



Frühe Hilfen in der Geburtshilfe erkennen und kommunizieren

Eine qualitative Studie über Erfahrungen von Eltern

Hintergrund

Durch die Angebote der Frühen Hilfen sollen vielfältige, niedrigschwellige Zugänge zu Eltern in Belastungslagen geschaffen werden. Sie greifen vorhandene systemische Ansätze aus der Schwangerenberatung, der Jugendhilfe und Frühförderung sowie der Gesundheitsversorgung auf, entwickeln diese weiter und verbinden sie durch interdisziplinäre Kooperation in lokalen Netzwerken der Frühen Hilfen. Dabei sind *alle* Hilfesysteme, die mit Familien in der Gründungsphase oder Geburt weiterer Kinder in Kontakt kommen, aufgerufen, Hilfebedarf feinfühlig wahrzunehmen und mit den Familien darüber ins Gespräch zu kommen [1]. In den Geburtskliniken können in Deutschland fast alle werdenden Familien erreicht werden, weshalb die Bundesinitiative Frühe Hilfen die Kooperation mit Geburtshelfern und Hebammen besonders fördert. Ziel ist eine psychosoziale Unterstützung, die über die eigentliche medizinische Versorgung hinausgeht. Die Klärung eines möglichen Hilfebedarfs mit der Familie ist besonders wünschenswert und lohnend, wenn diese sich in prekären und belasteten Lebenslagen befinden [2, 3]. Die Unterstützung und Begleitung soll angeboten werden, ohne die Erfüllung der Entwicklungsaufgaben der Familien oder die Selbstwirksamkeit durch Bevormundung zu behindern.

Die Zielsetzung der Frühen Hilfen gehört mit dieser Aufgabenstellung in den Bereich der Gesundheitsförderung, legt man einen breit angelegten, ganzheitlichen Begriff von Gesundheit zu Grunde [4]. In einem kurativ ausgerichteten Gesundheitswesen stehen diese Aufgaben nicht im Vordergrund des professionellen Auftrags. Fachkräfte des Gesundheitswesens werden in der Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen mit bisher ungewohnten Aufgaben sowie einer erweiterten Perspektive aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und sozialen Arbeit betraut. Diese Erweiterung des Aufgabenspektrums ist anspruchsvoll, gerade auch angesichts immer kürzerer Verweildauer auf der Wochenbettstation und den zunehmenden ambulanten Entbindungen in den Geburtskliniken. Dies hat einen Diskurs über die Kernaufgaben, professionelle Haltungen und Praktikabilität der Integration neuer Aufgaben angeregt, was auch die vor Ort durchgeführte qualitative Bedarfsermittlung mit Pflegenden und Hebammen zeigte [5].

Partizipation ist ein wesentlicher Bestandteil der Frühen Hilfen. Deshalb ist es notwendig, die Eltern selbst zu Wort kommen zu lassen und ihre Erfahrungen und Bedürfnisse zu erfragen und ernst zu nehmen. In Fokus dieses Artikels stehen deshalb die Erfahrungen der Eltern mit Gesprächs- und Unterstützungsangeboten, die der frühen Phase der Entwicklung von Angeboten der Frühen Hilfen ab 2008 zugeordnet

werden konnten. Die Begriffsbestimmungen über Ziele und Aufgaben waren zu diesem Zeitpunkt noch unbestimmt und wurden in einem breiten fachlichen und gesellschaftlichen Diskurs zunehmend geklärt. Die Begriffsbestimmung durch den wissenschaftlichen Beirat des NZFH erschien 2009 und in 2012 trat das Bundeskinderschutzgesetz mit weiterer Klärung der Aufgaben und Rahmenbedingungen der Frühen Hilfen in Kraft [6].

Projektbeschreibung

Das Projekt „Guter Start in die Familie (GuStaF)“ des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) am Campus Lübeck wurde von April 2010 bis zum März 2012 durch Fachkräfte der Geburtshilfe unterstützt, im Arbeitsalltag soziale Aspekte medizinischen Handelns zur Gesundheitsförderung und Stärkung junger Familien zu integrieren und anzuwenden und sich mit lokalen Unterstützungsangeboten zu vernetzen. In Kooperation mit der Weiterbildungsakademie des Klinikums wurden 2 Hebammen zu „Mentorinnen für klinische Frühe Hilfen“ ausgebildet. In der 2-jährigen Projektlaufzeit wurden, entsprechend der Ergebnisse der Bedarfsermittlung, Fortbildungskonzepte zu Früher Hilfen für das klinisch tätige Fachpersonal entwickelt und erprobt. Das Projekt hatte eine bindungsfreundliche, familienorientierte Ausrichtung [7]. Die Ergebnisse und Erfahrungen des Pro-

jektes sind in den Lehrfilm für Fachkräfte mit dem gleichnamigen Titel eingeflossen, der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vertrieben wird [8].

Dem Personal des Kreißsaals stand der „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ zur Verfügung und konnte als Arbeitshilfe verwendet werden [9]. Hier werden 5 Problemlagen genannt:

- mindestens eine besondere soziale Belastung,
- mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen,
- deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes,
- beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes,
- starke Zukunftsangst und Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden.

Im Rahmen der Fortbildung dienten Familien, die über den Anhaltsbogen oder intuitive Wahrnehmung von Hilfebedarf durch die Fachkräfte identifiziert wurden, als „Lehr- und Lernfälle“ im Learning-by-doing-Fortbildungskonzept. Diesen Familien wurde ein Angebot zum vertiefenden Gespräch durch die Fachkräfte/Mentorinnen in Ausbildung in Begleitung durch die Projektkoordinatorin (C. P.) gemacht.

Fragestellung

In der Begleitforschung zur Evaluation der Fortbildungsmaßnahmen wurde in einer qualitativen Interviewstudie mit Eltern ein Jahr nach Projektabschluss untersucht, inwiefern es gelungen war, Familien mit einem Hilfebedarf zu erreichen, vertiefende Gespräche zu führen und Unterstützung anzubieten. Dabei interessierte besonders, welche Aspekte bezüglich eines subjektiven Hilfebedarfs (Problemlagen) von den Eltern geschildert und wie die Gesprächs- und Unterstützungsangebote wahrgenommen worden waren. Es geht um erinnerte Gesprächskontakte in der perinatalen Phase und den in der Geburtsklinik und nach Entlassung gemachten Erfahrungen der Eltern. Vorgaben, welche Gesprä-

che oder Hilfeleistungen zu den Früh-Hilfen-Angeboten gerechnet werden, wurden nicht gemacht. Eine Validierung durch objektivierbare Inanspruchnahme von Angeboten oder die Perspektive der Fachkräfte war nicht Teil dieser Studie.

Die Forschungsfragen lauteten im Einzelnen:

1. Welche Problemlagen werden berichtet, die zu einem Gespräch zwischen einer Fachkraft und den berichtenden Eltern führten?
2. Ist es gelungen, Zugang zu Familien zu finden und Kontakt zur Familie aufzunehmen?
3. Welche Erfahrungen mit den vermittelten Hilfen werden mitgeteilt?

Methoden

Für die qualitative Studie wurden semistrukturierte, leitfadengestützte Interviews von durchschnittlich 33 min Dauer (minimal 19:05 min bis längstens 57:56 min) im Rahmen von Hausbesuchen ein Jahr nach Geburt des Kindes bei den Familien durchgeführt.

Die wörtlich transkribierten Interviews wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet [10]. Die schrittweise Bearbeitung des Interviewmaterials erfolgte dabei zunächst in einer theoriegeleiteten, deduktiven Vorgehensweise zur Strukturierung des Materials: Erste Strukturierungsdimensionen wurden aus den Forschungsfragen abgeleitet. In weiteren Materialdurchläufen wurde das Kategoriensystem im Laufe des Codierungsprozesses induktiv (datengeleitet) ergänzt und überarbeitet, wodurch relevante Bedeutungsaspekte in Form von Kategorien berücksichtigt wurden. Selektive Verzerrungen und Verfälschungen sind im Auswertungsprozess soweit wie möglich bedacht worden. Die Auswertung des Materials erfolgte von 2 unabhängigen Untersucherinnen (D. S. und C. P.) und die Ergebnisse wurde miteinander abgeglichen. Die Ergebnisse wurden in der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden vorgestellt und diskutiert. Die Auswahl der wörtlichen Zitate für die Manuskripterstellung folgte den gefundenen Kategorien und soll diese belegen und illustrieren.

Stichprobe und Durchführung

Von August bis Dezember 2011 wurden im Rahmen des Projektes GuStaF im Kreißsaal 37 entbindende Frauen mit vermehrtem Hilfebedarf identifiziert. Es handelte sich dabei nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um Familien, die entweder selbst einen Hilfebedarf anmeldeten oder in den Augen der Hebammen und Pflegenden im Kreißsaal belastet, d. h. hilfebedürftig, erschienen. Bei 12 Familien lag eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der katamnestischen qualitativen Studie bei der Entlassung aus der Geburtsklinik vor. Unter den bekannten Kontaktdaten konnten 4 Mütter nicht mehr erreicht werden. Bei einer Mutter riet die amtlich bestellte Betreuerin von einer Nachbefragung der als lernbehindert geltenden Frau ab, da ihr Kind in Obhut einer Pflegefamilie aufwachse. Insgesamt wurden in 7 Familien 9 Nachbefragungen durchgeführt, 7 mit Müttern und 2 mit Vätern, sodass von 2 Kindern beide Elternteile interviewt wurden. Das Studiendesign wurde von der Ethikkommission der Universität Lübeck genehmigt. Die Teilnahme an den Interviews der Nachbefragung war freiwillig. Alle Daten sind anonymisiert.

Ergebnisse

Problemlagen rund um die Geburt

Bei der Stichprobe der Nachbefragung stellt sich eine große Heterogenität der geschilderten Problemlagen dar (■ **Tab. 1**). In aller Regel berichteten die Eltern von einer Kombination verschiedener Belastungen. Auch wenn alle Eltern Belastungen oder Problemlagen geschildert haben, beurteilten sie deren Relevanz in unterschiedlichem Maße und beschrieben nicht für jeden Belastungsfaktor einen Hilfebedarf. Im Vergleich mit den im Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch aufgelisteten Risikofaktoren zeigte sich, dass erhebliche soziale Belastungen nur von 3 Interviewpartnerinnen (ID 6, 7 und 8) genannt wurden, während jeweils 4 von Belastungen durch erhöhte Fürsorgeanforderungen durch das Kind (ID 2, 6, 8 und 9) oder starke Zukunftsängste und Gefühle der Überforderung (ID 2, 4,

C. Prüßmann · D. Stindt · J. Brunke · U. Klinkhammer · U. Thyen

Frühe Hilfen in der Geburtshilfe erkennen und kommunizieren. Eine qualitative Studie über Erfahrungen von Eltern

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Wahrnehmung des Hilfebedarfs und feinfühligere Kommunikation über psychosoziale Belastungen sind neue, anspruchsvolle Aufgaben für Pflegende, Hebammen, Sozialdienste und Ärzte in den Geburtskliniken. Im Rahmen des Projekts „Guter Start in die Familie (GuStaF)“ als Lern- und Fortbildungsangebot in einer universitären Geburtsklinik konnten Eltern über ihre Erfahrungen mit der Intervention befragt werden.

Zielsetzung. Evaluation der Kontaktaufnahme und Kommunikation mit Fachkräften in der Geburtshilfe und der Bewertung der angebotenen Hilfen aus Elternsicht.

Methoden. Leitfadengestützte, qualitative Interviews mit 7 Familien ein Jahr nach der Geburt des Kindes.

Ergebnisse. Bei den berichteten Problemlagen standen kindbezogene, erhöhte Fürsorgeanforderungen und Überforderung, neben sozialen Belastungen, im Vordergrund. Der Gesprächseinstieg durch Fachkräfte wurde bei unpassend empfundenen Ratschlägen, Bevormundung oder Stigmatisierung als fehlgeschlagen, bei feinfühligem Zuhören und konkreter Unterstützung als hilfreich erinnert. Einzelne Gespräche verstärkten Belastungen. Neben positiven und negativen Erfahrungen mit den vermittelten Hilfsangeboten stellten die Passgerechtigkeit und Verlässlichkeit besonders wichtige Aspekte dar.

Diskussion. Die Begleitung der Familien rund um die Geburt stellt Anforderungen an die Klinik, die nicht immer mit tradierten professionellen Haltungen und Kompetenzen in Einklang zu bringen sind. Besonders bedeutsam scheint eine Beachtung des persönlichen körperlichen und seelischen Wohlbefindens von Mutter und Kind, nichtstigmatisierender Gesprächseinstieg, Passgerechtigkeit der Hilfsangebote sowie Vermeidung von inkonsistentem Verhalten innerhalb von Institutionen und im Netzwerk zu sein.

Schlüsselwörter

Geburtshilfe · Frühe Hilfen · Familienorientierung · Gesprächsführung · Kooperation

Recognition and communication of early preventive services in obstetrics. A qualitative interview study with parents

Abstract

Background. The perception of patients' needs of support and sensitive communication about psychosocial stress all represent new, exacting tasks for nursing staff, midwives, social workers and physicians in obstetrics. As part of Good Start into the Family (GuStaF), a learning and teaching project in a university hospital, we were able to interview parents about their experiences with the intervention.

Objective. Evaluation of the process of establishing contacts, the communication with professionals in obstetrics and the support offered from the perspective of parents.

Methods. Qualitative guided interviews with seven families one year after the delivery.

Results. Problem areas reported by parents were predominately related to increased parental care and the feeling of being overwhelmed in addition to social stress. Core themes in communication addressed the entry into conversations, which was remembered negatively when advice was perceived as improper, patronizing or stigmatizing, and positively when professionals had listened sensitively and had provided tangible support. Some conversations increased stress. Relating to assistance and support, parents reported both positive and negative experiences. Justness and reliability emerged as particularly important topics.

Discussion. The attendance of families around the time of the delivery poses

varying demands upon the hospital staff, not necessarily in keeping with traditional professional attitudes and competencies. Careful attention to the personal physical and emotional well-being of mothers and newborns, non-stigmatizing entry into the conversations, justness of the support and avoiding inconsistencies within the institution and the network all appear to be of great importance.

Keywords

Obstetrics · Early preventive services · Family oriented services · Communication · Cooperation

6 und 7) berichteten. Beobachtete oder reflektierte Schwierigkeiten bei der Annahme des Kindes spielten in einem Fall eine Rolle (ID 1). In keinem Fall berichteten die Eltern von dem Gefühl, von dem Kind abgelehnt zu werden. Insofern zeigt sich in dieser Studiengruppe, dass gesundheitliche oder sozial-emotionale Aspekte eine bedeutsame Rolle spielten und häufiger genannt wurden als soziale Risikofaktoren.

Zugang zu Familien und Kontaktaufnahme

Bei der Bewertung der Kontaktaufnahme und damit des Zugangs untersuchten wir Antworten auf die Frage, wie es den Fachkräften in der Geburtsklinik, ggf. auch der Kinderklinik gelungen ist, ein Gespräch und Unterstützung anzubieten. Als zentrale Kategorie wurde hierfür „Kommunikation“ gewählt. Die Eltern

berichteten über vielfältige Erfahrungen in der Kommunikation, d. h. Kontaktaufnahme, Verlauf und Inhalte der Gespräche. Sie schildern sowohl problematische und als auch hilfreiche Gespräche.

Fehlgeschlagene Gesprächseinstiege

Erinnerungen an fehlgeschlagene Gesprächseinstiege betreffen unterschiedliche Situationen – ein Zugang zu den

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung						
ID	Interview-partner, Alter ^a	Zahl Kinder	Problemlage(n)	Schulabschluss & Beruf der Mutter	Schulabschluss & Beruf des Vaters/Partners ^b	Familiäre Situation ^b
1	Mutter, 21 Jahre	1	Deutliche Schwierigkeiten bei der Annahme des Neugeborenen nach Kaiserschnittentbindung, Entlassung aus der Geburtsklinik und Verbleib des Kindes in der Neonatologie	Hauptschulabschluss, Verkäuferin (abgeschlossene Lehre), voll berufstätig (nur Mutterschutz)	Keine Angaben zu Ausbildung und Beruf, aktuell in Erziehungszeit	Lebenspartnerschaft mit Kindsvater
2	Mutter, 25 Jahre	1	Diagnose einer schweren Behinderung des ungeborenen Kindes in der 38. SSW (Spina bifida), Kaiserschnittentbindung, Überforderung durch soziale Lage (Ernährerin der Familie)	Mittlere Reife, berufliche Ausbildung, voll berufstätig (nur Mutterschutz)	Hauptschulabschluss, beruflich-betriebliche Ausbildung, arbeitslos, aktuell in Erziehungszeit	Verheiratet
3	Vater, Ehemann von ID 2					
4	Mutter, 32 Jahre	2	Ängste zu Beginn der 2. SS nach traumatisch empfundenem Notfallkaiserschnitt beim ersten Kind, vaginale Entbindung	Fachhochschulreife, Erzieherin, Mutterschutz, anschl. Erziehungszeit	Fachhochschulreife Tätigkeit in Leitungsfunktion voll berufstätig	Verheiratet
5	Vater, Ehemann von ID 4					
6	Mutter, 26 Jahre	1	Soziale Belastung, psychische Erkrankung der Mutter (Borderline Persönlichkeitsstörung), Kaiserschnittentbindung und Frühgeburt des Kindes, Ängste im Umgang mit dem Kind	Mittlere Reife, abgeschlossene Lehre, zum Zeitpunkt der Geburt arbeitslos (ALG 2) und wohnungssuchend	Neuer Partner der Mutter selbstständiger Akademiker	Alleinerziehend
7	Mutter, 25 Jahre	1	Soziale Belastung, psychische Erkrankung der Mutter (Depression), vaginale Entbindung	Mittlere Reife, Arzthelferin, zum Zeitpunkt der Geburt arbeitslos (ALG 2) und wohnungssuchend	Neuer Partner und sozialer Vater: Hauptschulabschluss, voll berufstätig	Getrennt vom leiblichen Vater des Kindes, in neuer Lebenspartnerschaft
8	Mutter, 19 Jahre	1	Schwierige Schwangerschaft, Kaiserschnittentbindung und Frühgeburt des Kindes	Hauptschulabschluss, nicht berufstätig (ALG 2)	Kein Schulabschluss, nicht berufstätig/im Praktikum	Lebenspartnerschaft mit Kindsvater
9	Mutter, 19 Jahre	3	Mehrfach belastete junge Mutter, verschiedene Vaterschaften der 3 Kinder, Kaiserschnittentbindung und Frühgeburt des Kindes	Kein Schulabschluss, keine Berufsausbildung, halbtags im eigenen Betrieb beschäftigt	Mittlere Reife, voll berufstätig als Selbstständiger	Verheiratet

^aBei Geburt des Kindes

^bZum Zeitpunkt der Nachbefragung

Familien ist in diesen Fällen nicht gelungen. Die Erinnerungen beziehen sich auf Gespräche mit behandelnden Ärzten und Ärztinnen, in denen durch mangelndes Zuhören oder fehlende Zeit Erwartungen enttäuscht wurden. Eine Mutter berichtete von einem unpassend empfundenen Ratschlag des Gynäkologen, nachdem sie ihre Sorgen und Ängste in Bezug auf die bevorstehende Entbindung ihres zweiten Kindes angesprochen hatte: „Er hat dann gesagt, naja, ich solle vielleicht gucken, dass meine Erwartungen nicht so groß sind, dann kann ich auch nicht enttäuscht werden. Und da hab ich gesagt: ‚Ok, dann bist du nicht der Richtige für mein Problem‘“ (ID 4). Diese Erfahrung wiederholte sich in einem Informationsgespräch mit einer

Anästhesistin, wo sie Beratung suchte wegen eines Narkosezwischenfalls bei der ersten Geburt: „Ich musste mich immer sehr erklären. Das dauert lange, bis man die Hilfe bekommt oder das Ohr, was einem da zuhört, sich öffnet für die Sorgen und Nöte, die ich hatte im Vorwege, weil scheinbar es eigentlich so gedacht ist, ok, Anästhesie für ne Kaiserschnittfrau, erklär ich ihr mal kurz, dann kann sie wieder losgehen und gut is.“ (ID 4).

Bevormundende Gespräche

Bevormundende und belehrende Gespräche werden in der Regel negativ erinnert. In einem Fall hatten die Fachkräfte deutliche psychosoziale Risiken wahrgenommen. Der hinzugezogene

Sozialdienst machte die Entlassung des Kindes nach der Schilderung der Mutter davon abhängig, dass sie sich bei der kommunalen Beratungsstelle der Frühen Hilfen vorstellt: „... und die ist dann zu mir gekommen und hat sozusagen als Voraussetzung gesetzt, dadurch dass ich geh, dass ich mich da dann halt auch melde. Bei diesen Frühen Hilfen.“ (ID 1).

Eine sehr junge Mutter, deren Frühgeborenes in der Kinderklinik betreut wurde, berichtet über ein Gespräch mit der Neonatologin: „... ob ich in ein betreutes Wohnen möchte. Nein, natürlich nicht. Ich hab schon meine Wohnung, ich brauch keine Hilfe. [...] Die Kinderärztin wollt es nicht akzeptieren.“ (ID 8). Die Zuweisung eines potenziellen Risikos kann als Stigmatisierung erlebt werden: „Aber

ich hab gesehen, da war sie bei 'ner anderen, 'ne andere Frau hat auch ein Kind bekommen. Und nur weil die ein bisschen älter war als ich. Die hat sie gleich ganz anders behandelt. So, jaaa, auch so alles gezeigt und bei mir so, ja, du bist jung, du brauchst eh Hilfe, sowas..." (ID 8). Das Aushändigen von Informationsmaterial scheint in einer solchen Situation kein guter Gesprächseinstieg zu sein: „Aber die haben mir so ne Prospekte gegeben. Halt für Hilfen, junge Mütter und so was. Aber ich hab die einfach in den Müll geschmissen [...]. Ich brauch sie eh nicht, aber hier, nimm sie. Dann nimmt man einfach an und sagt Dankeschön.“ (ID 8).

Belastende Gespräche

Eine erstgebärende Mutter beschreibt die mangelnde Feinfühligkeit von Pflegekräften in der stationären Versorgung. Zum Beispiel fehle die mütterliche Fürsorge der Schwestern im Routineablauf des Stationsalltags eines großen Krankenhauses. Überforderung wurde deutlich bei einer Mutter, deren Kind als Frühgeborenes per Kaiserschnitt entbunden worden war. Hinweise der Klinikmitarbeiter, die Mutter solle sich an der Pflege des Kindes aktiv beteiligen und behördliche Angelegenheiten telefonisch vom Wochenbett aus klären, führten zu dem Gefühl völliger Erschöpfung: „Besonders schlecht gelaufen ist natürlich dieses Telefonat, wo man nicht verstanden hat, dass es jetzt nicht funktioniert und eigentlich einen auf'n Pott gesetzt hat, dass man das trotzdem macht, obwohl man total am Ende ist. Ja.“ (ID 6).

Gelungene Gespräche

Andere Berichte von Eltern beschreiben gelungene Kommunikation, die auf positive Erfahrungen im interpersonellen Kontakt hinweist. Die feinfühligste Gesprächsführung kann eine Stabilisierung in Krisensituationen ermöglichen: „... die Hebamme hat auch so ne beruhigende Wirkung auf einen. Sie ist ja die Ruhe selbst. Ja, [...] sie ist halt so 'n Mensch, geht auf einen ein, guckt und schaut. Ja, ich glaub ich hätt' alles in mich reingefressen bis ich daran zusammengebrochen wär ne, weil mit meinem Mann konnt ich nicht drüber reden, dem ging es

noch viel schlimmer als mir.“ (ID 2). Die persönliche Stärkung nach gelungener und verständnisvoller Gesprächsführung wird in einem weiteren Interview deutlich: „Da hab ich einfach erzählt [...] wo meine Ängste liegen, was ich so brauche, wo ich gedacht hab, das ist das Ziel, 'ne normale Geburt, aber auch nicht krampfhaft und über medizinische Möglichkeiten hinaus. Also einfach es zu erzählen und zu sagen, dass man nicht alleine auf der Welt damit ist. Ich würd fast sagen, das ist ja so ein traumatisches Erlebnis gewesen [...] einfach mit dem Blick auf eine nächste Geburt musste was bewältigt werden und da haben mir auch schon die beiden Gespräche, wo es nur darum ging, dass mir eigentlich jemand zugehört hat, mich hinterher kurz sortiert hat, also was ist das was ich noch erledigen kann oder was brauch ich noch, konnt ich mir wunderbar auch selber helfen...“ (ID 4).

Erfahrung mit den vermittelten Hilfen

In der Auswertung der Antworten in diesem Bereich ergab sich, dass sich neben der Hauptkategorie „Erfahrungen mit den vermittelten Hilfen“ mit den Unterkategorien positive Erfahrungen, unerfüllte Unterstützungswünsche, unpassende Hilfen und negative Erfahrungen auch eine Kategorie „Passgerechtigkeit“ herausbildete, über die gesondert berichtet wird.

Positive Erfahrungen

Die Antworten auf die Frage nach den Erfahrungen mit den Gesprächs- und Unterstützungsangeboten zeigen, dass die Beziehung zwischen der helfenden und der Hilfe empfangenden Person als besonders bedeutsam eingeschätzt wird: „... Also was ich super fand ist, dass meine Frau im Grunde genau die Hebamme bekommen hat, die sie brauchte. Das ist ja auch so ne Idee, man hat jemanden [...], der kommt aus Eigeninitiative zu den Frühen Hilfen und braucht das und das und das. Das heißt, es würde 'ne Anamnese erhoben werden und jede Hebamme hat ihr Profil und dementsprechend kann dann die Hebamme empfohlen werden. Also 'ne Berufsanfängerin zum Beispiel wäre in dem Fall überhaupt nicht geeignet gewe-

sen...“ (ID 5). Weiterhin wurde mehrfach die persönliche Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit als positive Erfahrung benannt. Eine junge Mutter beschreibt das Lob der Hebamme nach der Geburt ihres Kindes: „... Also ich wollt auch gar nicht so ne Vorbereitung. Weil beim ersten Kind will ich alles selbst erfahren, alles selbst lernen. Und meine Hebamme meinte auch, ich mache es perfekt mit ihr und auch jetzt läuft alles sehr gut. Ich hab mir eigentlich vorgestellt, jede Frau kriegt das hin. Warum sollte ich das nicht hinbekommen? Dafür sind die Frauen ja gemacht.“ (ID 8). Das Erleben von Selbstwirksamkeit und persönliche Erfolgserlebnisse bei empfundenen Belastungen wird ebenfalls als positiv (bereichernd) genannt: „Ich hab mich gut vorbereitet, ich hab dafür gekämpft. Es hat sich gelohnt, nicht aufzugeben, sondern da noch weiter dranzubleiben und auch vielleicht war es auch schon die Therapie an sich für mich, diese Steine in den Weg gelegt zu bekommen, weil ich daran wachsen konnte.“ (ID 4). Eine Mutter hat positiv erlebt, dass der Hilfebedarf schon frühzeitig bekannt war und damit die Sorge vor einer Krisensituation reduziert wurde: „Nicht sich anfangen zu erklären [...], sondern man wusste schon vorher um die Problematik und konnte dann ja auch schnell den Zugriff auf jemanden machen, der da zur Hilfe steht vielleicht.“ (ID 4).

Unerfüllter Unterstützungswunsch

Eine alleinstehende Mutter äußert einen spezifischen Hilfswunsch (Hilfe bei einem Umzug in den Tagen vor der Entbindung), ohne sich selber damit als insgesamt „hilfebedürftig“ zu empfinden: „... Also ich war einfach nie hilfsbedürftig so [...], es war halt bekannt, dass ich in diesem Umzug war. Es ist natürlich schwierig, aber ich hätte mir gewünscht, dass mir da jemand hilft. Für diesen speziellen Umzug hätt ich dann auch Hilfe angenommen, ja.“ (ID 7).

Während die Frage nach sozialen und persönlichen Risiken von einigen als bevormundend und stigmatisierend erlebt wird (siehe Kommunikation), äußert eine andere Mutter, dass ihr niedriges Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten nicht ausreichend wahrgenommen

wurde – sie wäre gerne direkter angesprochen worden.

Unpassende Hilfen

Eine Mutter, die das Gesprächsangebot des Kliniksozialdienstes für sich selbst nicht hilfreich fand, kann dies aber von dem prinzipiellen Nutzen von Hilfsangeboten unterscheiden: „Hilfreich auf keinen Fall. Angemessen schon. [...] Also ich persönlich wollte das nicht, aber ich kann mir vorstellen und ich weiß auch, dass viele andere Patienten oder hilfsbedürftige Personen persönlichere Unterstützung brauchen, dass halt wirklich jemand diese Anträge wirklich mit denen direkt zusammen ausfüllt und vielleicht auch direkt sagt, wo man die hinschicken kann.“ (ID 7).

Negative Erfahrungen mit dem Hilfesystem

Zur Akzeptanz von Gesprächs- und Unterstützungsangeboten gehört auch, dass die vereinbarten Hilfen in verbindlichem Handeln münden. Eine Kontaktaufnahme zu einem Frühe-Hilfen-Angebot gelang in einem Fall nicht, da die Beratungsstelle sich über Wochen nicht zurückmeldete. Der Sozialdienst des Krankenhauses hatte die Kontaktaufnahme dringlich empfohlen, aber keine gemeinsame Übermittlung des Hilfebedarfs organisiert. Auch eine andere Mutter wünschte sich Verlässlichkeit: „Also, ich finde, wenn man das möchte die Frühen Hilfen in Anspruch zu nehmen, würd ich das auf jeden Fall schön finden, wenn die sich vielleicht bei einem melden würden, dass man da sozusagen vermittelt wird, ja.“ (ID 1).

Zur Herstellung von positiv erlebter Unterstützung und Hilfe gehört aus Sicht der Eltern die Klärung von Zuständigkeiten unterschiedlicher Professionen. Eine Mutter berichtete über Unklarheit, welche Leistung und Angebote zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung bei welcher Berufsgruppe in Anspruch genommen werden können. Eine weitere Mutter berichtete über Unklarheit, welche Stelle für sie zuständig wäre, weil der Sozialdienst keinen konkreten Interventionsbedarf sah: „Wer kann mir eigentlich helfen, [...] jetzt ist eigentlich noch nicht so richtig ihr [Sozialdienst] Zuständigkeitsbereich

da...“ (ID 4). Eine weitere Mutter berichtet in Bezug auf die Angebote der Frühen Hilfen eines Jugendhilfeträgers: „Also, ich hab da eigentlich nicht so viel Ahnung von was die [Frühe Hilfen] sind. Also ich hab nur mal gehört, dass die einem beim Haushalt helfen sollen oder dass die einem zeigen, wie man das alles unter einen Hut bekommt, aber ja, mehr Informationen hab ich da auch gar nicht.“ (ID 1).

Passgerechtigkeit der Unterstützung

Es wurde in der Auswertung deutlich, dass die Heterogenität der persönlichen Wünsche und Erwartungen sehr groß ist. Die Angebote sollten aus Elternsicht sensibel, flexibel, an den subjektiven Wünschen und Bedarfen der Eltern orientiert und nicht-stigmatisierend sein, um als passend erlebt zu werden. Die von Eltern empfundene Passgerechtigkeit hängt davon ab, Wünsche und Erwartungen aufzugreifen und entsprechend maßgerechte Angebote zu zuschneiden. Dazu gehört auch die Berücksichtigung vorhandener Ressourcen der Familie oder der Person selbst.

Erkennen und Stärkung von Ressourcen

Die Stärkung durch vorhandene, unterstützend erlebte familiäre Beziehungen wird mehrfach berichtet. Dazu zählen sowohl die Partnerschaft als auch die Unterstützung durch die weitere Familie. Die stationäre Aufnahme von Angehörigen gehört ebenfalls zu den Aspekten empfundener Stärkung: „... weil alleine hätte ich das glaub ich nicht geschafft so wirklich. Ja...“ (ID 2). Zur Stärkung kann auch eine Vertrautheit mit der Umgebung durch wiederholte persönliche Kontakte gehören, die die Ängste reduzieren: „Ich glaube, das hat mir auch geholfen, also mich immer wieder auf Unigelände zu treffen, in den Kreißsaal zu gehen, den Geruch zu haben und die Atmosphäre anzunehmen [...] und zu sagen, irgendwann wirst du hier auch herkommen, es wird nicht mehr so lange dauern.“ (ID 4).

Positive Erfahrungen von Passgerechtigkeit können insbesondere gemacht werden, wenn die Betroffenen aktiv Wünsche formulieren können:

„Also besonders gut gelaufen ist auf jeden Fall [...], weil ich gesagt habe, das und das ist los und dass man dann versucht, jemanden zur Seite zu stellen. Das fand ich auf jeden Fall positiv.“ (ID 6). Ein vorausgehender innerer Klärungsprozess, in dem die persönlichen Ängste reflektiert werden, wird von einer anderen Mutter geschildert: „... ich würd es fast so nennen, ein traumatisches Erlebnis bei der ersten Geburt [...] und jetzt bei der zweiten [...], jetzt muss ich mir irgendwie Hilfe holen [...]. Also ich hab mir dann hier zu Hause überlegt, brauch ich ne Psychologin oder was brauch ich denn?“ (ID 4).

„Wunschvorstellungen“

Zu einigen Aspekten wurden konkrete Hinweise zu Unterstützungsmöglichkeiten gegeben, auch wenn die persönlichen Erfahrungen ggf. andere waren. Der Wunsch nach früher psychosozialer Unterstützung einer psychisch und sozial belasteten Mutter richtet sich an eine beratende psychologische Begleitung rund um die Geburt und handlungspraktische Anleitung in der Babypflege. „Ich denke [...], also meine Wunschvorstellung auf jeden Fall, dass man mir ne Psychologin beratend zur Seite gestellt hätte, in dem Moment, wo man gemerkt hat, ich bin überfordert mit meiner Tochter. Aber nicht in dem Sinne, dass man mir sagt: ‚Sie bleiben jetzt noch ne Woche hier‘, weil davon hab ich auch nichts. Sondern eher mit Gesprächen. Und ja, dass man mir noch ne Hilfe zur Seite gestellt hat, wie man mit der Kleinen überhaupt umgeht. Ich wusste ja gar nichts. Die war einfach da. Als Mutter bist du da total überfordert, wenn du das überhaupt nicht kennst. So ging es mir.“ (ID 6). „Ja, dass da jemand kommt, so jetzt gucken wir mal, wie geht's denn eigentlich dir, unabhängig von den ganzen Blumen, von dem Kind und von den Strampeln, so.“ (ID 4).

Diskussion

Die Studie zeigt, dass die überwiegende Zahl von Problemlagen und Anlässe für Unterstützungsbedarf sich nicht allein über die bekannten psychosozialen Risikofaktoren wie soziale Not und (bekanntere) psychische Erkrankung der Eltern

erkennen lassen. Die in den Anhaltbogen aufgenommenen erhöhten Fürsorgeanforderungen durch das Kind und Ängste vor der Zukunft sowie Gefühle der Überforderung spielten eine deutlich größere Rolle. Wie in dem Abschnitt „Belastende Gespräche“ gezeigt, besteht die Möglichkeit, dass subjektiv erlebte körperliche und seelische Belastungen im Rahmen von Kaiserschnittbindungen und Frühgeburt des Kindes von den Klinikmitarbeitern unter- oder fehlgeschätzt werden. Möglich scheint folgende Erklärung: Da es zu den Kernaufgaben der Klinikmitarbeiter gehört, mit Krankheiten und Komplikationen umzugehen, wird eine Mutter nach unkomplizierter Geburt (einschließlich unkomplizierter Kaiserschnittbindung!) und ihr Neugeborenes (auch das „unkomplizierte“ Frühgeborene!) als gesund wahrgenommen. Insbesondere die mit Frühgeburtlichkeit zusammenhängenden Probleme schienen keine, über die Einrichtungen der Geburtshilfe und der Neonatologie reichende, Bedeutung zu haben. Die vorzeitige, plötzliche und oft als bedrohlich erlebte Geburtssituation, die eine enorme Belastung für die Mütter darstellt, wird in der Kinderklinik und den dort Beschäftigten nicht (mehr) wahrgenommen, da die Bemühungen sich zentral auf eine gute Versorgung des Kindes richten. Die Mütter verlieren die emotionale Unterstützung und Verständnis durch die in der Geburtsklinik Tätigen und müssen ihrer Rolle als Versorgerin des Kindes gerecht werden.

Das Thema Kommunikation erwies sich als Hauptkategorie bei der Analyse der zweiten Fragestellung nach Zugang zu den Familien und Kontakt durch Gesprächsangebote. Die lebhaft geschilderten Erinnerungen an fehlgeschlagene Gespräche im Abschnitt Kommunikation zeigen u. a., dass eine Identifizierung über Risikomerkmale, wie z. B. sehr junges Alter der Mutter, zu Erfahrungen von Stigmatisierung führen und Abwehr erzeugen kann.

In der Auswertung bezüglich der Erfahrung mit den vermittelten Hilfen fanden wir neben der Hauptkategorie Erfahrungen mit den vermittelten Hilfen auch eine Kategorie Passgerechtigkeit. Neben der Schilderung von positiven Erfahrun-

gen, unerfülltem Hilfebedarf und unpassenden Interventionen wiesen einige Eltern darauf hin, dass die Angebote nicht „maßgeschneidert“ für ihre Bedürfnisse waren. Hier erscheint es günstig, an der konkreten Lebenslage, ihren aktuellen Wünschen und Bedürfnissen der Schwangeren oder Wöchnerin anzuknüpfen. Die Interviewpartnerinnen weisen darauf hin, dass die Ressourcen im eigenen sozialen Umfeld, in den persönlichen Handlungsmöglichkeiten und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit eruiert und wertgeschätzt werden sollten, bevor der vermeintliche oder reale Hilfebedarf durch externe Experteneinschätzung festgeschrieben und als Bevormundung wahrgenommen wird. Wenn explizite Wünsche geäußert werden, ist die angebotene Unterstützung leichter passgerecht anzubieten, als wenn dies nicht der Fall ist und der Hilfe- und Unterstützungsbedarf von außen herangetragen wird. Die Interviews zeigen auch die Grenzen ihrer Annahmefähigkeit für als nicht passgerecht empfundene Hilfsangebote.

Die veränderte Orientierung der Entwicklung der Frühen Hilfen seit der Gründung der Bundesinitiative durch das BMFSFJ von einem „Frühwarnsystem“ mit der Zielsetzung einer Früherkennung von Kindeswohlgefährdung hin zu einem ressourcenstärkenden Ansatz machte es im Kontext der ärztlichen und pflegerischen Versorgung leichter, Anschlussstellen für die Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der kurativen Medizin zu finden [11]. Es scheint, insbesondere für die im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte, bedeutsam, dass an einer vollständigen Freiwilligkeit für die Inanspruchnahme der Frühen Hilfen festgehalten wird. Zweifellos gibt es Schnittstellen zum Aufgabengebiet des Jugendamtes im Falle von Kindeswohlgefährdung. Die Verknüpfung darf jedoch nicht zweckgebunden sein, sondern wird als optionale Handlungsweise bei entsprechenden Anlässen gestaltet.

Eine umschriebene, zielgerichtete Intervention oder ein gemeinsames Verständnis der Fachkräfte, die in den Berichten der Eltern gespiegelt würden, wurde in der Realität einer großen Ge-

burtsklinik nicht deutlich. Im Bericht der Mütter zeigt sich eine Heterogenität der Verhaltensmuster und dahinterstehenden Haltungen bei den Fachkräften. Da die Fachkräfte ganz individuell auf die Situation, die Persönlichkeitsstruktur der Hilfesuchenden, die vorhandenen Ressourcen und Hilfebedarfe eingehen, erfahren einzelne Mütter/Familien auch ganz verschiedene Herangehensweisen sowie unterschiedliche Kompetenzen der Fachkräfte. Einerseits wird dadurch eine sehr individuelle Herangehensweise und optimalerweise Passgerechtigkeit erreicht, wie die Beispiele von gelungenen Gesprächseinstiegen und positiv erfahrenen Hilfen zeigen. Andererseits zeigt die Studie, dass dies die Gefahr von mangelnder Akzeptanz in sich birgt, insbesondere auch bei einer Instrumentalisierung der Angebote im Sinne einer Kontrollinstanz, fehlender Verbindlichkeit im Hilfesystem und mangelnder Klärung von Zuständigkeiten [12]. Besonders wichtig erscheint, zukünftig besser Ärzte einzubinden, weil sie immer die Federführung in der medizinischen Versorgung haben und ihre Empfehlungen sowohl Belastungen vermindern als auch erhöhen können, ohne dass sie sich dieser Konsequenzen bewusst wären.

Eine Alternative zu diesem Vorgehen besteht darin, auf Transprofessionalität zu verzichten und sozialpädagogische Fachkräfte in den Kliniken zu installieren, die, ähnlich wie der Krankenhaussozialdienst, Beratungsgespräche anbieten und bei Bedarf an Beratungsstellen weiterleiten. Damit werden professionelle Zuständigkeiten eher begrenzt und die Interventionen von Fachkräften mit den jeweiligen Kernkompetenzen durchgeführt. Der Zugang ist selektiv orientiert an identifizierbaren Risikofaktoren, insbesondere aus dem sozialen Bereich [13]. Ein Modell dafür bieten die Konzepte der „Babylotsen“ an vielen Kliniken, die jedoch i. d. R. nicht als strukturell fest verankertes Element der medizinisch-pflegerischen Versorgung gesehen und auch nicht im Rahmen dieser finanziell abgesichert werden können [14].

Ausblick

Positiv erlebte Ansätze von feinfühligem Umgang und Hilfeorientierung in dieser Studie zeigen jedoch auch, dass ein breit angelegter Prozess des gemeinsamen Lernens gelingen kann – dies bedeutet aber, dass der Prozess nachhaltig unterstützt werden muss. Erfahrungsraum für gemeinsames Lernen, Teamreflexion und ein ausreichend zeitlicher Entwicklungsrahmen für das Entstehen von Verantwortungsgemeinschaften müssen eingeräumt werden, auch nach Abschluss einer Implementierung von Ausbildungen und Coaching wie im Fall von GuStaF oder anderen Projekten zu Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Wenn in einer Geburtsklinik Frühe Hilfen als ressourcenorientierte Haltung, als Bereitschaft, Hilfebedarf zu erkennen und wertschätzend mit anderen Fachkräften und Eltern zusammen zu arbeiten, implementiert werden sollen, müssen alle dort tätigen Berufsgruppen in diesem Prozess mitgenommen werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. U. Thyen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck,
Deutschland
ute.thyen@uksh.de

Danksagung. Wir danken Christa Meyer, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice am UKSH und Karin Groeger für die Federführung und institutionelle Unterstützung des Projekts, Anne Junghans, Sektion für Pflegeforschung am Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck für die Erhebung des Fortbildungsbedarfs und Mitarbeit in der Entwicklung des Projektes GuStaF. Lina Bahr und Martina Jürgensen danken wir für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und fachliche Diskussionen.

Das Projekt wurde ab 01.04.2010 zunächst von der Kroschke Stiftung für Kinder gefördert. Weitere Mittel wurden zum 01.04.2011 von der Gemeinnützigen Sparkassenstiftung zur Verfügung gestellt. Ab September 2011 erhielten wir zusätzliche Mittel von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung für die Erstellung eines Lehrfilms für das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Prüßmann, D. Stindt, J. Brunke, U. Klinkhammer und U. Thyen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben.

Literatur

1. Thyen U (2010) Frühe Hilfen – Beziehungsarbeit mit Risiko. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 53:1117–1118
2. Kindler H (2010) Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? Bundesgesundheitsblatt 53:1073–1079
3. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014) Leitbild „Frühe Hilfen“
4. Thyen U (2011) Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: Frühe Kindheit. Themenheft: Hilfen rund um die Geburt. 14(3):6–15. <http://liga-kind.de/fk-311-thyen/>
5. Junghans A, Prüßmann C, Balzer K (2012) Kinderschutz von Anfang an – Bedarf an Frühen Hilfen rund um die Geburt – Klinische Erfahrungen. Pflege 65(9):550–554
6. Cierpka M, Thyen U (2015) Frühe Hilfen als präventiver Beitrag zur Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenz- Konzepte und Ansätze im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. In: BZgA, Walter U, Koch U (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze. Forschungs- und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. Sonderheft 01. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 186–196
7. Prüßmann C, Junghans A, Stindt D, Thyen U (2015) Guter Start in die Familie – Fortbildungsprogramm für begleitende Familienunterstützung und Vernetzung rund um die Geburt. In: S-KI (Hrsg) Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck. Entwicklungspsychologische und familientherapeutische Perspektiven. Psychosozial Verlag, Gießen, S 191–204
8. Hansmann A, Prüßmann C, Richter S, Thyen U (2014) Guter Start in die Familie. BZgA, Köln (Video DVD mit Begleitbroschüre Best. Nummer: 16000159)
9. Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster AK et al (2011) Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. In: NZFH (Hrsg) Werkbuch Vernetzung 2010, S 170–175
10. Mayring Ph (2003) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz UTB, Weinheim
11. Thyen U, Pott E (2016) Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung-Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 4. Aufl. Schattauer, Stuttgart, S 744–763
12. Künster A, Knorr C, Fegert JM, Ziegenhain U et al (2010) Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. Eine Pilotuntersuchung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 53:1134–1142

13. Besier T, Pillhofer M, Botzenhart S, Ziegenhain U, Kindler H et al (2012) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Risikoscreening in der Geburtshilfe. Geburtshilfe Frauenheilkd 72:397–402
14. Atabaki A, Heddaeus D, Metzner F, Schulz H, Siefert S, Pawils S (2013) Implementing an inpatient social early warning system for child maltreatment. Res Soc Work Pract 23(2):189–198