

Zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der Geburtshilfe

Projekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und des Deutschen Krankenhausinstituts

Befragung der Geburtskliniken

Sehr geehrte Damen und Herren,

Kindern aus Familien mit (psychosozialen) Belastungen den Start ins Leben zu erleichtern, stellt eine besondere Herausforderung für Geburtskliniken dar. Bisher ist wenig über die verschiedenen konkreten Probleme sowie Lösungsansätze bekannt.

Aus diesem Grund führt das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) eine **Repräsentativbefragung** zur Versorgung von (psychosozial) belasteten Familien in der Geburtshilfe durch. Das Projekt wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Das NZFH wird getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI).

Ziel der Befragung ist es, **Verbesserungspotenziale** und **Handlungsempfehlungen** für einen guten Start ins Leben aufzuzeigen. Von den **Ergebnissen profitieren** auch **Sie**, da Sie sicher gerne wissen möchten, wie Sie die Organisation Ihrer Geburtshilfe noch verbessern können.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, den beiliegenden **Fragebogen** entweder **selbst auszufüllen** oder an **Personen weiterzuleiten**, die in Ihrem Hause maßgeblich für die **Versorgung von psychosozial belasteten Familien zuständig** sind, z. B. Familienhebamme, Hebamme, Pflegekraft oder auch der Sozialdienst. Es können selbstverständlich auch **mehrere Personen** den Bogen **ausfüllen**.

Der Erhebungsbogen enthält eine laufende Nummer einzig zur Projektsteuerung. Ihre Angaben werden **streng vertraulich** behandelt. Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in **anonymisierter** Form dargestellt werden. Jedwede **Rückschlüsse** auf einzelne Krankenhäuser sind **ausgeschlossen**. Die vorliegende Befragung wurde einer **Ethikkommission** vorgelegt und diese **stimmte** der Studie **uneingeschränkt** zu.

Als kleines **Dankeschön** erhält jede teilnehmende Geburtsklinik einen **Ergebnisbericht** zur Befragung, mit dem Sie Ihre eigene Geburtsklinik benchmarken können.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Karl Blum, Tel.: 0211 / 47 051-17
Fax: 0211 / 47 051-67
E-Mail: forschung@dki.de

Deutsches Krankenhausinstitut
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

1 Strukturen in der Geburtshilfe

1A Welche **Angebote** hält Ihre **Geburtsklinik für (werdende) Eltern** vor? (Mehrfachantworten möglich)

Geburtsvorbereitungskurse	<input type="checkbox"/>	Schwangeren-Yoga / Schwangerschaftsgymnastik	<input type="checkbox"/>
Still-Ambulanz / Still-Cafe / Stillgruppe / Stillhotline / Stillvorbereitungskurse / Ernährungsberatung für Säuglinge und Kleinkinder (z.B. Brei-Kost, Diabetes, Diät)	<input type="checkbox"/>	Schrei-Ambulanz / Beratung bei Regulationsstörungen	<input type="checkbox"/>
Diät-/ Ernährungsberatung für Mütter	<input type="checkbox"/>	Babypflegekurse / Babymassage	<input type="checkbox"/>
Informationsveranstaltungen (z.B. über die Klinik, Sicherheit und Erste Hilfe für Baby und Kleinkind)	<input type="checkbox"/>	Rückbildungsgymnastik	<input type="checkbox"/>
Schwangerenambulanz / Schwangerentelefon	<input type="checkbox"/>	Hebammensprechstunde	<input type="checkbox"/>
Dolmetscherdienst / Berücksichtigung von Fremdsprachigkeit	<input type="checkbox"/>	Akupunktur / Aromatherapie / Hypnose / Homöopathie	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>		

1B	Nein	Ja
Ist Ihr Krankenhaus als „ Babyfreundliches Krankenhaus “ nach den internationalen Vorgaben von WHO und UNICEF zertifiziert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügt Ihr Krankenhaus über eine Kinderklinik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, kooperiert Ihre Geburtshilfe im Rahmen der Versorgung von psychosozial belasteten Familien mit dieser Kinderklinik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1C Sind die folgenden Berufsgruppen in Ihrer Geburtshilfe beschäftigt? Wenn ja: Geben Sie bitte für jede Berufsgruppe die Anzahl der auf der Station tätigen Personen in Vollzeitäquivalenten zum Stichtag 31.12. 2016 an (ggf. realitätsnahe Schätzung).	Nein	Ja	Anzahl in Vollzeit-äquivalenten
Fest angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Examiniertes (Kinder-)Krankenpflegepersonal in der Geburtshilfe (mit 3-jähriger Ausbildung, ohne Schülerinnen und Schüler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darunter: Fest angestellte Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger mit Zusatzqualifikation "Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fest angestellte Hebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darunter: Fest angestellte Hebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stillberaterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonderpädagogen/-innen, Sozialarbeiter/-innen in der Geburtshilfe (NICHT im Sozialdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige in der Geburtshilfe unmittelbar tätige Berufsgruppen. Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

1D Gibt es in Ihrer Geburtshilfe Belegärztinnen und-ärzte bzw. Beleghebammen , also freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte bzw. Hebammen, die einen Belegvertrag o.ä. mit Ihrer Geburtshilfe zum Stichtag 31.12.2016 abgeschlossen haben? Wenn ja: Wie viele (in Köpfen)? (ggf. realitätsnahe Schätzung)	Nein	Ja	Anzahl in Köpfen
Belegärztinnen und -ärzte in der Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beleghebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darunter: Beleghebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

1E Bitte geben Sie für das Jahr 2016 die Geburtenzahl sowie die Bettenzahl Ihrer Geburtsklinik an.	
Geburtenzahl 2016	_____
Bettenzahlen der Geburtshilfe am 31.12.2016	_____

1F Gehen Sie davon aus, dass Ihr Krankenhaus auch in 5 Jahren noch über eine geburtshilfliche Abteilung verfügt?			
Eher ja	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>
Eher nein	<input type="checkbox"/>		

1G Wie hat sich die Zahl der Geburten in den vergangenen 5 Jahren in Ihrem Krankenhaus entwickelt?			
Gestiegen	<input type="checkbox"/>	In etwa gleich geblieben	<input type="checkbox"/>
Gesunken	<input type="checkbox"/>		

2 Belastete Familien in der Geburtsklinik

2A Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bei wie vielen dieser 100 Eltern oder Kinder machen Sie folgende Beobachtungen? Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 0="bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.		Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen
Anzeichen für eine psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Junges Alter von Mutter und/oder Vater (jünger als 21 Jahre) bei Geburt des Kindes	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf körperliche oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und/oder Vater (Behinderung oder chronische Erkrankung)	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>

2A (Fortsetzung) Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bei wie vielen dieser 100 Eltern oder Kinder machen Sie folgende Beobachtungen?		Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten, beurteilen oder festzustellen	
Anzeichen für Armut	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (z.B. Vernachlässigung)	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Früh- und / oder Mehrlingsgeburt	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>	
2B Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie psychosoziale Belastungen feststellten, die aus Ihrer Sicht bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind. Bitte machen Sie in eine Angabe von 0="bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.			
Bedeutsame psychosoziale Belastungen für die gesunde weitere Entwicklung des Kindes	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/> Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen	
2C Hat der Anteil psychosozial belasteter Familien in Ihrer Geburtsklinik in den letzten Jahren zugenommen ?			
Ja, der Anteil psychosozial belasteter Familien hat zugenommen .	<input type="checkbox"/>	Nein, der Anteil psychosozial belasteter Familien hat abgenommen .	<input type="checkbox"/>
Nein, der Anteil psychosozial belasteter Familien ist unverändert geblieben.	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

3 Interne Organisation der Versorgung von psychosozial belasteten Familien

3A Wird in Ihrer **Geburtsklinik** das **psychosoziale Belastungsniveau** bzw. ein **psychosozialer Hilfebedarf** bei (werdenden) Eltern **systematisch ermittelt**? (Mehrfachantworten möglich)

Ja, bei allen Familien in unserer Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	Ja, wenn Hinweise vorliegen, dass die Familie belastet ist	<input type="checkbox"/>
Ja, wenn Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen	<input type="checkbox"/>	Nein, bei keiner Familie	<input type="checkbox"/>
In anderen Fällen. Welche anderen Fälle? _____	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

3B Nutzen Sie in Ihrer **Geburtsklinik** normalerweise einen **standardisierten Einschätzungsbogen** (z.B. Fragebogen, Checkliste, Screeningbogen, Prüfbogen) zur...

- ...Einschätzung des psychosozialen Belastungsniveaus bzw. des Hilfebedarfs von Familien **und / oder** zur
- ...Einschätzung einer drohenden Kindeswohlgefährdung (z.B. Vernachlässigung)?

Ja (Weiter mit Frage 3 C)	<input type="checkbox"/>	Nein (Weiter mit Frage 3 D)	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe möglich (Weiter mit Frage 3D)	<input type="checkbox"/>		

3C Welchen **Einschätzungsbogen** **setzen** Sie normalerweise **ein**? (Mehrfachantworten möglich).

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns den Einschätzungsbogen, der in Ihrer Klinik verwendet wird, zu unserer Information mit dem Fragebogen zurücksenden.

Selbst entwickelte(r) Checkliste oder Fragenkatalog	<input type="checkbox"/>	Screeningbogen der Lotsen-Projekte („Wilhelm“ oder der Bogen von „Babylotse Plus“)	<input type="checkbox"/>
LupE-Bogen	<input type="checkbox"/>	Dokumentationshilfe /-bogen von kassenärztlichen Vereinigungen zur Einschätzung von Gefährdungslagen des Kindes oder familiärer Belastungen	<input type="checkbox"/>
Wir nutzen folgendes anderes Instrument (Bitte nennen Sie den Namen des Bogens und den Herausgeber, falls bekannt): _____	<input type="checkbox"/>	Uns ist der Name des Einschätzungsbogens nicht bekannt	<input type="checkbox"/>

3D **Wer** wird in Ihrer **Geburtsklinik** normalerweise gezielt über die **Unterstützungsmöglichkeiten** und **Angebote** für **psychosozial belastete Familien informiert**? (Mehrfachantworten möglich)

Alle Familien in unserer Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	Familien, bei denen Hinweise auf eine psychosoziale Belastung vorliegen	<input type="checkbox"/>
Familien, bei denen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung vorliegen	<input type="checkbox"/>	Keine Familie /niemand	<input type="checkbox"/>
In anderen Fällen. Welche anderen Fälle? _____	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

3E Wie werden diese Informationen an (werdende) Eltern normalerweise vermittelt? (Mehrfachantworten möglich)							
Durch Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial zu Frühen Hilfen (Broschüren, Flyer, Poster etc.)	<input type="checkbox"/>	Durch Hinweis auf externe Kontaktadressen / externe Ansprechpartnerinnen und -partner zu Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>				
Durch Hinweise auf externe Internetadressen mit weitergehenden Informationen zu Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	Persönliches Informationsgespräch zu Möglichkeiten und Angeboten von Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>				
Durch Informationen auf der Homepage der Klinik	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>				
Keine Angabe möglich			<input type="checkbox"/>				
3F Wie häufig wird in Ihrer Geburtsklinik Familien, bei denen Unterstützungsbedarf erkannt wurde, ein persönliches, vertiefendes Beratungsgespräch angeboten?							
(Fast) Immer	<input type="checkbox"/>	Häufig	<input type="checkbox"/>				
Selten	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>				
		Keine Angabe möglich					
3G Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Dienste bzw. Personen bei den einzelnen Prozessen der Versorgung von psychosozial belasteten Familien und deren Überleitung federführend verantwortlich sind. Mehrfachantworten pro Zeile sind möglich.							
	Familien-Hebammen, FGKiKP ¹	Andere Pflegekräfte/Hebammen	Ärztlicher Dienst	Sozialdienst	Externe Personen	Findet nicht statt	Keine Angabe möglich
Systematische Ermittlung des Belastungsniveaus / Hilfebedarfs von Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsvermittlung über Hilfsangebote für psychosozial belastete Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiefendes Beratungsgespräch für psychosozial belastete Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überleitung von psychosozial belasteten Familien in externe Hilfsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger

3H Inwieweit werden im Rahmen der Versorgung von psychosozial belasteten Familien folgende Informationen standardmäßig dokumentiert bzw. ausgewertet ? Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.	Zentral dokumentiert	Zentral dokumentiert und ausgewertet	Nicht zentral dokumentiert	Keine Angabe möglich
Ermittlung des Belastungsniveaus / Hilfebedarfs der Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsvermittlung über Hilfsangebote an psychosozial belastete Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiefendes Beratungsgespräch für psychosozial belastete Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überleitung von psychosozial belasteten Familien in externe Hilfsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3I Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Geburtshilfe zu? Der Umgang mit psychosozial belasteten Familien ist eine Herausforderung für unsere Geburtsklinik, da...	Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu
	1	2	3	4	5
...es für uns schwierig ist, Belastungen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wir zu wenig Zeit für Gespräche mit belasteten Eltern haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wir Gespräche mit belasteten Familien nicht angemessen vergütet bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wir nicht wissen, wie wir den Familien helfen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die belasteten Familien oft keine Hilfe möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sonstige Gründe vorliegen. Bitte geben Sie an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Spezielle Fragen zu Frühen Hilfen in der Geburtsklinik

Frühe Hilfen sind lokale und regionale Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Alter von 3 Jahren. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. So sollen Entwicklungs- und Lebensbedingungen der Familien verbessert werden.

In **Netzwerken Frühe Hilfen** arbeiten Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen zusammen und tauschen ihr Wissen über ihre jeweiligen Angebote aus. Die Fachkräfte kommen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, aus der Schwangerschaftsberatung und der Frühförderung.

4A Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung ?	Ja, umgesetzt	Ja, konkret in Planung	Nein, aber Zukunftsthema	Nein, auch nicht angedacht	Keine Angabe möglich
Festlegung verbindlicher Ziele zu Frühen Hilfen (z.B. Vermittlung aller belasteten Familien in Hilfsangebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zu Frühen Hilfen (z.B. zur Ermittlung des Belastungsniveaus oder zur Informationsvermittlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4A Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung ?	Ja, umgesetzt	Ja, konkret in Planung	Nein, aber Zukunftsthema	Nein, auch nicht angedacht	Keine Angabe möglich
Öffentlichkeitsarbeit zu Frühen Hilfen (z.B. auf der Homepage Ihres Krankenhauses oder in Broschüren Ihrer Geburtsklinik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung einer spezifischen Funktion für Frühe Hilfen (z.B. Babylotsin / Babylotse, Fallkoordinatorin / Fallkoordinator)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Prozess-Standards / Verfahrensanweisungen zur internen Organisation von Leistungen zu Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Prozess-Standards / Verfahrensanweisungen zur Zusammenarbeit mit externen Akteuren und Einrichtungen Früher Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Team- oder Fallbesprechungen zu psychosozial belasteten Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme von Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern an Treffen des lokalen Netzwerks bzw. Netzwerke Frühe Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4B Werden die Frühen Hilfen in Ihrem Krankenhaus aus Fördermitteln der „ Bundesinitiative Frühe Hilfen “ (anteilig) finanziert ?			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>		

4C Gibt es in Ihrem Krankenhaus **spezifische Projekte** oder Ansätze im **Kontext Früher Hilfen**. Falls ja, können Sie diese kurz **benennen** oder **beschreiben** (ggf. können Sie gerne Informationsmaterial beifügen oder Links nennen).

4D Haben aktuelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den folgenden Berufsgruppen / Diensten Ihrer Geburtsklinik bzw. Ihres Krankenhauses in den letzten drei Jahren eine Fort- oder Weiterbildung zum Thema "Frühe Hilfen" besucht?	Ja	Nein	Keine Angabe möglich
Hebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4E Gibt es mindestens ein kommunales Netzwerk „Frühe Hilfen“ im direkten Einzugsbereich Ihrer Klinik?			
Ja (weiter mit Frage 4F)	<input type="checkbox"/>	Nein (weiter mit Frage 4G)	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe möglich (weiter mit Frage 4G)	<input type="checkbox"/>		

4F Wer nimmt aus Ihrem Hause an dem kommunalen Netzwerk „Frühe Hilfen“ teil?			
Familienhebammen	<input type="checkbox"/>	Andere Hebammen	<input type="checkbox"/>
Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	<input type="checkbox"/>	Andere Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	Sozialdienst	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Dienst, und zwar:	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

4G Welche der folgenden externen Einrichtungen und Akteure haben Sie im Jahr 2016 im Rahmen Früher Hilfen über den Hilfebedarf von belasteten Familien gezielt informiert bzw. zu welchen haben Sie Familien gezielt übergeleitet ? (Mehrfachangaben möglich).			
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	Externe Familienhebammen / Externe Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger	<input type="checkbox"/>
Hebammen ohne Zusatzqualifikation	<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>
Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	Hausärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>
Jugendamt / Allgemeiner Sozialer Dienst / Kommunalen Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	Lebens-/Erziehungs-/Familienberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	Suchtberatungsstellen	<input type="checkbox"/>
Migrationsdienste/-einrichtungen / Erstaufnahmeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	Sonstige Einrichtungen oder Akteure, und zwar:	<input type="checkbox"/>
		Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>

4H Wie schätzen Sie für das Einzugsgebiet Ihrer Geburtsklinik die Versorgung mit Unterstützungsangeboten für psychosozial belastete Familien mit Kindern bis drei Jahre ein?						
Es gibt eine Übersversorgung in unserem Einzugsgebiet	<input type="checkbox"/>	Die Versorgung in unserem Einzugsgebiet ist bedarfsgerecht				<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Unterversorgung in unserem Einzugsgebiet	<input type="checkbox"/>	Das können wir für unser Einzugsgebiet nicht beurteilen				<input type="checkbox"/>
4I Ganz allgemein gefragt. Wenn Sie an die Geburtshilfe denken: Was erschwert die Vermittlung von Familien in belastenden Lebenslagen in Frühe Hilfen? Dass die Geburtskliniken nicht in Frühe Hilfen vermitteln, liegt daran, dass...	Stimme gar nicht zu				Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe möglich
	1	2	3	4	5	
...es in der Geburtshilfe Vorbehalte gegenüber den Frühen Hilfen gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Kenntnisse über konkrete, regionale Angebote der Frühen Hilfen fehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Unsicherheiten hinsichtlich Datenschutz und der Schweigepflicht bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es Vorbehalte gibt, mit Familien über psychosoziale Themen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...aus Perspektive der Geburtskliniken das Thema "Familien mit psychosozialen Belastungen" nicht relevant in der geburtshilflichen Versorgung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...keine Zeit zur Verfügung steht, um Beratungen zu Hilfsangeboten durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es keine Rückmeldungen der Frühen Hilfen über in Anspruch genommene Maßnahmen gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...der Begriff und die damit verbundenen Angebote der Frühen Hilfen schwer greifbar bzw. wenig konkret sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... belastete Familien zu kurz im Krankenhaus sind, um den Bedarf an Frühen Hilfen zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Führungskräfte dies nicht ausreichend unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dass sonstige Gründe vorliegen. Bitte geben Sie an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Fazit

5A Wenn Sie die Aktivitäten Ihres Krankenhauses im Bereich Früher Hilfen zusammenfassend bewerten , in wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme gar nicht zu					Stimme voll zu	Keine Angabe möglich
	1	2	3	4	5		
Die Aktivitäten entsprechen unserem Verständnis von Kunden- / Patientenorientierung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aktivitäten entsprechen unserem Leitbild / Selbstbild als Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Aktivitäten können wir frühzeitige psychosoziale Unterstützung ermöglichen, die über die rein medizinische Versorgung hinausgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Aktivitäten im Bereich „Früher Hilfen“ in unserem Hause insgesamt ein Erfolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5B Inwieweit gab es durch die Einführung von Frühen Hilfen in Ihrem Krankenhaus Veränderungen bei den folgenden Punkten?	sehr verschlechtert					sehr verbessert	Keine Angabe möglich
	1	2	3	4	5		
Die Zufriedenheit von (werdenden) Eltern hat sich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geburtsklinik hat sich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geburtsklinik hat sich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen unseres Hauses hat sich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit Externen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe oder Gesundheitsamt) hat sich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Image / der Ruf unserer Geburtsklinik hat sich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5C Welche Empfehlung(en) können Sie – allgemein oder speziell aus Krankenhaussicht – für den weiteren Auf- und Ausbau Früher Hilfen geben?							
Unsere Empfehlung(en):							

6 Abschluss

6A Welche **Berufsgruppen / Dienste** Ihres Krankenhauses haben den vorliegenden **Fragebogen federführend beantwortet?** (Mehrfachantworten möglich)

Geschäftsführung	<input type="checkbox"/>	Hebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	<input type="checkbox"/>
Hebammen ohne Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	<input type="checkbox"/>	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger	<input type="checkbox"/>
Weitere Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter aus dem Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	Babylotsen o.ä.	<input type="checkbox"/>
Fallkoordinatorin / Fallkoordinatoren	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>

6B Haben Sie **Interesse** an den **Befragungsergebnissen**? Falls ja, an wen soll der Ergebnisbericht geschickt werden?

E-Mail (bitte deutlich in Druckbuchstaben):

6C

Eher
ja

Eher
nein

Auf Basis der Befragungsergebnisse sind Telefoninterviews bzw. Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern ausgewählter Geburtskliniken geplant. Ziel ist vor allem der Praxistransfer der Ergebnisse bzw. die Ableitung von Handlungsempfehlungen

Deswegen unsere unverbindliche Anfrage: Hätte Ihre Geburtsklinik zumindest im Grundsatz Interesse, hierfür eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter zu benennen?

Falls ja: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für mögliche Kontaktaufnahme:

Name: _____

Funktion: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!