

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Egbert Herting

**Guter Start in die Familie (GuStaF): Fördernde und hemmende Einflüsse auf
Zugangswege zu den Frühen Hilfen für Familien mit besonderem
Unterstützungsbedarf**

Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von Franzisca Hippmann aus Hamburg

Lübeck 2022

1. Berichterstatter*in: Prof. Dr. med. Ute Thyen

2. Berichterstatter*in: Prof. Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf

Tag der mündlichen Prüfung: 18.04.2023

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 18.04.2023

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhalt

| | |
|--|----|
| Abkürzungsverzeichnis | 6 |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis..... | 7 |
| 1. Einleitung..... | 8 |
| 1.1 Hinführung zur Thematik | 8 |
| 1.2 Theoretische Grundlagen | 11 |
| 1.2.1 Zentrale Begriffe im Kinderschutz | 11 |
| 1.2.2 Akteure im Kinderschutz | 14 |
| 1.3 Aktueller Forschungsstand | 16 |
| 2. Methode, Material und Durchführung..... | 19 |
| 2.1 Fragestellung und Forschungszugang | 19 |
| 2.2 Datenerhebung | 20 |
| 2.2.1 Interview | 20 |
| 2.2.2 Leitfaden | 22 |
| 2.2.3 Kurzfragebogen..... | 24 |
| 2.2.4 Sampling | 25 |
| 2.3 Datendokumentation..... | 27 |
| 2.3.1 Transkription | 27 |
| 2.3.2 Postskriptum | 29 |
| 2.3.3 Soziodemographische Daten | 29 |
| 2.4 Auswertung – Qualitative Inhaltsanalyse..... | 30 |
| 2.4.1 Hintergrund zur Auswahl der Auswertungsstrategie | 30 |
| 2.4.2 Deduktive Kategorienbildung | 32 |
| 2.4.3 Induktive Kategorienbildung..... | 35 |
| 2.4.4 Zusammenfassung und Interpretation | 37 |
| 2.5 Durchführung | 39 |
| 2.6 Ethische Erwägungen..... | 42 |
| 3. Ergebnisse | 43 |
| 3.1 Vorstellung der Stichprobe | 43 |
| 3.1.1 Kategoriale Merkmale der Stichprobe | 43 |
| 3.1.2 Belastungen aus Sicht der Familien..... | 45 |
| 3.2 Vorstellung der Ergebnisse im Sinne der Fragestellung..... | 46 |
| 3.2.1 Einfluss des Kontextes eines Beratungsgesprächs, wenn von Fachkräften Anhaltspunkte für Unterstützungsbedarf erkannt werden | 46 |
| 3.2.2 Bedeutsame Anlässe für Beratung und Unterstützung aus Sicht der Familien | 52 |

| | |
|---|-----|
| 3.2.3 Gelingensbedingungen oder Barrieren, wenn Kontakte zu den Frühen Hilfen erfolgt sind | 55 |
| 3.2.4 Unterstützungsnetz..... | 67 |
| 3.2.5 Ergebnisse der Nachbefragung..... | 70 |
| 4. Diskussion | 71 |
| 4.1 Methodendiskussion | 71 |
| 4.2 Ergebnisdiskussion | 74 |
| 4.2.1 Einfluss des Kontextes eines Beratungsgesprächs, wenn von Fachkräften Anhaltspunkte für Unterstützungsbedarf erkannt werden | 74 |
| 4.2.2 Bedeutsame und unbedeutsame Anlässe für Beratungen und Unterstützung aus Sicht der Familien | 76 |
| 4.2.3 Gelingensbedingungen und Barrieren..... | 78 |
| 4.3 Limitationen der Studie | 87 |
| 5. Schlussfolgerungen und Ausblick..... | 88 |
| Zusammenfassung | 90 |
| Abstract..... | 91 |
| Literaturverzeichnis..... | 92 |
| Anhänge | 100 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|--|
| Abs. | Absatz |
| Art. | Artikel |
| ASD | Allgemeiner Sozialer Dienst |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BKiSchG | Bundeskinderschutzgesetz |
| BMFSFJ | Bundesministerium für Familien, Frauen, Soziales und Jugend |
| BP | Bezugsperson |
| Bzw. | Beziehungsweise |
| d.h. | Das heißt |
| e.V. | Eingetragener Verein |
| Et. al. | Et alia |
| Etc. | Et cetera |
| GG | Grundgesetz |
| GuStaF | Guter Start in die Familie |
| Inkl. | Inklusive |
| i.V.m. | In Verbindung mit |
| K | Kategorie |
| KiD 0-3 | Kinder in Deutschland |
| KWG | Kindeswohlgefährdung |
| Max QDA | Max Qualitative Data Analysis |
| N | Anzahl |
| NZFH | Nationales Zentrum Frühe Hilfen |
| o.g. | Oben genannt |
| S. | Seite |
| s. | siehe |
| SGB VIII | Sozialgesetzbuch 8 |
| STEEP | Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting |
| u.A. | Unter anderem |
| UKSH | Universitätsklinikum Schleswig - Holstein |
| UN | United Nations |
| WMA | World Medical Association |
| z.B. | Zum Beispiel |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| | |
|--|------|
| Abbildung 1 Transkriptions- und Kodierungsregeln..... | 28 |
| Abbildung 2 Prozessmodell induktiver Kategorienbildung..... | 37 |
| Abbildung 3 Sampling in zwei Phasen..... | 41 |
| Abbildung 4 Inhaltsanalytische Gütekriterien nach Krippendorf | 73 |
| Abbildung 5 Informationsflyer für Eltern Außenseite | xii |
| Abbildung 6 Informationsflyer für Eltern Innenseite | xiii |
| | |
| Tabelle 1 Merkmale der Stichprobe nach teilnehmenden Familien..... | 43 |
| Tabelle 2 Merkmale der Stichprobe nach teilnehmenden Elternteilen | 44 |
| Tabelle 3 Interviewleitfaden Bezugsperson 1 | v |
| Tabelle 4 Interviewleitfaden Bezugsperson 2 | ix |
| Tabelle 5 Kategoriensystem Schwangerschaft und Belastungen..... | xiv |
| Tabelle 6 Kategoriensystem Beratungsgespräch und bedeutsame Anlässe für Beratung / Unterstützung..... | xv |
| Tabelle 7 Kategoriensystem Gelingensbedingungen / Barrieren und Unterstützungsnetz..... | xvi |

1. Einleitung

1.1 Hinführung zur Thematik

Historisch hat der Schutz von Kindern vor körperlicher, sexueller und seelischer Misshandlung und Vernachlässigung in Deutschland in den letzten 150 Jahren an Bedeutung zugenommen und ist Gegenstand staatlicher Fürsorge geworden. In der Industrialisierung des 18. und 19. Jahrhunderts war es üblich, dass Kinder zur Arbeit eingesetzt und ausgebeutet wurden; auch Misshandlung war eine tolerierte Art der Erziehung. Als sich die Berichte über stark misshandelte und verwahrloste Kinder mehrten, führte dies zu einem neuen Gedanken, dem im Verlauf durch verschiedene Gesetze und Konventionen Gewicht verliehen wurde: Das Kind ist ein schützenswertes Mitglied der Gesellschaft. Während in der Zeit des Nationalsozialismus der Beginn des Kinderschutzes zu Propagandazwecken missbraucht und instrumentalisiert wurde, wurde nach dem zweiten Weltkrieg angesichts der Not und Gewalterfahrung weiter an dem Ziel, Kinder zu schützen, gearbeitet. Bis heute ist die „Konvention über die Rechte des Kindes“ der UN-Generalversammlung das umfassendste Menschenrechtsdokument für Kinder. In Deutschland gibt es seit 2000 das im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankerte Recht auf gewaltfreie Erziehung, das im Sozialgesetzbuch VIII festgehaltene Kinder- und Jugendhilfegesetz sowie seit 2012 erstmals ein Bundeskinderschutzgesetz (Herrmann et al., 2016a, S. 7–12). Das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) basiert auf vier Pfeilern, durch die der aktive Kinderschutz in den folgenden Jahren weiter ausgebaut werden sollte (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012):

1. Frühe Hilfen und verlässliche Netzwerke
2. Mehr Handlungs- und Rechtssicherheit
3. Verbindliche Standards
4. Belastbare statistische Daten

Die erste Säule bildet dabei den primär und sekundär präventiven Ansatz im Kinderschutz. Das Bundesministerium für Familien, Frauen, Soziales und Jugend (BMFSFJ) stellt seitdem Gelder (seit 2015 jährlich 51 Millionen Euro und 2021/22 50 Millionen zusätzlich) zur Verfügung, um die Netzwerke Frühe Hilfen zu erweitern und den Einsatz von Familienhebammen in den Ländern und Kommunen zu fördern. Im BKISchG wurden die Frühen Hilfen zum ersten Mal gesetzlich verankert und beziehen sich auf die Grundrechte in Artikel 6 Absatz 2 Grundgesetz (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA, 2014). Die Aufgaben und Leistungen der Träger der Frühen Hilfen werden im achten Sozialgesetzbuch (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA, 2014) definiert. Der Impuls zu einer solchen Bewegung erfolgte 2006 ebenfalls durch das vermehrte Bekanntwerden schwerer Fälle von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Mittlerweile sind die Frühen Hilfen in der Bundesrepublik ein eigenständiger

Versorgungsakteur geworden, der auf Länderebene flächendeckend durch Frühe-Hilfen-Netzwerke organisiert ist und übergeordnet durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) forschend begleitet wird. In ihrem Leitbild hat der NZFH-Beirat den Begriff „Frühe Hilfen“ wie folgt bestimmt (zusammengefasst): Ziel ist ein Beitrag zum gesunden Aufwachsen von Kindern zu leisten, sowie die Sicherung ihrer Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Zielgruppe sind Familien in der Schwangerschaft sowie mit Kindern bis einschließlich drei Jahren (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA, 2014, 2022). Prinzipiell richten sie sich damit an alle Familien (universelle/primäre Prävention), jedoch insbesondere an Familien in Problemsituationen (selektive/sekundäre Prävention). Dabei basieren sie auf multiprofessioneller Kooperation und der Vernetzung zwischen verschiedenen Institutionen im klinischen und ambulanten Bereich der Kinderfürsorge, z.B. Gesundheitswesen, Beratungsstellen, Frühförderung und sozialen Diensten (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA, 2014, 2022).

Da die direkte Versorgung mit Angeboten der Frühen Hilfen durch lokale Träger auf Länder- bzw. Kommunenebene erfolgt, ist deren Arbeitsweise, Vernetzung und Stand der Entwicklung bundesweit recht unterschiedlich. Das NZFH hat dazu verschiedene qualitative und quantitative Studien (z.B. KID 0-3) ins Leben gerufen, deren Ergebnisse neben der Qualitätsentwicklung Lücken aufdecken und zum Schließen dieser Lücken beitragen sollen. Ein Problem bei der Inanspruchnahme von Angeboten Früher Hilfen ist das sogenannte Präventionsdilemma (Bauer, 2005): Menschen mit geringerer Belastung finden leichter Zugang zu Unterstützungsangeboten als Menschen mit höherer Belastung. Da die Angebote der Frühen Hilfen durchweg niedrigschwellig - aber im Gegensatz zu einigen anderen Maßnahmen durch das Jugendamt - freiwillig sind, nehmen nicht alle Familien mit Unterstützungsbedarf an den Angeboten teil. Auf diese Beobachtung der heterogenen Inanspruchnahme der Angebote haben verschiedene Faktoren Einfluss, welche in dieser Arbeit ermittelt werden sollen. Der vollständige Arbeitstitel lautet somit: **Fördernde und hemmende Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf**. Durch die unterschiedliche Aufstellung der Frühen Hilfen in den verschiedenen Kommunen erscheint es sinnvoll, diese Untersuchung an einer Stichprobe durchzuführen, die von den gleichen Trägern versorgt wird und prinzipiell Zugang zu den gleichen Angeboten hat. Als Standort der Studie wurde die Hansestadt Lübeck in Schleswig-Holstein gewählt, um das 2012 beendete Pilotprojekt „Kinderschutz von Anfang an – Neue Wege gehen / Guter Start in die Familie“ neu aufzugreifen. Das Pilotprojekt wurde von April 2010 bis März 2012 am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck durchgeführt. Aufgaben des Pilotprojektes waren es, Fortbildungsangebote für klinisches Personal zu entwickeln und niedrigschwellige Angebote für alle, schwerpunktmäßig aber für belastete Eltern mit Neugeborenen in die

reguläre Geburtshilfe einzubinden. Das Projekt wurde evaluiert und ist seitdem am UKSH Lübeck etabliert.

Trotzdem ist bekannt, dass gerade die Familien mit erhöhtem Bedarf weiterhin weniger Zugang zu entsprechenden Unterstützungsangeboten finden (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 67; Houle et al., 2022), sondern mit fortgeschrittenen Problemen verspätet an anderen Stellen im Gesundheitssystem bzw. weiteren Akteuren in der Kindesfürsorge auffallen.

Diese 2019 ins Leben gerufene Studie, die im Rahmen des Lübecker Programms „GuStaF – Guter Start in die Familie“ durchgeführt wurde, soll neben dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein auch andere Vermittler an die Frühen Hilfen einbinden, um die multiprofessionelle Arbeit abzubilden und verschiedene Gelingensfaktoren sowie Hindernisse zu erkennen. Diese Vermittler, im Folgenden „Kooperationspartner*innen“ genannt, verweisen nach der Feststellung von Unterstützungsbedarf in einem Beratungsgespräch ebenfalls regelmäßig an die Angebote der Frühen Hilfen. Die hier eingebundenen Kooperationspartner*innen sind die Hebammensprechstunde des Marienkrankenhauses in Lübeck, die Beratungsstelle profamilia Lübeck sowie die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des UKSH Lübeck. Die Kooperationspartner*innen leiteten Familien mit festgestelltem Unterstützungsbedarf, unabhängig von einer erfolgten Anbindung an die Frühen Hilfen, an die Doktorandin zur Befragung weiter. Zusätzlich werden auch Familien befragt, die schon seit einiger Zeit Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen.

Es sollte untersucht werden, welches die fördernden bzw. hemmenden Einflüsse waren, die dafür gesorgt haben, dass die Familien Zugang zu den Frühen Hilfen gefunden haben – oder nicht. Somit ist die Studie in die Versorgungsforschung eingebettet. Es wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, da diese Methode die notwendige Offenheit und Flexibilität bietet, um unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen zu erfassen und partizipativ die Faktoren herauszuarbeiten, welche die Fragestellung beantworten. Es sollten bei mindestens zwölf Familien möglichst beide Elternteile befragt werden. Die Befragung besteht aus einem teilstrukturierten, leitfadengestützten Interview, einem standardisierten Kurzfragebogen zu den soziodemographischen Daten und einem Postskriptum zu den Eindrücken der Interviewerin. Die Antworten des Fragebogens wurden tabellarisch aufgestellt und ausgewertet. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch mithilfe des Computerprogramms Max QDA (MAXQDA, 2018) ausgewertet. Die Ergebnisse sollen Aufschluss über die subjektiven Erfahrungen und Erlebnisse der Familien bezogen auf das Thema „Frühe Hilfen“ während der Zeit rund um die Geburt geben und Quelle für die zukünftige Optimierung und ggf. Anpassungen in den Versorgungsprozessen sein.

1.2 Theoretische Grundlagen

1.2.1 Zentrale Begriffe im Kinderschutz

Für die Eindeutigkeit und das Verständnis gilt es einige Begrifflichkeiten zu definieren, die im Weiteren verwendet werden. Im Anschluss werden die Akteure im Kinderschutz aufgezeigt, um einen Überblick über das Netzwerk des Kinderschutzes in Deutschland zu geben.

Der zentrale Begriff ist sicherlich der des „Kindeswohls“, jedoch existiert keine gängige Definition. Häufig wird der Rechtsbegriff der Kindeswohlgefährdung genutzt, der ein Verständnis des Kindeswohls voraussetzt. Der Bundesgerichtshof hat 2016 folgenden Beschluss vorgelegt:

„Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.“

(Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB, 2016)

In dieser Definition der Kindeswohlgefährdung sind folgende Aspekte benannt:

- Der Schaden muss erheblich sein
- Die Schädigung kann physischer oder psychischer Natur sein
- Gefahr muss gegenwärtig vorliegen, die Schädigung kann jedoch auch erst in der weiteren Entwicklung (also zukunftsbezogen) des Kindes ersichtlich sein
- Ein potenziell weniger gefährlicher Schaden kann eher toleriert werden als ein potenziell sehr gefährlicher Schaden
- Die Vorhersage der Schädigung muss mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgen können

Auch wenn das Kindeswohl als Begriff nicht eindeutig definiert ist und sich philosophische Diskussionen darüber führen ließen, lässt sich aus der oben genannten Definition der Kindeswohlgefährdung zusammen mit den im Grundgesetz verankerten Grundrechten ein Bild umreißen, welche Aspekte zu der Erhaltung des Kindeswohls beitragen. So erhält jeder Mensch und somit auch jedes Kind in Deutschland die Rechte auf:

1. *eine eigene Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GG),*
2. *das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG),*
3. *das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG),*
(Meysen & Schmid, 2006, S. 2–2)

Kombiniert man die Aussagen, so kommen verschiedene Säulen zusammen, die Anteile des Kindeswohls darstellen. An oberster Stelle steht demnach das Recht auf Leben, welches mit einer körperlichen Unversehrtheit verbunden ist. Hinzu kommen die geistige Unversehrtheit, das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit sowie die Menschenwürde.

Diese Punkte sind weitaus schwieriger zu greifen, da sie sich nicht nur auf den Moment beziehen, sondern Verletzungen im jeweiligen Bereich (z.B. psychischer Natur) sich vielfältig, auch in späteren Jahren, auswirken können.

Die Besonderheit ist, dass Kinder der elterlichen Fürsorge unterliegen und anders als Erwachsene, bis zu einem bestimmten Entwicklungsstand, ihre Rechte nicht einfordern können und eine Verletzung derer nicht unbedingt als solche wahrnehmen. Somit sind Kinder auf die Fürsorge und den Schutz der Eltern bzw. der Gesellschaft angewiesen. Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern war schon immer ein Teil der gesellschaftlichen Realität, auch wenn sie öffentlich wie privat nicht immer als solche wahrgenommen wurde. Die genutzten Begriffe sind nur im Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen, sozialen, kulturellen und ethischen Kontexte zu deuten und unterliegen entsprechenden Veränderungen im Verständnis.

Deshalb gilt es, den aktuell genutzten Begriff der Kindesmisshandlung einzuführen, welcher sich in die Teilbereiche der körperlichen, sexuellen und psychischen Gewalt sowie den der Vernachlässigung gliedern lässt. Eine sehr umfassende Definition ist folgende:

„Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Heimen) geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“ (Bast, 1975)

Zusätzlich zu den oben genannten Aspekten wird hier noch einmal betont, dass die Schädigung nicht nur in Familien, sondern auch in Institutionen stattfinden kann und dass nicht nur das Wohl, sondern auch die Rechte des Kindes bedroht sein können, um das Vorliegen einer Kindesmisshandlung zu erfüllen. Es ist ersichtlich, dass sich die Definitionen der Kindeswohlgefährdung und der Kindesmisshandlung in vielen Punkten überschneiden. Die 2019 veröffentlichte Kinderschutzleitlinie fasst die Kinderrechte aus der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 zu drei Bereichen zusammen:

- Das Recht, beteiligt und gehört zu werden
- Das Recht auf Förderung und Fürsorge
- Das Recht auf Schutz

(Kinderschutzleitlinienbüro, 2019, S. 21–22)

Also lässt sich sagen, dass eine Verletzung eines dieser Bereiche je nach Ausprägung eine Kindeswohlgefährdung oder auch Kindesmisshandlung darstellt.

Heute ist es gerade im Kontakt mit den Eltern hilfreich, den Begriff der Kindeswohlgefährdung zu nutzen, um Interventionen einleiten und durchführen zu können, ohne den Eltern Schuld zuweisen zu müssen, wie es der Begriff Kindesmisshandlung impliziert (Herrmann et al., 2016a, S. 11–13).

Im medizinischen Rahmen sind weiter die oben erläuterten Begriffe Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung relevant, da diese einen Anhalt bieten die zuständigen Institutionen der Jugendhilfe oder das Familiengericht um eine Abklärung des Kindeswohls zu ersuchen (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019, S. 12–13).

Nun ist es das Ziel, die Kindeswohlgefährdungen (KWG) in der Gesellschaft so weit wie möglich zu reduzieren, im Ideal sogar zu eliminieren. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Fällen von KWG zu begegnen, bzw. sie zu verhindern. Dies ist Aufgabe des Kinderschutzes. Bei dem Begriff „Kinderschutz“ handelt es sich nicht um einen Rechtsbegriff, sondern um einen Fachbegriff, der verschiedene Bereiche und Akteure einschließt und dessen Definition variabel gehandhabt wird (Kindler, 2016, S. 15–17).

Innerhalb des Kinderschutzes spielt zum einen die direkte Intervention bei einer bereits eingetretenen Gefährdung des Kindeswohls eine Rolle, einen anderen wichtigen Beitrag leistet die Präventionsarbeit. Hier wird also zwischen interventionellem (d.h. eingreifendem) und präventivem (d.h. vorbeugendem) Kinderschutz unterschieden. Die Überschneidung von Prävention und Intervention kann dabei vorhanden sein.

Der präventive Kinderschutz, in dessen Themengebiet auch diese Arbeit angesiedelt ist, lässt sich in drei Stufen aufteilen:

1. Primäre / Universelle Prävention
2. Sekundäre / Selektive Prävention
3. Tertiäre / Selektiv indizierte Prävention

Primäre Prävention ist dabei die niedrigschwelligste Stufe, und richtet sich prinzipiell an alle Familien. Sie beinhaltet alle Maßnahmen, die politisch und gesellschaftlich unternommen werden, um das Auftreten von Kindeswohlgefährdung zu verhindern. Die Strategie muss in ein gesamtgesellschaftliches Verständnis und Handeln, um wirksam zu werden. Die entsprechenden universellen Politiken sind von der WHO, UNICEF und Weltbank in dem Rahmenprogramm „Nurturing Care“ ausgearbeitet worden.

Sekundäre Prävention richtet sich selektiv an Familien mit Risikofaktoren und beschreibt alle Unternehmungen, die dazu führen, dass Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden und Interventionen zur Abwendung der Risikofaktoren und Stärkung der Ressourcen der Familien schon in Frühen Phasen der KWG stattfinden können.

Tertiäre Prävention richtet sich an Familien, in denen bereits eine KWG stattgefunden hat. Hier geht es darum, weitere Fälle zu verhindern und Folgeschäden zu begrenzen (Herrmann et al., 2016b, S. 388).

1.2.2 Akteure im Kinderschutz

An erster Stelle im Kinderschutz stehen die Kinder selbst, hier soll ein kurzer Überblick über die bei den Frühen Hilfen angetroffenen Altersgruppen gegeben werden. Neugeborene (0-4 Wochen) und Säuglinge (bis 12 Monate) haben aufgrund ihrer hohen Vulnerabilität ein besonders großes Schutzbedürfnis. Gleichzeitig haben positive wie negative Erfahrungen in frühester Kindheit prägende Auswirkungen auf die gesamte Lebensspanne. Kleinkinder (12-24 Monate) haben durch Spracherwerb und weitere Kontaktpersonen (z.B. in einer Kinderbetreuung) schon mehr Möglichkeiten, sich mitzuteilen. Als Kindergartenkinder (2-5 Jahre) erweitern sich diese Optionen und Kinder können sich bewusst an Vertrauenspersonen wenden. Schulkinder und Jugendliche haben außerdem die Möglichkeit, sich selbstständig weiteren Akteuren (Beratungsstellen, Polizei etc.) anzuvertrauen. So nehmen Kinder eine aktive Rolle im Prozess ein. Je jünger die Kinder, desto weniger Möglichkeiten haben sie ihre Rechte einzufordern und auf Einschränkung ihres Wohlbefindens zu reagieren bzw. sich selbst Hilfe zu suchen und desto höher ist die Verpflichtung des Elternteils, die Rechte ihres Kindes zu vertreten.

Deshalb ist unbedingt notwendig, dass Personen im sozialen Umfeld von Kindern (Familienmitglieder, Mitarbeitende in Institutionen, medizinisches Personal, Freunde etc.) im beruflichen wie im privaten Rahmen aufmerksam und aufgeklärt sind, um bei Bedarf die Brücke zwischen betroffenen Kindern und den Akteuren, die sie schützen sollen, bilden zu können. Somit liegt ein wichtiger Teil der Primärprävention in der Aufklärungs- und Informationsarbeit in der gesamten Gesellschaft. Das Konzept umfasst jedoch mehr als den individuellen Kinderschutz, sondern sorgt für Haltungen und Einstellungen der Zivilgesellschaft und Schaffung günstiger Lebenswelten für Familien allgemein, sodass durch Verhältnisänderung Ressourcenstärkung und Risikoabwendung ermöglicht werden kann (De Bock et al., 2017).

Die Präventions- und Interventionsstufen werden von verschiedenen institutionellen Akteuren bedient, deren Aufgabenbereiche sich überschneiden, sodass eine interprofessionelle Kooperation unerlässlich ist.

Rechtlich hat in Deutschland der Allgemeine Soziale Dienst (ASD oder auch Jugendamt) eine Schlüsselposition im Kinderschutz. Er hat das sogenannte Wächteramt inne, welches das Kindeswohl sicherstellen soll und zur Intervention verpflichtet, wenn die Gefährdungen bekannt werden. Der ASD hat zwei zentrale Aufgaben: zum einen die Ausführung des Wächteramtes und zum anderen die Annahme und Durchführung der Vormundschaft von Kindern, deren Eltern die Ansprüche an die elterliche Sorge nicht erfüllen. Insofern arbeitet der ASD eng mit den Familiengerichten zusammen, um bestmögliche Lösungen für Familien zu finden. Jedoch arbeitet auch der ASD ständig unter der Prämisse „Hilfe vor Intervention“, um gefährdete Familien zu unterstützen und KWG vorzubeugen. Eine Trennung der Kinder von den Eltern sollte erst als letzter Schritt in Erwägung gezogen

werden (Raack, 2006, S. 34–1). Insgesamt bedient der ASD alle drei Bereiche der Präventionsarbeit, in dem er sowohl niedrighschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote (primäre/sekundäre Prävention) auf freiwilliger Basis anbietet, als auch Maßnahmen ergreift, um das Kindeswohl zu schützen, die im Zweifel gegen den Willen der Eltern ausgeführt werden (tertiäre Prävention, Intervention).

In diesem letzten Punkt unterscheiden sich Institutionen wie die Frühen Hilfen maßgeblich vom Jugendamt, da sie reine Präventionsarbeit auf freiwilliger Grundlage durchführen.

Der Bereich Frühe Hilfen verfolgt das Ziel, von Beginn der Schwangerschaft an die Bindung und Ressourcen innerhalb der Familie zu stärken, um keine KWG entstehen zu lassen. Dabei steht ein enges beidseitiges Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeiter*innen der Frühen Hilfen und den Eltern im Vordergrund, welches auf der Annahme beruht, dass Eltern grundsätzlich wollen, dass es ihren Kindern gut geht. Angebote der Frühen Hilfen werden von unterschiedlichen Trägern ausgeübt und umfassen ein hohes Maß an Multiprofessionalität. Die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen sind z.B. Hebammen, Familienhebammen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen und Kinder-/Familienkrankenpfleger*innen. Die vielfältigen Angebote reichen von einmaligen Beratungen über wöchentliche Gruppenangebote zu verschiedenen Themen mit einem Austausch der Eltern, alltagspraktische Unterstützung durch Ehrenamtliche bis hin zu regelmäßigen Hausbesuchen mit engmaschiger Betreuung.

Teilweise gibt es Überschneidungen, was die Fallgruppe, also die Klient*innen, der Frühen Hilfen und den interventionellen Kinderschutz des Jugendamtes angeht. Dies geschieht beispielsweise, wenn innerhalb einer Betreuung durch die Frühen Hilfen festgestellt wird, dass die Unterstützung nicht ausreicht und es sich evtl. um eine KWG handelt. Dann muss der Fall, in Absprache mit den Eltern, auch an das Jugendamt weitergeleitet werden, damit es seiner Ausführung der Wächterposition nachkommen kann. Ebenfalls kann es umgekehrt dazu kommen, dass bei einer Prüfung der Erziehungsfähigkeit einer Familie durch das Jugendamt festgestellt wird, dass keine KWG vorliegt, aber präventive Unterstützung durch die Frühen Hilfen ratsam wäre.

Auch eine direkte Kooperation kann entstehen, wenn beispielsweise nach der Entbindung in einer Geburtsklinik Belastungen auffallen und noch während des stationären Aufenthaltes ein „runder Tisch“ einberufen wird, an dem sowohl das Jugendamt als auch die Frühen Hilfen und die Eltern beraten, was der beste Weg ist. Wenn eine Familie schon an das Jugendamt angebunden ist, kann sie während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines weiteren Kindes auch zusätzlich die Frühen Hilfen in Anspruch nehmen.

Neben den Familiengerichten, der Polizei sowie Heimen und Notdiensten gibt es weiterhin eine Vielzahl von freien Trägern und differenzierten Angeboten, die ebenfalls relevante Beiträge zum Kinderschutz in Deutschland leisten. An dieser Stelle werden sie jedoch nicht

weiter erläutert, weil sie für das Verständnis dieser Arbeit nicht essenziell sind, da hier vor allem der Bereich Frühe Hilfen im Schnittpunkt zwischen klinischem und ambulantem Setting untersucht werden soll.

1.3 Aktueller Forschungsstand

In dieser Arbeit sollen die **fördernden und hemmenden Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf** untersucht werden. An dieser Stelle sollen der aktuelle Forschungsstand sowie die regionalen Gegebenheiten, welche zur Planung dieser Studie führten, vorgestellt werden. Da es sich hier um ein aktuelles Projekt mit Lokalbezug handelt, sind in diesem Kontext auch primär die neueren Forschungsergebnisse des Bereichs Frühe Hilfen in Deutschland von Bedeutung.

In Deutschland ist, wie schon in Abschnitt 1.1 erwähnt, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) zuständig für die Begleitforschung der Entwicklung der Frühen Hilfen. Es werden fortlaufend Studien zur Prävalenz- und Versorgungsforschung als auch zur Erreichbarkeit und Effektivität der Angebote in den Frühen Hilfen durchgeführt. Von 2012-2016 lief eine mehrstufige Prävalenzstudie mit dem Namen KiD 0-3 bestehend aus zwei Pilotstudien, einer Vertiefungsstudie und einer nationalen Hauptstudie, welche erstmals die Häufigkeit von Risikofaktoren in der Frühen Kindheit ermittelte (Schreier et al., 2016).

Seit mehreren Jahren gilt die Relevanz bestimmter Institutionen im Gesundheitssystem (besonders Geburtskliniken, niedergelassene Gynäkolog*innen, Kinderärzt*innen und Hebammen) bezüglich der Bahnung von Zugang zu hoch belasteten Familien als sehr hoch (Renner, 2010). Insbesondere Kinderärzt*innen sehen die Familie regelmäßig und können so die elterliche Belastungssituation gut einschätzen (Ulrich et al., 2021). Durch die bundesweite Erfassung der Daten in der KiD 0-3 Studie ist jedoch deutlich geworden, dass es weiteren Handlungsbedarf bezüglich der Angebotsplanung und -steuerung gibt (Eickhorst et al., 2016), um den entsprechend belasteten Familien die passenden Angebote zugänglich zu machen. Mittlerweile gibt es Fortbildungsangebote für Kinderärzt*innen, welche die Konzepte Früher Hilfen erläutern und die Vermittlung erleichtern sollen (Haas et al., 2022).

Als Barriere bzw. Verstärker für die Inanspruchnahme Früher Hilfen wurde der hohe Stellenwert der elterlichen Steuerungskompetenz im Sinne der Selbstwirksamkeitserfahrung herausgearbeitet (Neumann & Renner, 2016).

Ebenfalls wurde festgestellt, dass Väter nach wie vor zu wenig durch die Angebote der Frühen Hilfen angesprochen werden, obwohl sie eine große Rolle für die Entwicklung des Kindes und auch in der Unterstützung von Müttern spielen (Liel & Eickhorst, 2016; Liel, 2015). Diese Studien des NZFH sind quantitativ oder entsprechen einem mixed-methods-

Design bestehend aus verschiedenen Fragebögen sowie einem leitfadengestützten Interview.

Das bereits angesprochene sogenannte Präventionsdilemma zeigt sich besonders bei universellen Angeboten der Frühen Hilfen: Niedrig belastete Familien haben gute Kenntnis der Angebote und nehmen diese mit größerer Wahrscheinlichkeit in Anspruch als höher belastete Familien (Eickhorst et al., 2016; Neumann & Renner, 2016). Dieser soziale Gradient zeigt sich bereits in der Kenntnis von geburtsvorbereitenden und beratenden Angeboten (Brandstetter et al., 2020). Selektive Angebote der Frühen Hilfen wie z.B. Familienhebammen hingegen werden eher von höher belasteten Familien in Anspruch genommen, hier scheint die Verknüpfung zwischen Angebot und Familien besser zu funktionieren (Eickhorst et al., 2016).

Eine qualitative Erreichbarkeitsstudie des NZFH zur Inanspruchnahme Früher Hilfen stellt in ihren Barrieren und Gelingensbedingungen der Inanspruchnahme vor, welche als Hinweise für die Weiterentwicklung der Frühen Hilfen Konzepte genutzt werden können. Darunter finden sich zum Beispiel die „Unklarheit von Angeboten“, die aus Sicht der Mütter „wahrgenommene Nähe Früher Hilfen zum Jugendamt“ und das Problem vom Fachkräften „von oben herab“ behandelt zu werden (Van Staa, 2018).

Zudem evaluierten Grieshop et. al an einer kleinen Stichprobe (N = 9) das Erleben des Zugangs zu Frühen Hilfen in Berlin. Dabei wurden für die Praxis ebenfalls die große Rolle der Steuerungskompetenz und eine nötige Verbesserung des Erreichens der Eltern impliziert (Grieshop et al., 2019). Auch Beziehungsarbeit und insbesondere die Wichtigkeit respektvoller Kommunikation wurden als Gelingensbedingungen herausgearbeitet (Tegethoff et al., 2021).

Es gibt verschiedene Ansätze, wie der Zugangsbahnung von werdenden bzw. jungen Familien zu Frühen Hilfen am besten angegangen wird. In diesem Zusammenhang stand vor mehreren Jahren die Erprobung sogenannter „Sozialer Frühwarnsysteme“ im Fokus, welche Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft erkennen und Familien an entsprechende Angebote verweisen sollen (Helming et al., 2006). Diese Begrifflichkeit wird heute kaum noch verwendet, da sie missverständlich ein Zurarbeiten der Frühen Hilfen an Maßnahmen des staatlichen Kinderschutzes impliziert, was durchaus problematisch für die Motivation von Familien und die Zusammenarbeit mit ihnen sein kann (Thyen & Pott, 2015, S. 11). Mittlerweile sind einige dieser ehemaligen Modellprojekte im klinischen wie ambulanten Rahmen etabliert, beispielsweise als „Babylotsen“ in Hamburg (Pawils et al., 2011). Diesen Lotsensystemen ist gemein, dass sie häufig auf einem Risikoscreening (meist in Form eines Fragebogens) basieren, welcher bei Überschreiten eines entsprechenden Wertes zu einem Beratungsgespräch führt, in dem Risikofaktoren genauer evaluiert werden und bei Bedarf Unterstützung oder Hilfe in die Wege geleitet werden kann

(Fisch et al., 2016). An diesen Risikoscreenings als Basis des Lotsensystems wird kritisiert, dass dieses unter Umständen zur Stigmatisierung von Familien führen könnte, sodass diese in Widerstand gegen Beratung und Angebote gehen (Thyen & Prüßmann, 2012). Schwierig seien außerdem die personalintensive Betreuung belasteter Eltern sowie eine nachhaltige Finanzierung der Projekte (Renner & Paul, 2021). Trotzdem können Lotsensysteme, gerade bei den neuen Herausforderungen in der Geburtshilfe sowie wachsenden Belastungen auf Elternseite essenziell sein, um sichere Versorgungswege ermöglichen (Hippmann & Thyen, 2021). Neben den Lotsensystemen gibt es verschiedene inhaltliche Ansätze, um mit Eltern in Kontakt zu treten bzw. zu arbeiten. Das STEEP-Projekt („Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting“) hat beispielsweise einen beziehungsbasierten Ansatz der Arbeit etabliert und nutzt innerhalb sekundärer Prävention der Frühen Hilfen Strategien, welche die Feinfühligkeit der Eltern verbessern, um eine sichere Bindung zu erleichtern (Suess et al., 2018, S. 18).

2015 wurde am Universitätsklinikum Freiburg ein modifiziertes Risikoscreening evaluiert, welches neben dem klassischen Belastungsscreening auch eine Einschätzung der Kindesentwicklung und der eigenen Belastungen durch die Eltern enthält (Belzer et al., 2018). Hier soll die Entwicklung des Kindes als gemeinsamer Nenner von Eltern und Fachkraft Anhaltspunkt für die Einleitung des Themas sein (Kleinert & Barth, 2015) und somit ein systemischer Blickwinkel eingenommen werden.

Im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck hat im Rahmen des Pilotprojektes „Kinderschutz von Anfang an – Neue Wege gehen“ von 2010-2012 die Fortbildungsreihe „GuStaF – Guter Start in die Familie – Fortbildungsprogramm für begleitende Familienunterstützung und Vernetzung rund um die Geburt“ für das Personal der Geburtsklinik sowie der Neonatologie stattgefunden, welches das Erkennen von Belastungen und die Anbindung an die Frühen Hilfen in den Klinikalltag einbetten sollte (Thyen, 2014). Die Erfahrungen der Eltern wurden evaluiert (Prüßmann et al., 2016).

Zukünftig soll die Zusammenarbeit mit weiteren Geburtskliniken in der Region sowie niedergelassenen Gynäkolog*innen und Frühe-Hilfen-Angeboten ausgebaut werden.

Im Hinblick auf partizipative Ansätze in der Versorgungsforschung (Thyen, 2015) und dem Anspruch „subjektive Bedürfnisse der Zielgruppen zu erkunden“ (Van Staa, 2018), wurde die vorliegende qualitative Interviewstudie ins Leben gerufen. Sie soll dazu beitragen, die Familien als Mittelpunkt der Frühen Hilfen besser zu verstehen und von ihnen Hinweise für die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen klinischen und ambulanten Institutionen zu erhalten, um das Unterstützungsnetz bestmöglich auf ihre Bedürfnisse anzupassen.

2. Methode, Material und Durchführung

2.1 Fragestellung und Forschungszugang

Der im letzten Kapitel vorgestellte Arbeitstitel soll zu der Leitfrage dieser Arbeit umformuliert werden: „**Was sind die fördernden und hemmenden Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf?**“. Zunächst ist es notwendig, diese Fragestellung näher einzugrenzen, dazu wird die Leitfrage in drei konkrete Fragen gegliedert, welche untersucht werden sollen. Da es, wie zuvor beschrieben, um die Lückenschließung zwischen ambulanten/stationären Rahmen und den Frühen Hilfen gehen soll, werden hier Familien befragt, welche innerhalb eines Beratungsgesprächs durch eine Fachkraft die Empfehlung bekommen haben, Unterstützung durch Frühe Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Dementsprechend wird in der ersten Frage (1) der Einfluss des Kontextes dieses Beratungsgesprächs untersucht. Dabei soll auf bestimmte Vorannahmen, welche die Forschungsgruppe vorab als möglicherweise relevant angesehen hat, besonders eingegangen werden (1a-c).

Die zweite Frage (2) beschäftigt sich mit den Anlässen, die Familien als bedeutsam ansehen (oder auch nicht), um Beratung und Unterstützung anzunehmen. Hier gilt es herauszuarbeiten, zu welchen Themen junge Familien selbst Beratung wünschen bzw. zu welchen sie besonders offen oder auch verschlossen sind.

Die dritte Frage (3) soll die Gelingensbedingungen und Barrieren herausarbeiten, die dazu geführt haben, ob eine Anbindung an Frühe Hilfen erfolgen konnte oder nicht. An dieser Stelle werden wieder Vorannahmen der Forschungsgruppe miteinbezogen (3a-c).

Hier finden sich die vollständigen Fragestellungen:

- 1) Welchen Einfluss hat der Kontext eines Beratungsgesprächs, wenn von Fachkräften Anhaltspunkte für Unterstützungsbedarf erkannt werden?
 - a) Welchen Einfluss hat der Zeitpunkt des Gespräches im Verlauf der Schwangerschaft / nach der Geburt?
 - b) Welchen Einfluss haben das Setting des Gespräches und die fachliche Kompetenz oder Berufsgruppe der Person, die das Gespräch führt?
 - c) Welchen Einfluss haben die soziodemographischen Variablen auf Seiten der Familie, insbesondere sprachliche Kompetenz oder soziale Benachteiligung?
- 2) Welche Anlässe für Beratungen sehen die Familien [werdenden] Mütter und Väter als bedeutsam an und wünschen hier Unterstützung / würden hier Hilfen annehmen [haben Unterstützung erhalten/Hilfen angenommen] und für welche Anlässe trifft dies nicht zu?

- 3) Wenn Kontakte zu den Frühen Hilfen im weitesten Sinne erfolgt sind, an welcher Stelle und durch wen werden Gelingensbedingungen oder Barrieren produziert?
- a) Welche Rolle spielt das kommunikative Verhalten auf Seiten der beratenden Person?
 - b) Welche Rolle spielen persönliche Faktoren auf Seiten der Mütter und Väter?
 - c) Welche Rolle hat das Setting des Gesprächs? (s. Teilfrage 1)

Die hier gestellten Forschungsfragen suchen nach subjektiven Eindrücken, unterschiedlichen Perspektiven, Zusammenhängen sowie dem Kontext der Situation und sind in der Versorgungsforschung typisch für die Untersuchung mithilfe eines qualitativen Forschungsansatzes. Der explorative Charakter der Fragestellungen macht diese Wahl sinnvoll und schließt einen quantitativen Ansatz, bis auf die Erhebung einzelner Eckdaten, wie z.B. der soziodemographischen Variablen, aus.

Zusätzlich zu den Interviews wird ein Fragebogen ausgefüllt, welcher die soziodemographischen Daten der Teilnehmenden erfasst und es wird ein Postskriptum erstellt, in dem die Interviewende Erinnerungen und auffallende Aspekte direkt im Anschluss an das Gespräch festhält.

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Interview

Die Erhebung der Daten erfolgt durch Einzel-Elterninterviews. Da es in den Fragestellungen um subjektive, nicht diskutierbare Erfahrungen sowie teils vulnerable und belastende Themen geht und diese evtl. aus Sicht des Teilnehmenden nicht mit dem eigenen Partner oder anderen Menschen geteilt werden sollen, werden andere Interviewformen wie Fokusgruppen, Partner- oder Familieninterviews ausgeschlossen. Ebenfalls wird so sichergestellt, dass jede teilnehmende Person in gleichem Maße zum Erkenntnisgewinn beitragen kann und der Interviewverlauf nicht durch eine Gruppendynamik beeinflusst wird. Qualitative Interviews können offen, semistrukturiert und strukturiert geführt werden. In einem semistrukturierten Leitfaden sind neben den Überthemen Teilbereiche aufgezeigt, die während des Interviews angesprochen werden sollen, um diese Teilbereiche herum findet sich Raum für die Erfahrungen und Erzählungen der Teilnehmenden. Hier ist eine semistrukturierte Interviewführung sinnvoll, da so die genannten Bereiche der Teilfragen besprochen werden können, auf die je nach Wichtigkeit im subjektiven Erleben unterschiedlich stark eingegangen werden kann und auch Raum für zusätzliche Themen der Teilnehmenden im Rahmen der übergeordneten Leitfrage besteht.

Zusätzlich zur Art der Interviewführung können bei Leitfaden-Interviews verschiedene Interviewtypen unterschieden werden, aus denen nach Festlegung des Forschungsziels die passende Interviewform als „Werkzeug“ herausgesucht werden muss.

Flick unterscheidet verschiedene Interviewformen (Flick, 2017, S. 195–226), hier wurde sich für ein problemzentriertes Interview entschieden: Es stellt biographische Daten und Erfahrungen in Bezug auf ein bestimmtes Problem in den Vordergrund und erfüllt sowohl die Anforderung an Gegenstandsorientierung (fördernde und hemmende Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen) als auch die Notwendigkeit, Raum zum freien Erzählen der Teilnehmenden zu bieten, um subjektiven Erfahrungen gerecht zu werden. Als Strukturierung dient hier der im nächsten Abschnitt ausgeführte semistrukturierte Leitfaden, zusätzlich dürfen ausufernde, nach Ermessen des Interviewers nicht zielführende Erzählungen unterbrochen bzw. abgebrochen werden. Es ist üblich, bei problemzentrierten Interviews einen Kurzfragebogen (hier zu den soziodemographischen Daten) zu erheben sowie ein Postskriptum (Interviewprotokoll mit den Einschätzungen und Gedanken des Interviewers unmittelbar nach dem Gespräch) anzulegen. Das Problem dieser Methode liegt oftmals darin, dass die Fragen des Leitfadens und die Erzählanteile sich überwerfen und das Gespräch dadurch unstrukturiert wird (Flick, 2017, S. 270–273). Dem soll in einer sinnvollen Entwicklung des Interviewleitfadens vorgebeugt werden.

Bei der Durchführung der Interviews ist es essenziell, dass während des Interviews ein harmonisches, vertrauensvolles Gesprächsklima herrscht. Dafür ist es hilfreich, die verwendete Sprache an den Sprachjargon des Teilnehmenden anzupassen und Fachwörter zu vermeiden bzw. zu erklären. Als Interviewer*in gilt es, sich zurückzuhalten, um die Erzählungen und Antworten nicht unnötig zu beeinflussen. Trotzdem liegt es in der Verantwortung der interviewenden Person, das Gespräch aufrecht zu erhalten. Dazu ist es nützlich, Pausen auszuhalten und nach einer angemessenen Zeit die Metaebene anzubieten und so z.B. weitere Beschreibungen des Erzählten anzuregen und wieder in den Fluss zu kommen (Niebert & Gropengießer, 2014, S. 131). Insgesamt gilt es, als Interviewer*in mit einer offenen Haltung dem Gespräch und dem Gegenüber entgegenzutreten und diese Art der Gesprächsführung vorher bestmöglich einzuüben, um dem Anspruch der qualitativen Methodik gerecht zu werden (Xyländer, 2020, S. 5).

Um vergleichbare Interviews zu erzeugen, werden alle Gespräche von einer einzelnen Person geführt. Die Interviewtermine sind inklusive Aufklärung und Ausfüllen des Fragebogens auf einen Zeitrahmen von ca. 60 Minuten angesetzt. Dies erscheint auch vor dem Hintergrund sinnvoll, dass damit zu rechnen ist, dass Kleinkinder dabei sind, denen möglicherweise ein längerer Zeitraum nicht zuzumuten ist.

Die Befragung findet nach Absprache mit den Interviewpartnern entweder bei den Familien zu Hause oder an einem neutralen Ort im UKSH statt. Die Interviews werden mithilfe eines Diktiergerätes aufgenommen.

2.2.2 Leitfaden

Ein Leitfaden dient dazu, vergleichbares Datenmaterial zu erheben, welches wissenschaftlich auswertbar ist (Donner-Banzhoff & Bösner, 2013, S. 66). Der hier verwendete Interviewleitfaden wurde an die Katamnese des 2012 beendeten Pilotprojektes „Kinderschutz von Anfang an – Neue Wege gehen / Guter Start in die Familie“ angelehnt und an die neue Fragestellung angepasst. Inhalt und Struktur des Leitfadens wurden mit der Leitung der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden (AQUAM) der Universität zu Lübeck diskutiert und überarbeitet. Abschließend wurde der Leitfaden an zwei Elternpaaren getestet und letzte Anpassungen vorgenommen.

Der Interviewleitfaden für die Familien wurde ausgehend von einem Evaluationsprojekt enthält Themen zu den in Teil 2.1 aufgezeigten Fragestellungen. Es gibt zwei unterschiedliche Leitfäden für die 1. und 2. Bezugsperson (BP) des betreffenden Kindes (siehe Tabelle 3 und 4 im Anhang). Die Elternteile sollen entscheiden, als welche Bezugsperson sie sich selbst wahrnehmen. Der Unterschied ist, dass die erste BP am Beratungsgespräch teilgenommen haben muss und dort die Empfehlung zu den Frühen Hilfen erhalten hat, während die zweite BP nicht zwingend mit dabei gewesen sein muss, sondern auch später von dem Gespräch erfahren haben kann. Die Leitfäden werden zuerst in einem Probedurchlauf an bekannten Müttern und Vätern hinsichtlich Verständlichkeit, Vollständigkeit und Eindeutigkeit getestet. Wenn er sich nicht als praktikabel herausstellt bzw. inhaltlich nicht erschöpfend oder unverständlich sein sollte, werden Anpassungen vorgenommen.

Der endgültige Leitfaden für Bezugsperson eins enthält diese Themenbereiche mit folgenden Unterpunkten, die dabei genutzten Interventionen lassen sich nach Gropengießer in verschiedene Interventionsmodi einteilen (Niebert & Gropengießer, 2014, S. 128):

Der erste Bereich ist dabei die Einleitung. Zuerst finden die Begrüßung sowie Vorstellung beider Interviewpartner und eine kurze Erläuterung des Themas statt, sofern dies nicht direkt vorher bei der Aufklärung erfolgt ist. Als thematischer Einstieg wird als Intervention ein sogenannter „offener Einstiegsimpuls“ (Niebert & Gropengießer, 2014, S. 128) genutzt, um das Gespräch ohne enge Vorgaben anzuregen. Bei diesem Einstiegsimpuls wird nach dem Erleben der Schwangerschaft gefragt, je nach Zeitpunkt der Befragung auch nach der Situation, in der die Eltern von der Schwangerschaft erfahren haben oder danach, wie sie sich die Zeit nach der Geburt vorgestellt haben.

Der zweite Themenbereich beinhaltet die Thematik des Beratungsgesprächs, an dem die Familie teilgenommen hat. Hier wird zunächst geklärt, wo [bei welcher Beratungsstelle] das Gespräch stattgefunden hat und wie es dazu kam. Danach werden durch weitere Impulse

und vertiefende Interventionen nach Gropengießer die Belastungsfaktoren sowie der Grund für das Gespräch aus Sicht der Eltern erfragt.

Nun wird das Setting des Gesprächs erarbeitet, wer das Gespräch geführt hat (Berufsgruppe), inwiefern Zeitrahmen und Ort stimmig waren und welche anderen Personen an dem Gespräch beteiligt waren. Ebenfalls wichtig ist es, die grundsätzliche Einstellung der Elternteile zu dem Beratungsgespräch zu ermitteln.

Der Verlauf des Gespräches ist das nächste Thema. Hier gilt es zu differenzieren, was aus Sicht der Eltern das Hauptthema des Beratenden und das eigene Hauptthema war, inwiefern es Überschneidungen gab und wie aufeinander eingegangen werden konnte. Wenn eine Begleitung zu dem Gespräch mitgekommen ist, wurde deren Rolle erfragt. Gegenstand an dieser Stelle ist es ebenfalls, die Einstellung zu den vorgeschlagenen Unterstützungsangeboten zu besprechen.

Als letztes wird der Elternteil gebeten, von den Gefühlen und Gedanken direkt nach dem Gespräch zu erzählen, sich zu erinnern, ob nach dem Gespräch mit anderen Personen (z.B. dem Partner) darüber geredet wurde und ob der Teilnehmende nach dem Gespräch selbst einen Unterstützungsbedarf wahrgenommen hat.

Der dritte Themenbereich befasst sich mit der Vermittlung passgerechter Hilfen, dem Zugang zu den Frühen Hilfen und der Netzwerkknüpfung. Teilweise liegen das Beratungsgespräch und das Interview sehr nah aneinander, sodass dieser Block nicht immer abgedeckt werden kann. Deshalb wird bei entsprechenden Familien einige Monate später eine kurze telefonische Nachbefragung stattfinden, um einen Eindruck der Situation zu gewinnen.

Wenn zum Zeitpunkt des Interviews bereits einige Zeit seit dem Gespräch vergangen ist, wird an dieser Stelle darum gebeten, von dem restlichen Verlauf der Schwangerschaft zu berichten und davon, ob und wie ein Kontakt zu den Frühen Hilfen stattgefunden hat. Es geht auch darum, sich ein Bild von der heutigen Situation zu machen und zu sehen, wie zufrieden die Eltern damit sind. Hier kann noch einmal ein Impuls dazu gegeben werden, von den Ansprechpartner*innen zu erzählen, die die Eltern momentan haben.

Als Abschluss wird eine sogenannte Schlussintervention verwendet, bei der die Interviewerin noch einmal die wichtigsten Punkte kurz zusammenfasst und der Befragte die Gelegenheit bekommt, fehlende Themen zu ergänzen und das letzte Wort hat mit der Frage, was seiner Meinung nach am dringendsten verbessert werden sollte.

Der Leitfaden für Bezugsperson zwei enthält die gleichen Themenbereiche und wird dahingehend angepasst, ob die zweite BP ebenfalls am Gespräch teilgenommen hat oder nicht. Die Themenbereiche enthalten inhaltliche Stichpunkte, welche angesprochen werden sollen, sowie zusätzlich einige Beispielfragen, die bei Bedarf angewendet oder umformuliert werden können. Es ist jederzeit möglich, die Themenbereiche auf die individuellen

Erfahrungen der Familie anzupassen und dementsprechend ausführlicher auf einige wichtige Bereiche einzugehen und andere, nicht relevante Bereiche größtenteils auszuklammern. Durch allgemeine Sondierungen und zusätzliche Nachfrage in interessierenden Aussagen sollen weitere Details ermittelt werden. Spezifische Sondierungen sollen das inhaltliche Interesse des Interviewers in Form von Spiegelungen wie Zusammenfassungen, Interpretationen und Rückmeldungen bekräftigen, um eine gute Atmosphäre aufrecht zu erhalten und den Teilnehmenden erneut mit seinen eigenen Aussagen zu konfrontieren (Flick, 2017, S. 211). Der Leitfaden ist also weniger ein Fragebogen, der in einer bestimmten Reihenfolge abgearbeitet wird, sondern vielmehr eine Landkarte von Themenbereichen, der von der Interviewerin vorab verinnerlicht wird, um während des Interviews abgedeckt zu werden und ein umfassendes Bild der Teilnehmenden auf die in der Fragestellung aufgezeigten Themen zu bekommen.

2.2.3 Kurzfragebogen

Der Kurzfragebogen ist ein zusätzliches Erhebungsinstrument, welches üblicherweise bei problemzentrierten Interviews genutzt wird (Flick, 2017, S. 270). In diesem Fall dient er dazu, die soziodemographischen Daten der teilnehmenden Familien zu erheben. Didaktisch ist es günstiger, diese Daten am Ende des Interviews mithilfe des Fragebogens zu erheben, als sie vorab zu erfragen, da sonst der Gesprächseinstieg von dem zuvor beschriebenen „Einstiegsimpuls“ zu einem bleibenden „Frage-Antwort-Konstrukt“ werden könnte, der in Leitfaden-Interviews explizit unerwünscht ist (Flick, 2017, S. 212).

Die Items des Fragebogens sind angelehnt an die übliche Erhebung von soziodemographischen Daten in Studien des NZFH wie beispielsweise in der Mixed Methods Analyse: „Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen, Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz“ (Neumann & Renner, 2016, S. 4). Es werden die Beziehung zum Indexkind (das Kind, weshalb die Frühen-Hilfen-Angebote angeregt wurden), der höchste Schulabschluss des Elternteils, Armutsgefährdung, Migrationshintergrund und Sprachbarriere, der Erwerbsstatus und die Familiengröße erfasst. Außerdem werden das Geschlecht und Besonderheiten des Indexkindes (z.B. Frühgeburt, Erkrankung) und ob das entsprechende Elternteil alleinerziehend ist, abgefragt. Einige Antworten können in den meisten Gesprächen schon während des Interviews ermittelt werden. Der Vollständigkeit halber wird der Fragebogen im Anschluss an das Interview noch einmal gemeinsam mit der Interviewerin und dem Teilnehmenden durchgegangen und beantwortet. Die Antworten auf den Kurzfragebogen werden direkt nach den Gesprächen in einer Exceltabelle gesammelt. Sie dienen dazu, einen Überblick über die Stichprobe zu behalten und das zirkuläre Vorgehen der Rekrutierung zu erleichtern, sodass eine möglichst heterogene Gruppe an befragten Familien entsteht. Nach Beendigung der Rekrutierung und Befragung können die erhobenen Daten dazu

genutzt werden, die erfasste Stichprobe zu beschreiben und deren Heterogenität zu veranschaulichen.

2.2.4 Sampling

Es liegt im natürlichen Sinne der Fragestellung, zu deren Explorieren die an den Beratungsgesprächen teilnehmenden Personen, in der Regel Eltern mit einem Kind von 0-3 Jahren oder werdende Eltern zu befragen. Es wird erwartet, dass bei einem Teil der Familien ein Elternteil und teilweise beide Elternteile an den Beratungsgesprächen teilnehmen und zusätzlich, auch wenn nur ein Elternteil teilnimmt, beide Eltern vor und nach dem Gespräch darüber kommunizieren. Deshalb werden hier, wenn möglich, beide Elternteile einzeln mit in die Befragung aufgenommen. Insbesondere bei nicht verheirateten oder getrennten Eltern wird nur die sorgeberechtigte Person interviewt, wenn sie der Kontaktaufnahme zum anderen Elternteil nicht zustimmt. Sollte nur ein Elternteil verfügbar sein (z.B. alleinerziehend), oder nur eines teilnehmen wollen bzw. können, werden diejenigen Familien in der Auswertung den Familien mit zwei teilnehmenden Elternteilen gegenüber als gleichberechtigt ausgewertet.

Es sollen zwölf Familien befragt werden, da dies erfahrungsgemäß eine gute Mindestgröße ist, um genügend Material für belastbare Ergebnisse zu erzielen als auch eine Interviewmenge, die für eine Interviewerin in der Durchführung und Auswertung zu bewältigen ist. Zu Beginn wird sich dabei vorbehalten, im Verlauf weitere Familien einzuschließen (zirkuläres Vorgehen), sollten einige Themen inhaltlich noch nicht ausreichend gesättigt sein.

Bei problemzentrierten Interviews, wie hier verwendet, ist bei der Auswahl der Stichprobe ein stufen- bzw. schrittweises Vorgehen von Vorteil (Flick, 2017, S. 213). Die Auswahl der Stichprobe hat den Ursprung im theoretischen Sampling und steht im Gegensatz zum statistischen Sampling.

Das theoretische Sampling nutzt eine „schrittweise Festlegung der Samplestruktur im Forschungsprozess“ (Flick, 2017, S. 158). Ziel ist hierbei die theoretische Sättigung der Kategorie nach Glaser und Strauss: „Sättigung heißt, dass keine zusätzlichen Daten gefunden werden können, mit deren Hilfe der Soziologe weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln kann“ (Bogner et al., 2014).

In den letzten Jahren haben sich daraus verschiedene Konzepte des schrittweisen Samplings entwickelt. Das hier verwendete Konzept entspricht zum einen dem Sampling maximaler Variation und zum anderen dem Sampling typischer Fälle. So soll einerseits eine möglichst heterogene Gruppe an Familien rekrutiert werden, andererseits sollen auch die ganz typischen, häufigen Fälle mit eingebunden werden (Flick, 2017, S. 165–167). Es soll also von der Dynamik der Familien ausgehend die zu untersuchende Stichprobe gebildet werden, um ein umfassendes Bild zu ergeben. Um dies bestmöglich zu etablieren, werden

vier unterschiedliche Institutionen als Kooperationspartner*innen in die Studie eingebunden. Drei der Kooperationspartner*innen führen innerhalb verschiedener Berufsfelder und Arbeitsweisen ebensolche Beratungsgespräche mit Familien durch und vermitteln bei festgestelltem Unterstützungsbedarf Familien an die Angebote der Frühen Hilfen. Als vierte*r Kooperationspartner*in fungiert eine Einrichtung, die ein breites Angebot an Frühen Hilfen anbietet. Dies sorgt dafür, dass auf jeden Fall auch Familien teilnehmen, die schon an die Frühen Hilfen angebunden sind. Je Kooperationspartner*in sollen jeweils drei Familien eingebunden werden.

Diese vier Kooperationspartner*innen werden in die Rekrutierung der Studie eingebunden und beschreiben ihre Tätigkeit im Bereich Beratung / Frühe Hilfen selbst wie folgt:

1. Pro familia ist der führende Verband zu Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung in Deutschland und betreibt flächenmäßig das größte Beratungsnetz in der Bundesrepublik.“ (*profamilia.de: Lübeck*, o. J.)
2. Die Hebammensprechstunde am Marienkrankenhaus Lübeck
„Möglichkeit, in ruhiger Atmosphäre ohne Zeitdruck Ihre persönlichen Fragen, Wünsche und Erwartungen rund um die Entbindung zu besprechen. Wir stehen Ihnen mit kompetenter und freundlicher Beratung einer Hebamme hilfreich zur Seite. Darüber hinaus legen wir auf Wunsch gern Ihre Patientenakte an, sodass Sie bei der Aufnahme zur Geburt nicht mehr mit vielen Fragen zu Ihren Personalien sowie Ihrer Krankengeschichte konfrontiert werden.“ (*Marien-Krankenhaus in Lübeck*, o. J.)
3. Die Kinderklinik des UKSH Campus Lübeck, Elternberatung in der Neonatologie
„Das Angebot umfasst je nach Bedarf praktische Orientierungshilfen, Fragen zum Umgang mit dem Kind als auch Unterstützung bei der seelischen Bewältigung.“ (*Elternberatung*, o. J.)
4. Die Frühen Hilfen am Kinderschutzzentrum Lübeck
„Das Angebot der Frühen Hilfen am Kinderschutz-Zentrum Lübeck richtet sich an Schwangere und Eltern von Säuglingen und Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung einer sicheren Bindung und guten Beziehung zwischen Eltern und Kind.“ (*Frühe Hilfen - Kinderschutz-Zentrum Lübeck*, o. J.)

Der Zugang zu den jeweiligen Institutionen wird durch die Verantwortlichen der Studie gebahnt. Dabei stehen persönliche Gespräche zwischen den Ansprechpartner*innen in den Kooperationsstellen und der Interviewerin im Vordergrund, bei denen das Studienprotokoll erläutert sowie Sinn, Umfang, Ablauf, Nutzen und Relevanz der Arbeit besprochen und diskutiert werden. Nach Zustimmung der Kooperationspartner*innen erhalten diese Unterlagen mit Flyern (siehe Abbildung 5 und 6 im Anhang) für die Eltern sowie eine Entbindung von der Schweigepflicht, um die Kontaktdaten der Eltern an die Interviewerin weiterzugeben. Die Kooperationspartner*innen führen die Beratungsgespräche selbst und

sind mit der Thematik der Frühen Hilfen vertraut. Es unterliegt ihrer Expertise, passende Familien auszuwählen und deren Teilnahme an der Studie anzuregen. Im Vorhinein wurden die Kooperationspartner*innen auf die Prämissen des Samplings (maximale Variation und typische Fälle) hingewiesen, um eine Rekrutierung der Proband*innen dahingehend zu ermöglichen.

2.3 Datendokumentation

2.3.1 Transkription

Die erhobenen Daten müssen dokumentiert werden, um sie in eine auswertbare Form zu bringen. Das Herzstück dieser Erhebung ist das geführte Interview, dessen Audiospur mithilfe eines Diktiergerätes aufgenommen wird. Das Gerät wird dabei mit Zustimmung des teilnehmenden Elternteils nach der Aufklärung über die Studie eingeschaltet und im Idealfall zwischen beiden Gesprächspartnern aufgestellt. Es läuft durchgehend bis zum Ende des Interviews. Nach Abschalten des Diktiergerätes folgt die Erhebung mithilfe des Kurzfragebogens und anschließend das Interviewprotokoll, welches die Interviewerin allein nach dem Interview ausfüllt. Die Audiospur des Interviews gibt einen guten Einblick nicht nur in die inhaltlichen Themen des Gesprächs, sondern auch in die Interviewatmosphäre. Um zusätzlich dazu ein mit anderen Interviews vergleichbares Format herzustellen, wird die Audiospur vollständig Wort für Wort in das geschriebene Wort transkribiert. In diesem Fall wurde dazu der Transkriptionsmodus des ebenfalls zur Auswertung vorgesehenen Programms „Max QDA – Max Qualitative Data Analysis“ (MAXQDA, 2018) genutzt. Hier gibt es die Möglichkeit, Zeitmarken in die Transkripte zu integrieren, welche sich direkt auf die entsprechende Stelle in der Audiospur beziehen. So bleiben beide Formate eng verbunden und die vorteilhaften Aspekte der Audiospur (Authentizität, Atmosphäre, bestimmte Sprechweisen etc.) gehen nicht verloren und können immer wieder abgespielt werden. Hilfreich bei der Transkription ist ein Pedal, sodass sich mit den Füßen Sprecherwechsel steuern und auf Pause bzw. Start drücken lässt. Trotzdem ist das Transkribieren selbst nach etwas Übung mit einem Zeitaufwand von ca. 6-7 Stunden pro Stunde Material verbunden. Es gibt verschiedene Transkriptionsregeln, die angewendet werden können. Entscheidend dabei ist, dass alle Interviews einheitlich mit dem gleichen Regelwerk transkribiert werden und alle auswertenden Mitarbeiter*innen über die angewendeten Regeln in Kenntnis gesetzt werden. Hier wurde sich an den Transkriptionsregeln nach Donner-Banzhoff und Bösner orientiert (siehe Abbildung 1). Einige Abwandlungen werden diesen Regeln hinzugefügt: Zum einen werden unverständliche Wörter mit der dafür vorgesehenen Funktion von Max QDA gekennzeichnet, es taucht ein „unverständlich“ fett und in Klammern im Transkript auf.

| | Beispiele |
|---|---|
| Verwendete Schreibregeln für die Transkription von Gesprächen: | |
| 1. Für das Gesprochene beider Gesprächspartner : normale Groß- und Kleinschreibung einsetzen | |
| 2. Bei Sprecherwechsel Name oder Funktion als Kürzel vor die Zeile setzen | LM (für Lieschen Müller), A (für Arzt) |
| 3. Keine Silbentrennung durchführen. Wörter werden nicht getrennt geschrieben | |
| 4. Nur Abkürzungen verwenden, wenn sie Bestandteil der Rede sind: | KHK, BP-Tankstelle; aber: beziehungsweise, zum Beispiel |
| 5. Absätze werden nur bei Sprecherwechsel eingefügt | |
| Kodierung nonverbaler Kommunikation | |
| Umgangssprache: Wörter, die in der Umgangssprache verstümmelt werden, sollen so auch transkribiert werden. | So ne Auffälligkeiten hab ich |
| Pausenfüller/literarische Umschrift: Laute und Lautfolgen sollen nur transkribiert werden, wenn sie inhaltlich wichtig sind. | mhm [Zustimmung]; aber nicht: mh, ähm |
| Zitate: Vom Gesprächspartner erzählte Zitate werden in Anführungszeichen gesetzt. | der Patient sagte: »Es tut mir so weh« |
| Satzzeichen: Bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten werden Satzzeichen gesetzt. | oder doch? Sie fragte, ob ich heute |
| Wortabbrüche: Ein nicht zu Ende gesprochenes Wort oder Wortteil wird durch zwei Bindestriche mit Leerzeichen dazwischen gekennzeichnet. | Krankheits- - |
| Unverständliches Wort/Wörter: Unverständlich gesprochene Wörter werden durch einen Schrägstrich ersetzt. Der vermutete Wortlaut soll in Klammern mit Fragezeichen eingefügt werden. | das kann/(aber nun wirklich?) so nicht/(sein?), auch wenn |
| Sprechpause: Macht einer der Gesprächspartner eine Sprechpause, in der niemand etwas sagt, werden drei Punkte gesetzt. | ... |
| Geräuschvolle Sprecherhandlungen: Lautäußerungen vom Sprecher werden, in runden Klammern, in den jeweiligen Kontext eingefügt. | Der Patient klagte (Husten) über starke Schmerzen |

Abbildung 1 Transkriptions- und Kodierungsregeln

(Donner-Banzhoff & Bösner, 2013, S. 86)

Zusätzlich angewendete Transkriptionsregeln:

Unverständliche Wörter: Es wird die vorhandene Max QDA-Funktion verwendet, im Text steht (**unverständlich**)

Sprechpause: Die Anzahl der Punkte spiegelt die Länge der Pause wider

Kurze Einwüfe: Einwüfe des zweiten Sprechers in eine Aussage der gerade sprechenden Person werden in Klammern aufgezeichnet, das Kürzel des Einwerfenden wird dabei fett gedruckt.

Zusätzliche Informationen: Wichtige Anmerkungen zu der Situation werden in eckigen Klammern hinzugefügt, z.B. [lachen, jemand betritt den Raum]

Zum anderen werden Sprechpausen je nach Länge mit mehreren Punkten gekennzeichnet, kurze Sprechpausen haben demnach zwei Punkte, längere drei oder mehr. Wenn es kurze Einwürfe des anderen Sprechers gibt (wie z.B. kurze Zustimmungen, kurze Anmerkungen), werden diese in Klammern innerhalb des Absatzes des Hauptsprechers festgehalten. Außerdem werden wichtige Anmerkungen zur Situation (z.B. lachen, weinen, jemand kommt in den Raum etc.) mit eckigen Klammern gekennzeichnet. Nach Abschluss des Transkribierens werden alle Transkripte parallel zu den Audiospuren auf Einhaltung der Transkriptionsregeln und Richtigkeit Korrektur gelesen.

2.3.2 Postskriptum

Das Postskriptum beinhaltet das bereits mehrfach angesprochene Interviewprotokoll, welches im Anschluss an das Interview durch die Interviewerin ausgefüllt wird, um während der Auswertung die Möglichkeit zu haben, die Situation und Atmosphäre so authentisch wie möglich in Erinnerung zu rufen. Das Postskriptum ist neben dem Interviewleitfaden und dem Kurzfragebogen ein typisches Instrument zur Datenerhebung-/ bzw. Datendokumentation bei der Anwendung des problemzentrierten Interviews (Flick, 2017, S. 270). Das Interviewprotokoll enthält Angaben zu Ort bzw. Räumlichkeit des Interviews, der durch die Interviewerin empfundenen Interviewatmosphäre, der personalen Beziehung zwischen Interviewerin und Gesprächspartner, der Interaktion im Interview, schwierigen Passagen sowie viel Raum für eigene Stichpunkte, Erinnerungen und Gedanken zu dem stattgefundenen Gespräch. Zur späteren Zuordnung wird der Protokollbogen mit der Interview-Nummer, der vergebenen Teilnehmer-ID sowie dem Datum und der Dauer des Interviews versehen.

Damit das Postskriptum direkt an den Inhalt des Interviews geknüpft bleibt, wird es ebenfalls digitalisiert und per Memofunktion in Max QDA an das jeweilige Transkript angefügt. So ist ein Überblick über die Eckpunkte und ein „Hineinversetzen in die Situation“ während der Auswertung, insbesondere für die parallel auswertende Person, welche die Interviews nicht selbst geführt hat (Auswertungsprozedere in Abschnitt 2.4 genau beschrieben), jederzeit gegeben.

2.3.3 Soziodemographische Daten

Die in 2.2.3 ermittelten Daten aus dem Kurzfragebogen werden gesammelt und in Microsoft Excel importiert. Hier wird eine Übersicht erstellt, in welcher die Verteilung der Variablen in der untersuchten Stichprobe aufgezeigt wird. Diese wird während der Rekrutierungsphase dazu genutzt, die Heterogenität der Stichprobe fortlaufend zu überprüfen und evtl. zusätzliche Familien anhand von einzelnen bisher unterrepräsentierten Merkmalen (z.B. Sprachbarriere, Alleinerziehende) aktiv einzubeziehen. Abschließend werden die Daten zur Beschreibung der erfassten kategorialen Merkmale der Stichprobe genutzt und tabellarisch im Abschnitt 3.1.1 „Kategoriale Merkmale der Stichprobe“ dargestellt.

2.4 Auswertung – Qualitative Inhaltsanalyse

2.4.1 Hintergrund zur Auswahl der Auswertungsstrategie

Textdaten lassen sich sowohl quantitativ als auch qualitativ auswerten. Wie bereits in 2.1 erläutert, ist hier eine qualitative Analyse notwendig, um den explorativen Charakter der Fragestellung zu erfüllen. In der qualitativen Methodik gibt es zahlreiche Strategien, mit denen erhobenen Daten begegnet werden kann. Um die in der Leitfrage erörterte Problematik zu erforschen, bieten sich zwei Ansätze an. Einerseits der phänomenologische Ansatz, andererseits Grounded Theory. Beide sind sich in dem Ablauf ihres Forschungsprozesses ähnlich (beide erfordern die Erhebung von Daten mittels Interviews, die Transkription und das anschließende Codieren mithilfe von Kategorien), jedoch unterscheiden sie sich in dem Ziel ihrer Arbeit. Bei dem phänomenologischen Ansatz gilt es zu beschreiben „was und wie etwas erlebt wurde“ (Donner-Banzhoff & Bösner, 2013, S. 79), während es bei Grounded Theory darum geht, abschließend eine übergeordnete Theorie zu bilden, die den untersuchten Sachbestand erklären kann (Donner-Banzhoff & Bösner, 2013, S. 78–81).

In diesen Zielen begründet liegt die Entscheidung gegen den Stil der Grounded Theory, denn es wird in dieser Studie nicht der Anspruch erhoben, eine erklärende Theorie zu entwickeln, sondern lediglich die Exploration der fördernden und hemmenden Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf. Trotzdem ist gerade der freie, von den erhobenen Daten ausgehende Ansatz ein Aspekt der Grounded Theory, welcher in jedem Falle wünschenswert für die eben genannte Exploration der Fragestellung ist. Deshalb bietet es sich innerhalb des phänomenologischen Forschungsvorhabens an, die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring mittels induktiver Kategorienbildung zu nutzen, da sie einen vergleichbar offenen Charakter hat (Wollny & Marx, 2009, S. 9). Außerdem wird die Auswertung der Daten hier hermeneutisch durchgeführt, da die Beobachtungen und Erfahrungen des Forschers in dem Konstrukt aus problemzentriertem Interview, Kurzfragebogen und Postskriptum unweigerlich enthalten wie erwünscht sind.

Die qualitative Inhaltsanalyse ist prinzipiell geeignet für jegliches Material, welches in Text umgewandelt werden kann und eng innerhalb des Kontextes, in dem es entstanden ist, betrachtet werden soll. Philipp Mayring hat verschiedene Verfahren entwickelt bzw. zusammengestellt, mit denen die qualitative Inhaltsanalyse je nach Fragestellung durchgeführt werden kann. Neben diesen Ansätzen existieren weitere Formen der Inhaltsanalyse, beispielsweise nach Udo Kuckartz. Nach Mayring lassen sich alle Verfahren zur Analyse von Textmaterial in drei Hauptgruppen nach ihren Zielsetzungen einteilen. Sie dienen demnach entweder zur Zusammenfassung, zur Explikation oder zur Strukturierung des vorliegenden Materials (Mayring, 2015, S. 67).

Bevor nun ein Verfahren zur Auswertung ausgewählt wird, ist es sinnvoll, sich die gestellte Frage noch einmal zu verdeutlichen. In diesem Fall geht es darum, bestimmte Aspekte des Themas herauszufiltern, dabei auch offen für neue unerwartete Gesichtspunkte zu sein, um daraus mithilfe einiger Hauptaussagen die Leitfragen beantworten zu können. Deshalb verlangt es nach einer Strategie, die sowohl eine Strukturierung als auch eine Zusammenfassung ermöglicht.

In der strukturierenden Inhaltsanalytik wird vornehmlich mit deduktiven Kategorien gearbeitet. Das heißt, die Kategorien werden aus vorhandenen Theorien zu dem Thema, aus Vorwissen oder Vorannahmen abgeleitet und auf das Material übertragen.

Weil hier in den Fragestellungen schon Vorannahmen enthalten sind, bietet es sich an, zu Anfang einige Kategorien deduktiv anhand der Vorannahmen zu entwickeln und diese in einem ersten Schritt auf das Material anzuwenden. So entsteht eine erste Struktur des Inhalts im Sinne der inhaltlichen Strukturierung nach Mayring (Mayring, 2015, S. 103). Es wird sichergestellt, dass alle in den Vorannahmen betitelten Bereiche im Textmaterial in diesem ersten Durchgang identifiziert werden und keine vorab in den Fragestellungen formulierten Themen verloren gehen.

In der zusammenfassenden Inhaltsanalytik hingegen wird als Variante mit induktiver Kategorienbildung gearbeitet, die Kategorien entstehen ausschließlich aus dem Material. Dies macht es dem Ansatz der Grounded Theory recht ähnlich. Neben der induktiven Kategorienbildung existiert die ursprüngliche Strategie der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring, welche sich in vier Stufen der Paraphrasierung, Generalisierung und zweifachen Reduktion gliedert. Diese Strategie wird hier bewusst nicht angewendet, da sie die Gefahr birgt, Nuancen und Widersprüche innerhalb der Textaussagen zu verlieren und zu sehr zu generalisieren (Kuckartz, 2018, S. 76). Ebenso empfiehlt Mayring bei einer größeren Menge an Textmaterial diesen kleinschrittigen Analysevorgang zusammenzufassen (Mayring, 2015, S. 71), insofern legt dies ebenfalls das induktive Vorgehen nahe.

Die gewählte Strategie hier ist eine Kombination aus vorangeschalteter inhaltlicher Strukturierung mittels deduktiver Kategorienbildung und darauffolgender Zusammenfassung mittels induktiver Kategorienbildung. Beide Strategien sind somit an die von Mayring vorgeschlagenen Modelle angelehnt. Laut Mayring sind „verschiedenste Mischformen dieser Analyseformen denkbar.“ (Mayring, 2015, S. 67) und werden laut Kuckartz oftmals angewendet (Kuckartz, 2018, S. 95), sofern es das Studiendesign, wie in diesem Fall, verlangt. Entsprechend wurde für diese Studie entschieden, die theoretisch abgeleiteten Vorannahmen anfangs deduktiv auf das Material anzuwenden und erst dann mit der induktiven Kategorienbildung zu beginnen.

Vor Beginn der Analyse gilt es, einheitliche Analyseeinheiten, Codier- und Kontexteinheiten sowie die Begrifflichkeit der Kategorien zu definieren. Bei Interviewstudien mit Einzelpersonen, wie in dieser Studie, entspricht typischerweise jedes Interview einer Analyseeinheit (Kuckartz, 2018, S. 31). Als Codiereinheit wird das kleinste Textsegment bezeichnet, welches einer Kategorie zugeordnet werden kann (Mayring, 2015, S. 61). Als kleinstes Segment kann dies ein einzelnes Wort sein, welches eine eigene Aussage hat, dies wird dann Proposition genannt, üblicherweise handelt es sich aber eher um Sätze. Als Synonyme für eine Codiereinheit können hier „codiertes Segment“ oder auch „Fundstelle“ verwendet werden (Kuckartz, 2018, S. 41). Die Kontexteinheit bezeichnet das größte Segment, welches mit einer Kategorie verbunden werden kann (Mayring, 2015, S. 61), in diesem Fall entspricht es einer Analyseeinheit, also dem Interview einer Person inklusive des Kurzfragebogens und des Postskriptums, also den Beobachtungen des Forschenden. Die deduktiv oder induktiv gebildeten Kategorien sind essenziell für die Nachvollziehbarkeit des Projektes durch andere und zentrales Element der Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 51). Die Kategorien werden im „Wechselverhältnis zwischen der Fragestellung und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft“ (Mayring, 2015, S. 61).

Wichtig ist es dabei, diese Regeln durchsichtig und nachvollziehbar aufzuzeigen, um den inhaltsanalytischen Gütekriterien zu entsprechen.

2.4.2 Deduktive Kategorienbildung

Wie in 2.4.1 ausführlich erläutert, wird mit einer Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung gearbeitet. Um die deduktiven Kategorien zu bilden, wird sich eng an die Vorannahmen in den Fragestellungen in 2.1 gehalten. Es sollen hier keine Kategorien gebildet werden, deren Thema nicht direkt in der Fragestellung benannt wird. Ebenfalls sollen an dieser Stelle keine Subkategorien entstehen, sondern lediglich ein grober Überblick über die explizit genannten Themen ermöglicht werden.

Es folgt ein Beispiel, wie anhand von Fragestellung Nr. 1 die deduktiven Kategorien gebildet werden:

Welchen **Einfluss hat der Kontext eines Beratungsgesprächs**, wenn von Fachkräften Anhaltspunkte für Unterstützungsbedarf erkannt werden?

- a) Welchen Einfluss hat der Zeitpunkt des Gespräches im Verlauf der Schwangerschaft / nach der Geburt?
- b) Welchen Einfluss hat das Setting des Gespräches und die fachliche Kompetenz oder Berufsgruppe der Person, die das Gespräch führt?
- c) Welchen Einfluss haben die soziodemographischen Variablen auf Seiten der Familie, insbesondere sprachliche Kompetenz oder soziale Benachteiligung?

Es werden folgende Kategorien gebildet:

K1 Zeitpunkt des Gespräches

K2 Setting des Gespräches (Ort, Zeitrahmen, Atmosphère, grundsätzliche Einstellung, Teilnehmende etc.)

K3 die beratende Fachkraft

K4 soziodemographische Variablen

Die gebildeten Kategorien werden in einer Tabelle festgehalten und für die Anwendung vorbereitet. Mayring empfiehlt dazu ein Verfahren, welches aus der Allgemeinen Psychologie kommt und sich zur deduktiven Kategorienanwendung bewährt hat (Mayring, 2015, S. 97). Es besteht aus drei Schritten (Definition der Kategorien, Ankerbeispiele, Kodierungsregeln) und soll hier Anwendung finden.

Es wird anhand eines Beispiels im Folgenden verdeutlicht.

1. Definition der Kategorien

Es wird genau festgelegt, welche Textbestandteile bzw. Inhalte einer Kategorie zugeordnet werden sollen. Dazu wird jede gebildete Kategorie in einigen Sätzen ausformuliert, sodass deren Inhalt und Grenzen deutlich werden. Dabei ist darauf zu achten, dass hier kein Anspruch auf Vollständigkeit des Kategoriensystems erhoben wird, das heißt es sollen auch nur die tatsächlich für die deduktiven Kategorien relevanten Inhalte zugeordnet werden.

2. Ankerbeispiele – konkrete Textstellen anführen

K1 Zeitpunkt des Gespräches:

Mutter: *„Das war, das war ungefähr vor einem Jahr. (I: Okay.) Letztes Jahr im Oktober war das, glaube ich. Ende Oktober, Anfang November, da hatte ich den ersten oder zweiten Termin mit meiner Hebamme [...]“* (Interview 54)

K2 Setting des Gespräches:

Interviewerin: *„Sehr schön. Hätte irgendetwas anders laufen sollen in dem Gespräch? Fällt Ihnen da was ein?“*

Mutter: *„Vom Empfinden her nicht. Es war alles sehr strukturiert und auch gut geplant von denen und es war auch eine sehr angenehme Atmosphère und die haben auch sehr auf mich geachtet so, wie es mir gerade geht und so. Ich hätte da jetzt nichts auszusetzen, das war sehr angenehm auf jeden Fall.“* (Interview 61)

K3 die beratende Fachkraft:

Mutter: *„[...] Weil sie wirklich sehr gut die Fragen beantwortet hat und ganz klar, also es war ganz klar rauszuhoren für mich, dass sie wirklich da Fachfrau ist und weit, wovon sie redet. Also, ja. Und das, ja, wie gesagt, die Atmosphère war sehr nett, ist auch eine sehr nette, sympathische Hebamme, so.“* (Interview 65)

K4 soziodemographische Variablen:

Interviewerin: *„Sind Sie berufstätig oder..?“*

Vater: „Beide waren berufstätig und wurden beide rechtzeitig gekündigt (I: Oh.) Kurz vorm Festvertrag. Genau. Und dann habe ich gesagt, gehe ich die letzten zwei Monate nur auf die Frau ein aber jetzt ab April, mit Glück.“ (Interview 69)

3. Kodierungsregeln – Hinweise und Regeln bei Abgrenzungsproblemen

Die aus den Vorannahmen entstandenen Kategorien werden vor dem Hintergrund der jeweiligen Fragestellung (z.B. Frage Nr. 1: „Kontext eines Beratungsgespräches“) auf das Material übertragen. Dafür ist es essenziell, dass die analysierende Person sich vorab sowohl mit der Fragestellung als auch mit dem Interviewmaterial intensiv beschäftigt.

Es sollen während der deduktiven Kodierung noch keine Subkategorien entstehen, diese Subkategorien können bei Bedarf in der induktiven Kategorisierung eingefügt werden. Dies führt dazu, dass teilweise längere Segmente einer Kategorie zugeordnet werden, dies ist erwünscht.

Einige der entwickelten Kategorien heißen ähnlich (z.B. „Setting des Gespräches“ oder „Rolle des Settings“). Wenn nicht sofort ersichtlich ist, welcher Code auf das entsprechende Textsegment zutrifft, ist es hilfreich, noch einmal in die ursprüngliche Fragestellung zu schauen, um den Kontext herzustellen und eine eindeutige Einordnung zu ermöglichen. In der deduktiven Codierung soll kein Textsegment mehrfach kodiert werden, d.h. es darf maximal einem Code zugeordnet werden.

Die deduktive Kategorienbildung wird parallel von zwei Wissenschaftlerinnen durchgeführt, ohne dass diese währenddessen Austausch haben. Die Kategorienbildung wurde hier gemeinsam mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Universität mit Erfahrungen in qualitativen Inhaltsanalysen umgesetzt. Dies wird auch als „subjective assessment“ oder „konsensuelles Kodieren“ bezeichnet und dient der Überprüfung der Güte des Kategoriensystems (Kuckartz, 2018, S. 211). Am Ende werden die Kategorien verglichen und bei Differenzen diskutiert, sodass ein einheitliches System entsteht.

Erst dann werden die Analyseeinheiten in zufälliger Reihenfolge durchgearbeitet und die Codes den entsprechenden Segmenten zugeordnet. Bei einem Teil der Interviews wird auch hier von zwei Wissenschaftlerinnen doppelt codiert und das Endergebnis verglichen und diskutiert. Bei weitreichenden Differenzen werden die Kodierungsregeln erneut überarbeitet und weitere Interviews doppelt kodiert, bis ein nachvollziehbares, eindeutig anwendbares deduktives Kategoriensystem entsteht, welches dann bei allen Analyseeinheiten angewendet wird.

Computerunterstützung durch Max QDA

Das Textmaterial wird mithilfe des computergestützten Strukturierungssystems Max QDA 10 ausgewertet. Wie in 2.3.1 beschrieben, werden die Audiodateien bereits in Max QDA transkribiert und stehen dann dort als Textdokumente zur Verfügung. Mit der „Memofunktion“ ist es möglich, Notizen an verschiedenen Stellen innerhalb des

Programmes anzuheften. Auf diese Art werden den Textdokumenten die dazugehörigen Interviewprotokolle angefügt, damit diese während der Auswertung einsehbar sind. Die deduktiv gebildeten Kategorien werden als „Codes“ hinzugefügt und sind dann in einer Liste einsehbar. Auch hier wird die Memofunktion genutzt, um den Kategorien ihre Definition und den entsprechenden Kontext hinzuzufügen, damit dieser Hintergrund während des Codierens präsent bleibt. Zusätzlich werden alle zur selben Leitfrage gehörenden Kategorien mit einer Farbe markiert.

Wenn ein Textsegment mit einem Code verbunden wird, erscheinen die Codes farblich markiert neben den entsprechend codierten Segmenten und bieten eine erste Struktur, welche im nächsten Schritt mit weiteren induktiven Kategorien und Subkategorien vervollständigt werden kann.

2.4.3 Induktive Kategorienbildung

Nun soll, wie in 2.4.1 beschrieben, die zusammenfassende Inhaltsanalyse mittels induktiver Kategorienbildung angelehnt an Mayring erfolgen. Der ursprüngliche Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse basierend auf den vier Schritten der Paraphrasierung, Generalisierung und zweifachen Reduktion wird hierbei abgewandelt zu dem in Abbildung Nr. 2 ersichtlichen Prozess. Die zuvor in 2.4.2 definierten Analyse-, Kodier-, und Kontexteinheiten bleiben auch für diesen Prozess identisch. Ziel in diesem Schritt der Analyse ist es, ergebnisoffen die zentralen Inhalte der Texte im Sinne der Leitfrage zu identifizieren und zusammenzufassen. Das induktive Kategoriensystem ergänzt und vervollständigt dabei das zuvor deduktiv entstandene. Als Ergebnis soll das zusammenfassend entstandene Kategoriensystem im Sinne der Fragestellung interpretiert werden (Mayring, 2015, S. 87), das Übersichtsmodell findet sich in Abbildung 2 auf der übernächsten Seite.

Nach Mayring sollen zuerst das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau definiert werden. Das Selektionskriterium legt fest, welches Textmaterial in Kategorien festgehalten werden soll (Mayring, 2015, S. 86). Inhaltlich soll es den in 2.1 erläuterten Fragestellungen entsprechen. Es wird festgelegt, dass inhaltslose oder Passagen bzw. Textpassagen fernab des Themas nicht codiert werden. Fragestellungen bzw. auffordernde Impulse der Interviewerin dürfen dagegen Kategorien zugeordnet werden. Mehrfach geschilderte Fakten sollen nur bei der ersten Nennung einer Kategorie zugeordnet werden. Mehrfach zum Ausdruck gebrachte Emotionen, Gefühle und ähnliche Äußerungen sollen hingegen mehrfach zugeordnet werden. Ein Textsegment darf hier, im Gegensatz zu der deduktiven Kategorienbildung, mehreren Kategorien zugeordnet werden. Das Abstraktionsniveau legt fest, wie abstrakt oder konkret Kategorien formuliert werden sollen (Mayring, 2015, S. 87). Es wird vor Beginn des parallelen Codierens von den auswertenden Mitarbeiter*innen

besprochen und die Sinnhaftigkeit des Abstraktionsniveaus wird festgestellt, sobald die parallel entstandenen Kategoriensysteme verglichen werden.

Als nächster Schritt wird das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wenn in einer Analyseeinheit das erste Mal die Selektionskriterien erfüllt sind, wird textnah eine Kategorie formuliert. Diese kann aus einem Begriff oder Kurzsatz (Mayring, 2015, S. 87) bestehen. Weitere Textsegmente, welche die Selektionskriterien erfüllen, werden entweder der schon gebildeten Kategorie hinzugefügt (Subsumption) oder führen zu der Bildung einer neuen Kategorie. Auf diese Weise empfiehlt Mayring, 10-50% des Textmaterials zu kodieren und danach eine Revision anzustreben, bei der das bisher entstandene Kategoriensystem überprüft wird (Mayring, 2015, S. 86). Dabei werden sowohl die Selektionskriterien und das Abstraktionsniveau auf seine Sinnhaftigkeit überprüft und es wird entschieden, ob mit den gebildeten Kategorien dem in der Fragestellung erwünschten Ziel nähergekommen werden kann. Sollten sich hier Veränderungen ergeben, muss der Materialdurchlauf erneut begonnen werden und die Veränderungen müssen auf das gesamte bisher codierte Material übertragen werden. Dieser Schritt findet ebenfalls konsensuell durch die Arbeit von zwei Wissenschaftlerinnen statt, die den gewählten Anteil der Interviews zeitweise ohne Austausch darüber doppelt auswerten und anschließend das Ergebnis ihrer Kategorien vergleichen. Auch hier wurde mit einer Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Lebensqualität der Universität zusammengearbeitet.

Wenn die Revision der Diskussion beider Wissenschaftler*innen und allen Kriterien standhält, wird der endgültige Materialdurchgang begonnen und die Kategorien werden auf das gesamte Material übertragen.

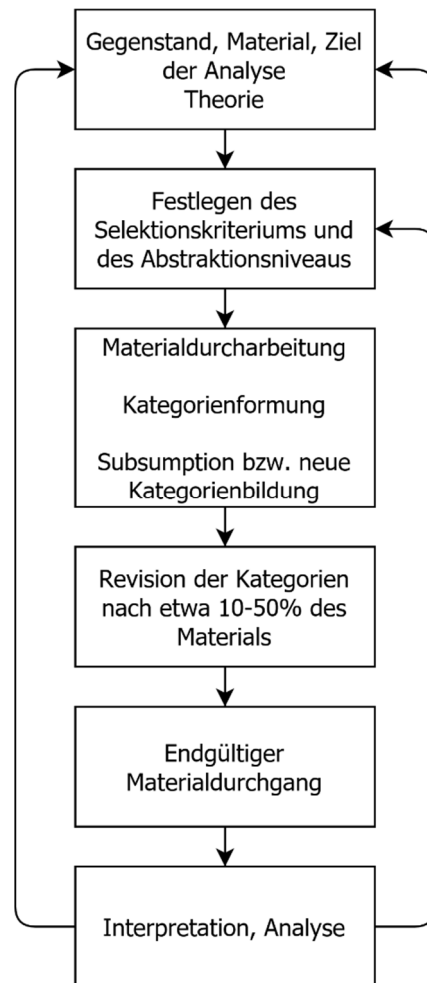


Abbildung 2 Prozessmodell induktiver Kategorienbildung
(Mayring, 2015, S. 86)

2.4.4 Zusammenfassung und Interpretation

Als letzten Schritt der Auswertung gilt es, das mittels deduktiver und induktiver Kategorienbildung entstandene Kategoriensystem zur Interpretation der durchgeführten Interviews im Sinne der Fragestellung zu nutzen. Weil sowohl Aspekte der Strukturierenden Inhaltsanalyse als auch der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse zur Codierung genutzt wurden, dient das Kategoriensystem einerseits dazu, die relevanten Textstellen nach Themen geordnet strukturiert darzustellen, andererseits enthält es die als Kategorien und Subkategorien zusammengefasste Hauptthemen der Interviews.

Konkret wird das Kategoriensystem von oben nach unten durchgearbeitet, es werden die jeweils zugeordneten Textsegmente gesichtet und sich überschneidende Kategorien zusammengelegt. Die zu Beginn deduktiv durchgeführte Strukturierung ermöglicht es, das Kategoriensystem weitgehend im Sinne der Fragestellungen zu gliedern. Durch die Offenheit des Leitfadens und die Flexibilität der Interviewerin, das Interview im Verlauf an die individuellen Erfahrungen der Elternteile anzupassen, können im Kategoriensystem

auch Themenbereiche und Subkategorien entstehen, welche keiner Fragestellung zugeordnet werden können, jedoch trotzdem wichtig für die Bearbeitung der Leitfrage erscheinen. Das vollständig gegliederte Kategoriensystem wird vor Beginn der abschließenden Interpretation noch einmal mit der Studienleitung und einem Treffens der Arbeitsgruppe für qualitative Methodik (AQUAM) der Universität zu Lübeck diskutiert und auf seine Sinnhaftigkeit geprüft.

Zu Beginn der Ergebnisdarstellung gilt es, die Stichprobe zu beschreiben. Dazu werden die mithilfe des Kurzfragebogens erhobenen kategorialen Merkmale genutzt und zusätzlich werden die aktuellen Belastungen aus Sicht der Familien beschrieben, welche innerhalb der Interviews erfragt wurden. Dies ermöglicht ein umfassendes Bild über die befragten Eltern. Eine detaillierte Zusammenstellung der demographischen und biographischen Merkmale wurde erstellt und stand der Interviewerin im Zuge der Datenauswertung zur Verfügung. Auf deren Veröffentlichung wird aufgrund des Datenschutzes verzichtet, da viele Familien sonst zumindest von lokalen Fachkräften erkannt werden könnten. Ziel ist es, dass alle für die Beantwortung der übergeordneten Leitfrage wichtigen Aussagen in der Ergebnisdarstellung repräsentiert werden. Deshalb wird das Kapitel im Sinne der Fragestellungen aus Abschnitt 2.1 gegliedert und darüber hinaus werden alle zusätzlich entstandenen Erkenntnisse erklärt. Als Basis wird das in Tabellenform dargestellte Kategoriensystem verwendet. Auf eine quantitative Darstellung der Nennungen einzelner Kategorien wird verzichtet, da von der Häufigkeit oft nicht auf die Bedeutsamkeit geschlossen werden kann (Pohontsch, 2019). Bei einzelnen, inhaltlich überraschenden oder eindrucklichen Häufigkeiten können diese vor dem inhaltlichen Hintergrund im Text genannt werden. Der qualitative Zugang soll auch hier erhalten bleiben.

Das Kategoriensystem wird also zur Interpretation durchgearbeitet, indem die einzelnen Codings erneut gesichtet und deren Hauptaussagen im Ergebnisteil in Zusammenhang mit der zugehörigen Fragestellung zusammengefasst werden. Dazu werden Belege in Form von Textbeispielen aus Interviewauszügen herangezogen, welche den beschriebenen Sachverhalt verdeutlichen. Diese Beispiele im Wortlaut sind unerlässlich, um dem Eindruck der subjektiven Erfahrungen der Familien gerecht zu werden. Die Ergebnisse sollen in diesem Abschnitt neutral beschrieben werden.

Die tatsächliche Interpretation und Bewertung der Ergebnisse erfolgen schließlich im Kapitel 5: Diskussion. Hier sollen die entstandenen Erkenntnisse mit der aktuellen Forschung in Verbindung gebracht und Unterschiede, Gemeinsamkeiten und neue Aspekte herausgearbeitet werden.

2.5 Durchführung

Die Planung des Vorhabens begann nach ausführlicher Literaturrecherche mit der Ausarbeitung eines passenden Studienkonzeptes im Sinne der Fragestellung im Januar 2019. Die Studie sollte auf die vorhandene Infrastruktur in Lübeck angepasst sein, weshalb einige zentrale Akteure im Bereich des präventiven Kinderschutzes (im Folgenden „Kooperationspartner*innen“) unmittelbar in der Rekrutierung der Probanden unterstützen sollten. Diese wurden im ersten Quartal des Jahres ausgewählt und angefragt, um wie im Abschnitt Sampling (2.2.4) erklärt, ein möglichst heterogenes Bild an Familien einzubinden. Parallel wurde intensiv an dem Interviewleitfaden gearbeitet, welcher zur Befragung der Familien genutzt werden sollte.

Außerdem wurden alle Unterlagen, die für die Aufklärung und Einwilligung der Probanden nötig sein würden, erstellt und das Studienkonzept verschriftlicht, sodass im Juni 2019 das für Forschungsvorhaben an Menschen nötige Ethik-Votum eingeholt werden konnte.

Daraufhin begann die praktische Vorbereitung der Durchführung der Studie, dazu gehörte die Erstellung eines Flyers zu Informationszwecken der Familien (siehe Abbildung 5 und 6 im Anhang) sowie die Installation der Max QDA Software, welche zu Transkription und Auswertung genutzt werden sollte. Ein hochwertiges Aufnahmegerät sowie die Max QDA-Lizenz wurden von der Universität gestellt, ein Pedal zur Unterstützung beim Transkribieren hat sich zusätzlich als sehr hilfreich erwiesen.

Im Oktober 2019 wurde noch einmal ein Gespräch mit den Kooperationspartner*innen geführt, in dem der genaue Ablauf der Rekrutierung besprochen wurde. Zu diesem Gespräch wurden ausreichend Flyer sowie Schweigepflichtentbindungen mitgebracht, sodass die Kooperationspartner*innen befugt sein würden, den Namen und die Telefonnummer der Familien an die Studienleitung weiterzugeben. Die Rekrutierung sollte so ablaufen, dass die Kooperationspartner*innen passende Familien ansprechen, diesen einen Flyer aushändigen und bei Interesse die Schweigepflichtentbindung ausfüllen, sodass der Kontakt direkt an die Interviewerin weitergegeben werden kann. Die Interviewerin sollte sich dann telefonisch bei der Familie melden und zeitnah einen Termin ausmachen, bei dem die Studienaufklärung und die Durchführung des Interviews stattfinden sollte. So sollte die Rekrutierung parallel zu den Interviews laufen.

Anfang November 2019 begann die Rekrutierung. Wie erwartet, konnten die ersten Familien durch die Frühen Hilfen am Kinderschutzzentrum gewonnen werden, da der Kontakt dort regelmäßig stattfindet. Bis Mitte Januar 2020 wurden drei Familien von den Frühen Hilfen und jeweils eine Familie aus der Hebammensprechstunde des Marienkrankenhauses und von profamilia interviewt. Es stellte sich als sehr hilfreich heraus, in den kooperierenden Institutionen eine*n verbindliche*n Ansprechpartner*in zu haben, welche die Familien anspricht und deren Kontakte direkt an die Interviewerin weitergibt.

Schwierigkeiten gab es bei der Kontaktherstellung zu Familien aus dem UKSH Lübeck, da die Mitarbeiter*innen auf den Stationen (die Rekrutierung wurde anfangs parallel auf der Wöchnerinnenstation und auf der Früh- und Neugeborenenstation versucht) sich wahrscheinlich nicht individuell verantwortlich für das Studienvorhaben fühlten, sodass selbstständig keine Familien angesprochen wurden. Erschwerend kam hinzu, dass die Familien, die auf der Wöchnerinnenstation angesprochen wurden, so kurz nach der Geburt nicht bereit zu einer Studienteilnahme waren. Im Februar/März konnten innerhalb eines vierwöchigen Praktikums der Interviewerin in der Kinderklinik des UKSH Lübeck in Zusammenarbeit mit dem psychosozialen Dienst des Hauses und dem Stationspersonal drei Familien für die Studie gewonnen werden. Währenddessen kam noch ein weiteres Interview durch die Hebammensprechstunde des Marienkrankenhauses zustande.

Ab Ende März musste die Rekrutierung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie pausieren, bis die Interviews ab Mitte Mai unter Schutzmaßnahmen wieder anlaufen konnten. Trotzdem war der Zulauf aus den Beratungsstellen bis zum Ende der Studie weiterhin problematisch, da deutlich weniger Familien (vor allem Schwangere) an den Beratungen teilnahmen und diese laut Aussage der beratenden Fachkräfte vorsichtiger waren und daher eher abgeneigt, an zusätzlichen Terminen (wie bei dieser Studie) teilzunehmen. An dieser Stelle wurde eine weitere Beratungsstelle zur Mithilfe angefragt, welche von den bisher befragten Familien mehrfach empfohlen wurde. Dabei handelte es sich um die Beratungsstelle der Gemeindediakonie am Huxterdamm in Lübeck, welche eine Schwangeren- und Schwangerenkonfliktberatung durchführt und in diesem Zusammenhang auch an die Frühen Hilfen verweist. In der kurzen Zeit zwischen Mitte Mai bis zum Studienende im August konnten hier jedoch keine Familien gewonnen werden.

Bis zur Hochphase der ersten Welle der Pandemie waren neun Familien interviewt worden (s. Abbildung 3) und daher bot es sich an, die bisher geführten Interviews zu transkribieren und zu kodieren, um ein zirkuläres Vorgehen der weiteren Rekrutierung zu ermöglichen. Es fiel auf, dass vor allem die Familien mit Sprachbarriere/Migrationshintergrund bisher unterrepräsentiert waren, sodass bei den Frühen Hilfen am Kinderschutzzentrum angefragt wurde, noch einen weiteren Kontakt herzustellen. Ebenfalls fehlte bisher die Teilnahme von sehr jungen Eltern, ein solcher Kontakt kam glücklicherweise über profamilia zustande. Zusätzlich wurden entsprechend des theoretischen Samplings noch zwei Familien über ärztliches Personal der Kinderklinik rekrutiert, deren Hauptthemen (Wochenbettdepression und Kindeswohlgefährdung trotz bereits vorhandener Früher Hilfen) inhaltlich in den anderen Interviews noch nicht vertreten waren (s. Abbildung 3). Die Interviews wurden mit Ausnahme der über das UKSH Lübeck rekrutierten Probanden auf Wunsch der Familien bei ihnen zu Hause stets von derselben Interviewerin geführt. Dies war für die Familien am unkompliziertesten und gleichzeitig bot sich so die Möglichkeit, einen authentischen

Eindruck zu bekommen. Die Familien aus dem UKSH Lübeck wurden vor Ort in einem Büro befragt, sodass sich der Termin spontan an den Versorgungsrhythmus des stationär aufgenommen Kindes anpassen konnte. Je nach Erzählbedarf der Eltern und inhaltlicher Sättigung des Leitfadens dauerten die Gespräche zwischen zehn und 52 Minuten, im Durchschnitt 28 Minuten. Bei einem Interview wurde auf Wunsch der Familie eine Übersetzerin hinzugezogen, was sich als sehr hilfreich erwies.

Nach Auswertung der weiteren Interviews wurde nach paralleler Kodierung durch die Interviewerin und einer*inem Mitarbeiter*in der Arbeitsgruppe Lebensqualität der Universität sowie intensiver Diskussion des entstandenen Kategoriensystems im August 2020 die Rekrutierungsphase beendet. Die Familien, die in der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt interviewt wurden, wurden einige Monate nach dem Gespräch noch einmal telefonisch nachbefragt, ob und inwiefern eine Anbindung an die Frühen Hilfen erfolgt ist, dabei war es schwierig, die Eltern zu erreichen.

Im Verlauf wurden die Ergebnisse gesichtet und im Kontext der Fragestellung, des aktuellen Forschungsstandes sowie der aktuellen Situation in Lübeck diskutiert und analysiert, sodass sie in der Zukunft zu einer Verbesserung der Zugangswege zu den Frühen Hilfen beitragen können.

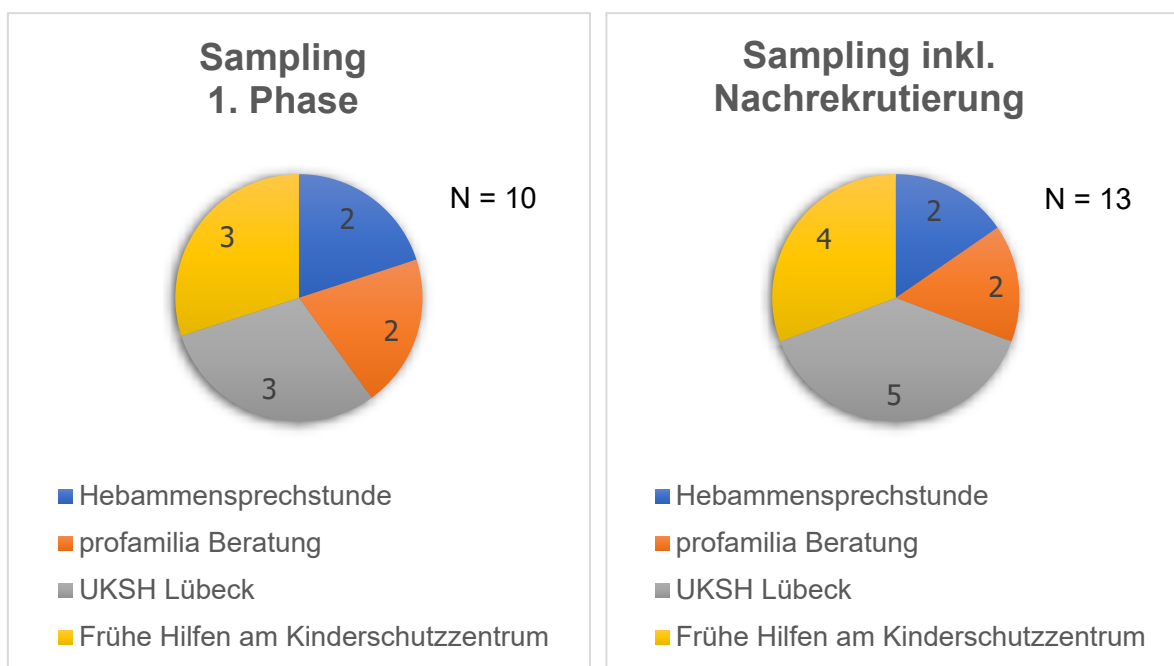


Abbildung 3 Sampling in zwei Phasen

2.6 Ethische Erwägungen

Da dieses Forschungsvorhaben an Menschen durchgeführt wird, wurde, wie in der Promotionsordnung der Sektion Medizin der Universität zu Lübeck gefordert, ein Ethikvotum eingeholt. Die Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck äußerte keine Bedenken bezüglich der Durchführung des Vorhabens. Die Entscheidung der Kommission lag am 18.06.2019 vor, sie trägt das Aktenzeichen 19-235A (siehe Anhang). Bei dem Ethikantrag handelte es sich um ein verkürztes Verfahren als Anzeige, welches sich auf eine 2012 geplante Interviewstudie mit einer ähnlichen Fragestellung bezog, dessen Promotionsarbeit nicht zu Ende geführt wurde. Das damalige Ethikvotum lag am 24.01.2013 mit dem Aktenzeichen 12-200 vor.

Die Studie wurde gemäß der WMA-Deklaration von Helsinki durchgeführt, dementsprechend wurde sich bemüht, Gruppen, die in der medizinischen Forschung unterrepräsentiert sind (wie z.B. Menschen mit Sprachbarriere), einen angemessenen Zugang zu ermöglichen (WMA - World Medical Association, 2013 Artikel 13). Zudem rechtfertigt es den Einschluss möglicherweise vulnerabler Gruppen (teilweise durch psychische Belastungen oder anderweitige Konfliktsituationen der Eltern), da sie aus dem Wissen des Forschungsvorhabens Nutzen ziehen können (WMA - World Medical Association, 2013 Artikel 20) und keinerlei ersichtliche Gefährdung dieser Personen durch die Teilnahme an der Studie besteht.

Alle Elternteile wurden vor Beginn der Interviews ausführlich über die Studie informiert und aufgeklärt und konnten freiwillig einwilligen. Es war möglich, diese Einwilligung zu jedem Zeitpunkt (auch nach Beendigung des Interviews) ohne Angabe von Gründen zurückzunehmen. Das übliche datenschutzrechtliche Prozedere der Universität zu Lübeck gemäß dem Datenschutzgesetz wurde eingehalten und die unmittelbar die Person identifizierenden Daten der Teilnehmenden wurden pseudonymisiert. Die personenbezogenen Daten werden nach Ende des Forschungsvorhabens, spätestens jedoch nach fünf Jahren unwiderruflich anonymisiert. Die Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen waren ebenfalls in leichter Sprache verfügbar, um auch eine informierte Einwilligung bei Sprachbarriere oder niedrigem Bildungsstatus zu ermöglichen. Nach Abschluss des Interviews erhielten die Eltern einen Einkaufsgutschein für ein städtisches Kaufhaus im Wert von 25 Euro als Dankeschön.

3. Ergebnisse

3.1 Vorstellung der Stichprobe

3.1.1 Kategoriale Merkmale der Stichprobe

Es wurden 17 Elternteile aus 13 Familien befragt, das heißt bei vier Familien haben beide Elternteile teilgenommen. In Tabelle 1 werden die Hauptmerkmale Familiengröße, Angaben zum Indexkind (das Kind, weshalb die Angebote der Frühen Hilfen angeregt wurden) und ob ein Elternteil alleinerziehend ist, dargestellt. Ebenso konnten die Eltern angeben, wer momentan die erste Bezugsperson für das Kind ist. Hier werden die ersten Aspekte der Heterogenität der Stichprobe ersichtlich, es wurden Familien mit Einzel- und Geschwisterkindern, Kindern beider Geschlechter, Schwangere und Eltern Frühgeborener berücksichtigt. Unter den befragten Familien befand sich keine Familie mit einer Mehrlingsgeburt. Bei drei der Familien war das Kind zum Zeitpunkt des Interviews noch ungeboren. In drei der 13 befragten Familien war ein Elternteil alleinerziehend, die Müttern sahen sich mit starker Mehrheit als erste Bezugsperson für das Kind.

| Merkmale der Stichprobe nach Familien | | N = Anzahl Familien |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------|
| | | N = 13 |
| Familiengröße | 1 Kind | 8 |
| | Mehr als 1 Kind | 5 |
| Indexkind | Mädchen | 6 |
| | Junge | 4 |
| | Ungeborenes | 3 |
| | Mehrlingsgeburt | 0 |
| Frühgeburt | ja | 4 |
| | nein | 9 |
| Alleinerziehend | ja | 3 |
| | nein | 10 |
| 1. Bezugsperson | Mutter | 12 |
| | Vater | 1 |

Tabelle 1 Merkmale der Stichprobe nach teilnehmenden Familien

In Tabelle 2 sind die Merkmale nach den teilnehmenden Elternteilen aufgeteilt, sodass jede*r der 17 Befragten erfasst wird. Es nahmen zwölf Mütter teil und fünf Väter, in vier Familien nahmen beide Elternteile teil. Es wurde nach dem höchsten Schulabschluss gefragt, dabei hatten drei Teilnehmende (noch) keinen Abschluss, acht Teilnehmende einen Hauptschulabschluss oder Mittlere Reife und sechs Teilnehmende Fachhochschulreife oder Abitur. 13 der 17 Teilnehmenden wurden in Deutschland geboren, bei drei Personen gab es im Interview eine relevante Sprachbarriere (auf Wunsch der

Familien wurde teilweise mit einer Übersetzerin gearbeitet). Außerdem wurden Erwerbsstatus und Armutsgefährdung abgefragt, sieben Elternteile waren erwerbstätig, vier in Elternzeit, drei arbeitslos und jeweils eines nicht erwerbstätig, eines in Ausbildung oder Studium und eines bereits berentet. Sechs der teilnehmenden Elternteile bezogen staatliche Transferleistungen wie zum Beispiel Arbeitslosengeld II oder Wohngeld. Zudem war ein teilnehmendes Elternteil noch minderjährig. An der kurzen telefonischen Nachbefragung haben drei Familien teilgenommen. Es lässt sich anhand der kategorialen Merkmale feststellen, dass eine sehr heterogene Stichprobe erzeugt wurde, welche nun möglichst viele Interessen der Familien, die Unterstützungsbedarf durch die Frühen Hilfen hat, abbilden kann.

| Merkmale der Stichprobe nach teilnehmenden Elternteilen | | N = Anzahl Teilnehmende |
|---|---|----------------------------|
| | | N Gesamt = 17 |
| Interviewpartner*in | Mutter | 12 |
| | Vater | 5 |
| Höchster Schulabschluss | (noch) keiner | 3 |
| | Hauptschulabschluss | 5 |
| | Mittlere Reife | 3 |
| | Fachhochschulreife / Abitur | 6 |
| Migrationshintergrund | In Deutschland geboren | 13 |
| | Sprachbarriere | 3 |
| | Nicht in Deutschland geboren, keine Sprachbarriere | 1 |
| Erwerbsstatus | Erwerbstätig | 7 |
| | Elternzeit | 4 |
| | Arbeitslos | 3 |
| | Nicht erwerbstätig | 1 |
| | Ausbildung / Studium | 1 |
| | Rente | 1 |
| Armutsgefährdung | Bezug von Transferleistungen | 6 |
| | Nicht berichtet | 11 |
| Minderjährigkeit | Minderjährig | 1 |
| | Volljährig | 16 |
| An Nachbefragung teilgenommen | ja | 3 |
| | Nein | 10 |

Tabelle 2 Merkmale der Stichprobe nach teilnehmenden Elternteilen

3.1.2 Belastungen aus Sicht der Familien

Um die Familien nicht nur anhand kategorialer Merkmale zu beschreiben und einen besseren Eindruck zu erlangen, sollen hier zusätzlich die Belastungsfaktoren und Probleme aus Sicht der Familien selbst dargestellt werden. Die Interviews wurden stets mit einem offenen Erzählimpuls begonnen, bei dem die Eltern die Möglichkeit hatten, von der Schwangerschaft zu erzählen und im Verlauf die für sie am wichtigsten erscheinenden Probleme, Ängste und Belastungen zu erläutern. Diese Aspekte wurden ebenfalls kodiert und bilden einen Teil des finalen Kategoriensystems (s. Tabelle 5 im Anhang).

In elf von 17 Interviews wurde angegeben, dass eine Belastung durch Ausbildung, Studium oder Beruf empfunden werde. Dabei stand bei den Müttern die Koordination von Schwangerschaft bzw. Kind und Beruf im Vordergrund, während bei den Vätern die Sorge war, durch die Arbeit viel Stress zu haben und nicht genug für die Familie da sein zu können. Arbeitslosigkeit und die Sorge, durch den beruflichen Stress eine Schwangerschaft zu gefährden, waren ebenfalls belastende Themen.

Psychische Belastungen waren auch ein großes Thema. Hier waren in der Stichprobe lediglich Mütter betroffen, teilweise waren die Belastungen erst in der Schwangerschaft neu aufgetreten (z.B. Depressionen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Perspektivlosigkeit), teilweise handelte es sich schon um länger bekannte psychische Erkrankungen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt relevant waren. Weitere Belastungen stellten eine zerbrechende Partnerschaft und alleinerziehend zu sein dar. Frühgeburten waren auch ein häufig genanntes Thema, welches die betroffenen Familien belastete. Dabei standen Ängste um die Gesundheit des Kindes im Vordergrund und über die Unsicherheit des weiteren Verlaufes auch in Bezug auf die mangelnde Nähe auf der Frühgeborenenstation, darüber hinaus aber auch organisatorischer Stress durch die schwindende Vorbereitungszeit. Die mit jeder Geburt eines Kindes durch die Umstellung einhergehenden Belastungen wie schlaflose Nächte wurden auch immer wieder genannt, jedoch nicht als Belastung, die den Eltern große Sorge bereitet, sondern als eine, die sie von Anfang an eingeplant hatten. Nur zwei Mütter, die schon psychische Belastungen in der Vergangenheit erlebt hatten, äußerten die Sorge, nach der Geburt überfordert zu sein. Außer den soeben aufgezeigten Hauptbelastungen wurden Probleme mit der aktuellen Wohnsituation, neu entstandene Ängste und Einschränkungen durch SARS-CoV-2, Probleme mit den Großeltern, der Familie oder Geschwisterkindern, Angst vor der Geburt bzw. vor Krankheit des Kindes, Sprachbarriere, die eigene Unsicherheit als Eltern sowie gesundheitliche Probleme als weitere Belastungsfaktoren genannt. Fünf der 17 befragten Eltern gaben an, keine Ängste, Belastungen oder Probleme im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der neuen Situation mit Kind zu sehen.

3.2 Vorstellung der Ergebnisse im Sinne der Fragestellung

Die Ergebnisdarstellung ist anhand des entstandenen Kategoriensystems (siehe Anhang) gegliedert, welches sich an die in 2.1. vorgestellten Fragestellungen anlehnt. Verwendete Zitate aus den Interviews sind kursiv gekennzeichnet, die sprechende Person ist grau hinterlegt.

3.2.1 Einfluss des Kontextes eines Beratungsgesprächs, wenn von Fachkräften Anhaltspunkte für Unterstützungsbedarf erkannt werden

Im ersten Abschnitt soll es um den Kontext des Beratungsgesprächs gehen, an dem die Familien in unterschiedlichen Institutionen teilgenommen haben und bei dem Unterstützungsbedarf durch die Frühen Hilfen erkannt wurde. Das entsprechende Kategoriensystem findet sich in Tabelle 6 im Anhang. Die Beratungsgespräche der Familien haben in sehr unterschiedlichen Settings und durch verschiedene Fachkräfte (z.B. in der Hebammensprechstunde zur Geburtsanmeldung, in der Beratung bei profamilia, durch den psychosozialen Dienst im UKSH Lübeck, die bereits betreuende Hebamme etc.) stattgefunden. Allen war jedoch gemein, dass den Familien die Empfehlung ausgesprochen wurde, sich an die Angebote der Frühen Hilfen zu wenden, um Unterstützung zu bekommen.

Eigenständige Suche nach Beratung und Unterstützung

Zuerst zu der Kategorie, wie Familien selbst Beratung suchen. Ein großer Faktor scheint dabei das Internet zu sein, elf Mal wurde angegeben, dort eigenständig nach Informationen zu Entbindung, Hebammen und weiteren Angeboten gesucht zu haben. Mehrfach wurde der Wunsch geäußert, sich vorab online mehr über die Angebote der Frühen Hilfen informieren zu können.

Z. B. erzählte eine 17-jährige Schwangere, dass ihr beim Beratungsgespräch mit profamilia eine Familienhebamme vorgeschlagen wurde und sie sich vor einem telefonischen Kontakt gerne auf der Website der Frühen Hilfen informieren wollte. Die Website schien aber außer einem Wochenplan über die vorhandenen Gruppenangebote keine genauen Informationen über den Ablauf einer Betreuung durch eine Familienhebamme zu bieten (Interview 74).

Weitere direkte Ansprechpartner*innen für die Eltern, besonders während der Schwangerschaft sind natürlich Gynäkolog*innen. Sechs Mal waren sie es, die selbst vertrauensvolle Gespräche geführt haben und entweder einen direkten Kontakt zu den Frühen Hilfen hergestellt (z.B. bei einer Familie mit Fluchthintergrund und erheblicher Sprachbarriere) oder an eine weitere Beratungsstelle (z.B. profamilia bei einer minderjährigen Schwangeren und einer Schwangerschaftskonfliktberatung) weitergeleitet haben. Teilweise gab es jedoch auch Situationen, die aus Sicht der Eltern von den Gynäkolog*innen verkannt wurden. Hier ein Auszug einer Mutter, die nach der Geburt unter einer Wochenbettdepression litt:

Mutter: *Also von meinem Gynäkologen hätte ich mir doch was erhofft, wenn ich halt im Vorfeld sage. "Ich hab halt schonmal Depressionen gehabt in Zusammenhang mit Hormonen, bei uns liegt das in der Familie, ich habe Angst, dass da nach der Geburt was..passiert." Also da hätte ich mir gewünscht, dass er zumindest mal nachfragt oder auch da raufguckt. (Interview 73)*

Zusätzlich zu der Suche im Internet und bei niedergelassenen Gynäkolog*innen schienen die Eltern auch auf Empfehlungen aus dem privaten Umfeld zu vertrauen und besonders in der Schwangerschaft auch Werbung bzw. Infomaterial eher wahrzunehmen:

Mutter: *Nee, ich habe eigentlich den Eindruck also man läuft ja erstmal immer daran vorbei, also so lange ich nicht schwanger war hat es mich auch alles nicht interessiert aber in dem Moment, wo ich angefangen habe mich mit sowas zu beschäftigen fand ich eigentlich .. das ganz gut. Also, wie gesagt, ich habe mich ja eigentlich intensiver mit dem Marienkrankenhaus beschäftigt, wo tatsächlich auf der Internetseite halt finde ich die Informationen ganz gut waren zumindest wenn man sie sehen will, so. [...] In dem Moment wo man dann mit offenen Augen so ein bisschen, oder für das Thema offen durch die Welt geht finde ich, gibt es eigentlich eine Menge und dann wird es, ist es eher so, dass ich denke: Okay, ich kann ja gar nicht alles, also ich.. (Interview 66)*

Zeitpunkt des Beratungsgespräches während der Schwangerschaft / nach der Geburt

Der Zeitpunkt des Beratungsgespräches war bei den teilnehmenden Familien sehr unterschiedlich. Die Hebammensprechstunde des Marienkrankenhauses dient ebenfalls zur Geburtsanmeldung und findet etwa 6-8 Wochen vor der Geburt statt. Da profamilia die Schwangerschaftskonfliktberatung durchführt, waren die Familien dort eher in der Frühschwangerschaft. Ein Großteil der Familien aus der Kinderklinik des UKSH erhielt ihr Beratungsgespräch erst nach einer Frühgeburt und der damit einhergehenden Situation bzw. bei schon vorher bekannter psychischer Instabilität der Mütter. Alle anderen Familien hatten bereits Frühe-Hilfen-Angebote in Anspruch genommen, dementsprechend lag ihr Beratungsgespräch weiter zurück und wurde durch verschiedene Träger, meist jedoch eine*n niedergelassene*n Gynäkolog*in in der Schwangerschaft oder durch die betreuende Hebamme selbst in den ersten Wochen nach der Geburt durchgeführt.

Es ließ sich immer wieder erkennen, dass Familien den Hinweis auf die Frühen Hilfen zwar zur Kenntnis nahmen, diese jedoch erst dann den Kontakt suchen und Angebote in Anspruch nehmen wollten, wenn es ein konkretes Anliegen bzw. Problem gibt.

Hier ein Auszug von einem Vater, dessen schwangere Frau an einer Borderlinestörung leidet:

Interviewerin: *Ja. Nun hat sie da ja die Empfehlung bekommen, sich mal bei den Frühen Hilfen hier zu melden, wenn sie da Unterstützung noch wünscht. Was haben Sie dazu gesagt? Oder hat sie das erzählt nach dem Gespräch? Wie war denn das?*

Vater: *Fand ich nicht schlecht, also das ist ja, darüber hatten wir vorher schonmal gesprochen, wie das dann nachher so ist, wenn es halt wirklich doch der Fall sein sollte, dass die sich überfordert fühlt, zu stark belastet oder sowas. Was für eine Hilfe es sozusagen an der Stelle irgendwo gibt und wie man das am Besten arrangiert, wo ich dann halt arbeitsmäßig auch nicht so viel zurückstecken muss oder sowas. Dadrüber hatten wir schonmal so ein bisschen gesprochen gehabt aber es noch nicht so vertieft, im Endeffekt ist es ja auch eine Sache die, wenn es so weit ist, ne, dann beschäftigt man sich glaube ich eher intensiver damit als wenn man nur die Eventualität hat. (Interview 62)*

Unabhängig von dem Zeitpunkt des Beratungsgespräches gaben die teilnehmenden Elternteile an, sich danach besser oder erleichtert gefühlt zu haben.

Setting des Gespräches: Teilnehmende Personen

Mit „Setting“ sind in diesem Falle die Rahmenbedingungen des Gespräches gemeint, es soll mit den an den Gesprächen teilnehmenden Personen begonnen werden. Es war unterschiedlich, ob die entsprechenden Personen allein oder mit jemand anderem zu den Gesprächen gegangen sind. Teilweise waren Partner oder die eigenen Eltern dabei, teilweise wollte ein Elternteil auch ohne mit dem Partner darüber gesprochen zu haben, ein Gespräch in Anspruch nehmen. Bei einer Familie wurde das Gespräch auch im Rahmen einer Helferkonferenz in größerer Runde im UKSH Lübeck durchgeführt, in Anwesenheit des ärztlichen Fachpersonals, des Jugendamts und des psychosozialen Dienstes. Die Anwesenheit einer weiteren Person wurde unterschiedlich wahrgenommen. So empfand eine Mutter das Beisein einer Auszubildenden in der Hebammensprechstunde als positiv:

Mutter: *Nee, das, dann habe ich immer schon ein bisschen so Probleme, mich so zu öffnen, das war dadurch, dass die Auszubildene da war auch nochmal ganz angenehm, weil das ungefähr so auf dem gleichen Alter basierte. Und das ist für mich immer bedeutend angenehmer, als wenn ich mit höheren oder älteren Personen sprechen muss.*

(Interview 61)

Eine andere Teilnehmende, deren Beratungsgespräch beim Jugendamt im Beisein einer Praktikantin stattgefunden hatte, berichtete hingegen:

Mutter: *Dann wurde auch nicht gefragt, ob die Praktikantin dabei sein darf, das wurde halt so entschieden und da dachte ich: Ja, ich glaube, die sind es gewohnt mit Leuten zu tun zu haben, bei denen man so über den Kopf hinweg entscheidet. Das fand ich unangenehm. (Interview 73)*

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Elternteile mit ihrer eigenen Wahl, eine Person mitzubringen oder auch nicht, zufrieden waren. Lediglich zwei Väter konnten aus zeitlichen Gründen nicht mit teilnehmen, fanden dies aber auch nicht besonders schlimm. In zwei Gesprächen waren eine Auszubildende bzw. Praktikantin dabei, was von einer Mutter sehr positiv (siehe oben, Interview 61) und von einer Mutter (siehe oben, Interview 73) in einem Gespräch beim Jugendamt als negativ empfunden wurde. Wenn ein Beratungsgespräch in Form einer Helferkonferenz und in Anwesenheit des Jugendamtes stattfindet, sind es andere Voraussetzungen und die Inanspruchnahme der Frühen Hilfen (in diesem Fall einer Familienhebamme) war keine ganz freie Entscheidung der Eltern, da ansonsten eine Prüfung der Erziehungsfähigkeit durch das Jugendamt erfolgt wäre.

Setting des Gespräches: Zeitrahmen

Der Zeitrahmen der Gespräche war ebenfalls je nach Anlass sehr unterschiedlich. Vorab vereinbarte Beratungsgespräche bei profamilia, der Hebammensprechstunde oder auch der Gemeindediakonie dauerten etwa eine Stunde. Teilweise wurden die Gespräche in den Beratungsstellen auch über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholt. Die Beratungsgespräche im UKSH Lübeck waren eher kürzer, da sie spontan im Stationsalltag stattfanden; hier gab es jedoch auch die Möglichkeit, einen umfangreicheren Termin zu vereinbaren. Alle anderen Beratungsgespräche fanden im Rahmen von Vorsorgeterminen bei Gynäkolog*innen oder bei Hebammenbesuchen statt und fielen in deren regulären Zeitrahmen. Es wurde von den Eltern durchweg als positiv empfunden, wenn sich die Fachleute genügend Zeit genommen hatten und kein Elternteil hat ein Beratungsgespräch als zu kurz in Erinnerung gehabt. Eine Mutter verglich ihr Beratungsgespräch mit einer vorangegangenen Paartherapie, in der sie immer wieder in Zeitdruck geraten war und stellte folgendes als positiv heraus:

Mutter: *Also es war alles ruhig und konnte langsam sein und ich konnte auch mal fünf Minuten heulen zwischendurch, das war auch okay.* (Interview 73)

Setting des Gespräches: Atmosphäre

Im Rahmen der Frage nach dem Gesprächssetting wurde auch auf die Gesprächsatmosphäre eingegangen. Hier wurden von den Teilnehmenden einige Aspekte genannt, die dazu beitrugen, dass sich die Beratenden situativ wohlfühlten. Hierzu exemplarisch eine Mutter:

Interviewerin: *Das heißt, vielleicht können Sie nochmal kurz zusammenfassen, so Ihr Gefühl vor dem Gespräch und nach dem Gespräch.*

Mutter: *Also davor war ich sehr mulmig, weil ich ja halt alleine hin muss und ich dann immer ein bisschen Panik kriege davor. Und, aber im Endeffekt bin ich da nachher total entspannt rausgegangen. Ich wusste, mir wurde alles in Ruhe beantwortet, es wurde wirklich intensiv Zeit für mich genommen und es wurde auch noch weitere*

Dinge, die mir in dem Moment noch gar nicht in den Kopf kamen auch besprochen. Das Schöne war, dadurch, dass ich ja die Kreißsaalführung nur halb mitmachen konnte, wurde mir dann nochmal der Kreißsaal gezeigt extra für mich. [...]

Interviewerin: *Sehr schön. Hätte irgendetwas anders laufen sollen in dem Gespräch? Fällt Ihnen da was ein?*

Mutter: *Vom Empfinden her nicht. Es war alles sehr strukturiert und auch gut geplant von denen und es war auch eine sehr angenehme Atmosphäre und die haben auch sehr auf mich geachtet so, wie es mir gerade geht und so. Ich hätte da jetzt nichts auszusetzen, das war sehr angenehm auf jeden Fall. (Interview 61)*

Die Familie, deren Beratungsgespräch in die Helferkonferenz des UKSH fiel, sagte zudem Folgendes:

Vater: *Es war offen, angenehm, ehrlich. (I: Okay.) Also ich kann da eigentlich für mich und meine Freundin, denke ich mal, sprechen: Dass man da Eltern, die in derselben Situation sind, eigentlich nur zu raten kann. (Interview 68)*

Es scheint also wichtig zu sein, dass es eine angenehme, entspannte Atmosphäre gibt, dass offen und ehrlich gesprochen werden kann, sich die Eltern wohlfühlen und dass Fragen ausreichend beantwortet werden.

Fachliche Kompetenz und Berufsgruppe der beratenden Fachkraft

Die Fachkräfte, die die Beratungen durchgeführt haben, gehörten verschiedenen Berufsgruppen an. Es waren Hebammen, Ärzt*innen, Sozialpädagog*innen, Psycholog*innen, ein*e Theolog*in und ein*e Psychotherapeut*in vertreten, welche unterschiedliche Kompetenzbereiche haben und Expert*innen für ihr Fachgebiet sind. Außer einer Mutter, die sich erhofft hatte, dass ihr*e Gynäkolog*in mehr auf ihre Depressionen eingeht (s. S. 45, Interview 73), waren alle Eltern augenscheinlich mit der Berufsgruppe bzw. Kompetenz ihrer beratenden Fachkraft zufrieden.

Ansprechen des Themas „Belastung und Unterstützung“

An dieser Stelle soll darauf eingegangen werden, welche eigenen Fragen, Erwartungen und Themen die Eltern mit zu den Gesprächen brachten und welche Themen die Fachkräfte eingebracht haben, da dies nicht immer kongruent war. Während die Eltern oft mit praktischen Fragen und Themen bezüglich Schwangerschaft, Entbindung, dem Krankenhaus oder Frühgeburtlichkeit in die Gespräche gingen, kamen das Ansprechen von psychischen Erkrankungen und die Ressourcenabklärung der Familie in der Regel von der Fachkraft. Während Eltern eher mit Hilflosigkeit und Gesprächsbedarf in das Gespräch gingen, kümmerten sich die Fachkräfte darum, praktische Unterstützung auf den Weg zu bringen. Überschneidungen gab es bei der Klärung von bürokratischen Dingen (Kindergeld, Elterngeld etc.). Hier ein Beispiel, wie das Thema psychische Erkrankungen angesprochen wurde:

Interviewerin: *Und diese Frühen Hilfen Beratungsstellen, das ist ja ein bisschen was anderes. Warum hat sie Ihnen das vorgeschlagen? Hatten Sie noch weitere Fragen, oder..?*

Mutter: *Warum hat sie mir das vorgeschlagen...Ja gut, ich gehe davon aus, dass es damit zusammenhängt, dass ich auch eine Depressionsgeschichte hinter mir habe. (I: Ah, okay, ja.) Also, was heißt hinter mir habe, ich war stationär auch Anfang 20 und ja, später habe ich dann bis vor Kurzem noch ambulant immer wieder noch Therapien gemacht und ja, wie gesagt, die Depressionen und Angststörungen sind so..und posttraumatische Belastungsstörungen, das sind so meine Diagnosen gewesen und von daher meine ich, ist es so, dass da nochmal ein anderer Hilfe--na, noch mal ein anderer...*

Interviewerin: *Unterstützungsbedarf?*

Mutter: *Genau, Unterstützungsbedarf nochmal oft notwendig ist.*

Interviewerin: *Ja. In dem Gespräch, haben Sie das angesprochen oder hat sie danach gefragt?*

Mutter: *Ich..wie war das..Nee, ich meine, sie hat mich gefragt. Ich meine so rum war das, weil das ja auch im Mutterpass steht. (I: Ah, okay.) Und da psychische Belastungen oder welche Belastungen es gibt. [...]*

Interviewerin: *Wie fanden Sie das?*

Mutter: *..Ich fand es, also ich, ich fand es toll. Ich fand, ich fand auch die, mir war auch gar nicht klar, dass es da so viele Möglichkeiten gibt, so viele Unterstützungsmaßnahmen. (Interview 65)*

Zusätzlich ist es interessant, wie über das Thema Unterstützung und Hilfen gesprochen wird. Die Gründe für das Ansprechen des Themas sind weitestgehend die oben genannten Themen, also psychische Erkrankung, Frühgeburtlichkeit, zusätzlich Sprachbarriere und Minderjährigkeit. Dies wird im nächsten Kapitel näher erläutert. Es war unterschiedlich, wie die Familien in ihrem Umfeld mit dem Thema „Sprechen über Unterstützung“ umgegangen sind. Die meisten waren offen im Kreis ihrer Familie und Freunde, andere haben das Thema lieber mit einer Freundin bzw. ganz ohne Austausch bewegt. Insgesamt kam aber der Konsens auf, dass es prinzipiell gut ist, zu wissen, an welche Stellen man sich wenden kann, wenn man Unterstützung oder Hilfe benötigt.

3.2.2 Bedeutsame Anlässe für Beratung und Unterstützung aus Sicht der Familien

Dies ist das zweite Thema der drei formulierten Unterfragen, bei welcher es darum geht, herauszufinden, zu welchen Anlässen und aus welchen Gründen Familien gerne Beratung und Unterstützung annehmen (Kategoriensystem s. in Tabelle 6 im Anhang). Ursprünglich sollten an dieser Stelle auch unbedeutsame Anlässe herausgearbeitet werden, dies war in den Interviews jedoch nicht möglich.

Praktische Fragen zum neuen Lebensabschnitt

Der bei den hier befragten Familien am häufigsten genannte Anlass waren praktische Fragen zu Schwangerschaft, zum Ablauf der Geburt im Krankenhaus und Stillen, also Themen, die alle werdenden Eltern grundsätzlich bewegen.

Der nächste Punkt waren psychische Erkrankungen bzw. Belastungen, die in der Regel von der Fachkraft angesprochen wurden (mehrfach auf einen Hinweis aus dem Mutterpass), dann wurden die Beratung und das Angebot zur Unterstützung aufgrund einer psychischen Belastung von den Eltern durchweg als positiv empfunden und sie waren grundsätzlich bereit, offen darüber zu reden. So beschreibt eine Mutter, wie sie das Thema psychische Erkrankung in dem Gespräch erlebt hat:

Mutter: *Ja auf jeden Fall, ich hatte schon am Anfang der Schwangerschaft überlegt mir Hilfe zu holen, gerade aus meiner Angst, dass das mit meiner Psyche ein bisschen kompliziert werden könnte. Und habe das aber so ein bisschen aus Scham auch verworfen teilweise und fand es schön, dass das dann doch nochmal angesprochen worden ist. Ich kam zwar bis jetzt noch nicht dazu, direkt da auch anzurufen aber ich möchte es definitiv noch, weil ich empfinde das immer als was Positives, wenn man auch Hilfe angeboten kriegt und dann nicht selber suchen muss und dann nicht weiß, wo man Anlauf nehmen soll und es hat mich schon noch beschäftigt so, dann auch überlegt, welche Maßnahmen könnte man überhaupt machen, welche Möglichkeiten würde es da geben, es hat schon auch noch ein bisschen gerattert, auf jeden Fall. (Interview 61)*

Vermittlung weiterer Ansprechpartner*innen

Ein weiterer bedeutsamer Anlass für Unterstützung/Beratung ist auf jeden Fall die Vermittlung weiterer Ansprechpartner*innen, insbesondere der Frühen Hilfen, denn dies scheint durch eine persönliche Beratung einer Fachkraft sehr ergiebig zu sein. Mehrere Eltern waren nach dem Gespräch überrascht, was es für vielfältige Möglichkeiten gibt. Weiterhin scheinen sich Eltern ab und zu auch eine*n feste*n Ansprechpartner*in zu wünschen, damit einfach jemand ihre Sorgen anhört und ein Auge auf die Entwicklung des Kindes hat, bzw. bei Bedarf mit Tipps zur Seite steht.

Bürokratische Hürden

Der nächste immer wieder auftauchende Aspekt war die Unterstützung bei der Bewältigung bürokratischer Hürden, hauptsächlich dem Ausfüllen der Anträge für Kinder- und Elterngeld sowie Fragen zu Sorgerecht und Vormundschaft bei minderjährigen Eltern. Dies sind auf jeden Fall Gründe, warum Familien sich an Beratungsstellen wie z.B. profamilia wenden. Zusätzlich ist auch aufgefallen, dass beide an der Studie teilnehmenden Familien mit Sprachbarriere die Anbindung an die Frühen Hilfen schätzen, weil sie dort regelmäßig Unterstützung mit Formalitäten bekamen. Hier scheint es sehr hilfreich zu sein, eine*n direkten Ansprechpartner*in zu haben und da bietet sich ein langfristiger Kontakt wie bei einer Familienhebamme natürlich an, auch wenn diese nicht dazu verpflichtet ist, bei solchen Dingen zu helfen.

Frühgeburt und Unterstützung im Alltag

Frühgeburtlichkeit scheint auch ein Thema zu sein, bei welchem die Eltern häufig gerne länger Unterstützung annehmen, als es die reguläre Hebamme leisten kann. Hier ein Zitat einer Mutter eines Frühgeborenen:

Mutter: *Ja. Die [Hebamme] wollte gerne noch mehr Betreuung haben, weil sie ja auch so schlecht gegessen hat, mit dem Spucken, mit den Bronchien und, aber hauptsächlich eigentlich das Essen. (I: Ja) Ja und dann hatte sie mir das vorgeschlagen und dann hab' ich gesagt: "Ja, ich bin damit ja nicht abgeneigt." Also von daher hab' ich gesagt: "Dann machen wir das!" (Interview 65)*

Insgesamt ist Unterstützung im Alltag mit kleinen Kindern, insbesondere auch, wenn ältere Geschwisterkinder da sind, aus Sicht einiger Familien ein guter Anlass, Hilfe anzunehmen:

Mutter: *Ja, aber ich hab das ja mit meinem Großen auch mit den Eltern meines Mannes undso halt gewuppt gekriegt, weil beim ersten Kind versucht man ja auch immer alles gleich alleine dann zu schaffen und ja, da er halt ein bisschen wild ist und momentan halt seine Bockphase undso hat, ist das halt schon gut, denn von außerhalb sag ich mal Unterstützung dann zu haben, dass sich das dann so zusammen hochschaukelt ohne dass es eskaliert, sag ich mal, dass er dann noch mehr Wutkopf oder so dann hat. Weil wenn beide gleichzeitig was von einem wollen, ist das ja auch ein bisschen..schwieriger zu händeln halt und deswegen ist das so schon gut. (Interview 75)*

Suche nach einer Hebamme oder Familienhebamme

Weitere Gründe, warum Eltern gerne Beratung bzw. Unterstützung annehmen würden, sind zudem die Suche nach einer Hebamme oder Familienhebamme, die sich laut mehreren Familien als problematisch herausstellt, und eine Beratung für junge Eltern und Alleinerziehende. Natürlich fällt auch das Thema Schwangerschaftskonfliktberatung unter die aus Sicht der Familien bedeutsamen Anlässe. Im Falle der beiden hier teilnehmenden

Familien hat sich aus der Konfliktberatung auch eine Inanspruchnahme Früher Hilfen ergeben, die in den schwierigen Umständen unterstützt hat.

Fluchthintergrund und Sprachbarriere

Es haben zwei Familien mit Sprachbarriere und Fluchthintergrund an der Befragung teilgenommen. Eine Familie wurde seit ca. vier Jahren durchgehend von einer Familienhebamme unterstützt (währenddessen wurden zwei Kinder geboren und die Betreuung begann jeweils am Anfang der Schwangerschaft) und bei der anderen Familie nahm die Mutter das Gruppenangebot „Mama lernt Deutsch“ wahr und baute danach das Projekt „Stadtmütter“ für Mütter mit Migrationshintergrund mit auf. Durch ihren Bildungshintergrund hatten beide Familien unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen, bei beiden waren jedoch auch nach fünf Jahren in Deutschland die Mitarbeiter*innen der Frühen Hilfen feste Ansprechpartner*innen und Vertrauenspersonen, wenn es um bürokratische Angelegenheiten oder beispielsweise Briefe aus dem Kindergarten ging.

Übersetzerin: *Also jetzt gerade ist sie nicht wie, wie Hebamme für uns, sondern einfach wie eine Freundin, wie so eine Familie ist sie bei uns. (Interview 78)*

Im Gespräch mit der betreuenden Familienhebamme wurde deutlich, dass diese langfristige Arbeit aus der Motivation und Überzeugung heraus rührte, dass die Unterstützung der Eltern in dieser Phase essenziell dafür sei, dass die kleinen Kinder so etwas wie Chancengleichheit erreichen können.

3.2.3 Gelingensbedingungen oder Barrieren, wenn Kontakte zu den Frühen Hilfen erfolgt sind

In der Beantwortung der letzten Teilfrage geht es darum, wo, wie und durch wen auf den Wegen zu Frühen Hilfen die entsprechenden Bedingungen erzeugt wurden, die eine Anbindung der Familien an die Angebote ermöglicht haben. Der entsprechende Teil des Kategoriensystems findet sich in Tabelle 7 im Anhang.

Vorab wurden auch zu dieser Frage drei Unterthemen gebildet, welche im Folgenden erläutert werden sollen: als erstes die Rolle des kommunikativen Verhaltens auf Seiten der Fachkraft, dann die Rolle der persönlichen Faktoren auf Seiten der Eltern und zuletzt die schon in Teilfrage 1 vorgestellte Rolle des Settings des Beratungsgesprächs. Dabei muss vorangestellt werden, dass alle Themenbereiche miteinander verknüpft sind, denn das kommunikative Verhalten trägt oft maßgeblich zur Atmosphäre (also zum Setting) bei und Vorlieben, was ebendiese angeht, sind wiederum von persönlichen Faktoren abhängig. Abschließend werden in diesem Abschnitt noch einige Themenbereiche angesprochen werden, die nicht in den Vorannahmen formuliert waren, sich jedoch in der Auswertung der Texte als relevant herausgestellt haben.

Rolle des kommunikativen Verhaltens der beratenden Person - ein Schlüsselthema

Einleitend lässt sich sagen, dass die Kommunikation innerhalb des Gespräches sehr wichtig zu sein scheint, denn die Eltern machten daran häufig ihre Einstellung gegenüber der Annahme von Unterstützung fest.

Kommunikation: Auswahl von Möglichkeiten positiv, Formulierung wichtig

Als ersten Punkt ist bei den Gelingensbedingungen anzuführen, dass Eltern es positiv auffassen, Angebote in Form von Möglichkeiten dargeboten zu bekommen und darüber hinaus mehrere Optionen, aus denen sie selbst auswählen können. So macht es für die Familie einen großen Unterschied, wie die Empfehlung, sich an die Frühen Hilfen zu wenden, formuliert wird. Hier ein Auszug aus einem Interview mit einer Schwangeren:

Mutter: *[...] vielleicht ist es manchmal einfach nur die Ausdrucksweise, wie man sich ausdrückt. Also bei [Hebamme im Marienkrankenhaus] war das tatsächlich so, sie hat nicht gesagt: "Gehen Sie dahin und dahin", sondern: "Es bestehen die und die Möglichkeiten und Sie können sich das jederzeit angucken und da nachfragen", Nicht dieses: "Geh dahin!", das ist...ja. (Interview 65)*

Teilweise haben die Fachkräfte angeboten, direkt den Kontakt zu den Frühen Hilfen herzustellen. Das Angebot wurde von den Eltern als positiv aufgenommen, besonders von Eltern mit sozialen Ängsten oder Sprachbarriere. Wichtig ist es aber in jedem Fall, dass diese direkte Netzwerknüpfung durch eine Fachkraft als Angebot und nicht als Pflicht formuliert wird, sodass die Familie die Entscheidung über die Kontaktherstellung ganz klar selbst treffen kann.

Kommunikation: Gemeinsames Ziel, das Kind gut aufwachsen zu lassen

Ein weiterer positiver Aspekt, der in der Kommunikation Barrieren senkten und zu einer gelingenden Anbindung von Familien an die Frühen Hilfen führt, ist die Familien bei dem Ziel abzuholen, das Kind möglichst stabil aufwachsen lassen zu können. Dies ist ein guter Ansatzpunkt, „es gemeinsam schaffen zu können“, wenn die Eltern von Belastungen, Sorgen, Ängsten oder Problemen sprechen. Hier ein Auszug aus einem Gespräch mit einer 17-jährigen werdenden Mutter:

Interviewerin: *Nach diesem Gespräch bei [Mitarbeiter*in profamilia] und diesem Telefonat mit den Frühen Hilfen...wie haben Sie sich so direkt danach gefühlt? Was haben Sie da gedacht?*

Mutter: *Aufgenommen. Also als ich mit [Mitarbeiter*in profamilia] gesprochen hab', hab' ich mir halt so das erhofft, dass ich das schaffe, was sie sagt und sie hat mir auch das Gefühl gegeben, dass ich's schaffe. Oder dass wir es zusammen versuchen, das alles hinzubekommen. Und bei den Frühen Hilfen, man kann anrufen, die helfen, die machen. (Interview 74)*

Kommunikation: Vertrauen und Wertungsfreiheit in der Beratung essenziell

Weitere ebenfalls wichtige Punkte beim kommunikativen Verhalten sind ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Fachkraft und Elternteil sowie eine wertungsfreie Beratung. Beide Faktoren gehen dabei häufig Hand in Hand, denn eine offene, wertungsfreie Beratung kann eher zu einer Atmosphäre führen, in der sich Personen öffnen als eine, in der sie sich für ihre Gefühle oder Aussagen rechtfertigen müssen. Gerade ein Tabuthema wie „In meiner Familie läuft es nicht gut“ anzusprechen, erfordert viel Vertrauen von der Gegenseite und wird durch ein unvoreingenommenes Gegenüber deutlich erleichtert. Im Folgenden beschreibt eine Mutter eine aus ihrer Sicht gelungene Kommunikation in einer Beratungssituation:

Mutter: *Also es war alles ruhig und konnte langsam sein und ich konnte auch mal fünf Minuten heulen zwischendurch, das war auch okay. Ja, und sie hat mir halt nicht vorgesagt: "Das sollte so sein oder nicht." Oder "Das macht er aber schlimm" oder so, also sie hat das wirklich sehr wertungsfrei gemacht. (Interview 73)*

Kommunikation: bei Sprachbarriere Übersetzer*in hinzuziehen

Die nächste Erkenntnis entstand in Zusammenhang mit den Interviews mit den beiden Familien mit Fluchthintergrund und Sprachbarriere. Beide Familien berichteten, dass es hilfreich war, gerade zu Anfang und in komplexeren Situationen (Arztbesuch, Geburt), eine*n Übersetzer*in zur Seite gestellt zu bekommen.

Kommunikation: Unter Druck gesetzt werden als Barriere

Als nächstes sollen einige Barrieren aufgezeigt werden, welche bei der Auswertung herausgearbeitet werden konnten. Interessant war, dass einige Familien von anderen Beratungsangeboten erzählten, an denen sie teilgenommen haben und diese eher kritisierten als die, über welche sie rekrutiert wurden. In sechs der 17 Interviews sprachen Eltern davon, sich während der Beratung unter Druck gesetzt gefühlt zu haben, Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch zu nehmen bzw. sich anderweitig um Unterstützung zu kümmern. Hier ein Beispiel einer 17-jährigen Schwangeren, die bei den Frühen Hilfen angerufen hat, weil ihr von profamilia empfohlen wurde, sich dort nach einer Familienhebamme zu erkundigen:

Mutter: *Bei den Frühen Hilfen war es halt so: "Ja, das, das, das, das, das, das, das..." hat sie mir aufgezeigt, was ich machen muss und ja. Das war so ein bisschen unter Druck. [...]*

Interviewerin: *Nochmal zu dem Gespräch mit den Frühen Hilfen zurück. (M: Ja.) ...Bevor Sie da angerufen haben und nachdem Sie da angerufen haben, wie hat sich da Ihr Gefühl so verändert? Sie wussten ja vorher schon, was ne Familienhebamme ist.*

Mutter: *Ja genau. Also das, was mir [Mitarbeiter*in profamilia] erzählt hat, haben sie mir so, so unter den Sachen, die sie mir so erzählt haben auch erzählt. Aber halt nicht so locker. Also [Mitarbeiter*in profamilia] hat mir das halt einfach locker erzählt und die haben das so runtergerattert, also ob sie ein Blatt vor sich haben und das abgearbeitet haben. Und das war für mich so..vorher dachte ich mir so: Das was [Mitarbeiter*in profamilia] erzählt hat, hört sich eigentlich gar nicht so schlecht an, sie sollten eigentlich locker sein und das eigentlich machen, was man, also was man möchte und auf ihre Sachen eingehen. Nach dem Gespräch war es so: Ja. Die haben das jetzt alles so runtergerattert, das muss ich machen, das muss ich machen, [Mitarbeiter*in profamilia] hat erzählt, sie gehen darauf ein, was sie wollen, was sie möchten und das war halt nicht so. Ich hab mich halt ein bisschen..ich fand's halt ein bisschen schade nach dem Telefonat, vorher hab ich mir sehr viel erhofft aber so unter Druck gesetzt zu werden, das hab ich nicht so gedacht. [...]*

Mutter: *Jetzt überleg ich mir dreimal, ob ich das mache oder nicht. (Interview 74)*

Ein weiteres Beispiel einer ebenfalls noch jungen Mutter, deren Kind vier Wochen zu früh geboren wurde, wobei sie in der Schwangerschaft keine Hebamme zur Nachsorge gefunden hatte:

Mutter: *Ja, so....z.B. Elterngeld beantragen, Kindergeld beantragen, dann noch Geburtsurkunde. Sie hat halt ein bisschen viel erwartet von mir aber ansonsten war das Gespräch eigentlich positiv.*

Interviewerin: Das war in dem Gespräch. Ja, erzählen Sie mir doch nochmal in dem Gespräch, worum es da so ging—

Mutter: Es ging darum, sie hatte mir halt so Broschüren mitgebracht wegen...sie hatte mir halt erklärt, dass es..man sich eigentlich in der Schwangerschaft um eine Hebamme kümmern sollte, weil es schwierig ist nach der Schwangerschaft noch ne Hebamme zu bekommen. Und hatte mir dann halt diese Familienhebamme von der Untertrave vorgeschlagen und...wollte dann auch gleich, dass ich da anrufe und... hatte mir dann auch vorgeschlagen, dass sie mit mir dann Kindergeld beantragt und Elterngeld. Dann hatte sie gesagt, dass mein Freund die Geburtsurkunde besorgen möchte, dann hatte er das versucht nur das Problem war, da ich ja hier im Krankenhaus stationiert bin und wir noch keine Vaterschaftserkennung gemacht haben, hat er die Geburtsurkunde leider noch nicht bekommen. (I: Ah, okay.) Und dann wollte sie, dass ich das Krankenhaus verlasse und zum Standesamt fahre und die hole, nur durfte ich ja leider nicht. Dann hatte sie meine Mama gefragt, meine Mama war aber selbst hier in Behandlung und mein Freund war ja schon da und ja, das war halt das, was mich so ein bisschen überfordert hat, dass...ja. Aber sonst war eigentlich echt alles positiv okay. Ich nehme auch jede Hilfe gerne an, das ist gar kein Thema. Nur dieses unter Druck setzen ist halt ein bisschen schwierig. (I: Ja.) Aber ansonsten war alles in Ordnung. (Interview 70)

Sie sagte, es hätte ihr geholfen, sich um eins nach dem anderen kümmern zu können. Dies ist während eines kurzen stationären Aufenthaltes sicherlich schwierig, alles zu organisieren:

Mutter: Nee, ...ich hätte eher erwartet, dass man eher so eine Sache so: "Kümmern Sie sich erstmal um eine Hebamme.." und dann oder: "Kümmern Sie sich erstmal um Kindergeld, Elterngeld, das ist wichtiger und dann können Sie sich ja immer noch um eine Hebamme kümmern." Aber dadurch, weil sie gesagt hat, dass es nach der Geburt schwierig ist, eine Hebamme zu finden, wäre es besser, eine Familienhebamme zu nehmen, weil die kommen halt für ein Jahr, jeden Tag zwei Stunden und die ist dann nicht nur fürs Kind da, sondern gleich für die ganze Familie. Also.. (Interview 70)

Zudem äußerten auch mehrere Mütter, sich während der Inanspruchnahme Früher Hilfen z.B. von einer Familienhebamme unter Druck gesetzt gefühlt zu haben. Hier eine entsprechende Stelle aus einem Interview:

Mutter: Die [Familienhebamme] war mega anstrengend.

Interviewerin: Die war auch mega anstrengend?

Mutter: [lacht] Ja! Ich hab gesagt, noch eins gibt es sowieso nicht, aber..

Interviewerin: Warum war die denn so anstrengend?

Mutter: *Ja, sie ist ja glaub ich so öko aber ich bin ja auch nicht so...so...ich bin ja ganz anders.*

Interviewerin: *Wie sind Sie denn?*

Mutter: *Sie hat immer gesagt: "Nicht so viel Zucker, keine Quetschies, kein Saft, nur Wasser, Wasser, Wasser." Und man kann ja dem Kind nicht sagen: "Du kriegst jetzt keinen Saft mehr!". Hat sie zwar nicht zu dem Zeitpunkt gekriegt aber so öko. Aber sonst ging das mit ihr eigentlich. Also, halt das regelmäßige Wiegen hat ein bisschen genervt, weil das macht einen ja auch verrückt, wenn sie dann sagt: "Oh, ist ja wieder nicht weniger, äh ist ja wieder weniger anstatt mehr." Und das ist halt ein bisschen doof dann. (Interview 56)*

Dies führte nicht dazu, dass die Zusammenarbeit abgebrochen wurde.

Teilweise fühlten sich Eltern auch davon überrumpelt, dass eine Familienhebamme direkt nach Hause kommen soll zu einem ersten Treffen und hätten das Angebot vorgezogen, sich erst einmal in neutraler Umgebung kennenzulernen:

Interviewerin: *Wie fanden Sie das?*

Mutter: *Das fand ich auch ganz gut. Also dass sie sofort nach Hause kommen, war mir ein bisschen.....zu viel. Weil wenn ich die noch nicht kenne war es so, würde ich nicht so schön finden.*

Interviewerin: *Warum? Wie hat sich das bei Ihnen angefühlt?*

Mutter: *Naja, man kennt die Person nicht, man soll sie..zu ihnen lassen und alles erzählen, das ist so..nicht so.*

Interviewerin: *Ja. Was wäre Ihnen da lieber?*

Mutter: *Dass man erstmal ein Gespräch über Telefon oder normale-- normalen Termin macht. Und dann..*

Interviewerin: *Bei denen, in deren Räumlichkeiten?*

Mutter: *Ja, genau. Und dass man die dann kennenlernt, bevor die nach Hause kommen oder mit denen telefonieren und sie zum Beispiel wie Name, Adresse so alles bekommen. Das wäre so..*

[...] Auch, wenn ich denen dankbar bin, dass sie so hilfsbereit sind und auch so viel machen weil, wegen noch nicht 18. Aber das war mir ein bisschen zu doll. (Interview 74)

Kommunikation: Schwierig, wenn nicht auf Augenhöhe oder ungenau erklärt

Eine zweite Barriere, die mehrfach explizit benannt wurde, war, wenn Sachverhalte bzw. Angebote ungenau erklärt wurden und sich Eltern dadurch von oben herab behandelt fühlten. Eine Mutter erzählte z.B., dass man sich ihr nicht vorgestellt habe und nicht erklärt habe, warum genau eine Helferkonferenz mit dem Jugendamt, dem psychosozialen Dienst und einem*einer Ärzt*in einberufen wurde, nachdem das Kind zu früh geboren war. Es ist

im Nachhinein schwierig festzustellen, ob dies tatsächlich so geschehen ist oder lediglich aufgrund der Ausnahmesituation so erlebt wurde. Eindeutig fühlte sich die Mutter [der zugehörige Vater ebenfalls] unzureichend aufgeklärt. Hier die Situation beschrieben aus Sicht des Vaters:

Vater: *Das war ein bisschen unglücklich, weil die Ärztin mir leider nur die Hälfte von dem Gespräch erzählt hat, was mit meiner Freundin geführt wurde. Dementsprechend stand ich der Helferkonferenz ein bisschen skeptisch gegenüber.*

Interviewerin: *Was hat Sie Ihnen denn genau erzählt?*

Vater: *..Auf der einen Seite wurde mir von meiner Lebenspartnerin, also von meiner Freundin gesagt, dass sie eine gute Mutter sein. Hintenrum ist bei dem Gespräch dann aber auch noch, dass sie ihr nicht zutrauen würden, das Kind alleine zu Hause zu versorgen. Das..mit der, dass sie eine gute Mutter ist, wurde mir leider [lacht merkwürdig] nicht gesagt. (!: Okay.) Diese Einschätzung. Insofern war man dem Gespräch schon ein bisschen skeptisch gegenüber, oder dieser Konferenz aber das, hat sich im Nachhinein eigentlich als völlig verkehrt erwiesen. Diese Einstellung. Nur, wenn man dann diese Erfahrung erstmal gemacht hat, dass einem da nur die halbe Wahrheit erzählt wurde, dann ist man halt erstmal ein bisschen zurückweisend oder vorsichtig. (Interview 68)*

Es folgt ein Auszug aus einem Interview mit einer alleinerziehenden Mutter, die sich im Zusammenhang mit einer schweren Wochenbettdepression an das Jugendamt wandte, um einen Betreuungszuschlag zu bekommen und sich schon vor Beginn des Gespräches übergangen fühlte:

Mutter: *Also es war schon direkt am Anfang so, so die Stimmung mit: "Ja, wir haben noch nicht auf!" und dann, ja dann warte ich noch und dann machten sie auf und die Frau hielt mir die Tür auf und hatte irgendwie so hochhackige Sandalen an und ich musste mit dem Kinderwagen rein und das passte aber nicht und dann bin ich an ihren Fuß gestoßen und dann war sie sauer auf mich und...das war schon so: "Ooah." Ja. Und sie hatten eine Praktikantin da und dann wurde auch nicht gefragt, ob die Praktikantin dabei sein darf, das wurde halt so entschieden und da dachte ich: Ja, ich glaube, die sind es gewohnt mit Leuten zu tun zu haben, bei denen man so über den Kopf hinweg entscheidet. Das fand ich unangenehm.*

Interviewerin: *Wie meinen Sie das: Mit Leuten zu tun zu haben, bei denen man über den Kopf— [...]*

Mutter: *Ich kenne mich jetzt auch nicht so aus, aber ich könnte mir halt vorstellen, dass die halt..also sie strahlte so ein bisschen aus mit: "Naja Sie sind irgendwie ne Versagerin und hier, ich helfe Ihnen jetzt und Sie kriegen das ja eh nicht hin und ich brauche Sie auch nichts fragen und ich entscheide das jetzt." (Interview 73)*

Ein kleinerer Punkt, der am Rande der Interviews mehrfach als relevant auftauchte, war die Kommunikation mit den Eltern während Krankenhausaufenthalten. Auch hier beschreiben es die Eltern als sehr wichtig, wie mit ihnen gesprochen wird, und sind durch ihre Abhängigkeit von den Fachkräften teilweise verunsichert, ob sie ihrem Gefühl trauen können, dass sie sich innerhalb der Kommunikation unwohl fühlen. Es wurde als positiv beschrieben, wenn das Fachpersonal den Eltern gegenüber persönlich zugewandt ist, genau erklärt, was als nächstes passiert (insbesondere, wenn Untersuchungen an dem Kind durchgeführt werden), sich an Absprachen (z.B. „Ich sage Ihnen Bescheid, wenn es etwas Neues gibt!“) gehalten wird und die Eltern in ihrer Ausnahmesituation verständnisvoll und freundlich behandelt werden und im Zweifelsfall nachgefragt wird, ob sie etwas brauchen oder ob alles in Ordnung ist.

Kommunikation: Väter wollen eingebunden werden

Eine letzte Barriere innerhalb der Kommunikation bezüglich der Gelingensbedingungen ist, wenn die Väter sich nicht eingebunden oder sogar ausgeschlossen fühlen. Dies bezieht sich sowohl darauf, dass wichtige Dinge teilweise eher mit der Mutter besprochen werden als auch darauf, dass die Frühe-Hilfen-Angebote oftmals nicht auf Väter ausgerichtet sind, sodass diese nicht teilnehmen dürfen oder wollen, Aussage eines Vaters laut der am Interview teilnehmenden Mutter:

„Nee, da sind sie zu viel Weiber“ (Interview 56)

Kommunikation: Rolle der Hebamme als Bezugsperson

Das Thema „Kommunikation“ betreffend ist die Hebamme als direkte Bezugsperson der Familien immer wieder als zentraler Punkt für die Eltern herauszuhören gewesen.

Die Erfahrungen mit Hebammen gingen bei den Familien sehr auseinander. Wichtig schien es zu sein, dass es auch auf persönlicher Ebene „passt“, eine Mutter wünschte sich, dass ihre Hebamme sie besser geleitet hätte, eine andere wünschte sich mehr Freiheiten. Mehrere Familien berichteten, sich im Wissen um den Hebammenmangel direkt zu Beginn der Schwangerschaft um eine Hebamme gekümmert zu haben. Durch diesen Druck wird eine gelingende Hebammen-Familien-Beziehung sicherlich auch erschwert, da Familien kaum Wahlmöglichkeiten haben, um zu schauen, wer zu ihnen passt. Eine Familie berichtete sogar, keine Hebamme gefunden zu haben, die sie betreuen würde. Insgesamt scheint aber für die Familien zum Ende der Schwangerschaft und in den ersten Lebenswochen die Hebamme die erste Ansprechpartnerin für Fragen und Sorgen zu sein. Viele Eltern berichteten von Motivation und Unterstützung, welche sie in dieser Zeit durch ihre Hebamme erfahren haben, sodass teilweise auch der Kontakt zu den Frühen Hilfen z.B. durch die Empfehlung an Gruppenangebote oder die Übergabe an eine Familienhebamme durch die Nachsorgehebamme selbst erfolgen konnte. Eine alleinerziehende Mutter beschreibt dies so:

Mutter: *Ich würde nie eine Hebamme missen wollen. Also weder in der Schwangerschaft, noch in der Nachsorge. Weil ich finde, die gibt einfach ganz viel Sicherheit. Und, also mir hat sie ganz viel Sicherheit gegeben. Und auch ganz viel Unterstützung einfach.* (Interview 54)

Kommunikation: Ambivalenz bei Infomaterial (Flyer, Broschüren...)

Das Thema Informationsmaterial durch Flyer oder Broschüren war sehr ambivalent; auch hier scheint es von persönlichen Faktoren abzuhängen, ob Familien diese Informationsangebote als positiv oder negativ gesehen haben. Hier ein Auszug aus einem Interview, in welchem das Informationsmaterial klar abgelehnt wird:

Mutter: *Man kriegt halt viel Information einfach so auch in die Hand gedrückt, was weiß ich, vom Frauenarzt einen großen "Ich bin jetzt schwanger" Karton, wo man sich dann durchlesen kann. Ja, ich glaube ich hatte teils dann nicht die Motivation und auch nicht den Kopf dafür, mich da so in Ruhe durchzulesen. Und ich glaube da sind dann so Gespräche, persönliche Gespräche viel effektiver. Als immer nur mal ,ne Broschüre, ja.* (Interview 54)

Im Gegensatz dazu hier ein Auszug, in dem sich mehr Informationen gewünscht wurden:

Mutter: *Also was man verbessern könnte, würde ich vielleicht wirklich einfach sagen, die Information, dass es solche Unterstützung gibt. Dass es, ja, dass es einfach, ja mehr bekannt gemacht wird.*

Interviewerin: *Ja. Auf welchem Wege wäre das?*

Mutter: *Also für mich hätte es wahrscheinlich irgendwie schon gereicht, wenn zum Beispiel nach Entbindung einfach auch noch einmal so ein kleines Mäppchen mitbekommt, was man für Ansprechpartner hat, wo man hingehen kann.* (Interview 54)

Insofern kann Infomaterial zu einem Mehrgewinn, jedoch auch zu einem genervten Gefühl oder sogar zu Überforderung der Eltern durch die Flut an Angeboten führen. Eine Mutter sagte nach einem Gespräch in etwa:

Mutter: *"Ich habe nochmal nachgedacht! Das war sehr wichtig, dass [Mitarbeiter*in Sozialdienst UKSH] sich persönlich nach der Geburt vorgestellt hat und mir von der Möglichkeit, zu ihr zu kommen, erzählt hat. Wenn das nur einen Flyer gegeben hätte oder einen Aushang am Schwarzen Brett, dann wäre ich da nicht hingegangen und hätte das Gespräch gesucht."* (Interview 66)

Kommunikation: Kein Zugang, weil kein Platz bei Hebamme/Kurs gefunden wird

Als für die Eltern großes Problem wurde deutlich, dass es momentan sehr schwierig zu sein scheint, eine Hebamme zu finden, welche die Schwangerschaft und das Wochenbett betreut. Ebenso schwierig scheint es zu sein (auch schon vor Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie), einen Platz in einem Geburtsvorbereitungskurs zu bekommen. Viele Eltern

berichteten, dass sie sich frühzeitig zu Beginn der Schwangerschaft gekümmert hätten und teilweise keine (oder zwei verschiedene, eine für die Schwangerschaft und eine für die Nachsorge) Hebamme zu finden. Weil der errechnete Geburtstermin in die Schulferien fiel, war es für eine Mutter unmöglich, einen Platz in einem Geburtsvorbereitungskurs zu bekommen.

Hier ein Auszug aus einem Interview mit einer Mutter, welche 6 Monate zuvor eine Fehlgeburt in der 14. Woche hatte und sich von ihrem*ihrer Gynäkolog*in unzureichend informiert fühlte:

Mutter: *Ja..also was ich mir tatsächlich praktisch gewünscht hätte, aber das geht dann eher Richtung Frauenarzt, ich hätte, gerade weil es mein erstes Kind war, ich hatte nie oder mein erstes Kind ist, ich hatte nie damit zu tun, also das man einem schon sagt, schon beim Frauenarzt also mit dem Geburtsvorbereitungskurs, solche Sachen. Die wirklich, wo man sich wirklich schon extrem früh anscheinend kümmern muss. Also das hätte ich natürlich gerne früher gewusst.*

Interviewerin: *Dann hätten Sie sich früher drum kümmern können und hätten dann auch einen Platz gekriegt.*

Mutter: *Ja, dann kümmert man sich natürlich dementsprechend früher, ja. Und, also ich weiß, dass sich da bei den Hebammen sehr viel geändert hat, dass da auch Gesetze sich geändert haben und dass die tatsächlich einen schwierigen Stand haben und, ja es ist halt doof, weil man wird ja gar nicht aufgefangen quasi. Die können ja nichts dafür.*

Interviewerin: *Ja, das heißt Sie hätten sich da mehr Informationen zu einem früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft gewünscht.*

Mutter: *Ja, zumindest jedenfalls in manchen Bereichen.*

Interviewerin: *Wie dem Geburtsvorbereitungskurs. (B. Genau.) Ja.*

Mutter: *Dass man sich da wirklich sehr früh drum kümmern muss. Ich habe gedacht, gut ich hatte die Fehlgeburt und dachte: Okay, jetzt bist du ja gerade mal in der 15. Woche, 16...*

Interviewerin: *..jetzt macht man noch nicht..*

Mutter: *Nee, lieber nicht, weil du weißt, was passiert ist und...*

Interviewerin: *Klar, mit dem Hintergrund.*

Mutter: *Genau. Und ich meine, 17. Woche fand ich jetzt, 16./17. fand ich jetzt nicht zu spät. Also habe ich so empfunden. (Interview 65)*

Rolle der persönlichen Faktoren auf Seiten der Mütter und Väter

Während der Entscheidungsfindung, Unterstützung zu suchen bzw. anzunehmen und Angebote der Frühen Hilfen im weiteren Sinne wahrzunehmen, ist es naheliegend, dass nicht nur die äußeren Umstände, sondern auch individuelle Faktoren auf Seiten der Eltern

eine Rolle spielen. Im Folgenden sind einige Eigenschaften erläutert, welche sich positiv oder negativ auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten auswirken.

Persönliche Faktoren: Offenheit der Eltern als Einflussfaktor

Die entwickelten Kategorien lassen darauf schließen, dass es insgesamt positiv ist, wenn die Eltern grundsätzlich gerne Hilfe annehmen, offen dafür sind und auch neue Kontakte knüpfen möchten, da die Unterstützung in der Regel mit neuen Kontakten zu Fachkräften und/oder anderen Familien einhergeht.

Zwei Mütter sagten, dass sie ihre Kinder stabil und gesund erziehen möchten, eine der beiden gab diesen Wunsch konkret als Grund an, Unterstützung bzw. Therapie in Anspruch zu nehmen.

Im Gegenzug ist es eine Barriere, wenn Eltern als Menschen selbst weniger offen sind oder nicht gerne unter Leute gehen, sodass sie nicht oder nur schwierig an Unterstützungsangebote herantreten bzw. an diesen teilnehmen werden. Bei den hier teilnehmenden Eltern mit psychischen Erkrankungen haben diese teilweise dazu beigetragen, dass gerne Unterstützung angenommen wird, andererseits aber auch dazu, dass Eltern sich eher abgrenzen. Eine weitere Barriere ist z.T. entstanden, wenn sich die Eltern die Fahrtwege zu den Angeboten nicht zutrauen, ebenfalls aufgrund von Ängsten, dem Stress evtl. auch mit mehreren Kindern oder aus anderen Gründen. So nahm eine Mutter seit der Geburt ihres zweiten Kindes nicht mehr an dem „Mama lernt Deutsch“ Kurs der Frühen Hilfen teil, da sie sich den Weg mit beiden Kindern nicht zutraute.

Persönliche Faktoren: Scham und Unsicherheit

Scham und Unsicherheit sind Aspekte, die von den Eltern in der Stichprobe kaum angesprochen wurden, jedoch in den Zwischentönen immer wieder durchklangen, besonders was das Thema psychische Erkrankungen angeht. Eine Mutter sagte beispielsweise nach dem Gespräch in etwa: „Eigentlich wollte ich das mit meiner Depression hier gar nicht erzählen, aber Sie [die Interviewerin] haben das im Gespräch so leicht gemacht.“, bei einer anderen Mutter erfuhr die Interviewerin erst im Interview mit dem Ehemann von der Belastung durch die Erkrankung der Frau. Diese Mutter gab selbst lediglich die Frühgeburt ihrer Tochter als Grund für eine Helferkonferenz im UKSH und für die Unterstützung durch die Frühen Hilfen an. Es gab eine Mutter, die das Problem, das Thema Belastung und Wunsch nach Unterstützung anzusprechen, ganz offen erwähnte:

Mutter: [...] *ich hatte schon am Anfang der Schwangerschaft überlegt mir Hilfe zu holen, gerade aus meiner Angst, dass das mit meiner Psyche ein bisschen kompliziert werden könnte. Und habe das aber so ein bisschen aus Scham auch verworfen teilweise und fand es schön, dass das dann doch nochmal angesprochen worden ist. (Interview 61)*

Persönliche Faktoren: Einige Eltern wollen ihre eigenen Erfahrungen machen

Eine weitere Barriere bei der Inanspruchnahme von Unterstützung ist es, wenn Eltern schlicht und ergreifend ihre eigenen Erfahrungen ohne Hilfe von außen machen möchten. Dies geht Hand in Hand mit dem Punkt, sich dann um Unterstützung zu kümmern, wenn die Probleme tatsächlich da sind (siehe Abschnitt 3.2.1) und ist eher schwierig vereinbar mit dem niedrighschwellig-präventiven Charakter der Frühen Hilfen. Hier ein Auszug aus einem Interview, in dem eine junge Mutter dieses Bedürfnis sehr klar äußert:

Mutter: *Achso....Ich sag jetzt mal...man sollte auch viel selbst Erfahrungen machen, also meiner Meinung nach. Also es ist schon schön, wenn man von einer Person hört, man sollte dies beachten, das machen, das..also alles gut aber ich finde, man sollte auch die Erfahrung selbst also versuchen selber zu machen. Also so finde ich das. (Interview 70)*

Persönliche Faktoren: Größere Probleme in der Vergangenheit verändern das aktuelle Belastungsempfinden

Ein letzter Aspekt auf Seiten der persönlichen Faktoren stellte sich in einem Interview mit einer Familie mit Fluchthintergrund heraus:

Übersetzerin Mutter: *Also, sie meinte, dass es natürlich immer am Anfang ist alles schwierig. Das war uns bewusst. Und wir, also ich kann nicht sagen, dass mir was gefehlt hätte. Alles ist passiert in der richtigen Zeitpunkt. Und wir hatten auch im Iran so viele Probleme gehabt, von daher die Probleme, die wir hier hatten, waren nichts im Vergleich mit denen. Also es war alles in Ordnung. (Interview 78)*

Diese Relativierung der Probleme in Deutschland durch die Mutter im Gegensatz zu denen im Iran scheint dazu zu führen, mit der Situation in Deutschland ganz zufrieden zu sein. Die Familienhebamme, welche die Familie seit mehreren Jahren eng begleitet, kam im Anschluss an das Interview zu Besuch, um die Gelegenheit der anwesenden Übersetzerin zu nutzen. An dieser Runde durfte auch die Interviewerin teilnehmen und es wurde deutlich, dass aus Sicht der Familienhebamme die Familie eher wenig eigenständig und motiviert war, etwas an der Lebenssituation in Deutschland zu verbessern, z.B. durch den weiteren Besuch von Deutschkursen oder der Organisation eines Kindergartenplatzes für die ältere Tochter.

Persönliche Faktoren: Einfluss der soziodemographischen Variablen auf Seiten der Familie

Laut der formulierten Fragestellung sollte der Einfluss der soziodemographischen Variablen der Familien im Kontext des Beratungsgespräches bezogen auf dessen Gelingen untersucht werden. Diese Darstellung erfolgt deskriptiv anhand der nach dem Interview ausgefüllten Kurzfragebögen und ist nicht im quantitativ-statistischen Sinne zu verstehen.

Faktor Schulbildung und Erwerbsstatus: Bezüglich des grundlegenden Gelingens eines Beratungsgesprächs konnte kein Zusammenhang mit der Schulbildung oder dem Erwerbsstatus der teilnehmenden Elternteile festgestellt werden. Vielmehr waren o.g. Faktoren (gute Atmosphäre, gelungene Kommunikation und passende interne Einstellung der Eltern) ausschlaggebend. Es gab sowohl Eltern mit hohem Bildungsstand, die z.T. weniger erfolgreiche Beratungsgespräche geführt haben als auch Eltern mit niedrigem Bildungsstand. Bei den hier befragten Eltern fühlten sich auch beide Gruppen teilweise von der beratenden Fachkraft unter Druck gesetzt oder von oben herab behandelt und reagierten darauf mit Abwehr. In dieser Stichprobe haben sich Eltern mit höherer Schulbildung im Vorfeld früher selbstständig um Beratung und Unterstützung gekümmert und danach gesucht, während Eltern mit geringerer Bildung eher von außen angesprochen wurden. Erwerbstätige Eltern (besonders die Väter als zweite Bezugspersonen) empfanden es durch ihre zeitliche Gebundenheit teilweise als schwierig, an den Beratungsgesprächen oder auch an Angeboten der Frühen Hilfen teilzunehmen, während arbeitslose/nicht erwerbstätige Eltern besonders Angebote mit Komm-Struktur interessant fanden, um dort Kontakte zu knüpfen und „mal rauszukommen“.

Faktor Armutsgefährdung: Es kann keine Aussage zu einem möglichen Zusammenhang von Armutsgefährdung und dem Gelingen der Beratungsgespräche gemacht werden. Lediglich ist zu nennen, dass Armutsgefährdung in dieser Stichprobe regelmäßig mit geringer Schulbildung und/oder Arbeitslosigkeit einherging, sodass die o.g. Faktoren ebenfalls zutreffen.

Faktor Migrationshintergrund und Sprachbarriere: Da die beiden Familien, auf die diese Merkmale zuträfen, vom Bildungsstand und dem Anspruch an ihr Leben in Deutschland sehr unterschiedlich waren, lässt sich eine Gemeinsamkeit gut feststellen: Gerade zu Anfang einer Kontaktherstellung mit einer beratenden oder unterstützenden Funktion empfanden es die Familien als hilfreich, eine*n Übersetzer*in dabei zu haben, um die Kommunikation zu verbessern und Missverständnisse zu vermeiden. Später wünschte sich eine Familie nach wie vor, so häufig wie möglich mit Übersetzer*in kommunizieren zu können und die andere Familie wünschte sich, es ohne zu versuchen und ihr eigenes Deutsch zu verbessern. Dies könnte mit persönlichen Faktoren und evtl. auch dem Bildungsstand zusammenzuhängen. Insofern wäre es vielleicht hilfreich die Familien in die Entscheidung, ob ein*e Übersetzer*in dabei sein soll, miteinzubeziehen. Da hier beide teilnehmenden Familien bei Führung des Interviews bereits an die Frühen Hilfen angebunden waren, lässt sich nicht wirklich eine Aussage über Barrieren machen.

Verbesserungsideen der Eltern:

Zum Ende des Interviews hatten die Eltern die Möglichkeit, noch einmal Ideen oder Wünsche zu äußern, was aus ihrer Sicht an dem ganzen System aus Krankenhaus,

niedergelassenem Gynäkolog*innen, Hebammen, Beratungsstellen, Frühen Hilfen und weiteren Unterstützungsangeboten verbessert werden könnte. Dabei sind die folgenden konkreten Punkte zusammengekommen:

- Telefonische Übersetzer*innen in gynäkologischen Praxen anbieten und auf der Website darüber informieren
- Informationen zu den Angeboten der Frühen Hilfen im Internet elternfreundlicher gestalten
- Anbieten, belastende Gespräche in zwei Teile aufzuteilen, um Überforderung zu vermeiden
- Hebamme für Familien zur Vor- und Nachsorge verpflichtend machen
- direkt nach der Geburt standardmäßig über Angebote zur Unterstützung informieren

3.2.4 Unterstützungsnetz

Im Rahmen der Interviews wurde zusätzlich das Unterstützungsnetz (s. Tabelle 7 im Anhang) der Familien eruiert, da sich Belastungen oder Risikofaktoren zumindest teilweise durch Schutzfaktoren ausgleichen lassen. In diesem niedrigschwellig-präventiven Bereich der Frühen Hilfen Angebote ist es deshalb unerlässlich, das Gesamtbild anzusehen und auch die Ressourcen der Familie individuell mit in die Einschätzung einer Situation miteinzubeziehen. Durch die induktive Herangehensweise bei der Auswertung war es möglich, dieses für die Familien und auch die Leitfrage wichtige Thema aufzugreifen, obwohl es anfangs nicht in der konkreten Fragestellung genannt wurde.

In elf der Interviews wurde die Unterstützung durch Freunde und Familie als sehr wichtig angegeben. Teilweise beschrieben die Eltern sogar, dass sie die Frühe-Hilfen-Angebote oder sogar die Nachsorge durch eine Hebamme nicht in Anspruch nehmen wollen bzw. brauchen, da sie so viel Unterstützung im Umfeld haben. Gerade für Eltern frühgeborener Kinder schien es zudem wichtig, sich mit Eltern in der gleichen Situation oder mit längerer Erfahrung durch ebenfalls frühgeborene oder kranke Kinder auszutauschen. Je nachdem, welche Belastungen die Familie hat, übernimmt der Freundes-/Familienkreis Aufgaben der Motivation, Ermutigung, direkten Unterstützung durch Einkaufen oder Essen kochen oder Gesellschaft leisten. Nach Angabe der meisten hier befragten Eltern sind diese sozialen Beziehungen der oft als erste genannte Punkt, wenn man sie fragt, ob sie Unterstützung haben, und somit als Ressource nicht zu unterschätzen.

Sieben Elternteile hatten zum Zeitpunkt des Interviews bereits an einem Gruppenangebot der Frühen Hilfen teilgenommen. In Lübeck werden unter anderem Bewegungsgruppen, ein offenes Frühstück und ein Deutschkurs für Eltern mit Migrationshintergrund angeboten. Wieder waren es oft persönliche Faktoren, die entschieden, ob einer Person das Angebot zusagte oder nicht. Teilweise äußerten die Eltern aber auch andere konkrete Punkte:

Interviewerin: *Ja. Und mit den anderen Eltern, ist da irgendwas entstanden? Oder wie haben Sie sich da in der Gruppe gefühlt?*

Mutter: *Es waren halt..war viel Wechsel drin. Also es gab nur ein paar, die ich mehrmals gesehen habe. Und es gab so zwei-drei große Rednerinnen, die haben halt ganz viel erzählt, das war auch nett zuzuhören aber es ist nicht so der Kontakt entstanden. Also mit einer habe ich mich manchmal unterhalten aber ja, also ja, es passte nicht. Also sie war nett aber unsere Lebenswelten waren doch extrem unterschiedlich.*

Interviewerin: *Okay. Inwiefern extrem unterschiedlich?*

Mutter: *...Ja...Weiß ich jetzt nicht, wie sagt man das jetzt politisch korrekt?*

Interviewerin: *Sie dürfen es auch nicht politisch korrekt sagen.*

Mutter: *Ja, ich weiß nicht, ob sie überhaupt einen Hauptschulabschluss hatte und hatte irgendwie auch wechselnde Partner und..und ich komme ja schon so aus dem akademischen Umfeld und hatte halt den Eindruck, dass ich ganz viele Sachen weiß, die sie nicht weiß und dann, das ist in Gesprächen halt manchmal so blöd, wenn man, ich will dann halt nicht ständig belehren und andererseits weiß ich aber, dass das halt nicht stimmt, was sie sagt. Und..ja. Das ist halt irgendwie schwierig.*

Interviewerin: *Ja. War das nur mit der einen so oder war das insgesamt in der Gruppe so ein bisschen problematisch? Oder ein bisschen Ihr Eindruck?*

Mutter: *Nicht bei allen aber bei einigen schon, ja. (Interview 73)*

So wurde von Eltern mit einem höheren Bildungsstand teilweise erwähnt, dass es schwierig war, Kontakte innerhalb der Gruppe zu knüpfen, weil es wenig gemeinsame Gesprächsthemen oder nur sehr schlechte Deutschkenntnisse gab. Es wurde aber auch davon berichtet, dass in den Gruppen sogar mittlerweile länger bestehende Freundschaften und ein reger Austausch unter den Eltern entstanden sind. Aus den hier befragten Familien hat keiner der Väter an einem Gruppenangebot teilgenommen, z.T., weil dort „zu viel Weiber“ (Interview 56) seien, aber auch weil die Angebote zu den regulären Arbeitszeiten stattfinden. Es wurde bemängelt, dass es keine Gruppe explizit für Familien mit Frühgeborenen gibt.

Zum Interviewzeitpunkt war bei sechs Familien eine Familienhebamme in Anspruch genommen worden oder es war gerade im Gespräch, ob dies passieren sollte. Der Zugang erfolgte durch niedergelassene Gynäkolog*innen, profamilia, die Hebammensprechstunde zur Geburtsanmeldung, eine Helferkonferenz am UKSH Lübeck oder die Nachsorgehebamme, wenn diese eine weitere Betreuung für sinnvoll erachtete. Trotz bei mehreren Familien angesprochener Meinungsverschiedenheiten zwischen Familie und Familienhebamme wurde die Unterstützung insgesamt als positiv erlebt.

Ein Sonderfall war die Familie, bei welcher die Inanspruchnahme der Familienhebamme auf einer Helferkonferenz in Absprache mit dem Jugendamt vereinbart wurde, da das Jugendamt so vorerst entschied, keine Prüfung der Erziehungsfähigkeit (aufgrund der psychischen Erkrankung der Mutter) durchzuführen. Seine Befürchtungen schilderte ein Vater wie folgt:

Vater: *Ja, weil es, weil man ja auch immer die Angst hat, wenn man Jugendamt hört, dass einem gleich dann da irgendwie große Auflagen gemacht werden oder damit gedroht wird, das Kind wegzunehmen, das ist überhaupt nicht der Fall.*

(Interview 68)

Das Bild des Jugendamtes, welches Auflagen macht, Kinder in Obhut nimmt oder Drohungen ausspricht, scheint nach wie vor im Kopfe von Eltern verankert zu sein. Mit Ausnahme einer Mutter waren alle Familien, die hier befragt wurden und schon einmal Kontakt zum Jugendamt gehabt hatten, im Nachhinein überrascht, positive Erfahrungen gemacht zu haben.

Als weitere Faktoren im Unterstützungsnetz finden sich die Partner*innen der Elternteile, welche nicht alleinerziehend sind und als sehr wichtig wahrgenommen werden, ebenso wie die in der Schwangerschaft und im Wochenbett betreuende Hebamme. Gerade bei alleinerziehenden Elternteilen ohne Partner*in nimmt die Hebamme um den Zeitpunkt der Geburt herum eine besondere Rolle als Vertrauensperson ein.

Die hier eingebundenen psychisch erkrankten oder belasteten Eltern äußerten es als hilfreich, zusätzlich eine*n therapeutische*n Ansprechpartner*in zu haben oder die Aussicht, nach der Geburt Kontakt zu anderen betroffenen Eltern in speziellen Gruppenangeboten knüpfen zu können.

Innerhalb der 17 Interviews wurden viele zusätzliche Angebote und Unterstützungspunkte von den Familien genannt, die teilweise regional auf Lübeck begrenzt sind. Diese werden im Folgenden gelistet:

- Mutter-Kind Kur (schwierig mit Baby als Alleinerziehende)
- Notfallsprechstunde ZIP-Ambulanz
- Stillcafe Hebammenhaus Lübeck
- „Be wellcome“ (Willkommenbesuche in den ersten sechs Monaten)
- Treff der Alleinerziehenden Lübeck (schwierig, weil die Kinder in die Betreuung sollen und die Eingewöhnung schwierig ist bei einem nur ein Mal pro Woche stattfindenden Termin)
- Ambulante Kinderärzt*in als Vertrauensperson
- Stadtmutter Lübeck
- Babyklappe
- Krabbelgruppe bei der Kirche im Stadtteil

- Musikalische Früherziehung
- Sprungtuch e.V. (bietet z.B. begleitenden Umgang und Übersetzungsservice an)
- Elternschule am Marienkrankenhaus
- Frühgeborenenförderung an der Vorwerker Diakonie
- Weitere Beratungsstellen für Paar- und Schwangerenberatung

3.2.5 Ergebnisse der Nachbefragung

Die Familien, welche sich zum Zeitpunkt der Studienteilnahme noch in der Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt befanden, sollten einige Monate nach der Geburt/nach dem Interview noch einmal kurz telefonisch nachbefragt werden. Dies traf auf sechs der 13 befragten Familien zu. In der Praxis war diese Nachbefragung wenig ergiebig, da nur drei der sechs Familien erreichbar waren.

Nachbefragung 1: Kind sechs Monate alt, mittlerweile Betreuung durch Familienhilfe und Familienhebamme. Kontakt zu den Frühen Hilfen wurde über eine Freundin hergestellt, die schon Erfahrungen damit hatte. Das Beratungsgespräch in der Hebammensprechstunde hatte die Mutter aber noch im Hinterkopf und es hat ihr die Angst (auch vor dem Jugendamt) genommen und Mut gemacht.

Nachbefragung 2: Kind vier Monate alt, Kontakt zu den Frühen Hilfen ist durch die eigene Nachsorgehebamme einige Wochen nach der Geburt hergestellt worden, dort habe die Mutter regelmäßig Gesprächstermine. Die Empfehlung, sich dort selbstständig zu melden sei nach dem Beratungsgespräch im UKSH Lübeck „nicht so hängengeblieben“.

Nachbefragung 3: Kind ebenfalls vier Monate alt, kein Kontakt zu Frühen Hilfen und auch keine Nachsorgehebamme gehabt. Der Kinderarzt sei zufrieden mit der Entwicklung, es lief alles gut und es gäbe genug Unterstützung durch die Großeltern, dazu seien beide Eltern nach wie vor arbeitslos und haben genug Zeit, sich zu kümmern.

Zusätzlich wurden die drei Familien gefragt, inwiefern sie sich durch die SARS-CoV-2 Pandemie beeinflusst sehen. Auch diese Antworten fielen sehr unterschiedlich aus, die erste Mutter habe währenddessen eine psychische Krise entwickelt (in diesem Zusammenhang kam es zum Kontakt mit Frühen Hilfen und Jugendamt), die zweite Mutter fühlte sich kaum beeinträchtigt („wären sowieso zu Hause gewesen“) und die dritte Mutter hatte zweitweise Angst um ihren Sohn, was sich jedoch von selbst wieder legte.

4. Diskussion

4.1 Methodendiskussion

Die Gründe für die Auswahl des qualitativen Forschungsansatzes sind in Abschnitt 2.1 ausführlich dargestellt. An dieser Stelle sollen die genutzten methodischen Instrumente kurz im Rahmen der aktuellen Forschung im Themenbereich Frühe Hilfen auch bezüglich ihrer Güte evaluiert werden.

Datenerhebung und Dokumentation

Die Datenerhebung bei problemzentrierten Interviews mittels leitfadengestützten Interviews, Kurzfragebogen und Postskriptum ist in der qualitativen Forschung allgemein akzeptiert und wird bei ähnlich gestalteten Studien, beispielsweise einer Studie zur Qualitätssicherung der Frühen Hilfen in Flensburg aus 2014 (Kreuzhof et al., 2014, S. 69), ebenfalls verwendet. Anders als bei quantitativen Studien, in denen mehrfach validierte Fragebögen verwendet werden, ist der hier genutzte Interviewleitfaden eigens für dieses Projekt entwickelt worden. Dementsprechend lässt er sich lediglich über die während der Entwicklung eingeholten Expert*innenmeinungen aus der Arbeitsgruppe für Qualitative Methodik (AQUAM) der Universität zu Lübeck und über die Wertigkeit des entstandenen Textmaterials prüfen. Dazu muss beachtet werden, dass der persönliche Stil des Interviewenden auch den Inhalt des Interviews maßgeblich beeinflusst. Da alle Interviews von derselben Person geführt wurden, sollten sie untereinander vergleichbar sein und somit gleichberechtigt mit derselben inhaltsanalytischen Vorgehensweise ausgewertet werden können. Der Kurzfragebogen ist ebenfalls kein etablierter Bogen zur Feststellung der soziodemographischen Daten, wurde aber an die vom NZFH in Studien üblichen Merkmale wie z.B. in der von Neumann und Renner durchgeführten Studie zur Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz (Neumann & Renner, 2016) angepasst und enthält lediglich die aus Sicht der Forschungsgruppe für diese Thematik relevanten Merkmale. Da die soziodemographischen Daten nur einen Überblick über die Stichprobe verschaffen sollen und nicht quantitativ mit anderen Items in Bezug gesetzt werden, sollte diese Vorgehensweise die Beschaffung aller in diesem Kontext interessierenden Informationen ermöglichen.

Die Vorlage für das Postskriptum wurde dem verwendeten Interviewprotokoll der 2012 durchgeführten Katamnese des Projektes „GuStaF – Guter Start in die Familie – Fortbildungsprogramm für begleitende Familienunterstützung und Vernetzung rund um die Geburt“ entnommen (Prüßmann et al., 2015), welche sich damals als sinnvoll erwiesen hat.

Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Die Auswahl der Auswertungsstrategie wurde ausführlich in Abschnitt 2.4.1 begründet. Die kombiniert deduktive und induktive Vorgehensweise wurde explizit individuell für die

Beantwortung der hier gestellten Fragestellung entworfen. Trotzdem ist es nicht unüblich, beide Vorgehensweisen gerade bei der Bearbeitung problemzentrierter Interviews zu kombinieren. Ähnlich wurde z.B. auch in der oben schon angesprochenen Studie zur Qualitätssicherung vorgegangen (Kreuzhof et al., 2014, S. 27). Bei der Bewertung qualitativer Methodik stellt sich oftmals die Frage, ob und wie Gütekriterien, die bei quantitativer Forschung unerlässlich sind, darauf angewendet werden können. Laut Mayring ist es schwierig, die klassischen Gütekriterien (Reliabilität, Validität und Objektivität) auf eine inhaltsanalytische Arbeit zu übertragen. Er stellt deshalb spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien vor, welche ursprünglich 1980 durch Klaus Krippendorf erstellt wurden (Mayring, 2015, S. 123–129). Diese sollen an denjenigen Stellen ansetzen, an denen in der Durchführung der Inhaltsanalyse Fehler gemacht werden können. Im Folgenden werden die acht Gütekriterien nach Krippendorf (siehe Abbildung 4) benannt und das entsprechende methodische Vorgehen kurz erläutert:

1. Semantische Gültigkeit: Überprüfung der Kategoriendefinition durch Durchsprechen des Materials in der Arbeitsgruppe.
2. Stichprobengültigkeit: hochwertiger Zugang zur Stichprobe über zwischengeschaltete Kooperationspartner*innen, Anwendung des stufenweisen theoretischen Samplings als Qualitätsmerkmal.
3. Korrelative Gültigkeit: Validierung mithilfe der Einordnung in den aktuellen Forschungszugang sowie der Diskussion der Ergebnisse mit ähnlichen Studien, welche eine korrelative Gültigkeit nahelegt.
4. Vorhersagegültigkeit: Nicht anwendbar, da sich keine sinnvollen Prognosen aus dem Material ableiten lassen.
5. Konstruktgültigkeit: Laut Mayring lässt sich dieses Kriterium durch Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials überprüfen. Diese Erfahrung mit dem Netzwerk Frühe Hilfen in Lübeck, dem Umgang mit Eltern in Beratungsgesprächen und auch mit der qualitativen Forschung zu dieser Thematik am UKSH Lübeck ist auf Seiten der Forschenden durch den beruflichen Hintergrund vorhanden und die Ergebnisse werden als sinnvoll erachtet.
6. Stabilität: Durch das voneinander unabhängige parallele Codieren in den beiden Schritten der deduktiven und induktiven Codierung mit anschließendem Vergleich der Kategorien ist die Intercodierreliabilität erfüllt und demnach auch das Kriterium der Stabilität.
7. Reproduzierbarkeit: Hier kann nur auf die explizite Beschreibung der Methodik und Durchführung verwiesen werden. Das parallele Codieren einer nicht mit dem Material oder der Thematik vertrauten Mitarbeiter*in wurde vor dem Hintergrund dieser Ausführungen durchgeführt und konnte dem Test der Intercodierreliabilität

standhalten. Ob dies ausreicht, das gesamte Vorhaben zu reproduzieren, kann nicht genau gesagt werden.

8. Exaktheit: Dieses Kriterium lässt sich schlecht überprüfen, jedoch anhand der Stabilität und Reproduzierbarkeit abschätzen und entspricht deshalb der Qualität des Kapitels 2: Methode, Material und Durchführung.

Insofern sehen sich die inhaltsanalytischen Gütekriterien größtenteils erfüllt, was für eine exakt durchgeführte Methodik und somit auch reliable Ergebnisse spricht. Trotzdem müssen diese vor dem Hintergrund der geringen Stichprobengröße und des qualitativen Ansatzes interpretiert werden und dürfen nicht mit den Zusammenhängen aus quantitativen Studien verglichen werden. Sie erheben keinesfalls den Anspruch, die Leitfrage nach den fördernden und hemmenden Faktoren auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen abschließend zu beantworten, sondern sollen lediglich einen bescheidenen Beitrag zu deren Erforschung aus Sicht der Familien erbringen.

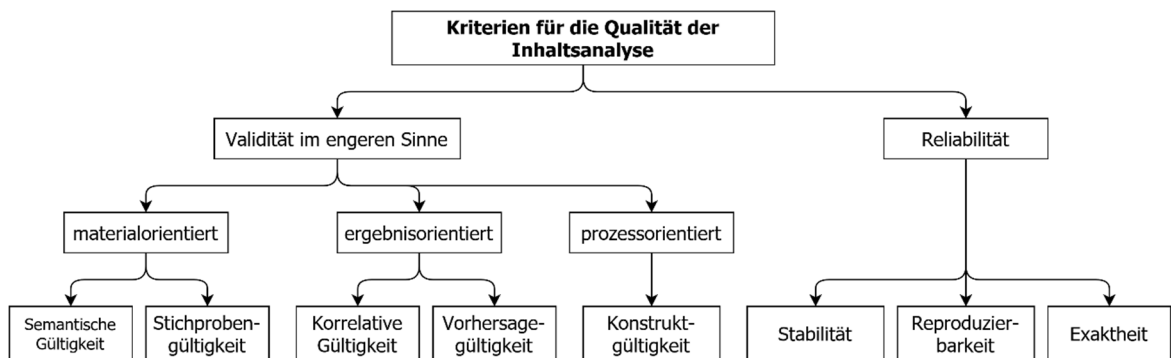


Abbildung 4 Inhaltsanalytische Gütekriterien nach Krippendorff
(Mayring, 2015, S. 126)

4.2 Ergebnisdiskussion

In diesem Kapitel werden die vorgestellten Ergebnisse interpretiert und in Zusammenhang mit der aktuellen Forschung sowie der Situation in Lübeck gesetzt. Ziel der Studie war es, Verstärker und Barrieren aufzudecken, die dazu führen, dass Familien sich nach einem Beratungsgespräch den Frühen Hilfen zuwenden oder auch nicht.

Zur Diskussion der Ergebnisse werden die Themen der drei Leitfragen erneut aufgegriffen, thematische Schwerpunkte sind dabei durch Zwischenüberschriften kenntlich gemacht.

4.2.1 Einfluss des Kontextes eines Beratungsgesprächs, wenn von Fachkräften Anhaltspunkte für Unterstützungsbedarf erkannt werden Eigenständige Suche nach Beratung und Unterstützung

Begonnen wird mit dem Weg, auf dem Familien bzw. werdende Eltern Informationen und Beratung suchen. Hier stand das Internet an erster Stelle. Wiederholt wurde bemängelt, dass die Websites der Frühen Hilfen zum einen schwer zu finden seien und zum anderen zu wenig konkrete Informationen über die Angebote bieten. Dies deckt sich mit der 2019 von Grieshop et. al in Berlin publizierten ebenfalls qualitativen Evaluation des Zugangs zu Familien, in dessen Fazit aufgrund der für Eltern hohen Wichtigkeit des Internets bei der Kontaktaufnahme zu den Frühen Hilfen vorgeschlagen wird, die „öffentliche Verfügbarkeit von Informationen und Anmeldefunktionen der Angebote Früher Hilfen über digitale Medien aus[zu]weiten“ (Grieshop et al., 2019), weil die Information den Eltern „unzureichend strukturiert und wenig digital verfügbar“ (Grieshop et al., 2019) erscheint.

Zusätzlich wurde von Eltern im persönlichen Kontakt mit den behandelnden Gynäkolog*innen oder auch bei befreundeten Familien nach Informationen gesucht. Dies bestärkt den schon in mehreren Modellprojekten des Nationalen Zentrums Früher Hilfen (NZFH) erprobten Ansatz, dass auch niedergelassene Ärzt*innen als zentrale Ansprechpartner*innen für Familien in die Einschätzung von Risikofaktoren und Ressourcen sowie in die Vermittlung an die Frühen Hilfen integriert werden sollten (Paul & Renner, 2017).

Zeitpunkt des Gespräches

Der erste untersuchte Teilaspekt des Kontextes des Beratungsgesprächs, war der Zeitpunkt, zu dem es stattfand. Auffallend war, dass mehrere Eltern äußerten, sich über die Informationen zu freuen, sich jedoch erst um Unterstützung kümmern zu wollen, wenn die aufgrund eines Risikofaktors (z.B. psychische Erkrankung) befürchtete Belastungssituation eintritt. Je nach Individualsituation ist es fraglich, ob eine niedrigschwellig-präventive Unterstützung zu dem späteren Zeitpunkt noch ausreicht, da die Frühen Hilfen nicht auf Krisenintervention, sondern auf die langfristige Stärkung der Bindung zwischen Eltern und Kind ausgerichtet sind. Von daher stellt sich hier die Frage, ob das Bedürfnis der Eltern, in einer Akutsituation umgehend Hilfe zu erhalten, einen durch die Frühen Hilfen ungedeckten

Hilfebedarf anzeigt. Eine weitere Beobachtung ist, dass bei mehreren Müttern bei den Schwangerenvorsorgeuntersuchungen das Feld „psychische Belastung“ im Mutterpass angekreuzt wurde, ohne den Müttern Informationen oder eine weitere Empfehlung für Unterstützung zu geben. Teilweise wurde dies bei der Geburtsanmeldung in der Hebammensprechstunde nachgeholt, jedoch hatten zwei der entsprechenden Mütter eine Frühgeburt und gelangten durch diese beiden erheblichen Belastungsfaktoren in eine Ausnahmesituation. Natürlich ist eine Frühgeburt nicht absehbar, jedoch war die psychische Belastung als Risikofaktor vorher schon erkannt worden und die zusätzliche Belastung durch die Frühgeburt hätte evtl. durch ein vorheriges Beratungsgespräch und Unterstützungsangebot aufgefangen werden können. Dies bekräftigt erneut die Wichtigkeit der behandelnden Gynäkolog*innen als Vermittelnde an die Frühen Hilfen und erneut auch den oben beschriebenen Ansatz, bezüglich der Weiterleitung an Frühe Hilfen „zweigleisig“ zu fahren, also sowohl zu Beginn der Schwangerschaft aus dem ambulanten Setting heraus als auch aus dem klinischen Setting der Geburtskliniken zu einem späteren Zeitpunkt zu beraten und Unterstützung anzubieten (Paul & Renner, 2017, S. 180). Ein ähnliches Vorgehen bezüglich der Zeitpunkte von Beratung und Weiterleitung an die Frühen Hilfen impliziert ebenfalls die 2011 erfolgte Evaluation des Babylotsenprogrammes in Hamburg (Pawils et al., 2011, S. 32). In der Evaluation von Pawils et. al wurde herausgearbeitet, dass im ambulanten System vor allem Familien mit niedrigem und mittlerem Belastungsgrad profitierten, während das stationäre System vorherrschend höher belastete Familien an Frühe Hilfen verwies. Dies passt zu der zu Beginn des Absatzes genannten Frage, ob zu einem späteren Zeitpunkt [als bei der ambulanten Beratung] noch der niedrigschwellig-präventive Ansatz ausreicht, oder ob dann die Belastung bei einigen Familien eventuell schon zu hoch ist, sodass andere Maßnahmen ergriffen werden müssen. Insofern ist das frühe, also ambulante Angebot der Beratung und Unterstützung für Familien sinnvoll, jedoch liegt es dann in der persönlichen Haltung der (werdenden) Eltern, ob sie diese Unterstützung dann auch in Anspruch nehmen möchten oder warten, bis die Belastung entsprechend höher ist.

Setting

Der nächste Teilaspekt war das Setting des Gespräches sowie die fachliche Kompetenz und Berufsgruppe der beratenden Person. Bezüglich des Settings war es interessant, dass alle Familien rückblickend zufrieden mit den Rahmenbedingungen der insgesamt sehr unterschiedlichen Beratungsgespräche waren. Keine Familie berichtete von Zeitdruck, einer grundsätzlich unangenehmen Atmosphäre oder einer inkompetenten Beratung.

Bei den hier befragten Familien war ein häufiger Grund für das Unterstützungsangebot die psychische Belastung oder Erkrankung auf Seiten der Eltern. Laut einer 2018 vom NZFH veröffentlichten Studie über intersektionale Kooperation geben niedergelassene

Kinderärzt*innen und Geburtskliniken zu wenig Zeit für Gespräche mit psychosozial belasteten Familien als große Herausforderung an, weshalb Handlungsbedarf „in erster Linie in den strukturellen Rahmenbedingungen“ gesehen wird (Renner et al., 2018, S. 1233). In der in dieser Arbeit eingeschlossenen Stichprobe wird aus Sicht der Familien lediglich die Kommunikation zwischen den Gesprächen (also auf der Intensivstation des Kindes oder an anderen Orten „zwischen Tür und Angel“ in der Klinik) als problematisch geschildert, da es hier durch Zeitdruck und Unruhe zu Verständnisproblemen oder Ungenauigkeiten kam. Wenn tatsächlich ein Beratungsgespräch verabredet wurde, hat keine Familie die Rahmenbedingungen bemängelt.

Dies ist als positives Ergebnis zu werten und spricht für die Kompetenz und Rahmensituation, welche die verschiedenen in dieser Studie einbezogenen Institutionen für solche Beratungsgespräche etabliert haben. Es bekräftigt noch einmal, dass diese für die Familien nicht alltäglichen Aspekte im Rahmen von Gesprächsterminen statt im Vorübergehen besprochen werden sollten. Hier wurde in den Ergebnissen noch einmal deutlich, was schon in der qualitativen Katamnese des 2010-2012 am UKSH Lübeck vorausgegangenen Projektes „Guter Start in die Familie (GuStaF)“ aufgezeigt wurde: Für Eltern können Gespräche und Situationen, insbesondere bei Kaiserschnittgeburt oder Frühgeburtlichkeit, als sehr belastend wahrgenommen werden. Dies wird von den Mitarbeiter*innen der Klinik anders wahrgenommen, das es eine für sie nicht bedrohliche und alltägliche Situation darstellt (Prüßmann et al., 2016, S. 1298). Deshalb ist auch an dieser Stelle Feinfühligkeit den Eltern gegenüber von hoher Wichtigkeit, welche sich neben der entsprechenden Kommunikation auch in einem wertschätzenden, angemessenen Setting solcher Gespräche ausdrückt.

Wenn außer den von Eltern mitgebrachten noch weitere Personen an den Gesprächen teilnahmen (z.B. Praktikanten, Auszubildende), empfanden die Eltern das sehr unterschiedlich. Eine Mutter empfand die Anwesenheit einer Auszubildenden positiv, während eine andere es unangenehm fand, dass „über ihren Kopf hinweg“ entschieden wurde, dass eine Praktikantin bei einem Jugendamtstermin dabei sein würde. Hier wird deutlich, wie wichtig es ist, Eltern miteinzubeziehen und um ihr Einverständnis zu bitten, dass entsprechende Personen anwesend sein dürfen, um eine für sie angenehme Situation zu kreieren, andererseits können sich Eltern schon vor Beginn des Gespräches übergangen fühlen.

4.2.2 Bedeutsame und unbedeutsame Anlässe für Beratungen und Unterstützung aus Sicht der Familien

Dieses Thema befasst sich mit der Frage, warum Familien von sich aus Beratung in Anspruch nehmen und zu welchen Anlässen sie potenziell bereit sind, weitere Beratung oder Unterstützung durch die Frühe Hilfen anzunehmen. In den Ergebnissen hat sich

gezeigt, dass Familien häufig mit einem bestimmten, meist alltagspraktischen Thema (z.B. Fragen zur Schwangerschaft) in ein Gespräch hineingehen, dann jedoch sehr offen sind, wenn zusätzlich auch über schwierige Themen (wie z.B. die Belastung durch eine psychische Erkrankung) gesprochen wird. Es war selten der Fall, dass das Beratungsgespräch ursprünglich von Seiten der Familien aus aufgrund der Belastungen stattgefunden hat, dies traf nur auf die Schwangerschaftskonfliktberatung oder auf akute Krisensituationen zu.

Da eine Mutter sich von der dadurch entstehenden Vielzahl der Themen bei einer Hebammensprechstunde überwältigt fühlte, kam der Gedanke auf, ob es hilfreich wäre, zum Sprechen über psychosoziale Belastungen und Möglichkeiten zur Unterstützung noch einen zusätzlichen Anstusstermin zu vereinbaren. Es scheint hier von persönlichen Faktoren abhängig zu sein, wie Eltern die direkte Verknüpfung solcher Themen bei einem Termin auffassen, denn eine andere Mutter hatte genau das als sehr positiv empfunden. Insgesamt lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass die Verknüpfung von einem regulären Termin mit Hinweisen zu den Dingen, die alle Familien bzw. werdenden Eltern beschäftigen (in den Ergebnissen: „bedeutsame Anlässe aus Sicht der Eltern“) und einem Beratungsgespräch zu Belastungen und Unterstützung zu einem erfolgreichen Outcome führen kann. Bei solchen kombinierten Terminen stellt sich die Frage, wie der inhaltliche Zusammenhang zwischen den allgemeinen bzw. kindsbezogenen Bedürfnissen der Eltern und der Familiengesamtheit mit ihren Belastungen und Ressourcen bestmöglich hergestellt werden kann. Hier hat 2015 eine Fragebogenstudie angesetzt und „eine Verhaltens-/Entwicklungsbeurteilung der Kinder durch die Eltern in Kombination mit einer Selbstauskunft der Eltern über die eigenen Belastungen“ (Kleinert & Barth, 2015, S. 1) als guten Ansatz befunden, um diese Brücke im Rahmen eines Risikoscreenings gemeinsam mit den Eltern zu bauen. Dies könnte inhaltlich Gegenstand weiterer Forschung sein, evtl. reicht es schon, innerhalb eines persönlichen Beratungsgespräches den Impuls zu den Themen Verhaltens-/Entwicklungsbeurteilung der Kinder und eigene Belastungen zu geben, um ein systemisches Blickfeld als Fachkraft gemeinsam mit den Eltern zu erlangen. Unter der Prämisse, dass Eltern in der Regel das Beste für ihre Kinder wollen (s. S. 85), scheint dieser Ansatz vielversprechend.

In der ursprünglichen Fragestellung sollten auch unbedeutsame Anlässe untersucht werden. In den Interviews wurde deutlich, dass dies nicht ohne Suggestivfragen möglich gewesen wäre. Teilweise berichteten Familien zwar von Beratungen, welche sie selbst als nicht als notwendig betrachtet hätten, jedoch eher im Kontext von misslungener Kommunikation, unpassenden Unterstützungsangeboten oder wenn sie selbst gerade keinen Bedarf sahen. Diese Ergebnisse fallen demnach unter „Barrieren“ in Kapitel 3.2.3.

Trotzdem wäre auch die Erhebung unbedeutsamer bzw. unangemessener Anlässe aus Sicht der Familien weiterhin relevant, da Beratung/Unterstützung zu Themen, die Familien nicht als wichtig empfinden prinzipiell einerseits zu Überversorgung und andererseits zu sinkender Motivation der Familien gegenüber wirklich relevanten Themen führen könnte.

4.2.3 Gelingensbedingungen und Barrieren

Kommunikatives Verhalten

Das kommunikative Verhalten der beratenden Person als erster Teilaspekt hat sicherlich eine Schlüsselfunktion im Erzeugen von Gelingensbedingungen zur Anbindung von Familien an die Frühen Hilfen. Dies wurde schon in der 2016 publizierte Katamnese des GuStaF-Projektes am UKSH Lübeck festgestellt (Prüßmann et al., 2016, S. 1298). Weiterhin ist es interessant zu sehen, dass auch die in dieser Arbeit eingeschlossenen Familien von Barrieren berichteten, die durch das kommunikative Verhalten ihrer Gesprächspartner*innen entstanden.

Eltern nahmen es grundsätzlich positiv auf, die Wahl zwischen mehreren Angeboten zu haben und selbst entscheiden zu können, ob und wo sie sich melden. In der Medizin ist es ein wirksames Konzept, Patient*innen mehrere Alternativen aufzuzeigen, unter denen sie eine für sich geeignete auswählen können. Dies erhöht die Adhärenz der Patient*innen, da diese durch ihre Selbstwirksamkeit bei der partizipativen Entscheidungsfindung motiviert werden. Insofern sollte diese Strategie in der Kommunikation auch für Beratungsgespräche mit Familien sinnvoll sein. Neumann und Renner sprechen von einer hohen elterlichen Steuerungskompetenz, wenn die Eltern davon überzeugt sind, „die Lebens- und Gesundheitschancen ihrer Kinder zu verbessern, indem sie Aufgaben an ausgewählte Dritte delegieren, ohne die Steuerung dieses Prozesses aus der Hand zu geben“ (Neumann & Renner, 2016, S. 1). Selbstverständlich gehört zu einer hohen Steuerungskompetenz mehr als nur zwischen Angeboten auszuwählen, jedoch ist diese Möglichkeit ein erstes Signal der Fachkraft an die Eltern, dass ihnen zugetraut wird, selbst gut für ihr Kind zu sorgen.

Ein weiterer Ansatzpunkt, der seit den Kinderschuh der Frühen Hilfen zur Motivation der Eltern beiträgt, ist, dass die meisten Eltern wollen, dass es ihren Kindern gut geht. Der Zeitpunkt um die Geburt herum bietet immer einen Anfang und eine neue Chance, einen positiven Lebensweg zu beginnen (Helming et al., 2006, S. 44). So kann es gelingen „dieses Glück zu sichern oder sogar zu maximieren“ (Thyen & Pott, 2015, S. 754), besonders weil Belastungen mit zunehmendem Kindesalter ebenfalls wachsen (Ulrich et al., 2021). Genau dieser Punkt wird mehrfach aus Sicht der Eltern beschrieben: Dass sie nach dem Gespräch das Gefühl hatten, es gemeinsam schaffen zu können. Dies deutet an der Stelle auf eine gelungene Kommunikation innerhalb der Gespräche hin.

Die am deutlichsten aufgezeigte Barriere war, dass sich Eltern durch die beratende Fachkraft unter Druck gesetzt fühlten und deshalb in Widerstand gegen die Angebote der Frühen Hilfen gingen. Insbesondere Formulierungen wie „Sie müssen...“, eine lange Liste von Dingen, die erledigt werden sollten oder auch große Strenge/Bevormundung in der gemeinsamen Arbeit waren ausschlaggebend für dieses Gefühl der Eltern und könnten einfach vermieden werden. Eine Schwangere berichtete von einem guten Beratungsgespräch bei profamilia, nach welchem sie motiviert bei den Frühen Hilfen angerufen hatte, um sich nach einer Familienhebamme zu erkundigen. Dort wurde sie durch das „Herunterrattern“ von Ratschlägen und Angeboten entmutigt und so wurde der Erfolg des Beratungsgesprächs bei profamilia zunichte gemacht.

Hier stellt sich die in der Literatur bereits viel diskutierte Frage, wo sich die Frühen Hilfen zwischen Prävention und Kontrolle ansiedeln. Letztendlich ist bei einer universell präventiven Vorgehensweise, die auf Freiwilligkeit basiert, die Erfolgsquote sehr hoch (Eichin & Fröhlich-Gildhoff, 2013, S. 132) und dies passt zu den gewählten Formulierungen, welche die hier befragten Eltern bevorzugen: Wenn sie selbst das Gefühl haben, sich freiwillig für etwas positives entscheiden zu können, war die Akzeptanz der Vorschläge aus einem Beratungsgespräch größer. Erneut passt dies zu der oben angesprochenen Steuerungskompetenz, welche den (meisten) Eltern nicht nur zugetraut werden kann und sollte, sondern welche sie in der Kritisierung des „unter Druck gesetzt werden“ selbst einfordern.

Zu diesem Zusammenhang passt auch die nächste in den Ergebnissen vorgestellte Barriere bezüglich der Kommunikation: Wenn aus Sicht der Eltern ungenau erklärt wird, sodass sie nicht verstehen, was warum in die Wege geleitet wird, empfinden sie dies als negativ und gehen in den Widerstand. Dies ist nur verständlich, da ihnen ihre Kompetenz in der partizipativen Entscheidungsfindung zum besten Weg für ihre Familie aberkannt wird. In einer Familie sei nur dem Vater gegenüber erwähnt worden, dass eine Helferkonferenz u.a. mit dem Jugendamt einberufen wurde, weil die Erziehungsfähigkeit seiner Frau aufgrund ihrer psychischen Erkrankung angezweifelt würde. Der Mutter gegenüber sei dies nicht konkret geäußert worden. Der Vater äußerte, durch diese Erfahrung erstmal etwas „zurückweisend oder vorsichtig“ (Interview 68) zu sein. Dies unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit, solche Gespräche, wenn möglich, in Anwesenheit aller Beteiligten zu führen und ein Elternteil nicht z.B. aufgrund des niedrigen Bildungsstatus (die Mutter arbeitete auf dem zweiten Arbeitsmarkt) zu „schonen“, indem Informationen vorenthalten werden.

An dieser Stelle muss auch der Aspekt „Väter fühlen sich nicht mit eingebunden“ aufgenommen werden. Die Relevanz der Beteiligung von Vätern an der Kindererziehung und des positiven Erlebens der Vaterschaft (Rudolf et al., 2015) ist bekannt. In der KiD 0-3 Studie wurde festgestellt, dass väterliche Risikofaktoren einen Zusammenhang zum

kindlichen Entwicklungsstand sowie einen negativen Effekt auf die kognitive Entwicklung des Kindes haben (Liel, 2015) und dass auch die Mütter durch die Beteiligung des Vaters an der Kindererziehung profitieren, sodass sogar das Risiko für Kindesmisshandlung sinkt (Liel & Eickhorst, 2016, S. 27). Gerade weil das Einbeziehen der zweiten Bezugsperson in die Unterstützungsarbeit so wichtig ist (Lux et al., 2021), wird seit mehreren Jahren vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen angestrebt, Väter besser anzusprechen und mehr in die Unterstützungsarbeit zu integrieren (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA, 2016, S. 9). Geschieht dies nicht, bleibt eine wertvolle Ressource, die die Zusammenarbeit beider Elternteile darstellt, unbeachtet. Schwierig ist die hier bei zwei Familien aufgetretene Situation, wenn die Eltern unverheiratet sind und somit nach der Geburt nur die Mutter sorgeberechtigt ist. Beide Familien hatten einen geringen Bildungsstand und waren offenbar uninformiert, dass man dies auch vor der Geburt klären kann, sodass dann beide Eltern gleichberechtigt sind und auch in der Ansprache vom Klinikpersonal so wahrgenommen werden.

Ausgehend von den bisher diskutierten Faktoren stellt sich noch einmal grundlegend die Frage, wie Familien am besten angesprochen werden, um eine gelingende Kommunikation zu ermöglichen. In den Lotsenprogrammen werden oftmals Screenings zum psychosozialen Risiko genutzt, um belastete Familien mit etwaigem Unterstützungsbedarf zu erfassen. Darunter haben sich beispielsweise der „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (Kindler, 2010, S. 1078) oder die „Heidelberger Belastungsskala“ (Sidor et al., 2012) etabliert. Nach dem Auffallen in einem solchen Screening wird den Familien in der Regel ein explorierendes Gespräch durch eine spezialisierte Fachkraft angeboten, in welchem Unterstützungsbedarf geklärt und bei Bedarf eine Vernetzung stattfinden soll.

2018 wurde in der Publikation „One size fits all?“ (Evers & Schröder, 2018) mittels einer umfangreichen Studie zur Nützlichkeit von psychosozialen Risikoscreenings für die Vorhersage der Inanspruchnahme von Frühe-Hilfen-Angeboten Folgendes herausgearbeitet: Obwohl durch die Kombination der im Screening erfassten Risikofaktoren die Inanspruchnahme Früher Hilfen besser vorhergesagt werden konnte als in vorherigen Studien zu Einzelfaktoren, ist deren Vorhersagekraft weiterhin nicht zufriedenstellend. „Einzig die Belastungseinschätzung des Kindes [durch Fachkräfte gemeinsam mit den Eltern] bietet einen sehr sensitiven Indikator für die Fokussierung auf die Eltern-Kind-Interaktion“ (Evers & Schröder, 2018, S. 477). Diese Relevanz der Belastungseinschätzung macht erneut deutlich, dass das Thema „Wie geht es meinem Kind und wo sind Optionen, dass es ihm (und der Familie) noch besser geht“ ein guter und verlässlicher Ansatzpunkt ist, um mit den Eltern verbindlich in Kontakt zu kommen.

Wie sowohl in den Ergebnissen dieser Studie als auch bei Tegethoff et al. (2021) sowie in einem aktuellen internationalen systematischen Review (Houle et al., 2022) sichtbar wird,

scheinen sich Eltern eine persönliche, offene, wertschätzende und individuelle Kommunikation zu wünschen, welche den Anspruch an Befähigung und den Erhalt bzw. die Steigerung der eigenen Steuerungskompetenz erfüllt. Ein Programm, welches seit Jahrzehnten in verschiedenen Ländern Erziehungs- und Beziehungsarbeit in Familien leistet, ist STEEP – „Steps Towards Effective and Enjoyable Parenting“ (zu Deutsch in etwa „Schritte in Richtung effektiver und erfreulicher Elternschaft“). In Deutschland hat es sich mittlerweile zu einem „bindungstheoretisch fundierten Beratungs- und Präventionsprogramm“ (Suess, o. J.) entwickelt, welches Beziehungsarbeit in den Fokus stellt. Hier wird in der Arbeit der Frühen Hilfen Feinfühligkeit zwischen Eltern und Kindern als Schlüsselement für eine sichere Bindung in den Vordergrund gestellt und in vielschichtigen Interventionen, wie zum Beispiel durch videogestützte Beratung, ausgebaut (Suess & Unzner, 2017). Diese Art der Arbeit ist mittlerweile weithin in verschiedenen Ausführungen (z.B. Marte Meo oder Entwicklungspsychologische Beratung – EPB) etabliert. Suess beschreibt die Hauptschwierigkeit darin, Eltern zu motivieren, sich gewissenhaft selbst zu beobachten und ihr angeeignetes Wissen auch zu nutzen. Dazu sei es fundamental, als Fachkraft eine Atmosphäre zu kreieren, die offen für Fehler ist, was am häufigsten geschehe, wenn Eltern sich sicher fühlen (Suess et al., 2018, S. 121). Prinzipiell sollten sich diese grundlegenden Erkenntnisse aus der langjährigen Arbeit Früher Hilfen auch dafür nutzen lassen, einen bestmöglichen Kontakt zu den Eltern herzustellen. Die hier genannten Kernelemente (Feinfühligkeit, eine sichere Atmosphäre und Befähigung der Eltern zur Nutzung ihrer Möglichkeiten) ähneln den aus dieser Interviewstudie entwickelten Gelingensbedingungen auf der Seite des Settings und der Kommunikation sehr. Daher erscheint eine Forderung nach weiterer Forschung zur Beachtung dieser in der Beziehungsarbeit zwischen Eltern und Kind bereits bewährten Faktoren auch im Rahmen von Beratungsgesprächen zu Belastungssituationen und Angeboten Früher Hilfen angemessen.

Als Beispiel, wie ein „Hybridmodell“ aus Risikoscreening unter Einbeziehung der Eltern aussehen könnte, wurde 2018 eine Machbarkeitsstudie am Universitätsklinikum Freiburg publiziert (Belzer et al., 2018). Hier wurde zusätzlich zu einer modifizierten Version von Kindlers Anhaltsbogen eine Selbsteinschätzung für Eltern genutzt, in welcher mittels eines Fragebogens eine Entwicklungsbeobachtung sowie eine Beschreibung der eigenen psychosozialen Belastungen erfragt wurde (Kleinert & Barth, 2015, S. 5). Dies sollte, wie schon in Abschnitt 4.2.1 erwähnt, dazu führen, dass Pädiater*innen und Eltern gemeinsam einen „Zusammenhang zwischen kindbezogenen Befunden und familiären Belastungen herstellen“ (Kleinert & Barth, 2015, S. 1). Dies entspricht eher dem familienbezogenen Ansatz der Frühen Hilfen und bezieht die Eltern von Anfang an in die Einschätzung der Situation mit ein. Diese Vorgehensweise wurde im Alltag der Universitätsklinik als mit

geringem Aufwand durchführbar bewertet, obgleich die vertiefenden Gespräche mit den Familien nicht vom medizinischen Personal, sondern von einem gesonderten „interdisziplinäre[n] Fachteam „Frühe Hilfen und Kinderschutz““ (Belzer et al., 2018, S. 2) mit entsprechenden personellen und zeitlichen Möglichkeiten durchgeführt wurden.

An dieser Stelle besteht nicht der Anspruch, das beste Modell der Kontaktaufnahme zu belasteten Eltern herauszuarbeiten, es sollten lediglich die entstandenen Ergebnisse mit der aktuellen Forschung in Bezug gesetzt werden.

Persönliche Faktoren

Als nächstes folgt der Teilbereich „Persönliche Faktoren der Eltern“, dessen Einfluss, wie in den Ergebnissen beschrieben, recht groß zu sein scheint.

Zum einen scheint eine hohe Hilfeannahmefähigkeit mit einer offenen, eher extrovertierten Haltung anderen Menschen gegenüber einherzugehen, zum anderen aber auch damit, sein Kind gesund und stabil erziehen zu wollen und dazu auch die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen.

Dies passt zu von Neumann und Renner 2016 veröffentlichten Forschungsergebnissen, in denen die Rolle der Steuerungskompetenz (Definition siehe Seite 78) der Eltern in Bezug auf die Inanspruchnahme der Frühen Hilfen untersucht wurde. Es stellte sich heraus, dass die Eltern „mit hoher Steuerungskompetenz durch ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und Aktivität“ ausgezeichnet waren, während sich Eltern mit niedriger Steuerungskompetenz „überfordert und hilflos“ (Neumann & Renner, 2016, S. 4) zeigten. Dies passt zu den meisten hier aufgezeigten Ergebnissen; ein Paradebeispiel für eine niedrige Steuerungskompetenz und die dazu führende fehlende Inanspruchnahme insbesondere von Angeboten mit „Komm-Struktur“ ist die Familie, die keine Möglichkeit sah, den kurzen Fahrtweg zu bewältigen und deshalb nicht an einem Angebot teilnehmen konnte. Wie bei Neumann und Renner geschildert wird die Sinnhaftigkeit des Angebotes erkannt, jedoch ist die Anforderung zu hoch und überfordernd (Neumann & Renner, 2016, S. 4).

Bei einer Mutter war es sehr interessant zu sehen, dass diese auf ihre eigene Belastung (psychische Erkrankung) im Gespräch nicht einging, jedoch sehr überzeugt davon war, Hilfen aufgrund der Frühgeburt ihrer Tochter anzunehmen. In diesem Falle schien sie sich leichter durch die bei ihrem Kind vorhandene Belastung motivieren zu können als durch ihre eigene. Dies spricht erneut für die Bedeutung der auf das Kind bezogenen Hoffnungen und Ängste für Gesprächsanlässe und Formulierung von Angeboten.

Eine andere Mutter äußerte, ihre eigenen Erfahrungen machen zu wollen und deshalb keine Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig gab sie sich überfordert von der Aufforderung der beratenden Fachkraft, sich um eine Nachsorgehebamme und die Anträge für Kinder- und Elterngeld zu kümmern. In der telefonischen Nachbefragung ca. 6 Monate nach der Geburt gab die Mutter an, keinen Kontakt zu Frühen Hilfen und auch keine

Hebamme gehabt zu haben und dass alles gut verlaufen sei. Insofern scheint eine hohe intrinsische Überzeugung davon, es alleine schaffen zu wollen, auch ernst genommen werden zu müssen, sofern es keinen Anhalt für eine Kindeswohlgefährdung gibt. Zudem gab die Frau an, erhebliche Unterstützung durch ihre Mutter und die Familie des Kindsvaters zu erhalten. Diese Schutzfaktoren bzw. Ressourcen sind auch ein Punkt, welcher in der Risikoanalyse, die einem Beratungsgespräch vorangeht, nicht fehlen darf. Entsprechende Ressourcen (wie z.B. ein gutes Unterstützungsnetz) können niedrige bis mittlere Risiken als Schutzfaktoren ausgleichen (s. Egle & Cierpka, 2006), sodass im niedrigschwellig angesiedelten Bereich der Frühen Hilfen keine Unterstützung notwendig ist. Dies ist auch ein zentraler Grund, warum die Frühen Hilfen im Bereich der selektiven Prävention anzusiedeln sind: bei Fehlen von Risikofaktoren oder niedrigen Risikofaktoren und hinreichend Schutzfaktoren braucht die überwiegende Mehrheit der Familien keine Hilfen auf Ebene der primären Prävention.

Laut dem Leitbild der Bundesinitiative Frühe Hilfen, sind diese dem „Diversity-Konzept“ verpflichtet und stehen allen Familien offen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA, 2014). Die beiden hier befragten Familien mit Sprachbarriere und Fluchthintergrund waren grundlegend unterschiedlich, einer Familie könnte man wahrscheinlich eine hohe elterliche Steuerungskompetenz und der anderen Familie eine geringe elterliche Steuerungskompetenz zusprechen. Laut Eickhorst et al. in „Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern“ haben Eltern mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko, sozial isoliert zu werden, jedoch ist ein Migrationshintergrund auch ein wichtiger Prädiktor für die Inanspruchnahme einer Familienhebamme (Eickhorst et al., 2016, S. 9). Diese soziale Isolation scheint bei der hier befragten Familie mit eher geringer elterlicher Steuerungskompetenz sehr ausgeprägt gewesen zu sein, sodass die betreuende Familienhebamme von der Familie sogar als „Freundin oder Familie“ (Interview 78) bezeichnet wurde. Wichtig ist hier die Feststellung, dass besonders bei Familien mit Fluchthintergrund das Problembewusstsein hier in Deutschland möglicherweise fehlt, da die Probleme viel kleiner erscheinen als im Heimatland. So schien es in der einen Familie schwierig für die Familienhebamme gewesen zu sein, die Eltern für weitere Veränderungen (wie z.B. eine Kindergartenplatzsuche oder die Teilnahme am Deutschkurs der Frühen Hilfen) zu motivieren, da aus Sicht der Eltern die aktuelle Situation vergleichsweise in Ordnung war. Dies trifft mit Sicherheit nicht auf alle Familien mit Migrationshintergrund zu, ist jedoch ein Aspekt, der bei dem Zugang zu diesen Familien bedacht werden muss. Auch bei dem Thema Migrationshintergrund lohnt es sich, die Ressourcen der Familie (welche teilweise auch durch die Migration erworben wurden) mit ins Blickfeld zu rücken und für die Arbeit zu nutzen. Es bietet sich an, die oftmals enormen Belastungen und Bewältigungsstrategien der Familien aktiv als Ressourcen

herauszuarbeiten, wahrzunehmen und anzuerkennen, um den Eltern aus der teils hilflosen Rolle hinaus zu helfen und auch hier einen Befähigungsansatz in der Gesprächsführung und Begleitung der Familien zu wählen (Tsirigotis, 2011, S. 558). Das Eckpunktepapier des Deutschen Jugendinstitutes empfiehlt notwendige Änderungen, um „auch geflüchteten Kindern ein gutes Aufwachsen zu ermöglichen“ (de Berrut et al., 2020, S. 7). Auch in diesen Empfehlungen wird auf strukturelle Verbesserung von Angeboten im Sinne der Verhältnisprävention gesetzt, um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, Eltern zu stärken und lokale Netzwerke auszubauen.

Obwohl an dieser Studie nur zwei Familien mit Migrationshintergrund teilgenommen haben, fällt aufgrund ihrer Verschiedenheit auf, dass Familien mit Migrationsbiografie keinesfalls als homogene Gruppe betrachtet werden können, da sie untereinander so verschieden sind, wie die Familien der Mehrheitsbevölkerung auch.

Insgesamt wäre es sicherlich hilfreich, die Familien offen zu fragen, was sie sich wünschen. Es ist durch persönliche, intrinsische Faktoren auf Seiten der Familien unterschiedlich, wie diese behandelt werden möchten. Deshalb könnte eine einfache Frage, wie z.B. „Möchten Sie noch etwas Infomaterial für zu Hause mitnehmen?“ oder auch „Kann ich sonst noch etwas für Sie tun?“ erheblich dazu beitragen, dass Eltern sich mit ihren persönlichen Vorlieben gesehen fühlen und Hilfen dort ankommen, wo sie erwünscht sind (und nicht wie ungewollte Flyer oder Broschüren ungelesen im Mülleimer landen).

Einfluss der Hebamme als Bezugsperson

Eine gelingende Beziehung zu einer Hebamme kann laut den hier befragten Eltern grundsätzlich als fördernder Faktor für die Inanspruchnahme Früher Hilfen gewertet werden. Da die Hebamme aus Sicht der Eltern eine wichtige Beratungsperson ist, welche in der Regel die Familie schon während der Schwangerschaft und in den ersten Wochen nach der Geburt begleitet und so die häusliche Situation und etwaige Belastungsfaktoren gut im Blick hat, ist es ein großes Problem, dass es momentan aufgrund von Hebammenmangel nicht möglich ist, eine „passende Hebamme“ auszusuchen. Viele der hier befragten Familien berichteten von der Schwierigkeit, zu Beginn der Schwangerschaft überhaupt eine Hebamme zu finden, welche sie betreuen würde. Das Problem in der Versorgungssituation ist seit Jahren bekannt (Albrecht et al., 2012), und immer noch aktuell (Albrecht et al., 2019). Wenn eine Hebamme Belastungsfaktoren und eine Weitervermittlung an z.B. eine Familienhebamme anspricht, ist ein Vertrauensverhältnis essenziell. Die Zuweisung zu den Frühen Hilfen Angeboten durch Hebammen scheint auch bei erkennbaren Risikofaktoren nicht regelhaft zu erfolgen: aus Perspektive von Hebammen scheint das Vertrauensverhältnis durch die Ansprache des Themas z.T. gefährdet zu werden (Schlüter-Cruse & Sayn-Wittgenstein, 2017), sodass diese sehr vorsichtig damit umgehen. Auch gibt es Hinweise darauf, dass Familien mit Belastungen eher weniger

freiberufliche Hebammen zur Vor- und Nachsorge in Anspruch nehmen (Schlüter-Cruse & Sayn-Wittgenstein, 2017) und dadurch im Vergleich schlechter versorgt sind. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Hürde, rechtzeitig eine Hebamme zu finden, für hochbelastete Familien (z.B. auch aufgrund geringerer elterlicher Steuerungskompetenz) seltener überwunden wird.

Das Bild, welches sich in den Erfahrungen der hier befragten Eltern abbildet, ist, dass die Hilfsannahmefähigkeit bei der Beratung durch eine Hebamme am besten ist, wenn es zwischenmenschlich „passt“ und ein vertrauensvolles, offenes Verhältnis besteht. Diese Kombination an Einflussfaktoren wird durch die praktische Schwierigkeit, eine Hebamme zu finden und diese bestenfalls nach Sympathie und Kompetenz aussuchen zu können, erheblich erschwert.

Einfluss des Unterstützungsnetzes

Im Rahmen der Interviews wurde auch das vorhandene Unterstützungsnetz der Eltern abgebildet. Interessant war hier, dass vor allem bei Familien mit eher niedrigen Belastungen die Ressourcen durch Unterstützung aus dem privaten Umfeld (Familie/Freundeskreis) sehr groß waren, sodass im Endeffekt keine weitere Unterstützung durch die Frühen Hilfen in Anspruch genommen wurde. Dies zeigt, dass Ressourcen in jedem Fall mit abgetastet werden sollten und dass diese Unterstützung durch Dritte von außen teilweise hinfällig machen. Natürlich konnte dieser Eindruck in der Studie nur aus der Elternperspektive gewonnen werden und ist dahingehend zu interpretieren. Ob von Seiten der Fachkraft dennoch Hilfebedarf dagewesen wäre, ist unklar.

Einige Familien haben während der Befragung oder zu Zeiten der Nachbefragung Frühe Hilfen in Anspruch genommen. In Bezug auf die Gruppenangebote wurde immer wieder deutlich, dass sich die Eltern ein für ihr Problem spezifisches Angebot wünschen (z.B. nur für Eltern von Frühgeborenen) und sonst kein Interesse an weniger passenden Angeboten haben. Zusätzlich war es für Eltern teilweise schwierig, sozialen Anschluss in der Gruppe zu finden, wenn sie ein höheres Bildungsniveau hatten oder die Gruppe hauptsächlich aus Eltern mit Sprachbarriere bestand. Diese Beobachtungen decken sich mit den Ergebnissen aus einem Fokusgruppeninterview des NZFH, bei welcher die „Gruppenkompatibilität“ innerhalb von Gruppenangeboten als wichtig bezeichnet und ebenfalls beschrieben wird, dass Sozialhierarchien die Teilnahme erschweren (Van Staa, 2018; Van Staa & Renner, 2020). Diese Gruppenkompatibilität wurde von hier befragten Eltern teilweise zur Voraussetzung für eine Teilnahme gemacht.

Einfluss der soziodemographischen Variablen auf Seiten der Familie

Wie schon im Ergebnisteil vorangestellt, sind die Zusammenhänge in diesem Teilaspekt nur als mögliche Hinweise zu verstehen und dementsprechend mit Vorsicht zu genießen. Problematisch daran ist, dass die soziodemographischen Variablen mithilfe des

Kurzfragebogens quantitativ erhoben wurden und es daher schwierig ist, sie mit den Interviewtexten in Beziehung zu setzen. Es wäre möglich gewesen, an dieser Stelle in den Ergebnissen eine binäre Darstellung zu wählen, in welcher z.B. die jeweilige Schulbildung mit der Anbindung an die Frühen Hilfen als Endpunkt für „Gelingen des Beratungsgespräches“ aufgezeigt würde. Darauf wurde bewusst verzichtet, da dies bei der Stichprobengröße nicht repräsentativ wäre, es den qualitativen Blickwinkel verzerren würde und irreführende Hypothesen aufstellen könnte.

Insofern lassen die Ergebnisse dieser Studie darauf schließen, dass die Gelingensfaktoren nicht mit dem Bildungsgrad der Eltern zusammenhängen, sondern in allen Familien persönliche Faktoren eine weitaus größere Rolle spielten.

Jedoch lässt sich auch im Zusammenhang mit den soziodemographischen Variablen der angeklungene Tenor verstärken: Unabhängig davon, wie die Familie gestellt ist, wünschen sich die Eltern, dass adäquat auf sie eingegangen wird und Angebote auf sie persönlich angepasst sind.

4.3 Limitationen der Studie

Wie in jedem Forschungsvorhaben gibt es auch bei dieser Studie in einigen Bereichen Limitationen, welche genannt und kurz erläutert werden sollen.

Sampling: Wie häufig bei qualitativen Studien ist die geringe Stichprobengröße (N = 13 Familien) zu nennen, welche nur einen Ausschnitt der existierenden Erfahrungen abbilden kann. Auf der anderen Seite ist die Stichprobe durch die aufwändige Rekrutierung an verschiedenen Institutionen sehr heterogen und umfasst ein breites Spektrum an unterschiedlichen Erfahrungen. Ursprünglich war geplant, bei allen Familien, in denen es zwei Elternteile gab, auch beide zu befragen. Dies hat sich leider aus alltagspraktischen Gründen (z.B. beide Elternteile hatten nie zum gleichen Zeitpunkt Zeit, ein Elternteil - i.d.R. der Vater - war desinteressiert oder krank) als sehr schwierig erwiesen, sodass letztendlich nur bei vier Familien beide Elternteile teilgenommen haben. Als Stärke ist zu nennen, dass aktiv Familien mit Sprachbarriere aufgrund ihres Migrationshintergrundes eingeschlossen wurden, um auch ihre Erfahrungen miteinzubeziehen.

Insgesamt schien es schwieriger als erwartet, Schwangere in die Studie einzuschließen, evtl. sind die Familien in dieser Zeit eher vulnerabel und weniger offen.

Einfluss der SARS-CoV-2 Pandemie: Durch die erheblichen Einschränkungen im Gesundheitswesen während der Rekrutierungsphase der Studie musste das Interviewen weiterer Familien für einige Wochen im Frühjahr 2020 sistieren. Da sich die Beratungsstrukturen bei einigen der Kooperationspartner*innen durch telefonische Beratungen und Hygienekonzepte sehr veränderten, konnten in der Hebammensprechstunde und der Beratungsstelle profamilia leider nicht wie geplant jeweils drei, sondern nur je zwei Familien für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Auch berichteten die entsprechenden Fachkräfte, dass die Eltern (insbesondere Schwangere) sehr vorsichtig seien und so wenig Termine wie nötig wahrnehmen würden.

Die Pandemie machte auch die folgenden Interviewtermine schwierig, da auch hier möglichst draußen und mit Abstand gearbeitet werden musste. Die Eltern konnten sich diesen neuen Bedingungen jedoch gut anpassen.

Eine weitere Schwierigkeit betraf den Interviewtermin mit einer Familie mit Sprachbarriere, welcher mit Übersetzer*in stattfinden sollte. Leider war es nicht möglich, eine*n professionellen Übersetzungsservice zu organisieren, da aufgrund der Pandemie nur telefonische Services angeboten wurden. Dies wäre für ein Gespräch mit Audioaufnahme denkbar ungünstig gewesen, sodass eine Kommilitonin der Interviewerin mit entsprechender Herkunft und Sprachkenntnis das Übersetzen übernahm.

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Abschließend sollen einige Schlussfolgerungen aus der Diskussion der Ergebnisse gezogen werden, welche Hinweise für die zukünftige Entwicklung weiterer Forschung sowie der Verbesserung der Zugangswege zu den Frühen Hilfen geben sollen.

Deutlich wird, dass Eltern sich den Erhalt ihrer eigenen Steuerungskompetenz wünschen. Sie möchten, dass ihnen auf Augenhöhe begegnet wird und sie ohne Druck partizipativ entscheiden können, was das Beste für ihre Familie ist. Um dies zu erreichen, scheint aus Sicht der befragten Familien eine wertschätzende oder zumindest wertungsfreie, individuelle, offene und klare Kommunikation innerhalb einer ruhigen Gesprächsatmosphäre der Schlüssel zum Gelingen zu sein. Hierbei war es den befragten Familien außerdem wichtig, dass die Väter mit einbezogen und dass bei einer Sprachbarriere besonders zu Anfang ein*e Übersetzer*in dabei ist.

Diese Vorgehensweise ist wahrscheinlich bei niedrig belasteten Familien in der Praxis leichter einzuhalten, kann jedoch bei hochbelasteten Familien, welche aus Perspektive der beratenden Fachkraft dringend Unterstützung oder Hilfe benötigen, eher problematisch werden. Laut dem Bundeskinderschutzgesetz sollen Frühe Hilfen zum Kinderschutz beitragen und dementsprechend nicht nur universelle Prävention an niedrig belasteten Zielgruppen anbieten, sondern auch selektiv höher belastete Familien betreuen (Bertsch, 2016). Dieses Spannungsfeld ist in dieser Elternbefragung sichtbar geworden, denn die Belastungen werden teilweise auf Seiten der Fachkräfte stärker eingeschätzt, als von den Eltern selbst, sodass von der Fachkraft aus ein deutlicher Handlungsbedarf bestand, welchen Eltern teilweise als Druck wahrgenommen haben, sodass eine klare Barriere in der weiteren Zusammenarbeit gesetzt wurde. Gerade an diesen Punkten scheint eine gelungene Kommunikation umso wichtiger zu sein, um Missverständnisse und Stigmatisierung zu vermeiden und eine Kooperation zu ermöglichen.

Ebenfalls wird klar, dass in der demographischen Zielgruppe der Frühen Hilfen (werdende Eltern und Familien mit Kleinkindern) ein großer Vorteil für Beratung und Anbindung an Unterstützung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem liegt, da sie es mit einer Regelmäßigkeit schon während der Schwangerschaft mehrfach aufsuchen und prinzipiell offen für Beratung auch zu Belastungssituationen im Rahmen von Terminen zu praktischen Themen rund um die Geburt sind. An dieser Stelle hat sich gezeigt, dass bei den hier befragten Familien eine entsprechende Weiterleitung an Frühe Hilfen besonders im ambulanten Bereich (niedergelassene Gynäkolog*innen) teilweise trotz Auffallen und Benennen der besonderen Belastungen verpasst wurde. Demnach wäre es sicherlich hilfreich, auch an dieser Stelle in weiterer Forschung noch einmal anzusetzen, um die Kontakte von belasteten Familien mit dem Gesundheitssystem optimal zu nutzen. Denn die Geburt eines Kindes lässt sich auch immer als Chance betrachten, an welcher angesetzt

werden kann, um neue Wege - bei Bedarf mit Unterstützung - zu gehen. Neben den möglichen Verbesserungen am System muss jedoch auch beachtet werden, dass die persönlichen Faktoren auf Seiten der Eltern eine große Rolle in der Hilfsannahmefähigkeit spielen und einige Familien, trotz der entsprechenden Belastungseinschätzung durch Fachkräfte und grundsätzlich gelungenen Beratungsgesprächen, keine Unterstützung in Anspruch nehmen möchten.

Deutlich wurde auch, dass die Beratung durch eine Vertrauensperson eine Chance bietet, Zugang zu Eltern zu bekommen. An dieser Stelle sind auch Hebammen als erste Ansprechpartner*innen und niedrigschwellige Unterstützung von Eltern rund um die Geburt zu nennen. Hier stellte es sich aus Sicht der Eltern in der aktuellen Situation in Lübeck als hochproblematisch heraus, eine entsprechende Betreuung durch eine reguläre Hebamme zur Geburtsvorbereitung und Wochenbettbetreuung zu finden, was den Eltern mehrfach Sorgen bereitet. Dieser Sorge könnte durch eine Überprüfung der Versorgungssituation und bei Erhärtung dieses Problems durch eine nachhaltige Verbesserung der Lage Abhilfe geleistet werden. Insgesamt entsteht durch die hier erarbeiteten Gelingensfaktoren und Barrieren der Eindruck, dass die stets auftauchende Frage nach der Positionierung Früher Hilfen zwischen reiner Prävention und Intervention in der Bahnung des Zuganges zu Familien nicht ausreichend geklärt zu sein scheint, sodass auf Seiten der Familie dies in Form einer Widerstandsreaktion auf Unterstützungsangebote sichtbar wird. Insofern ist es mit großer Wahrscheinlichkeit lohnenswert, bei der Ausarbeitung weiterer Konzepte zur Verbesserung von Zugangswegen zu Früher Hilfen Eltern verstärkt mit in Prozesse der Belastungseinschätzung und die daraus entstehenden Unterstützungsangebote einzubinden. Dabei muss z.B. bei der Verbesserung des Internetauftrittes darauf geachtet werden, auch Familien mit höherer Belastung zu erreichen und nicht nur Familien mit vergleichsweise geringerer Belastung, welche selbst hochmotiviert nach Angeboten suchen. Außerdem sollte der Fokus hier neben dem Erreichen möglichst vieler Familien auf eine gelungene Kommunikation in entsprechender Atmosphäre gesetzt werden.

Diese Elternbefragung untersuchte Faktoren, die dazu führen, dass belastete Familien Zugang zu entsprechenden Unterstützungsangeboten finden. Es zeigten sich strukturelle Barrieren, wie die Problematik eine Hebamme zu finden, die unzureichende Ansprache von Vätern und ein Nutzer-unfreundlicher Internetauftritt. Im Rahmen von Beratungsgesprächen wurde die Relevanz von persönlichen Faktoren auf Elternseite, feinfühler und klarer Kommunikation der Fachkraft, einer lockeren Atmosphäre sowie eines Ansatzes zur Befähigung der Eltern deutlich. Diese Ergebnisse können als Hinweise für Handlungsempfehlungen verstanden werden, sodass spezialisierte Fachkräfte gemeinsam mit belasteten Familien überlegen sollten, wie der neue Lebensabschnitt gestaltet wird.

Zusammenfassung

Bundesweit gibt es verschiedene Ansätze, wie die Vermittlung von belasteten Familien während der Schwangerschaft und mit Kindern bis drei Jahren an entsprechende Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen gehandhabt wird.

Daher ist diese qualitative Elternbefragung mit dem an ein 2010-2012 durchgeführtes Fortbildungsprojekt am Universitätsklinikum Lübeck angelehnten Namen „Guter Start in die Familie – GuStaF“ entstanden. Ziel war es, die fördernden und hemmenden Einflüsse auf Zugangswege zu Frühen Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf herauszuarbeiten.

Es wurden von November 2019 bis August 2020 17 Elternteile aus 13 Familien von vier unterschiedlichen Kooperationspartner*innen mit eigenen Beratungsstrukturen mittels problemzentrierten, teilstrukturierten Interviews befragt. Zusätzlich wurde jeweils ein Kurzfragebogen zu den soziodemographischen Daten ausgefüllt sowie ein Interviewprotokoll durch die Interviewerin geführt. Die Audioaufnahmen wurden jeweils wörtlich transkribiert und mit einem an Mayring angelehnten Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse deduktiv (strukturierend) und induktiv (zusammenfassend) ausgewertet. Hierbei wurde auf bestmögliche Beachtung der inhaltsanalytischen Gütekriterien (insbesondere Intercodierreliabilität) nach Krippendorf geachtet.

Als Ergebnisse konnten verschiedene Gelingensbedingungen und Barrieren identifiziert werden. Im Vordergrund stand dabei eine gelungene Kommunikation, welche sich besonders in einer wertungsfreien, offenen und vertrauensvollen Haltung der Fachkraft den Eltern gegenüber äußerte mit dem gemeinsamen Ziel, das Kind gut aufwachsen zu lassen. Es wurde deutlich, dass in dieser Stelle häufig Barrieren entstehen (zum Beispiel, wenn sich Eltern von Fachkräften unter Druck gesetzt fühlen), während das grundlegende Gesprächssetting meistens gut durch die Fachkraft etabliert wurde.

Sichtbar wurde hier das bekannte Spannungsfeld zwischen niedrigschwellig-präventiver Arbeit der Frühen Hilfen und dem Auftrag, Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Interessant wären weitere Untersuchungen, ob die Hilfsannahmebereitschaft von Eltern insgesamt verbessert werden würde, wenn Eltern mehr an dem Prozess der Zugangsfindung beteiligt werden, sodass sie sich innerhalb einer gemeinsamen Belastungseinschätzung und partizipativen Entscheidungsfindung selbst dazu entschließen können, Unterstützung anzunehmen.

Abstract

In Germany, there are several approaches on how to connect parents in need of support during pregnancy and early childhood with appropriate help through “Frühe Hilfen”.

This qualitative parent-survey with the name “Guter Start in die Familie – GuStaF” (Good Start into the Family) was developed following a homonymous project which was conducted 2010-2012, also in the University Medical Center Lübeck. The objective was to identify supporting and inhibiting effects on access to “Frühe Hilfen” for families with support needs.

From November 2019 through August 2020, 17 parents of 13 families assigned by four different co-operation partners were interviewed using partly-structured, problem-centered interviews. All families previously and independently from this study took part in a counselling interview, which was carried out through a professional. Additionally, a short questionnaire concerning social and demographic data was completed and the interviewer took notes about the situation of the interview. The recordings were transcribed word for word and evaluated using the qualitative content analysis following Mayring. A mix of deductive coding (for structuring) and inductive coding (for summarizing) was utilized. The best possible attention was paid to compliance with content analysis quality criteria by Krippendorf.

Various success factors as well as barriers could be identified. Good communication proved to be of extraordinary importance and specifically included a value-free, open and trusting attitude of the professional towards the parent with the shared goal of raising the child well. It became clear that barriers often arose at this stage of communication (for example, when parents felt to be put under pressure by the professional) whereas the fundamental setting of the conversation was mostly well-established by the professional.

The known tension between the low-threshold preventive work of “Frühe Hilfen” and the goal of preventing child mistreatment was made apparent in this study. It would be interesting to see if stronger involvement of parents in the process of accessing “Frühe Hilfen” would lead to an improvement in family acceptance and active utilization of the support offered. This could be achieved through a participative assessment carried out by parents together with a skilled professional to assess burdens and risk factors.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Bock, H., An der Heiden, I., Loos, S., Ochmann, R., Sander, M., & Temizdemir, E. (2019). Stationäre Hebammenversorgung. *Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit*.
- Albrecht, M., Loos, S., Sander, M., Schliwen, A., & Wolfschütz, A. (2012). Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe. *Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*.
- Bast, H. (Hrsg.). (1975). *Gewalt gegen Kinder—Kindesmißhandlungen und ihre Ursachen*. Reinbek: Rowohlt.
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma—Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Belzer, F., Gölz, T., Krug, I., Barth, M., & Häffner, K. (2018). Zugang zu Frühen Hilfen in der Kinderklinik: Belastungsscreening als klinische Routine – differenzierte Exploration und Vermittlung durch das Fachteam. *Klinische Pädiatrie*, 230, 81–87. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121990>
- Bertsch, B. (2016). Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes—Wissenschaftliche Grundlagen. In Deutsches Jugendinstitut e.V (Hrsg.), *Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen*.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). Kapitel 4: Der Zugang zu den Experten: Die Vorbereitung der Erhebung. In *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung* (S. 27–47). Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5_4
- Brandstetter, S., Rothfuß, D., Seelbach-Göbel, B., Melter, M., Kabesch, M., & Apfelbacher, C. (2020). Information on, knowledge and utilisation of support services during pregnancy and after childbirth: Cross-sectional analyses of predictors using data from the KUNO-Kids health study. *BMJ Open*, 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037745>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2012). *Bundeskinderschutzgesetz—Der Inhalt der Kürze*. Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/86270/bfdec7cfdbf8bbfc49c5a8b2b6349542/bundeskinderschutzgesetz-in-kuerze-data.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017). *Nationales Gesundheitsziel—Gesundheit rund um die Geburt* (S. 67).
- de Berrut, S. B., Horacek, U., Lennertz, I., Paulus, M., Thyen, U., & Trost-Brinkhues, D. G. (2020). *Frühkindliche Gesundheit bei geflüchteten Kindern und ihren Familien*

- fördern (Deutsches Jugendinstitut e.V. & Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie e. V., Hrsg.).
- De Bock, F., Geene, R., Hoffmann, W., & Stang, A. (2017). Vorrang für Verhältnisprävention. *Zukunftsforum Public Health*, 2.
- Donner-Banzhoff, N., & Bösner, S. (2013). *Innovationen verbreiten, optimieren und evaluieren—Ein Leitfaden zur interventionellen Versorgungsforschung*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-32040-8>
- Egle, U. T., & Cierpka, M. (2006). Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In A. Lohaus, M. Jerusalem, & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 370–400). Göttingen: Hogrefe.
- Eichin, C., & Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). Frühe Hilfen für junge Familien im Spannungsfeld zwischen Prävention und Kontrolle. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1, 121–137.
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., Neumann, A., & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- Elternberatung*. (o. J.). Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://www.uksh.de/paediatric-luebeck/Organisation/Bereiche/Perinatalzentrum+und+P%C3%A4diatrische+Intensivmedizin/Elternberatung+in+der+Neonatologie.html>
- Evers, O., & Schröder, P. (2018). One size fits all? Die Eignung von Risikoscreenings zur Prognose der Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67, 462–480. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.5.462>
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T., & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babyotse-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1300–1309. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5>
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung* (8. Aufl.). Reinbek: Rowohlt. *Frühe Hilfen—Kinderschutz-Zentrum Lübeck*. (o. J.). Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://www.kinderschutz-zentrum-luebeck.de/fruehe-hilfen>
- Grieshop, M., Streffing, J., & Tegethoff, D. (2019). *Evaluation des Zugangs zu Familien im Rahmen von Angeboten der Frühen Hilfen (EZuF)*. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. Abgerufen am 13. Juni 2022, von <https://www.armut-und->

- gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2019/Online-Doku_2019/27_Grieshop_PP.pdf
- Haas, S., Metzger, U., & Paul, M. (2022). Frühe Hilfen: Was müssen Kinderärzte wissen? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 170(4), 359–366. <https://doi.org/10.1007/s00112-022-01440-9>
- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., & Walter, M. (2006). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern* (Deutsches Jugendinstitut e.V., Hrsg.).
- Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., & Thyen, U. (2016a). Kapitel 1: Einleitung. In *Kindesmisshandlung* (3. Aufl., S. 1–18). Berlin: Springer-Verlag.
- Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., & Thyen, U. (2016b). Kapitel 24: Prävention. In *Kindesmisshandlung* (3. Aufl., S. 387–397). Berlin: Springer-Verlag.
- Hippmann, F., & Thyen, U. (2021). Sichere Versorgungswege durch Lotsensysteme in der Geburtshilfe. *Public Health Forum*, 29, 144–147. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0019>
- Houle, A.-A., Besnard, T., & Bérubé, A. (2022). Factors that influence parent recruitment into prevention programs in early childhood: A mixed studies systematic review. *Children and Youth Services Review*, 133, 106367. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106367>
- Kinderschutzeleitlinienbüro (Hrsg.). (2019). *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0*. AWMF-Registernummer: 027 – 069.
- Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB*. (2016). <https://www.famrz.de/entscheidungen/kindeswohlgefaehrdung-im-sinne-des-1666-i-bgb.html>
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1073–1079. [https://doi.org/DOI 10.1007/s00103-010-1132-x](https://doi.org/DOI%2010.1007/s00103-010-1132-x)
- Kindler, H. (2016). Kapitel 3: Frühe Hilfen und interventiver Kinderschutz—Eine Abgrenzung. In V. Mall & A. Friedmann (Hrsg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (S. 15–17). Berlin: Springer-Verlag.
- Kleinert, L., & Barth, M. (2015). Elternbeteiligung bei der Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs in der Pädiatrie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10, 186–191. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0480-z>
- Kreuzhof, R., Schröder, K., Thomsen, S., & Hampel, P. (2014). Qualitätssicherung bei Frühen Hilfen: Ein Modellprojekt der Flensburger Hochschulen zur Unterstützung der Region. *Flensburger Hefte zu Unternehmertum und Mittelstand*, 5.

- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Liel, C. (2015). *Ergebnisse zu Vätern aus der Prävalenzforschung des NZFH*. Workshop „Väter im Kontext Früher Hilfen“ am Deutschen Jugendinstitut (DJI), München. Abgerufen am 13. Juni 2022, von https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Vaeteragung_Vortrag_Liel_Praevalenzforschung.pdf
- Liel, C., & Eickhorst, A. (2016). Gemeinsam Risiken vermeiden. *DJI Impulse*, 1, 26–28.
- Lux, U., Ulrich, S., & Löchner, J. (2021). *Lasten-Teilung*. Deutsche Hebammen Zeitschrift. https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/lasten-teilung/Marien-Krankenhaus-in-Luebeck. (o. J.). Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://www.marien-krankenhaus.de/schwangerschaftsvorsorge.html>
- MAXQDA. (2018). VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meysen, T., & Schmid, H. (2006). Kapitel 2: Was ist unter Kindeswohlgefährdung zu verstehen? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, A. Werner, & T. Meysen (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 2–2). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA (Hrsg.). (2014). *Leitbild Frühe Hilfen*.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA (Hrsg.). (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen, Bericht 2016*.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der BZgA (Hrsg.). (2022). *Frühe Hilfen: Ein Überblick*.
- Neumann, A., & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1281–1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>
- Niebert, K., & Gropengießer, H. (2014). Kapitel 10: Leitfadengestützte Interviews. In D. Krüger, I. Parchmann, & H. Schecker (Hrsg.), *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung* (S. 131). Berlin: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-37827-0>
- Paul, M., & Renner, I. (2017). Frühe Hilfen in Deutschland: Kann Evaluation zum Erfolg politischer Programme beitragen? *Zeitschrift für Evaluation*, 16, 174–182. Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53769-9>

- Pawils, S., Metzner, F., Reiß, F., Schwinn, A., Röhrbein, M., & Koch, U. (2011). Soziale Frühwarnsysteme: Ambulant versus stationär—Oder beides?! Evaluationsergebnisse zu »Babylotsen Hamburg« und »Mum—Mama und mehr«. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention*, *14*, 20–33.
- Pohontsch, N. J. (2019). Die Qualitative Inhaltsanalyse. *Die Rehabilitation*, *58*, 413–418. <https://doi.org/10.1055/a-0801-5465>
- profamilia.de: Lübeck*. (o. J.). Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/schleswig-holstein/luebeck.html>
- Prüßmann, C., Junghans, A., Stindt, D., & Thyen, U. (2015). GuStaF - Guter Start in die Familie. In I. Seifert-Karb (Hrsg.), *Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck* (1. Aufl., S. 191–204). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Prüßmann, C., Stindt, D., Brunke, J., Klinkhammer, U., & Thyen, U. (2016). Frühe Hilfen in der Geburtshilfe erkennen und kommunizieren—Eine qualitative Studie über Erfahrungen. *Bundesgesundheitsblatt*, *59*, 1292–1299. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2420-x>
- Raack, W. (2006). Kapitel 34: Worin besteht die Aufgabenstellung des ASD bei Kindeswohlgefährdungen aus familien- und jugendhilferechtlicher Sicht. In H. Kindler, H. Blüml, T. Meysen, & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems—Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt*, *53*, 1048–1055. [https://doi.org/DOI 10.1007/s00103-010-1130-z](https://doi.org/DOI%2010.1007/s00103-010-1130-z)
- Renner, I., & Paul, M. (2021). „Lotsensysteme“ zur Stärkung von Familien. Gelingensbedingungen für den Ausbau in Geburtskliniken. *Public Health Forum*, *29*, 141–143. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0018>
- Renner, I., Scharmanski, S., van Staa, J., Neumann, A., & Paul, M. (2018). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. *Bundesgesundheitsblatt*, *61*, 1225–1235.
- Rudolf, M., Eickhorst, A., Doege, D., & Cierpka, M. (2015). Väter in den Frühen Hilfen—trotz Belastung Vertrauen in die eigenen Kompetenzen? *Kindheit und Entwicklung*, *24*, 115–122. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000150>
- Schlüter-Cruse, M., & Sayn-Wittgenstein, F. (2017). Die Vertrauensbeziehung zwischen freiberuflichen Hebammen und Klientinnen im Kontext der interprofessionellen Kooperation in den Frühen Hilfen: Eine qualitative Studie. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*. [https://doi.org/DOI: 10.3205/zhwi000009](https://doi.org/DOI:10.3205/zhwi000009)

- Schreier, A., Eickhorst, A., Fullerton, B., Liel, C., Brand, C., Neumann, A., Lang, K., Renner, I., & Sann, A. (2016). *KiD 0-3: Nationale Prävalenzstudie zu psychosozialen Belastungen in der Frühen Kindheit – Design und elternbezogene Belastungsfaktoren*. 50. DGPs Kongress, Leipzig. Abgerufen 13. Juni 2022, von https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Praevalenzstudie_Poster_KiD_0_3_Design_und_Belastungsfaktoren_Schreier_DGPs_Kongress_2016.pdf
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., & Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(766–780).
- Suess, G. J. (o. J.). *STEEP-Interventionsstudie*. Abgerufen 13. Juni 2022, von <https://www.gerhard-suess.de/forschung/>
- Suess, G. J., Farrel Erickson, M., Egeland, B., Scheuerer-Englisch, H., & Hartmann, H.-P. (2018). Steps toward effective, enjoyable parenting: Lessons from 30 years of implementation, adaptation, and evaluation. In H. Steele & M. Steele (Hrsg.), *Handbook of Attachment-Based Interventions* (S. 104–128). New York: The Guilford Press.
- Suess, G. J., & Unzner, J. (2017). Das Ainsworth´sche Feinfühligkeitskonzept und seine Bedeutung in den Frühen Hilfen. In P. Zimmermann & G. Spangler (Hrsg.), *Feinfühligkeits Herausforderung. Bindung in Familie, Kita, Kinderheim und Jugendhilfe*. (S. 43–52). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Tegethoff, D., Streffing, J., & Grieshop, M. (2021). Frühe Hilfen: Beziehungsarbeit als Gelingensfaktor für den Zugang zu jungen Eltern. *Public Health Forum*, 29, 138–140. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0031>
- Thyen, U. (2014). Vorwort: Guter Start in die Familie, Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Begleitbroschüre zum Film*.
- Thyen, U. (2015). *Forschung für und mit hoch belasteten Familien*. Tagung „Stellt die frühe Kindheit Weichen?“, Heidelberg. Abgerufen am 13. Juni 2022, von https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Tagung_Weichen_Folie_Thyen.pdf
- Thyen, U., & Pott, E. (2015). Kapitel 42: Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen. In U. T. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke, & M. Cierpka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (4. Aufl., S. 744–763). Stuttgart: Schattauer.

- Thyen, U., & Prüßmann, C. (2012). *Ergebnisbericht und Evaluation der Fortbildungen im Projekt „Kinderschutz von Anfang an – Neue Wege gehen“*.
- Tsirigotis, C. (2011). Zwischen Ressourcen und doppelter Belastung—Familien mit Migrationshintergrund und Kindern mit Behinderung stärken. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 544–560. <https://doi.org/10.13109/prkk.2011.60.7.544>
- Ulrich, S., Löchner, J., Paul, M., & Lux, U. (2021). Stability and change in self-reported psychosocial stress among parents of small children—Results of the longitudinal study “Kinder in Deutschland – KiD 0–3”. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118, 595–596. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0262>
- Van Staa, J. (2018). *Perspektiven aus der Zielgruppe junge Eltern mit psychosozialen Belastungen Ergebnisse einer Fokusgruppe*. Frühe Hilfen und Familien in Armutslagen, Köln. Abgerufen am 13. Juni 2022, von https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Perspektive_n-aus-der-Zielgruppe-junge-Eltern-mit-psychosozialen-Belastungen-Ergebnisse-Fokusgruppe-Praesentation-vanStaa_b.pdf
- Van Staa, J., & Renner, I. (2020). »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. *Kompakt*. <https://doi.org/10.17623/NZFH:K-SBIFH-AEE>
- WMA - World Medical Association. (2013). *WMA Deklaration von Helsinki- Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. 64. WMA-Generalversammlung. Abgerufen am 13. Juni 2022, von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf
- Wollny, A., & Marx, G. (2009). Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 467–476. <https://doi.org/10.3238/zfa.2009.0467>
- Xyländer, M. (2020). Das qualitative Interview und die notwendige Haltung der Offenheit. *Die Rehabilitation*, 5. <https://doi.org/10.1055/a-1282-8966>

Anhänge

| | |
|--|-------|
| Ethikvotum..... | i |
| Interviewleitfaden | ii |
| Bezugsperson 1..... | ii |
| Bezugsperson 2..... | vi |
| Vorlage Interviewprotokoll | x |
| Vorlage Kurzfragebogen Soziodemographische Daten | xi |
| Informationsflyer für Eltern | xii |
| Kategoriensystem in Tabellenform..... | xiii |
| Danksagung | xvii |
| Lebenslauf..... | xviii |

Ethikvotum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
Prof. Dr. med. Ute Thyen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

im Hause

nachrichtlich:
Frau F. Hippmann, Per E-Mail: f.hippmann@outlook.de

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler

Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024
ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 19-235A

Datum: 18. Juni 2019

Verkürztes Verfahren

**Guter Start in die Familie (GuStaF): „Fördernde und hemmende Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf“
Ihr Schreiben vom 11. Juni 2019**

Sehr geehrte Frau Prof. Thyen,

mit Ihrem o.g. Schreiben informieren Sie die Ethik-Kommission über Ihr geplantes Vorhaben (qualitative Interview-Studie). Die Kommission äußert keine Bedenken.

Es lagen folgende Unterlagen vor:

- Anschreiben vom 11. Juni 2019
- Synopsis in der Version 1 vom 11. Juni 2019 und Literaturverzeichnis
- Einladungsschreiben an die Eltern in der Version 1 vom 11. Juni 2019
- Aufklärung und Einwilligung in der Version 1 vom 11. Juni 2019
- Fragebogen und Interviewleitfaden 1. und 2. Bezugsperson in der Version 1 vom 11. Juni 2019
- Interview-Protokollbogen in der Version 1 vom 11. Juni 2019.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

Interviewleitfaden

Bezugsperson 1

| | | |
|---|--|--|
| Eröffnung | <p>Allgemeines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung • Vorstellung • Kurze Erläuterung des Themas | Beantwortung des Fragebogens „Erfassung der soziodemographischen Daten“ (begleitend) |
| Thematischer Einstieg | <p>Wenn Sie an die Schwangerschaft mit XY zurückdenken, wie haben Sie diese erlebt?</p> <p>Wie haben Sie sich während der Schwangerschaft die Zeit nach der Geburt vorgestellt?</p> | <p>War sie geplant? Haben Sie sich gefreut? Wie hat das Umfeld reagiert? Welche Probleme/Ängste gab es?</p> <p>Haben Sie Probleme gesehen? Welcher Art? Welche Gefühle haben Sie damit verbunden? Wie wollten Sie diese Probleme lösen?</p> |
| Grund des vertiefenden Beratungsgesprächs / Der Zuweisung | <p>Wie ist es zu dem vertiefenden Beratungsgespräch bei (...) gekommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - SS Beratung/ Hebammensprechstunde - Kreissaal - Sonstiges? <p>Zu welchem Zeitpunkt der SS/ Nach der Geburt hat es stattgefunden?</p> | <p>Wie haben Sie die Empfehlung für des vertiefende Gespräch/die Frühen Hilfen empfunden?</p> <p>Haben sie dies gewünscht/für nötig gehalten?</p> <p>Wie hat Ihnen der Zeitpunkt gepasst/welcher wäre besser gewesen?</p> |
| Anlässe für das Gespräch | <p>Bitte erzählen Sie mir, wie es dazu kam, dass Sie jemand angesprochen hat, ob sie weitere Hilfe benötigen. Wie verlief dieses Gespräch?</p> <p>Was war aus Ihrer Sicht der ausschlaggebende Grund dafür?</p> <p>Was gibt es Ihnen für Belastungsfaktoren? (auch soziodemographische Variablen?)</p> | <p>Mit welchen Erwartungen/Wünschen/Hoffnungen/Ängsten sind Sie in das Gespräch gegangen?</p> <p>Haben Sie den Grund als wichtig angesehen bzw. welchen Anlass haben Sie selbst gesehen?</p> <p>Würden Sie zu diesem Anlass Unterstützung wünschen/annehmen?</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | Bei welchen Anlässen würden Sie das (nicht) tun? |
| Setting des vertiefenden Beratungsgesprächs | <p>Wer hat die Beratung durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berufsgruppe - Person vorher bekannt? <p>Hat noch jemand an dem Gespräch teilgenommen? (Partner/Verwandter etc.)</p> <p>Wie hat das Gespräch stattgefunden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitrahmen - Ungestörter Ort? <p>Wie war die grundsätzliche Einstellung zu dem Gespräch?</p> | <p>Hatten Sie Ängste oder Vorurteile gegenüber den Berufsgruppen? Welche? Haben sich diese bestätigt oder hat sich Ihre Meinung geändert? Warum? Wen hätten Sie sich als beratenden Menschen für das Gespräch gewünscht?</p> <p>Wie haben Sie das empfunden bzw. was war die „Aufgabe“ der Begleitung/hätten Sie sich eine Begleitung gewünscht?</p> <p>Wie hätten Sie das am Liebsten gehabt/hätte da etwas anderes Ihre Einstellung zu dem Gespräch ändern können (zum positiven)?</p> <p>Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wie hat sich die Person Ihnen gegenüber verhalten? Inwiefern hätte sich die Person Ihnen gegenüber anders verhalten sollen?</p> |
| Verlauf des Gesprächs | <p>Wie ist das Gespräch verlaufen?</p> <p>Hat sich die Einstellung gegenüber etwaigen Unterstützungsangeboten geändert/gefestigt?</p> <p>Was hätte anders laufen sollen?</p> <p>Wie wurde das Gespräch erlebt?</p> <p>Welche Rolle hatte Ihre Begleitung in dem Gespräch?</p> | <p>Was schien das Hauptthema des Beratenden zu sein?</p> <p>Was war Ihr Hauptthema? Wurde darauf eingegangen?</p> <p>Wurde Ihnen genug/zu viel Raum gegeben, um Ihre Situation zu erklären und Fragen zu stellen?</p> <p>Wie hilfreich war das Gespräch?</p> <p>Hat Ihre Begleitung viel gesprochen/Sie unterstützt...?</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Nach dem Gespräch</p> | <p>Gefühl/Gedanken direkt nach dem Gespräch</p> <p>Wie ist es nach dem Gespräch weitergegangen?</p> <p>Haben Sie selbst Unterstützungsbedarf gesehen?</p> <p>Haben Sie jemandem von dem Gespräch erzählt?</p> | <p>Hat sich bei Ihnen persönlich etwas verändert?</p> <p>Sind Ihnen Ängste genommen worden/ Hoffnungen/Wünsche erfüllt?</p> <p>Haben Sie eine Absprache mit der Person getroffen? Wenn ja welche?</p> |
| <p>Vermittlung passgerechter Hilfen</p> | <p>Bitte erzählen Sie mir, wie es nach dem Gespräch bei Ihnen weiterging.</p> <p>Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen?</p> | <p>Vermittlung an weitere Personen? Sozialdienst? Infomaterial? Welche konkreten Hilfen wurden Ihnen empfohlen?</p> <p>Sind Sie auf etwas aus dem Gespräch zurückgekommen oder wurde nochmal auf Sie zugegangen?</p> <p>Wurden Ihre Wünsche und Ansichten respektiert? Wenn ja, inwiefern? Inwiefern fanden Sie die angebotenen Hilfen angebracht? Waren diese auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten? Wie verhielten sich die Personen Ihnen gegenüber? Waren diese Personen Ihnen gegenüber aufgeschlossen oder hatten Sie das Gefühl in Schubladen gesteckt zu werden?</p> <p>Was war dessen Einstellung/Meinung/ Herangehensweise? Hat er Sie unterstützt?</p> |
| <p>Zugang zu den Frühen Hilfen</p> <p>Evtl. erst bei der Nachbefragung</p> | <p>Wie verlief das Ende der Schwangerschaft?</p> | <p>Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen etc.?</p> <p>Welche Gefühle verbinden Sie im Nachhinein mit dem Zeitraum der Geburt? Atmosphäre?</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| | <p>Wurde ein Kontakt zu den Frühen Hilfen hergestellt?</p> | <p>Wenn ja wie/warum/durch wen?</p> <p>Wenn nein, warum nicht?</p> |
| Netzwerkknüpfung | <p>Wie sieht Ihre Situation heute, aus?</p> <p>Wie zufrieden sind Sie rückblickend mit dem vertiefenden Beratungsgespräch und der Vermittlung der Hilfen?</p> <p>Abschließend würde ich mir gerne ein Bild davon machen welche Personen/Ansprechpartner*innen es in Ihrem Leben gibt.</p> <p>Zu welchen der Ebengenannten haben Sie über die Frühen Hilfen Kontakt aufgebaut?</p> | <p>Besteht Kontakt zu Einrichtungen der Frühen Hilfen? Wie regelmäßig? Inwiefern hat sich Ihr Leben durch die Hilfen verändert? Mit welchen Problemen kämpfen Sie zurzeit? Was läuft gut?</p> <p>Welche Vermittlung war für sie am bedeutendsten?</p> <p>Was hat Ihrer Meinung nach gefehlt?</p> <p>(Familie, Freunde, Einrichtungen der Frühen Hilfen, Freizeitgruppen, Personen im Gesundheitssystem, der Jugendhilfe etc.)</p> |
| Ende | <p>Wir haben in diesem Gespräch bisher hauptsächlich über die Themen XYZ gesprochen; gibt es etwas, was Ihnen mit Blick auf das Thema „Vermittlung der Frühen Hilfen“ wichtig ist, worüber wir aber noch nicht gesprochen haben?</p> <p>Wenn Sie zusammenfassend noch einmal über die eben gesprochenen Themen nachdenken: Was fanden Sie besonders gut, weniger gut? Was sollte am dringendsten verbessert werden?</p> <p>Danksagung an den Interviewpartner</p> | <p>Nochmals die soziodemographischen Daten des Fragebogens überprüfen, mit der Bemerkung: Das hat natürlich mit der Fragestellung nichts zu tun, muss in wissenschaftlichen Studien aber erfasst werden.</p> <p>Geburtsdaten der Eltern/Kinder erfragen.</p> |

Tabelle 3 Interviewleitfaden Bezugsperson 1

Bezugsperson 2

| | | |
|---|---|--|
| Eröffnung | <p>Allgemeines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrüßung • Vorstellung • Kurze Erläuterung des Themas | Beantwortung des Fragebogens „Erfassung der soziodemographischen Daten“ (begleitend) |
| Thematischer Einstieg | <p>Wenn Sie an die Schwangerschaft mit XY zurückdenken, wie haben Sie diese erlebt?</p> <p>Wie haben Sie sich während der Schwangerschaft die Zeit nach der Geburt vorgestellt?</p> <p>Erzählen Sie mir bitte kurz, wie Sie die Kinderpflege bzw. die Haushaltsführung in Ihrer Familie aufteilen/dies planen.</p> | <p>War sie geplant? Haben Sie sich gefreut? Wie hat das Umfeld reagiert? Welche Probleme/Ängste gab es?</p> <p>Haben Sie Probleme gesehen? Welcher Art? Welche Gefühle haben Sie damit verbunden? Wie wollten Sie diese Probleme lösen?</p> <p>Wie funktioniert das?</p> |
| Grund des vertiefenden Beratungsgesprächs / Der Zuweisung | <p>Wie haben Sie von dem Beratungsgespräch erfahren?</p> <p>Waren Sie bei dem Gespräch dabei?</p> <p>Wie ist es zu dem vertiefenden Beratungsgespräch bei (...) gekommen?</p> <p>Zu welchem Zeitpunkt der SS/ Nach der Geburt hat es stattgefunden?</p> | <p>Wie haben Sie die Empfehlung für des vertiefende Gespräch/die Frühen Hilfen empfunden?</p> <p>Haben sie dies gewünscht/für nötig gehalten?</p> <p>Wie hat Ihnen der Zeitpunkt gepasst/welcher wäre besser gewesen?</p> |
| Anlässe für das Gespräch | <p>Bitte erzählen Sie mir, wie es dazu kam, dass Sie jemand angesprochen hat, ob sie weitere Hilfe benötigen. Wie verlief dieses Gespräch?</p> <p>Was war aus Ihrer Sicht der ausschlaggebende Grund dafür?</p> | <p>Mit welchen Erwartungen/Wünschen/Hoffnungen/Ängsten sind Sie in das Gespräch gegangen?</p> <p>Haben Sie den Grund als wichtig angesehen bzw. welchen Anlass haben Sie selbst gesehen?</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Was gibt es Ihnen für Belastungsfaktoren? (auch soziodemographische Variablen?)</p> | <p>Würden Sie zu diesem Anlass Unterstützung wünschen/annehmen?</p> <p>Bei welchen Anlässen würden Sie das (nicht) tun?</p> |
| <p>Setting des vertiefenden Beratungsgesprächs</p> | <p>Wer hat die Beratung durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berufsgruppe - Person vorher bekannt? <p>Warum sind Sie zu dem Gespräch mitgekommen?</p> <p>Wie hat das Gespräch stattgefunden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitrahmen - Ungestörter Ort? <p>Wie war die grundsätzliche Einstellung zu dem Gespräch?</p> | <p>Hatten Sie Ängste oder Vorurteile gegenüber den Berufsgruppen? Welche? Haben sich diese bestätigt oder hat sich Ihre Meinung geändert? Warum? Wen hätten Sie sich als beratenden Menschen für das Gespräch gewünscht?</p> <p>Wie hätten Sie das am Liebsten gehabt/hätte da etwas anderes Ihre Einstellung zu dem Gespräch ändern können (zum positiven)?</p> <p>Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wie hat sich die Person Ihnen gegenüber verhalten? Inwiefern hätte sich die Person Ihnen gegenüber anders verhalten sollen?</p> |
| <p>Verlauf des Gesprächs</p> | <p>Wie ist das Gespräch verlaufen?</p> <p>Hat sich die Einstellung gegenüber etwaigen Unterstützungsangeboten geändert/gefestigt?</p> <p>Was hätte anders laufen sollen?</p> <p>Wurden Sie (genug) in das Gespräch eingebunden, wenn ja, wie?</p> <p>Wie wurde das Gespräch erlebt?</p> | <p>Was schien das Hauptthema des Beratenden zu sein?</p> <p>Was war Ihr Hauptthema? Wurde darauf eingegangen?</p> <p>Wurde Ihnen genug/zu viel Raum gegeben, um Ihre Situation zu erklären und Fragen zu stellen?</p> <p>Welche Rolle hatten Sie in dem Gespräch?</p> <p>Wie hilfreich war das Gespräch?</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Nach dem Gespräch</p> | <p>Gefühl/Gedanken direkt nach dem Gespräch</p> <p>Wie ist es nach dem Gespräch weitergegangen?</p> <p>Haben Sie selbst Unterstützungsbedarf gesehen?</p> <p>Haben Sie jemandem von dem Gespräch erzählt? (Freunden/Verwandten?)</p> | <p>Hat sich bei Ihnen persönlich etwas verändert?</p> <p>Sind Ihnen Ängste genommen worden/ Hoffnungen/Wünsche erfüllt?</p> <p>Haben Sie eine Absprache mit der Person getroffen? Wenn ja welche?</p> |
| <p>Vermittlung passgerechter Hilfen</p> | <p>Bitte erzählen Sie mir, wie es nach dem Gespräch bei Ihnen weiterging.</p> <p>Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen?</p> | <p>Vermittlung an weitere Personen? Sozialdienst? Infomaterial? Welche konkreten Hilfen wurden Ihnen empfohlen?</p> <p>Sind Sie auf etwas aus dem Gespräch zurückgekommen oder wurde nochmal auf Sie zugegangen?</p> <p>Wurden Ihre Wünsche und Ansichten respektiert? Wenn ja, inwiefern? Inwiefern fanden Sie die angebotenen Hilfen angebracht? Waren diese auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnitten? Wie verhielten sich die Personen Ihnen gegenüber? Waren diese Personen Ihnen gegenüber aufgeschlossen oder hatten Sie das Gefühl in Schubladen gesteckt zu werden?</p> <p>Was war dessen Einstellung/Meinung/ Herangehensweise? Hat er Sie unterstützt?</p> |
| <p>Zugang zu den Frühen Hilfen</p> <p>Evtl. erst bei der Nachbefragung</p> | <p>Wie verlief das Ende der Schwangerschaft?</p> <p>Wurde ein Kontakt zu den Frühen Hilfen hergestellt?</p> | <p>Teilnahme an Geburtsvorbereitungskursen etc.?</p> <p>Welche Gefühle verbinden Sie im Nachhinein mit dem Zeitraum der Geburt? Atmosphäre?</p> |

| | | |
|------------------|---|---|
| | | Wenn ja wie/warum/durch wen? Wenn nein, warum nicht? |
| Netzwerkknüpfung | <p>Wie sieht Ihre Situation heute, aus?</p> <p>Wie zufrieden sind Sie rückblickend mit dem vertiefenden Beratungsgespräch und der Vermittlung der Hilfen?</p> <p>Abschließend würde ich mir gerne ein Bild davon machen welche Personen/Ansprechpartner*innen es in Ihrem Leben gibt.</p> <p>Zu welchen der Ebengenannten haben Sie über die Frühen Hilfen Kontakt aufgebaut?</p> | <p>Besteht Kontakt zu Einrichtungen der Frühen Hilfen? Wie regelmäßig? Inwiefern hat sich Ihr Leben durch die Hilfen verändert? Mit welchen Problemen kämpfen Sie zurzeit? Was läuft gut?</p> <p>Welche Vermittlung war für sie am bedeutendsten?</p> <p>Was hat Ihrer Meinung nach gefehlt?</p> <p>(Familie, Freunde, Einrichtungen der Frühen Hilfen, Freizeitgruppen, Personen im Gesundheitssystem, der Jugendhilfe etc.)</p> |
| Ende | <p>Wir haben in diesem Gespräch bisher hauptsächlich über die Themen XYZ gesprochen; gibt es etwas, was Ihnen mit Blick auf das Thema „Vermittlung der Frühen Hilfen“ wichtig ist, worüber wir aber noch nicht gesprochen haben?</p> <p>Wenn Sie zusammenfassend noch einmal über die eben gesprochenen Themen nachdenken: Was fanden Sie besonders gut, weniger gut? Was sollte am dringendsten verbessert werden?</p> <p>Danksagung an den Interviewpartner</p> | <p>Nochmals die soziodemographischen Daten des Fragebogens überprüfen, mit der Bemerkung: Das hat natürlich mit der Fragestellung nichts zu tun, muss in wissenschaftlichen Studien aber erfasst werden.</p> <p>Geburtsdaten der Eltern/Kinder erfragen.</p> |

Tabelle 4 Interviewleitfaden Bezugsperson 2

Interview-Protokollbogen

Interview Nr. _____ Interviewerin _____ Datum _____ Dauer _____

Teilnehmer ID _____

Weitere Informationen

1. Ort, Räumlichkeit
2. Interviewatmosphäre
3. Stichworte zur personalen Beziehung
4. Interaktion im Interview
5. Schwierige Passagen
6. Sonstiges

Vorlage Kurzfragebogen Soziodemographische Daten

Erfassung der soziodemographischen Daten

1. Beziehung zum Zielkind

- Mutter/ Vater
- 1./ 2. Bezugsperson

2. Höchster Schulabschluss

- Keiner
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- Abitur/Fachhochschulreife

3. Armutsgefährdung

- Bezug von Transferleistungen ja/ nein

4. Migrationshintergrund

- Teilnehmende(r) in Deutschland geboren ja/ nein
- Sprachbarriere ja/ nein

5. Erwerbsstatus

- Erwerbstätig
- In Elternzeit
- Arbeitslos
- Nicht erwerbstätig

6. Zielkind

- Mädchen
- Junge
- Frühgeburt
- Mehrlingsgeburt
- Kind mit Erkrankung/schwerer Behinderung

7. Familiengröße

- 1 Kind
- Mehr als 1 Kind

8. Alleinerziehend

- ja/ nein

Kontakt:
Franzisca Hippmann
Doktorandin der Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin der
Universität zu Lübeck
E-Mail: franzisca.hippmann
@student.uni-luebeck.de

Leitung: Prof. Dr. Ute Thyen,
Stellv. Klinikdirektorin der Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin der
Universität zu Lübeck
E-Mail: Ute.thyen@uksh.de

 GuStaF

 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

GuStaF - Guter Start in die Familie



Eine Elternbefragung zu
ihren Erfahrungen rund
um die Geburt

Abbildung 5 Informationsflyer für Eltern Außenseite

Liebe (werdende) Eltern,

Das Forschungsteam GuStaF in der Kinderklinik Lübeck möchte Eltern zu ihren Erfahrungen rund um die Geburt befragen. GuStaF heißt „Guter Start in die Familie“.

Es ist uns wichtig, dass Ihre Erfahrungen gehört werden. Dabei geht es nicht um die medizinische Versorgung, sondern um Beratungsangebote, die Sie in dieser Zeit erhalten haben. Wir möchten wissen, wie Sie diese Gespräche erlebt haben und ob sie hilfreich waren. Alles, was Sie uns berichten, wird streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Sie helfen uns damit, die Angebote in Lübeck weiter zu verbessern. Frau Franzisca Hippmann, eine Medizinstudentin der Universität, würde dazu gerne ein Gespräch mit Ihnen führen. Es ist freiwillig und würde rund 60 Minuten dauern. Es kann bei Ihnen zu Hause stattfinden. Als Dankeschön erhalten Sie einen Einkaufsgutschein im Wert von 25€.

Vielen Dank schon einmal für Ihr Interesse!

Was kommt als Nächstes?

- **Anruf von Frau Hippmann**
- **Terminvereinbarung**
- **Aufklärung**
- **Einwilligung**
- **Gespräch**
- **Ein Einkaufsgutschein (25€) als Dankeschön**

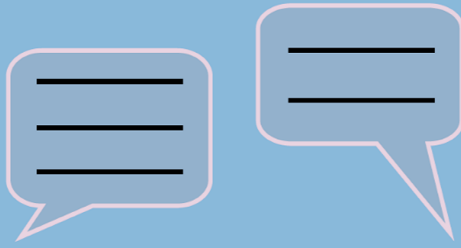


Abbildung 6 Informationsflyer für Eltern Innenseite

Kategoriensystem in Tabellenform

| Schwangerschaft und Belastungen | |
|--|---|
| Kategorie | Subcodes |
| Erleben der Schwangerschaft | Freude über Schwangerschaft |
| | Insgesamt unkompliziert |
| | Gesundheitliche Probleme |
| | Ungeplante Schwangerschaft |
| | Schwangerschaft in Sammelunterkunft |
| | Überschattet von Belastungen |
| Probleme/ Belastungen für die Familie | Ausbildung / Studium / Beruf |
| | Psychische Erkrankung / Belastung |
| | Zerbrechende Partnerschaft / alleinerziehend |
| | Frühgeburt |
| | Umstellung / Schlaflosigkeit / Stress / Überforderung |
| | Wohnsituation |
| | Einschränkungen / Ängste durch Covid-19 |
| | Probleme mit Großeltern / Familie / Geschwistern |
| | Angst vor Geburt / Krankheit des Kindes |
| | Sprachbarriere / allein in Deutschland |
| | Unsicherheit als Eltern |
| | Eigene gesundheitliche Probleme |
| | Elternteil sieht selbst keine Belastung / Probleme |

Tabelle 5 Kategoriensystem Schwangerschaft und Belastungen

| Beratungsgespräch | |
|---|---|
| Kategorie | Subcodes |
| Eltern suchen nach Beratungsstellen/ Informationen | Internet |
| | Gynäkolog*in |
| | Privates Umfeld / Empfehlungen |
| Zeitpunkt des Gespräches | Zeitpunkt (vor / nach Geburt, Alter des Kindes) |
| | Probleme erst dann angehen, wenn sie da sind |
| | Gefühle / Gedanken direkt nach dem Gespräch |
| Setting des Gespräches | Weitere Teilnehmende |
| | Zeitraumen / Umfang |
| | Atmosphäre |
| Die beratende Fachkraft | |
| Themen des Gespräches | Eigene Fragen / Erwartungen / Themen |
| | Themen der Fachkraft / Fachkräfte |
| Sprechen über das Thema Unterstützung | Grund für das Ansprechend des Themas |
| | Sprechen mit dem eigenen Umfeld darüber |
| | Gut zu wissen, wo man sich hinwenden kann |
| Soziodemographische Variablen | |
| Bedeutsame Anlässe für Beratung / Unterstützung | |
| Kategorie | Subcodes |
| Bedeutsame Anlässe für Beratung/ Unterstützung | Fragen zu Schwangerschaft / Geburt / Stillen |
| | Psychische Erkrankung / Belastung |
| | Vermittlung weiterer Ansprechpartner*innen (Frühe Hilfen) |
| | Unterstützung bei bürokratischen Dingen |
| | Ansprechpartner*innen zum Zuhören brauchen |
| | Frühgeburt |
| | Unterstützung im Alltag / mit Geschwistern |
| | Hilfe bei Suche nach Hebamme / Familienhebamme |
| | Beratung bei jungen Eltern / erstem Kind |
| | Alleinerziehend |
| | Sprachbarriere / allein in Deutschland |
| | Schwangerschaftskonfliktberatung |

Tabelle 6 Kategoriensystem Beratungsgespräch und bedeutsame Anlässe für Beratung / Unterstützung

| Gelingensbedingungen und Barrieren | |
|---|--|
| Kategorie | Subcodes |
| Gelingensbedingungen/ Barrieren: kommunikatives Verhalten der beratenden Fachkraft | Positiv: Angebote / Auswahl bekommen |
| | Positiv: direkte Netzwerknüpfung durch Fachkraft |
| | Positiv: Ziel, es gemeinsam zu schaffen |
| | Positiv: vertrauensvolles Verhältnis |
| | Positiv: wertungsfreie Beratung |
| | Positiv: Übersetzer*in bei Sprachbarriere |
| | Barriere: unter Druck gesetzt werden |
| | Barriere: ungenau erklären, von oben herab |
| | Barriere: Väter nicht mit einbinden |
| | Kommunikation im Krankenhaus allgemein |
| | Hebamme als Bezugsperson |
| | Broschüren / Flyer / Infomaterial |
| | Probleme, Hebammen / Kurse zu finden |
| Gelingensbedingungen/ Barrieren: persönliche Faktoren Eltern | Positiv: selbst gerne Hilfe annehmen |
| | Positiv: Kontakte knüpfen wollen |
| | Positiv: Kind gesund und stabil erziehen wollen |
| | Barriere: nicht gern unter Leuten sein |
| | Barriere: Fahrtweg nicht bewältigen können |
| | Barriere: Scham / Unsicherheit |
| | Barriere: eigene Erfahrungen machen wollen |
| | Probleme im Heimatland lassen Probleme hier kleiner wirken |
| Gelingensbedingungen/ Barrieren | Verbesserungsideen / Wünsche |
| Unterstützungsnetz | |
| Kategorie | Subcodes |
| Unterstützungsnetz | Familie / Freunde |
| | Frühe Hilfen Gruppenangebote |
| | Familienhebamme |
| | Jugendamt |
| | Partner*in |
| | Hebamme |
| | Therapie |
| | Weitere Angebote / Unterstützungspunkte |

Tabelle 7 Kategoriensystem Gelingensbedingungen / Barrieren und Unterstützungsnetz

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Familien herzlich für die Teilnahme an der Studie bedanken, ohne die dieses Projekt nicht hätte durchgeführt werden können.

Für die gute Kooperation und Unterstützung bei der Rekrutierung danke ich profamilia e.V. Lübeck, den Frühen Hilfen am Kinderschutzzentrum Lübeck, dem Marienkrankenhaus Lübeck sowie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am UKSH, Campus Lübeck.

Frau Prof. Dr. Thyen danke ich für die wunderbare Leitung und Betreuung von der Themenfindung bis zum Einreichen der Dissertation. Auch danke ich ihr und der Universität zu Lübeck für die Bereitstellung des Aufnahmegerätes sowie der Max QDA- Lizenz.

Frau Dr. Jürgensen danke ich für die Co-Betreuung, insbesondere für die wertvolle Unterstützung bei der Methodik.

Bei Frau Dr. Cytera möchte ich mich für das konsensuelle Codieren der Interviews und die Unterstützung im Prozess der Studie bedanken.

Außerdem danke ich herzlich der Arbeitsgruppe für Qualitative Methodik sowie der Arbeitsgruppe Lebensqualität der Universität zu Lübeck für den Raum zur Diskussion sowie den regen Austausch.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Franzisca Hippmann

Geburtsdatum: 25.09.1996

Hochschulstudium

Studium: Humanmedizin an der Universität zu Lübeck 2015 - 2022

Promotion

Institut: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Promotionskolleg: Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung

Zeitraum der Promotion: 01/2019 - 06/2022

Zeitraum der Studiendurchführung: 11/2019 - 08/2020