



Petra Steffen • Ann Katrin Parloh • Sophia Siewert

Babylotsen Berlin – große Hilfe für Eltern und Kolleg:innen, die noch mehr Potenzial bietet

Im Auftrag von:

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege

Ergebnisse der Evaluation des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin

Autorinnen:

Dr. Petra Steffen, Ann Katrin Parloh, Sophia Siewert

Deutsches Krankenhausinstitut

Prinzenallee 13 (ab 01.02.2024)

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 47051-55

E-Mail: petra.steffen@dki.de

Düsseldorf, Dezember 2023

Mehr Informationen unter

www.dki.de

Inhaltsverzeichnis

MANAGEMENT SUMMARY	1
1 EINLEITUNG	4
2 UMSETZUNG DER KONZEPTBESTANDTEILE UND RAHMENBEDINGUNGEN	5
2.1 STRUKTURELL	5
2.1.1 Beschreibung der Kliniken	5
2.1.2 Patientenklientel(en)	6
2.1.3 Umsetzungskonzepte	7
2.2 PERSONELL	12
2.3 FINANZIELL	14
3 UMSETZUNG DER Kernaufgaben	16
3.1 FESTSTELLUNG DES KLÄRUNGSBEDARFS	16
3.2 CLEARING	20
3.3 BABYLOTSENGESPRÄCH	23
3.4 WEITER-, ÜBERLEITUNG UND VERNETZUNG	26
3.5 KONTAKTE NACH DER ENTLASSUNG	27
4 SOZIALE LAGE	28
4.1 AUFFÄLLIGKEITEN GEMÄß SCREENINGVERFAHREN PER ANHALTSBOGEN	28
4.2 PSYCHOSOZIALES BELASTUNGSNIVEAU	34
4.3 PERSONELLE UND FINANZIELLE INTENSITÄTEN	40
5 BEWERTUNG DER ELTERN	44
5.1 RÜCKLAUF UND EINORDNUNG DER STICHPROBE	44
5.2 ZEITPUNKT UND INHALTE DES GESPRÄCHS MIT DEN BABYLOTSINNEN	45
5.3 GESPRÄCHSVERHALTEN DER BABYLOTSINNEN	48
5.4 WIRKSAMKEIT, NACHHALTIGKEIT UND GESAMTBEWERTUNG	49
6 FAZIT	51
7 LITERATURVERZEICHNIS	59
8 ANHANG	1
8.1 METHODIK	1
8.1.1 Quantitative Daten	1
8.1.2 Qualitative Daten	7
8.2 UMSETZUNG DER KONZEPTBESTANDTEILE UND RAHMENBEDINGUNGEN	9
8.2.1 Beschreibung der Kliniken	9
8.2.2 Patientenklientel(en)	9
8.2.3 NZFH-Qualitätskriterien	10

8.2.4	Personell.....	11
8.3	UMSETZUNG DER Kernaufgaben.....	11
8.3.1	Feststellung Klärungsbedarf.....	11
8.3.2	Clearing.....	13
8.3.3	Babylotsengespräch.....	15
8.3.4	Weiter-, Überleitung, Vernetzung.....	15
8.3.5	Kontakte nach Entlassung.....	16
8.4	SOZIALE LAGE.....	17
8.4.1	Auffälligkeiten gemäß Screeningverfahren per Anhaltsbogen.....	17
8.4.2	Psychosoziales Belastungsniveau.....	21
8.4.3	Personelle und finanzielle Intensitäten.....	24
8.5	ELTERNBEFRAGUNG.....	25
8.6	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	30

Management Summary

Das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin zielt, wie andere Lotsendienste als Angebot Früher Hilfen, darauf ab, psychosozial belastete Eltern frühzeitig zu identifizieren, in vertiefenden Gesprächen zu beraten sowie bei Bedarf ins Hilfesystem weiterzuleiten. Babylotsinnen übernehmen viele dieser Aufgaben und sind Ansprechpersonen für Eltern, Krankenhausmitarbeitende sowie externe Partner:innen. Das Landespräventionsprogramm wird seit 2019 in allen Berliner Geburtshilfen umgesetzt.

Im Jahr 2022 wurde bei 42 % aller in den Berliner Geburtshilfen entbindenden Eltern ein möglicher Unterstützungsbedarf aufgrund psychosozialer Belastungen identifiziert. Die Einschätzung des psychosozialen Belastungsniveaus erfolgte vor allem durch das Screeninginstrument „Berliner Anhaltsbogen“ (37 %), das bei fast allen Familien überwiegend durch Hebammen genutzt wurde, um verschiedene psychosoziale Belastungen standardisiert zu ermitteln, sowie über Direktmeldungen (5 %), z. B. durch das Krankenhauspersonal. Bei 77 % der (werdenden) Eltern mit möglichem Unterstützungsbedarf wurde durch die Babylotsinnen in einem Clearing geprüft, ob dieser durch ggf. vorhandene Ressourcen, z. B. Hilfe zu Hause, kompensiert werden kann. Letztlich wurden 30 % aller entbindenden Eltern des Jahres 2022 in Berlin als Babylotsenfall in einem oder mehreren Gesprächen von den Babylotsinnen beraten und unterstützt. Die Ergebnisse verdeutlichen die große Relevanz des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin für psychosozial belastete Familien, die durch das Programm grundsätzlich gut erreichbar sind.

Den Nutzen und die Wirksamkeit des Landespräventionsprogramms bestätigen die befragten Eltern, die mit dem Angebot Babylotse Berlin insgesamt sehr zufrieden waren und dies weiterempfehlen würden, was vor allem auf die empathische und wertschätzende Art der Babylotsinnen zurückgeführt werden kann. Mit Blick auf die Nachhaltigkeit des Programms wurden Optimierungspotenziale identifiziert, denn gut jede vierte befragte Familie empfand die Beratung als nicht vollumfänglich auf ihre individuelle Situation zugeschnitten und wird die Tipps und Anregungen ggf. nicht umsetzen.

Das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin wird, anders als in anderen Bundesländern, seit dem Jahr 2018 durch den Senat finanziert, wobei ausschließlich Personalkosten refinanziert werden. Das Budget pro Krankenhaus bemisst sich grundsätzlich und bis 2022 unverändert an der Anzahl der Geburten, wobei Kliniken mit geringeren Geburtenzahlen eine Babylots:innen-Stelle finanziert wird. In Berlin ist somit eine sehr gute Finanzierungsgrundlage für die Umsetzung des Babylotsen-Programms geschaffen worden, wobei etwaige Kostenerhöhungen, wie z. B. durch Tarifsteigerungen, seit 2018 nicht kompensiert wurden. Das hat zum Teil zur Folge, dass die Stundenzahlen der Babylotsinnen

seit Programmeinführung reduziert wurden. In einem Drittel der Kliniken stand das vom Qualitätsrahmen „Babylotse“ geforderte Personalsoll mit 0,6 Vollzeitstellen pro 1.000 Geburten im Jahr 2022 nicht zur Verfügung. (Zu) knappe zeitliche Ressourcen, Personalengpässe, verpasste Eltern resultieren beispielsweise hieraus und gefährden die Erreichung der Programmziele. Um das Potenzial des Landespräventionsprogramms ausschöpfen zu können, wäre es zielführend, das Budget aufzustocken, um zumindest den Kostensteigerungen Rechnung zu tragen und die geforderte Personaluntergrenze flächendeckend herzustellen.

Der derzeitige Finanzierungsschlüssel orientiert sich primär an der Geburtenzahl und lässt etwaige Unterschiede zwischen den Kliniken bzw. beim Patientenklientel unberücksichtigt. Die Studienergebnisse zeigen jedoch, dass es Zusammenhänge zwischen dem Unterstützungsbedarf und der sozialen Lage der Eltern gibt: Mit zunehmendem Belastungsniveau stieg in den Kliniken auch der Anteil der Babylotsenfälle an den Geburten. Das bedeutet letztlich, dass die Babylotsinnen einen höheren Aufwand bei den Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten haben, je mehr psychosozial belastete Eltern in einer Klinik betreut werden. Eine Prüfung, ob das psychosoziale Belastungsniveau der Kliniken oder einzelne Belastungsfaktoren, wie der Anteil der nicht Deutsch sprechenden Eltern, oder Strukturmerkmale der Kliniken, wie die Vorhaltung eines Perinatalzentrums Level 1, bei der Finanzierung in den Kliniken gewichtet eingehen sollte, könnte zielführend sein. In diesem Zusammenhang sollte auch in Zusammenarbeit mit den Babylotsinnen geprüft werden, welche zusätzlichen Qualifikationen, z. B. zu interkulturellen Themen, die im Krankenhaus Beteiligten zur adäquaten Programmumsetzung benötigen.

Bei der Umsetzung des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin zeigen sich Unterschiede und Varianzen zwischen den verschiedenen Geburtshilfen, die sich oft durch klinikspezifische Besonderheiten oder das Patientenklientel begründen lassen. So variiert beispielsweise der Anteil der ausgefüllten Anhaltbögen zum Teil beträchtlich. Im Landespräventionsprogramm werden verschiedene NZFH-Qualitätskriterien umgesetzt, wobei sich auch hier zum Teil klinikspezifische Unterschiede zeigen. Positiv hervorzuheben ist, dass in Berlin, anders als bei anderen Lotsendiensten, Daten erhoben, dokumentiert und gemonitort werden. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse der Datenanalysen oder auch der Fokusgruppen, dass die bestehenden Probleme bei Datenerhebung und -eingabe die Validität der Daten einschränken. Hier zeigen sich deutliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Darüber hinaus gibt es verschiedene programmspezifische oder klinikinterne Optimierungspotenziale, wie die Erarbeitung oder Umsetzung von Zielvorgaben oder Strukturen. Ebenso sind manche externen Rahmenbedingungen, wie die Versorgung von psychisch erkrankten Familien, nicht immer ausreichend gegeben.

Das Deutsche Krankenhausinstitut e. V. (DKI) wurde von der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege mit der Evaluation des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin beauftragt. Der fachliche und inhaltliche Nutzen, die Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und die Stolpersteine des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin sowie die fiskalische Basis des Programms wurden mit einem Mixed-Methods-Design mit quantitativen Analysen und qualitativen Befragungen unter Nutzung von primär sowie im Rahmen des Landespräventionsprogramms standardmäßig von den Kliniken erhobenen Daten/Kennzahlen und unter Einbeziehung aller Anspruchsgruppen (Babylotsinnen, Eltern, weitere Klinikmitarbeitende, externe Partner:innen) bewertet. In die Kennzahlenanalyse wurden die Daten aus maximal 17 Berliner Geburtshilfen für das Jahr 2022 einbezogen. 100 Eltern, die Kontakt zu einer Babylotsin hatten, haben den standardisierten Fragebogen ausgefüllt. An den Fokusgruppen haben 21 Teilnehmerinnen aus den Berliner Geburtshilfen sowie von externen Partner:innen teilgenommen.

Die Evaluation bestätigt den hohen Nutzen und die gute Umsetzung des Landespräventionsprogramms, zeigt aber auch Optimierungspotenziale des Programms auf Konzept-, Klinikebene oder bei den externen Rahmenbedingungen auf. Die Erfolgsfaktoren des Landespräventionsprogramms stellen hierbei auch oft mögliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten dar.

1 Einleitung

Das Präventionsprogramm Babyotse wurde von der Stiftung SeeYou als „soziales Frühwarnsystem“ entwickelt und evaluiert. Durch den Einsatz von Babyotsen sollen Belastungsfaktoren in Familien systematisch und frühzeitig mit dem Ziel erkannt werden, eine gesunde Kindesentwicklung zu fördern und kindliche Entwicklungsstörungen sowie Kindeswohlgefährdung zu vermeiden. Die Babyotsen begleiten Eltern von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Kindes. Mittlerweile gibt es in ganz Deutschland Geburtskliniken sowie Praxen, die Babyotsen einsetzen. Kliniken, die das „Programm Babyotse“ einsetzen, verpflichten sich, den Standard, den der Qualitätsverbund Babyotse e.V. im „Qualitätsrahmen Babyotse“ festgeschrieben hat, einzuhalten. Darüber hinaus hat „Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) in 14 Qualitätskriterien fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken definiert (vgl. Kap. 8.2.3) (Schmenger et al. 2020).

Im Jahr 2012 wurden die ersten Babyotsen in Berlin im Rahmen des Modellprojektes „Babyotse der Charité“ eingesetzt. Seit 2018 finanziert die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege das Präventionsprogramm Babyotse Berlin. Alle Berliner Krankenhäuser mit Geburtshilfen (Stand Mai 2023: n = 19) setzen seit 2019 Babyotssinnen¹ (Stand Mai 2023: n = ca. 44) ein und verpflichten sich als Mitglieder des Qualitätsverbundes Babyotse e.V., den Qualitätsrahmen Babyotse umzusetzen (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege 2023; Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou 2023; Qualitätsverbund Babyotse 2023).

Die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit der Evaluation des Landespräventionsprogramms Babyotse Berlin beauftragt, um den fachlichen und inhaltlichen Nutzen, die Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und die Stolpersteine des Programms Babyotse Berlin herauszuarbeiten sowie die fiskalische Basis für das Programm zu bewerten.

Gemäß der Ausschreibung wurden im Rahmen der Evaluation vor allem die folgenden Leitfragen fokussiert:

1. Werden durch das Programm Babyotse Berlin (werdende) Mütter erreicht, die Hilfe und Unterstützung benötigen? Wenn nein, warum nicht?
2. Welche Herausforderungen führen dazu, dass (werdende) Mütter durch das Programm Babyotse Berlin nicht erreicht werden?

¹ In Berlin sind während der Evaluation nur Babyotssinnen tätig, so dass ausschließlich die weibliche Form genutzt wird.

3. Werden alle Voraussetzungen erfüllt, die vom NZFH definierten Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken einzuhalten? Wenn nein, warum nicht?
4. Wie können die Rahmenbedingungen für die vor Ort vorhandenen Präventionsangebote angepasst werden?
5. Braucht es nach sozialer Lage unterschiedliche fachliche und personelle Intensität der Leistungen der Babylotsinnen? Wenn ja, welche?

Die Ziele und Leitfragen wurden im Rahmen einer Evaluationsstudie in einem Mixed-Methods-Design mit quantitativen Analysen und qualitativen Befragungen (vgl. Kap. 8.1) beantwortet. Weiterhin wurde das DKI nach der Zuschlagserteilung mit einer standardisierten Befragung der Eltern beauftragt. Die Ziele dieser Befragung bestanden darin, die Bewertung der Eltern zum Programm Babylotse Berlin insgesamt, die Zufriedenheit mit den Gesprächen mit der Babylotsin sowie den Nutzen und die Nachhaltigkeit aus Sicht der Eltern abzubilden. Außerdem sollte die Befragung der Eltern Antworten zur ersten Forschungsfrage (s. oben) liefern. Die Ergebnisse werden in dem vorliegenden Ergebnisbericht zusammengefasst und präsentiert. Die Fachkompetenz der Steuerungsgruppe Babylotse Berlin wurde bei allen Evaluationsschritten (v. a. Feinabstimmung der Konzeption, Auswertung, Berichtslegung) einbezogen. Das DKI bedankt sich bei allen Beteiligten für die Unterstützung.

2 Umsetzung der Konzeptbestandteile und Rahmenbedingungen

2.1 Strukturell

2.1.1 Beschreibung der Kliniken

In den 17² Berliner Geburtskliniken gab es im Jahr 2022 im Mittel 2.105 Geburten pro Klinik (Abb. 22). Die Spannweite lag zwischen 579 und 4.935 Geburten pro Klinik. Im gesamten Bundesland wurden 35.783 Geburten verzeichnet.

Von 17 Kliniken haben 8 (47 %) neben der geburtshilflichen auch pädiatrische Fachabteilungen. Diese Kliniken wiesen alle überdurchschnittlich viele Geburten auf (Mittelwert = 3.119). Die 9 Kliniken ohne Kinderklinik (53 %) hatten hingegen alle unterdurchschnittlich viele Geburten (Mittelwert = 1.204). Von den Einrichtungen mit Kinderklinik verfügen 7 über die Versorgungsstufe Perinatalzentrum Level 1.

² Das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin wird in 19 Geburtshilfen eingesetzt. Bei der Dokumentation werden in Berlin 2 Kliniken zusammengeführt (n=18). Eine Klinik konnte aufgrund der Dokumentationsqualität nicht bei den Analysen berücksichtigt werden (vgl. Kap. 8.1.1), so dass sich die Auswertungen auf maximal 17 Häuser beziehen.

2.1.2 Patientenklientel(en)

Im Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin werden 16 verschiedene Kennzahlen zur Ermittlung der **psychosozialen Belastungen** der entbindenden Mütter, ggf. mit ihren Partner:innen, erhoben (Kennzahlen Berlin 2022, Tab. 1). Die Daten liegen nicht auf Patientenebene vor, so dass keine Informationen vorliegen, wie viele Belastungen die (werdenden) Eltern jeweils im Schnitt aufweisen. Um die Ergebnisse zu standardisieren, wurden die Anteilswerte der jeweiligen Kennzahlen des Jahres 2022 an den Geburten pro Klinik bzw. für Berlin insgesamt berechnet.

Tab. 1: Anteile psychosoziale Belastungen/Geburt

	KH mit Angaben	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum	Differenz
Schwere Erkrankung beim Kind	14	1,0	0,6	0,1	2,8	2,7
Mehrlingsgeburt	12	2,1	1,9	0,1	4,2	4,1
Familien mit schwer kranken oder behinderten Kindern/ Familienmitgliedern	17	2,7	2,0	0,3	8,4	8,1
Mutter < 18 Jahre	16	0,6	0,5	0,2	1,2	1,0
Mutter < 23 Jahre	17	5,4	5,5	0,8	9,3	8,5
Alleinerziehend	17	2,9	2,6	1,1	8,1	7,0
Kommunikation auf deutsch NICHT möglich	16	11,2	11,8	4,1	20,7	16,6
Fluchterfahrung (in den letzten 5 Jahren)	17	4,9	4,9	0,6	9,9	9,3
Gewalterfahrung der Mutter	15	0,9	0,5	0,1	3,6	3,5
Depression	17	3,0	2,9	1,3	5,8	4,5
Borderline	17	0,3	0,2	0,1	1,0	0,9
PTBS	15	0,3	0,2	0,1	0,9	0,8
Sonstige psychische Belastungen	17	1,4	1,3	0,3	3,0	2,7
Nikotin	17	4,2	4,4	0,3	7,4	7,1
Alkohol	12	0,4	0,2	0,1	1,0	0,9
Drogen	11	0,4	0,3	0,1	0,9	0,8

Im Jahr 2022 war die Kennzahl „**Kommunikation auf Deutsch NICHT möglich**“, diejenige, die in allen Kliniken am häufigsten dokumentiert wurde. Bei etwa jeder 10. Geburt in den Berliner Geburtshilfen war keine Kommunikation auf Deutsch möglich (Mittlerer Anteilswert 11,2; Median: 11,8). Betrachtet man die Anteile der gar nicht Deutsch sprechenden Entbindenden in den verschiedenen Kliniken, so zeigte sich eine deutliche Varianz zwischen den Krankenhäusern: Während in dem Haus mit dem geringsten Anteil bei 4,1 % aller Entbindenden keine Verständigung auf Deutsch möglich war, waren es in der Geburtshilfe mit dem höchsten Anteil 20,7 % aller Geburten.

Weitere vergleichsweise häufig auftretende Belastungen waren ein Alter der Mutter unter 23 Jahre sowie Fluchterfahrungen. Diese wurden jeweils bei etwa 5 % aller Entbindenden dokumentiert. Bei allen psychosozialen Belastungen zeigte sich eine deutliche Varianz beim

Auftreten bei den Eltern zwischen den Krankenhäusern (Tab. 1). Dies ist ein deutlicher Hinweis, dass das psychosoziale Belastungsniveau in den Berliner Geburtshilfen unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Weiterführende Analysen finden sich in Kap. 4.2.

2.1.3 Umsetzungskonzepte

Das „Programm Babyotse“ ist als ganzheitliche psychosoziale Erweiterung der medizinischen Versorgung zu verstehen. Kliniken, die das „Programm Babyotse“ einsetzen, verpflichten sich den Standard, den der Qualitätsverbund Babyotse e.V. im „Qualitätsrahmen Babyotse“ in der Regel festgeschrieben hat, einzuhalten. Hierzu zählt, dass die Kliniken die Belastungen der Familien systematisch, z. B. mit einem Screeningbogen, einschätzen. Auch die Kontaktaufnahme, das persönliche Gespräch und ggf. die Überleitung in Hilfsangebote der (werdenden) Mütter mit Unterstützungsbedarf zählen dazu. Die definierten Mindeststandards lassen den Kliniken auch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten. So können diese z. B. entscheiden, wann (prä- und/oder postpartal) oder wie die Kontaktaufnahme organisiert ist.

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat in 14 Qualitätskriterien fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken definiert (Schmenger et al. 2020). Die 14 Kriterien umfassen idealerweise zu berücksichtigende Mindestvorgaben zu den Rahmenbedingungen, Prozessen und Strukturen sowie inhaltliche Richtlinien (vgl. Kap. 8.2.3, Tab. 7).

Das Landespräventionsprogramm „Babyotse Berlin“ orientiert sich an beiden Standards. Zudem werden landesspezifische Vorgaben umgesetzt. Nachfolgend wird in Beantwortung der 3. Leitfrage dargestellt, welche Voraussetzungen im Landespräventionsprogramm Babyotse Berlin sowie in der konkreten klinikspezifischen Umsetzung erfüllt sind, die vom NZFH definierten Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken einzuhalten. Bei der Einordnung wird auch exemplarisch auf den Qualitätsrahmen „Programm Babyotse“ Bezug genommen. Aufgrund der Datenlage war es nicht möglich, alle Punkte umfänglich zu beantworten. Die exemplarische Darstellung liefert jedoch eine gute Basis für den Erfüllungsgrad sowie mögliche Abweichungen von den NZFH-Qualitätskriterien und implizieren mögliche Anpassungen des Landespräventionsprogramms „Babyotse Berlin“. Inwieweit diese eine Weiterentwicklung des Programms bedeuten können, obliegt der Einschätzung der Steuerungsgruppe Babyotse Berlin.

Im Landespräventionsprogramm Babyotse Berlin wird, anders als in den meisten Lotsenprogrammen, durch die Finanzierung des Senats der Grundstein für die Umsetzung des Programms in den Kliniken gelegt, wobei die Babylotsinnen bei den Kliniken angestellt sind. Die Klinikleitungen und die kommunalen Spitzen befürworten den Lotsendienst (zumindest in

der Umsetzung), der kostenlos für die Eltern angeboten wird, wie es in den NZFH-Qualitätskriterien vorgesehen ist. Die Babylotsinnen sind als Fachkraft für den Lotsendienst zuständig. Sie sind Ansprechpersonen für Eltern, Klinikmitarbeitende und externe Ansprechpersonen. Die Babylotsinnen, die über den Qualitätsverbund spezifische Schulungen erhalten, sollen, wie auch das Klinikpersonal, eine empathische, wertschätzende und ressourcenorientierte Haltung zeigen, so die NZFH-Kriterien. Die Eltern bescheinigen den Babylotsinnen dies eindrücklich (vgl. auch Kap. 5.3). Auch eine (strukturelle) Vernetzung mit dem Netzwerk bzw. den Netzwerken Frühe Hilfen findet statt (vgl. auch Kap. 3.4). Das systematische Erkennen von Belastungen, vertiefende Gespräche und die bedarfsgerechte Weiterleitung sind die zentralen Säulen des Landespräventionsprogramms und spiegeln die NZFH-Qualitätskriterien wider. Um den möglichen Klärungsbedarf möglichst aller Eltern der Geburtsstationen – idealerweise vor dem Aufenthalt – zu identifizieren, werden der Berliner Anhaltsbogen und zum Teil ein Selbstauskunftsbogen eingesetzt. Darüber hinaus könnten Eltern und Klinikmitarbeitende möglichen Gesprächsbedarf aufzeigen. Damit wird ein Screening entsprechend den NZFH-Qualitätskriterien umgesetzt. Die Eltern werden in den Kliniken allgemein über das Programm informiert (vgl. auch Abb. 23). Die Geburtshilfen dokumentieren verschiedene Kennzahlen, die im Landespräventionsprogramm ausgewertet werden. Diese zusammengefassten und grundlegenden Aspekte **verschiedener NZFH-Qualitätskriterien werden in allen Kliniken umgesetzt**, so dass in diesen Teilen eine große Übereinstimmung zwischen dem Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin und den NZFH-Qualitätskriterien auf Bundeslandebene gegeben ist. Gleichwohl zeigt sich, dass der Erfüllungsgrad einzelner Aspekte zwischen den Geburtsstationen zum Teil erheblich variiert, wie die Analysen der Kennzahlen sowie die Rückmeldungen in den Fokusgruppen³ belegen. Diese Unterschiede lassen sich zum Teil durch klinikspezifische Gegebenheiten begründen.

Positiv hervorzuheben ist, dass in Berlin, anders als in anderen Lotsenprogrammen, standardmäßig und systematisch Daten dokumentiert werden und ein Monitoring durchgeführt wird, wie es das NZFH empfiehlt. So gab in der NRW-Studie zur Umsetzung der Lotsendienste nur etwa ein Drittel an, ein regelmäßiges Monitoring bzw. Berichte zur Arbeit des Lotsendienstes zu erstellen (Steffen et al. 2022b). Damit ist in Berlin insgesamt eine im Vergleich bessere Grundlage für ein Monitoring geschaffen. Dennoch zeigen u. a. die Datenprüfungen und das Feedback in den Fokusgruppen⁴ auch mögliche Probleme sowie

³ In den Fokusgruppen waren ausschließlich Teilnehmerinnen vertreten, so dass nachfolgend stets die weibliche Form verwendet wird.

⁴ Bei der Darstellung der Fokusgruppenergebnisse werden gemäß der Prämisse der qualitativen Forschung, vor allem im Rahmen von Evaluationen, bewusst die subjektiven Eindrücke der Teilnehmerinnen berichtet. Dies ist insbesondere in Beantwortung der zentralen Forschungsziele, mögliche Stolpersteine oder Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu identifizieren, zielführend. Gleichwohl ist bei der Interpretation der Ergebnisse immer zu berücksichtigen, dass diese subjektiven Eindrücke nicht immer die Mehrheitsmeinung widerspiegeln müssen (Flick et al. 2015). Weiterhin ist zu beachten, dass die subjektiven Wahrheiten durch deren Kenntnisstand geprägt sind und auch aus mangelndem Wissen oder einer fehlenden Transparenz resultieren können.

damit einhergehend Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Landespräventionsprogramms bei dem Thema „Datendokumentation“ auf. Grundsätzlicher Tenor in den Fokusgruppen war, dass es trotz der Hilfestellungen und Unterstützung der Steuerungsgruppe Babylotse Berlin in vielen Häusern Schwierigkeiten bei der Dokumentation bzw. deren Umsetzung gibt. So wurde die Dokumentation bei der Eingangsfrage nach Erfolgsfaktoren und Stolpersteinen bei beiden von den Fokusgruppenteilnehmerinnen genannt. Die Ergebnisse belegen insgesamt aber auch große Unterschiede beim Dokumentieren zwischen den Kliniken. Beispielsweise konnten die Werte einer Klinik oder manche Kennzahlen nicht ausgewertet werden (vgl. auch Kap. 8.1.1). Im Sinne einer Optimierung der Dokumentation wurde von manchen Teilnehmerinnen eine umfassendere Anbindung an die klinikspezifischen KIS-Systeme gewünscht, während andere Krankenhäuser dies bereits umgesetzt haben. Unklarheiten bestehen aus Sicht der Fokusgruppe zum Teil bei der Eingabe der verschiedenen Kennzahlen, die nicht immer als selbsterklärend eingestuft wurden und auch als Erklärung gelten könnten, warum manche Kennzahlen nicht als valide eingestuft und ausgewertet werden konnten (vgl. auch Kap. 8.1.1). Hilfreich wäre aus Sicht der Beteiligten eine stärker standardisierte Erfassung, Schulungen (insbesondere für neue Babylotsinnen) sowie weiterführende Unterstützung, z. B. über Eingabemasken oder Personen, die die Dokumentation übernehmen. Als besonders problematisch wurde die Erstellung der Kennzahlenberichte beschrieben. Zu den genannten Punkten gibt es laut Steuerungsgruppe zahlreiche Schulungen, Unterstützungen und Hilfestellungen, auf die die Babylotsinnen zurückgreifen könnten. Es wäre ggf. zielführend, hier, auch vor dem Hintergrund personeller Wechsel, eine größere Transparenz zu schaffen. Auch wäre es eine Möglichkeit, zu prüfen, ob die Dokumentation weiterhin die Kernaufgabe der Babylotsinnen bleiben soll, die in ihrer Arbeit einen anderen inhaltlichen Fokus haben. So wurde in den Fokusgruppen auch deutlich, dass die Zeit für die Dokumentation in der bereits als zu knapp eingeschätzten Ressourcen für die Gespräch mit den Eltern fehlt.

Neben den dargestellten Übereinstimmungen gibt es auch zum Teil deutlichere **Abweichungen des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin von den NZFH-Qualitätskriterien**⁵, wobei diese teilweise auch durch klinikspezifische Umsetzungen begründet sind. Die Unterschiede zeigen sich vor allem bei konzeptionellen und strukturellen Aspekten, wobei es der Steuerungsgruppe Babylotse Berlin und/oder den umsetzenden Kliniken obliegt zu entscheiden, ob Anpassungen im Sinne des Programms sind. So soll der Lotsendienst gemäß der NZFH-Kriterien über ein schriftlich ausgearbeitetes Konzept zur Umsetzung des Lotsendienstes, das die Zielsetzung, das genaue Vorgehen bzw. die einzelnen Prozessschritte sowie die Beteiligten und Verantwortlichen einschließlich deren Aufgaben beschreibt, konzeptionell abgesichert sein. Ablaufschemata, z. B. in Form eines

⁵ Die Empfehlungen zu den Qualifikationen der Lots:innen werden in Kap. 2.2 erläutert.

Flussdiagramms, sollen die jeweiligen notwendigen Handlungsschritte und Entscheidungen sowie die hierfür verantwortlichen Personen abbilden. Der Lotsendienst soll ins Klinik-Organigramm integriert sein. Die Kommunikations- und Informationswege innerhalb der Klinik sowie zu externen Partner: innen sollen klar definiert sein. Es wird als elementar betrachtet, dass das am Umsetzungsprozess beteiligte Klinikpersonal eine niedrighschwellige Schulung in Bezug auf den Lotsendienst erhält, die Verfahrensweisen, unterstützenden Instrumente sowie deren Nutzungsmöglichkeiten kennt.

Hierzu werden im Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin keine spezifischen Kennzahlen erhoben oder dokumentiert, so dass die Einschätzungen auf Basis der Rückmeldungen in den Fokusgruppen erfolgen. Fasst man diese zusammen, so sind die genannten strukturellen NZFH-Qualitätskriterien nicht vollständig berlinweit umgesetzt. So berichten die Teilnehmerinnen beispielsweise, dass nicht in allen Kliniken auf die jeweilige Situation vor Ort ausgearbeitete Konzepte vorliegen, dass es nicht überall Abschlaufschemata gibt, Kommunikations- und Informationswege nicht immer institutionell verankert oder bekannt sind. Es mangelt, so das Feedback in den Fokusgruppen, oftmals an schriftlichen Beschreibungen der Prozesse sowie der Verantwortlichkeiten. Dies wird von den Teilnehmenden teilweise als hinderlich für die Umsetzung des Programms beschrieben, wobei es vor allem bei Personalwechseln bzw. Neueinstellungen problematisiert wurde. Die Babylotsinnen betonten den hohen Stellenwert der Einarbeitung und wünschen sich Einarbeitungsleitfäden, die auch der Qualitätsrahmen Babylotse vorsieht. Es wurde hervorgehoben, dass die Einarbeitung neuer Kolleg:innen bei fehlenden Vorkenntnissen im Bereich Frühe Hilfen und Gesundheitswesen besonders herausfordernd und langwierig sei. Es gibt keine aktuellen, systematischen bundesweiten Informationen darüber, inwieweit die genannten Aspekte bei anderen Lotsendiensten standardmäßig umgesetzt wird. Hinweise bietet jedoch die Studie zu den NRW-Lotsendiensten. Hier gaben etwa drei Viertel der Häuser an, die Verantwortlichkeiten der Lotsendienste in den Kliniken festgelegt zu haben, knapp zwei Drittel hatten die Ziele des Lotsendienstes schriftlich und verbindlich festgelegt, etwas weniger als die Hälfte hatte die konkreten Prozessschritte für den Lotsendienst innerhalb des Krankenhauses schriftlich fixiert, und in etwa einem Fünftel war der Lotsendienst im Organigramm integriert. Eine persönliche Vorstellung des Lotsendienstes bei den Mitarbeitenden in der einsetzenden Fachabteilung haben gut zwei Drittel der NRW-Häuser bei Einführung des Lotsendienstes realisiert, während es etwas weniger als die Hälfte teilweise zusätzlich in regelmäßigen Abständen wiederholen. Die Lotsendienste in NRW haben sich bei Einführung in knapp einem Drittel der Kliniken bei weiteren Fachabteilungen vorgestellt, wobei dies in etwa 15 % der Häuser auch wiederholend erfolgt (Steffen et al. 2022b). Die Ergebnisse belegen, dass die genannten NZFH-Qualitätskriterien auch in anderen Bundesländern nicht

landesweit umgesetzt sind, wobei hier unterschiedliche Lotsendienst-Programme eingesetzt werden. Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen belegen jedoch eindrücklich den subjektiven Nutzen der in den NZFH-Qualitätskriterien geforderten schriftlich ausgearbeiteten Konzepte und Festlegungen, so dass eine Ausweitung auf und eine größere Transparenz in allen Berliner Kliniken im Sinne des Programms zielführend scheint.

Das Gespräch der Babylotsin mit den Eltern sollte gemäß der NZFH-Qualitätskriterien in einem störungsfreien und vertraulichen Setting geführt werden. In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass diese Gesprächsatmosphäre aufgrund einer Durchführung in den Patient:innenzimmern oder verschiedener anderer Faktoren nicht immer so realisiert werden kann (vgl. auch Kap. 3.1 ff.). Die Familien sollten bei der Ermittlung des Klärungsbedarfs involviert sein und alle Angaben freiwillig machen, wobei nicht umfassend beantwortet werden kann, inwieweit dies in allen Kliniken oder bei allen Beteiligten erfolgt. Die Rückmeldungen aus den Fokusgruppen geben jedoch Hinweise, dass die Familien nicht immer involviert sind. Die NZFH-Qualitätskriterien geben vor, dass den Familien eine Begleitung der Familie zu weiterführenden Unterstützungsangeboten (einschließlich der gemeinsamen Wahrnehmung erster Termine) angeboten werden sollte. Das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin sieht eine Begleitung von Familien nicht vor. Etwa 42 % der NRW-Kliniken setzen dies um, wobei dies etwa ein Drittel als gut umsetzbar einstuft. Ein weiteres gutes Drittel der NRW-Häuser bewertet die Begleitung der Eltern zu den Angeboten als hilfreiche Konzepterweiterung (Steffen et al. 2022b). Inwieweit entsprechende Anpassungen am Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin erfolgen sollten, müssen die Programmverantwortlichen abwägen. Aus Sicht der Eltern (Kap. 5.2) ist die nicht unbedingt erforderlich.

In den NZFH-Qualitätskriterien werden fortlaufende Instrumente der Qualitätssicherung, z. B. Fachberatung, Supervision und kontinuierliche Qualifizierungen, gefordert. In dem Konzept des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin sind die Zuständigkeiten für Supervisionen festgehalten, wobei über die Umsetzung wenige Informationen vorliegen. In den Fokusgruppen forderten die Teilnehmenden mehr Supervisionen, die auch im Bedarfsfall abgerufen werden sollten. Beispielsweise gab es Hinweise, dass die Babylotsinnen nach einer Gesprächssituation selten ein Bedrohungsgefühl erlebten. Hier direkt eine Ansprechperson zu haben, um dies einzuordnen, zu reflektieren und Handlungsoptionen zu diskutieren, wurde von den Teilnehmenden als hilfreich eingeschätzt. In etwa einem Drittel der NRW-Kliniken sind regelmäßige Supervisionen für Lots:innen umgesetzt, ein weiteres Drittel bewertet die Einführung als hilfreich.

Bei der Prüfung, ob die (bisher) nicht (berlinweit) umgesetzten NZFH-Qualitätskriterien Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin

darstellen, sollte auch abgewogen werden, welche Ebene (Land oder Klinik) einbezogen werden soll bzw. verantwortlich ist.

2.2 Personell

Berufliche Qualifikationen und Kompetenzen

Das 5. NZFH-Qualitätskriterium beinhaltet, dass der Lotsendienst von einer Fachkraft durchgeführt wird, die über eine psychosoziale, pflegerische oder medizinische Grundqualifikation verfügt und eine aufgabenspezifische Qualifizierung/Schulung erhält. Der Schwerpunkt wird bei den Lots:innen hier eher auf einen medizinisch-pflegerischen Hintergrund gelegt. Das NZFH definiert in dem Qualitätskriterium zudem, dass für die Lotsentätigkeit Kenntnisse und Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen erforderlich sind, wie z. B. die Risiko- und Schutzfaktoren bei Eltern und Kindern für die kindliche Entwicklung kennen, eine spezifische Sensibilität für die besondere Situation und die Herausforderungen rund um die Geburt sowie (interkulturelle) Gesprächsführungs- und Beratungskompetenzen haben (Schmenger et al. 2020, S. 9). Ein Teil dieser Kompetenzen wird in den grundständigen Ausbildungen zur Hebamme oder zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in oder den NRW-Fortbildungen zur FamHeb oder FGKiKP vermittelt.

Die Studienergebnisse zum Einsatz von Lots:innen in NRW zeigten, dass die Häuser vielfach dieser Vorgabe folgen. So wurden z. B. als Lots:innen am häufigsten Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen sowie Hebammen eingesetzt. Aber auch Sozialpädagog:innen kamen zum Einsatz. Im Schnitt wurde eine Profession eingesetzt. In der Regel hatten die NRW-Lots:innen eine Zusatzqualifikation für die Lotsentätigkeit, vor allem die Fortbildung zur Familienhebamme bzw. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in sowie die Weiterbildung „Babylotse“ SeeYou absolviert. (Steffen et al. 2022b). Bei der Evaluation des NRW-Landescurriculums zeigte sich, dass den Hebammen im Vergleich zu den in der Pflege Ausgebildeten in der Fortbildung Informationen zur kindlichen Bindung etc. fehlten (Steffen et al. 2022a).

Der Qualitätsrahmen spezifiziert die Qualifikationsanforderung an die Babylots:innen etwas abweichend von den NZFH-Qualitätskriterien, indem ein Studium im Bereich Soziale Arbeit oder (Sozial-)Pädagogik vorausgesetzt wird. Bei abweichenden Qualifikationen, hier werden exemplarisch (Familien-)Hebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende genannt, sind Vorkenntnisse im Bereich Frühe Hilfen erforderlich.⁶

⁶ Der Qualitätsrahmen gibt zudem vor, dass der/die Mitarbeiter:in zur Erlangung des „Fachzertifikats Babylots:in“ an einer spezifischen Weiterbildung teilnimmt. Hierzu lagen keine Informationen vor.

Diesen übergeordneten Vorgaben des Babylotsenprogramms folgend, hatten die im Jahr 2022 in den Berliner Geburtskliniken tätigen Babylotsinnen vor allem einen (sozial-)pädagogischen Hintergrund, wobei dieser überwiegend im Studium erworben wurde (78,5 %). Daneben waren vor allem Kinderkrankenschwestern eingesetzt (Abb. 24). Im Schnitt hatten die Babylotsinnen 1,6 Qualifikationen (Median: 2), wobei die Ausbildungen sich zum Teil leicht unterschieden.

In den Fokusgruppen wurden die derzeitigen beruflichen Qualifikationen der Babylotsinnen hinterfragt und kritisch diskutiert. So wurde zum Beispiel kritisch reflektiert, dass (sozial-)pädagogisch ausgebildete Babylotsinnen in ihren grundständigen Qualifikationen nicht immer die für die Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse der frühen kindlichen Entwicklung oder der besonderen Situation und die Herausforderungen rund um die Geburt vermittelt werden. Die Teilnehmerinnen waren zudem der Ansicht, dass die beruflichen Qualifikationen nicht vollständig mit dem breiten Spektrum an beratenden Themen kompatibel ist. Aus diesem Grund wurde auch ein breiter Mix an Qualifikationen und Kompetenzen der Babylotsinnen gefordert, die aus Sicht der Fokusgruppen etwa über eine Öffnung für weitere Berufsbilder, insbesondere Psychotherapeut:innen und Personen mit medizinischen Kenntnissen, erreicht werden könnte.

Alternativ oder ergänzend regten die Teilnehmerinnen an, die Babylotsinnen zu verschiedenen Themen entweder direkt in der Babylotsen-Qualifikation oder berufsbegleitend im Rahmen von Fort- oder Weiterbildungen grundlegend oder auch wiederholt zu schulen. In diesem Zusammenhang wurden vor allem interkulturelle Themen, aber auch die Themenfelder Gesprächsführung, Bindungsverhalten, Sozialrecht, psychische Erkrankungen (v.a. postpartale Depression), medizinische Themen oder Dokumentation angeführt. Nach Informationen der Steuerungsgruppe gibt es zahlreiche und regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu den genannten Themen. Diese sowie die genaue Passung der Themen sollte im Diskurs mit den Babylotsinnen transparent gemacht und geklärt werden.

Die Zuständigkeiten für Schulungen bzw. Weiterbildungen sind zwar nach Angaben der Teilnehmerinnen im Konzept des Programms Babylotse Berlin festgehalten, wobei über deren Ausgestaltung keine Informationen vorlagen. Sofern mehrere Babylotsinnen in einer Klinik arbeiten, hat sich nach Angaben der Fokusgruppenteilnehmerinnen das Konzept bewährt, dass die Babylotsinnen unterschiedliche Qualifikationen haben oder in ihrer Fort- oder Weiterbildung unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

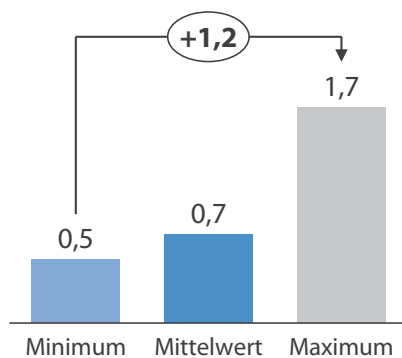
(Soll-)Personalstärke

Der Qualitätsrahmen empfiehlt für die Berechnung des Personalbedarfs eine Soll-Personalstärke in Höhe von 0,6 Vollzeitäquivalent (VK) pro 1.000 Geburten. Diese Empfehlungen erfüllten die Berliner Geburtshilfen im Jahr 2022 mit im Schnitt 0,7 Stellen pro

1.000 Geburten (Abb. 1). Der Median beträgt 0,641 Stellenanteile pro 1.000 Geburten. Damit lagen die Stellenanteile etwas über denen der Geburtshilfen in NRW im Jahr 2020. Hier waren im Mittel 0,5 Planstellen pro 1.000 Geburten im Einsatz (Median: 0,4) (Steffen et al. 2022b). Gleichwohl zeigte die Varianz, dass es in Berlin im Jahr 2022 auch Kliniken gab, die dies knapp nicht erreichten - dies betrifft ein Drittel der Häuser - bzw. einen deutlich höheren Stellenanteil hatten. Dieser erklärt sich durch die Grundlagen der Finanzierung des Babylotsenprojekts. Weitere Analysen und Beurteilungen zur Finanzierung des Landespräventionsprogramms Babyotse Berlin im Hinblick auf soziale Faktoren werden in Kap. 4.3 thematisiert.

In den Geburtshilfen war im Schnitt eine VK-Stelle eingerichtet (Median: 1,4). Aufgeteilt wird dieses Kontingent grundsätzlich auf mindestens 2 Köpfe pro Klinik. Hierdurch besteht die Möglichkeit, Vertretungsregelungen im Klinikalltag abzubilden, z. B. bei Urlaub oder Krankheit. Grundsätzlich kann jedoch durch die Besetzung mit nur einer VK-Stelle keine durchgängige Präsenz in den Geburtskliniken, insbesondere an den Wochenenden, gewährleistet werden. Laut Auskunft der Babylotsinnen bringt dies z. B. die Einschränkung, dass Eltern verpasst werden, mit sich. Besonders häufig sind davon Mütter mit kurzen Verweildauern (1-2 Tage) betroffen, die am Wochenende entbinden und das Krankenhaus zum Wochenbeginn, wenn die Babylotsinnen zu Wochenbeginn ihre Arbeit wieder aufnehmen, schon wieder verlassen haben.

Stellenanteile pro 1.000 Geburten
in Vollzeitäquivalenten
(n = 17)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Stellenanteile pro 1.000 Geburten

2.3 Finanziell

Das Programm Babyotse Berlin wird seit 2018 über den Berliner Senat finanziert. Darin enthalten sind ausschließlich die Personalkosten. Das Budget pro Krankenhaus bemisst sich seitdem grundsätzlich und unverändert an der Anzahl der Geburten. Um zu gewährleisten,

dass auch Kliniken mit geringeren Geburtenzahlen die Möglichkeit haben, eine Baby-lots:innen-Stelle einzurichten, wird ergänzend auch dies bei der Finanzierung berücksichtigt. D. h. für alle Kliniken wird eine VK-Stelle für die Baby-lots:innen refinanziert. Die untere Finanzierungsgrenze liegt entsprechend bei 60.000 € pro Klinik pro Jahr.

Das Budget insgesamt sowie pro Klinik (anonymisiert) wurde für das Haushaltsjahr 2022 zur Verfügung gestellt. Für das Jahr 2022 wurde unter Berücksichtigung der Geburtenzahlen des gleichen Jahres ein Budget pro Geburt von im Mittel 39,3 € ermittelt, wobei diese klinikspezifische Spannweite von 32,5 € bis 103,6 € aufweist. Das für das Jahr 2018 auf Basis der Geburtenzahlen berechnete Budget pro Krankenhaus liegt im Mittel bei 35,3 € pro Geburt. Das Budget pro Geburt variiert von 31,5 € bis zu 72,8 €, wobei dies durch die Refinanzierung der Stelle bei geringerer Geburtenzahl erklärt werden kann. Insgesamt bedeutet dies eine Steigerung von 11 %, die nur durch die zurückgehenden Geburtenzahlen und für das Jahr 2022 nicht durch eine Erhöhung des Budgets erzielt wurde. Entsprechend wurden keine etwaigen Kostensteigerungen (z. B. Tarifierhöhungen, Inflation etc.) oder gesamtgesellschaftliche Faktoren berücksichtigt. Im Jahr 2023 konnte ein Zuschuss von 200.000 € durch Bundesmittel der Frühen Hilfen erzielt werden. Zum Zeitpunkt des Berichtes steht die Finanzierung des Landesprogrammes 2024 noch nicht vollumfänglich.

Das Thema „Finanzierung“ wurde auch in den Fokusgruppen reflektiert. Die Baby-lots:innen hoben auf der einen Seite hervor, dass die Finanzierung ein Erfolgsfaktor des Programms sei. Auf der anderen Seite benannten sie aber zahlreiche Punkte und auch Anpassungsbedarfe, die aus deren Sicht letztlich die Rahmenbedingungen vor Ort verbessern würden. Grundsätzlich bedarf es nach Einschätzung der Baby-lots:innen einer allgemeinen Anpassung der Finanzierung, da zum einen die vorhandenen Personalschlüssel nicht ausreichen würden, um die in den letzten Jahren gestiegenen Beratungsbedarfe (z. B. Anstieg psychologischer Belastungen durch die Corona-Pandemie) zu decken.

Zum anderen sind in der derzeitigen Finanzierung erfolgte Tarifsteigerungen nicht berücksichtigt, weswegen z. T. die Stellenumfänge in der Vergangenheit reduziert werden mussten. Allgemein wurde von einigen Baby-lots:innen auch der Wunsch einer Vollzeittätigkeit geäußert, was in der jetzigen Umsetzung aufgrund der Aufteilung der Gesamtstundenzahl auf mehrere Köpfe nicht möglich ist. Davon abgesehen sei die Vergütung der Baby-lotsen derzeit sehr unterschiedlich gestaltet, z. B. durch verschiedene Tarifverträge und Eingruppierungen der Klinikträger, was von den Teilnehmerinnen als ungerecht empfunden wurde. Gleichwohl ist dies vor allem auf die in den Kliniken geltenden Tarifsysteme sowie die unterschiedlichen Eingruppierungen, z. B. aufgrund der Erfahrungen, zurückzuführen.

Die Babylotsinnen hoben auch hervor, dass die Finanzierung über den derzeitigen Schlüssel den Gegebenheiten vor Ort nicht immer Rechnung trägt. So wäre zum Beispiel der Beratungsbedarf bei Eltern von Frühgeborenen oder von nicht Deutsch sprechenden Eltern wesentlich zeitintensiver und aufwändiger (vgl. ausführlicher Kap. 4.3).

3 Umsetzung der Kernaufgaben

3.1 Feststellung des Klärungsbedarfs

Das Erkennen von Belastungsfaktoren und Ressourcen ist ein Kernelement in den NZFH-Qualitätskriterien und wird im 10. und 11. NZFH-Qualitätskriterium fokussiert. Festgehalten ist, dass das systematische Erkennen von Belastungsfaktoren, Ressourcen und Unterstützungsbedarfen von (werdenden) Eltern über ein qualifiziertes oder strukturiertes Verfahren erfolgen soll, wobei auch ein geeignetes Instrument (»Assessment«) genutzt werden kann oder soll (Schmenger et al. 2020). Der Qualitätsrahmen des Babylotsenprogramms sieht vor, dass zur Feststellung des Klärungsbedarfs ein validiertes Instrument verwendet werden sollte. Dies wird von allen Berliner Geburtskliniken umgesetzt, denn alle verwenden, gemäß der entsprechenden Kennzahlen zur Feststellung des Klärungsbedarfs, den einheitlichen Berliner Anhaltsbogen (Abb. 25). Der Berliner Anhaltsbogen umfasst verschiedene psychosoziale Belastungen zum Kind und der Mutter, wie Frühgeburt, Anzahl der Kinder, Verständigung auf Deutsch oder zur Lebenssituation. Auftretende Belastungen werden mit einem Punktwert, z. B. schwere Erkrankungen beim Kind mit 3 Punkten beziffert. Alle Punkte werden summiert. Bei mehr als 3 Punkten gilt der Anhaltsbogen als „auffällig“⁷ und es ist ein Erstgespräch vorgesehen, in dem der mögliche Unterstützungsbedarf geklärt wird. Der Anhaltsbogen wird in der Regel zu verschiedenen prä- und postpartalen Zeitpunkten, z. B. Anmeldung zur Geburt, Kreißsaal, von Klinikmitarbeitenden ausgefüllt. Alle Geburtshilfen sehen grundsätzlich vor, postpartal zu screenen, die meisten (13 Häuser) sehen ergänzend auch präpartale Screenings vor. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Anhaltsbogen im klinischen Alltag meist entweder prä- oder postpartal eingesetzt wird. In dem überwiegenden Teil der Kliniken übernehmen Hebammen federführend das Ausfüllen der Anhaltsbögen. Zudem sind meist noch die Babylotsinnen eingebunden, die in 2 Kliniken ausschließlich screenen. In 8 Kliniken wird ein regelhaftes Screening nach Aktenlage durchgeführt, und in 14 Kliniken kann ein ergänzendes Screening im Gespräch zwischen Babylotsin und Patientin erfolgen (Abb. 26, Abb. 27). Zusätzlich zum Anhaltsbogen gaben 4 Kliniken an, einen Selbstauskunftsbogen zur Feststellung des Klärungsbedarfs zu nutzen.

⁷ Der Begriff auffällige Anhaltsbögen wird verwendet, da dies so standardmäßig in Berlin dokumentiert wird.

Ziel des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin ist, dass für alle entbindenden Mütter, ggf. mit ihren Partner:innen, ein ausgefüllter Anhaltsbogen vorliegt. Dieses Ziel wurde 2022 mit einem Anteil von ausgefüllten Anhaltsbögen für 94,7 % aller Geburten in Berlin fast erreicht. Betrachtet man die Anteile der ausgefüllten Anhaltsbögen pro Geburten in den einzelnen Kliniken, so zeigt sich, dass ein Teil der Kliniken das Ziel vollständig umsetzt und für jede Geburt ein ausgefüllter Anhaltsbogen vorliegt. Gleichwohl gab es auch Kliniken, die unterdurchschnittlich viele Anhaltsbögen, im Minimum für 77,5 % aller Geburten, erreicht haben (Tab. 2).

Bei im Schnitt 39,4 % aller ausgefüllten Anhaltsbögen war der Score im Jahr 2022 erhöht und hat somit Klärungsbedarf signalisiert. Betrachtet man die entsprechenden Anteilswerte der Kliniken, so zeigt sich eine große Spannweite von 21,9 % bis 72,3 % auffälligen Anhaltsbögen.

Berechnet man den Anteil der Anhaltsbögen mit erhöhtem Score an allen Geburten, so lag dieser im Jahr 2022 im Schnitt bei 37,3 %. Das bedeutet, dass für gut ein Drittel aller Geburten ein auffälliger Anhaltsbogen vorlag, wobei die Anteile zwischen den Kliniken mit von 19,3 % bis 69,8 % deutlich variierten.

Tab. 2: Anhaltsbogen und Klärungsbedarf

Anhaltsbogen und Klärungsbedarf (Anteilswerte in %)	KH mit Angaben	Mittlerer Anteils- wert	Median	Minimum	Maxi- mum
Ausgefüllte Anhaltsbögen pro Geburten	17	94,7	96,6	77,5	100,0
Anhaltsbögen mit erhöhtem Score pro Geburten	17	37,3	37,5	19,3	69,8
Anhaltsbögen mit erhöhtem Score pro ausgefüllte Anhaltsbögen	17	39,4	38,3	21,9	72,3
Direktmeldungen pro Geburten	17	5,1	4,9	1,1	18,1
Direktmeldungen pro Klärungsbedarf	17	12,0	11,5	2,4	31,0
Anhaltsbögen mit erhöhtem Score pro Klärungsbedarf	17	88,0	88,5	69,0	97,6
Klärungsbedarf pro Geburten	17	42,4	43,9	22,7	87,9

Der Klärungsbedarf wird nicht ausschließlich über Screeninginstrumente festgestellt (88 % des gesamten Klärungsbedarfs). Auch Direktmeldungen, z. B. Kontaktaufnahmen der Eltern oder Hinweise von anderen Krankenhausmitarbeitenden, geben Hinweise über einen möglichen Unterstützungsbedarf. Diese gab es im Jahr 2022 auch in allen Kliniken. Die Direktmeldungen machen 12 % des gesamten Klärungsbedarfs aus (Abb. 28).

Bezieht man die Anzahl der Direktmeldungen auf die Anzahl der Geburten, so ergibt sich ein mittlerer Anteilswert von Direktmeldungen für 5,1 % aller Geburten des Jahres 2022 in Berlin.

In den Berliner Geburtshilfen variierten die entsprechenden Anteile der Direktmeldungen mit einer Differenz von Minimum und Maximum 17 %P deutlich (Tab. 2).

Mögliche Ursachen oder Gründe für die Unterschiede bei der Anzahl der ausgefüllten Anhaltbögen oder der beschriebenen Abweichungen bei den Anteilen der Direktmeldungen benannten die Fokusgruppenteilnehmerinnen. Bezogen auf die **Direktmeldungen** werden aus Sicht der Teilnehmerinnen sowohl die Eltern als auch die Mitarbeitenden in den Kliniken in unterschiedlicher Weise motiviert oder aufgefordert, den Babylotsinnen Eltern mit möglichem Unterstützungsbedarf direkt zu melden. Hier haben sich zum Teil Strukturen entwickelt, die dies unterstützen. So werden die Eltern z. B. in manchen Kliniken standardmäßig bei der Anmeldung zur Geburt über das Programm und die Arbeit der Babylotsinnen informiert. Dies erfolgt durch die Hebammen oder die Babylotsinnen selbst.

Einige Befragte berichteten auch von einem strukturierten Vorgehen bei den Direktmeldungen durch das Personal. So ist der Informationsfluss z. B. über die Teilnahme der Babylotsinnen an den Dienstbesprechungen oder das Hinterlassen von Mitteilungen an der Tafel im Schwesternzimmer geregelt. Oftmals erfolgen Direktmeldungen nach Angaben der Teilnehmenden aber „auf dem kurzen Dienstweg“ per Telefon oder persönlich auf dem Flur. Die Fokusgruppenteilnehmenden gaben auch an, dass die Direktmeldungen stark von dem Personal und deren „Offenheit“ abhängt. Insgesamt schätzen die Teilnehmenden die Dunkelziffer der Direktmeldungen deutlich höher ein als die Kennzahl dies widerspiegelt. Dies wird damit begründet, dass dies ggf. nicht immer dokumentiert wird.

Ursachen der unterschiedlich hohen Anteile der ausgefüllten **Anhaltbögen** für die Geburten könnte in den zum Teil schon beschriebenen abweichenden Routinen und Verfahren der Kliniken liegen. Diese betreffen vor allem den Zeitpunkt, die Zuständigkeit und den direkten Elternkontakt sowie allgemeine Rahmenbedingungen. So wurde der grundsätzliche Personal- und Zeitmangel als wesentlicher Grund für das Nicht-Ausfüllen des Anhaltbogens beim Anmeldegespräch oder Erstkontakt benannt. Aber auch fehlende strukturierte Informationen, wie und wann der Bogen ausgefüllt werden sollte, eine fehlende Klärung von oder Datenschutzprobleme wurden angeführt.

Die Fokusgruppenteilnehmenden sind sich trotz der Unterschiede und Probleme sicher, dass alle Eltern mit Bedarf erreicht werden. Begründet wird dies durch die Erfahrungen der Babylotsinnen und des Personals sowie die Zusammenarbeit. Gleichwohl wurde auch deutlich, dass dies z. B. bei Personalwechsel oder fehlenden Erfahrungen der Babylotsinnen nicht immer gegeben ist.

Die Anhaltbögen werden in den meisten Kliniken von den Hebammen ausgefüllt, wobei sie diese mehrheitlich mit den Eltern ausfüllen sollen. In den Fokusgruppen wurde die zentrale

Rolle der Hebammen beim Ausfüllen der Anhaltsbögen reflektiert. Einige Teilnehmenden führten an, dass es aufgrund mangelnder Kapazitäten bei den Hebammen vorkommt, dass der Anhaltsbogen von anderen Berufsgruppen, wie z. B. Ärzt:innen oder Mitarbeitenden der Schwangerenambulanz, der Babylotsin selbst oder auch den Eltern ausgefüllt wird. Auch wurde problematisiert, dass Hebammen aufgrund ihrer Ausbildung im Gespräch oftmals einen anderen Fokus legen als Sozialpädagog:innen oder aber auch aus Sicht der Teilnehmerinnen nicht ausreichend für die teilweise schwierigen Inhalte geschult oder darauf vorbereitet sind. Dies wurde z. B. am Thema der Frage zur möglichen „häuslichen Gewalt“ thematisiert. Es wurde zum einen aufgrund der fehlenden Fokussierung bei der Hebammenausbildung als problematisch eingeschätzt, dass die Hebammen dies im Rahmen der Geburtsanmeldung ansprechen. Zum anderen wurde dies damit begründet, dass die zur Verfügung stehende Zeit in der Regel nicht ausreicht, ein solch sensibles Thema anzusprechen. Aus Sicht der Teilnehmenden bestünde eine Lösung darin, den Frauen lediglich einen Anstoß zu geben und zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch mit der Babylotsin auf das Thema häusliche Gewalt zurückzukommen. Als weitere Idee wurde die Möglichkeit von Fortbildungen in Gesprächsführung benannt. Positive Erfahrungen wurden bereits mit Hospitationen von Hebamenschüler:innen berichtet.

Die Anhaltsbögen werden vielfach bei der Anmeldung zur Geburt ausgefüllt. In den Kliniken, in denen sich die werdenden Eltern online anmelden, erfolgt dies entweder zu einem späteren Zeitpunkt durch die Hebammen oder durch die Babylotsinnen, die die Anhaltsbögen auf Basis der Patientendaten ausfüllen. Hier wurde problematisiert, dass die Daten nicht immer über alle Risikofaktoren (z. B. häusliche Gewalt) Aufschluss geben und dass ein guter Zugang zu den Daten nötig ist. Entsprechend ist die Qualität der ausgefüllten Anhaltsbögen nicht immer gesichert. Probleme beim Ausfüllen der Anhaltsbögen resultieren nach Meinung der Teilnehmenden nicht nur bei den „schwierig“ zu erfragenden oder anzusprechenden Themen. Auch Sprachbarrieren erschweren die Einschätzungen. Anders als die Babylotsinnen können die Hebammen nicht auf das Triaphon zugreifen und entsprechend ist die Kommunikation teils sehr schwierig. Zur Überwindung wurde aber auch von unbürokratischen klinikinternen Lösungen berichtet.

Die Teilnehmenden haben von weiteren Problemen bei den ausgefüllten Anhaltsbögen berichtet. Beispielsweise kommt es vor, dass Sprachbarrieren dokumentiert werden, obwohl die Verständigung auf Deutsch möglich ist. Ein weiterer benannter Schwachpunkt ist, dass traumatische Geburtserlebnisse nicht im Anhaltsbogen dokumentiert werden.

In einigen Kliniken wird als Alternative zum Anhaltsbogen ein Selbstauskunftsbogen genutzt. Der Selbstauskunftsbogen wird nach Einschätzung der Teilnehmenden wahrheitsgemäß ausgefüllt und Informationen zu psychologischen Problemen werden ebenfalls angegeben.

Aufgrund dessen bewerteten die Teilnehmenden den Selbstauskunftsbogen überwiegend positiv. Auch Teilnehmende aus Kliniken, die derzeit noch keinen Selbstauskunftsbogen verwenden, äußerten Interesse daran. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch geäußert, die Selbstauskunftsbögen unter der Berücksichtigung kultureller Aspekte auch in andere Sprachen übersetzen zu lassen. Nach (späteren) Angaben der Steuerungsgruppe liegt der Selbstauskunftsbogen bereits in 9 Sprachen vor, so dass zu prüfen ist, ob er in weitere Sprachen übersetzt werden sollte oder diese Informationen den Personen, die ihn ausgeben, nicht vorliegen.

Eine Teilnehmende berichtete, dass in ihrer Klinik im Rahmen der Geburtsanmeldung 2 Gespräche zur Feststellung des Klärungsbedarfs durchgeführt werden. Nach der Geburtsanmeldung bei der Hebamme findet ein weiteres Gespräch mit der Babylotsin selbst statt. Mithilfe dieses sehr zeitintensiven Sonderwegs wird sichergestellt, dass alle Frauen, die zur Geburtsanmeldung in die Klinik kommen, auch erreicht werden.

3.2 Clearing

Im Landespräventionsprogramm Babytse Berlin soll der Klärungsbedarf über die Anhaltsbögen mit erhöhtem Score oder der über Direktmeldungen ermittelte Klärungsbedarf im Clearinggespräch verifiziert werden. Dies ist auch eine Zielvorgabe in allen Kliniken (Abb. 29). Alle Eltern sollen anschließend ein Gesprächsangebot mit der Babylotsin erhalten. Bei durchschnittlich 7,7 % der Familien mit Klärungsbedarf stellt sich gemäß der erhobenen Kennzahlen im Clearing heraus, dass sie keinen Unterstützungsbedarf haben. Dieser Anteil variiert zwischen den Kliniken zwischen 0,2 und 41,8 % (Tab. 4). Besonders häufig lässt sich dies nach Angaben der Fokusgruppenteilnehmenden auf das Screeningverfahren per Anhaltsbogen zurückführen. Hier wurden auf der einen Seite Fehler beim Ausfüllen (z. B. falsche Angaben beim Ausfüllen) und auf der anderen Seite ggf. nicht immer sensitive Kennzahlen genannt. So werden die Anhaltsbögen z. B. bei Alleinerziehenden schnell auffällig, wobei dies unproblematisch ist, sobald die Alleinerziehenden ein gutes Unterstützungsnetzwerk haben.

Der Zeitpunkt des Clearings kann vor oder nach der Geburt liegen. Alle Kliniken sehen ein postpartales, ein Großteil der Kliniken auch ein präpartales Clearing vor (Abb. 30). Die Kennzahlen zeigen, dass Clearings überwiegend nach der Geburt erfolgen (81,7 %) (Tab. 3).

Zeitpunkt der Kontaktaufnahme

Unter den Teilnehmenden herrschte kein Konsens über den besten Zeitpunkt des Clearings. Für eine **präinatale Kontaktaufnahme** spricht nach Angaben der Teilnehmenden, dass die Eltern schon vor der Geburt erreicht und ihnen hilfreiche Informationen vermittelt werden können. Der frühe Zeitpunkt der Kontaktaufnahme wurde auch als Erfolgsfaktor hervorgehoben, da die Eltern bereits vor der Geburt an weitere Angebote im System der Frühen Hilfen vermittelt werden können. Außerdem fanden einige Babylotsinnen, dass die Eltern vor der Geburt offener und besser erreichbar sind. Die Umsetzung der präpartalen Kontaktaufnahme gestaltet sich aus Sicht der Babylotsinnen jedoch teilweise auch schwierig, weil die Eltern vor der Geburt in der Regel nur zur Geburtsanmeldung in der Klinik sind und die Erreichbarkeit eingeschränkt ist. In den Fokusgruppen wurde hierzu angemerkt, dass die Anhaltbögen in einigen Häusern erst nach der Geburt ihren Weg zu den Babylotsinnen finden, wodurch keine Möglichkeiten einer pränatalen Kontaktaufnahme bestehen.

Der Vorteil einer **postnatalen Kontaktaufnahme** wurde hingegen von den Fokusgruppenteilnehmerinnen darin gesehen, dass im Gespräch Geburtserfahrungen einfließen können, wie z. B. eine traumatische Geburt. Einige Babylotsinnen fanden zudem, dass die Eltern nach der Geburt gesprächsfreudiger und sentimentaler erzählen als vor der Geburt. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme kurz nach der Geburt teilweise auch sehr eingeschränkt. Es wurde auch als problematisch beschrieben, dass der Großteil der Babylotsinnen keine eigenen oder geeigneten Räumlichkeiten (z. B. aufgrund zu langer Wege) für das Führen der Gespräche zur Verfügung hat. Häufig finden, so die Fokusgruppenteilnehmerinnen, die Gespräche unter der Hektik des Klinikalltags und dem Beisein anderer Patient:innen in Mehrbettzimmern anstatt in ruhiger Atmosphäre statt.

Tab. 3: Clearing

Clearing (Anteilswerte in %)	KH mit Angaben	Mittlerer Anteils- wert	Median	Minimum	Maxi- mum
Erfolgte Clearings pro Geburten	17	32,6	32,4	13,4	80,1
Erfolgte Clearings pro Klärungsbedarf	17	76,9	78,0	51,6	96,2
Nicht erfolgte Clearings pro Klärungsbedarf	17	23,5	22,0	3,8	48,4
Pränatale Clearings pro erfolgte Clearings	16	18,3	8,8	1,0	89,6
Postnatale Clearings pro erfolgte Clearings	16	81,7	91,2	10,4	99,0

Bei der konkreten **Umsetzung der Clearings**, zeigt sich, dass das Ziel, dieses mit allen Eltern mit Klärungsbedarf zu führen, insgesamt nicht ganz erreicht wird. Im Mittel erfolgt ein Clearing

nicht bei allen, sondern bei 76,9 % der Familien mit Klärungsbedarf und bei 32,6 % aller Geburten. Im Schnitt wird entsprechend mit 23,5 % aller Eltern mit Klärungsbedarf kein Gespräch geführt. Der Anteil der nicht gesprochenen Eltern variiert zwischen den Kliniken deutlich und liegt zwischen 3,8 % und 48,4 % der Eltern mit Klärungsbedarf (Tab. 3).

Mögliche Gründe (z. B. Sprachbarrieren, kurze Liegezeiten), dass die Clearings nicht erfolgen, wurden mit der Datenübermittlung benannt und in den Fokusgruppen reflektiert. Die Teilnehmerinnen begründeten den Anteil nicht erfolgter Clearings vor allem mit den als grundsätzlich zu gering eingeschätzten zeitlichen Kapazitäten der Babylotsinnen sowie den oftmals fehlenden Vertretungsregelungen oder -möglichkeiten. Besonders hervorgehoben wurde, dass die Babylotsinnen zu verschiedenen Zeiten standardmäßig, wie Wochenende und Feiertage, oder punktuell über das Jahr verteilt, wie Urlaub oder Krankheit, nicht oder in nicht ausreichendem Maße verfügbar sind, um alle Eltern mit potenziellem Klärungsbedarf, insbesondere Eltern mit kurzen Verweildauern (< 24 Stunden), erreichen zu können. Ein ähnliches Bild der Einsatzzeiten zeigte sich auch bei den Lotsendiensten in den Geburts- und Kinderkliniken in NRW, die an den Wochenenden und an Feiertagen ebenfalls selten besetzt waren (Steffen et al. 2022b). Eine Präsenz der Babylotsinnen an den Wochenenden und Feiertagen sowie teilweise Vertretungsregelungen für Urlaubs- oder Krankheitszeiten sind nach Angaben der Teilnehmerinnen grundsätzlich wünschenswert.

Problematisiert wurde aber der geeignete Zeitpunkt der Kontaktaufnahme oder des Gesprächs mit den Eltern, das in der Regel nach der Geburt stattfindet. So würde der Tagesablauf der Eltern oder der strukturierte Krankenhausalltag dazu führen, dass Eltern nicht erreicht werden. Beispielsweise sei während der ärztlichen Visite, wenn die Eltern schlafen, wenn Besuch da ist oder das Baby schreit, kein Gespräch möglich. Schwierig sei ein Gespräch zum Teil auch aufgrund der Erschöpfung nach der Geburt oder die (gewünschte) Fokussierung auf das Baby.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Freiwilligkeit des Angebots diskutiert, die von den Teilnehmenden grundsätzlich durchweg als positiv eingeschätzt wurde. Problematisiert wurde jedoch, dass Eltern, die das Angebot ablehnen, mitunter hilfreiche Informationen und Angebote verpassen würden. Seitens der Babylotsinnen wäre es daher wünschenswert, wenn das Angebot, z. B. zum einen Werbemaßnahmen, v. a. in anderen Sprachen, intensiviert werden würden und zum anderen sich die Eltern proaktiver melden könnten, z. B. über eine zentrale Hotline. Problematisch könnten in diesem Zusammenhang nach Angaben der Teilnehmenden sein, dass sich erfahrungsgemäß Familien melden, die ihren Bedarf überschätzen. In einer anderen Studie konnte bereits gezeigt werden, dass insbesondere belastete Mütter im Vergleich zu unbelasteten Müttern sich seltener Hilfe von außen suchen und dies mit mehr Hemmnissen verbunden ist (van Staa und Renner 2020).

Grundsätzlich bewerten die Teilnehmenden es als wünschenswert, Kontakt zu den verpassten Eltern aufzunehmen und es gibt in den Häusern auch verschiedene strukturierte Optionen, die Eltern nach Entlassung noch zu erreichen. Die Kontaktaufnahme von verpassten Frauen/Familien ist nach Angaben der Kliniken zumeist per Postkarte oder telefonisch vorgesehen (Abb. 31). In den Fokusgruppen wurde hierzu angemerkt, dass sich nur wenige Familien auf die Postkarten hin zurückmelden. Eine Kontaktaufnahme per Mail wäre wünschenswert, sei aber vor dem Hintergrund des Datenschutzes nur schwer umsetzbar.

3.3 Babylotsengespräch

Wenn sich der Klärungsbedarf im Clearinggespräch verifiziert hat, soll gemäß des Qualitätsrahmens Babylotse ein vertiefendes Gespräch zur detaillierten Klärung eines eventuellen Unterstützungswunsches und -bedarfs durchgeführt werden. Der Anteil der Babylotsenfälle pro Geburten lag im Jahr 2022 durchschnittlich bei 30 % (Tab. 4).

Tab. 4: Babylotsenfälle

Babylotsenfälle (Anteilswerte in %)	KH mit Angaben	Mittlerer Anteils- wert	Median	Minimum	Maxi- mum
Babylotsenfälle pro Geburten	16	30,0	28,8	11,8	78,7
Fälle ohne Unterstützungsbedarf pro Klärungsbedarf	16	7,7	4,7	0,2	41,8

Es gibt je nach Unterstützungsbedarf und notwendiger Intensität verschiedene Formen von Babylotsenfällen: Beratung – Kurzfall – Intensivfall – Fall ohne persönlichen Kontakt. Betrachtet man die im Jahr 2022 erhobenen Daten, so finden in den meisten Fällen Beratungen (78,5 %) statt, in denen die Probleme aus dem Clearing in 1 bis 2 Beratungsgesprächen, ggf. inklusive Clearing, thematisiert werden. Bei 12,3 % der Babylotsenfälle handelte es sich um Kurzfälle (Überleitungen/Begleitung mit mehreren Kontakten (auch telefonisch)) und waren 7,7 % Intensivfälle (besondere Fallschwere/erhöhter Arbeitsaufwand) (Tab. 5). Es gibt auch Babylotsenfälle ohne persönlichen Kontakt. Im Mittel liegt der Anteil der Fälle ohne persönlichen Kontakt an allen Babylotsenfällen bei 1,6 %.

Tab. 5: Formen von Babylotsenfällen

Formen von Babylotsenfällen (Anteilswerte in %)	KH mit Angaben	Mittlerer Anteils- wert	Median	Minimum	Maxi- mum
Beratungen pro Babylotsenfälle	11	78,5	79,7	65,0	91,3
Kurzfälle pro Babylotsenfälle	11	12,3	13,1	5,4	22,8
Intensivfälle pro Babylotsenfälle	11	7,7	6,1	1,2	17,0
Fälle ohne persönlichen Kontakt pro Babylotsenfälle	11	1,6	1,3	0,3	4,7

In dem Gespräch sollen die Babylotsinnen dem Qualitätsrahmen folgend die eigenen Ressourcen der Familie aktivieren, passende Angebote vorstellen und die Eltern zur Inanspruchnahme motivieren. Ähnlich sind die NZFH-Empfehlungen (vgl. 10. NZFH-Qualitätskriterium, Tab. 7), die jedoch auch darauf fokussieren, dass dies gemeinschaftlich mit der Familie erfolgen soll. Beide Rahmen heben hervor, dass das Gespräch in barrierefreien Räumlichkeiten bzw. einem störungsfreien und vertraulichen Setting geführt werden sollte.

Alle Kliniken geben an, dass die Babylotsinnen im Rahmen der Gespräche zu den folgenden **Themen** beraten können (Abb. 32): Erweiterung/Aktivierung des persönlichen Netzwerks, Alltagsstrukturierung, psychische/emotionale Belastung der Eltern, Partnerschaftskonflikte, finanzielle Angelegenheiten, behördliche Angelegenheit, Migration. Zu den Themen abhängigkeitsbedingte Belastungen der Eltern, Geburtsvorbereitung und Nachsorge, Versorgung des Kindes und Geschwisterkinder, Frühgeborene/Behinderung oder Erkrankung des Kindes, medizinische Versorgung und Erziehungsfragen liegen in fast alle Kliniken (94,1 %) Informationen zu Beratungen vor. Zu Wohnungsangelegenheiten bieten 88,2 % der Kliniken Unterstützung an. In den Kliniken ist vorgesehen, dass die Babylotsinnen diese Gespräche sowohl präpartal als auch postpartal durchführen können (Abb. 33). Diese Informationen der Kliniken lassen nur Rückschlüsse über das mögliche Beratungsspektrum und -setting zu. Die konkreten Gesprächsinhalte stimmen die Babylotsinnen jeweils individuell auf die Situation der Familien ab. Die Sicht der Eltern zu den angesprochenen Themen wird in Kap. 5.2 dargestellt.

Die **durchschnittliche Dauer** eines Babylotsenfalls beträgt 35,5 Minuten (nicht dargestellt). In den Fokusgruppen wurde hierzu angemerkt, dass die Intensität bzw. der Aufwand eines Babylotsenfalls abhängig von dem Bedarf der Frau ist, wie auch die Beratungsvarianten zeigen, und sich dies auch in der Gesprächsdauer widerspiegelt. Als besonders zeitintensiv wurden die Gespräche bei Familien mit multiplen Stressfaktoren benannt, z. B. psychologische Belastungen bei Mutter und/oder Vater, eine hohe Anzahl an Kindern im Haushalt, ein gemeinsames Gespräch mit anderen Berufsgruppen (z. B. Psychologe bzw. Psychologin), der

Einsatz von Übersetzungsdiensten, die Beratung von Frauen aus Mutter-Kind-Einrichtungen. Zum Teil würden hier aufgrund des erhöhten Bedarfs oder aufgrund von Unterbrechungen (z. B. wenn das Baby schreit) auch mehrere Gespräche stattfinden. Die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, insbesondere bei Unterbesetzung durch Urlaub oder Krankheit, werden von den Teilnehmenden in ihrem Arbeitsalltag als einschränkender Faktor wahrgenommen.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen beschreiben die **Reaktion der Eltern** auf das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin als überwiegend offen und in der Regel dankbar. Nur selten treffen die Babylotsinnen in den Beratungsgesprächen bei den Eltern auf Ablehnung. Diese wurde vielfach mit einem anderen kulturellen Hintergrund, der Unkenntnis des Programms sowie dessen Ziele und damit einhergehenden Verunsicherungen der Eltern („was wollen die?“) begründet.

Differenziert diskutiert wurde das Thema „Eltern mit einem anderen kulturellen Hintergrund“. Bei Frauen mit einem anderen kulturellen Hintergrund, so beschrieben es die Fokusgruppenteilnehmerinnen, wird z. T. die Anwesenheit des Mannes während des Gesprächs mit der Babylotsin gewünscht. Dies ist aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmerinnen mit Vor- und Nachteilen verbunden. Die Babylotsinnen heben hervor, dass sofern eine Kommunikation auf Deutsch mit der Frau nicht möglich ist, die Anwesenheit des Mannes als Übersetzer hilfreich ist. Die Anwesenheit des Mannes kann das Gespräch mit der Frau jedoch auch beeinflussen und insbesondere bei Verdacht auf häusliche Gewalt ist es nach Aussagen der Babylotsinnen besser, allein mit der Frau zu sprechen. Als weiterer Stolperstein neben der sprachlichen Barriere wurde die Unkenntnis über das deutsche Gesundheitssystem angeführt.

Den Babylotsinnen in allen Berliner Geburtskliniken steht seit Mitte 2022 der telefonische Übersetzungsdienst **TRIAPHON** zur Verfügung, um die Eltern, mit denen nicht auf Deutsch kommuniziert werden kann, zu erreichen. Dies stellte 2022 die häufigste Belastung dar. Insgesamt wurde dieses Angebot von den Babylotsinnen im Zeitraum zwischen Juli und Dezember 2022 658-mal in Anspruch genommen. Im Mittel hat jede Klinik den Dienst 35-mal genutzt, wobei die Häufigkeit der Nutzung von 1-mal bis zu 113-mal variiert. Die Nachfrage nach den Sprachen Vietnamesisch, Russisch, Arabisch und Türkisch war am größten.

Grundsätzlich nehmen die Babylotsinnen nach eigenen Angaben Übersetzungsdienste, sei es durch einen Dolmetscher vor Ort oder via TRIAPHON, als hilfreich für die Gespräche mit den Frauen war und betonen, dass so auch Familien angesprochen werden konnten, die vorher keine Unterstützung durch die Babylotsinnen bekommen konnten. Ungeachtet des hohen Nutzens melden die Teilnehmenden der Fokusgruppe aber auch Schwierigkeiten mit TRIAPHON zurück. So wird berichtet, dass die Dolmetscher:innen nicht immer über

medizinische Kenntnisse verfügen und teilweise keine „offiziellen Dolmetscher sondern eher Laien“ eingesetzt werden, was die Übersetzungen erschwere. Auch wurde darauf hingewiesen, dass die Übersetzer:innen (aus diesen Gründen) nicht immer kulturelle Aspekte berücksichtigen, wobei dies aber sehr von der übersetzenden Person und der zu übersetzenden Sprache abhängt. Die Professionalität mancher Übersetzungen wurde von den Teilnehmerinnen auch in Frage gestellt, da die Übersetzenden sich nicht ausschließlich hierauf konzentrieren konnten. So wurde beispielsweise von Hintergrundgeräuschen durch spielende Kinder berichtet. Unsicherheiten wurden auch dahingehend beschrieben, dass die Babylots:innen nach eigenen Angaben nicht immer wissen, was die Dolmetscher:innen genau sagen. Dies wurde von den Teilnehmerinnen, z. B. durch die unterschiedlichen Längen der Ursprungsfrage und der übersetzten Frage, begründet. All dies führte zum Teil auch dazu, dass Zweifel an der Neutralität der Dolmetscher sowie dem Wahrheitsgehalt der Übersetzungen geäußert wurden. Das TRIAPHON wurde nach Angaben der Fokusgruppenteilnehmerinnen zudem noch nicht validiert und evaluiert.

Ungeachtet der genannten Kritikpunkte wurde TRIAPHON als hilfreiches, tolles Angebot, das unbedingt ausgebaut werden sollte, beschrieben. Es wurde Bedarf an weiteren Sprachen gemeldet, zum Beispiel in den Sprachen Albanisch, Serbisch und Französisch und die Ausweitung auf andere Berufsgruppen (z. B. Hebammen und Ärzt:innen) gefordert.

3.4 Weiter-, Überleitung und Vernetzung

Die Babylots:innen sollen die Eltern im nächsten Schritt an passgenaue Angebote überleiten. **Intern** ist in fast allen Kliniken vorgesehen (94,1 %), zum Sozialdienst überzuleiten und ein Großteil auch zur Psychologie/Psychiatrie (76,5 %) sowie zur Seelsorge (64,7 %) (Abb. 34). Hinsichtlich der internen Vernetzung waren die Rückmeldungen von den Fokusgruppenteilnehmerinnen sehr unterschiedlich, da das Angebot krankenhauser interner Überleitungen sehr stark von Klinik zu Klinik variiert. Es zeichnete sich deutlich ab, dass größere Kliniken auch ein größeres Spektrum an Ansprechpartner:innen aufweisen. Einige Babylots:innen berichteten, dass sie sich bereits über die Jahre ein gutes Netzwerk mit internen Ansprechpartner:innen (z. B. Hebammen, Ärzt:innen, Sozialdienst) sowie externen Stellen (z. B. Frühe Hilfen) aufgebaut haben, was den Familien zugute kommt. Die Teilnehmerinnen aus den kleineren Kliniken gaben an, dass es häufig an psychologischen oder sozialdienstlichen Überleitungsangeboten fehlt. Zudem erhalten die Babylots:innen teilweise keine Rückmeldung zu ihren Vermittlungsanfragen, wobei das Nachhaken und Dranbleiben, bei den schon bereits als knapp beschriebenen zeitlichen Ressourcen, als schwierig und aufwändig eingeschätzt wurde.

In 94,1 % der Kliniken nehmen die Babylotsinnen an den Teamsitzungen teil (Abb. 35). In gut der Hälfte der Kliniken (52,9 %) sind die Babylotsinnen auch bei Klinikbesprechungen dabei. An der Kinderschutzgruppe (35,3 %), Sozialvisiten (29,4 %) und dem psychosozialen Team (11,8 %) nehmen die Babylotsinnen seltener teil. Die Qualität der Zusammenarbeit wurde von den Teilnehmenden der Fokusgruppen als unterschiedlich beschrieben. Ein regelmäßiger, interdisziplinärer Austausch wird von allen Beteiligten gewünscht, findet jedoch noch nicht flächendeckend statt.

Das Spektrum der **externen** Weiter- oder Überleitungen ist wesentlich umfangreicher. So geben alle Kliniken an, zu Hebammen, zu Familienhebammen/Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Familienzentren, Sozialberatung und zu Kinderärzt:innen weiter- oder überzuleiten. Fast alle Kliniken (94,1 %) können die Eltern auch an die aufsuchende Elternhilfe, Krankenkassen, Integrationslots:innen sowie Stadtteilmütter vermitteln. Kontakte zu Familienpflagediensten haben 82,4 % der Kliniken.

Mit Blick auf die externe Vernetzung sind 94,1 % der Kliniken Teil der AG Frühe Hilfen und 41,2 % nehmen an der AG Kinderschutz teil.

Die Rückmeldungen von den Fokusgruppenteilnehmerinnen zum Stand der Vernetzung mit externen Ansprechpartner:innen reichten von einer zufriedenstellenden bis hin zu einer sehr eingeschränkten Vernetzung. Besonders zwischen den einzelnen Bezirken, die individuell organisiert werden, variieren die bestehenden Vernetzungen stark. Als ein Stolperstein werden die geringen zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, die die Intensivierung von Vernetzungen erschweren, wahrgenommen.

Insgesamt fehlt es den Befragten an ausreichenden Angeboten, an die sie überleiten können. Aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppen würde besonders der Fachkräftemangel in den Bereichen Kindermedizin und Psychologie (insbesondere Hilfe bei Wochenbettdepressionen) erfolgreiche Überleitungen erschweren, aber auch in den Bereichen Haushaltshilfen und Ehrenamt sei das Angebot nicht ausreichend. Weiterhin beschrieben die Teilnehmenden im Hinblick auf die Überleitungsangebote ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle. Besonders im Berliner Umland und in Brandenburg werden Überleitungen als besonders herausfordernd wahrgenommen, da das Angebot deutlich begrenzt ist im Vergleich zum Berliner Stadtgebiet.

3.5 Kontakte nach der Entlassung

Die Babylotsenfälle sollen mit dem Ziel der kontinuierlichen Optimierung der Prozesse evaluiert werden. Hierzu ist es vorgesehen, dass die Babylots:innen nach 3 - 4 Wochen und

nach 3 - 4 Monaten mit weitergeleiteten Familien (Kurz- & Intensivfälle) noch einmal Kontakt aufnehmen. In 88 % der Kliniken wird nach eigenen Angaben in den Leistungsberichten eine Kontaktaufnahme nach 3 bis 4 Wochen immer oder meistens durchgeführt (Abb. 36). Eine erneute Evaluation nach 3 bis 4 Monaten wird nach Informationen der Häuser bei 94 % der Kliniken nur gelegentlich umgesetzt.

In den Fokusgruppen gaben die Teilnehmerinnen weiterführende Informationen zur Evaluation. Die Babylotsinnen berichteten, dass sie versuchen, 3 bis 4 Wochen nach der Beratung erneut zu den Eltern, die als Intensivfälle bzw. weitergeleitete Fällen eingestuft wurden, Kontakt aufzunehmen und nachzufragen, ob ihr Bedarf gedeckt ist. Dies zu realisieren, wurde als schwierig beschrieben. Kontaktaufnahmen darüber hinaus, z. B. 3 bis 4 Monate nach dem Gespräch, stuften sie als kaum umsetzbar ein („utopisch“). Begründet wurde dies vor allem mit den knappen personellen Ressourcen, den fehlenden organisatorischen Strukturen (z. B. kein Remindingsystem, kein standardisiertes, automatisiertes Verfahren) sowie den schwer zu erreichenden Eltern (z. B. nicht zuhause, Telefonnummer geändert, sind beschäftigt mit Stillen). Bei Frauen, die andere Sprachen sprechen, wäre eine Kontaktaufnahme per E-Mail aus Sicht der Teilnehmenden gut geeignet, denn diese Frauen könnten sich die E-Mail durch Übersetzungsdienste in ihre Sprache übersetzen. Insgesamt wurde die Evaluation als (zu) zeitaufwändig und nicht mehr unbedingt nötig, eingeschätzt. Die Teilnehmenden begründen dies damit, dass sich in den letzten Jahren ein gutes Weiterleitungs-Netzwerk etabliert hat und weniger Sorge besteht, wie es den Eltern zuhause ergeht. In der NRW-Lotsenstudie gaben die Befragten an, dass oftmals eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Eltern vorgesehen war, die auch mehrheitlich als hilfreich und gut umsetzbar eingestuft wurde (Steffen et al. 2022b).

Die Eltern nehmen von sich aus sehr selten Kontakt mit den Babylotsinnen auf, so der Tenor in den Fokusgruppen. Eine Kontaktaufnahme durch die Eltern würde in der Regel nur erfolgen, wenn Fragen bestehen oder Überleitungen problematisch sind.

4 Soziale Lage

4.1 Auffälligkeiten gemäß Screeningverfahren per Anhaltsbogen

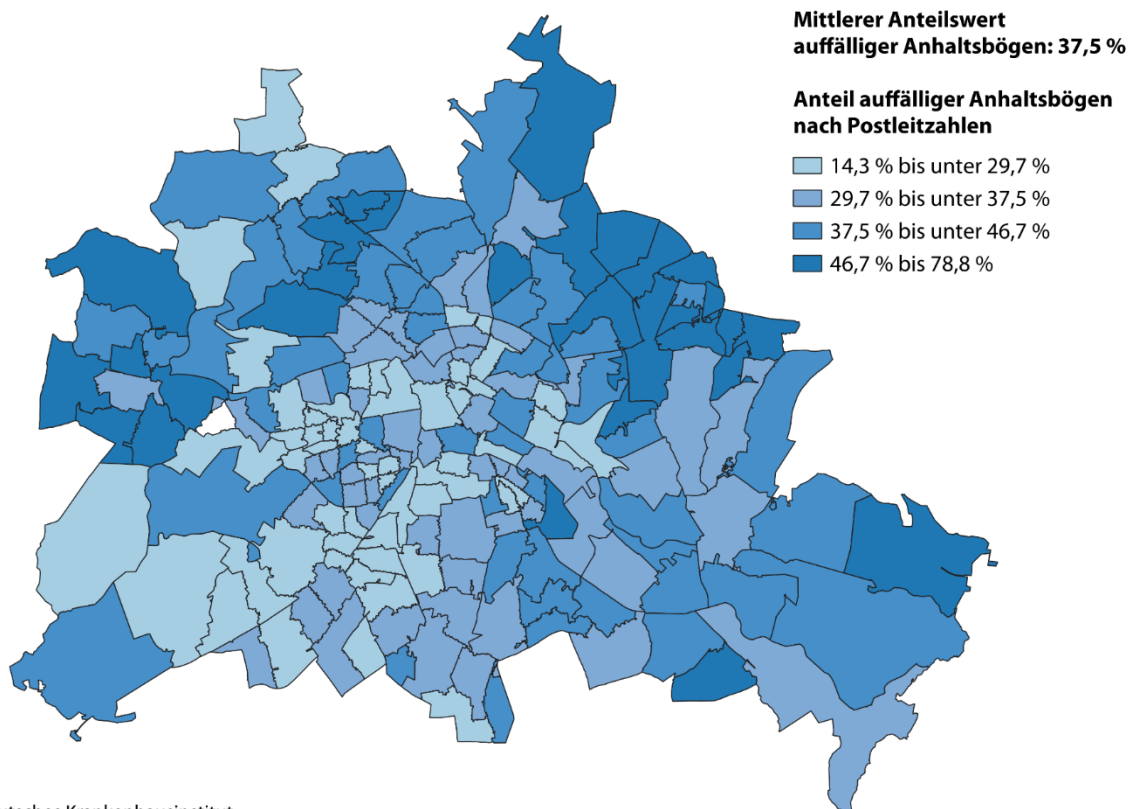
Eine zentrale Fragestellung der Evaluation bestand darin zu beurteilen, ob es zielführend ist, unterschiedliche fachliche und personelle Intensitäten der Leistungen der Babylots:innen nach sozialer Lage vorzusehen. Um dieser Frage nachzugehen, wurden zunächst die auf Ebene der Postleitzahlen (PLZ) dokumentierten auffälligen und nicht auffälligen Anhaltsbögen näher betrachtet.

Der Anteil auffälliger Anhaltsbögen belief sich im Jahr 2022 auf Ebene des Bundeslandes Berlin im Schnitt auf 37,5 %⁸. In Bezug auf die einzelnen PLZ ist ein Nord-Süd-Gefälle erkennbar. An den Grenzen im Norden des Landes Berlin wiesen besonders viele PLZ-Bezirke sehr hohe Anteile auffälliger Anhaltsbögen im Bereich zwischen 46,7 % und 76,8 %⁹ auf. Im Gegensatz dazu waren insbesondere im Süd-Westen, aber auch im Bereich der Landesmitte besonders viele PLZ-Bezirke mit sehr geringen Anteilen auffälliger Anhaltsbögen im Bereich zwischen 14,3 % und 29,7 % vertreten. In den östlichen Randbezirken lagen die Anteile auffälliger Anhaltsbögen vorrangig in den mittleren Bereichen mit Werten zwischen 29,7 % und 37,5 % sowie zwischen 37,5 % und 46,7 %.

Auf der Ebene der PLZ-Bezirke hat der Anteil auffälliger Anhaltsbögen eine hohe Varianz zwischen 14,3 % und 78,8 % aufgewiesen (Abb. 2). Die PLZ 10587 (Charlottenburg) hatte mit 14,3 % den geringsten Anteilswert auffälliger Anhaltsbögen (Abb. 37), gefolgt von der PLZ 10511 (Moabit) und der PLZ 10119 (Mitte/Prenzlauer Berg). Unter den TOP 10 der PLZ mit den niedrigsten mittleren Anteilswerten auffälliger Anhaltsbögen befand sich eine weitere PLZ aus dem Stadtteil Charlottenburg (10627) sowie zwei PLZ-Bezirke aus dem Stadtteil Steglitz (12161 und 12169) (Tab. 8). Den höchsten mittleren Anteilswert auffälliger Anhaltsbögen hatte die PLZ 13125 (Karow/Buch) mit einem Wert von 78,8 %, gefolgt von der PLZ 12689 (Marzahn) und der PLZ 13089 (Heinersdorf). Unter den TOP 10 der PLZ mit den höchsten durchschnittlichen Anteilen auffälliger Anhaltsbögen war eine weitere PLZ aus dem Stadtteil Marzahn (12679) sowie zwei PLZ-Bezirke aus dem Stadtteil Neu-Hohenschönhausen (13059 und 13053) (Tab. 9).

⁸ Es handelt sich um den nach der jeweiligen Summe der Anhaltsbögen in den eingeschlossenen PLZ-Bereichen gewichteten Durchschnitt auffälliger Anhaltsbögen.

⁹ Die vorgenommenen 4 Abstufungen des Anteils der auffälligen Anhaltsbögen erfolgte dabei in Abhängigkeit der absoluten Anzahl an Anhaltsbögen gewichteten Mittelwerten, ähnlich wie bei der Einteilung eines Datensatzes in Quartile.



© Deutsches Krankenhausinstitut

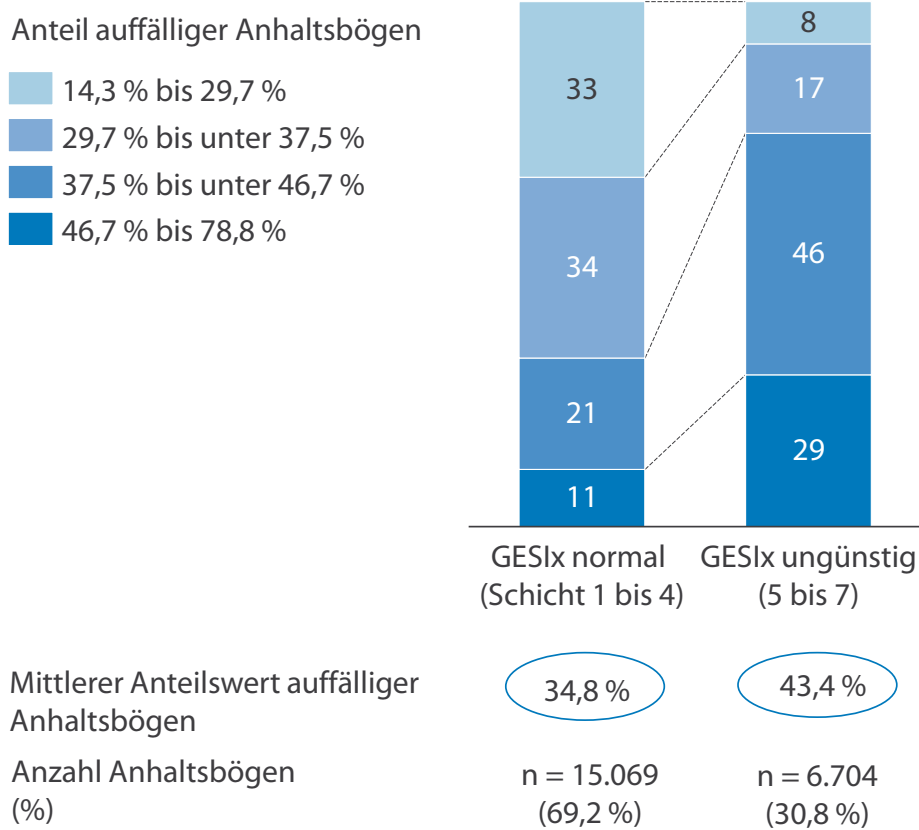
Abb. 2: Kartografische Darstellung der ausgefüllten Anhaltsbögen nach PLZ-Bezirken und Auffälligkeiten

Die Betrachtung auf PLZ-Ebene zeigt, dass es Bezirke gibt, in denen besonders viele bzw. wenige Eltern mit auffälligen Anhaltsbögen leben. Um zu überprüfen, inwieweit dies mit der sozialen Lage zusammenhängt, wurde der Gesundheits- und Sozialindex (GESIx) hinzugezogen. In der Gruppe der PLZ-Bereiche mit einem normalen GESIx (Schichten 1 bis 4)¹⁰ waren im Schnitt 34,8 % aller Anhaltsbögen auffällig (Abb. 3, Abb. 38). Im Vergleich dazu war der Anteil auffälliger Anhaltsbögen mit im Schnitt 43,4 % in der Gruppe der PLZ-Bereiche mit einem ungünstigen GESIx (Schichten 5 bis 7) um etwa 10 %P höher.

In Analogie wiesen die PLZ-Bereiche mit überdurchschnittlich hohen Anteilen auffälliger Anhaltsbögen im Jahr 2022 auch besonders häufig einen ungünstigen GESIx auf, während die PLZ-Bereiche mit unterdurchschnittlich niedrigen Anteilen auffälliger Anhaltsbögen vorrangig einen normalen GESIx aufwiesen (Abb. 3, Abb. 38, Abb. 39). Konkret waren bei normalem GESIx zwei Drittel der Anhaltsbögen im unterdurchschnittlichen Bereich, während es bei einem ungünstigen GESIx nur ein Viertel war. Besonders deutlich war der Unterschied in der Gruppe mit den geringsten auffälligen Anhaltsbögen: Bei einem normalen GESIx ist dieser Wert mit 33 % rund 4-mal so hoch wie bei einem ungünstigen GESIx (8 %). Im

¹⁰ Die Einteilung der GESIx-Schichten erfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber (vgl. Kap. 8.1.1).

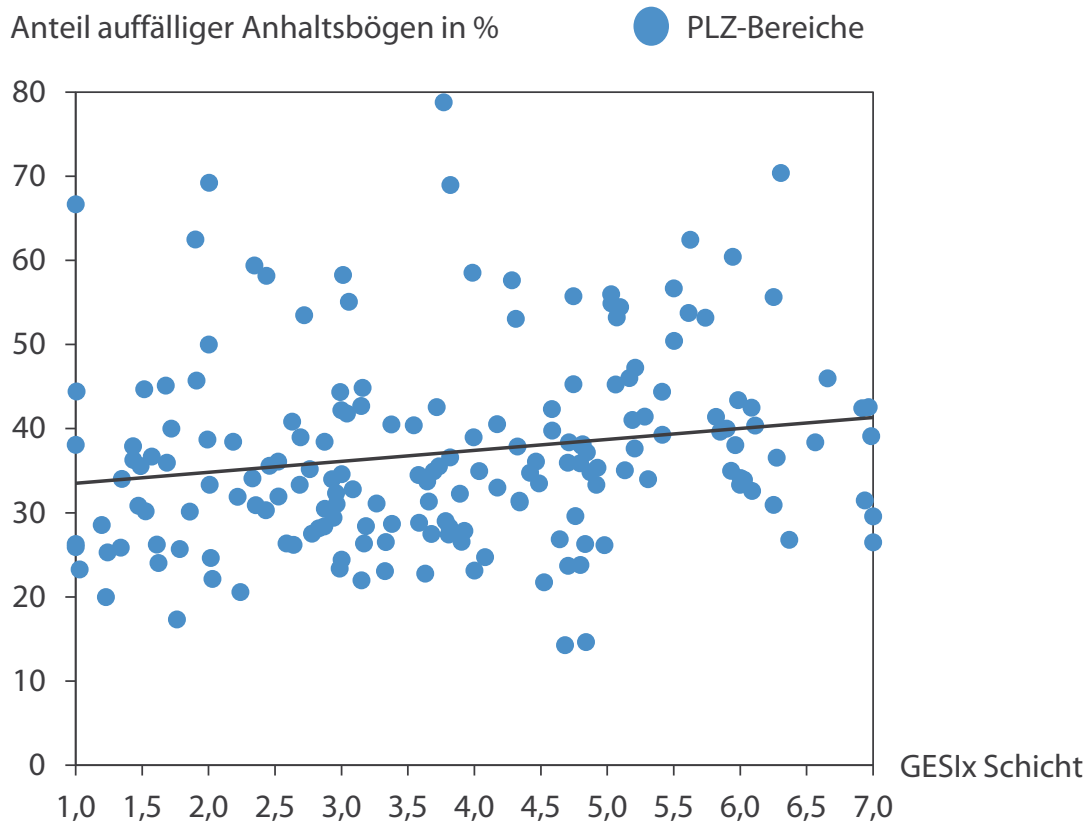
Gegensatz dazu wiesen drei Viertel der Anhaltsbögen bei einem ungünstigen GESIx überdurchschnittliche hohe Anteilswerte auffälliger Anhaltsbögen auf, während es bei einem normalen GESIx nur ein Drittel war.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Ausgefüllte Anhaltsbögen (relativ) nach 2-stufigem GESIx und Auffälligkeiten

Auf dieser Betrachtungsebene zeigt sich, dass Eltern mit auffälligen Anhaltsbögen deutlich häufiger in Berliner Bezirken mit ungünstiger sozialer Lage leben. Dies bestätigt sich als schwacher linearer Zusammenhang, visualisiert man die Anteile der auffälligen Anhaltsbögen in den einzelnen PLZ-Bereiche als Punktwolke mit Trendlinie (Abb. 4). Folglich nimmt der Anteil der auffälligen Anhaltsbögen mit der GESIx- Schicht leicht zu: Je ungünstiger die soziale Lage in einem PLZ-Bereich ist, desto mehr Auffälligkeiten ergeben sich auch in dem Screeningverfahren per Anhaltsbogen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: PLZ-Bereiche nach Anteil auffälliger Anhaltsbögen und GESIX-Schicht

In den Fokusgruppen wurde diskutiert, aufgrund welcher Ursachen dieser Zusammenhang (Abb. 4) entgegen der Erwartung eines sehr deutlichen Zusammenhangs, bedingt durch die hohe Varianz des Anteils auffälliger Anhaltsbögen auf Ebene der PLZ (Abb. 2), nur vergleichsweise schwach ausgefallen ist. Im Ergebnis lassen sich zwei Gründe besonders hervorheben:

- Ein adäquates Screening von schlecht situierten Patient:innen (mit angenommen ungünstigem GESIX) per Anhaltsbogen gelingt nicht bei allen Eltern. Daher werden einige Patient:innen fälschlicherweise als unauffällig bewertet, obwohl eigentlich Auffälligkeiten vorliegen (falsch negativ).
- Gut situierte Frauen (mit angenommen normalem GESIX) werden per Anhaltsbogen fälschlicherweise als auffällig bewertet, weil z. B. die Kommunikation auf Deutsch nicht möglich ist oder sie alleinerziehend sind. Diese Angaben führen zu einem erhöhten Score und somit zum Klärungsbedarf, der sich im Clearing nicht bestätigt, wenn beispielsweise ein Hilffssystem aufgebaut ist (falsch positiv).

Es wurde folglich vermutet, dass sich die Anteile der auffälligen Anhaltsbögen bei einer höheren Screeningqualität zwischen den Patient:innen mit ungünstigem und normalen GESix noch deutlicher voneinander unterscheiden würden. Ansätze, wie die Screeningqualität erhöht werden könnte, wurden in Kap. 3.1 beschrieben. Für eine größere Unabhängigkeit von fehleranfälligen Screeningverfahren wäre es darüber hinaus empfehlenswert zu prüfen, inwieweit es in Zukunft möglich ist, die Anzahl der Babylotsenfälle auf Ebene der PLZ zu erfassen und auszuwerten. Auf diese Weise würden falsch positiv gescreeente Eltern bei der Betrachtung der sozialen Lage nicht berücksichtigt. Gleichzeitig würde diese Kennzahl (Babylotsenfälle/Krankenhaus) eine adäquatere Grundlage zur Einschätzung der Frage, inwieweit personelle und monetäre Intensitäten in den Kliniken je nach sozialer Lage variieren sollten, ermöglichen.

Der ermittelte Zusammenhang zwischen sozialer Lage und den Anteilen auffälliger Anhaltsbögen muss vor dem Hintergrund der bestehenden Probleme der Datenqualität und Datengrundlage interpretiert werden. Zum einen stellt die ausgewertete Stichprobe nur 63 % der Grundgesamtheit aller ausgefüllten Anhaltsbögen in Berlin dar. Zudem sind nicht in allen Geburtshilfen PLZ ermittelt worden. Es ist aufgrund der fehlenden Datenverfügbarkeit nicht möglich zu prüfen, ob diese 63 % repräsentativ für Berlin und für alle Geburtshilfen sind. Empfehlenswert wäre es daher, zukünftig möglichst auch eine Vollerhebung der Daten in allen Kliniken und für alle Eltern, die im Klinikum entbunden haben, auf Ebene der PLZ anzustreben.¹¹ Zum anderen wird der GESix seitens der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege nur auf Ebene der LOR-Raumbezüge zur Verfügung gestellt, nicht aber auf Ebene der PLZ-Raumbezüge. Die GESix-Schichten auf der Ebene der PLZ wurden vom DKI über die Flächengrößen der einzelnen Planungsräume innerhalb der PLZ-Bereiche gewichtet (Vgl. Kap 0). Vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Daten stellt dieses methodische Verfahren die größtmögliche Annäherung bei der Projizierung des GESix auf die PLZ-Bereiche dar. Nichtsdestotrotz entspricht diese Berechnung nicht der gängigen Ermittlung des GESix durch die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege und weist dadurch ggf. Einschränkungen in der Übertragbarkeit auf. Darüber hinaus hat sich bereits bei der Qualitätsprüfung der Daten (Abb. 20, Abb. 21) gezeigt, dass die zur Verfügung gestellten Rohdaten teilweise fehlerbehaftet waren. Trotz umfangreicher Korrekturmaßnahmen bestanden weiterhin Limitationen im Hinblick auf die Überprüfung einzelner Kennzahlen. Die Datengrundlage weist somit ebenso ein mögliches Verzerrungspotenzial auf. Aufgrund der genannten Einschränkungen hinsichtlich der Validität können die abschließenden Beurteilungen daher nur als Hinweise und deutliche Trends eingeordnet werden.

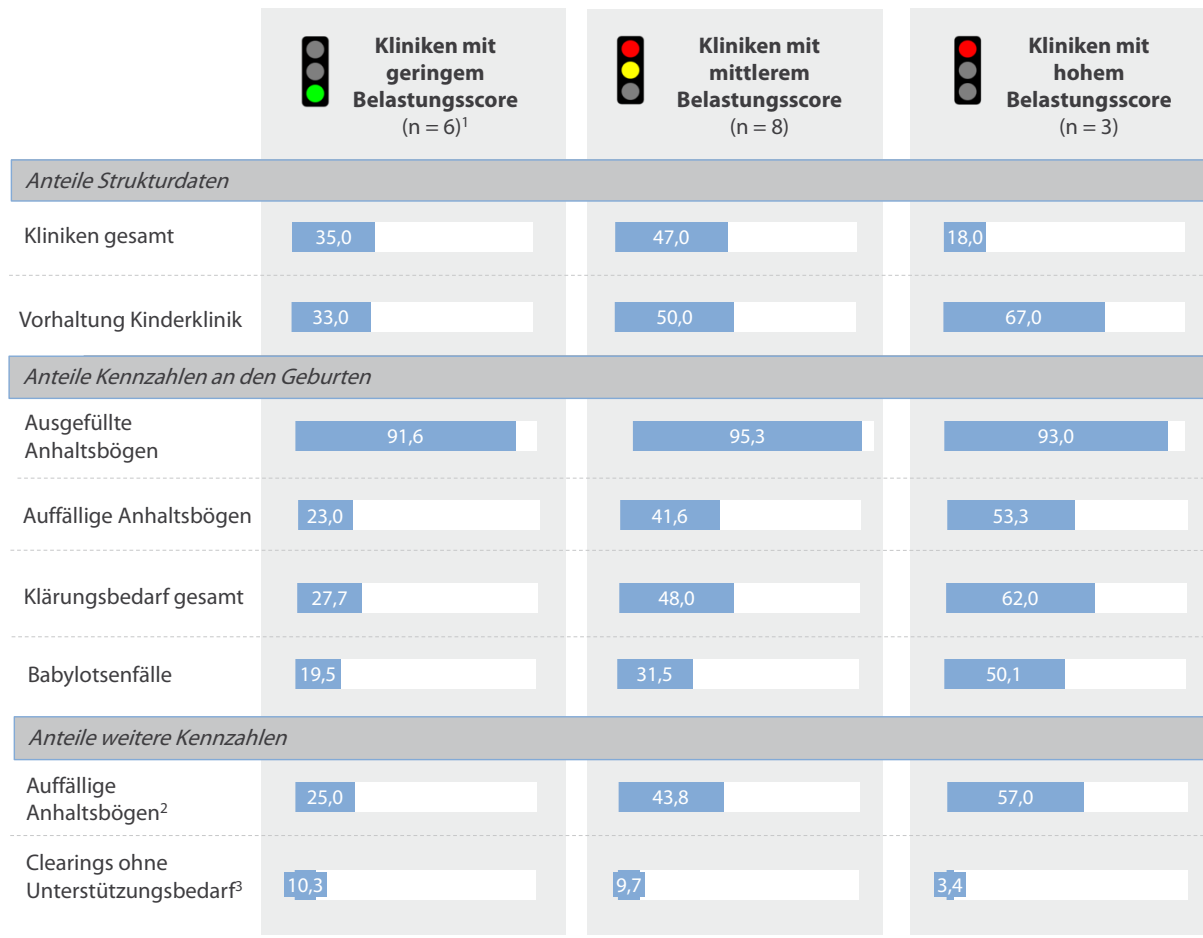
¹¹ Problematisch war in diesem Zusammenhang auch, dass die Anhaltsbögen in manchen Krankenhäusern vor der Geburt ausgefüllt wurden, aber nicht immer alle Eltern dann auch im Klinikum entbunden haben. Nicht alle Häuser haben den Anteil dieser Eltern aus den Kennzahlen gerechnet.

Auch in den Fokusgruppen wurde die Leitfrage, ob sich die fachlichen und personellen Ressourcen in den Kliniken je nach sozialer Lage unterscheiden sollten, diskutiert und von den Teilnehmerinnen zum überwiegenden Teil mit „ja“ beantwortet. Aus Sicht der Teilnehmerinnen könnten die folgenden Kriterien, die im Arbeitsalltag mit erhöhten Ressourcenaufwand verbunden sind, zur Differenzierung der Ressourcen herangezogen werden:

- Versorgungsstufe (z. B. PNZ-Level 1)
- Intensivfälle
- Psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Depression)
- Risikogeburten
- Kommunikation auf Deutsch nicht möglich.

4.2 Psychosoziales Belastungsniveau

Die Mehrheit der von den Babylotsinnen genannten Kriterien beziehen sich auf die Patientenklientelen und damit verbundene psychosoziale Belastungsfaktoren (vgl. Kap. 2.1.2). Dies bestätigt der vom DKI konzipierte sogenannte „Belastungsscore“ (vgl. Kap. 8.1.1). Der entwickelte Belastungsscore (Abb. 43) gibt Aufschluss über das standardisierte Belastungsniveau der Kliniken. Bei etwa einem Drittel der Kliniken wiesen die entbindenden Mütter auf Grundlage der dokumentierten Kennzahlen (Kennzahlen Berlin) ein im Vergleich geringeres Belastungsniveau auf, bei knapp der Hälfte der Geburtshilfen hatten die werdenden Eltern ein mittleres Belastungsniveau und in etwas weniger als einem Fünftel der Kliniken hatten die Entbindenden ein vergleichsweise höheres Belastungsniveau. Krankenhäuser, die auch eine Kinderklinik vorhalten, hatten ein vergleichsweise höheres Belastungsniveau als Häuser ohne Kinderklinik (Abb. 5).



1 Für eine Klinik lagen bei „Clearings ohne Unterstützungsbedarf“ und „Babylotsenfälle“ keine validen Daten vor

2 Anteil an ausgefüllten Anhaltsbögen

3 Anteil an Klärungsbedarf insgesamt

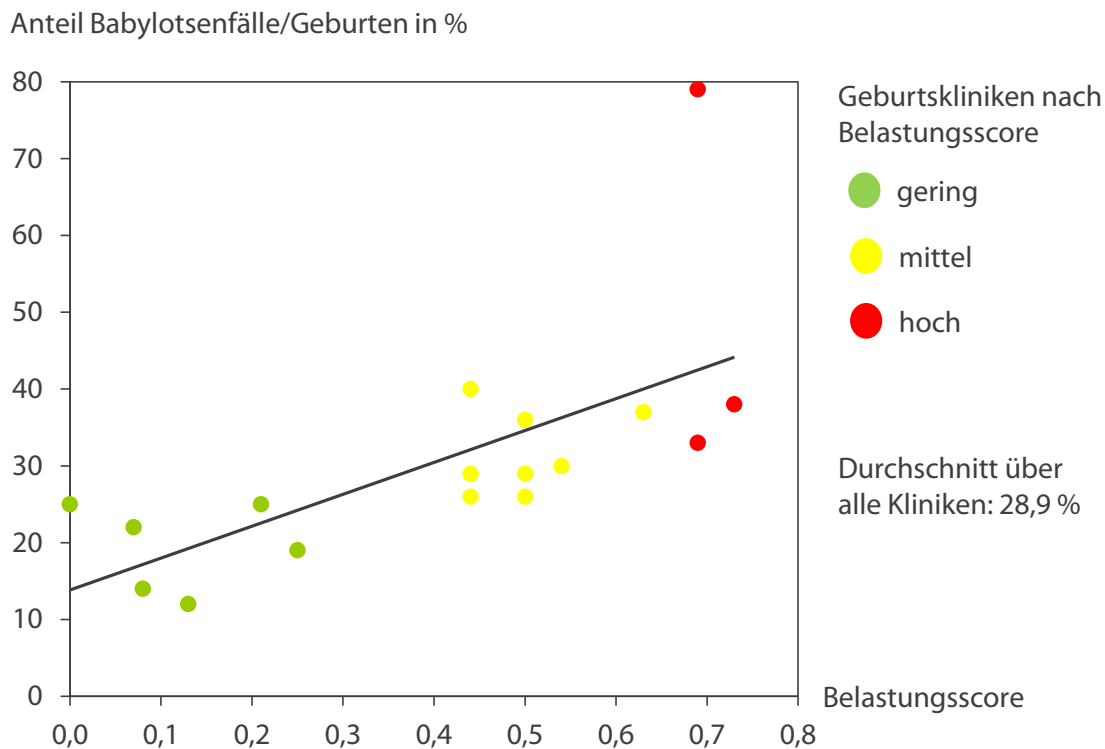
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Kennzahlen nach Belastungsniveau

Die Geburtenzahlen lagen in den Kliniken mit hohem Belastungsscore im Jahr 2022 mit durchschnittlich knapp 2.800 Geburten etwas höher als in den anderen Kliniktypen (je knapp 2.000). Betrachtet man die mittleren Anteile verschiedener Kennzahlen an den Geburtenzahlen für die verschiedenen klinischen Belastungsscores, so zeigten sich keine Unterschiede bei allgemeinen Kennzahlen, wie der Anzahl der ausgefüllten Anhaltsbögen oder der nicht erfolgten Clearings. Ein Zusammenhang trat jedoch erwartungsgemäß zwischen Belastungsscore der Kliniken und Kennzahlen, die aus den Belastungen resultieren, auf. So stiegen die Anteile der Eltern mit auffälligen Anhaltsbögen, mit Klärungsbedarf und die Babylotsenfälle an den Geburtenzahlen mit dem Belastungsscore der Häuser. So wurden in Kliniken mit niedrigem Belastungsscore beispielsweise 19,5 % der Entbindenden als Babylotsenfälle geführt, während dies in Geburtshilfen mit höherem Belastungsscore 50,1 % waren. Ähnliche Zusammenhänge zeigten sich auch bei anderen Kennzahlen. So steigt der

durchschnittliche Anteil der auffälligen Anhaltbögen an den ausgefüllten Anhaltbögen mit Belastungsscore der Kliniken. Während Häuser mit geringerem Belastungsniveau 25 % aller ausgefüllten Anhaltbögen einen erhöhten Score aufwiesen, waren es 57 % in den Geburtshilfen mit erhöhtem Belastungsscore. Gleichzeitig sank der Anteil der Clearings ohne Unterstützungsbedarf am Klärungsbedarf insgesamt mit zunehmendem Belastungsniveau in den Kliniken. In den Kliniken mit einem geringen Belastungsscore lag er bei 10,3 % und in den Häusern mit hohem Belastungsscore hingegen bei 3,4 %. Im Umkehrschluss spricht dies für einen höheren Unterstützungsbedarf bei den Müttern in den Kliniken mit einem erhöhten Belastungsniveau (Abb. 5, Tab. 10, Tab. 11).

Die Ergebnisse belegen, dass in den Kliniken mit steigendem Belastungsscore vergleichsweise deutlich mehr belastete Eltern aufgenommen waren und von den Babylots:innen im Rahmen des Clearings und/oder Babylotsengespräch beraten werden mussten. Insbesondere bei Auswertung auf der Ebene der Geburtskliniken ergibt sich ein deutlicher linearer Zusammenhang zwischen dem Belastungsniveau der Häuser und dem Anteil der Babylotsenfälle gemessen an den Geburten (Abb. 6).



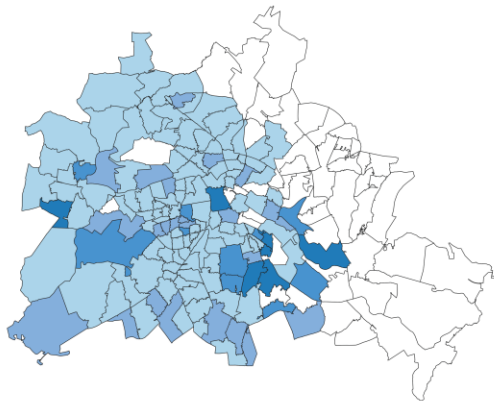
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Geburtskliniken nach Belastungsscore und Babylotsenfällen¹²

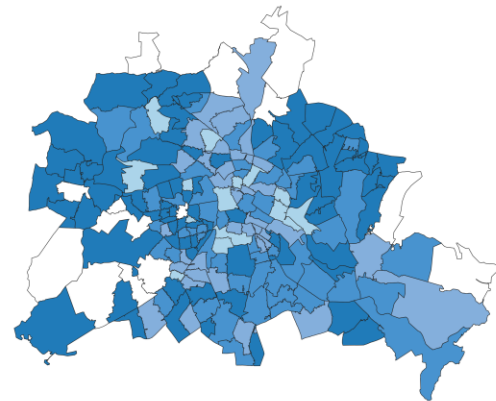
¹² Hinweis zur Klinik mit Belastungsscore von 0,0: Der Belastungsscore wurde auf Basis von Mittelwerten ermittelt, indem geprüft wurde, ob die jeweilige Klinik einen unter- oder überdurchschnittlichen Anteil belasteter Frauen gemäß Kennzahl versorgt hat. Ein Belastungsscore von 0,0 bedeutet folglich nicht, dass die Patient:innen der Klinik keine psychosozialen Belastungen aufweisen, sondern lediglich, dass sie über alle Variablen hinweg unter dem klinikübergreifenden Durchschnitt liegen.

Bei der geografischen Analyse der auffälligen und nicht auffälligen Anhaltsbögen nach PLZ-Gebieten und Belastungsscore konnten im Vergleich zu Kapitel 2.1.2 nur die Kliniken berücksichtigt werden, die auch räumliche Daten erhoben haben. Die Anzahl der Kliniken in den verschiedenen Gruppen des Belastungsscores, als auch die Anzahl der auswertbaren Datensätze waren daher insgesamt geringer. Die Ergebnisse können jedoch grundsätzlich als valide eingestuft werden, da die Anteile der auffälligen Anhaltsbögen insgesamt nur sehr geringfügig voneinander abweichen.

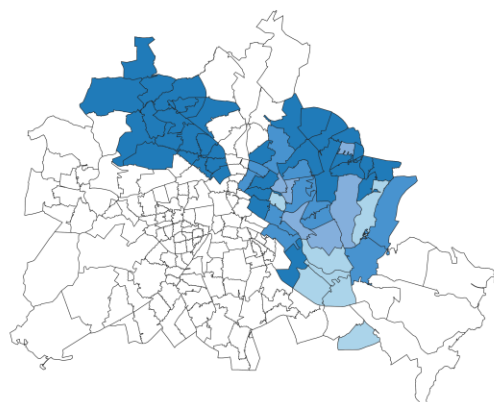
Belastungsscore gering



Belastungsscore mittel



Belastungsscore hoch



Anteil auffälliger Anhaltsbögen

- 14,3 % bis 29,7 %
- 29,7 % bis unter 37,5 %
- 37,5 % bis unter 46,7 %
- 46,7 % bis 78,8 %
- Keine Daten

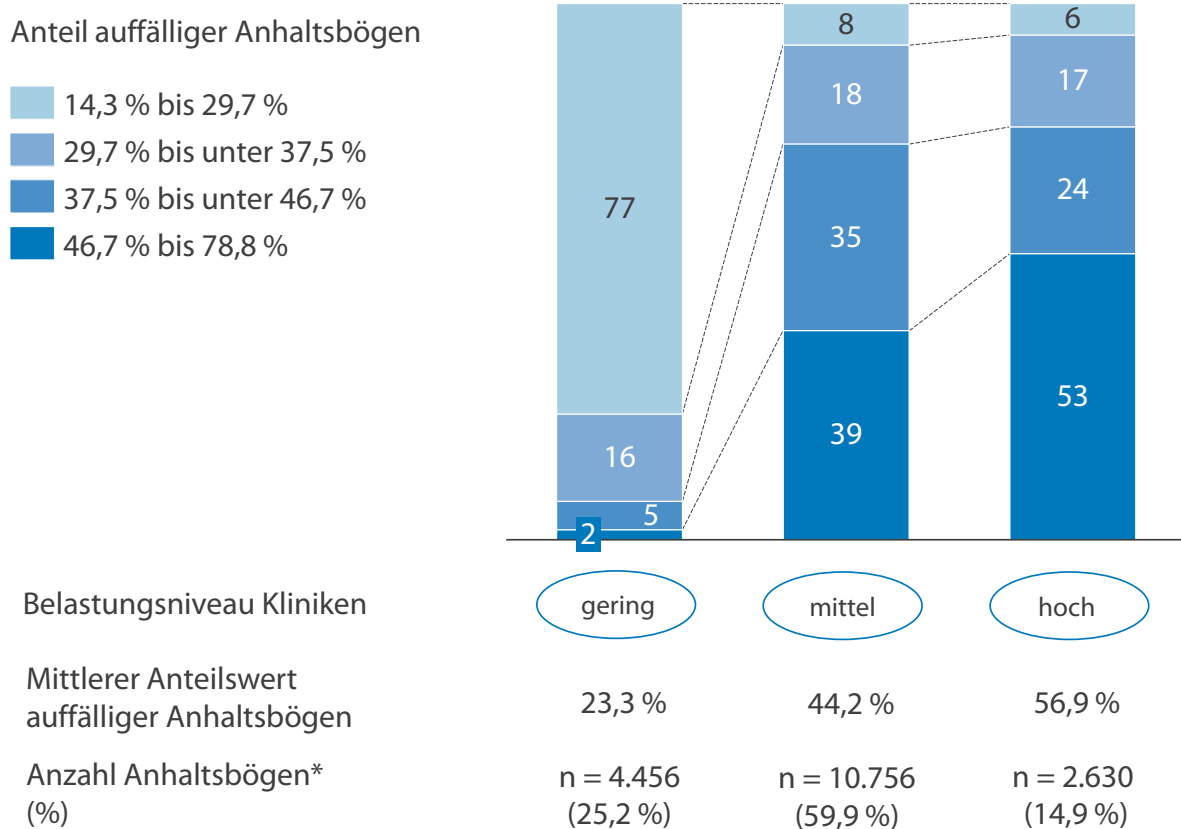
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Kartografische Darstellung der PLZ-Gebiete nach Belastungsniveau und Auffälligkeiten

In der kartografischen Darstellung auf Ebene der PLZ nach Belastungsniveau und Auffälligkeiten findet sich das in Kap. 4.1 beschriebene Nord-Süd-Gefälle der mittleren Anteilswerte auffälliger Anhaltsbögen in Ansätzen wieder (Abb. 7). Während die Patientenklientelen der Kliniken mit geringem Belastungsniveau vor allem in westlichen und zentrumsnahen PLZ-Bereichen wohnten und überwiegend geringere Anteile auffälliger Anhaltsbögen aufwiesen, erstreckten sich die Einzugsgebiete der Patient:innen aus den Kliniken mit hohem Belastungsniveau überwiegend auf den Norden und den Nord-Osten des Bundeslandes Berlin. Außerdem lagen die Anteile der auffälligen Anhaltsbögen überwiegend

in den höheren Bereichen. Die Einzugsgebiete der Patient:innen der Kliniken mit mittlerem Belastungsniveau verteilten sich auf nahezu alle PLZ-Bereiche des Bundeslandes Berlin. Außerdem lag eine hohe Varianz hinsichtlich der Anteile auffälliger Anhaltsbögen vor.

Insgesamt steigt der Anteil auffälliger Anhaltsbögen mit dem Belastungsniveau. Die Unterschiede zwischen einem geringen und einem mittleren Belastungsscore waren im Jahr 2022 jedoch deutlich größer als zwischen einem mittleren und hohen Belastungsniveau. In den Kliniken mit einem geringen Belastungsniveau lagen 77 % der Anhaltsbögen im niedrigsten Auffälligkeitsbereich. Bei einem hohen Belastungsniveau lagen hingegen 53 % der Anhaltsbögen im höchsten Auffälligkeitsbereich (Abb. 8).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Ausgefüllte Anhaltsbögen nach Belastungsscore und Auffälligkeiten

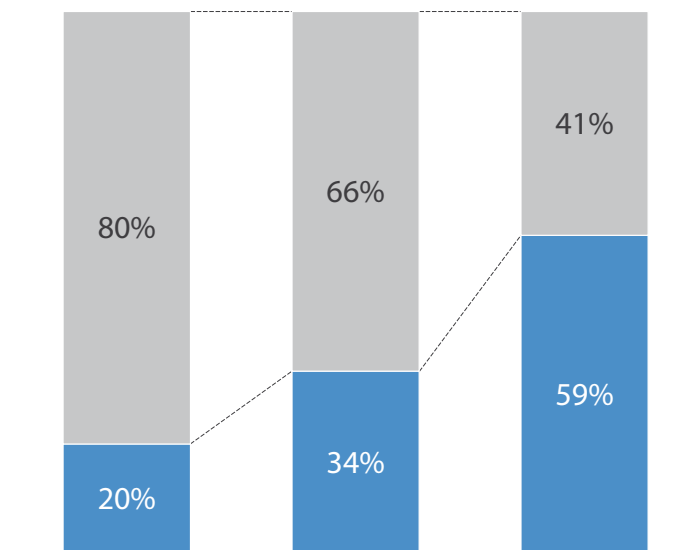
In einem letzten Analyseschritt wurden die ausgefüllten Anhaltsbögen auf Ebene der PLZ als Maßstab für das Patient:innenaufkommen herangezogen, um den Zusammenhang zwischen dem Belastungsniveau der Kliniken und der sozialen Lage herstellen zu können. Die Anzahl der Geburten konnten nicht als Maßstab berücksichtigt werden, da keine Informationen über die Geburtenzahlen nach PLZ-Bereichen vorlagen. Einbezogen werden konnten somit nicht alle Entbindenden, sondern nur diejenigen, die per Anhaltsbogen gescreent wurden.

In Kliniken mit geringem Belastungsniveau lag der Anteil gescreenter Patient:innen mit ungünstigen GESIx-Schichten bei 20 %. In den Kliniken mit mittlerem Belastungsniveau lag er mit 34 % im mittleren Bereich. Der Anteil gescreenter Patient:innen mit ungünstigen GESIx-Schichten war in den Kliniken mit hohem Belastungsniveau mit 59 % fast 3-mal so hoch als in der Gruppe der Kliniken mit geringem Belastungsniveau. Das Patientenaufkommen aus ungünstigen GESIx-Schichten steigt mit dem Belastungsniveau der Kliniken (Abb. 9; eine Übersicht über die jeweiligen Anzahlen findet sich im Anhang Abb. 45).

Patientenaufkommen* nach sozialer Lage

- GESIx normal (Schicht 1 bis 4)
- GESIx ungünstig (Schicht 5 bis 7)

* gemessen an der Anzahl der ausgefüllten Anhaltsbögen auf Ebene PLZ



Belastungsniveau Kliniken

(gering) (mittel) (hoch)

Mittlerer Anteilswert auffälliger Anhaltsbögen

23,3 % 44,2 % 56,9 %

Anzahl Anhaltsbögen (Anteil an gesamt in %)

n = 3.287 (25,2 %) n = 10.576 (59,9 %) n = 2.630 (14,9 %)

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Patientenaufkommen nach Belastungsscore und GESIx

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis erscheint es grundsätzlich zielführend, die personellen Intensitäten in den Kliniken nach der sozialen Lage auszurichten. Hierauf wird detailliert im nachfolgenden Kap. 4.3 eingegangen.

Es ist anzumerken, dass die Erkenntnisse dieser Analyse ebenfalls den in Kap. 4.1 aufgezeigten Limitationen hinsichtlich der Datengrundlage unterliegen. Zusätzlich muss mit Blick auf den Belastungsscore je Klinik berücksichtigt werden, dass die Kennzahlen zu den psychologischen Belastungsfaktoren nicht auf Fallebene erhoben werden und nicht alle

relevanten Kennzahlen des Anhaltsbogens (z. B. Anzahl der Kinder) sowie der Gesamtscore in den Daten dokumentiert sind. Daher sind aufgrund der bestehenden Datenbasis keine Rückschlüsse möglich, wie viele psychosoziale Belastungen eine Patientin im Schnitt aufweist. Zudem wurde mit dem Belastungsscore zunächst nur exemplarisch aufgezeigt, dass Unterschiede zwischen den Häusern bestehen, ohne dass eine Gewichtung der Belastungen vorgenommen wurde.¹³ Damit der Score aussagekräftig genug ist und zur Abschätzung möglicher personeller Intensitäten herangezogen werden kann, sollte die Datenbasis optimiert werden und die einzelnen psychosozialen Belastungen gewichtet werden. Daher empfiehlt es sich, noch weiterführende Analysen anzustellen mit dem Ziel, einzelne Belastungsfaktoren isoliert zu überprüfen. Möglicherweise weisen einzelne Belastungsfaktoren einen stärkeren Zusammenhang mit Blick auf die GESIx-Schichten auf und sollten aufgrund dessen höher gewichtet werden. Hierbei sollte beachtet werden, dass auch mehrere Belastungsfaktoren bei einer Patientin vorliegen können. Darüber hinaus empfiehlt es sich auch, weitere von den Babylotsinnen genannte mögliche Einflussfaktoren, wie z. B. die Versorgungsstufe oder die Anzahl der Intensivfälle (vgl. Kap. 4.1) zu überprüfen.

Ferner ist zu beachten, dass die Datenbasis des GESIx aus dem Jahr 2022 verwendet wurde. Die Ergebnisse der Geoanalyse mittels QGIS lassen sich somit nicht zweifelsfrei auf andere Datenjahre übertragen und sollten somit für jedes Jahr neu ermittelt werden. Hintergrund besteht zum einen darin, dass der GESIx im Rahmen des Gesundheits- und Strukturatlas jährlich neu ermittelt wird (Geoportal Berlin 2022). Zum anderen werden seitens der Deutschen Post regelmäßig Änderungen an den Postleitzahlen durch Wegfall oder Änderung der Gebiete vorgenommen (Deutsche Post AG 2023).

4.3 Personelle und finanzielle Intensitäten

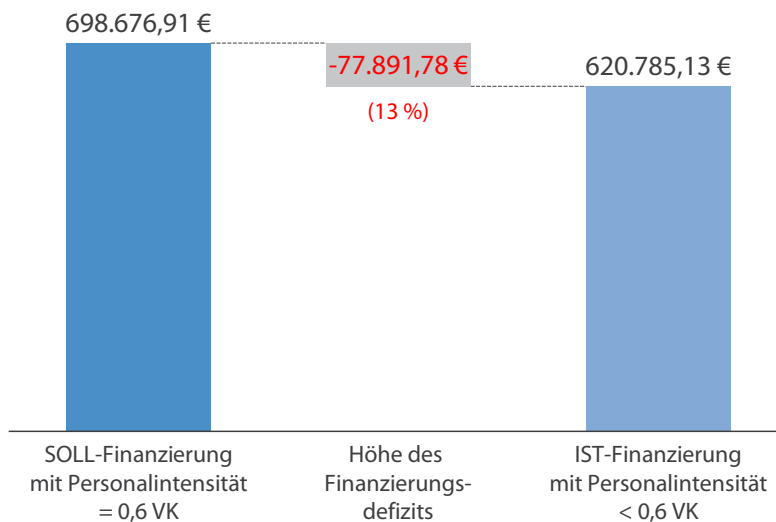
Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, wird mit den derzeitigen Stellenanteilen in den Berliner Geburtskliniken die Vorgabe des Qualitätsrahmens von 0,6 Vollzeitäquivalenten im Durchschnitt erreicht. Nichtsdestotrotz ist die Varianz der Stellenanteile zwischen den Kliniken sehr hoch (Abb. 11). Das Mindestmaß der Personalintensität konnte in 6 Kliniken im Jahr 2022 nicht erfüllt werden, weitere 3 Kliniken erfüllten die Vorgabe nur sehr knapp. Laut Auskunft der Babylotsinnen mussten in der Vergangenheit bereits Stellenanteile reduziert werden, da Tarifsteigerungen in der Finanzierung keine Berücksichtigung gefunden haben. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass diese Kliniken sich dem Schwellenwert von 0,6 Vollzeitäquivalenten noch weiter genähert oder ihn bereits unterschritten haben. Insbesondere vor dem Hintergrund weiterer erfolgter Tarifverhandlungen im Jahr 2023, z. B. Tarifvertrag für

¹³ Dies war aufgrund der beschriebenen Limitationen nicht umsetzbar bzw. zielführend.

den Öffentlichen Dienst (ISAR S.A.S. 2023), sollte daher unbedingt geprüft werden, ob noch mehr Kliniken das Mindestmaß der Personalintensität nicht mehr erfüllen können. Abgesehen davon wiesen auch einige Kliniken teilweise besonders hohe Stellenanteile von bis zu 1,7 VK im Jahr 2022 auf. Es ist daher davon auszugehen, dass der Mittelwert von 0,6 VK sensitiv auf Ausreißer nach oben reagiert.

**Finanzierungsdefizit in Kliniken mit Stellenanteil < 0,6 VK
pro 1.000 Geburten im Jahr 2022**

(n = 6)

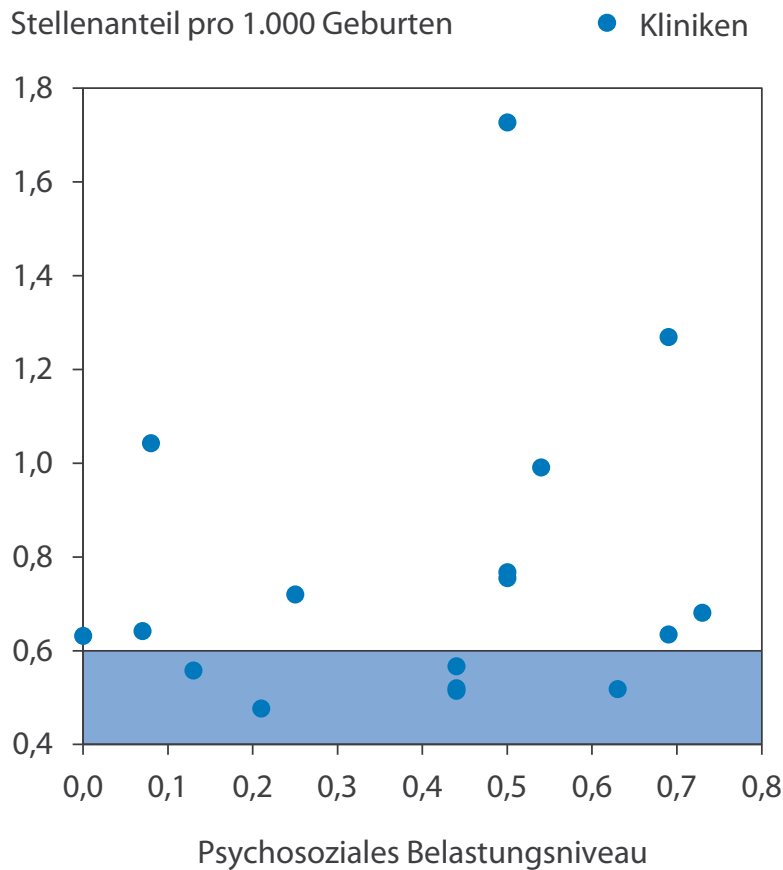


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Finanzierungsdefizit gemäß gefordertem Stellenanteil

Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, trägt der Senat im Status Quo des Programms Babylothe Berlin überwiegend die Personalkosten für die Babylothesinnen in den Geburtskliniken. Unter Berücksichtigung der Vorgabe des Qualitätsrahmens von 0,6 VK pro 1.000 Geburten waren 35 % der Kliniken im Jahr 2022 unterfinanziert. Legt man den Soll-Standard von 0,6 VK zugrunde, so belief sich die Höhe des Finanzierungsdefizits dieser 6 Kliniken insgesamt auf 77.891,78 € (Abb. 10). Damit waren rund 13 % der Gesamtkosten zur Erfüllung des Mindestmaßes an Personalintensität aktuell nicht finanziert. Auf Klinikebene variierte die Höhe der Unterfinanzierung von 3.504,00 € bis hin zu 21.831,23 €. In einer Klinik ist somit sogar über einem Fünftel (21 %) der Gesamtkosten derzeit nicht finanziert (Tab. 14). Kurzfristig ist eine Budgeterhöhung in den betroffenen Kliniken in Höhe des derzeitigen Finanzierungsdefizits somit unbedingt erforderlich, um das Mindestmaß an Personalintensität in allen Kliniken wieder herzustellen zu können. Mittel- und langfristig sollten weitere Tarifsteigerungen in voller Höhe ausgeglichen werden, um die geforderte Personalintensität

auch dauerhaft erhalten zu können. Angrenzend dazu sollte auch geprüft werden, inwieweit die unterschiedlichen Tarifverträge der Kliniken, beispielsweise über Zulagen, die die Berufserfahrung berücksichtigen, harmonisiert werden können, um die in den Fokusgruppen angesprochenen Disparitäten hinsichtlich der Vergütungsgrundlage ausgleichen zu können.



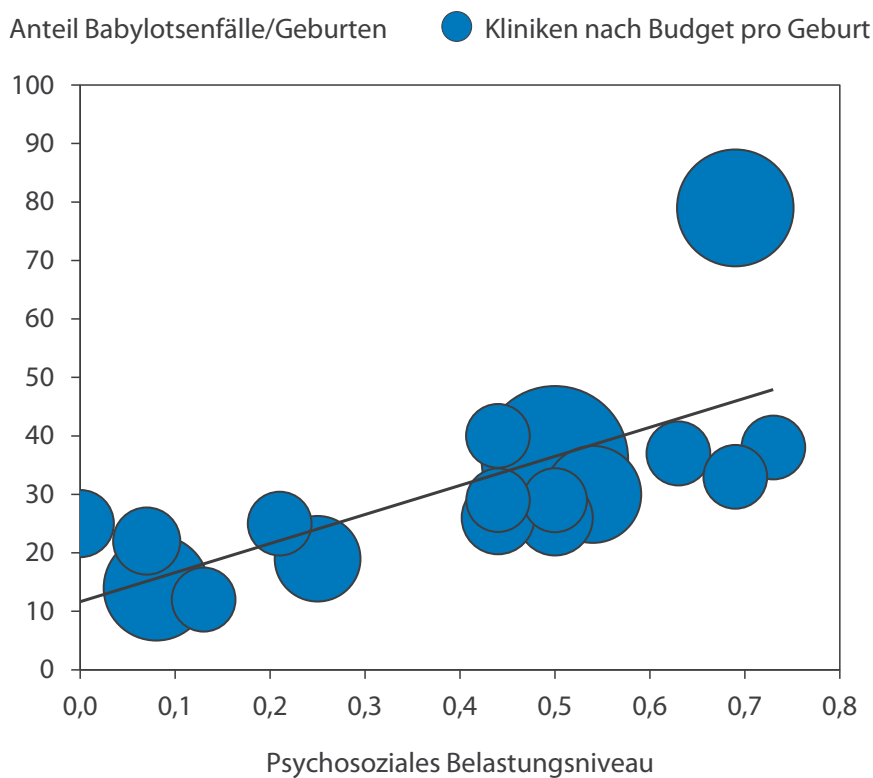
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Stellenanteil pro 1.000 Geburten und Belastungsniveau

Abb. 11 veranschaulicht darüber hinaus auch eine große Varianz der Stellenanteile pro 1.000 Geburten in Bezug auf das psychosoziale Belastungsniveau. Folglich bildet die derzeitige Ausgestaltung der Personalintensitäten die in den Kliniken teils sehr unterschiedlichen Niveaus psychosozialer Belastungen nicht adäquat ab. Dies betrifft die Kliniken, die den Mindeststellenanteil pro 1.000 Geburten im Jahr 2022 erreicht haben und jene, die ihn nicht erreichen konnten, gleichermaßen. So gab es auch Kliniken, die trotz eines sehr hohen Belastungsniveaus der Entbindenden nicht einmal 0,6 VK zur Verfügung hatten. Hiermit bestätigt sich auch anhand der Kennzahlen der Eindruck aus den Fokusgruppen, dass die derzeitigen personellen Ressourcen in den Kliniken bei weitem nicht ausreichen. Gleichzeitig hat dies auch zur Folge, dass bei der derzeitigen Finanzierung ebenso die psychosozialen

Belastungen, die aus Sicht der Babylotsinnen im Arbeitsalltag mit erhöhten Aufwänden verbunden sind, nicht berücksichtigt werden.

Da mit zunehmendem Niveau psychosozialer Belastungen in den Kliniken auch ein steigender Anteil an Babylotsenfällen gemessen an den Geburten festgestellt werden konnte (Kap. 4.2), wurden auch die Babylotsenfälle im Hinblick auf die Finanzierung näher betrachtet. Das Budget pro Babylotsenfall belief sich im Jahr 2022 im Durchschnitt auf 135,82 € (Abb. 46). Die Varianz unter den Kliniken war dabei mit 374,42 € sehr hoch. Somit hatte die Klinik mit dem höchsten Budget in Höhe von 461,54 € pro Babylotsenfall 4,3-mal so viele finanzielle Mittel zur Verfügung wie die Klinik mit dem kleinsten Budget pro Babylotsenfall (87,12 €). Auffällig war zudem, dass das Budget pro Babylotsenfall bei 5 der 6 Kliniken (83 %), die aktuell die Vorgabe des Qualitätsrahmen von 0,6 VK pro 1.000 Geburten nicht erfüllen können, unter dem Durchschnitt lag. Das geringste und das zweitgeringste Budget pro Babylotsenfall fand sich sogar in zwei dieser Kliniken wieder.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Budget im Status Quo im Hinblick auf Babylotsenfälle und Psychosoziales Belastungsniveau

In Abb. 12 sind die grundlegenden Erkenntnisse hinsichtlich der Analyse der Finanzierung und damit auch der Personalintensität¹⁴ zusammengefasst. Der bestehende Zusammenhang zwischen dem psychosozialen Belastungsniveau und dem Anteil der Babylotsenfälle gemessen an den Geburten wurde um das Budget pro Geburt auf Klinikenebene ergänzt. Zwischen den Kliniken zeigen sich große Varianzen, die weder einen Zusammenhang zu den psychosozialen Belastungsfaktoren noch den Babylotsenfällen aufzeigen. Demnach orientiert sich die finanzielle Ausgestaltung im Status quo weder an der sozialen Lage der Patient:innenklientelen, noch an den Tätigkeitsschwerpunkten der Babylots:innen. Mittel- bzw. langfristig sollte daher eine grundlegende Anpassung der Finanzierung des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin geprüft werden, bei der neben der bereits berücksichtigten Geburtenzahl die folgenden Kriterien beachtet werden sollten:

- Stellenschlüssel gemäß Qualitätsrahmen von 0,6 VK pro 1.000 Geburten;
- Tarifsteigerungen (sowie Prüfung, inwiefern Vergütungsgrundlagen harmonisiert werden können);
- psychosoziales Belastungsniveau (inkl. Risikogeburten, Mehrfachbelastungen, Sprachbarrieren);
- Anteil Babylotsenfälle gemessen an den Geburten (inkl. Intensivfälle);
- Versorgungsstufe (z. B. PNZ-Level 1).

5 Bewertung der Eltern

5.1 Rücklauf und Einordnung der Stichprobe

110¹⁵ Eltern haben an der Elternbefragung teilgenommen¹⁶. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Eltern waren zwischen 31 und 39 Jahre alt. 30 % der Befragten war jünger als 31 Jahre, 13 % waren in der Altersgruppe 40 Jahre und älter. Bei knapp zwei Drittel der Eltern lebten 1 oder 2 Kinder im Haushalt. 3 und mehr Kinder lebten in 17 % der Haushalte (Abb. 47). Drei Viertel der antwortenden Eltern sprach am besten Deutsch. Gut jede zehnte Person konnte entweder eine andere oder mehrere, zum Teil 3 verschiedene, Sprachen am besten sprechen (Abb. 48). Folgende Sprachen wurden am häufigsten genannt: Englisch, Russisch, Arabisch und Französisch.

¹⁴ Diese Grundlage wurde gewählt, da im bisherigen Finanzierungsmodell der Fokus auf der Refinanzierung der Personalkosten durch den Senat liegt.

¹⁵ Den Weg, sich über den QR-Code für die Teilnahme an der Online-Befragung zu registrieren, haben 58 Eltern genutzt, wobei 33 davon auch den Fragebogen ausgefüllt haben (Rücklaufquote der registrierten Eltern: 56,9 %). 77 Eltern haben an der schriftlichen Befragung im Krankenhaus teilgenommen.

¹⁶ Im DKI sind aus 13 (von 18) Krankenhäusern Fragebögen eingegangen. Die Befragung selbst wurde als anonyme Befragung realisiert, so dass keine Rückschlüsse über die einzelnen Kliniken möglich sind.

Die befragten Eltern lebten mehrheitlich in einer Partnerschaft und haben Unterstützung bei der Kinderbetreuung (83 bis 84 %). 15 % der antwortenden Eltern waren alleinerziehend. Die Schwangerschaft war bei 78 % der Antwortenden geplant, 72 % der Familien hatten zum Befragungszeitpunkt eine Hebamme für die Zeit nach der Geburt (Abb. 49). Die meisten Eltern, die an der Befragung teilgenommen haben, lebten in Berlin. 7,5 % gaben PLZ außerhalb Berlins an. Die Teilnahme der Eltern an der Befragung deckt 32 % der Berliner PLZ-Gebiete ab.

Ein Vergleich zwischen den Familien der Elternbefragung und den Eltern, die im Jahr 2022 in einer der Berliner Geburtskliniken entbunden haben, anhand der verfügbaren Informationen zeigt, dass die Stichprobe der Elternbefragung die Entbindenden der Geburtskliniken gut repräsentiert (Tab. 15). Analysen zeigen, dass auch Eltern eines eher auffälligen Sozialindex an der Befragung teilgenommen haben. Hier ist der Anteil etwas höher als in Berlin, was durch die Fallzahlen bedingt sein könnte. Abb. 50 visualisiert alle Postleitzahlgebiete, aus denen Eltern an der Befragung teilgenommen haben (n = 60).

5.2 Zeitpunkt und Inhalte des Gesprächs mit den Babylotsinnen

Im Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin erfolgt die Feststellung des Klärungsbedarfs überwiegend über die eingesetzten Anhaltbögen und teilweise über Direktmeldungen durch andere Krankenhausmitarbeitende oder Personen (vgl. Tab. 2). Dies zeigen auch die Ergebnisse der Befragung der werdenden Eltern: So gaben 72 % der befragten Eltern an, dass sie von der Babylotsin angesprochen wurden, 15 % haben von sich aus den Kontakt mit der Babylotsin gesucht. Die Eltern, die die Antwort „es war anders“ gewählt haben, berichteten vor allem, dass der Kontakt automatisch zustande kam. So wurde in der Fokusgruppe berichtet, dass teilweise alle Eltern, die zur Geburtsanmeldung kommen, von der Babylotsin angesprochen und gesehen werden. Anderen Eltern wurde das Gespräch mit der Babylotsin insbesondere durch andere Krankenhausmitarbeitende (z. B. Sekretärin, Pflegekraft) vermittelt und/oder empfohlen (Abb. 51).

Die Clearinggespräche finden in den meisten Fällen nach der Geburt statt (vgl. Kap. 3.2). Auch der überwiegende Teil der befragten Eltern hat nach der Geburt mit der Babylotsin gesprochen (75,9 %, vor der Geburt: 31,5 %) (Abb. 52). Ein Teil der Eltern hatte sowohl vor als auch nach der Geburt Gespräche mit der Babylotsin (7,4 %).

Die Babylotsinnen haben nach Angaben der Eltern zahlreiche Themen angesprochen. So wurden in den meisten Gesprächen die Unterstützung für den Alltag zuhause, die Hilfe zum Umgang mit Behörden oder Ämtern sowie bei Formularen und Anträgen angesprochen (92 bis 98 %). Am vergleichsweise seltensten wurde thematisiert, wie man erkennen kann, was

das Kind braucht (z. B. wenn es schreit) sowie etwaige finanzielle Sorgen oder gesundheitliche Probleme nach der Geburt (z. B. nach einem Kaiserschnitt, beim Stillen) (62 bis 68 %) (Abb. 53).

Die Eltern empfanden den Großteil der angesprochenen Themen als passgenau und hilfreich (Abb. 13). So bewerteten 81 % der Eltern die Informationen zur Unterstützung für den Alltag zu Hause als förderlich. Ebenso stufen 34 % der Familien es als richtig ein, dass die Babylotsin nicht darüber gesprochen hat, wie sie erkennen können, was ihr Kind braucht.

Bei wenigen Aspekten zeigen sich ggf. aber auch Hinweise, wie die Babylotsinnen die Gespräche mit den Eltern noch mehr an deren Bedürfnissen ausrichten könnten. So gab etwa knapp ein Viertel der Befragten an, dass die Babylotsinnen zwar etwaige Geldsorgen angesprochen haben, sie diese Informationen aber nicht benötigt hätten. Knapp ein Fünftel der Eltern hätte darauf verzichten können, dass die Babylotsin Sorgen oder Ängste wegen des Babys thematisiert hat.

Bei einzelnen Themen, z. B. Tipps für die erste Zeit zuhause oder belastende Gefühle nach der Geburt (z. B. Babyblues) hätten sich bis zu 5 % der Eltern Informationen gewünscht. Sehr selten ordneten die Eltern die erhaltenen Informationen als nicht hilfreich ein (Abb. 13).

Hat die Babylotsin folgende Themen angesprochen?
(Angaben Eltern in %)

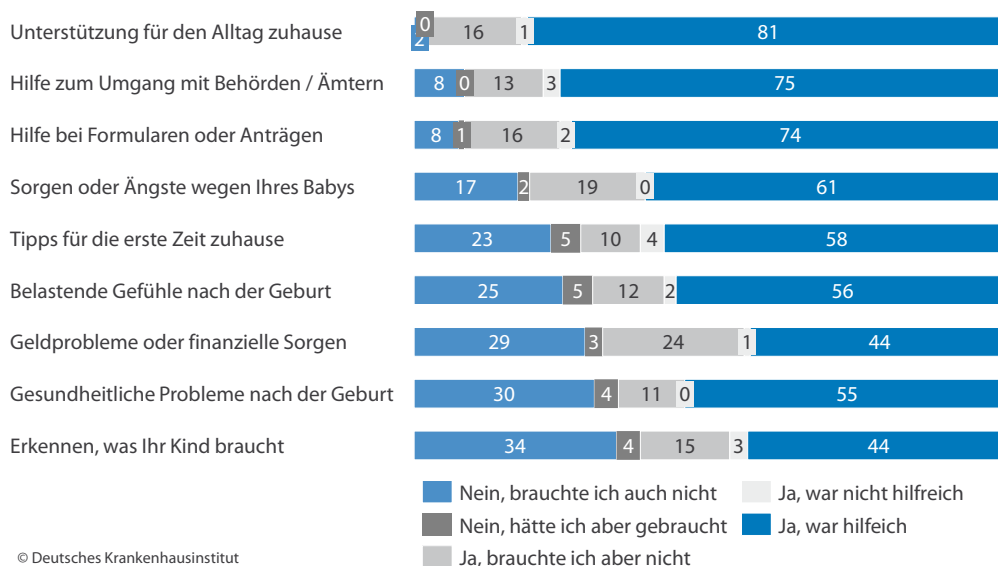


Abb. 13: Angesprochene Themen und Bedarf

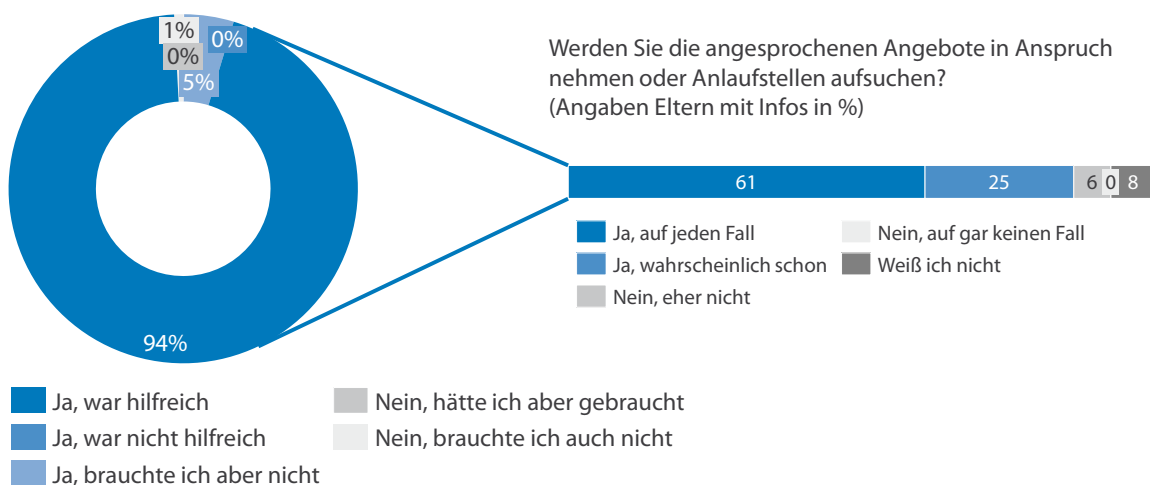
Dem Großteil der Eltern fehlten im Gespräch mit der Babylotsin keine wichtigen Informationen (82 %), während dies aber bei etwa jeder 10. Familie der Fall war. Diese Eltern haben nicht angegeben, welche Details nicht besprochen wurden. Etwaige Fragen der Eltern konnten die

Babylotsinnen in der Regel beantworten (98 % Zustimmung, 6 % der Eltern hatten keine Fragen) (Abb. 54).

Die von den Babylotsinnen angesprochenen Möglichkeiten verschiedener Unterstützungs- und Hilfsangebote wurden von nahezu allen Eltern als hilfreich eingestuft (Abb. 14). Mehrheitlich planten die Eltern zum Befragungszeitpunkt die Angebote anzunehmen. 61 % der Familien bewerteten dies mit „auf jeden Fall“, 25 % mit „wahrscheinlich schon“. Unklar bleibt zu diesem Zeitpunkt der Befragung, inwieweit die Eltern ihr Vorhaben umsetzen. Es ist davon auszugehen, dass dies weniger sind als es angegeben haben.

Die Babylotsinnen haben den Eltern entsprechend der Auswertung deren offenen Angaben eine Vielzahl verschiedener Informations- und Unterstützungsangebote gemacht, die von ganz allgemeinen Informationsmaterialien (z. B. Flyer, Listen, Fahrplan) bis hin zu konkreten Hilfen in Form von Ansprechpersonen, (psychologische) Beratungsstellen (z. B. für Alleinerziehende, Stillberatung, Wochenbettdepression) oder Telefonnummern (z. B. Hilfetelefon, Notfallnummern) reichten. Vielfach unterstützten die Babylotsinnen die Eltern vor allem bei der konkreten Suche nach einer Hebamme (inkl. offenen Hebammensprechstunden) oder etwas seltener bei Haushaltshilfen. Ebenso halfen sie den Eltern mit Informationen über Kinderärzt:innen oder Angebote vor Ort zu finden, wie beispielsweise Eltern-Kind-Angebote, Angebote für Mütter (z. B. Rückbildungskurse) oder Anlaufstellen wie Familienzentren. Die Babylotsinnen haben die Eltern über mögliche Anträge (z. B. Elterngeld, Kindergeld) informiert oder ihnen dabei geholfen, indem sie diese ausgedruckt oder mit ihnen zusammen ausgefüllt haben. Wenige Eltern gaben auch an, über den Kinder- und Jugendschutz informiert worden zu sein.

Hat die Babylotsin Ihnen Infos zu Unterstützungs- und Hilfsangeboten gegeben?
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Informationen über Angebote

5.3 Gesprächsverhalten der Babylotsinnen

Das 11. NZFH-Qualitätskriterium beinhaltet, dass eine empathische, wertschätzende und ressourcenorientierte Haltung beim Klinikpersonal und den Lotsen vorausgesetzt wird (Schmenger et al. 2020). Zur Messung des empathischen Verhaltens der Babylotsinnen wurde eine adaptierte validierte Skala des DKIs eingesetzt.

Die Eltern bescheinigten den Babylotsinnen ein sehr gutes empathisches Verhalten. Sie attestierten den Babylotsinnen ausnahmslos eine freundliche, hilfsbereite und einfühlsame Art. Den Babylotsinnen ist es aus Sicht der meisten Eltern gelungen, eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der sie den Eltern aufmerksam zuhörten und sich erkundigten, ob noch Fragen offen waren. In der Regel haben sich die Babylotsinnen ausreichend Zeit für die Eltern genommen und alles gut verständlich erklärt, wobei sie die Situation der Familien nach deren Einschätzung gut verstanden haben.

Etwas geringer ausgeprägt ist das Gefühl, dass die Eltern mit den Babylotsinnen über alles reden können und die Rückfragen der Babylotsinnen, ob die Familien alles verstanden haben (Abb. 15).

Inwieweit treffen folgende Aussagen auf die Babylotsin zu?
(Angaben Eltern in %)



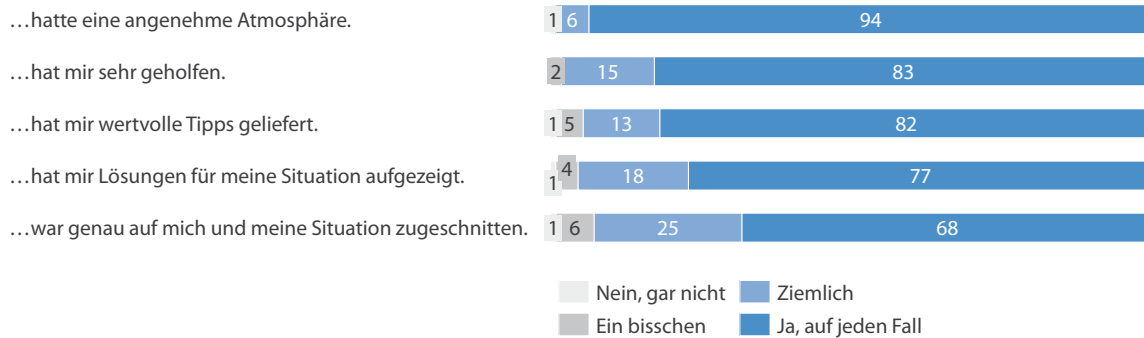
Abb. 15: Empathisches Verhalten der Babylotsinnen

Das Gesprächsverhalten der Babylotsinnen wurde mit Hilfe einer adaptierten, validierten DKI-Skala für die Bewertung von Einzelgesprächen erhoben. Den Babylotsinnen ist es nach Meinung der Eltern gelungen, eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Der überwiegende Teil der Eltern ist der Ansicht, dass ihnen das Gespräch mit der Babylotsin auf

jeden Fall sehr geholfen und wertvolle Tipps geliefert hat (82 - 83 % auf jeden Fall). Etwas seltener sind die Familien der Auffassung, dass die Babylotsinnen ihnen Lösungen für ihre Situation aufgezeigt bzw. auf ihre spezifische Situation zugeschnitten war (68 - 77 % auf jeden Fall) (Abb. 16).

Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Gespräch mit der Babylotsin zu?
(Angaben Eltern in %)

Das Gespräch mit der Babylotsin...



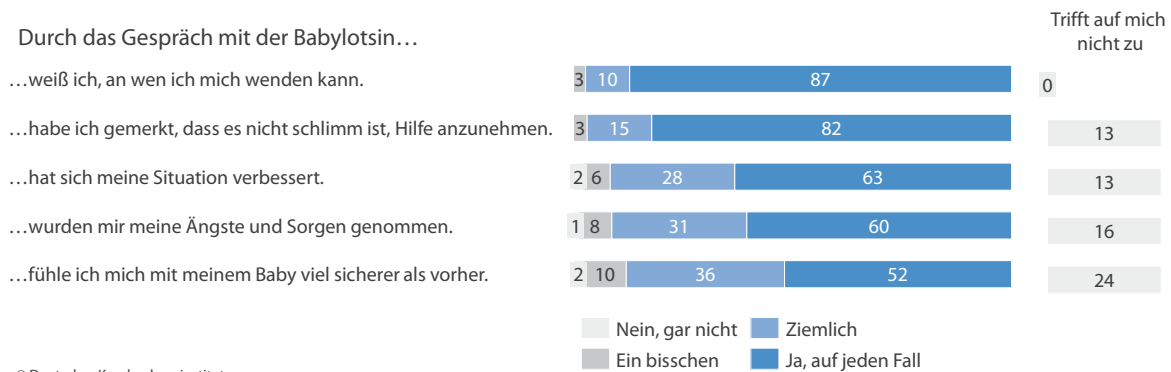
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Gesprächsverhalten der Babylotsinnen

5.4 Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Gesamtbewertung

Die Wirksamkeit der Gespräche mit den Babylotsinnen bewerteten die Eltern insgesamt gut. Durch das Gespräch mit der Babylotsin wissen die Familien, an wen sie sich wenden können und haben gemerkt, dass es nicht schlimm ist, Hilfe anzunehmen (82 - 87 % auf jeden Fall). Etwa je ein Drittel der Eltern stimmen auf jeden Fall zu, dass sich ihre Situation durch das Gespräch verbessert hat und ihnen Ängste und Sorgen genommen wurden. Etwas mehr als die Hälfte der Eltern fühlte sich nach dem Kontakt mit der Babylotsin auf jeden Fall viel sicherer im Umgang mit ihrem Baby als vor dem Gespräch (Abb. 17).

Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu Ihrem Gespräch mit der Babylotsin zu?
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Wirksamkeit des Gesprächs¹⁷

Die Gesamtbewertung der Eltern des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin fällt positiv aus, während die Nachhaltigkeit etwas geringer eingestuft wird.¹⁸ Nahezu alle Familien sind auf jeden Fall sehr froh, das Gespräch mit der Babylotsin geführt zu haben, sind zufrieden mit dem Angebot „Babylotse Berlin“ und würden dieses auf jeden Fall allen Familien empfehlen (90 bis 93 % auf jeden Fall).

Etwas weniger als je drei Viertel der Eltern waren zum Befragungszeitpunkt der Meinung, die Tipps und Anregungen der Babylotsin auf jeden Fall umzusetzen und fühlten sich sehr gut auf den Start mit dem Baby zu Hause vorbereitet (71 bis 73 % „Ja, auf jeden Fall“, Abb. 18).

Eltern, denen die Babylotsin verschiedene Angebote vorgeschlagen hatte (Abb. 14), wurden gefragt, ob sie sich gewünscht hätten, dass die Babylotsin sie zu einem Angebot oder Behördengang begleitet hätte. Dies wird in den NZFH-Qualitätskriterien als Option aufgeführt, ist bisher im Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin aber nicht umgesetzt. Für etwas mehr als die Hälfte der Eltern war dies auch nichts, was fehlt (Abb. 18).

¹⁷ Die Antwortkategorie „trifft auf mich nicht zu“ wird nur zur Information ausgewiesen. Die Angaben gehen nicht in die gültigen Prozentwerte ein.

¹⁸ Ein Teil der Fragen wurde nicht allen Eltern gestellt. So wurde z. B. die Aussage „die Geburt war ein tolles Ergebnis“ nur von den Eltern bewertet, die nach der Geburt Kontakt mit der Babylotsin hatten.

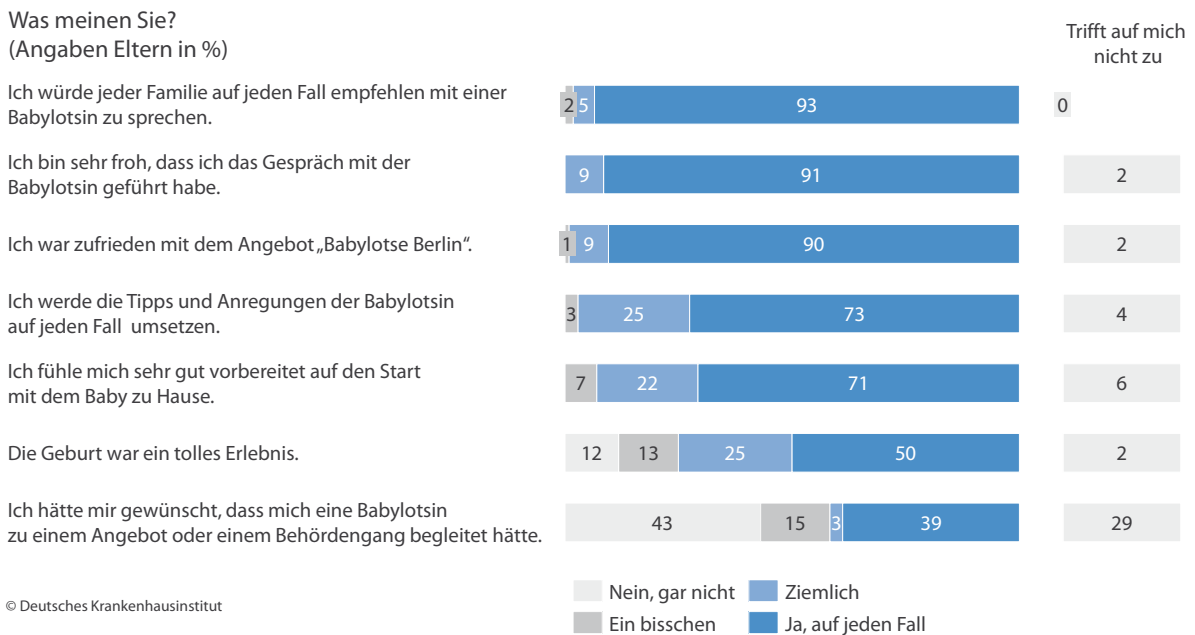


Abb. 18: Nachhaltigkeit und Gesamtbewertung

Die Eltern hatten am Ende der Befragung die Möglichkeit, im Rahmen einer offenen Frage, noch alles hinzuzufügen, was sie über das Angebot „Babytse Berlin“ sagen wollten. Die Äußerungen fallen mehrheitlich positiv aus und heben den großen Nutzen des Programms hervor. Das sehr positive Fazit der Eltern betraf sowohl die Inhalte, die Wirkung als auch die Babylotsinnen als Person. Die Eltern vertraten die Meinung, dass das Programm auf jeden Fall erhalten bleiben müsste und sogar noch weiter ausgebaut werden könnte. Auch wenige Optimierungsvorschläge wurden unterbreitet. Die Eltern sagen „Danke“ (Abb. 55, Abb. 56).

6 Fazit

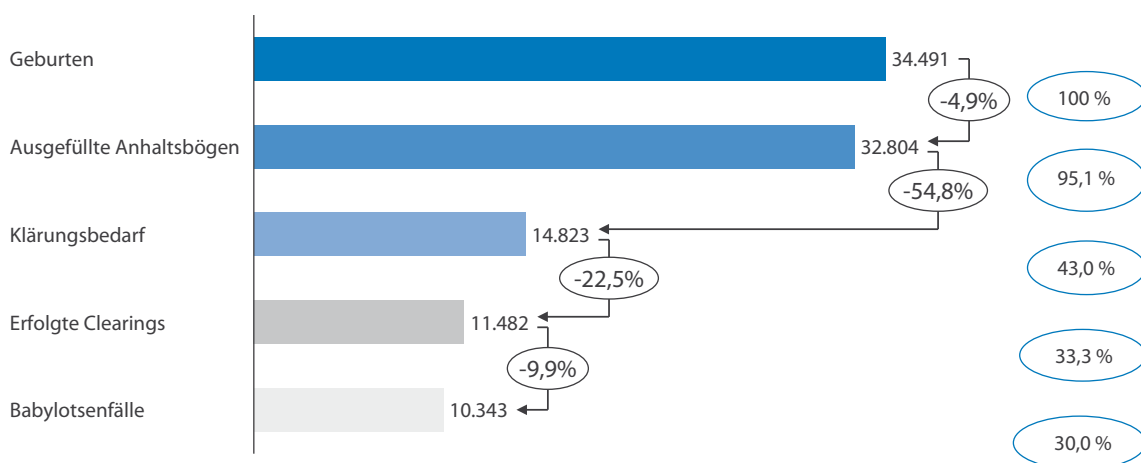
Das Landespräventionsprogramm Babytse Berlin wird seit 2019 in allen Berliner Geburtshilfen eingesetzt, um psychosozial belastete Eltern frühzeitig zu identifizieren, in vertiefenden Gesprächen zu beraten und zu unterstützen sowie bei Bedarf ins Hilfesystem weiterzuleiten. Babylotsinnen übernehmen in dem Landespräventionsprogramm die zentralen Funktionen und dienen als Ansprechpersonen für Eltern, Klinikmitarbeitende und externe Partner:innen. Bei dem Landespräventionsprogramm Babytse Berlin handelt es sich um ein für die (werdenden) Eltern kostenloses, freiwilliges und niedrighschwelliges, präventives Angebot, das sich an den individuellen Bedarfen der Familien orientieren soll. Die Bedarfe und Ressourcen der Familien sollen in der Klinik prä- oder postnatal ermittelt, die (werdenden) Eltern ggf. kontaktiert und individuell angesprochen werden. Die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege finanziert das Landespräventionsprogramm, wobei sich

die zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen primär nach den Geburtenzahlen der Kliniken richtet. Zudem ist eine Grundfinanzierung der notwendigen Stellenanteile auch bei niedrigeren Geburtenzahlen gegeben.

Um den fachlichen und inhaltlichen Nutzen, die Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und die Stolpersteine des Landespräventionsprogramms Babytse Berlin herauszuarbeiten sowie die fiskalische Basis für das Programm zu bewerten, hat die Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege das Deutsche Krankenhausinstitut e. V. (DKI) mit der Evaluation des Landespräventionsprogramms Babytse Berlin beauftragt. Die Forschungsfragen wurden mit einem Mixed-Methods-Design mit quantitativen Analysen und qualitativen Befragungen unter Nutzung von primär, sowie im Rahmen des Landespräventionsprogramms standardmäßig, von den Kliniken erhobenen Daten und unter Einbeziehung aller Anspruchsgruppen (Babytotsinnen, Eltern, weitere Klinikmitarbeitende, externe Partner:innen) beantwortet.

Abb. 19 stellt die zentralen Kennzahlen des Landespräventionsprogramms Babytse Berlin von der Geburt bis zum Babylotsenfall für das Jahr 2022 für 16 Kliniken dar: Für 43 % aller entbindenden Eltern wurde ein möglicher Unterstützungs- und Klärungsbedarf identifiziert. 30 % aller entbindenden Eltern wurden als Babylotsenfall in einem oder mehreren Gesprächen von den Babylotsinnen beraten, unterstützt und ggf. weitergeleitet. Die Ergebnisse bestätigen die Zielrichtung des Landespräventionsprogramms Babytse Berlin und **den großen Unterstützungsbedarf** der Eltern durch die Babylotsinnen. Dieser könnte sich in den nächsten Jahren durch die zunehmenden psychosozialen Belastungen (auch in Folge der Corona-Pandemie) noch weiter vergrößern.

Von der Geburt zum Babylotsenfall (n = 16)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Von der Geburt zum Babylotsenfall

Der **Unterstützungs- und Klärungsbedarf** der Eltern wird in den Berliner Krankenhäusern über den Einsatz des Screeninginstruments Berliner Anhaltsbogen, über Selbstauskunftsbögen, oder über Direktmeldungen von Eltern, anderen Klinikmitarbeitenden sowie externen Personen ermittelt. Die Berliner **Anhaltsbögen** werden in den Kliniken mehrheitlich von den Hebammen ausgefüllt, wobei in allen Geburtshilfen ein Ausfüllen bei Anmeldung zur Geburt, bei Erstkontakt oder im Kreißsaal möglich ist. Oftmals sehen die Häuser die Möglichkeit eines Nachscreenings (im Gespräch mit den Eltern) durch die Babylotsinnen vor. Weniger als die Hälfte der Kliniken gibt an, dass ein regelhaftes Screening nach Aktenlage erfolgen kann. Ein Viertel der Häuser setzt ergänzend Selbstauskunftsbögen bei den Eltern ein, deren ergänzenden Nutzen und Aussagekraft sie hervorheben.

Im Landespräventionsprogramm soll für alle werdenden Eltern ein ausgefüllter Berliner Anhaltsbogen vorliegen. Dieses Ziel verfehlte ein Teil der Kliniken vergleichsweise deutlich, während in wenigen Geburtshilfen für alle Familien ein Bogen ausgefüllt wurde. In den Fokusgruppen wurden die Dokumentation der Anhaltsbögen sowie die unterschiedlichen Zielerreichungsgrade reflektiert. Es wurden verschiedene Probleme und Herausforderungen beim Ausfüllen der Anhaltsbögen berichtet, denen unterschiedliche Gründe oder Ursachen auf Seiten des Programms, der Kliniken, der eingesetzten Berufsgruppen, der Eltern oder der umsetzenden Personen zugrunde liegen. So wurden vor allem fehlende Zeit fürs Ausfüllen (im Beisein der Eltern), Schwierigkeiten beim Ausfüllen durch fehlende Vorgaben oder Kenntnisse, ein zu großer zeitlicher Gap nach dem Elternkontakt, ein Ausfüllen auf „Verdacht“ sowie der Datenschutz oder Sprachbarrieren angeführt. Die verschiedenen Gründe können dazu führen, dass nicht für alle (werdenden) Eltern Anhaltsbögen ausgefüllt werden oder dass die Bögen teilweise falsch ausgefüllt werden. Inwieweit die Kliniken mit 100 %-Rate mit Einbindung der Eltern nachscreenen oder ob die Bögen ohne Elternkontakt, z. B. nach Aktenlage, ausgefüllt werden, kann nicht abschließend beantwortet werden.

Vor dem Hintergrund der Rückmeldungen in den Fokusgruppen sowie den Erfahrungen bei der Datenanalyse muss die Aussagekraft der Datenqualität, vor allem bei einzelnen Kennzahlen oder in einzelnen Kliniken, in Frage gestellt werden. Es scheint im Sinne einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Programms zielführend, das Ausfüllen der Anhaltsbögen mit den Kliniken und allen Beteiligten noch einmal zu reflektieren, um auf diese Weise letztlich eine bessere Einschätzung der Familien sowie eine validere Datenbasis zu erhalten. Hierbei sollten neben den Inhalten des Anhaltsbogens, der sehr belastungs- und wenig ressourcenorientiert aufgebaut ist, die allgemeine Zielsetzung, Zeitpunkt, personelle Zuständigkeiten und mögliche Hilfestellungen sowie auch der bessere Einbezug der Eltern, ggf. auch über den ergänzenden Einsatz von Selbstauskunftsbögen thematisiert werden. Die Reflexion sollte dabei die unterschiedlichen klinischen Gegebenheiten ebenso

berücksichtigen, wie auch die Frage, inwieweit (weiterführende) Schulungen oder Unterstützungspotenziale (z. B. standardisierte Eingabe, Triaphon) genutzt werden könnten.

In **Clearinggesprächen** soll von den Babylotsinnen geprüft werden, ob sich der identifizierte Klärungs- oder Unterstützungsbedarf der Eltern bestätigt. Das Clearing erfolgte im Jahr 2022 in den allermeisten Fällen nach der Geburt. Die Babylotsinnen sprachen mit etwa drei Viertel der Familien mit Klärungsbedarf, erreichen also nicht alle Eltern, die ggf. Bedarf gehabt hätten. Dies wird vor allem mit den kurzen Liegezeiten, den insgesamt als zu knapp eingeschätzten zeitlichen Ressourcen der Babylotsinnen sowie fehlenden Verfügbarkeiten an Wochenenden, Feiertagen, in Krankheits- oder Urlaubszeiten begründet. Ergänzend wurden Schwierigkeiten bei der Ansprache durch den Tagesablauf der Eltern oder Sprachbarrieren genannt. In den meisten Kliniken besteht die Möglichkeit, verpasste Eltern per Postkarte oder telefonisch zu kontaktieren, wobei die Zielführung der Maßnahmen in den Fokusgruppen kritisch hinterfragt wurden. Bei einem Teil der Familien, für die im Screening oder über Direktmeldungen ein Klärungsbedarf aufgezeigt wurde, stellte sich im Clearing heraus, dass diese eigentlich keinen Unterstützungsbedarf hatten. Dies wurde zum einen damit begründet, dass die Familien trotz der dokumentierten Belastungen ausreichend Ressourcen hatten, die sich im Bogen nicht darstellten und erst im Gespräch identifiziert wurden. Zum anderen wurde auf die falsche Dokumentation verwiesen (z. B. keine Kommunikation auf Deutsch möglich bei gut Deutsch sprechenden Personen). Das Clearing könnte von der Steuerungsgruppe oder den Kliniken unter Berücksichtigung der genannten Aspekte noch einmal auf mögliche Optimierungspotenziale geprüft werden. Hierbei könnte auch angedacht werden, inwieweit das Screening optimiert werden könnte.

Die **Babylotsinnen** sind in den Kliniken die zentralen Ansprechpersonen für die Eltern von der Schwangerschaft bis nach dem Krankenhausaufenthalt sowie für alle weiteren krankenhausinternen oder -externen Anspruchsgruppen. Im Rahmen der Evaluation wurden frühere Studienergebnisse (Scharmanski und Renner 2019) qualitativ bestätigt, dass die Babylotsinnen eine große Entlastung und Unterstützung für die Eltern und Krankenhausmitarbeitenden, insbesondere der Pflegefachpersonen, sind und eine hohe Akzeptanz erfahren. Die im Projekt befragten Eltern bescheinigen den Babylotsinnen ausnahmslos eine freundliche, hilfsbereite und einfühlsame Art und ein sehr empathisches Verhalten. Den Babylotsinnen gelang es, eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der sie den Eltern aufmerksam zuhören und sich erkundigten, ob noch Fragen offen waren.

Dies muss insbesondere vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass die Babylotsinnen selbst zurückspielten, dass ihnen oftmals keine geeigneten **Räumlichkeiten**, z.B. aufgrund der räumlichen Entfernung zur Geburtsstation, zur Verfügung stehen und somit die unruhigere Atmosphäre in den Patient:innenzimmern in Kauf genommen werden muss. Hinzu kommt,

dass es für sie teilweise schwierig ist, den **richtigen Gesprächszeitpunkt** zwischen Visite, Besuch, Baby- oder Mütterbedürfnissen zu finden. Im Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin erfolgen die Gespräche mit den Babylotsinnen überwiegend nach der Geburt. Als positiv wurde in diesem Kontext bewertet, dass das Baby dann geboren und der Geburtsverlauf bekannt ist. Aber auch für die präpartalen Kontakte wurden viele Vorteile benannt. So z. B. die Möglichkeit im Sinne es präventiven Programms ausreichend Zeit zu haben, mögliche Hilfestellungen oder -leistungen frühzeitig in die Wege leiten zu können. Zudem stehen hier oftmals geeignetere Räumlichkeiten zur Verfügung. Gleichwohl zeigte sich, dass eine (ausschließliche) Kontaktaufnahme vor der Geburt nicht zielführend ist und aufgrund der fehlenden präpartalen Kontakte auch nicht in allen Häusern umsetzbar wäre. Eine Reflexion des Gesprächszeitpunkts sowie eine Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile wäre dennoch ggf. für die Kliniken hilfreich.

Die im Projekt befragten **Eltern** waren mit dem Angebot Babylotse Berlin insgesamt sehr zufrieden und würden jeder Familie empfehlen mit Babylots:innen zu sprechen. In der Regel haben sich die **Babylotsinnen** ausreichend Zeit für die Eltern genommen und alles gut verständlich erklärt, wobei sie die Situation der Familien nach deren Einschätzung gut verstanden haben. Die Babylotsinnen sprechen in den Elterngesprächen zahlreiche Themen an und geben verschiedene Hilfestellungen. Sie beraten vor allem über Unterstützung für den Alltag zuhause, den Umgang mit Behörden oder Ämtern sowie dem Ausfüllen von Anträgen. Die meisten Informationen werden von den Eltern als hilfreich und passgenau eingeschätzt. Dennoch gibt es auch Fälle, wo eine Beratung erfolgt, obwohl diese aus Elternsicht nicht benötigt wurde, so zum Beispiel bei Geldproblemen oder Sorgen wegen des Babys. Wenige Eltern geben auch an, dass sie sich Informationen, z. B. Tipps für die erste Zeit zuhause oder Hilfe beim Erkennen, was das Kind braucht, gewünscht hätten, aber nicht erhalten haben. Auch gibt ein Teil der Eltern an, die im Sinne der Nachhaltigkeit, Tipps und Anregungen der Babylotsinnen eher nicht umsetzen zu wollen. Die Nachhaltigkeit des Programms kann aufgrund des Befragungszeitpunkts jedoch nur taxiert und nicht abschließend bewertet werden. Hier wäre es mit Blick auf die Programmziele sinnvoll, die tatsächliche Umsetzung der Gesprächsinhalte sowie auch die Zufriedenheit (erneut) nach einem längeren Zeitraum als im Projekt möglich war, zu erfragen. Insgesamt zeigt die Elternbefragung, dass die Babylotsinnen die Eltern unterstützen und entlasten. Gleichwohl geben die Ergebnisse aber auch Hinweise, dass die Beratungen in manchen Fällen noch genauer auf die Bedarfe der Eltern zugeschnitten und individuelle Lösungen bereithalten könnten. Dies sollte jeweils noch einmal geprüft werden.

Im Rahmen der Studie wurden immer wieder die **(zu) knappen zeitlichen Ressourcen** der Babylotsinnen angesprochen, die mit Einschränkungen bei der Umsetzung des Programms

sowie der Erreichbarkeit der Eltern einhergehen. Letztlich führt dies vermutlich auch dazu, dass das Potenzial des Programms nicht ausgeschöpft werden kann. Es wurde gezeigt, dass einem Drittel der Kliniken das vom Qualitätsrahmen geforderte Personalsoll nicht zur Verfügung steht. Dies kann auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden. So ist das Budget seit 2018 bis 2022 unverändert geblieben, so dass eine zeitgleiche Erhöhung der Kosten, wie z. B. Tarifsteigerungen, nicht kompensiert wurde. Im Umkehrschluss stehen den Häusern vermutlich geringere personelle Ressourcen zur Verfügung, die durch die vermutete Zunahme von psychosozialen Belastungen noch verschärft worden sein könnte. Grundsätzlich muss an dieser Stelle noch einmal positiv hervorgehoben werden, dass anders als in anderen Bundesländern, eine Grundfinanzierung der Babylots:innen gegeben ist. Diese scheint vor dem Hintergrund der Programmziele und den zunehmenden psychosozialen Belastungen jedoch noch nicht ausreichend. Um in allen Geburtskliniken das Personalsoll erfüllen zu können, bedarf es einer Aufstockung des Budgets um insgesamt 77.891,78 € (Stand: 2022).

Zudem legen die Studienergebnisse nahe, die Grundlage der Ressourcenverteilung, die sich primär an den Geburtenzahlen orientieren und den Anteil belasteter Eltern pro Klinik nicht berücksichtigen, zu prüfen. Es konnte gezeigt werden, dass es Zusammenhänge zwischen den Anteilen erhöhter Anhaltsbögen und der sozialen Lage der Eltern gibt. Zudem wurde nachgewiesen, dass das psychosoziale Belastungsniveau der Eltern in den Kliniken und auch der Anteil der Babylotsenfälle zum Teil deutlich variiert. Es ist davon auszugehen, dass Kliniken mit einem höheren Anteil belasteter Familien einen höheren Aufwand in der Betreuung der Familien haben. Dieser Aspekt findet in der Finanzierung bislang keine Berücksichtigung. Eine Prüfung, ob weitere Kriterien, wie beispielsweise der Anteil der nicht Deutsch sprechenden Eltern oder die Vorhaltung eines Perinatalzentrums Level 1, bei der Finanzierung in den Kliniken gewichtet eingehen sollten, könnte zielführend sein. Ergänzend wäre es sinnvoll zu reflektieren, inwieweit die bisherigen Qualifikationen der Babylots:innen oder anderer Krankenhausmitarbeitenden ausreichen, um psychosozial belastete Eltern zu beraten. Denkbar wäre eine Öffnung des Qualifikationsspektrums oder zusätzliche Qualifikationsangebote, wie z. B. zu interkulturellen Themen oder psychischen Erkrankungen, die sich auch im Belastungsniveau der Kliniken widerspiegeln.

Das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin setzt die NFZH-Vorgabe einer umfassenden **Dokumentation** und eines Monitorings anders als die meisten Lotsendienste grundsätzlich um. Hiermit wird eine sehr gute Grundlage für die Bewertung und datengestützte Weiterentwicklung des Programms gelegt. Gleichwohl zeigten sich bei der Datenkontrolle und Qualitätssicherung der Kennzahlen, dass 16 von 18 Kliniken fehlerhafte, implausible Angaben gemacht haben. Diese konnten größtenteils behoben werden. Eine Klinik sowie verschiedene Kennzahlen mussten jedoch aus den Analysen ausgeschlossen werden. Die Rückmeldungen

in den Fokusgruppen bestätigten, neben den schon dargestellten Problemen bei den Anhaltbögen, dass die Dokumentation mit vielen Herausforderungen und Schwierigkeiten verbunden ist. Dies wird, aus Sicht der Babylotsinnen, zudem durch fehlende oder nicht bekannte Vorgaben und Schulungen, die insbesondere bei Neueinstellungen und Einarbeiten der Kolleg:innen zum Tragen kommen, abweichende technische Voraussetzungen in den Kliniken, unterschiedliche Interpretationen der und beim Ausfüllen der Kennzahlen oder die sehr zeitaufwändige händische Eingabe begründet. Tenor war, dass die Zeit für die Dokumentation bei den Gesprächen mit den Eltern fehlt. Die Fokusgruppenteilnehmerinnen hatten verschiedene Ideen und Wünsche, wie die Dokumentation optimiert werden könnte. Kurzfristig könnte über eine Erweiterung des Schulungsangebots oder die Bereitstellung einer erweiterten Berichtsvorlage mit hinterlegten Formeln Abhilfe geschaffen werden. Langfristig wünschten sie sich eine Vereinheitlichung der Erfassung über das KIS, eine zentral programmierte Datenmaske oder Unterstützung bei der Eingabe. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse erscheint es zielführend zu prüfen, welche programm- oder klinikspezifischen Unterstützungsmöglichkeiten den Babylots:innen zur Seite gestellt werden können, um auf diese Weise auch eine validere und aussagekräftigere Datenbasis zu schaffen.

Hiermit eng einhergehend zeigen sich auch in anderen Bereichen fehlende klinikspezifische Strukturen oder Vorgaben, wie sie z. B. in den NZFH-Qualitätskriterien formuliert sind. Für die Weiterentwicklung des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin könnte es hilfreich ein, die einzelnen Prozessschritte und Verantwortlichkeiten klinikspezifisch zu formulieren sowie für die einzelnen Häuser Vertretungsregeln und Einarbeitungskonzepte zu erarbeiten. Hierbei können Vorgaben des Qualitätsrahmens oder Hilfestellungen der Steuerungsgruppe genutzt werden.

Die Evaluationsergebnisse müssen vor dem Hintergrund der benannten Einschränkungen, die sich vor allem aus der Datenlage und -qualität und dem gesteckten zeitlichen Rahmen der Elternbefragung ergeben, eingeordnet werden. So konnten beispielsweise nicht für alle Kliniken alle Daten ausgewertet werden, wobei hier insbesondere die Babylotsenfälle und die Postleitzahlen zu benennen sind. Auch die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit aus Sicht der Eltern wurde zu einem Zeitpunkt erfasst, der keine Langfristperspektive möglich macht. Weiterführende Analysen sind vor allem für weitreichende Entscheidungen sinnvoll.

Die Ergebnisse bestätigen trotz der Einschränkungen insgesamt den großen Nutzen, die gute Wirksamkeit sowie die insgesamt gute Erreichbarkeit der Eltern des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin, wobei unabhängig von der Anspruchsgruppe ein weiterer Ausbau des Programms und damit die Nutzung durch eine größere Anzahl von Familien befürwortet und gefordert wurde. Die Evaluationsstudie hat unterschiedliche Ursachen – programmspezifische, klinikspezifische Gründe, Gründe auf Seiten der Eltern oder

des externen Angebots – für bestehende Varianzen in der Umsetzung aufgezeigt. Daran anknüpfend wurden verschiedene Ansätze und Möglichkeiten skizziert, wie das Landespräventionsprogramm Babylotse Berlin noch besser auf die Wünsche und Bedarfe der Eltern, der Babylots:innen, weiterer Krankenhausmitarbeitender sowie externer Partner:innen zugeschnitten werden könnte, um auf diese Weise die Programmziele noch besser erreichen zu können.

7 Literaturverzeichnis

Deutsche Post AG (2023): Postleitdaten. Downloads. Deutsche Post Direkt. Online verfügbar unter https://www.deutschepost.de/de/d/deutsche-post-direkt/datafactory/download_postleitdaten.html, zuletzt aktualisiert am 22.11.2023, zuletzt geprüft am 22.11.2023.

Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Ines Steinke (2015): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 13–29.

Geoportal Berlin (2022): Gesundheits- und Sozialstrukturatlas: Kombiniertes Gesundheits- und Sozialindex 2022 - GESIx/GESIx Trend - [WMS]. Berlin. Online verfügbar unter <https://daten.berlin.de/datensaetze/gesundheits-und-sozialstrukturatlas-kombinierter-gesundheits-und-sozialindex-2022-0>, zuletzt geprüft am 02.11.2023.

Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des für die integrierte Gesundheitsberichterstattung zuständigen Referats der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (2022): 2. Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022 - Anhang Planungsräume. Berlin. Online verfügbar unter <https://gsi-berlin.info/Search/Search/Query?seite=2&CBFest=Aufnahme;Kategorie;Thema&Aufnahme=03%2F2022&Kategorie=Berichte&thema=Gesundheits%2D+und+Sozialstruktur>, zuletzt geprüft am 02.11.2023.

ISAR S.A.S. (2023): TVöD - Tarifrunde 2023. Online verfügbar unter <https://oeffentlicherdienst.info/tvoed/tr/2023/>, zuletzt aktualisiert am 22.11.2023, zuletzt geprüft am 22.11.2023.

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz. Online verfügbar unter https://www.qualitativeinhaltsanalyse.de/documents/Kuckartz_Raediker_2022_Qualitative_Inhaltsanalyse_Leseprobe.pdf, zuletzt geprüft am 23.11.2023.

Qualitätsverbund Babylotse (2023): Home - Qualitätsverbund Babylotse e.V. Online verfügbar unter <https://qualitaetsverbund-babylotse.de/>, zuletzt geprüft am 22.11.2023.

- Scharmanski, Sara; Renner, Ilona (2019): Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus "Zusammen für Familien" (ZuFa-Monitoring). Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Online verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Geburtskliniken-und-Fruehe-Hilfen.pdf, zuletzt geprüft am 23.11.2023.
- Schmenger, Sarah; Schmutz, Elisabeth; Jörg Backes, Jörg; Scharmanski, Sara (2020): Zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung: Eckpunktepapier. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). - Google Suche. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Online verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Zentrale-Qualitaetskriterien-fuer-Lotsendienste-der-Fruehen-Hilfen-in-Geburtskliniken-b.pdf, zuletzt geprüft am 22.11.2023.
- Schreier, Margrit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 15 (1). DOI: 10.17169/fqs-15.1.2043.
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (2022): Gesundheits- und Sozialstrukturatlas. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>, zuletzt geprüft am 23.10.2023.
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (2023): Babylotse Berlin. Online verfügbar unter <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/schwangerschaft-und-kindergesundheit/kindergesundheit/babylotsen-1364756.php>, zuletzt aktualisiert am 22.11.2023, zuletzt geprüft am 22.11.2023.
- Steffen, Petra; Löffert, Sabine; Siewert, Sophia (2022a): Quo vadis? Die Fortbildung im Rahmen der Frühen Hilfen im Spagat zwischen Ausgebildeten und Studierenden. Ergebnisse der Evaluation des Fortbildungscurriculums zum Einsatz in den Frühen Hilfen für Hebammen / Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger des Landes Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Online verfügbar unter https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/2022_Fortbildungscurriculum_Bericht_Endversion_neu-komprimiert.pdf, zuletzt geprüft am 23.11.2023.

Steffen, Petra; Siewert, Sophia; Blum, Karl (2022b): Viele Brücken zwischen Kliniken, Kommunen und Eltern gebaut, weitere möglich. Quantitative Studie zu Lotsendiensten in Geburts- und Kinderkliniken als Angebot der Frühen Hilfen. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Online verfügbar unter https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/Bericht_Lotsendienste_final.pdf, zuletzt geprüft am 23.11.2023.

Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou (2023): Babyotse in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.seeyou-hamburg.de/kinder-familien/babyotse-in-deutschland/>, zuletzt aktualisiert am 22.11.2023, zuletzt geprüft am 22.11.2023.

van Staa, Juliane; Renner, Ilona (2020): »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. Kompakt. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH).

8 Anhang

8.1 Methodik

8.1.1 Quantitative Daten

Sekundärdatenanalyse

Die Berliner Geburtsstationen (n = 18)¹⁹ haben im Rahmen des Landespräventionsprogramms Babytse Berlin standardmäßig folgende Daten für das Jahr 2022 erhoben:

- Kennzahlen Babytse Berlin: Kennzahlen Berlin, Kennzahlen QV
- Leistungsberichte Babytse Berlin: Angaben zu Personal und Programmumsetzung

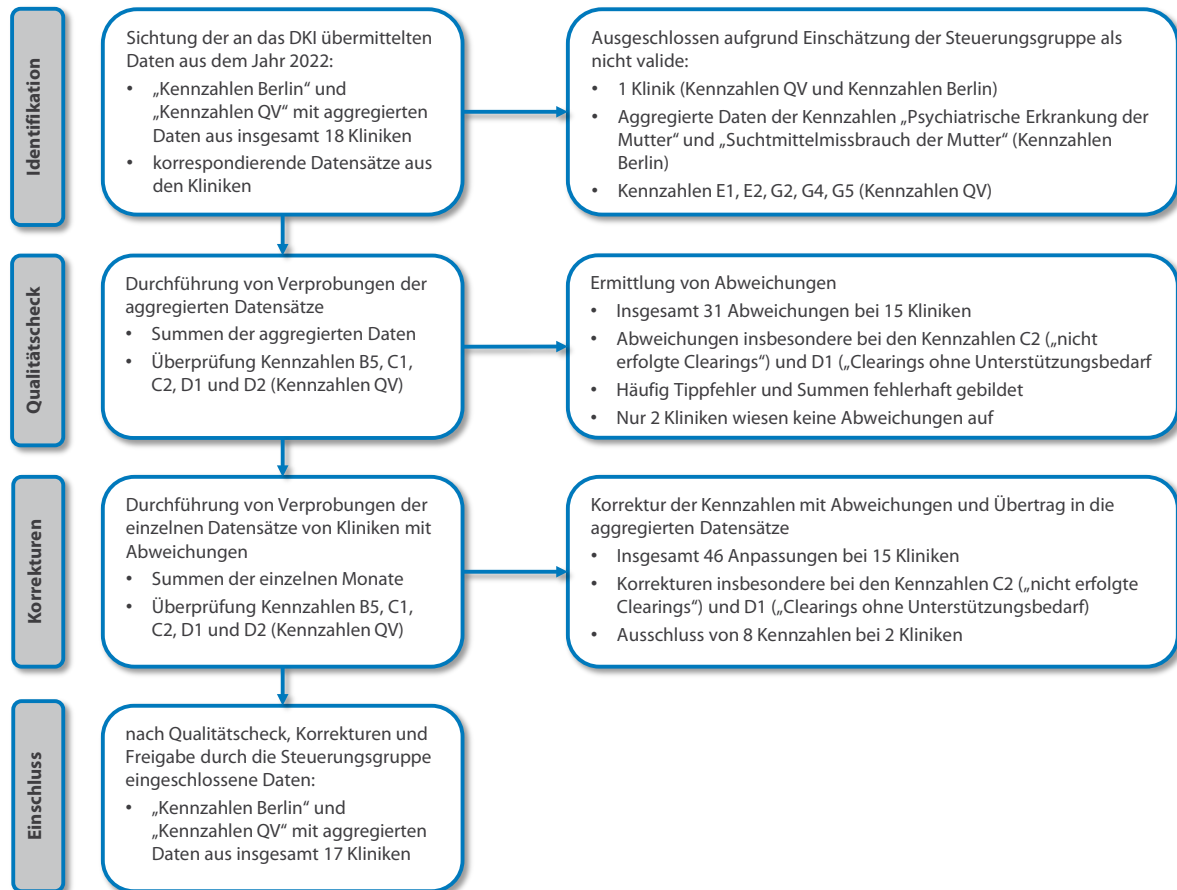
Zudem lagen Informationen über die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel vor.

Die Daten lagen zum Teil in unterschiedlicher Form (z. B. als Anzahl oder ja/nein-Einschätzung), sowohl pro Krankenhaus insgesamt als auch für die einzelnen Kalendermonate 2022 vor. Die Geburtskliniken wurden vom Auftraggeber mit einem pseudonymisierten krankenhausspezifischen Schlüssel versehen, so dass eine Zusammenführung der verschiedenen Kennzahlen möglich war.

Alle pseudonymisiert zur Verfügung gestellten Datensätze und Dateien der einzelnen Geburtshilfen wurden in der Evaluationsstudie über einen mehrstufigen Prozess zusammengeführt, aufbereitet und qualitätsgesichert. Die ersten Schritte stellten die Codierung und Aufbereitung verschiedener Daten für die Analysen dar. Der nächste Schritt war die Zusammenführung der verschiedenen Dateien der Berliner Geburtskliniken, um Informationen der verschiedenen Dateien verknüpft auswerten zu können.

Anschließend wurden insbesondere die von den Geburtskliniken erhobenen Daten vor der Auswertung einer mehrstufigen Qualitätsprüfung unterzogen (vgl. Abb. 20), woraufhin eine Klinik aus Sicht des Auftraggebers aufgrund von inkonsistenten Angaben komplett von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden musste. Insgesamt wurden somit die Daten von 17 Kliniken ausgewertet. Aus den Datensätzen der 17 Kliniken wurden bei 2 Kliniken insgesamt 8 Kennzahlen ausgeschlossen, da diese ebenfalls als implausibel eingeschätzt wurden.

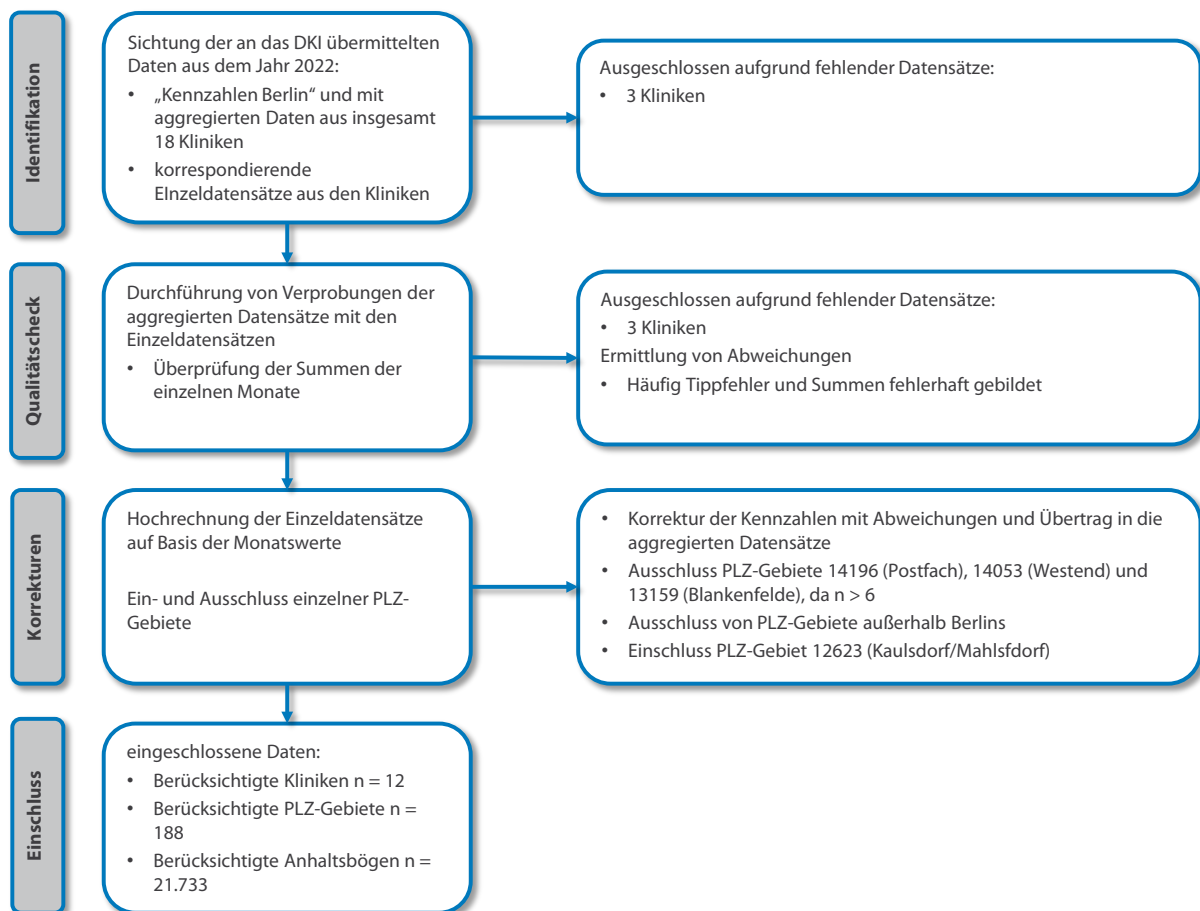
¹⁹ Von den 19 Berliner Geburtskliniken wird eine Klinik mit 2 Standorten in der Dokumentation als eine Klinik geführt. Aus diesem Grund wird immer von 18 bzw. nach der Datenprüfung von 17 Kliniken berichtet.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Qualitätsprüfung der Sekundärdaten aus den Geburtskliniken

Bei den Daten „Kennzahlen Berlin 2022“ wurden nur von 15 der insgesamt 18 Kliniken die Anzahl der auffälligen und nicht auffälligen Anhaltsbögen auf Ebene der Postleitzahlen (PLZ) für die LOR-Analysen erhoben. Auch hier erfolgte vor der Auswertung eine umfangreiche Qualitätsprüfung (vgl. Abb. 21). Die Angaben von 3 Kliniken wurden aufgrund von Unvollständigkeit (z. B. Erhebung nur in 6 von 12 Monaten) von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Damit wurden insgesamt die Daten aus 12 Kliniken ausgewertet. Zur Wahrung der Patienten-anonymität wurden die Daten aus PLZ-Bereichen mit $n < 6$ hinsichtlich der Summe aus auffälligen und nicht auffälligen Anhaltsbögen von der Auswertung ausgeschlossen. Dies betraf insgesamt 3 PLZ: 14196 (Postfach), 14053 (Westend) und 13159 (Blankenfelde). Ebenso ausgeschlossen wurden die Daten aus PLZ-Bereichen außerhalb des Bundeslands Berlin. Der PLZ-Bereich 12623 (Kaulsdorf/Mahlsdorf) war in der verwendeten Berichtsmappe nicht vertreten. Da mehrere Kliniken jedoch Daten in ausreichender Zahl ($n > 6$) zu dieser PLZ erhoben hatten, wurde dieser PLZ-Bereich zusätzlich aufgenommen. Die Summe, der hierdurch eingeschlossenen auffälligen und nicht auffälligen Anhaltsbögen auf Ebene der PLZ belief sich nach der Qualitätsprüfung auf $n = 21.733$ und stellt somit einen Anteil von 63 % im Hinblick auf die Grundgesamtheit ($N = 34.757$) dar.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Qualitätsprüfung der räumlichen Sekundärdaten (LOR)

Ziel der quantitativen Analyse der in den Geburtskliniken erhobenen Daten war primär, den derzeitigen Wirkungsgrad des Babylotsen-Einsatzes in Berlin, die Umsetzung der NZFH-Qualitätskriterien, die Beschreibung der Babylotsen-Tätigkeit sowie die Einbettung ins Netzwerk anhand verschiedener Parameter abzubilden. Außerdem wurde auch der Frage nachgegangen, ob durch das Programm Babylotse Berlin (werdende) Mütter erreicht werden, die Hilfe und Unterstützung benötigen. In diesem Kontext sollte auch untersucht werden, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen den lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) und Babylotsenfällen gibt. Hintergrund hierbei war die Leitfrage, ob es je nach sozialer Lage unterschiedlicher fachlicher und personeller Intensitäten der Leistungen der Babylotsinnen bedarf. Das Ergebnis ist die differenzierte Darstellung der derzeitigen Umsetzung (Ist-Situation) des Landespräventionsprogramms.

Um den Umsetzungsstand des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin in den Berliner Geburtshilfen für das Jahr 2022 zu analysieren, wurden die Daten zunächst deskriptiv für alle Berliner Geburtshilfen insgesamt sowie für jede Klinik ausgewertet. Hierbei wurden

entsprechend der sozialwissenschaftlichen Standards die Kennwerte genutzt, die aufgrund der Datenlage angezeigt waren, z. B. Häufigkeiten, Minimum, Maximum, Mittelwerte und Mediane. Für einzelne Fragestellungen erfolgte zudem eine nach Gruppen differenzierte Auswertung. Die ermittelten Ergebnisse wurden anschließend grafisch bzw. tabellarisch aufbereitet.

Um der Frage nachzugehen, inwieweit sich die psychosozialen Belastungsniveaus der Eltern zwischen den Kliniken unterscheiden, wurde ein standardisierter „**Belastungsscore**“ pro Klinik berechnet. Hierbei wurden alle psychosozialen Belastungen (Kennzahlen Berlin), für die valide bzw. ausreichende Daten vorlagen, eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden „psychiatrische Erkrankung der Mutter“, „Psychose“, „Suchtmittelmissbrauch der Mutter“. Die Angaben zur Kennzahl „Angst“ wurden zu „Sonstiges“ gerechnet.

Für jede psychosoziale Belastung wurde ihr Anteil an den Geburten pro Klinik und für Berlin gesamt berechnet, wobei jeweils nur die Kliniken berücksichtigt wurden, in denen entsprechende Belastungen auftraten (Wert >0). Anschließend wurden die klinikspezifischen Anteilswerte dahingehend codiert, ob die Klinik pro Kennzahl eine überdurchschnittliche (1) bzw. unterdurchschnittliche (0) Belastung aufwies. Nachfolgend wurden alle vorhandenen Werte pro Klinik zunächst aufsummiert. Anschließend wurden sie standardisiert, indem durch die Anzahl aller vorhandenen Werte geteilt wurde.

Abschließend wurden die Werte „geringen“ (0 – 33), „mittleren“ (34 – 66) und „höheren“ (67 – 100) Belastungsscores statistisch zugeordnet. Im Ergebnis wurde 6 Kliniken ein „geringeres“, 8 Kliniken ein „mittleres“ und 3 Kliniken ein „höheres“ Belastungsniveau ihrer entbindenden Eltern zugeschrieben. Bei der Interpretation der Werte und Ergebnisse ist zu beachten, dass die entsprechenden Berechnungen und Einteilungen von der Datenqualität der analysierten Kennzahlen abhängen und keine Informationen über die Belastungen pro Familie vorlagen. Die psychosozialen Belastungen wurden aufgrund der Datenlage und fehlenden Informationen ungewichtet berücksichtigt.

Für die Analyse der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) konnten ausschließlich Daten, die einen Raumbezug aufwiesen, herangezogen werden. Somit konnten lediglich die Daten zu den auffälligen und nicht auffälligen Anhaltsbögen auf Ebene der PLZ, nicht aber die Anzahl der Babylotsenfälle bei der Auswertung berücksichtigt werden, da diese nicht dokumentiert wurden. Hinsichtlich der LOR bzw. zur Einschätzung der sozialen Lage wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber der Gesundheits- und Sozialindex (GESIx) auf Ebene der Planungsräume bei der Analyse herangezogen. Der GESIx wird jährlich im Rahmen des Gesundheits- und Sozialstrukturatlas berichtet und berücksichtigt insgesamt 20 Indikatoren aus den Dimensionen Erwerbsleben, Soziale Lage und Gesundheit. Mittels

Hauptkomponentenanalyse werden für die LOR-Planungsräume entsprechend der Ausprägungen der berücksichtigten Indikatoren GESIx-Schichten zwischen 1 (sehr günstig) und 7 (sehr ungünstig) ermittelt (vgl. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege 2022). In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde bei der Analyse eine zweistufige Unterteilung der GESIx-Schichten in die Subgruppen „normal“ (Schicht 1 bis 4) und „ungünstig“ (5 bis 7) vorgenommen. Eine Aufbereitung der Ergebnisse in Anlehnung an die dreistufige Klassifizierung des Gesundheits- und Sozialstrukturatlas in die Subgruppen „sehr günstig“ (Schicht 1 bis 2), „normal“ (Schicht 3 bis 5) und „sehr ungünstig“ (Schicht 6 bis 7) ist dem Anhang beigefügt.

Die Hauptproblematik bei der räumlichen Analyse bestand zunächst darin, dass die beiden Raumgrößen PLZ und LOR-Planungsraum geografisch betrachtet nicht deckungsgleich sind, und den PLZ somit keine eindeutige GESIx-Schicht zugewiesen werden konnte. Daher wurde eine Geoanalyse mit Hilfe der Geoinformationssoftware QGIS durchgeführt, um die verschiedenen Raumgrößen zu harmonisieren. So konnten für jede PLZ zum einen die überschneidenden LOR-Planungsräume identifiziert und zum anderen deren Flächengrößen innerhalb des PLZ-Gebietes ermittelt werden. In Abhängigkeit der Flächengrößen der „zerschnittenen“ LOR-Planungsräume konnte ein gewichteter GESIx für jedes PLZ-Gebiet ermittelt werden. Die vorgenommen vier Abstufungen des Anteils der auffälligen Anhaltsbögen erfolgte dabei anhand von in Abhängigkeit der absoluten Anzahl an Anhaltsbögen gewichteten Mittelwerten, ähnlich wie bei der Einteilung eines Datensatzes in Quartile.

Die für die Analysen benötigten Daten hinsichtlich des GESIx wurden über das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des für die integrierte Gesundheitsberichterstattung zuständigen Referats der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege abgerufen (vgl. GSI 2022). Die für die Geoanalyse sowie die kartografischen Darstellungen benötigten Geodaten wurden über das Geoportal Berlin abgerufen (vgl. Geoportal Berlin 2022).

Primärerhebung: Elternbefragung

Die Einschätzung der Eltern zum Programm Babylotse Berlin wurde mittels einer standardisierten Befragung erhoben. Die Ziele der Befragung waren es, die Bewertung der Eltern zum Programm Babylotse Berlin insgesamt, die Zufriedenheit mit den Gesprächen mit der Babylotsin sowie den Nutzen und die Nachhaltigkeit aus Sicht der Eltern abzubilden. Außerdem sollte die Befragung der Eltern Antworten liefern, ob durch das Programm Babylotse Berlin (werdende) Mütter erreicht werden, die Hilfe und Unterstützung benötigen. Im Fragebogen wurden die Rahmenbedingungen und inhaltliche Themen des Gesprächs mit

der Babylotsin erhoben. Darüber hinaus wurden die Zufriedenheit mit dem Gespräch und dem Programm insgesamt, der individuelle Nutzen und die Nachhaltigkeit des Angebots Babylotse Berlin ermittelt. Ergänzend wurden einige Fragen zur Lebenssituation gestellt.

Die Frageformulierungen und -operationalisierungen erfolgten jeweils auf Basis der gängigen Methoden der Sozialforschung. Hierbei wurde auch auf bestehende validierte Skalen zurückgegriffen. Der Fragebogen wurde vom Auftragnehmer in der vorgehaltenen Online-Befragungssoftware (Questback/Tivian) DSGVO-konform programmiert und erneut getestet. Der Auftraggeber war in die Tests einbezogen und hat die Befragung freigegeben.

Zur Rekrutierung von Teilnehmenden wurden die Babylotsinnen in den Berliner Geburtshilfen eingebunden. Nach jedem Erstgespräch mit den Eltern sollten sie diesen ein vorbereitetes Informationsblatt zur Befragung austeilen. Dieses Dokument enthielt einen Link bzw. einen QR-Code zur Registrierung zur Befragung. Die Eltern wurden gebeten, sich unmittelbar zu registrieren und ihre E-Mail-Adresse anzugeben. Nach 2 Wochen erhielten sie vom DKI eine E-Mail mit der Aufforderung zur Teilnahme an der Befragung. Befragungsstart war der 01.08.2023.

Der Rücklauf lag vier Wochen nach Befragungsstart nicht im erwarteten Bereich. Aus diesem Grund haben sich Auftraggeber und Auftragnehmer kurzfristig dazu entschlossen, die Befragung auch als Papierversion zu ermöglichen. Die Babylotsinnen wurden gebeten die Fragebogen entsprechend auszudrucken und unter Beigabe eines verschließbaren Umschlags an die Eltern auszuteilen. Die Kliniken haben einmal wöchentlich die gesammelten Umschläge postalisch ans DKI übermittelt. Die Feldphase der Befragung endete am 13.10.2023. Der Auftragnehmer hatte eine Hotline eingerichtet, an die sich die Eltern bei Fragen wenden konnten. Auch wurde eigens ein datenschutzkonformes Postfach eingerichtet, das die Mitarbeitenden per Mail kontaktieren konnten. Zu diesem Postfach hatten nur Projektmitarbeitende des Auftragnehmers Zugang, die das Fach in den genannten Zeiten regelmäßig auf Mail-Eingänge geprüft und Mails zeitnah beantwortet haben (wochentäglich innerhalb 48 Stunden).

Nach Abschluss der Befragung wurden die Daten in die Statistik- und Analysesoftware SPSS überführt und ausgewertet. Hierbei wurden die gängigen und etablierten sozialwissenschaftlichen Methoden in Abhängigkeit von der konkreten Fragestellung und dem Skalenniveau genutzt. Im Vordergrund standen deskriptive Analysen (z. B. Häufigkeiten, Mittelwerte). Die Ergebnisse wurden grafisch aufbereitet und nachfolgend konzise zusammengefasst.

8.1.2 Qualitative Daten

Zur Beantwortung der Forschungsziele und -fragen, die nicht (vollständig) mit den quantitativen Analysen beantwortet werden konnten, wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Ziel der Fokusgruppen war es, vor allem die derzeitige Situation des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin aus Sicht der Fachkräfte einzuschätzen und bewerten zu lassen. In den Fokusgruppen wurden sowohl praktische Probleme, Stolpersteine als auch Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung des Landespräventionsprogramms aus Sicht der Fachkräfte identifiziert. Die Ergebnisse wurden anschließend mit dem Ziel reflektiert, umsetzbare Verbesserungspotenziale für die zukünftige fachliche, inhaltliche und fiskalische Ausrichtung des Programms zu generieren. Um dies zu gewährleisten, wurden auch ausgewählte Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse eingeordnet und diskutiert.

Zentrale Forschungsfragen der qualitativen Befragungen waren vor allem:

- Wie wird die Umsetzung des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin insgesamt eingeschätzt?
- Welche Ansätze zeigen sich, um das Landespräventionsprogramm zielgruppenadäquat weiterzuentwickeln?
- Wie können Erfolgsfaktoren berlinweit etabliert werden?
- Wie können Hürden oder Stolpersteine des Programms reduziert werden?
- Wäre es hilfreich, unterschiedliche fachliche und personelle Intensitäten der Leistungen der Babylotsinnen nach sozialer Lage zu entwickeln? Wenn ja, welche?
- Wie schätzen die Befragten die Finanzierung des Babylotsen-Programms ein?
- Werden durch das Programm Babylotse Berlin (werdende) Mütter erreicht, die Hilfe und Unterstützung benötigen? Wenn nein, warum nicht?
- Welche Herausforderungen führen dazu, dass (werdende) Mütter durch das Programm Babylotse Berlin nicht erreicht werden?

Bei der Umsetzung sowie der Identifikation von Anregungen zur Weiterentwicklung des Landespräventionsprogramms wurden alle zentralen Prozessschritte und die NZFH-Qualitätskriterien reflektiert.

Es wurden Anfang September 2 qualitative Fokusgruppen in Berlin mit insgesamt 21 Teilnehmerinnen à 3 Stunden durchgeführt. An den Fokusgruppen nahmen Vertreter aus fast allen Berliner Geburtshilfen (N = 16)²⁰ teil, vor allem Babylotsinnen, aber auch andere klinikinterne sowie klinikexterne Berufsgruppen. Unter den Teilnehmerinnen waren 13 Babylotsinnen, eine Hebamme, eine Psychologin, eine Stillberaterin, zwei ärztliche

²⁰ Es hatten Vertreter aller Berliner Geburtskliniken eine Teilnahme zugesagt, jedoch haben zwei Teilnehmende kurzfristig abgesagt.

Koordinatorinnen des Projekts Babylotse Berlin, eine sozialpädagogische Leitung, eine Netzwerkkoordination Frühe Hilfen aus einem Gesundheitsamt und eine Netzwerkkoordination Frühe Hilfen aus einem Jugendamt.

Für die Fokusgruppen wurde ein Leitfaden entwickelt, der die genannten Ziele und Forschungsfragen operationalisierte. Zu Beginn wurden Erfolgsfaktoren und -hemmnisse des Programms identifiziert. Zu diesem Zweck haben die Teilnehmerinnen die Perspektiven der verschiedenen Akteursgruppen Eltern, Babylotsinnen, krankenhausinterne und -externe Netzwerkpartner:innen eingenommen. Danach wurde jeweils die Umsetzung des Landespräventionsprogramms von der ersten bis zur letzten Kontaktaufnahme mit den Familien nachgezeichnet. Die Diskussion wird durch die punktuelle Vorstellung, Einordnung und Reflektion der quantitativen Ergebnisse ergänzt.

Die Inhalte als auch die Moderation waren gezielt darauf ausgerichtet, durch Einbindung aller relevanten Akteure die derzeitige Umsetzung des Landespräventionsprogramms Babylotse Berlin einzuordnen sowie praxis- und bedarfsorientierte Verbesserungsoptionen zu entwickeln.

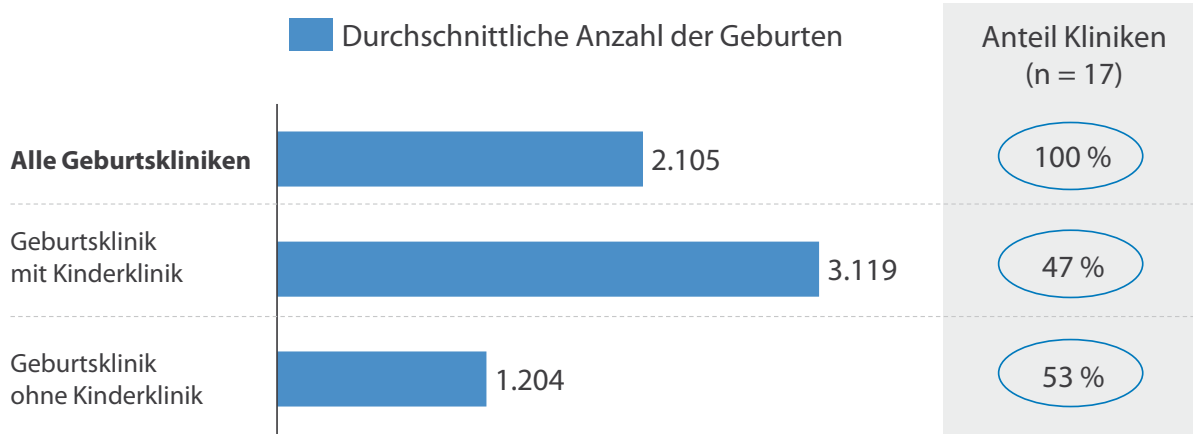
Die Fokusgruppen wurden während ihrer Durchführung durch das DKI dokumentiert. Die Auswertung der Dokumentation wurde als inhaltlich-strukturierende (qualitative) Inhaltsanalyse (Schreier 2014; Kuckartz und Rädiker 2022) durchgeführt. Dabei stellte der erste Schritt die Konstruktion eines Kategoriensystems auf Basis des Leitfadens dar. Die Kategorien wurden zunächst deduktiv in Anlehnung an den verwendeten Leitfaden gebildet. Die Struktur des Leitfadens wurde hierbei in Oberkategorien überführt. Im Zuge der Sichtung des Datenmaterials wurden Textsegmente („Codiereinheiten“) systematisch den Kategoriensystemen, bestehend aus Ober- und Unterkategorien („Codes“), zugeordnet („codiert“). Ein Textsegment kann hierbei auch mehreren Kategorien zugeordnet werden. Bei der Analyse des Datenmaterials wurden die Kategorien kontinuierlich adjustiert und durch Unterkategorien sowie ggf. fehlende Oberkategorien ergänzt. Die deduktiv-induktive Bildung der Kategorien am Material erfolgte durch Zusammenfassung und Reduktion der Textsegmente. Entlang der entwickelten Kategorien wurden die wesentlichen Aspekte der Textsegmente anschließend zusammenfassend dargestellt. Bei der Erstellung und Auswertung des Datenmaterials wurde das Softwareprogramm MAXQDA verwendet.

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse und der Fokusgruppen wurden nach der Auswertung miteinander verknüpft. Wie bereits erläutert wurden in den Fokusgruppen bereits ausgewählte Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse mit den Fachkräften diskutiert. Die qualitativen Auswertungen untermauern die quantitativen Ergebnisse durch Erläuterungen der Prozessvorgänge, Hinweise auf Probleme und Stolpersteine und bieten erste Anregungen für

Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Die Befragung bietet ergänzend Einblicke in die Sichtweise der Eltern.

8.2 Umsetzung der Konzeptbestandteile und Rahmenbedingungen

8.2.1 Beschreibung der Kliniken



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Geburtenzahlen und Vorhaltung einer Kinderklinik

8.2.2 Patientenklientel(en)

Tab. 6: Anteile psychosozialer Belastungen/Geburt

	KH mit Angaben	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum	Differenz
Schwere Erkrankung beim Kind	14	1,0	0,6	0,1	2,8	2,7
Mehrlingsgeburt	12	2,1	1,9	0,1	4,2	4,1
Familien mit schwer kranken oder behinderten Kindern/ Familienmitgliedern	17	2,7	2,0	0,3	8,4	8,1
Mutter < 18 Jahre	16	0,6	0,5	0,2	1,2	1,0
Mutter < 23 Jahre	17	5,4	5,5	0,8	9,3	8,5
Alleinerziehend	17	2,9	2,6	1,1	8,1	7,0
Kommunikation auf deutsch NICHT möglich	16	11,2	11,8	4,1	20,7	16,6
Fluchterfahrung (in den letzten 5 Jahren)	17	4,9	4,9	0,6	9,9	9,3
Gewalterfahrung der Mutter	15	0,9	0,5	0,1	3,6	3,5
Depression	17	3,0	2,9	1,3	5,8	4,5
Borderline	17	0,3	0,2	0,1	1,0	0,9
PTBS	15	0,3	0,2	0,1	0,9	0,8
Sonstige psychische Belastungen	17	1,4	1,3	0,3	3,0	2,7
Nikotin	17	4,2	4,4	0,3	7,4	7,1
Alkohol	12	0,4	0,2	0,1	1,0	0,9
Drogen	11	0,4	0,3	0,1	0,9	0,8

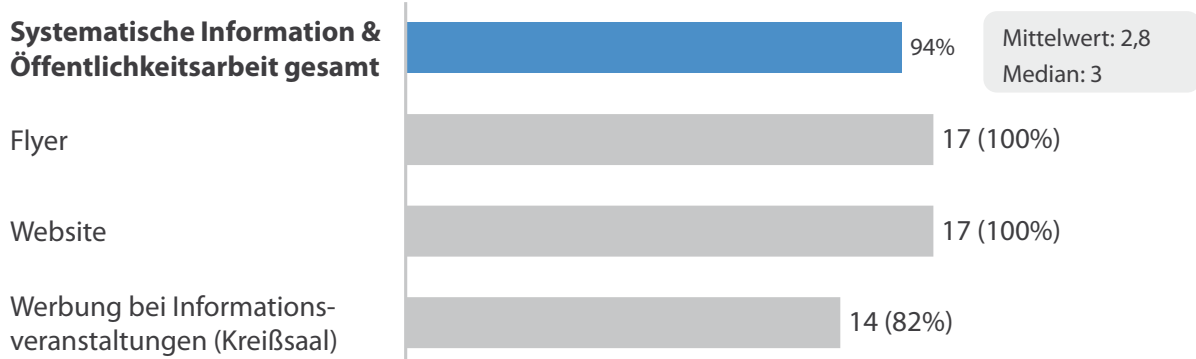
8.2.3 NZFH-Qualitätskriterien

Tab. 7: NZFH-Qualitätskriterien

1. Die Klinikleitung und die kommunale(n) Spitze(n) befürworten den Lotsendienst.
2. Der Lotsendienst ist konzeptionell abgesichert.
3. Der Lotsendienst kann optional von der Klinik oder von einer kooperierenden klinik-externen Institution getragen werden.
4. Es findet eine (strukturelle) Vernetzung mit dem Netzwerk/den Netzwerken Frühe Hilfen statt.
5. Der Lotsendienst wird von einer Fachkraft durchgeführt, die über eine psychosoziale, pflegerische oder medizinische Grundqualifikation verfügt und eine aufgabenspezifische Qualifizierung/Schulung erhält.
6. Es werden gezielte Maßnahmen zur niedrighwelligen Schulung der kooperierenden Akteure innerhalb der Klinik (insb. Hebammen, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte) durchgeführt.
7. Es sind definierte Kommunikations- und Informationswege der klinikinternen und -externen Partner vorhanden.
8. Es findet eine klare Differenzierung zwischen den präventiv, freiwillig ausgerichteten Frühen Hilfen und dem Handeln bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung statt.
9. Das Angebot ist für die Familien kostenlos.
10. Der Lotsendienst in der Geburtsklinik erfüllt, bezogen auf die Familie, die drei Kernaufgaben Erkennen von Belastungsfaktoren und Ressourcen, vertiefendes Gespräch und bei Bedarf Überleitung in Unterstützungsangebote
11. Die Einschätzung von Unterstützungsbedarfen findet systematisch, objektiv und vorurteilsfrei mit allen Frauen statt und basiert nicht auf Vorannahmen.
12. Es wird ein qualifiziertes/strukturiertes Verfahren der Belastungseinschätzung eingesetzt, das sich an den Grundprinzipien Freiwilligkeit, Stigmatisierungsfreiheit, Transparenz und Partizipation orientiert.
13. Zur Wahrnehmung und Einschätzung der Unterstützungsbedarfe werden unterschiedliche Perspektiven der Professionen im Krankenhaus zusammengeführt.
14. Die Arbeit des Lotsendienstes wird regelmäßig ausgewertet (Monitoring).

Informationen zur systematischen Information und Öffentlichkeitsarbeit

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)



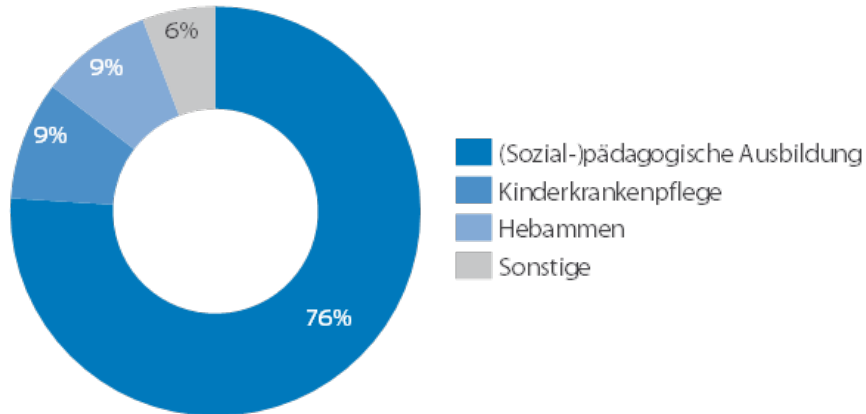
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Systematische Information und Öffentlichkeitsarbeit

8.2.4 Personell

Personalqualifikationen

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)



© Deutsches Krankenhausinstitut

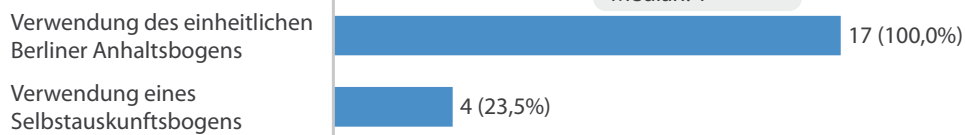
Abb. 24: Personalqualifikationen

8.3 Umsetzung der Kernaufgaben

8.3.1 Feststellung Klärungsbedarf

Informationen zum systematischen Screening

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)



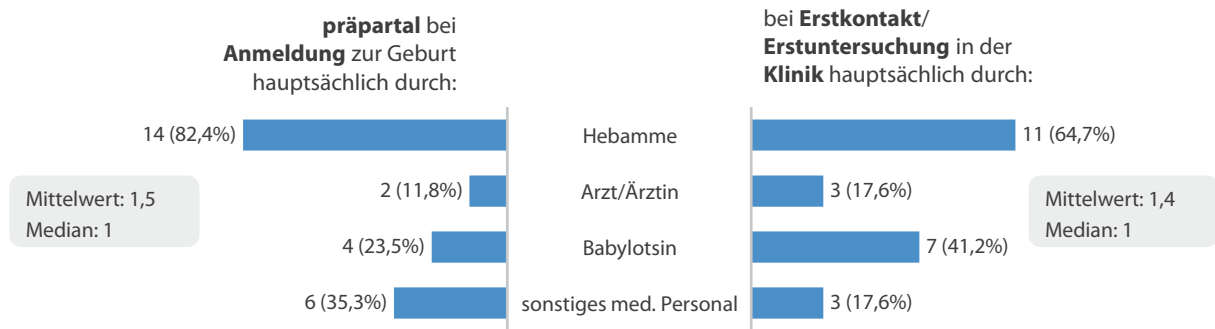
Mittelwert: 1,2
Median: 1

© Deutsches Krankenhausinstitut

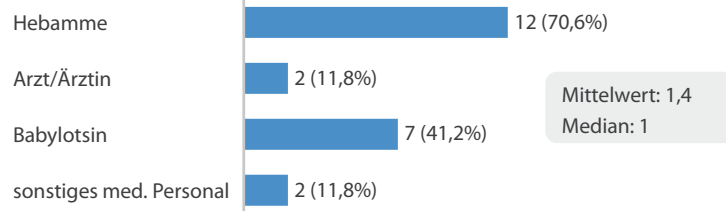
Abb. 25: Screening-Instrumente

**Informationen zu Screeningverfahren:
Zeitpunkt und Person**

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)



Ergänzung bei Geburt im Kreißsaal
hauptsächlich durch:



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Zeitpunkt und durchführendes Personal des Screenings

**Informationen zu Screeningverfahren:
Zeitpunkt und Art**

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

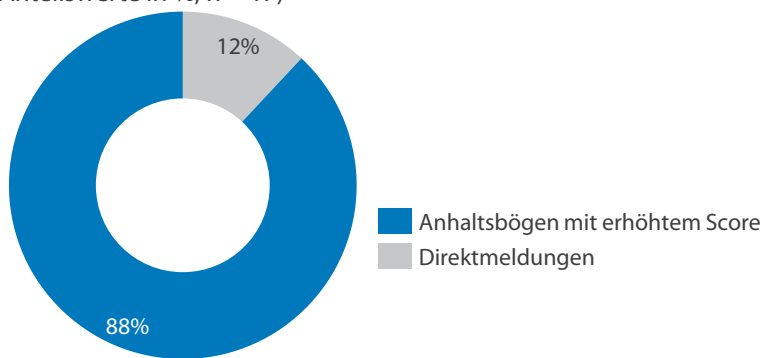
Mittelwert: 1,3
Median: 1



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Ergänzendes Screening

Zusammensetzung des Klärungsbedarfs
(Anteilswerte in %, n = 17)



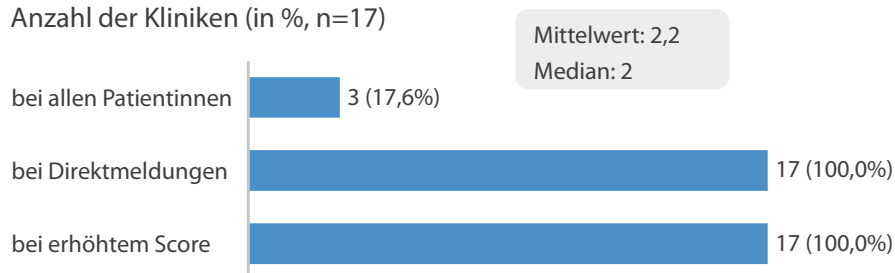
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Zusammensetzung des Klärungsbedarfs

8.3.2 Clearing

Informationen zur systematischen Kontaktaufnahme
Zielgruppe

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

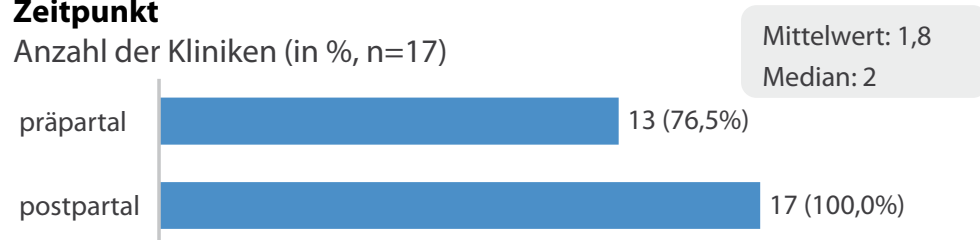


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Zielgruppe des Clearings

Informationen zur systematischen Kontaktaufnahme
Zeitpunkt

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)



© Deutsches Krankenhausinstitut

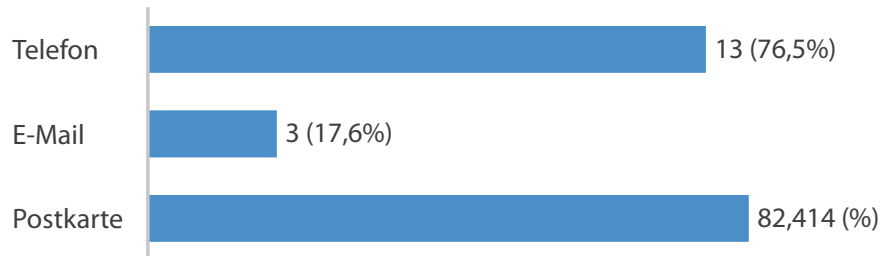
Abb. 30: Zeitpunkt des Clearings

Informationen zur systematischen Kontaktaufnahme Kontaktaufnahme verpasster Frauen/Familien

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

Mittelwert: 1,8

Median: 2



© Deutsches Krankenhausinstitut

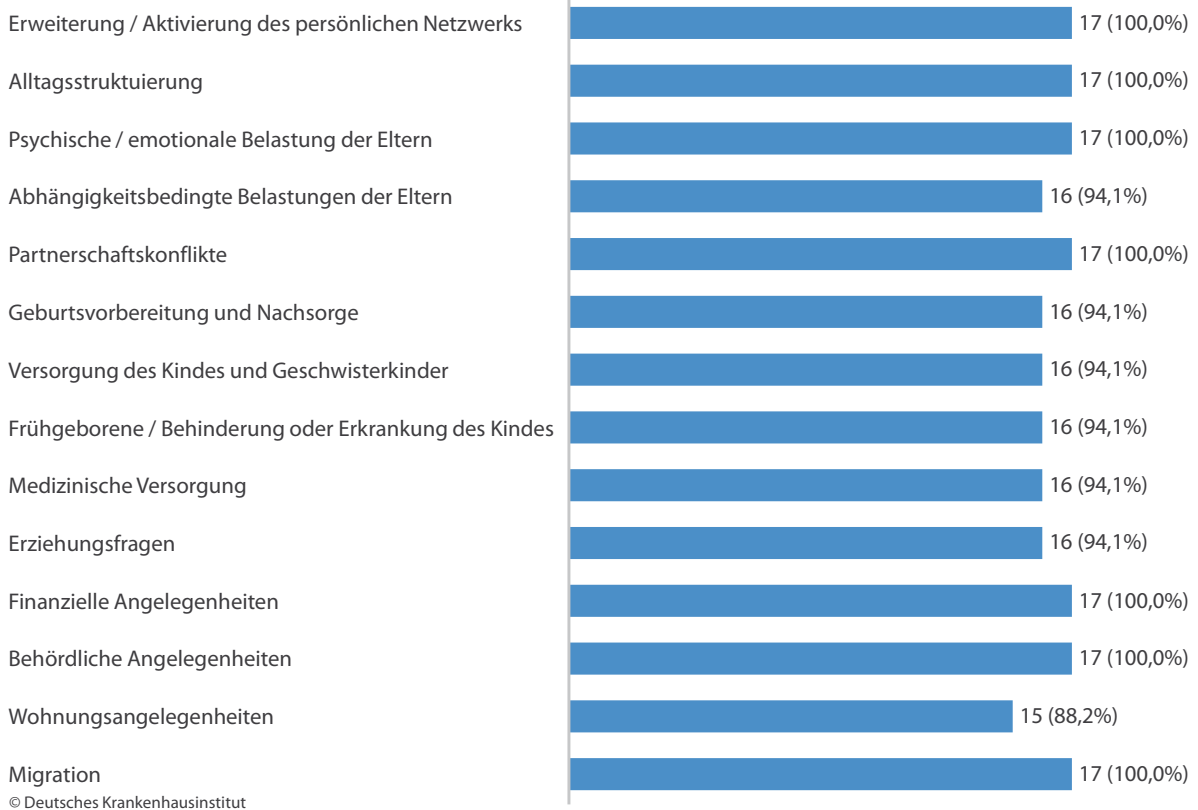
Abb. 31: Kontaktaufnahme verpasster Frauen/Familien

Themen der Beratungs- und Unterstützungsleistungen

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

Mittelwert: 13,5

Median: 14



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Themen der Babylotsengespräche

8.3.3 Babylotsengespräch

Zeitpunkt der Beratungs- und Unterstützungsleistungen

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

Mittelwert: 2
Median: 2



© Deutsches Krankenhausinstitut

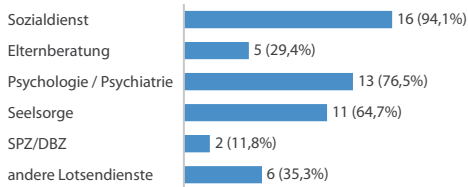
Abb. 33: Zeitpunkt des Babylotsengesprächs

8.3.4 Weiter-, Überleitung, Vernetzung

Durchführung einer systematischen Weiterleitung/Vernetzung ins Hilfesystem: Intern

Mittelwert: 3,1
Median: 3

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Durchführung einer systematischen Weiterleitung/Vernetzung ins Hilfesystem: Extern

Mittelwert: 10,6
Median: 11

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

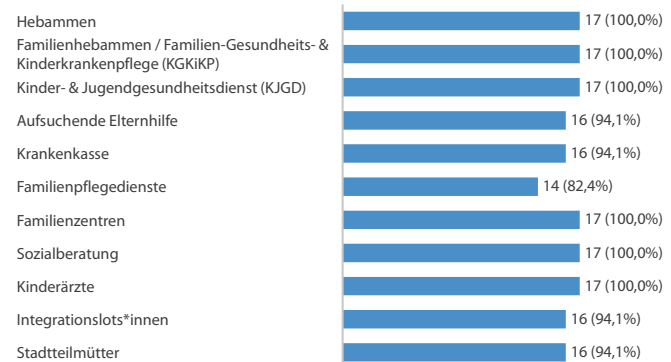


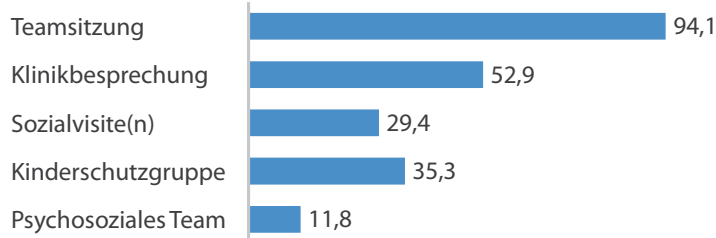
Abb. 34: Interne und externe Vermittlung

**Regelmäßige Teilnahme an Gremien/
Netzwerktreffen:**

Anzahl der Kliniken (in %, n=17)

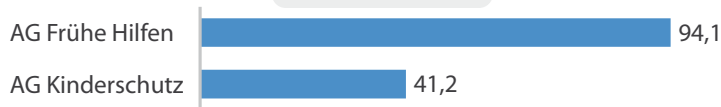
Mittelwert: 2,2
Median: 2

Intern



Extern

Mittelwert: 1,4
Median: 1



© Deutsches Krankenhausinstitut

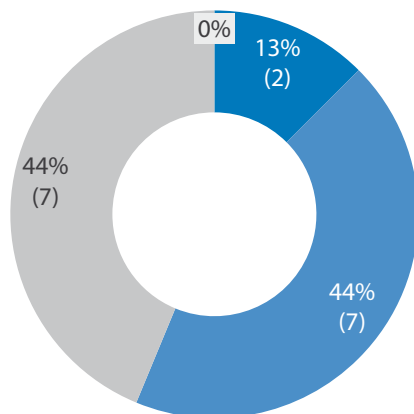
Abb. 35: Interne und externe Vernetzung

8.3.5 Kontakte nach Entlassung

Evaluation 1

(3-4 Wochen nach Kontakt)
(Kliniken in %, n=16)

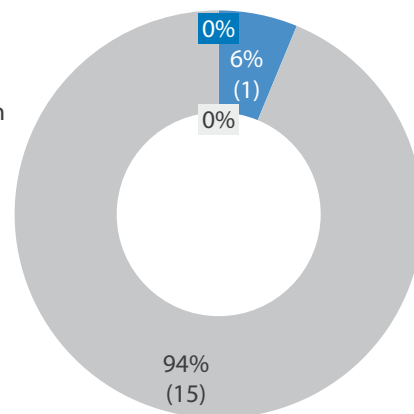
Mittelwert: 2,5
Median: 3



Evaluation 2

(3-4 Monate nach Kontakt)
(Kliniken in %, n=16)

Mittelwert: 1,9
Median: 2

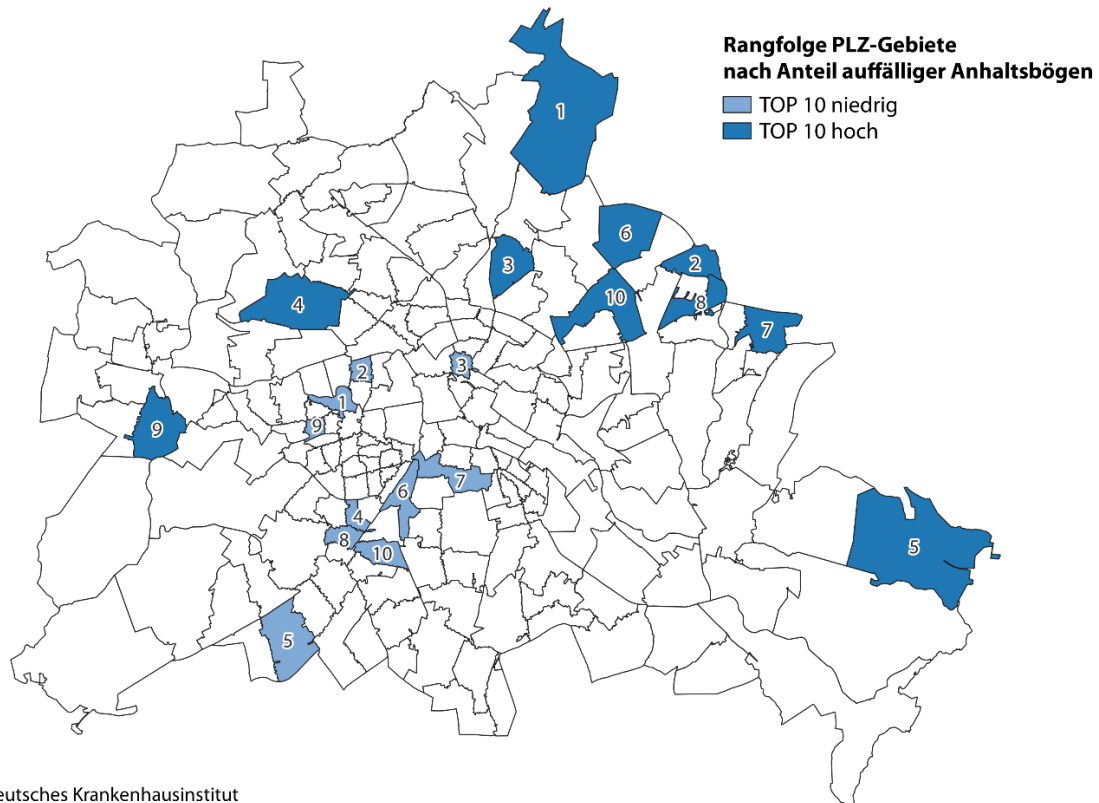


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Evaluation

8.4 Soziale Lage

8.4.1 Auffälligkeiten gemäß Screeningverfahren per Anhaltsbogen



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Kartografische Darstellung der Rangfolge der PLZ-Gebiete nach Auffälligkeiten

Tab. 8: TOP 10 Anhaltsbögen nach geringstem Auffälligkeitsanteil

Postleitzahl	Stadtteil	Anzahl ausgewerteter Anhaltsbögen (n)	Anteil auffälliger Anhaltsbögen
10587	Charlottenburg	98	14,3 %
10551	Moabit	82	14,6 %
10119	Mitte/ Prenzlauer Berg	75	17,3 %
12161	Friedenau/Steglitz	125	20,0 %
14167	Lichterfelde, Zehlendorf	102	20,6 %
10829	Schöneberg	147	21,8 %
10965	Kreuzberg, Neukölln, Schöneberg, Tempelhof	141	22,0 %
12163	Friedenau, Steglitz	131	22,1 %
10627	Charlottenburg	101	22,8 %
12169	Steglitz	117	23,1 %

© Deutsches Krankenhausinstitut

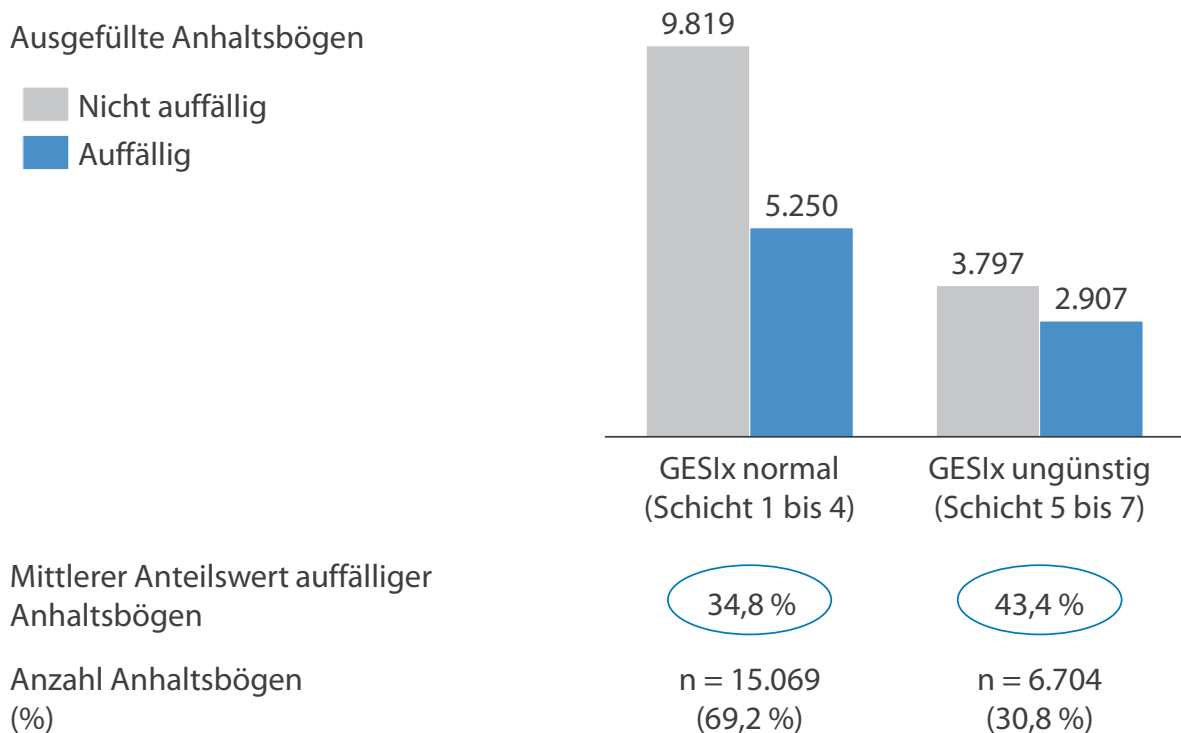
Tab. 9: TOP 10 Anhaltsbögen nach höchstem Auffälligkeitsanteil

Postleitzahl	Stadtteil	Anzahl ausgewerteter Anhaltsbögen (n)	Anteil auffälliger Anhaltsbögen
13125	Karow/Buch	33	78,8 %
12689	Marzahn	125	70,4 %
13089	Heinersdorf	26	69,2 %
13405	Wedding	29	69,0 %
12589	Rahnsdorf	9	66,7 %
12627	Hellersdorf	261	62,5 %
13059	Neu-Hohenschönhausen	72	62,5 %
12679	Marzahn	134	60,4 %
13595	Wilhelmstadt	202	59,4 %
13053	Neu-Hohenschönhausen	152	58,6 %

© Deutsches Krankenhausinstitut

Ausgefüllte Anhaltsbögen

- Nicht auffällig
- Auffällig



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Ausgefüllte Anhaltsbögen (absolut) nach 2-stufigem GESIx und Auffälligkeiten

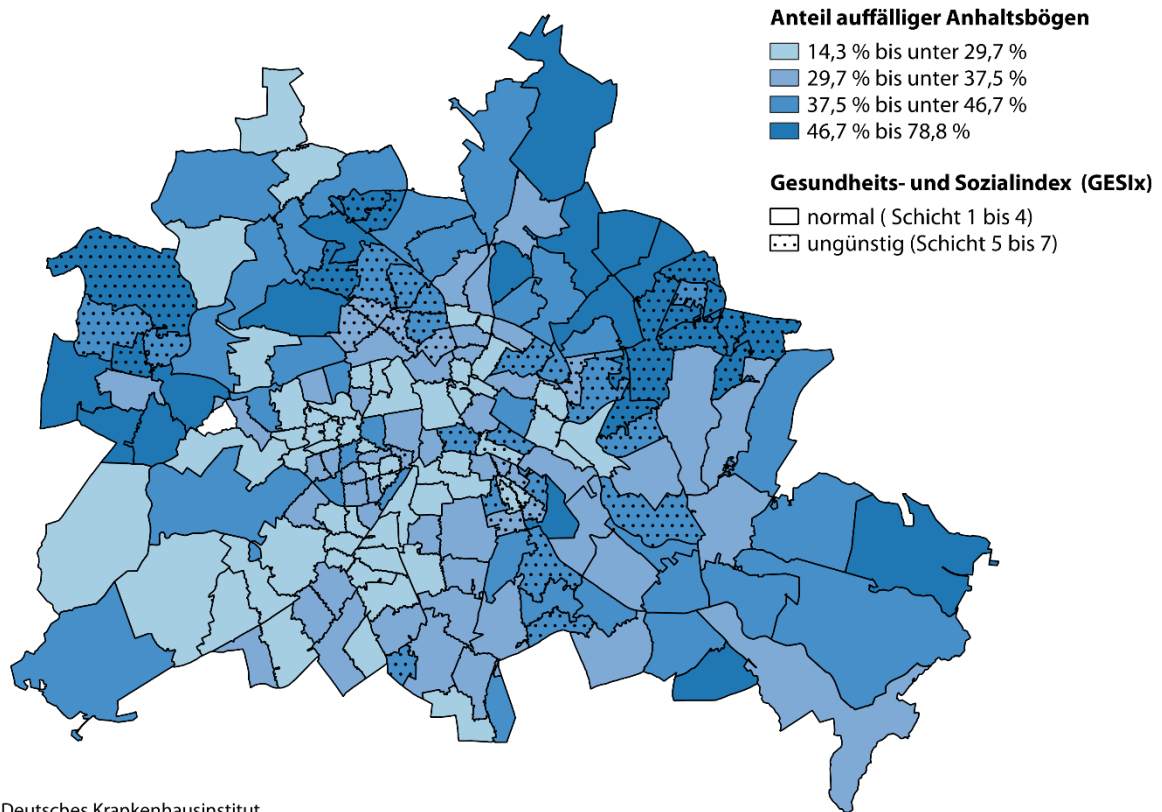
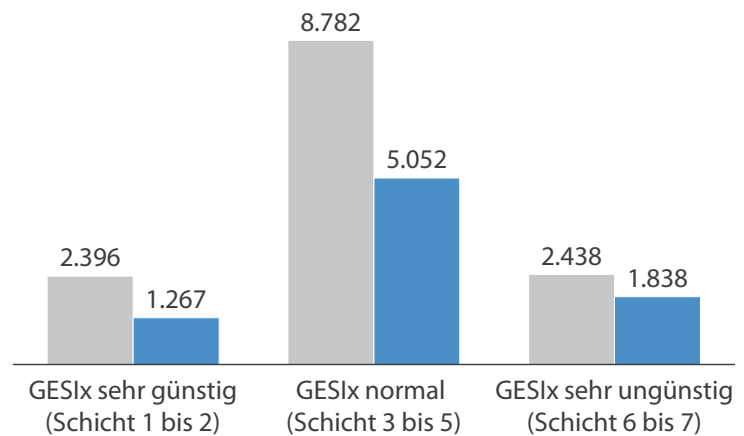


Abb. 39: Kartografische Darstellung der PLZ-Gebiete nach 2-stufigem GESIx und Auffälligkeiten

Ausgefüllte Anhaltsbögen

■ Nicht auffällig
■ Auffällig



Mittlerer Anteilswert auffälliger Anhaltsbögen

34,6 %

36,5 %

43,0 %

Anzahl Anhaltsbögen (%)

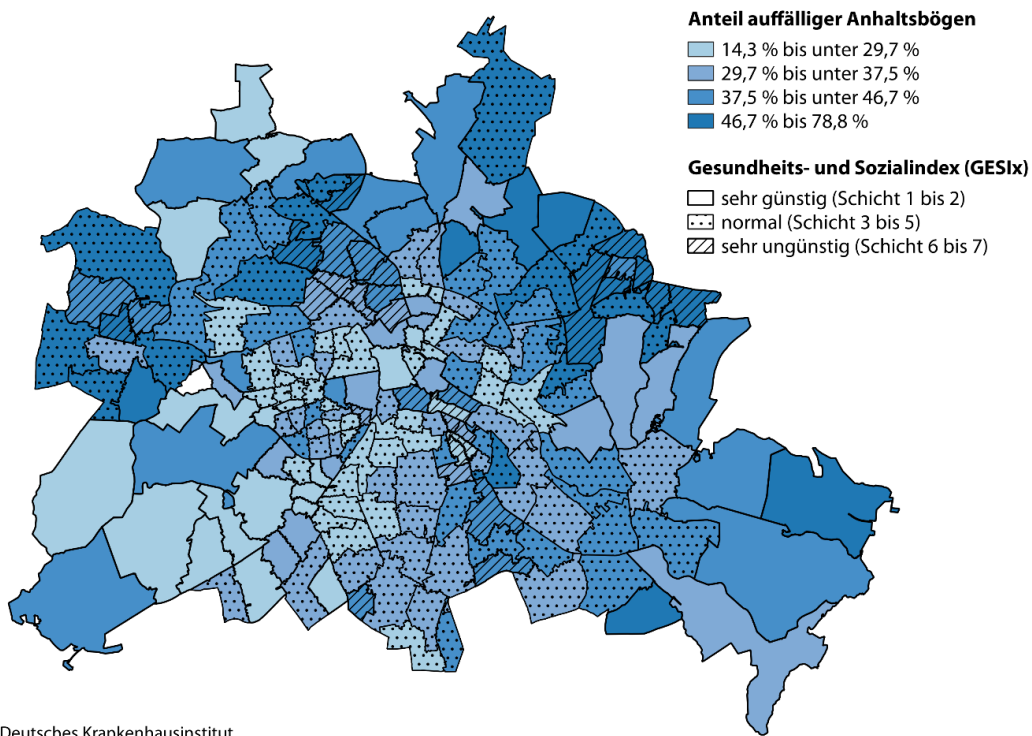
n = 3.663
(16,8 %)

n = 13.834
(63,5 %)

n = 4.276
(19,6 %)

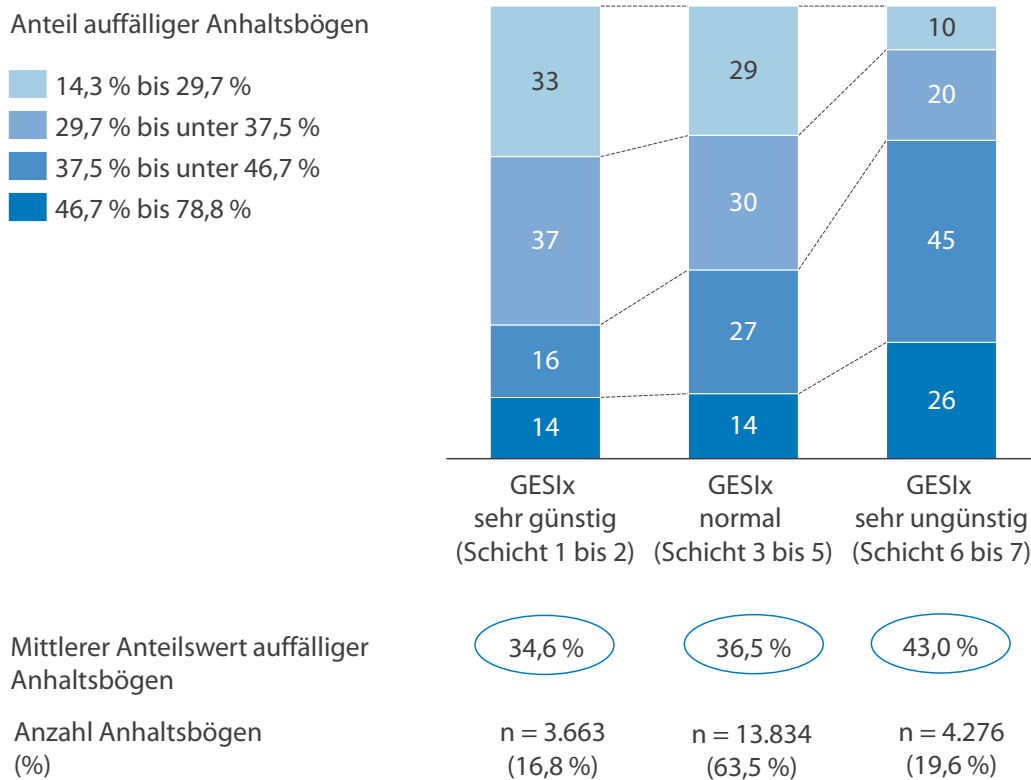
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 40: Ausgefüllte Anhaltsbögen (absolut) nach 3-stufigem GESIx und Auffälligkeiten



© Deutsches Krankenhausinstitut

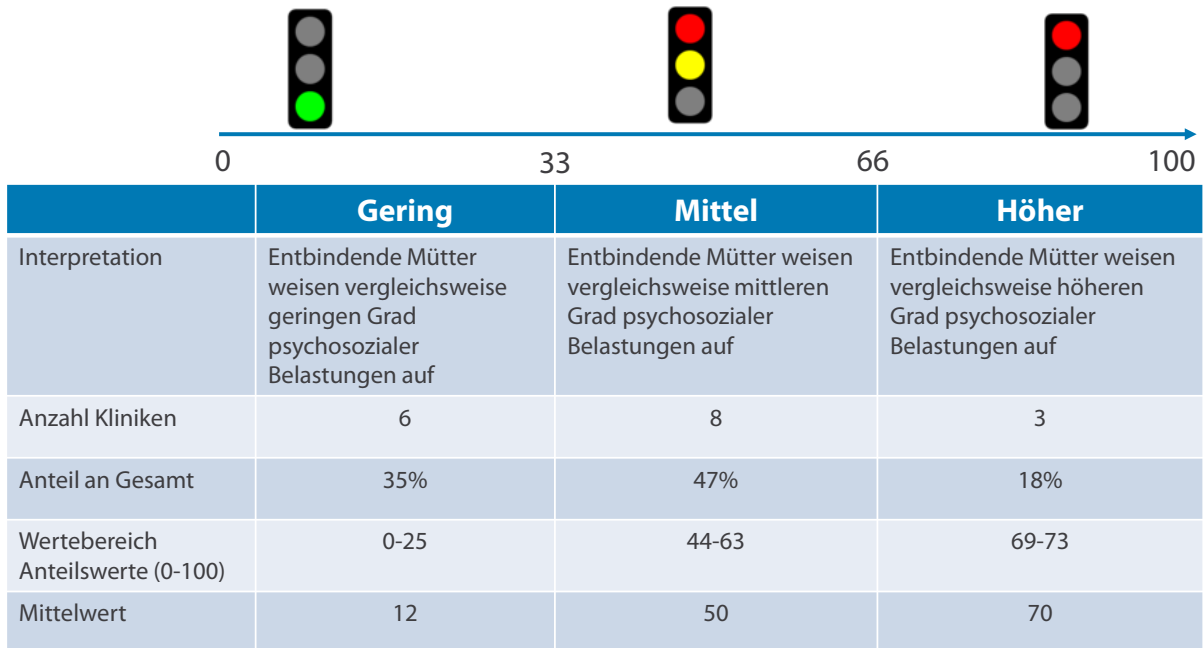
Abb. 41: Kartografische Darstellung der PLZ-Gebiete nach 3-stufigem GESIx und Auffälligkeiten



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 42: Ausgefüllte Anhaltsbögen (relativ) nach 3-stufigem GESIx und Auffälligkeiten

8.4.2 Psychosoziales Belastungsniveau

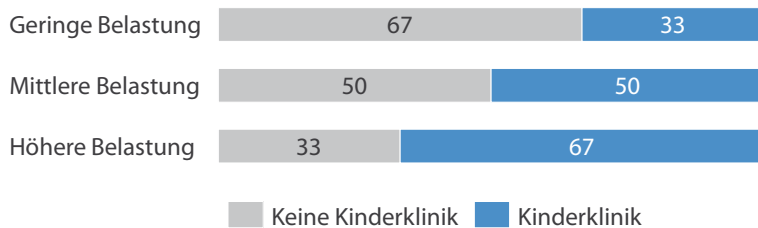


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Belastungsscore

Verteilung des Belastungsscores und Vorhaltung Kinderklinik

(Anzahl der Kliniken (in %, n=17))



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 44: Belastungsscore und Vorhaltung Kinderklinik

Tab. 10: Anteile Kennzahlen/Geburt nach Belastungsscore

	Alle Kliniken (n=17)	Kliniken mit geringem Belastungsscore (n=6)**	Kliniken mit mittlerem Belastungsscore (n=8)	Kliniken mit hohem Belastungsscore (n=3)
Mittelwert Geburten	2.105	1.993	1.946	2.753
Durchschnittliche Anteile ausgefüllte Anhaltsbögen / Geburten	94,7	91,6	95,3	93,0
Durchschnittliche Anteile Anhaltsbögen mit erhöhtem Score /Geburten	37,3	23,0	41,6	53,3
Durchschnittliche Anteile Klärungsbedarf gesamt /Geburten	42,4	27,7	48,0	62,0
Durchschnittliche Anteile nicht erfolgter Clearings / Geburten	10,0	6,7	11,7	10,6
Durchschnittliche Anteile Clearings ohne Unterstützungsbedarf / Geburten	3,2*	2,9	4,8	1,9
Durchschnittliche Anteile Babylotsenfälle /Geburten	28,9	19,5	31,5	50,1

* Werte sind durch einen stark abweichenden Wert einer Klinik ggf. verzerrt

** Für eine Klinik lagen bei „Clearing ohne Unterstützungsbedarf“ und „Babylotsenfälle“ keine validen Daten vor

Tab. 11: Anteile Kennzahlen/Anhaltsbögen bzw. Klärungsbedarf nach Belastungsscore

	Alle Kliniken (n=17)	Kliniken mit geringem Belastungsscore (n=6)**	Kliniken mit mittlerem Belastungsscore (n=8)	Kliniken mit hohem Belastungsscore (n=3)
Durchschnittliche Anteile Anhaltsbögen mit erhöhtem Score / ausgefüllte Anhaltsbögen	39,4	25,0	43,8	57,0
Durchschnittliche Anteile Klärungsbedarf gesamt/ausgefüllte Anhaltsbögen	44,8	30,4	51,0	66,2
Durchschnittliche Anteile Babylotsenfälle /ausgefüllte Anhaltsbögen	30,5	21,1	33,4	53,3
Durchschnittliche Anteile Anhaltsbögen mit erhöhtem Score/ Klärungsbedarf gesamt	88,5	83,1	87,1	87,9
Durchschnittliche Anteile nicht erfolgter Clearings / Klärungsbedarf gesamt	23,5	25,6	24,4	19,5
Durchschnittliche Anteile Clearings ohne Unterstützungsbedarf / Klärungsbedarf gesamt	7,5*	10,3	9,7	3,4
Durchschnittliche Anteile Babylotsenfälle /Klärungsbedarf gesamt	68,2	68,7	66,0	78,7

* Werte sind durch einen stark abweichenden Wert einer Klinik ggf. verzerrt

** Für eine Klinik lagen bei „Clearing ohne Unterstützungsbedarf“ und „Babylotsenfälle“ keine validen Daten vor

Tab. 12: Vergleich Kennzahlen nach Anteilen nicht Deutsch sprechender Eltern

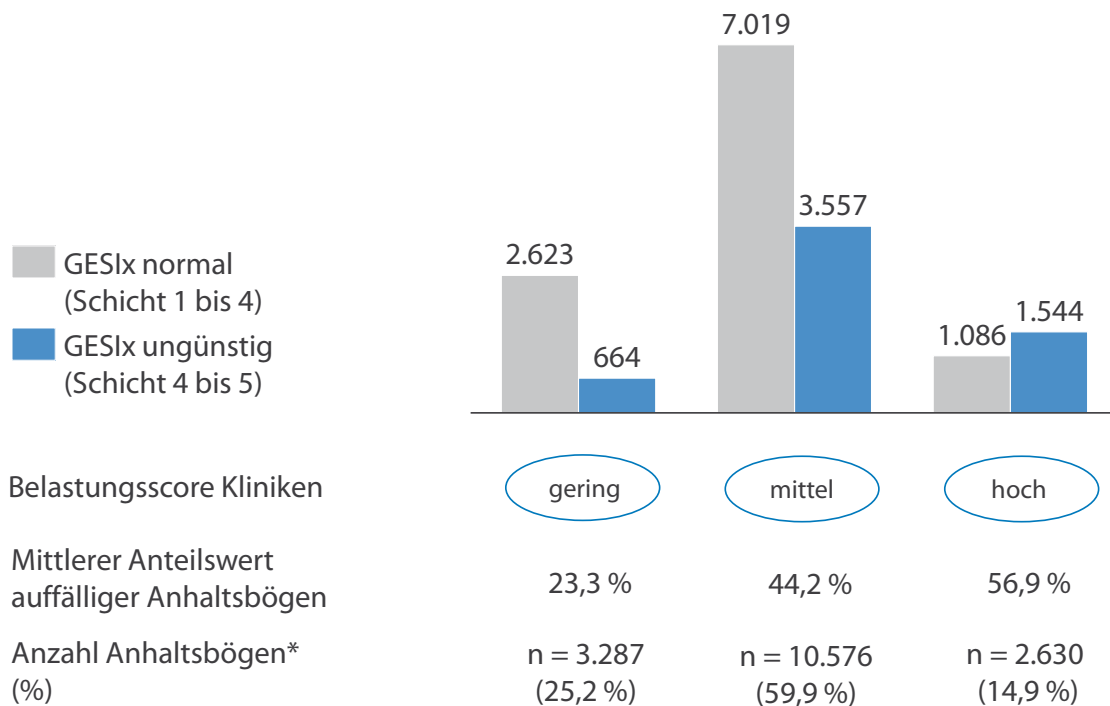
	Alle Kliniken (n=16)	Geringer (n=7)	Höher (n=9)
Mittelwert Geburten	2.156	2.056	2.233
Durchschnittliche Anteile ausgefüllte Anhaltsbögen / Geburten	94,2	94,8	93,7
Durchschnittliche Anteile Anhaltsbögen mit erhöhtem Score / Geburten	38,0	29,2	45,1
Durchschnittliche Anteile Anhaltsbögen mit erhöhtem Score / ausgefüllte Anhaltsbögen	40,0	30,6	54,3

Tab. 13: Validierung der Daten zum Belastungsscore

Belastungsscore	Anzahl berücksichtigte Kliniken	Anzahl berücksichtigte Datensätze	Anteil auffällige Anhaltsbögen
<i>Datenbasis: alle Kliniken mit n = 17*</i>			
Gering	6	11.143	24,5 %
Mittel	8	15.162	43,8 %
Hoch	3	7.592	52,5 %
<i>Datenbasis: Kliniken mit Daten zu PLZ</i>			
Gering	4	4.456	23,3 %
Mittel	6	10.756	44,2 %
Hoch	2	2.630	56,9 %

* 1 Klinik wurde ausgeschlossen (Vgl. Kap. 7.1.1.1)

© Deutsches Krankenhausinstitut



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 45: Ausgefüllte Anhaltbögen (absolut) nach 2-stufigem GESix und Belastungsniveau

8.4.3 Personelle und finanzielle Intensitäten

Tab. 14: Finanzierungsdefizite der Kliniken mit < 0,6 VK pro 1.000 Geburten

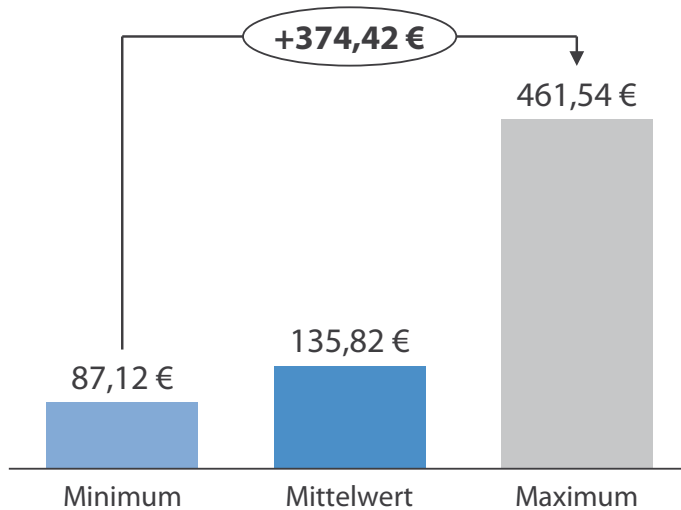
Stellenanteil pro 1.000 Geburten aktuell	Gesamtbudget aktuell	Δ Stellenanteil bei Soll von 0,6 VK	Gesamtbudget erforderlich	Finanzierungsdefizit aktuell	Anteil nicht finanzierter Kosten
0,48	84.282,51 €	0,12	106.113,74 €	-21.831,23 €	21 %
0,52	73.404,00 €	0,08	84.681,52 €	-11.277,52 €	13 %
0,52	93.997,71 €	0,08	108.849,35 €	-14.851,64 €	14 %
0,56	134.214,85 €	0,04	144.44,20 €	- 10.229,35 €	7 %
0,57	60.000,00 €	0,03	63.504,00 €	- 3.504,00 €	6 %
0,51	96.994,28 €	0,09	113.192,32 €	- 16.198,04 €	14 %
	542.893,35 €	0,45	620.785,13 €	- 77.891,78 €	Ø = 13 %

© Deutsches Krankenhausinstitut

Budget pro Babylotsenfall

Jahr 2022

(n = 16)

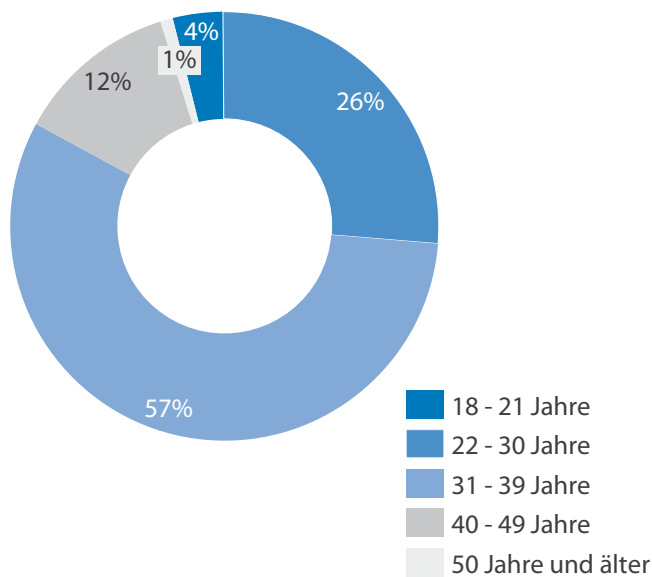


© Deutsches Krankenhausinstitut

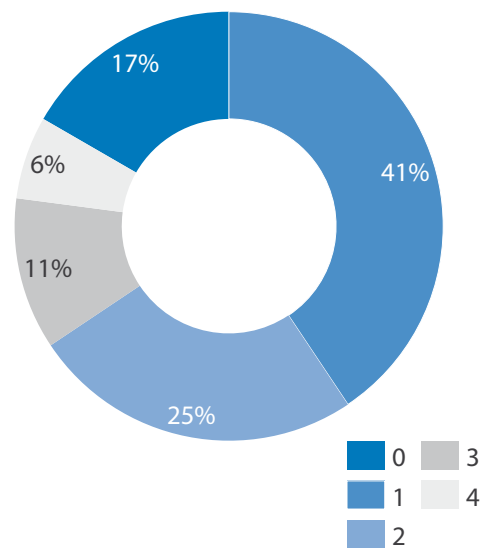
Abb. 46: Budget pro Babylotsenfall

8.5 Elternbefragung

Wie alt sind Sie?
(Angaben Eltern in %)



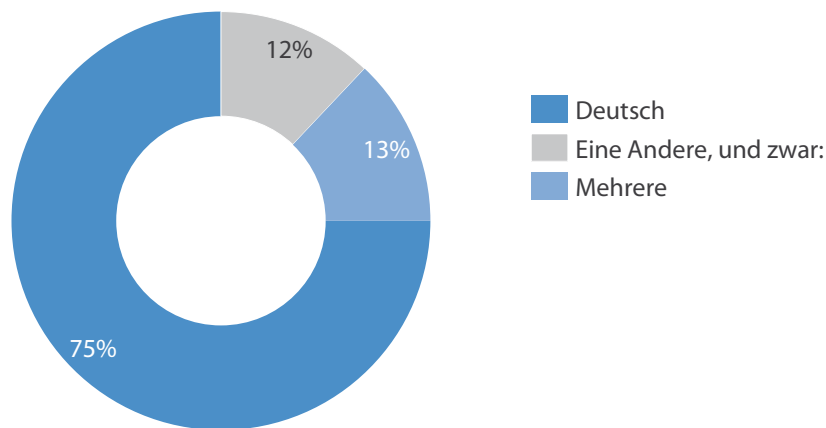
Wie viele Kinder leben bei Ihnen zu Hause?
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 47: Alter und Anzahl im Haushalt lebender Kinder

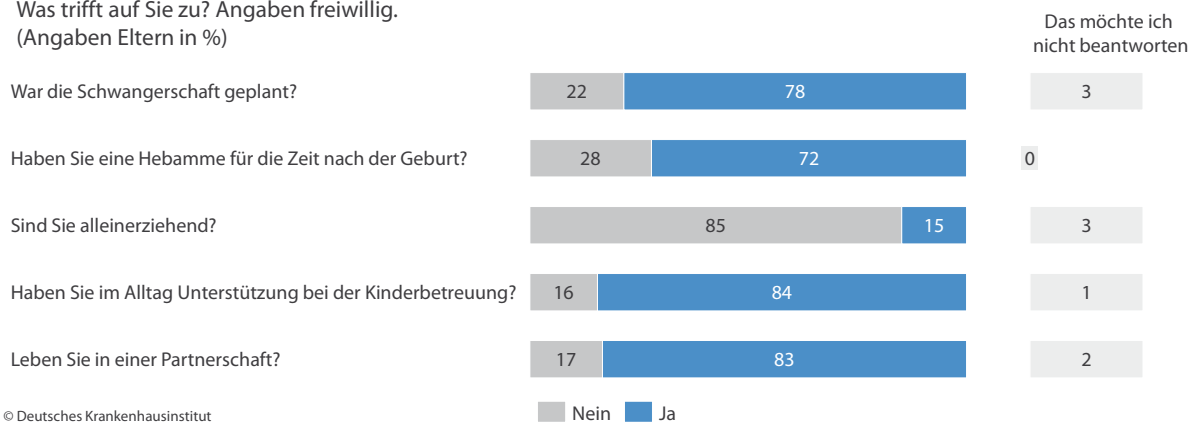
Welche Sprache sprechen Sie am besten?
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

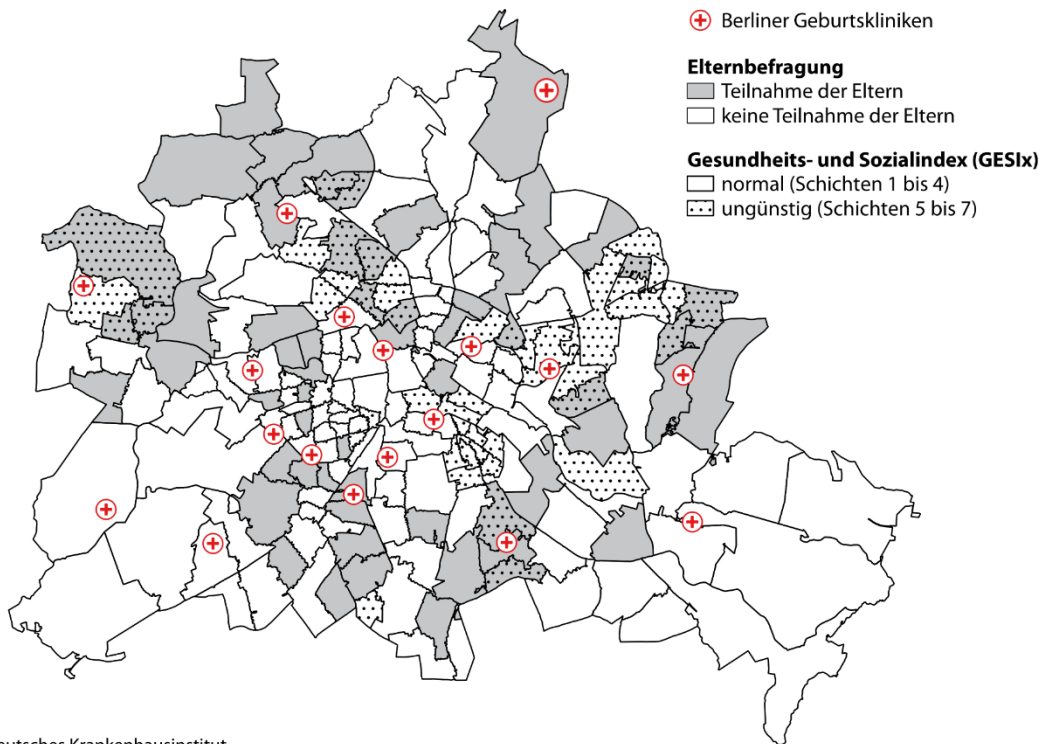
Abb. 48: Informationen zur Sprache

Was trifft auf Sie zu? Angaben freiwillig.
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

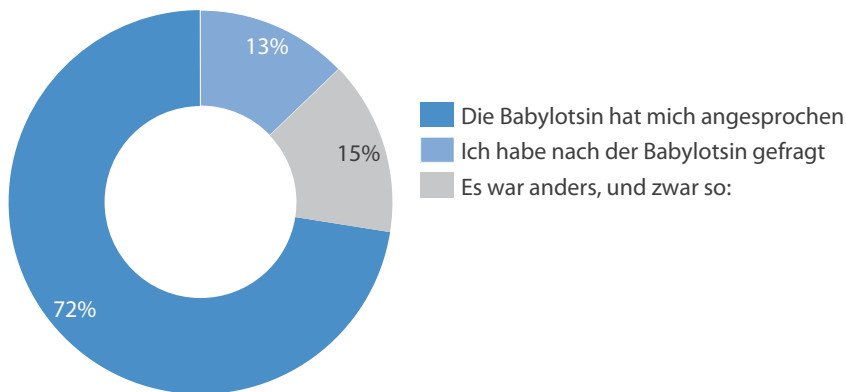
Abb. 49: Informationen über die Lebenssituation



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 50: Teilnahme Elternbefragung anhand von Postleitzahlen

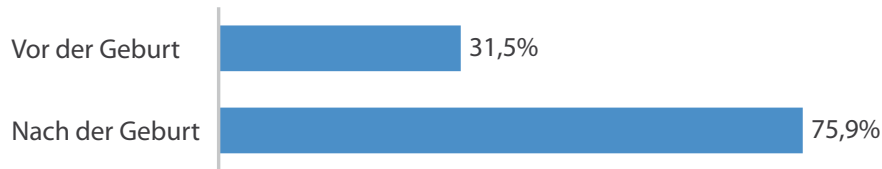
Wie kam es dazu, dass Sie mit der Babylotsin gesprochen haben?
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 51: Kontakt zur Babylotsin

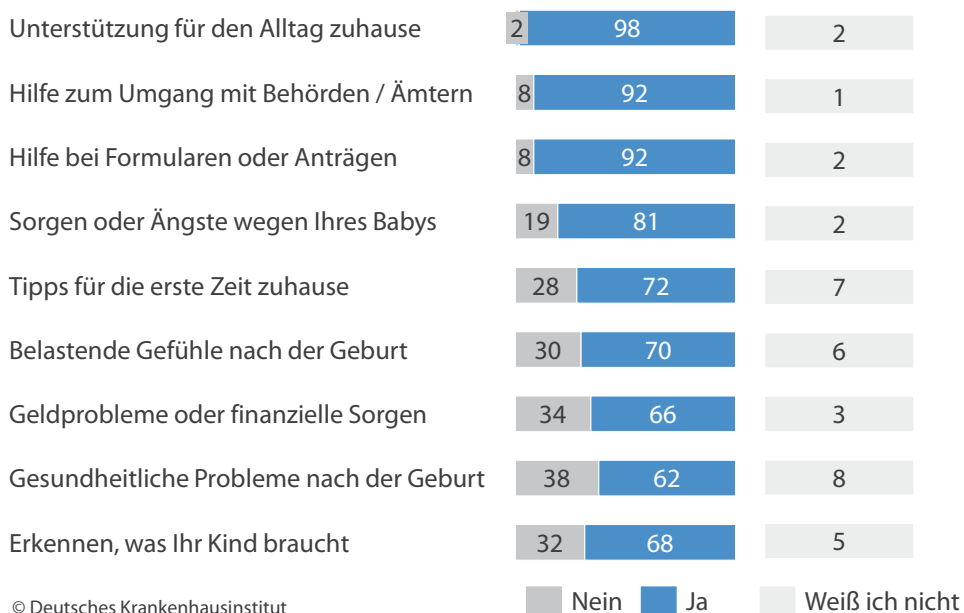
Wann haben Sie mit der Babylotsin gesprochen?
(Angaben Eltern in %, Mehrfachantworten möglich)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 52: Zeitpunkt des Babylotsengesprächs

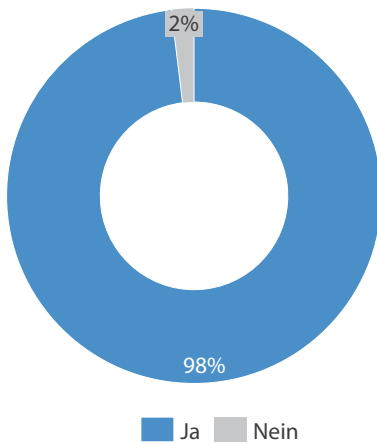
Hat die Babylotsin folgende Themen angesprochen?
(Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

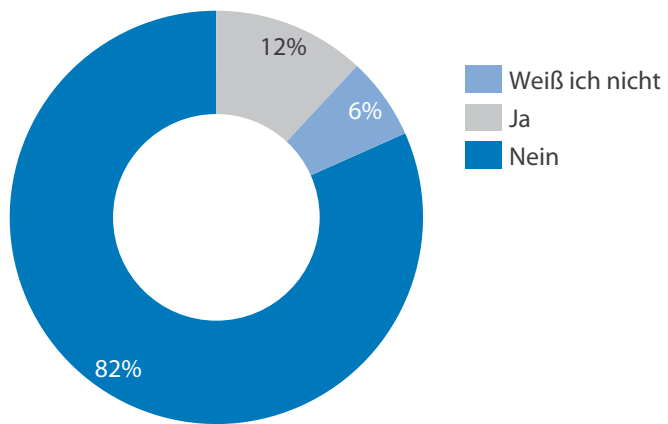
Abb. 53: Angesprochene Themen

Konnte die Babylotsin alle Ihre Fragen beantworten? (Angaben Eltern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Haben Ihnen im Gespräch mit der Babylotsin wichtige Informationen gefehlt? (Angaben Eltern in %)



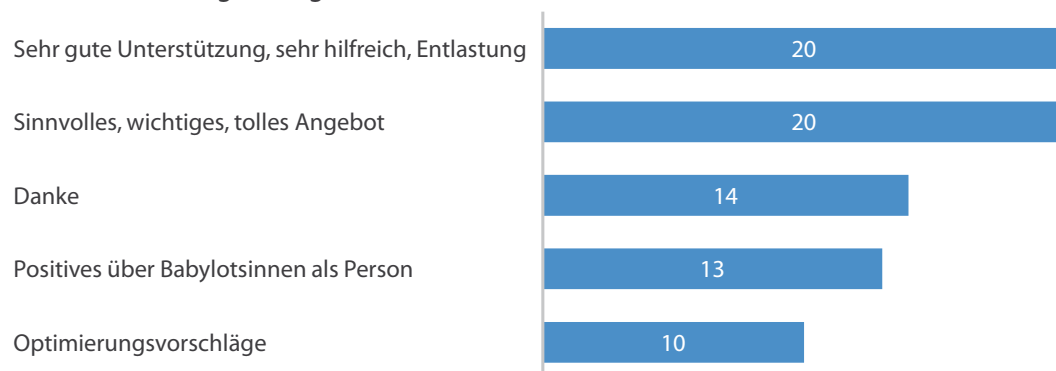
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 54: Fragenbeantwortung durch Babylotsin und fehlende Informationen

Tab. 15: Vergleich Soziodemographie Kennzahlen Berlin und Elternbefragung

	Mittlerer Anteil / Geburten 2022	Anteil Eltern
Mutter < 23 Jahre / Alter < 22 Jahre	5,4	3,8
Alleinerziehend	2,9	14,9
Kommunikation auf deutsch NICHT möglich	11,2	12,0

Gibt es noch etwas, was Sie uns über das Angebot „Babylotse Berlin“ sagen möchten? (Codierte Angaben bei der offenen Frage, Anzahl der Nennungen der Eltern, Mehrfachnennungen möglich)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 55: Codierte Angaben bei der offenen Frage

„Sehr gutes Angebot“, „ich wurde super aufgeklärt und unterstützt“, „viele Hinweise und alle hilfreich“, „Ich bin extrem dankbar und beeindruckt über dieses Programm und die Entlastung, die es mir gebracht hat! Es ist eine sehr große Hilfestellung und ich kann es sehr gut gebrauchen in meiner persönlichen Situation.“, „Eine liebe tolle Person!“ „Die Babylotsin im KKH war toll“, „Sehr herzliches, fachlich kompetentes Gespräch“, „Ich möchte mich für die tolle Unterstützung und kompetente, umfangreiche Beratung herzlich bedanken. Meine Situation und weiteren Handlungsabläufe sind für mich klarer geworden“, „Weitermachen“, „extrem dankbar“, „sollte mehr davon geben“, „Es wäre praktisch, wenn man eine Uhrzeit ausmachen würde. Fast jedes Mal, wenn die Babylotsen im Krankenhaus zu mir ins Zimmer kamen, war ich beschäftigt“, „tolles Angebot, wünsche mir, dass die Gespräche vorgeburtlich geführt werden, kann man viel im Vorfeld regeln“, „im Vorfeld, Fragebogen beantwortet und über ggf. Schwierigkeiten als Paar dazu wurde ich nie angesprochen“, „Nun es ist schwierig über seine Ängste im Doppelzimmer zu sprechen“, „tolles Angebot, was vielen Frauen den Start in die Mutterschaft erleichtern kann“, „Tolle Sache! Weiter so!“

Abb. 56: O-Töne bei der offenen Frage der Elternbefragung

8.6 Abkürzungsverzeichnis

Abb.....	Abbildung
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
GESIx.....	Gesundheits- und Sozialindex
Inkl.	Inklusive
Kap.....	Kapitel
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PLZ	Postleitzahl
s. oben	siehe oben
Tab.	Tabelle
v. a.	vor allem
vgl.	Vergleich
VK.....	Vollzeitäquivalent
z. B.....	Zum Beispiel