE-Bogens wie vorgeschlagen orientiert oder wurde dies verändert?

- wie vorgeschlagen
- verändert, und zwar: _____
- weiß nicht

Bitte bewerten Sie die folgende Aussage erneut nach der 4er-Skala:

33. Der LupE-Bogen führt insgesamt zu einer Qualifizierung der Kinderschutzarbeit in der stationären Geburtshilfe.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| stimme zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme nicht zu |

34. Hat der LupE-Bogen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von Pflegepersonal, Hebammen und Ärztinnen/ Ärzten auf der Station?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eher positive
Auswirkungen | eher negative
Auswirkungen | nein | weiß nicht |
| | | <i>[weiter mit Frage 36]</i> | <i>[weiter mit Frage 36]</i> |

35. Inwiefern hat der LupE-Bogen positive Auswirkungen/ negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit?

_____ *[Bitte Auswirkungen eintragen]*

36. Hat der LupE-Bogen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von Klinikpersonal und Jugendamt?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eher positive
Auswirkungen | eher negative
Auswirkungen | nein | weiß nicht |
| | | <i>[weiter mit Frage 38]</i> | <i>[weiter mit Frage 38]</i> |

37. Inwiefern hat der LupE-Bogen positive Auswirkungen/ negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt?

_____ *[Bitte Auswirkungen eintragen]*

E Wahrgenommene Akzeptanz des LupE-Bogens

a) auf Seiten der Fachkräfte (Pflegerpersonen/ Hebammen)

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen erneut nach der 4er-Skala:

38. Die Fachkräfte stehen der Anwendung des LupE-Bogens insgesamt positiv gegenüber.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

39. Bei den Fachkräften wird oft über den Dokumentationsaufwand durch den LupE-Bogen geklagt.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

40. Die Fachkräfte finden den LupE-Bogen insgesamt sinnvoll, um den Unterstützungsbedarf von Müttern/ Familien besser einschätzen und kommunizieren zu können.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

41. Bei den Fachkräften gibt es oft Befürchtungen, dass durch den LupE-Bogen das Vertrauensverhältnis zu den Müttern/ Familien belastet wird.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

b) auf Seiten der Mütter/ Familien

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen erneut nach der 4er-Skala:

42. Die Mütter/ Familien zeigen insgesamt eine große Bereitschaft, sich im Sinne des LupE-Bogens mitzuteilen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

43. Viele Mütter/ Familien reagieren ablehnend, wenn es um den LupE-Bogen geht.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

44. Die Mütter/ Familien zeigen insgesamt eine große Bereitschaft, bedarfsgerechte Unterstützung durch Frühe Hilfen anzunehmen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

F Datenschutz

45. Gibt es in der Klinik Regelungen, wo und wie lange der LupE-Bogen aufbewahrt wird?

- ja
 es befindet sich in der Diskussion
 nein *[Weiter mit Frage 47]*

46. Wo wird der LupE-Bogen in Papier oder digital aufbewahrt?

- Patientinnenakte
 anderer Ort, und zwar: _____

47. Können Sie bitte kurz erläutern, wer Zugriff auf den LupE-Bogen hat und wer nicht?

[Bitte eintragen, wer Zugriff hat]

48. Was geschieht mit dem LupE-Bogen, wenn Mutter und Kind die Klinik verlassen haben?

[Bitte eintragen]

a) Regeln zur Weitergabe des LupE-Bogens innerhalb der Klinik

49. Wenn die Mutter auf eine andere Station im Haus verlegt wird, bleibt der LupE-Bogen dann in der Patientinnenakte?

- ja nein keine Regelung weiß nicht

50. Wenn die Mutter aus der Klinik entlassen, das Neugeborene aber noch auf der Perinatalstation/ Neonatologie der Klinik bleiben muss, wird der LupE-Bogen dann in der PatientInnenakte des Kindes weitergeführt?

- ja nein keine Regelung weiß nicht

b) Informationsweitergabe nach außen**51. Wer ist auf Ihrer Station vor allem zuständig für die Vermittlung Früher Hilfen/ einer Familienhebamme (Mehrfachnennungen möglich)?**

- Koordinierende Fachkraft
- Personen des Pfllegeteams
- Hebammen
- Ärztinnen/Ärzte
- Pflegedienstleitung
- Stationsleitung
- leitende Hebamme
- Sonstige, und zwar: _____

52. Wenn ein erhöhter bis hoher Unterstützungsbedarf der Mutter/ Familie festgestellt wird und die Mutter/ Familie Hilfen wünscht: Wissen Sie, welche Informationen dann die Klinik verlassen?

- hängt völlig vom Fall ab *[weiter mit Frage 54]*
- prinzipiell keine *[weiter mit Frage 54]*
- die Familien erhalten eine Kontaktadresse und müssen sich selbst melden *[weiter mit Frage 54]*
- prinzipiell nur die Kontaktadresse der Familie *[weiter mit Frage 54]*
- Kontaktadresse und unsere Einschätzung des Hilfebedarfs
- Kontaktadresse und LupE-Bogen
- weiß ich nicht *[weiter mit Frage 54]*

53. Holen Sie für die Übermittlung weitergehender Informationen in der Regel das ausdrückliche Einverständnis der Mutter/ Familie ein?

- ja
- nein, wir sehen dies durch den Hilfewunsch abgedeckt
- das hängt völlig vom Fall ab

54. An wen erfolgt die externe Weitergabe von Daten (Mehrfachnennungen möglich)?

- Koordinierungsstelle Frühe Hilfen
- Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)
- Jugendamt
- Familienhebammen
- Familien-Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen
- Sonstige, und zwar: _____

55. Gibt es Ihres Wissens nach eine Regelung, wann Informationen zu einer Familie auch gegen deren Einwilligung an das Jugendamt oder eine vergleichbare Stelle weitergegeben werden?

- nein
- weiß ich nicht
- wenn wir denken, dass das Wohl des Kindes gefährdet ist
- wenn wir denken, dass der Familie noch einmal Unterstützung angeboten werden sollte
- Sonstige, und zwar: _____

56. Falls Sie schon einmal den Fall hatten, dass eine Mutter mit Neugeborenem in eine andere Klinik unter dem Dach desselben Trägers verlegt wurde: Wissen Sie, ob der Lupe-Bogen dann mitgegeben wurde?

- ich erinnere mich an keinen solchen Fall
- weiß nicht, ob es einen Lupe-Bogen gab bzw. was mit diesem geschehen ist
- Bogen wurde mitgegeben
- Bogen wurde nicht mitgegeben

57. Falls Sie schon einmal den Fall hatten, dass eine Mutter mit Neugeborenem in eine andere Klinik unter dem Dach eines fremden Trägers verlegt wurde: Wissen Sie, ob der Lupe-Bogen dann mitgegeben wurde?

- ich erinnere mich an keinen solchen Fall
- weiß nicht, ob es einen Lupe-Bogen gab bzw. was mit diesem geschehen ist
- Bogen wurde mitgegeben
- Bogen wurde nicht mitgegeben

G Schulung

58. Sind die Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe, die den LupE-Bogen anwenden, in der Regel geschult?

- ja
- nein

59. Welche Art oder welche Arten von Schulungen werden bei Ihnen zum Lupe-Bogen durchgeführt?

[Bitte Schulung(en) eintragen]

60. Wer nimmt an Schulungen und Beratertagen teil?

- Nur Fachkräfte, die unmittelbar mit dem LupE-Bogen arbeiten
- auch andere Fachkräfte und zwar: _____

61. Wie gehen Sie mit dem Problem um, dass in der stationären Geburtshilfe aufgrund des Schichtbetriebs selten alle zu einem Fortbildungstermin Zeit haben?

[Bitte eintragen]

62. Halten Sie eine jährliche Inhouse-Schulung zum LupE-Bogen für Mitarbeitende der stationären Geburtshilfe für sinnvoll oder für zu aufwändig?

sinnvoll zu aufwändig weiß nicht

63. Haben Sie weitere Vorschläge, um Mitarbeitende regelmäßig über Änderungen am LupE-Bogen und dessen Anwendung zu informieren?

[Bitte weitere Vorschläge eintragen]

H Abschluss

64. Wissen Sie, ob die Klinik für sich die ausgefüllten LupE-Bögen auswertet?

ja nein weiß nicht
[weiter mit Frage 66] *[weiter mit Frage 66]*

65. Wissen Sie, welche Daten ausgewertet werden?

[Bitte eintragen]

66. Gibt es Ihrerseits noch Anmerkungen, die der Fragebogen nicht abgefragt hat und die sie uns gerne mitteilen möchten?

[Bitte eintragen]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!!!

**Evaluation des Ludwigshafener peripartalen Erhebungsbogens (EvalLupE)
für Fachkräfte im Feld der Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz
- im Auftrag des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen RP -**

Fragebogen

**Pflegedienstleitung / Stationsleitung/ Pflegeperson der Wöchnerinnen-/
Mutter-Kind-Station und (in Ausbildung zur) Koordinierende(n) Fachkraft**

**-
leitende Hebamme/ (Familien-)Hebamme des Kreißsaals
und (in Ausbildung zur) Koordinierende(n) Fachkraft**

A Allgemeine Fragen

1. **Seit wie vielen Jahren sind Sie Koordinierende Fachkraft in der stationären Geburtshilfe?**

_____ *[Bitte Jahr(e) eintragen]*

2. **Wie viele Geburten finden im Durchschnitt pro Jahr auf Ihrer Station statt?**

_____ *[Bitte Anzahl eintragen]*

3. **Bitte geben Sie kurz die Gesamtzahl der Personen an, die in der stationären Geburtshilfe arbeiten:**

_____ *[Bitte Gesamtzahl eintragen]*

4. **Für welche Stationen sind Sie als Koordinierende Fachkraft zuständig?**

- ausschließlich für die stationäre Geburtshilfe
 für das gesamte Haus

5. **Sind Sie allen Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe als Koordinierende Fachkraft bekannt sowie Ihre Funktion und Aufgaben?**

- ja teils/teils nein

6. Welche Aufgaben haben Sie als Koordinierende Fachkraft?

[Bitte Aufgaben eintragen]

7. Besuchen Sie als Koordinierende Fachkraft alle Frauen nach der Geburt?

- ja, wenn möglich
 nein, nur bei besonderer Indikation

8. Gibt es an Ihrer Klinik eine Hebammensprechstunde?

- ja
 nein *[weiter mit Frage 11]*

9. Von welchem Anteil der entbindenden Frauen wird die Hebammensprechstunde schätzungsweise genutzt?

- von nur sehr wenigen der entbindenden Frauen
 von ca. einem Viertel der entbindenden Frauen
 von ca. der Hälfte der entbindenden Frauen
 von ca. drei Viertel der entbindenden Frauen
 von nahezu allen entbindenden Frauen

10. Wissen Sie, seit wieviel Jahren der LupE-Bogen bei Ihnen eingesetzt wird?

[Bitte Jahr(e) eintragen]

11. Haben Sie eigene Erfahrungen mit dem Ausfüllen des LupE-Bogens?

- ja
 nein, das Wissen über den LupE-Bogen basiert auf Rückmeldungen von den Pflegekräften/ den Hebammen

12. Wissen Sie, ob von der stationären Geburtshilfe jemand an Treffen des Netzwerks Frühe Hilfen teilnimmt?

- ja, und zwar: _____
 nein, es nimmt niemand teil
 weiß nicht

B Regelungen zum Einsatz des LupE-Bogens

13. Können Sie einschätzen, bei welchem Anteil der Geburten auf Ihrer Station der LupE-Bogen eingesetzt wird?

- bei keiner Geburt
- bei ca. einem Viertel der Geburten
- bei ca. der Hälfte der Geburten
- bei ca. drei Viertel der Geburten
- bei nahezu allen Geburten

14. Gibt es Gruppen, bei denen sich die Anwendung häufig schwieriger gestaltet?

- ja, und zwar: _____
- nein [weiter mit Frage 17]

15. Gibt es Ihres Wissens nach Lösungen, um diese Probleme zu beheben?

- ja, und zwar: _____
- nein

17. In welchem Zeitraum des Klinikaufenthalts der Mutter/ der Familie wird der LupE-Bogen überwiegend eingesetzt?

- bei der Erstvorstellung
- bei der stationären Aufnahme
- kurz nach der Geburt
- das ist ganz verschieden

18. Wer füllt auf Ihrer Station in der Regel den LupE-Bogen aus (Mehrfachnennungen möglich)?

- ich als Koordinierende Fachkraft
- Personen des Pfllegeteams
- Hebammen
- Ärztinnen/Ärzte
- Pflegedienstleitung
- Stationsleitung
- leitende Hebamme
- wir legen das jeweils kurzfristig fest
- Sonstige, und zwar: _____

19. Gibt es jemand mit festgelegter Verantwortung dafür, dass der LupE-Bogen tatsächlich ausgefüllt wird?

- ja, und zwar: _____
- nein

20. Wenn ein vertiefendes Gespräch mit der Mutter/ der Familie nötig wird, wer führt dieses üblicherweise?

- die Fachkraft, die den LupE-Bogen ausgefüllt hat
- meist eine bestimmte Fachkraft und zwar: _____
- wir legen das jeweils kurzfristig fest

C Bewertungen zur Anwendbarkeit des LupE-Bogens in der stationären Geburtshilfe

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen nach den 4 Skalen:

21. Der LupE-Bogen lässt sich gut in den Arbeitsablauf der Geburtshilfestation einbetten.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

22. Der LupE-Bogen ist mittlerweile fester Bestandteil von Routinen und Übergaben.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

23. Der LupE-Bogen ist zeitlich zu aufwändig.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

24. Der LupE-Bogen ist gut strukturiert.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

25. Der LupE-Bogen ist verständlich formuliert.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

26. Eine Verschlinkung des LupE-Bogens ist notwendig.

- stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

D Nutzen des LupE-Bogens

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen nach den 4 Skalen:

27. Der LupE-Bogen ermöglicht es, den Unterstützungsbedarf der Mutter/ der Familie systematischer zu erfassen.

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

28. Der LupE-Bogen ermöglicht ein eindeutigeres Erfassen des Unterstützungsbedarfs der Mutter/ der Familie.

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

29. Die einzelnen Module des LupE-Bogens sind fachlich sinnvoll:

1. Das Modul „besondere (auch soziale) Belastung“:

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

2. Das Modul „mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen“:

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

3. Das Modul „Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen“:

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

4. Das Modul „Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“:

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

5. Das Modul „Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden“:

- stimme zu
 stimme eher zu
 stimme eher nicht zu
 stimme nicht zu

30. Beim LupE-Bogen fehlt etwas Wesentliches:

- ja, und zwar: _____
 nein

31. Wissen Sie, ob dem LupE-Bogen von der Klinikseite Ergänzungen hinzugefügt wurden?

- ja, und zwar: _____
- nein
- weiß nicht

32. Wissen Sie, ob sich die Beurteilung des Unterstützungsbedarfs der Mutter/ Familie am Punktesystem des LupE-Bogens wie vorgeschlagen orientiert oder wurde dies verändert?

- wie vorgeschlagen
- verändert, und zwar: _____
- weiß nicht

Bitte bewerten Sie die folgende Aussage erneut nach der 4er-Skala:

33. Der LupE-Bogen führt insgesamt zu einer Qualifizierung der Kinderschutzarbeit in der stationären Geburtshilfe.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| stimme zu | stimme eher zu | stimme eher nicht zu | stimme nicht zu |

34. Hat der LupE-Bogen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von Pflegepersonal, Hebammen und Ärztinnen/ Ärzten auf der Station?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eher positive
Auswirkungen | eher negative
Auswirkungen | nein | weiß nicht |
| | | <i>[weiter mit Frage 36]</i> | <i>[weiter mit Frage 36]</i> |

35. Inwiefern hat der LupE-Bogen positive Auswirkungen/ negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit?

_____ *[Bitte Auswirkungen eintragen]*

36. Hat der LupE-Bogen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit von Klinikpersonal und Jugendamt?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eher positive
Auswirkungen | eher negative
Auswirkungen | nein | weiß nicht |
| | | <i>[weiter mit Frage 38]</i> | <i>[weiter mit Frage 38]</i> |

37. Inwiefern hat der LupE-Bogen positive Auswirkungen/ negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt?

_____ *[Bitte Auswirkungen eintragen]*

E Wahrgenommene Akzeptanz des LupE-Bogens

a) auf Seiten der Fachkräfte (Pflegerpersonen/ Hebammen)

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen erneut nach der 4er-Skala:

38. Die Fachkräfte stehen der Anwendung des LupE-Bogens insgesamt positiv gegenüber.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

39. Bei den Fachkräften wird oft über den Dokumentationsaufwand durch den LupE-Bogen geklagt.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

40. Die Fachkräfte finden den LupE-Bogen insgesamt sinnvoll, um den Unterstützungsbedarf von Müttern/ Familien besser einschätzen und kommunizieren zu können.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

41. Bei den Fachkräften gibt es oft Befürchtungen, dass durch den LupE-Bogen das Vertrauensverhältnis zu den Müttern/ Familien belastet wird.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

b) auf Seiten der Mütter/ Familien

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen erneut nach der 4er-Skala:

42. Die Mütter/ Familien zeigen insgesamt eine große Bereitschaft, sich im Sinne des LupE-Bogens mitzuteilen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

43. Viele Mütter/ Familien reagieren ablehnend, wenn es um den LupE-Bogen geht.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

44. Die Mütter/ Familien zeigen insgesamt eine große Bereitschaft, bedarfsgerechte Unterstützung durch Frühe Hilfen anzunehmen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

F Datenschutz

45. Gibt es in der Klinik Regelungen, wo und wie lange der LupE-Bogen aufbewahrt wird?

- ja
- es befindet sich in der Diskussion
- nein *[Weiter mit Frage 47]*

46. Wo wird der LupE-Bogen in Papier oder digital aufbewahrt?

- Patientinnenakte
- anderer Ort, und zwar: _____

47. Können Sie bitte kurz erläutern, wer Zugriff auf den LupE-Bogen hat und wer nicht?

[Bitte eintragen, wer Zugriff hat]

48. Was geschieht mit dem LupE-Bogen, wenn Mutter und Kind die Klinik verlassen haben?

[Bitte eintragen]

a) Regeln zur Weitergabe des LupE-Bogens innerhalb der Klinik

49. Wenn die Mutter auf eine andere Station im Haus verlegt wird, bleibt der LupE-Bogen dann in der Patientinnenakte?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ja | nein | keine Regelung | weiß nicht |

50. Wenn die Mutter aus der Klinik entlassen, das Neugeborene aber noch auf der Perinatalstation/ Neonatologie der Klinik bleiben muss, wird der LupE-Bogen dann in der PatientInnenakte des Kindes weitergeführt?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ja | nein | keine Regelung | weiß nicht |

b) Informationsweitergabe nach außen**51. Wer ist auf Ihrer Station vor allem zuständig für die Vermittlung Früher Hilfen/ einer Familienhebamme (Mehrfachnennungen möglich)?**

- ich als Koordinierende Fachkraft
- Personen des Pfllegeteams
- Hebammen
- Ärztinnen/Ärzte
- Pflegedienstleitung
- Stationsleitung
- leitende Hebamme
- Sonstige, und zwar: _____

52. Wenn ein erhöhter bis hoher Unterstützungsbedarf der Mutter/ Familie festgestellt wird und die Mutter/ Familie Hilfen wünscht: Wissen Sie, welche Informationen dann die Klinik verlassen?

- hängt völlig vom Fall ab *[weiter mit Frage 54]*
- prinzipiell keine *[weiter mit Frage 54]*
- die Familien erhalten eine Kontaktadresse und müssen sich selbst melden *[weiter mit Frage 54]*
- prinzipiell nur die Kontaktadresse der Familie *[weiter mit Frage 54]*
- Kontaktadresse und unsere Einschätzung des Hilfebedarfs
- Kontaktadresse und LupE-Bogen
- weiß ich nicht *[weiter mit Frage 54]*

53. Holen Sie für die Übermittlung weitergehender Informationen in der Regel das ausdrückliche Einverständnis der Mutter/ Familie ein?

- ja
- nein, wir sehen dies durch den Hilfewunsch abgedeckt
- das hängt völlig vom Fall ab

54. An wen erfolgt die externe Weitergabe von Daten (Mehrfachnennungen möglich)?

- Koordinierungsstelle Frühe Hilfen
- Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)
- Jugendamt
- Familienhebammen
- Familien-Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen
- Sonstige, und zwar: _____

55. Gibt es Ihres Wissens nach eine Regelung, wann Informationen zu einer Familie auch gegen deren Einwilligung an das Jugendamt oder eine vergleichbare Stelle weitergegeben werden?

- nein
- weiß ich nicht
- wenn wir denken, dass das Wohl des Kindes gefährdet ist
- wenn wir denken, dass der Familie noch einmal Unterstützung angeboten werden sollte
- Sonstige, und zwar: _____

56. Falls Sie schon einmal den Fall hatten, dass eine Mutter mit Neugeborenem in eine andere Klinik unter dem Dach desselben Trägers verlegt wurde: Wissen Sie, ob der Lupe-Bogen dann mitgegeben wurde?

- ich erinnere mich an keinen solchen Fall
- weiß nicht, ob es einen Lupe-Bogen gab bzw. was mit diesem geschehen ist
- Bogen wurde mitgegeben
- Bogen wurde nicht mitgegeben

57. Falls Sie schon einmal den Fall hatten, dass eine Mutter mit Neugeborenem in eine andere Klinik unter dem Dach eines fremden Trägers verlegt wurde: Wissen Sie, ob der Lupe-Bogen dann mitgegeben wurde?

- ich erinnere mich an keinen solchen Fall
- weiß nicht, ob es einen Lupe-Bogen gab bzw. was mit diesem geschehen ist
- Bogen wurde mitgegeben
- Bogen wurde nicht mitgegeben

G Schulung

58. Sind die Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe, die den LupE-Bogen anwenden, in der Regel geschult?

- ja
- nein

59. Welche Art oder welche Arten von Schulungen werden bei Ihnen zum Lupe-Bogen durchgeführt?

[Bitte Schulung(en) eintragen]

60. Wer nimmt an Schulungen und Beratertagen teil?

- Nur Fachkräfte, die unmittelbar mit dem LupE-Bogen arbeiten
- auch andere Fachkräfte und zwar: _____

61. Wie gehen Sie mit dem Problem um, dass in der stationären Geburtshilfe aufgrund des Schichtbetriebs selten alle zu einem Fortbildungstermin Zeit haben?

[Bitte eintragen]

62. Halten Sie eine jährliche Inhouse-Schulung zum LupE-Bogen für Mitarbeitende der stationären Geburtshilfe für sinnvoll oder für zu aufwändig?

sinnvoll zu aufwändig weiß nicht

63. Haben Sie weitere Vorschläge, um Mitarbeitende regelmäßig über Änderungen am LupE-Bogen und dessen Anwendung zu informieren?

[Bitte weitere Vorschläge eintragen]

H Abschluss

64. Wissen Sie, ob die Klinik für sich die ausgefüllten LupE-Bögen auswertet?

ja nein weiß nicht
[weiter mit Frage 66] *[weiter mit Frage 66]*

65. Wissen Sie, welche Daten ausgewertet werden?

[Bitte eintragen]

66. Gibt es Ihrerseits noch Anmerkungen, die der Fragebogen nicht abgefragt hat und die sie uns gerne mitteilen möchten?

[Bitte eintragen]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!!!

Gefördert/ finanziert durch

Bundesinitiative
Frühe Hilfen 



Bundesministerium
für Familie, Senioren
und Jugend



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM
FÜR INTEGRATION, FAMILIE,
KINDER, JUGEND UND FRAUEN

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstr.2
81541 München
Telefon +49(0)89 62306-0
Fax +49(0)89 62306-162
www.dji.de