

Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen

Ergebnisse aus dem
NZFH-Forschungszyklus
»Zusammen für Familien«
(ZuFa-Monitoring)

KOMPAKT

ZITIERWEISE:

Neumann, Anna / Renner, Ilona (2020): Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

<https://doi.org/10.17623/NZFH:K-GynFHZuF>

Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen

Ergebnisse aus dem
NZFH-Forschungszyklus
»Zusammen für Familien«
(ZuFa-Monitoring)

Autorinnen:
Anna Neumann, Ilona Renner

INHALT

- 4 Intersektorale Zusammenarbeit und Frühe Hilfen**
- 5 Die Bedeutung der Gynäkologischen Praxis für die Frühen Hilfen**
- 6 Design des ZuFa-Monitorings Gynäkologie (ZuFa Gyn)**
- 7 Quantitative Erhebung**
- 10 Qualitative Erhebung**
- 11 Erste Ergebnisse**
- 11 Können Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Schwangerschaftsvorsorge psychosoziale Belastungen feststellen?**
- 15 Wann fallen die Belastungen auf?**
- 16 Wahrnehmung und Dokumentation psychosozialer Belastungen**
- 20 Der Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren wird als Herausforderung wahrgenommen**
- 22 Wissen über die Frühen Hilfen und Kooperationen**
- 25 Vermittlung von psychosozial belasteten Schwangeren in die Frühen Hilfen**
- 27 Fazit und Ausblick**
- 30 Literatur**

Intersektorale Zusammenarbeit und Frühe Hilfen

Die Bedeutung der intersektoralen Zusammenarbeit für das gesunde Aufwachsen und das Schaffen gleicher Entwicklungschancen für alle Kinder gerät weltweit zunehmend in den Blick. So betont beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation die Bedeutung der multisektoralen Zusammenarbeit in dem Ansatz »Health in all Policies« (World Health Organization 2015), und die Initiative »Every Woman Every Child« wirbt für intersektorale Zusammenarbeit mit dem Ziel des gesunden und sicheren Lebens für Frauen, Kinder und Jugendliche (Every Woman Every Child 2015).

Auch die Frühen Hilfen in Deutschland haben von Beginn an die besondere Bedeutung der multisektoralen Zusammenarbeit für das gesunde und sichere Aufwachsen und die Förderung gleicher Entwicklungschancen für Kinder in Deutschland gesehen (Helming u. a. 2006). Frühe Hilfen sollen von allen geleistet werden, die Kontakt zu psychosozial belasteten Kindern und ihren Familien haben. Deshalb arbeiten insbesondere Akteure der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssektors in lokalen Präventionsnetzwerken zusammen.

Frühe Hilfen ...

... sind Angebote für Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre. Sie bieten Eltern Unterstützung, Beratung und Begleitung. Sie sind freiwillig und kostenfrei. Ziel ist es, jedem Kind eine gesunde Entwicklung und ein gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen. Weitere Informationen und Anlaufstellen zu kommunalen Angeboten finden Sie unter www.elternsein.info.

Familiäre Belastungslagen wie beispielsweise Armut und niedrige Bildung, soziale Isolation oder auch psychische Erkrankungen können dazu beitragen, dass nicht ausreichend Ressourcen für die Versorgung und Erziehung der Kinder vorhanden sind. Dadurch verringern sich die Chancen von Kindern, gesund und sicher aufzuwachsen (Zohsel u. a. 2017). Frühe Hilfen zielen darauf ab, den negativen Einfluss von familiären Belastungen auf die Entwicklung der Kinder abzumildern. Häufig nehmen aber gerade diejenigen Familien, die besonders belastet sind, nicht an Unterstützungs- und Förderprogrammen teil (*Präventionsdilemma*; Bauer/Bittlingmeyer 2005). Dies trifft auch auf Angebote für Familien rund um die Geburt und

in den ersten Lebensjahren der Kinder zu: Familien mit multiplen Belastungen und insbesondere auch mit geringerer Bildung nehmen diese Angebote seltener wahr als Familien, die weniger Belastungen aufweisen (Eickhorst u. a. 2016; Neumann/Renner 2016). Die Familien zu erreichen, die von den Angeboten besonders profitieren könnten, ist eine Herausforderung, der sich die Frühen Hilfen in Deutschland immer wieder stellen müssen.

Die intersektorale Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen kann den Zugang zu dieser schwer erreichbaren Zielgruppe ermöglichen bzw. erleichtern, denn nahezu alle (werdenden) Familien haben in der Phase rund um die Geburt Kontakt zum Gesundheitssystem, sei es während der Schwangerschaftsvorsorge, der Geburt in der Klinik oder bei der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt.

Die Bedeutung der Gynäkologischen Praxis für die Frühen Hilfen

Neben Geburtskliniken und niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten sind insbesondere die niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen wichtige Partner in den lokalen Netzwerken Frühe Hilfen. 2017 hat das NZFH den Forschungszyklus »Zusammen für Familien«, auch »ZuFa-Monitoring«, auf den Weg gebracht¹. In diesem Zyklus werden Mitarbeitende von Geburtskliniken (ZuFa GK; Scharmanski/Renner 2019), niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte (van Staa/Renner 2019) und niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen zu den Frühen Hilfen befragt. Die vorliegende Veröffentlichung präsentiert Ergebnisse des ZuFa-Monitorings Gynäkologie (ZuFa Gyn).

Gynäkologinnen und Gynäkologen haben früher als andere Akteure aus dem Gesundheitswesen Kontakt zu den werdenden Müttern. Sie genießen eine besondere Vertrauensstellung gegenüber den Patientinnen, und der Kontakt mit ihnen wird als weniger stigmatisierend wahrgenommen als Kontakte mit Akteuren der Kinder- und

1 Weitere Informationen zum Forschungszyklus »Zusammen für Familien« des NZFH unter www.fruehehilfen.de/Zufa-Monitoring-Gynaekologie.

Jugendhilfe, etwa dem Jugendamt. Insbesondere die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bieten einen Rahmen für Gespräche, die auch über rein medizinische Themen hinausgehen. Seit 2015 findet sich im Sozialgesetzbuch (SGB) auch explizit der Hinweis: »Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind« (§ 24d SGB V).

Auf die Frage, ob sie sich ihre eigene Praxis als Teil des Netzwerkes Frühe Hilfen vorstellen können, antwortete eine große Mehrheit der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen zwar positiv, aber über ihre tatsächliche Beteiligung an Netzwerken Früher Hilfen ist wenig bekannt (Metzner u. a. 2017). Verschiedene Gelingensfaktoren sind für eine fruchtbare intersektorale Zusammenarbeit nötig: Beispielsweise müssen familiäre Belastungsfaktoren zunächst einmal im Gesundheitswesen auffallen, und die Gesundheitsfachkräfte sollten Kenntnisse von den Frühen Hilfen und konkreten Unterstützungsangeboten vor Ort haben. Im Idealfall sind sie mit Akteuren der Frühen Hilfen im lokalen Netzwerk verbunden und haben Vereinbarungen für die Zusammenarbeit getroffen. Mit dem Fokus auf die niedergelassene Gynäkologie geht die vorliegende Studie unter anderem den folgenden Fragen nach: Können Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Schwangerschaftsvorsorge psychosoziale Belastungen feststellen? Wenn ja: Welche? Wie gehen die Ärztinnen und Ärzte bei der Erfassung und Dokumentation psychosozialer Belastungen vor? Welche Schwierigkeiten treten in der Versorgung von psychosozial belasteten Schwangeren auf? Was ist den Gynäkologinnen und Gynäkologen über die Frühen Hilfen bekannt? Wie gut ist die Vernetzung? Wie viele Familien vermitteln die Ärztinnen und Ärzte in die Frühen Hilfen?

Design des ZuFa-Monitorings Gynäkologie (ZuFa Gyn)

Die Befragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen ist im Mixed-Methods-Design angelegt: Eine bundesweit repräsentative quantitative Befragung (schriftlich oder online) wurde mit einem qualitativen Teil in Form von Fokusgruppendifkussionen kombiniert (Renner u. a. 2018). Mit der Datenerhebung beauftragte das NZFH das SOKO Institut für Sozialforschung und Kommunikation in Bielefeld (SOKO Institut GmbH 2019). Die Auswertung der Daten erfolgt durch das NZFH. Der qualitative Teil der Studie wurde vom SOKO Institut ausgewertet (Homann u. a. 2019).

Quantitative Erhebung

Rekrutierung, Stichprobe und Durchführung

Die quantitative Befragung fand zwischen Juni und November 2018 statt. Über den Adressbestand ArztData wurde eine Datei mit 8.783 Adressen bezogen. Dies entspricht der Grundgesamtheit der niedergelassenen gynäkologischen Praxen in Deutschland. Aus dieser Datei wurden per Zufallsauswahl 6.401 Adressen zur Teilnahme an der quantitativen Studie ausgewählt. Alle Zielpersonen dieser Bruttostichprobe erhielten Anschreiben vom SOKO Institut mit der Bitte, sich an der Befragung zur Versorgung von Schwangeren in belastenden Lebenssituationen zu beteiligen.

Der Fragebogen richtete sich an Gynäkologinnen und Gynäkologen, die mindestens 20 Schwangere im letzten Quartal betreut haben. Falls die angeschriebene Person diese Anzahl unterschritt, wurde sie darum gebeten, den Fragebogen innerhalb der Praxis (sofern es sich um eine Gemeinschaftspraxis handelte) weiterzuleiten. Sofern niemand in der angeschriebenen Praxis die Voraussetzung erfüllte, wurde sie aus dem Adresspool herausgenommen.

Bis zum Abschluss der Feldzeit im November 2018 und nach intensiven telefonischen Nachfassaktionen gingen 1.003 gültige Fragebögen ein. Gemessen an der Gesamtheit der angeschriebenen Gynäkologinnen und Gynäkologen lag die Rücklaufquote damit bei knapp 16 %.

Zusätzlich nahmen 994 Gynäkologinnen und Gynäkologen an der Non-Responder-Befragung teil. Diese Befragung richtet sich an eine zufällig ausgewählte Stichprobe nicht-teilnehmender Ärztinnen und Ärzte ($N = 2.371$; Rücklaufquote = ca. 42 %) und erhebt Daten zu Gründen der Nicht-Teilnahme sowie Daten, die einen Abgleich zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, z. B. im Hinblick auf die Anzahl der Jahre, in denen der Beruf ausgeübt wurde, sowie die Einstellung zu den Frühen Hilfen, ermöglichen.

Repräsentativität der Stichprobe

Die Repräsentativität der Stichprobe wurde hinsichtlich folgender Variablen untersucht: Geschlecht, Bundesland, Medizinischer Kaufkraftindex (ArztData)² und Praxistyp (medizinisches Versorgungszentrum versus niedergelassene Praxis). Chi-Quadrat-Tests zeigten statistisch signifikante Abweichungen zwischen erwartetem und tatsächlichem Respons für alle Variablen, mit Ausnahme des Praxistyps. Da die Abweichungen jedoch sehr gering und die damit verbundenen Effektstärken sehr klein waren³, wird auf eine Gewichtung der Stichprobe verzichtet.

Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern

Auch wenn der Datensatz im Hinblick auf die oben genannten Variablen (Geschlecht, Bundesland, Kaufkraft und Praxistyp) nur geringe Abweichungen von der Gesamtheit der gynäkologischen Praxen im Bundesgebiet zeigt, ist anzunehmen, dass diejenigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die eine besondere Nähe zu den Frühen Hilfen bzw. zum Thema der psychosozialen Versorgung von Schwangeren haben, überproportional häufig an der Befragung teilnehmen. Dies lässt sich im Vergleich der Teilnehmenden der Hauptbefragung mit den Teilnehmenden der Non-Responder-Befragung untersuchen. Von den 994 Teilnehmenden der Non-Responder-Befragung gehören 226 nicht zur Zielgruppe (weil sie z. B. weniger als 20 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen im letzten Quartal durchgeführt haben). Die Daten der übrigen 768 Teilnehmenden können im Hinblick auf einige Schlüsselvariablen mit den Daten der 1.003 Teilnehmenden der Hauptbefragung verglichen werden. Zuerst fällt auf, dass sich bei den Non-Respondern bezüglich der Fragen zu den Frühen Hilfen deutlich mehr fehlende Werte finden als bei den Respondern (zwischen 44,4 % und 50,3 % Missings bei den Non-Respondern gegenüber 8,4 % und 13,0 % bei den Respondern). Den Nutzen der Frühen Hilfen für Familien in Problemlagen bewerten Responder ($M = 4,67$ auf einer 5-stufigen Skala; $SD = 0,73$) höher als Non-

2 »Der medizinische Kaufkraftindex gibt die Nachfrage nach medizinischen Privat- und Selbstzahlerleistungen nach Einzugsgebieten an. Berücksichtigt werden das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte und der Privatpatienten-Anteil der niedergelassenen Ärzte« (ArztData AG 2019).

3 Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests zur Berechnung des Unterschieds zwischen erwartetem und tatsächlichem Respons: Geschlecht: $\chi^2(df = 1) = 21,18, p < 0,001; \phi = 0,05$; Bundesland: $\chi^2(df = 15) = 30,08, p < 0,05$; Cramers' $V = 0,06$; Medizinischer Kaufkraftindex: $\chi^2(df = 18) = 32,07, p < 0,05$; Cohen's $d = 0,10$.

Responder ($M = 3,98$; $SD = 1,46$), $t(528,02) = -9,16$, $p < 0,001$. Ebenso schätzen die Teilnehmenden der Hauptbefragung ($M = 3,93$ auf einer 5-stufigen Skala, $SD = 1,30$) die Bedeutung der Frühen Hilfen als Entlastung für die Tätigkeit als Gynäkologin oder Gynäkologe höher ein als die Non-Responder ($M = 3,45$, $SD = 1,38$); $t(692,23) = -5,82$, $p < 0,001$. Im Vergleich mit den Teilnehmenden der Hauptbefragung geben Teilnehmende der Non-Responder-Befragung weniger häufig an, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren zugenommen hat (48 % der Non-Responder, 56 % der Responder; $\chi^2(df = 2) = 7,40$; $p < 0,05$; Cramers' $V = 0,08$). Den Anteil Schwangerer mit psychosozialen Belastungen, die bedeutsam für die weitere Entwicklung des Kindes sein können, schätzen die Non-Responder dafür etwas höher ein als die Teilnehmenden der Hauptbefragung (getrimmter Mittelwert Non-Responder = 10,88 % , $SD = 13,41$; getrimmter Mittelwert Responder = 8,11, $SD = 10,83$; Welch's $t(625,61) = 17,53$; $p < 0,001$). Insgesamt sprechen diese Vergleiche dafür, dass die teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen dem Thema psychosoziale Belastung von Schwangeren und Frühe Hilfen näherstehen als die Gesamtheit der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Fragebogen

Der ausführliche Fragebogen der quantitativen Haupterhebung umfasst sieben Themenblöcke. Diese sind:

- *Hintergründe zur beruflichen Tätigkeit und Praxis,*
- *das Erkennen von psychosozialen Belastungen,*
- *die Nutzung des Mutterpasses zur Dokumentation psychosozialer Belastungen,*
- *Herausforderungen im Umgang mit psychosozial belasteten schwangeren Patientinnen,*
- *konkrete Erfahrungen mit einer psychosozial belasteten Schwangeren,*
- *Wissen über und Vernetzung mit den Frühen Hilfen und das*
- *Präventionsgesetz.*

Im Rahmen der Fragebogenentwicklung wurden ein kognitiver Pretest mit zwei Ärztinnen sowie ein quantitativer Pretest mit 28 Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt. Rückmeldungen dieser Pretests wurden in der finalen Fragebogenversion berücksichtigt.

Qualitative Erhebung

Zusätzlich zur quantitativen Befragung wurden im Herbst 2018 fünf Fokusgruppen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen an den Standorten Leipzig, Bielefeld, Köln, Stuttgart und Pinneberg sowie eine Fokusgruppe mit Hebammen in Regensburg durchgeführt. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen wurden aus den Teilnehmenden der quantitativen Stichprobe rekrutiert. Es wurden 457 Einladungen zur Teilnahme verschickt, insgesamt nahmen 24 Ärztinnen und Ärzte an den Fokusgruppen teil (Rücklauf 5 %).

Ziel der Fokusgruppendifkussionen war die tiefergehende Analyse der Einstellung der Gynäkologinnen und Gynäkologen zu den Frühen Hilfen und dem Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren. Der Diskussionsleitfaden umfasste die Module *Vorstellungsrunde und Assoziationen zu den Frühen Hilfen*; *Gesprächs- und Beratungssituation mit psychosozial belasteten Schwangeren*; *Bekanntheit und Nutzung von so- wie Zusammenarbeit mit den Frühen Hilfen und der Kinder- und Jugendhilfe* und das *Präventionsgesetz*.

Die Fokusgruppe in Regensburg wurde mit Hebammen durchgeführt (N = 6), da in den vorherigen Diskussionen deutlich geworden war, dass einige Praxen im Rahmen der Frühen Hilfen eng mit Hebammen zusammenarbeiten.

Erste Ergebnisse

Können Gynäkologinnen und Gynäkologen in der Schwangerschaftsvorsorge psychosoziale Belastungen feststellen?

Um Schwangere bei Bedarf in die Frühen Hilfen übermitteln zu können, ist es zuallererst notwendig, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen psychosoziale Belastungen bei schwangeren Patientinnen feststellen können. Daher wurden die teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen gefragt, welche Arten psychosozialer Belastungen sie während der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei ihren Patientinnen beobachten. Für jede genannte Belastung gaben die Teilnehmenden an, bei wie vielen von 100 Schwangeren diese auffällt. Außerdem hatten sie die Möglichkeit anzukreuzen: »Ist für mich in den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht zu beobachten/festzustellen«. Insgesamt können die verschiedenen Belastungen recht gut beobachtet werden, es gibt jedoch auch Belastungen, die in der gynäkologischen Praxis weniger auffallen (Tabelle 1): So geben die Gynäkologinnen und Gynäkologen bei den Items *Gewichtige Anhaltspunkte für eine nach der Geburt drohende Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung/Misshandlung)* und *Anzeichen für soziale Isolation der Familie* mit 25 bzw. 20 % am häufigsten an, dass diese für sie nicht festzustellen sind.

Gut feststellbar sind nach Angaben der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte u. a. *Anzeichen für Rauchen in der Schwangerschaft*, das *Vorliegen eines Schwangerschaftskonflikts*, *Anzeichen für niedrigen Bildungsstand bei Mutter und/oder Vater*, *Verständigungsschwierigkeit aufgrund geringer Deutschkenntnisse bei Mutter und/oder Vater* (je unter 2 % nicht feststellbar), aber auch *Starke Erschöpfung bei Mutter und/oder Vater*; *Anzeichen dafür, dass die Schwangere das Kind alleine erziehen wird*, und eine *Geringe Freude über die Schwangerschaft bei Mutter und/oder Vater* (je unter 5 % nicht feststellbar). *Starke Erschöpfung* und eine *Hohe Stressbelastung* fallen am häufigsten auf, gefolgt von *Niedriger Bildung*, *Rauchen in der Schwangerschaft* und *Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse*. Auffallend ist, dass die Ärztinnen und Ärzte bei den Belastungen mit den im Durchschnitt niedrigsten genannten Häufigkeiten (*Anzeichen für körperlicher Verwahrlosung bei Mutter und/*

oder Vater; Erhöhte Fürsorgeanforderung nach Geburt aufgrund Erkrankung/Behinderung des Kindes; Anzeichen für eine geistige Beeinträchtigung/Behinderung bei Mutter und/oder Vater; Gewichtige Anhaltspunkte für eine nach der Geburt drohende Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung/Misshandlung)) auch recht häufig angeben, dass diese nicht gut feststellbar sind.

Es gilt also immer zu bedenken, dass die Häufigkeiten die Prävalenzen von ärztlichen Beobachtungen wiedergeben, nicht die tatsächliche Prävalenz elterlicher Belastungen.

TABELLE 1: Durch Gynäkologinnen und Gynäkologen bei schwangeren Patientinnen wahrgenommene psychosoziale Belastungen nach Häufigkeit

Bei wie vielen von 100 Schwangeren, die zu einer Vorsorgeuntersuchung in Ihre Praxis kommen, machen Sie folgende Beobachtungen? Geben Sie in jeder Zeile eine Zahl zwischen 0 und 100 an: 0 = »bei keiner Schwangeren« bis 100 = »bei allen Schwangeren«. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.

Art der Belastung	%-Anzahl der Schwangeren, bei denen die Belastung auffällt*	»Für mich in den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht festzustellen«**
Starke Erschöpfung bei Mutter und/oder Vater	19,4	2,6
Hohe Stressbelastung durch die Arbeit bei Mutter und/oder Vater	18,4	2,3
Anzeichen für niedrigen Bildungsstand bei Mutter und/oder Vater	15,1	1,9
Anzeichen für Rauchen in der Schwangerschaft	13,0	0,6
Verständigungsschwierigkeit aufgrund geringer Deutschkenntnisse bei Mutter und/oder Vater	11,9	1,9
Aktuelle Arbeitslosigkeit bei Mutter und/oder Vater	10,7	7,3
Große Unsicherheit, den Anforderungen als Eltern gerecht werden zu können	9,8	9,3
Anzeichen dafür, dass die Schwangere das Kind alleine erziehen wird	7,8	2,8

Art der Belastung	%-Anzahl der Schwangeren, bei denen die Belastung auffällt*	»Für mich in den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nicht festzustellen«**
Krieg- oder Fluchterfahrungen und/oder unklarer Aufenthaltsstatus bei Mutter und/oder Vater	7,1	9,0
Vorliegen eines Schwangerschaftskonflikts	6,8	1,0
Anzeichen für körperliche Beeinträchtigungen bei Mutter und/oder Vater	6,3	3,6
Anzeichen für psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater	5,9	4,1
Anzeichen für soziale Isolation der Familie	5,4	20,1
Jünger als 21 bei Geburt des Kindes (Mutter und/oder Vater)	5,0	1,3
Geringe Freude über die Schwangerschaft bei Mutter und/oder Vater	4,9	4,6
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und/oder Vater	4,9	10,4
Rasche Schwangerschaftsfolge	3,9	2,3
Unregelmäßige Vorsorgeuntersuchungen bei Arzt/Hebamme	3,8	6,8
Erhöhte Fürsorgeanforderung nach Geburt aufgrund einer Früh- oder Mehrlingsgeburt	3,7	3,3
Anzeichen für körperlicher Verwahrlosung bei Mutter und/oder Vater	2,4	16,2
Erhöhte Fürsorgeanforderung nach Geburt aufgrund Erkrankung/Behinderung des Kindes	2,1	13,4
Anzeichen für eine geistige Beeinträchtigung/ Behinderung bei Mutter und/oder Vater	1,5	13,1
Gewichtige Anhaltspunkte für eine nach der Geburt drohende Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung, Misshandlung)	1,4	25,3

* 5 % getrimmter Mittelwert der gültigen Antworten, ** in Prozent aller Angaben, n = 985–1.003.

Quelle: Eigene Darstellung

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen bestätigen den Eindruck, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen durchaus in der Lage sind, psychosoziale Belastungen bei ihren schwangeren Patientinnen zu beobachten, und dass Vorsorgeuntersuchungen dazu einen geeigneten Rahmen bieten:

»Also ja, Mutterschaftsuntersuchung ist der richtige Moment.«

Wichtig bei der Einschätzung der Situation einer Patientin sei die fortlaufende Betreuung:

»Im Rahmen von acht bis zehn Treffen, da stellt sich schon raus, ob eine Situation brenzlich ist oder nicht, oder ob die Frau das schafft oder nicht, oder depressiv wird oder nicht, oder ob die existenzielle Sorgen hat oder nicht.«

Die Zusammenarbeit mit Hebammen sei wichtig, um (weitere) Einblicke in das familiäre Umfeld der Patientin zu erhalten und so die Gesamtsituation noch besser einschätzen zu können:

»Die macht auch Besuche zuhause, und manchmal kommen manche Sachen da heraus, die man in der Praxis nie erfahren würde.«

Wann fallen die Belastungen auf?

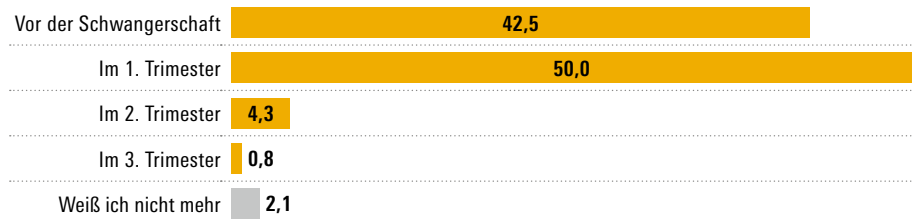
Nach Einschätzung der Gynäkologinnen und Gynäkologen fallen die Belastungen bereits sehr früh im Kontakt mit der Patientin auf – oft bereits vor der Schwangerschaft oder im 1. Trimester (siehe Abbildung 1). Somit bleibt theoretisch einige Zeit für weitere Beobachtung, Gespräche, Beratung und Weiterverweisung.

Aus den Fokusgruppengesprächen kam allerdings der Hinweis, dass Patientinnen mit besonders großen Belastungen häufig erst im späteren Schwangerschaftsverlauf zu den Untersuchungen kommen:

»Weil viele, die eine Belastung haben, kommen dann vielleicht teilweise [...] Die kommen dann in der 24. Woche erst. Da ist es dann schwieriger [...].«

ABBILDUNG 1: Zeitpunkt der Wahrnehmung von Belastungen

Zu welchem Zeitpunkt ist Ihnen die psychosoziale Belastung der Schwangeren zum ersten Mal aufgefallen?



Basis: Teilnehmende, die in den letzten zwölf Monaten mindestens eine psychosozial belastete schwangere Patientin betreut haben (n = 954). Sie wurden aufgefordert, an eine bestimmte belastete Schwangere zu denken und die Frage für diese Patientin zu beantworten. Angaben in Prozent. Keine Angabe = 0,3 %.

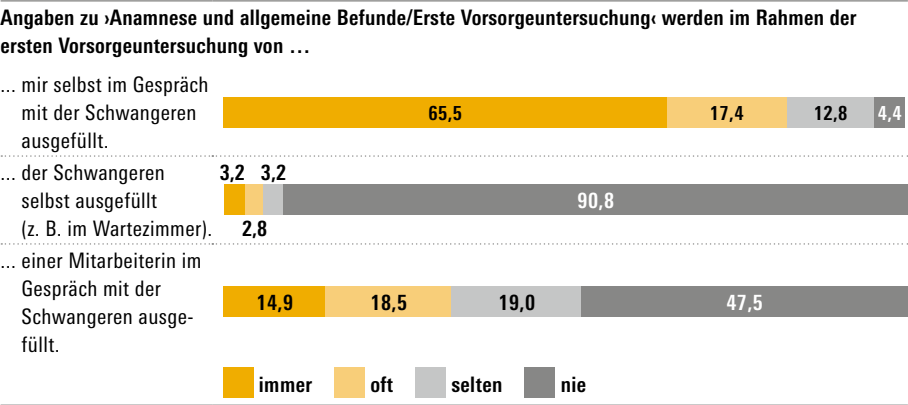
Quelle: Eigene Darstellung

Wahrnehmung und Dokumentation psychosozialer Belastungen

Wie gehen Gynäkologinnen und Gynäkologen bei der Wahrnehmung der Belastungen vor? Erfolgt die Einschätzung systematisch, zum Beispiel mit Hilfe von standardisierten Fragebögen, oder eher instinktiv bzw. im Gespräch mit der Patientin? Wird diese Einschätzung dokumentiert? Welche Rolle spielt hierbei der Mutterpass?

Der Mutterpass, den jede Schwangere von ihrer Gynäkologin bzw. ihrem Gynäkologen erhält, bietet die Möglichkeit, neben medizinischen auch psychosoziale Auffälligkeiten zu dokumentieren. Das Ausfüllen des Mutterpasses geschieht meist im Gespräch mit der Patientin (siehe Abbildung 2): 82,9 % der Teilnehmenden geben an, dass sie die »Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorgeuntersuchung«, bei der auch »besondere psychische und soziale Belastungen, Abusus« dokumentiert werden können, immer (65,5 %) oder meist (17,4 %) persönlich im Gespräch mit der Patientin ausfüllen. Bei rund einem Drittel der Ärztinnen und Ärzte wird das Ausfüllen immer (14,9 %) oder meist (18,5 %) von einer Mitarbeiterin im Gespräch mit der Schwangeren ausgefüllt. Über 90 % der Befragten geben an, dass die Schwangere *nie* die betreffenden Items im Mutterpass selber, z. B. im Wartezimmer ausfüllt. Somit bietet der Mutterpass wenigstens bei Feststellung der Schwangerschaft bzw.

ABBILDUNG 2: Dokumentation psychosozialer Belastungen im Mutterpass



Gültige Antworten in Prozent. n = 818–964.
Quelle: Eigene Darstellung

der ersten ausführlichen Vorsorgeuntersuchung fast immer Anlass für ein Gespräch zwischen Patientin und Ärztin oder Arzt oder mit einer Praxismitarbeiterin, bei der auch psychosoziale Themen zur Sprache kommen können.

Auch in den Fokusgruppen kommt zur Sprache, dass das Ausfüllen des Mutterpasses teils auch von Mitarbeitenden der Praxis übernommen wird:

»In der Regel ist es auch so, dass diese Dinge von der nicht-ärztlichen Mitarbeiterin abgefragt werden und eingetragen werden [...]. Also mit anderen Worten, in der normalen Schwangerenvorsorge ist es nicht obligat, nach diesen Dingen zu fragen.«

Nicht nur, aber insbesondere wenn die Dokumentation psychosozialer Belastungen Mitarbeitenden übertragen wird, ist das Gespräch zwischen den Mitarbeitenden der Praxen wichtig:

»Insofern denke ich, ist das einfach eine Sache, die man auch ans Personal so ein bisschen herantragen kann, dass man sagt ›Wenn ihr was seht, guckt doch mal‹. Oft werden ja viele Sachen gar nicht im Sprechzimmer erzählt, sondern beim An- und Abknöpfen des CTG der Helferin oder wenn Blut abgenommen wird. Das sind ja viele Dinge, die dann auch hinten herum an mich herangetragen werden, wo man sagt ›Übrigens, wir wollten mal sagen, die Frau Meier ist gerade raus, aber die hat mir da was erzählt‹.«

Knapp 80 % (79,3 %) der Befragten geben an, positive Befunde im Rahmen der Erfassung psychosozialer Belastungen im Mutterpass immer (27 %) oder oft (52,3 %) als Anlass zu einem tiefergehenden Gespräch mit der Patientin zu nehmen. Knapp ein Drittel (32,5 %) wartet hingegen immer (3 %) oder oft (29,5 %) den weiteren Schwangerschaftsverlauf ab (Angaben in Prozent gültiger Werte; n = 981 bzw. 861).

Die im Mutterpass vorgegeben Möglichkeiten, psychosoziale Belastungen zu dokumentieren, werden von den Gynäkologinnen und Gynäkologen sehr reflektiert und differenziert betrachtet (siehe Abbildung 3). Mit 82,5 % besteht große Einigkeit darin, dass die Dokumentation psychosozialer Belastungen im Mutterpass nicht überflüssig ist. Jeweils etwa 40 % bemängeln, dass die Möglichkeiten nicht trennscharf bzw. detailliert genug sind (44,5 %; Summe der Werte 4 und 5 auf einer 5-stufigen Skala von 1 = »trifft gar nicht zu« bis 5 = »trifft voll und ganz zu«), vermissen die Möglichkeit, den Verlauf besser darstellen zu können (39,9 %), und meinen, dass relevante psychosoziale Belastungen nicht dokumentiert werden können (36,9 %). Gleichzeitig sehen die Gynäkologinnen und Gynäkologen jedoch auch datenschutzrechtliche Bedenken (45,3 %) und insbesondere auch die Gefahr der Stigmatisierung (55,2 %) durch die Dokumentation psychosozialer Belastungen im Mutterpass. Die Diskussionen in den Fokusgruppen zum Thema Mutterpass unterstreichen die differenzierte Sicht auf die Dokumentation psychosozialer Befunde. Auf der einen Seite steht der Wunsch nach der Möglichkeit, umfassender dokumentieren zu können:

»Wenn die Patientin als erstes denkt ›Oh Gott, ich bin schwanger‹, oder wenn sie weint, oder wenn sie Bemerkungen in die Richtung macht, dann werde ich das aufnehmen.«

Auf der anderen Seite gibt es auch eine Sensibilität für eine mögliche Stigmatisierung der betreffenden Frauen:

»Sie wollte das auch nicht, dass ich's fürs Krankenhaus irgendwie reinschreibe und so, und dann respektiere ich das auch.«

Eine Möglichkeit, psychosoziale Belastungen detaillierter und ohne die Gefahr der Stigmatisierung oder datenschutzrechtlicher Bedenken zu dokumentieren, wäre die Nutzung anderer Einschätzungsbögen, die nur für den Gebrauch innerhalb der Praxis vorgesehen sind. Trotz oben gezeigter teilweiser Unzufriedenheit mit den Möglichkeiten, die der Mutterpass bietet, nutzen nur 17 % der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen zusätzlich zum Mutterpass andere Bögen (siehe Abbildung 4). Dabei fällt auf, dass selten auf standardisierte Bögen zurückgegriffen wird. Knapp 40 % derjenigen, die einen Einschätzungsbogen nutzen, haben diesen selber für ihre Arbeit entwickelt.

ABBILDUNG 3: Zufriedenheit mit dem Mutterpass im Hinblick auf die Dokumentation psychosozialer Belastungen

Wie zufrieden sind Sie mit den Möglichkeiten, im Mutterpass psychosoziale Belastungen zu dokumentieren? Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 1 = »trifft gar nicht zu« bis 5 = »trifft voll und ganz zu«.

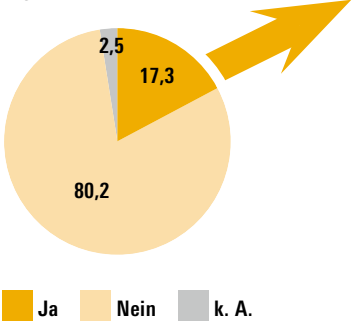
Die Möglichkeiten sind ausreichend.	30,8	22,7	46,6
Die Möglichkeiten sind mir nicht trennscharf/detailliert genug.	38,5	16,9	44,5
Ich vermisse die Möglichkeit, den Verlauf besser darstellen zu können.	44,9	15,2	39,9
Aus meiner Sicht sind relevante psychosoziale Belastungen nicht dokumentierbar.	42,8	20,4	36,9
Die Dokumentation psychosozialer Belastungen ist im Mutterpass m. M. nach überflüssig.	82,5	8,4	9,1
Die Dokumentation psychosozialer Belastungen im Mutterpass halte ich aus datenschutzrechtlichen Gründen für bedenklich.	37,0	17,8	45,3
Die Dokumentation psychosozialer Belastungen im Mutterpass birgt die Gefahr der Stigmatisierung der betreffenden Frauen.	28,0	16,8	55,2

Ablehnung (1 u. 2) **neutral (3)** **Zustimmung (4 u. 5)**

Gültige Antworten in Prozent; n = 914–950.
Quelle: Eigene Darstellung

ABBILDUNG 4: Nutzung von Einschätzungsbögen zur Dokumentation psychosozialer Belastungen

Nutzen Sie neben dem Mutterpass auch andere Einschätzungsbögen? (N = 1.003)



Welchen Bogen?		% derjenigen, die andere Bögen nutzen (n=174)
Selbst entwickelt		37,4
Erhebungsbogen »Frühe Hilfen für Gynäkologinnen« der Kassenärztlichen Vereinigung BW	Pränatal	8,0
	Postnatal	4,0
Name nicht bekannt		39,1
Ein anderer Bogen (Häufigste Nennung (n=6): Edinburgh Postnatal Depression Scala (Cox u. a. 1987))		19,5

Angaben in Prozent.
Quelle: Eigene Darstellung

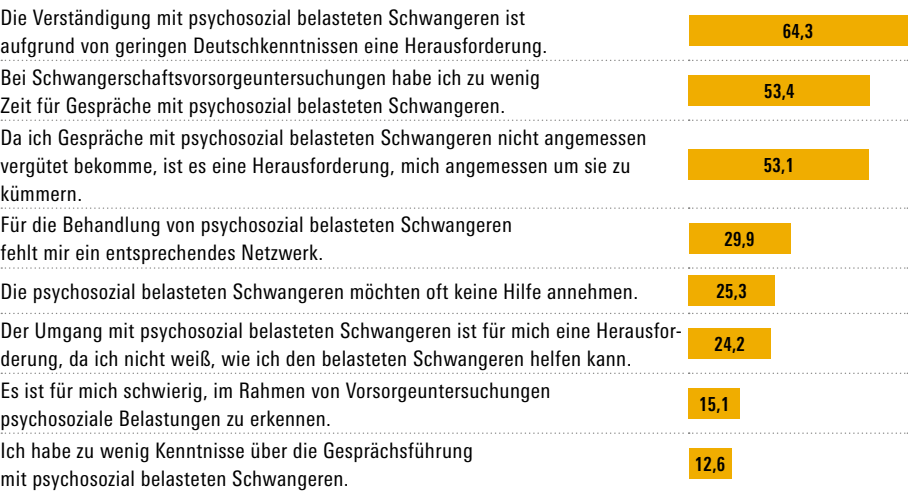
Der Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren wird als Herausforderung wahrgenommen

Eine große Mehrheit (81,9 %) der teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen gibt an, den Umgang mit psychosozial belasteten schwangeren Patientinnen als Herausforderung zu empfinden.

Als größte Herausforderung werden dabei Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse sowie zu wenig Zeit und eine geringe Vergütung von Gesprächen mit psychosozial belasteten Patientinnen genannt (siehe Abbildung 5). Übereinstimmend mit dem oben gezeigten Befund, dass psychosoziale Belastungen in der gynäkologischen Praxis recht gut beobachtet werden können, geben nur 15 % der Gynäkologinnen und Gynäkologen an, dass das Erkennen psychosozialer Belastungen eine besonders große Herausforderung ist. Auch eigene Defizite der Gesprächsführung geben nur wenige (12,6 %) Gynäkologinnen und Gynäkologen als Herausforderung an.

ABBILDUNG 5: Herausforderungen im Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?



Basis: Teilnehmende, die den Umgang mit psychosozial belasteten schwangeren Patientinnen als Herausforderung empfinden. n = 821. Nennungen der Top 2 Boxes (Werte 4 und 5) auf einer Skala von 1 »Stimme gar nicht zu« bis 5 »Stimme voll und ganz zu« in Prozent. Quelle: Eigene Darstellung

Auch in den Fokusgruppen kommt das Thema Zeitmangel zur Sprache, so wird beispielsweise angegeben, dass eine tiefere Exploration von Belastungslagen oft nicht möglich sei:

»Können wir nicht, auch zeitlich nicht. Wir können nur schätzen, ist alles in Ordnung.«

Dabei spiele auch die mangelnde Finanzierung eine Rolle:

»Wir kriegen eine Pauschale, ob ich die Frau zehn Mal sehe oder mir jedes Mal eine ganze Stunde Zeit nehme oder ob ich sie zwei Mal sehe. Das ist einfach ein finanzielles Problem. Ich kann das ja selbst gestalten, und wenn ich bereit bin, mir viel Zeit zu nehmen, dann kann ich das natürlich oben draufpacken. Aber es ist nicht von der Bezahlung her so geplant. Die ist nicht so üppig, dass man das jetzt bei vielen Frauen machen könnte.«

Auch die Themen »sprachliche Barrieren« und »kulturelle Unterschiede« werden häufiger als Herausforderung benannt:

»Da ist die Behandlung gar nicht mehr so möglich, weil sie uns nicht verstehen.«

Das Hinzuziehen von Familienangehörigen, die besser deutsch sprechen, baue unter Umständen neue Kommunikationsbarrieren auf:

»[...] Hürde für die Schwangere, wenn dann zum Beispiel der Sohn mitkommt zur Begleitung. Die wird nicht alles sagen. Wenn der als Übersetzer mitkommt, oder eben der Ehemann.«

»Bei manchen klappt es gut, weil die Männer vielleicht auch etwas sprechen, aber teilweise ist es schon so, wo man auch bewusst manche Sachen nicht so fragt oder weiterfragt. Ist schon schwierig dann.«

Einige Teilnehmende bringen sehr deutlich das Gefühl, nicht helfen zu können, als Hindernis im Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren zum Ausdruck:

»Manchmal will man was nicht sehen, weil man keine Lösung dafür hat.«

»Angst davor, ein Fass aufzumachen und nicht helfen zu können.«

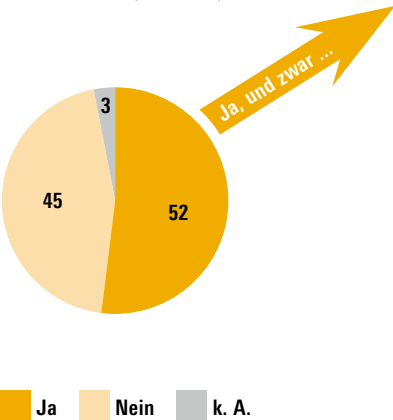
Wissen über die Frühen Hilfen und Kooperationen

Sowohl Kenntnisse über die Frühen Hilfen als auch die Vernetzung vor Ort sollen den Gynäkologinnen und Gynäkologen ihren Praxisalltag erleichtern, wenn sie bei ihren Patientinnen psychosoziale Belastungen wahrnehmen. Wie sieht es aber konkret mit Kenntnissen zu Angeboten Früher Hilfen aus, und wie viele Gynäkologinnen und Gynäkologen hatten schon einmal Kontakt mit dem Netzwerk Frühe Hilfen vor Ort?

Etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen geben an, dass ihnen konkrete Angebote Früher Hilfen bekannt sind (siehe Abbildung 6). Das mit Abstand bekannteste Angebot sind die Familienhebammen (27 % derjenigen, die angeben, konkrete Angebote Früher Hilfen zu kennen, nennen auf Nachfrage dieses Angebot). Es folgen (allgemeine) Beratungsangebote für Eltern, Angebote des Jugendamtes, Angebote freier Träger sowie der Verweis auf Frühe Hilfen vor Ort. Ebenso verstehen manche der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen unter anderem auch Hebammen, Schwangerschaftsberatung und finanzielle Hilfen als Frühe Hilfen (siehe Abbildung 6). Kenntnis und Verständnis von Frühen Hilfen sind demnach unter den Gynäkologinnen und Gynäkologen recht unterschiedlich verteilt.

ABBILDUNG 6: Bekanntheit von Frühen Hilfen

Sind Ihnen konkrete Angebote der Frühen Hilfen bekannt? (N = 1.003)



Die häufigsten offenen Nennungen	% derjenigen, die Frühe Hilfen kennen (n = 518)
Familienhebamme	27
(Eltern-)Beratung	13
über das Jugendamt	12
Angebote/freie Träger namentlich	10
Frühe Hilfen (allg. o. Landkreis)	9
Hebamme	6
Familienhilfe	6
Schwangerschaftsberatung	5
KoKi	4
finanzielle Hilfen	4

Angaben in Prozent.
Quelle: Eigene Darstellung

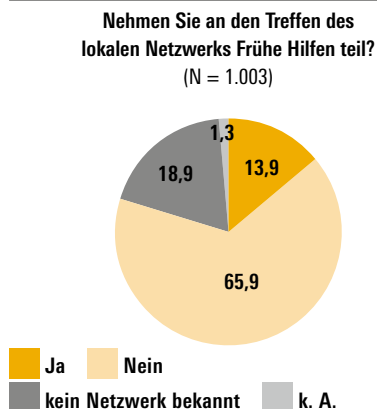
Die Aussagen derjenigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die an den Fokusgruppen teilgenommen haben, bestätigen diesen Eindruck. Häufig ist zwar der Begriff »Frühe Hilfen« bekannt, aber genaueres Wissen fehlt. Die diversen Möglichkeiten der Frühen Hilfen und die vielen verschiedenen Angebote, die sich dahinter verbergen können, wirken oftmals verwirrend:

»Also, dass es ein Programm gibt, das kenne ich, aber mehr...«

»[...] das ist wirklich ein bunter Strauß von Angeboten und niemand blickt durch. Ich merke das auch selber, ich gebe mal das mit und mal das, also, das ist ohne Konzept für mich. Ich finde es schwierig«

Geht es um die konkrete Vernetzung mit den Frühen Hilfen, geben knapp 14 % der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an, schon einmal an einem Treffen des lokalen Netzwerks Frühe Hilfen teilgenommen zu haben (siehe Abbildung 7). Ungefähr ebenso viele geben an, schon einmal an einem Qualitätszirkel zur besseren Versorgung psychosozial belasteter Familien teilgenommen zu haben (siehe Abbildung 8).

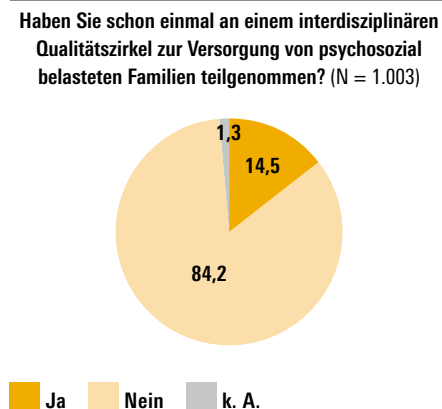
ABBILDUNG 7: Teilnahme an Treffen des lokalen Netzwerks Frühe Hilfen



Angaben in Prozent.

Quelle: Eigene Darstellung

ABBILDUNG 8: Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln



Angaben in Prozent.

Quelle: Eigene Darstellung

Eine Fortbildung zum Thema Frühe Hilfen haben etwa ein Viertel der Befragten besucht (siehe Abbildung 9).

Die Teilnahme an Netzwerken Früher Hilfen, Fortbildungen zum Thema und die Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln hängen miteinander zusammen: Von den Ärztinnen und Ärzten, die an einem Netzwerktreffen teilgenommen haben, haben 67,4 % auch eine Fortbildung zum Thema Frühe Hilfen besucht. Unter denjenigen, die nicht an einem Netzwerktreffen teilgenommen haben, sind dies nur 21,7 %, $\chi^2(df = 1) = 114,29$, $p < 0,001$; $\phi = 0,38$, $p < 0,001$. Ähnlich verhält es sich mit der Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln: Diese wurden von 40,3 % derjenigen besucht, die auch an einem Netzwerktreffen teilgenommen haben, aber nur von 11,3 % derjenigen, die kein Netzwerktreffen besucht haben, $\chi^2(df = 1) = 70,69$, $p < 0,001$; $\phi = 0,30$, $p < 0,001$. Diese Zahlen legen nahe, dass es eine kleine Gruppe von Gynäkologinnen und Gynäkologen gibt, die im Bereich Frühe Hilfen recht engagiert ist, während eine größere Gruppe wenig(er) Berührungspunkte mit den Frühen Hilfen hat.

Die Gespräche der Fokusgruppen zeigen mögliche Faktoren für die Nicht-Teilnahme an Netzwerktreffen auf. Die Nicht-Teilnahme ist unter anderem in einer fehlenden Einladung, dem hohen, unvergüteten Zeitaufwand und fehlenden Fortbildungspunkten begründet. Dem vermuteten hohen Aufwand steht die Einstellung gegenüber, dass »es auch ohne geht«:

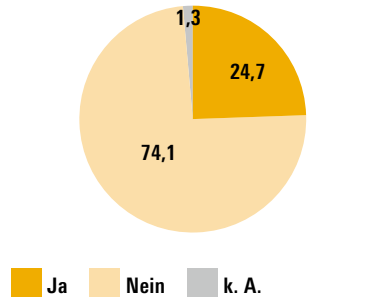
»Also ich wusste nicht, dass es das konkret gibt, d. h. ich habe noch keine Einladung gekriegt, fand aber auch, dass es so zu managen ist auch ohne Arbeitskreis.«

»Ich glaube, das waren vier Stunden, und ich fand es dann wiederum nicht so wichtig, dass ich vier Stunden dafür opfern hätte wollen.«

»Ich war nie eingeladen. Ich wusste das nicht« – »Ich auch nicht.«

ABBILDUNG 9: Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema Frühe Hilfen

Haben Sie schon einmal eine Fortbildung zum Thema »Frühe Hilfen« besucht? (N = 1.003)



Angaben in Prozent. Quelle: Eigene Darstellung

Auch wenn die Idee der Netzwerktreffen Anklang findet, verläuft die Verbindung teilweise recht schnell im Sande:

»Einmal bin ich beim Treffen von dem Netzwerk Frühe Hilfen gewesen, vor etwa zwei Jahren, wo eine Gruppe aus Sozialarbeitern, da war auch ein Kinderarzt dabei, da waren verschiedene Leute aus verschiedenen sozialen Netzwerken. Und die haben sich an einen Tisch gesetzt. Die Idee fand ich gut. [...] Dann war danach aber irgendwie so ein Vakuum.«

Vermittlung von psychosozial belasteten Schwangeren in die Frühen Hilfen

Über die Hälfte (56,7 %) aller teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen geben an, im Jahr 2017 eine schwangere Patientin in das lokale Netzwerk oder in Angebote Früher Hilfen vermittelt zu haben; 40,5 % haben keine Schwangere vermittelt, 2,8 % machen hierzu keine Angabe.

Dass Frühe Hilfen vor Ort angeboten werden, bzw. das Wissen darüber, ist eine Voraussetzung dafür, dass belastete Familien in Unterstützungsangebote vermittelt werden. Betrachtet man nur diejenigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die angeben, konkrete Angebote Früher Hilfen zu kennen, und/oder denen im Einzugsgebiet ihrer Praxis ein Netzwerk Frühe Hilfen oder ähnliche Angebote bekannt sind (n = 655), steigt der Anteil derjenigen, die eine Familie vermittelt haben, auf 76,2 %.

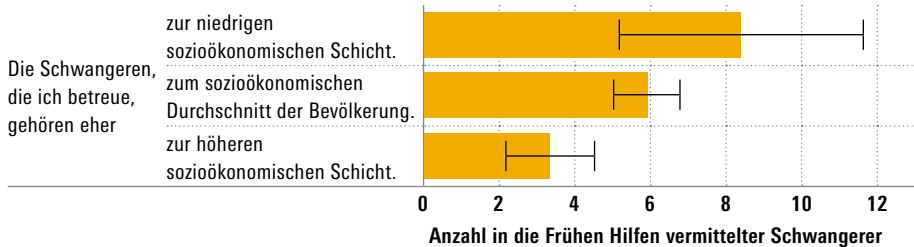
Welche Faktoren beeinflussen die Zahl der Vermittlungen von belasteten Schwangeren in die Frühen Hilfen?

Gibt es, abgesehen von den Kenntnissen über Frühe Hilfen vor Ort der einzelnen Gynäkologin bzw. des einzelnen Gynäkologen, weitere Einflussfaktoren auf die Anzahl der vermittelten Familien? Um zu untersuchen, ob der von den Gynäkologinnen und Gynäkologen angegebene sozioökonomische Status ihres Patientinnenstamms Einfluss auf die Anzahl der Vermittlungen in die Frühen Hilfen hat, wird die Teilstichprobe derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die konkrete Angebote Früher Hilfen bzw. ein Netzwerk Früher Hilfen vor Ort kennen (n = 655), genauer betrachtet.

Es zeigt sich, dass die Zahl der Vermittlungen abhängig davon ist, wie die Gynäkologinnen und Gynäkologen den sozioökonomischen Stand ihres Patientinnenstamms einschätzen (Welch-Test(2, 146,36) = 8,22, $p < 0,001$ (siehe Abbildung 10)): Schätzen sie ihn eher niedrig ein, werden im Durchschnitt 8,41 (SD = 14,09) Schwangere vermittelt, schätzen sie ihn als durchschnittlich ein, sind es 5,91 (SD = 9,48), schätzen sie ihn hoch, sind es nur 3,35 (SD = 5,21). Games Howell post hoc-Tests berechnen, welche der drei Gruppen (niedriger, mittlerer, hoher geschätzter sozioökonomischer Status) sich statistisch signifikant voneinander unterscheiden: Es zeigt sich, dass die Anzahl der Vermittlungen sowohl in der Gruppe mit niedrigem sozioökonomischem Status ($p < 0,05$) als auch in der Gruppe »sozioökonomischer Durchschnitt der Bevölkerung« ($p < 0,01$) signifikant höher ist als in der Gruppe mit hohem sozioökonomischem Status.

ABBILDUNG 10: Mittlere Anzahl der vermittelten psychosozial belasteten Schwangeren nach sozioökonomischer Schicht

Wie viele Schwangere/(werdende) Familien haben Sie im Jahr 2017 an das lokale Netzwerk oder in Angebote Früher Hilfen vermittelt? Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.



Basis: Teilstichprobe derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die konkrete Angebote Früher Hilfen bzw. ein Netzwerk Früher Hilfen vor Ort kennen (n = 655). Fehlerbalken: 95 % Konfidenzintervall.

Quelle: Eigene Darstellung

Dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Zahl der Familien, die die Gynäkologinnen und Gynäkologen in die Frühen Hilfen vermitteln, mit dem tatsächlichen Bedarf der Familien zusammenhängt. Ein weiterer wichtiger Faktor bezüglich der Zahl der vermittelten Familien ist allerdings das Engagement der einzelnen Gynäkologin bzw. des einzelnen Gynäkologen: Diejenigen, die an Netzwerktreffen teilnehmen, haben im Jahr 2017 im Durchschnitt 7,41 (SD = 8,90) Patientinnen in die Frühen Hilfen vermittelt. Diejenigen, die nicht teilgenommen haben, vermittelten lediglich 5,40 (SD = 9,31) Patientinnen, $t(620) = 2,20$, $p < 0,05$. Eine

multiple lineare Regressionsanalyse mit den Variablen *Teilnahme an Netzwerktreffen* und *Sozioökonomischer Status des Patientinnenstamms* als gemeinsame Prädiktoren der Anzahl der vermittelten Schwangeren bestätigt, dass die *Teilnahme an Netzwerktreffen* ($\beta = -0,09$, $p < 0,05$) auch dann ein signifikanter Prädiktor der Anzahl von Vermittlungen bleibt, wenn die *Sozioökonomische Schicht des Patientinnenstamms* ($\beta = -0,13$, $p < 0,01$) der Analyse als Prädiktor hinzugefügt wird, $R^2 = 0,02$; $F(2, 614) = 7,44$, $p < 0,001$.

Fazit und Ausblick

Die Studie verdeutlicht die Bedeutung und das Potenzial der niedergelassenen Gynäkologie für die Frühen Hilfen. Eine Vielzahl psychosozialer Belastungen kann nach Aussage der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen im Rahmen der Betreuung schwangerer Patientinnen und insbesondere auch während der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen beobachtet werden. Starke Erschöpfung, hohe Stressbelastung durch die Arbeit, niedrige Bildung, Rauchen in der Schwangerschaft, Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse und Arbeitslosigkeit beobachteten die Gynäkologinnen und Gynäkologen am häufigsten. Nach eigener Aussage nur schwer feststellbar sind Anzeichen für eine soziale Isolation der Familie. Die Bedeutung der Gynäkologinnen und Gynäkologen für die Frühen Hilfen wird dadurch unterstrichen, dass Belastungen, die in der Schwangerschaft auftreten, wie das Vorliegen eines Schwangerschaftskonflikts oder eine geringe Freude über die Schwangerschaft bei der werdenden Mutter (und/oder dem werdenden Vater), gut feststellbar sind. Diese Belastungen werden naturgemäß in anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, etwa in Geburtskliniken oder in der Pädiatrie, weniger offensichtlich.

Praxismitarbeiterinnen und mit der Praxis zusammenarbeitende Hebammen sind aus Sicht der teilnehmenden Gynäkologinnen und Gynäkologen bei der Feststellung psychosozialer Belastungen von besonderer Bedeutung. Wichtig ist daher auch der Informationsaustausch der Praxismitarbeiterinnen untereinander. Teilweise erfolgt diese Informationsweitergabe systematisiert, wenn z. B. Praxismitarbeitende mit den Schwangeren zusammen den Mutterpass ausfüllen. Da dieser auch die Dokumentation psychosozialer Belastungen beinhaltet und er in der großen Mehrzahl der Fälle im Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt oder einer Praxismitarbeiterin ausgefüllt wird, ergibt sich

für die Betreuung fast jeder Schwangeren die Möglichkeit, psychosoziale Themen anzusprechen. Die Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen betrachten die Möglichkeiten, die ihnen der Mutterpass dahingehend bietet, sehr differenziert – einerseits würden einige gerne ausführlicher dokumentieren, andererseits werden auch Gefahren der Stigmatisierung gesehen, da der Mutterpass z. B. auch in der Geburtsklinik wieder vorgelegt wird. Trotz dieser Kritikpunkte nutzen nur wenige Gynäkologinnen und Gynäkologen ein zusätzliches Instrument und wenn, dann oft ein selbst entworfenes. Ein auf die Bedürfnisse der Gynäkologinnen und Gynäkologen zugeschnittenes standardisiertes Instrument könnte die tägliche Arbeit in der niedergelassenen Gynäkologie erleichtern.

Dass eine Erleichterung gebraucht wird, macht die Tatsache deutlich, dass über 80 % der Befragten den Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren als Herausforderung erleben. Die am häufigsten genannten Schwierigkeiten sind Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse sowie Zeitdruck und mangelnde finanzielle Vergütung für Tätigkeiten im Kontext der Versorgung psychosozial belasteter Familien. Knapp ein Drittel gibt an, dass ihnen ein Netzwerk zur Betreuung psychosozial belasteter Schwangerer fehlt, und knapp ein Viertel gibt an, nicht zu wissen, wie sie helfen können.

Insbesondere bei den letzten beiden Punkten können die Frühen Hilfen eine Entlastung für die tägliche Arbeit der Gynäkologinnen und Gynäkologen sein – dazu müssen sie aber noch bekannter werden. Die Hälfte der Befragten kann kein Angebot Früher Hilfen nennen, und nur 14 % haben schon einmal ein Netzwerktreffen besucht. Vergleiche zwischen den Teilnehmenden der Hauptbefragung und den Teilnehmenden der kurzen Non-Responder-Befragung legen zudem nahe, dass die Teilnehmenden der Hauptbefragung eine ärztliche Teilgruppe sind, die psychosozialen Themen und den Frühen Hilfen insgesamt etwas näher stehen als die Gesamtheit der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen in Deutschland. Für die Gesamtheit der niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen dürften die Ergebnisse also eher ungünstiger ausfallen als für die vorliegende Stichprobe.

Ergebnisse der Studie zeigen, dass nicht nur der wahrgenommene sozioökonomische Status des Patientinnenstamms Einfluss auf die Anzahl der Schwangeren hat, die in die Frühen Hilfen vermittelt werden. Auch das Engagement der einzelnen Gynäkologinnen und Gynäkologen ist ein wesentlicher Faktor. Die Potenziale einer Zusam-

menarbeit der Gynäkologischen Praxis und der Frühen Hilfen könnten zum Wohl der (werdenden) Familien noch besser genutzt werden. Hierzu müsste es mehr Gelegenheiten geben, sich kennenzulernen und zu vernetzen, z. B. in Qualitätszirkeln, auf Konferenzen oder über Beiträge in relevanten Zeitschriften. Auch ein proaktives Einladewesen zu den regionalen Netzwerktreffen könnte eine Möglichkeit sein, die Frühen Hilfen unter niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen bekannter zu machen. Wenn es gelingt, den Ärztinnen und Ärzten deutlich und spürbar zu machen, dass die Frühen Hilfen ihren Praxisalltag erleichtern können, würden anfängliche Kontakte sicher seltener im Sande verlaufen und Gynäkologinnen und Gynäkologen würden häufiger von sich aus in die Netzwerke Frühen Hilfen finden.

Literatur

- Arztdata AG (2019):** Der Medizinische Kaufkraftindex von ArztData.
https://www.arztdata.de/services/med_kaufkraftindex.htm
 (28.11.2019)
- Bauer, Ullrich / Bittlingmeyer, Uwe H. (2005):** Wer profitiert von Elternbildung? In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, Band 25, Heft 3, S. 263–280
- Cox, John / Holden, Jenifer / Sagovsky, Ruth (1987):** Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: British Journal of Psychiatry, Band 150, Heft 6, S. 782–286
- Eickhorst, Andreas / Schreier, Andrea / Brand, Christian / Lang, Katrin / Liel, Christoph / Renner, Ilona / Neumann, Anna / Sann, Alexandra (2016):** Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 59, Heft 10, S. 1271–1280. doi:10.1007/s00103-016-2422-8
- Every Woman Every Child. (2015):** Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)
- Helming, Elisabeth / Sandmeir, Gunda / Sann, Alexandra / Walter, Michael (2006):** Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht. München
- Homann, Tanah / Brunsmann, Henrike / Knirsch, Christiane (2019):** Auswertung von Fokusgruppendifkussionen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema »Frühe Hilfen« für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Unveröffentlichtes Manuskript.
- Metzner, Franka / Siefert, Sönke / Pawils, Silke (2017):** Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 60, Heft 2, S. 163–170. doi:10.1007/s00103-016-2495-4

- Neumann, Anna / Renner, Ilona (2016):** Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 59, Heft 10, S. 1281–1291 doi:10.1007/s00103-016-2424-6
- Renner, Ilona / Scharmanski, Sara / Staa, Juliane van / Neumann, Anna / Paul, Mechthild (2018):** Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Zusammenarbeit im Blick der Forschung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 61, Heft 10, S. 1225–1235 doi:10.1007/s00103-018-2805-0
- Scharmanski, Sara / Renner, Ilona (2019):** Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- SOKO Institut GmbH (2019):** Feld- und Methodenbericht »Repräsentative Befragung von Gynäkologen und Gynäkologinnen zur Versorgung von Schwangeren in belastenden Lebenslagen«. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Staa, Juliane van / Renner, Ilona (2019):** Die Kinderärztliche Praxis und Frühe Hilfen: Erste Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- World Health Organization. (2015):** Health in all policies: training manual. Genf: WHO.
- Zohsel, Katrin / Hohm, Elisabeth / Schmidt, Martin. H. / Brandeis, Daniel / Banaschewski, Tobias / Laucht, Manfred (2017):** Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. In: Kindheit und Entwicklung, Band 26, Heft 4, S. 203–209 doi:10.1026/0942-5403/a000233

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149-161
50825 Köln
Tel.: 0221 8992-0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Autorinnen:

Dr. Anna Neumann, Ilona Renner, NZFH, BZgA

Gestaltungskonzept:

Designbüro Lübbeke Naumann Thoben, Köln

Druck:

Warlich Druck Meckenheim GmbH
Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

Auflage:

1.5.1.20

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:

BZgA
50819 Köln
Fax: 0221-8992-257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer:

16000194

ISBN:

978-3-946692-61-4



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

In Kooperation mit:



Deutsches
Jugendinstitut