

Bachelorarbeit

Die aktuelle und zukünftige Situation der postpartalen Betreuung von Familien im Raum Basel aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen

Elena Reusser, Wiesenstrasse 1, 8400 Winterthur, S08258725

Lucienne Schmid, Wiesenstrasse 1, 8400 Winterthur, S07714058

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Hebammen
Studienjahr:	HB08a
Eingereicht am:	20. Mai 2011
Betreuende Lehrperson:	Elisabeth Kurth

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Die aktuelle und zukünftige Situation der postpartalen Betreuung von Familien im Raum Basel aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen	2
1.1 Problemerkläuterung	2
1.2 Themenfindung	2
1.3 Fragestellung	3
1.4 Zielsetzung	3
1.5 Abgrenzung	3
2 Einführung in den Themenbereich	4
2.1 Theoretische Grundlagen	4
2.1.1 Bedeutung des Begriffs „postpartal“	4
2.1.2 Medizinische Definition des Wochenbetts	4
2.1.3 Das Wochenbett als sensible Phase	4
2.2 Die Wochenbettbetreuung in der Schweiz	5
2.2.1 Spitalexternes Betreuungsangebot	5
2.2.2 Entwicklung der Spitalaufenthaltsdauer und steigender Bedarf an Wochenbettbetreuung	6
2.2.3 Einführung der SwissDRGs 2012	6
2.3 Das Projekt FamilyStart Basel	7
2.3.1 Ausgangslage	7
2.3.2 Zielsetzung	7
2.3.3 Projektumsetzung	9
2.3.4 Projektbeteiligte	10
2.3.5 Erwarteter Projektnutzen	11
3 Methode	12
3.1 Beschreibung der Interviewauswertung nach Creswell	12
4 Resultate	14
4.1 Herausforderungen der Eltern im Wochenbett	15
4.1.1 Körperliche und psychische Veränderungen der Mutter	15
4.1.2 Neuorientierung	15
4.1.3 Unsicherheit	16
4.1.4 Isolation	16

4.1.5	Hohe Erwartungen an die Eltern	17
4.1.6	Beratungsbedarf	17
4.1.7	Hilfe annehmen	17
4.2	Organisation der postpartalen Nachbetreuung heute	18
4.2.1	Betreuungsfluss und Kontinuität	18
4.2.2	Zugang zur postpartalen Nachbetreuung	18
4.2.3	Arbeitsanfall und Ressourcenmangel	20
4.2.4	Notfallsystem: Angebot und Nachfrage	22
4.3	Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen	22
4.3.1	Fallbezogene Zusammenarbeit	22
4.3.2	Zugang zum Betreuungsangebot	23
4.4	Zusammenarbeit	24
4.4.1	Beziehungsnetz	24
4.4.2	Zuständigkeitsfrage	25
4.4.3	Informationsfluss	27
4.4.4	Austausch und Transparenz	28
4.4.5	Rivalität und Konkurrenz	28
4.5	Einführung der SwissDRGs und mögliche Folgen	29
4.5.1	Risiken eines verkürzten Spitalaufenthalts	29
4.5.2	Vorteile eines verkürzten Spitalaufenthalts	32
4.5.3	Mögliche Lösungsansätze	32
4.6	Postpartale Nachbetreuung in der Zukunft	33
4.6.1	Organisation der postpartalen Nachbetreuung in der Zukunft	33
4.6.2	Zukünftige Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen	37
4.6.3	Zusammenarbeit in der Zukunft	38
4.6.4	Vorteile einer koordinierten Nachbetreuung	39
4.6.5	Hürden einer koordinierten Nachbetreuung	40
4.7	Grafische Darstellung der Resultate	42
5	Diskussion	44
5.1	Herausforderungen der Eltern im Wochenbett	44
5.2	Organisation der postpartalen Nachbetreuung heute	45
5.3	Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen	48
5.4	Zusammenarbeit	50
5.5	Einführung der SwissDRGs und mögliche Folgen	53
5.6	Postpartale Nachbetreuung in der Zukunft	55

6	Herstellung des Bezugs zur Fragestellung und Theorie-Praxis-Transfer	60
6.1	Limitationen, Stärken und Schwächen der Datenerhebung und -auswertung	60
6.2	Konsequenzen für das Projekt FamilyStart Basel	61
6.3	Zukunftsausblick und offene Fragen	62
7	Schlussfolgerung	64
	Literaturverzeichnis	66
	A Abbildungsverzeichnis	69
	B Wortzahl	69
	C Eigenständigkeitserklärung	69
	D Danksagung	70
	Anhang	71
	Fragekatalog der Interviews	71
	Grafische Darstellung „Haus der Familie“	73
	Logic Modell des Projekts FamilyStart Basel	74
	Projektkonzept FamilyStart Basel	75

Abstract

Background: Die Verkürzung der postpartalen Spitalaufenthaltsdauer hat zu einer Verschiebung der Wochenbettbetreuung vom spitalinternen in den spitalexternen Bereich geführt. Spitalextern fehlt jedoch ein koordiniertes Versorgungsangebot, welches eine bedürfnisgerechte Betreuung der Familien sicherstellt.

Ziel: Diese Arbeit ist Teil des Projekts FamilyStart Basel und verfolgt das Ziel, die aktuelle und zukünftige Situation der Spitalaustrittsplanung postpartum und der darauf folgenden spitalexternen Betreuung von Familien im Raum Basel aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen zu erfassen.

Methode: Für die Datenerhebung werden die im Vorfeld durchgeführten Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Creswell (2003) analysiert und anschliessend mit europäischen Berichten und Studien diskutiert.

Resultate: Das heutige Nachbetreuungsangebot ist zwar vielfältig, jedoch mangelhaft koordiniert. Dies erschwert die Organisation der postpartalen Betreuung sowohl für die einzelnen Fachpersonen als auch für die Familien.

Gesundheitsfachpersonen sehen in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Vernetzung grosses Verbesserungspotential. Ein Familienkompetenzzentrum, welches alle Angebote vereinen würde, wird von den InterviewteilnehmerInnen begrüsst.

Schlussfolgerung: Eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine klare Arbeitsteilung schaffen die Grundlage für eine koordinierte und kontinuierliche postpartale Betreuung. Damit der Zugang für alle Familien geschaffen werden kann, sollten sich universelle, risikofokussierte, sowie aufsuchende Angebote ergänzen. Ein zentral gelegenes und an die Spitäler angegliedertes Familienzentrum würde den idealen Rahmen bieten, um die spitalexternen Angebote zu koordinieren.

1 Die aktuelle und zukünftige Situation der postpartalen Betreuung von Familien im Raum Basel aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen

1.1 Problemerkklärung

Die Spitalaufenthaltsdauer nach der Geburt eines Kindes hat sich in den vergangenen Jahren stetig verkürzt (Beck & Knoth, 2003). Parallel dazu hat die postpartale Frühentlassung von Mutter und Kind, d.h. ein Klinikaustritt innerhalb von 24-96 Stunden nach der Geburt, stark zugenommen (Beck et al., 2003). Dies hat eine Verschiebung der Betreuung von Familien vom spitalinternen in den spitalexternen Bereich zur Folge (Beck et al., 2003). Der Bedarf an spitalexterner Wochenbettbetreuung ist daher markant gestiegen (Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung, 2010). Mit der Einführung des neuen Tarfsystems für stationäre Spitalleistungen (SwissDRGs) im Jahr 2012 ist zu erwarten, dass sich die oben erwähnte Situation nochmals verschärfen wird (Wetter, 2009).

In den meisten Regionen der Schweiz ist die postpartale Betreuung unter verschiedenen Gesundheitsfachgruppen aufgeteilt (Kurth, 2011). Neben dem stark fragmentierten Betreuungsangebot mangelt es laut Kurth (2011) an zufriedenstellender Zusammenarbeit und Koordination unter den einzelnen Berufsgruppen.

Momentan kann in der Schweiz die fachkompetente Begleitung von Familien deshalb nicht befriedigend umgesetzt werden (Kurth, 2011). Beck et al. (2003) bestätigen die unzureichende Koordination der involvierten Berufsgruppen und zeigen die Notwendigkeit der Neuorganisation im Bereich der Wochenbettbetreuung auf.

1.2 Themenfindung

Die Autorinnen wissen von mehreren Schweizer Projekten, die dieser Problematik entgegenzuwirken versuchen. Eines davon ist das Basler Projekt FamilyStart, welches unter der Leitung von Dr. phil. Elisabeth Kurth, dipl. Hebamme und Pflegewissenschaftlerin, steht.

Als angehende Hebammen ist es den Autorinnen ein Anliegen, auch in Zukunft eine zufriedenstellende postpartale Betreuung gewährleisten zu können. Mit dieser Arbeit und der Beteiligung am langfristigen und professionellen Projekt FamilyStart Basel

möchten sie einen Beitrag zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen und kontinuierlichen Betreuung der Familien leisten.

1.3 Fragestellung

Die Autorinnen beschäftigen sich in ihrer Bachelorarbeit mit folgender Fragestellung: „Wie beurteilen verschiedene Gesundheitsfachpersonen die aktuelle und zukünftige Situation der Spitalaustrittsplanung postpartum und der darauf folgenden spitalexternen Betreuung von Familien im Raum Basel?“

1.4 Zielsetzung

In der folgenden Arbeit wird einerseits das Projekt FamilyStart Basel vorgestellt und andererseits die aktuelle und zukünftige Situation der postpartalen Betreuung von Familien im Raum Basel aus Sicht von Gesundheitsfachpersonen erfasst, analysiert und mit weiterer Literatur diskutiert. Die gewonnenen Ergebnisse werden anschliessend ins Projekt FamilyStart Basel integriert und für dessen Weiterentwicklung genutzt.

1.5 Abgrenzung

Die Arbeit ist Teil der Konzeptentwicklung des Projekts FamilyStart Basel und untersteht somit dessen Einschlusskriterien. Die Autorinnen sind ausschliesslich für die Analyse und die Interpretation der durchgeführten Expertenbefragungen zuständig. Die Bedürfniserfassung der Familien ist im Rahmen des Projekts FamilyStart Basel zu einem späteren Zeitpunkt geplant und wurde deshalb nicht in die Arbeit einbezogen.

2 Einführung in den Themenbereich

2.1 Theoretische Grundlagen

2.1.1 Bedeutung des Begriffs „postpartal“

Der Begriff „postpartal“ wird parallel zum Begriff „Wochenbett“ verwendet und bedeutet nachgeburtlich (lat. post: nach, partum: Geburt) (Harder, 2005a). Das Wochenbett bezeichnete ursprünglich das Bett, in dem sich die Frau in den Tagen nach der Geburt ausruhte (Harder, 2005a). Im deutschsprachigen Raum wird der Ausdruck heute im übertragenen Sinne für den Zeitraum nach der Geburt verwendet (Harder, 2005a). Der Fachausdruck für diesen Zeitabschnitt lautet Puerperium (lat. puer: Kind, parere: gebären) (Harder, 2005a).

2.1.2 Medizinische Definition des Wochenbetts

Das Wochenbett (Puerperium) umfasst die Zeit von der Geburt der vollständigen Plazenta bis 6 Wochen danach (Geist, 2007).

Es wird dabei zwischen dem Frühwochenbett (1.-10. Tag) und dem Spätwochenbett (ab 11. Tag) unterschieden (Geist, 2007).

2.1.3 Das Wochenbett als sensible Phase

Geist (2007, S. 427) zählt fünf Vorgänge auf, welche das Wochenbett prägen:

- Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung
- Beginn und Aufrechterhaltung der Laktation
- Rückbildung von schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen
- Wundheilung
- Hormonelle Umstellung

Viele Frauen leiden nach der Geburt für einige Tage an hormonell bedingten Stimmungsschwankungen (Geist, 2007). Diese erhöhte Sensibilität zwischen dem dritten und dem sechsten Tag tritt bei 60-80% aller Frauen auf, ist völlig physiologisch und hat nichts mit einer Depression gemeinsam (Harder & Kirchner, 2005). Oftmals ist dieser Zeitabschnitt von Ambivalenz und

widersprüchlichen Gefühlen, unbegründetem Weinen, Selbstzweifel der Mutter und Ratlosigkeit des Partners gekennzeichnet (Geist, 2007).

Die Ursachen für diesen physiologischen Prozess liegen einerseits an der grossen hormonellen Umstellung und andererseits im Rollenwechsel von der Frau zur Mutter (Kirchner, 2005). Ein Schlafdefizit, die Verarbeitung des Geburtserlebnisses und die Herausforderung des Stillens können die Emotionalität der Mutter zusätzlich erhöhen (Kirchner, 2005). Gleichzeitig finden enorme körperliche Veränderungen, wie beispielsweise die Rückbildung der Geburtsorgane oder die hormonell bedingte Brustdrüsenanschwellung (Milcheinschuss), statt (Kirchner, 2005). Für eine erfolgreiche Bewältigung dieser Vorgänge sind laut Harder (2005b) ausreichende Ruhephasen der Wöchnerin zwingend nötig. Die Wöchnerin soll sich möglichst bald sicher fühlen im Umgang mit ihrem Körper und mit ihrem Neugeborenen (Harder, 2005b). Dazu ist sowohl Entlastung im Bereich der häuslichen Verpflichtungen als auch fachliche Unterstützung und Fürsorge durch eine Hebamme oder Pflegefachfrau sinnvoll (Harder, 2005b).

2.2 Die Wochenbettbetreuung in der Schweiz

2.2.1 *Spitalexternes Betreuungsangebot*

In der Schweiz ist die Betreuung nach der Geburt unter verschiedenen Gesundheitsfachpersonen aufgeteilt, welche alle über ein hohes Qualifikationsniveau verfügen (König & Pehlke-Milde, 2010). Das postpartale Versorgungsangebot ist dadurch vielfältig und erstreckt sich laut König et al. (2010) im internationalen Vergleich über einen relativ langen Zeitraum. Die Betreuung zu Hause durch eine Hebamme oder Pflegefachfrau wird im Frühwochenbett ohne Belastung von Franchise und Selbstbehalt von der Grundversicherung übernommen (Schweizerischer Hebammenverband, 2011). Ab dem 11. Tag nach der Geburt übernimmt die Grundversicherung die Betreuung nur auf ärztliche Anordnung, wobei Franchise und Selbstbehalt erhoben werden (Schweizerischer Hebammenverband, 2011). In der Grundversicherung sind ausserdem drei Stillberatungen enthalten, welche während der gesamten Stillzeit in Anspruch genommen werden können

(Schweizerischer Hebammenverband, 2011). Eine Haushaltshilfe kann zwar mit einem ärztlichen Zeugnis eingefordert werden, wird jedoch nur von einer entsprechenden Zusatzversicherung übernommen (König, 2010).

Anschliessend an die Hebammenbetreuung besteht das freiwillige und kostenlose Angebot der Mütter- und Väterberatung (Mütter- und Väterberatung, k.D.). Diese von den Gemeinden finanzierte Stelle berät die Eltern sowohl in ihrer Rolle als Mutter bzw. Vater, als auch bei Fragen bezüglich der Entwicklung und Ernährung des Kindes (Mütter- und Väterberatung, k.D.).

Die Nachkontrolle der Mutter zwischen der sechsten und zehnten Woche nach der Geburt, welche von GynäkologInnen oder Hebammen durchgeführt werden kann, ist ebenfalls in der Grundversicherung enthalten (Schweizerischer Hebammenverband, 2011).

2.2.2 Entwicklung der Spitalaufenthaltsdauer und steigender Bedarf an Wochenbettbetreuung

Während der durchschnittliche postpartale Spitalaufenthalt nach einer Spontangeburt in der Schweiz anfangs des letzten Jahrhunderts 10 bis 14 Tage betrug, waren es 2004 nur noch 5,6 Tage (Beck et al., 2003). Auch in anderen europäischen Ländern zeigt sich eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer (Bundesamt für Statistik [BFS], 2007). In Deutschland sank diese beispielsweise von 4,7 Tagen im Jahr 2000 auf 4,1 Tage im Jahr 2003 (BFS, 2007).

Der verkürzten Spitalaufenthaltsdauer kann ein erhöhter Bedarf an Wochenbettbetreuung zu Hause gegenübergestellt werden. Während 1995 schweizweit nur 8,6 % der Frauen von einer Hebamme nachbetreut wurden, waren es 2007 bereits 48% (Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung, 2010).

2.2.3 Einführung der SwissDRGs 2012

Im Jahr 2012 werden die SwissDRGs (Diagnosis Related Groups), sogenannte diagnosebezogene Fallkostenpauschalen, eingeführt (SwissDRG

AG, k.D.). Es handelt sich dabei um ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei welchem die PatientInnen aufgrund ihrer Diagnose und der durchgeführten Behandlung in eine Fallgruppe eingeteilt werden (Wetter, 2009). Durch die Entschädigung der Leistungserbringer entsprechend dieser Zuordnung wird die Idee einer sich am tatsächlichen Ressourcenaufwand orientierten Vergütung verfolgt (Wetter, 2009). Gemäss Wetter (2009) wird das DRG-System den Anreiz so setzen, dass eine frühe Spitalentlassung zu einer Gewinnoptimierung führt. Es wird davon ausgegangen, dass die Frühentlassung folglich noch weiter ansteigt und sich die damit verbundenen Probleme, welche unter Kapitel 1.1 aufgezeigt werden, noch weiter zuspitzen (Wetter, 2009).

2.3 Das Projekt FamilyStart Basel

2.3.1 Ausgangslage

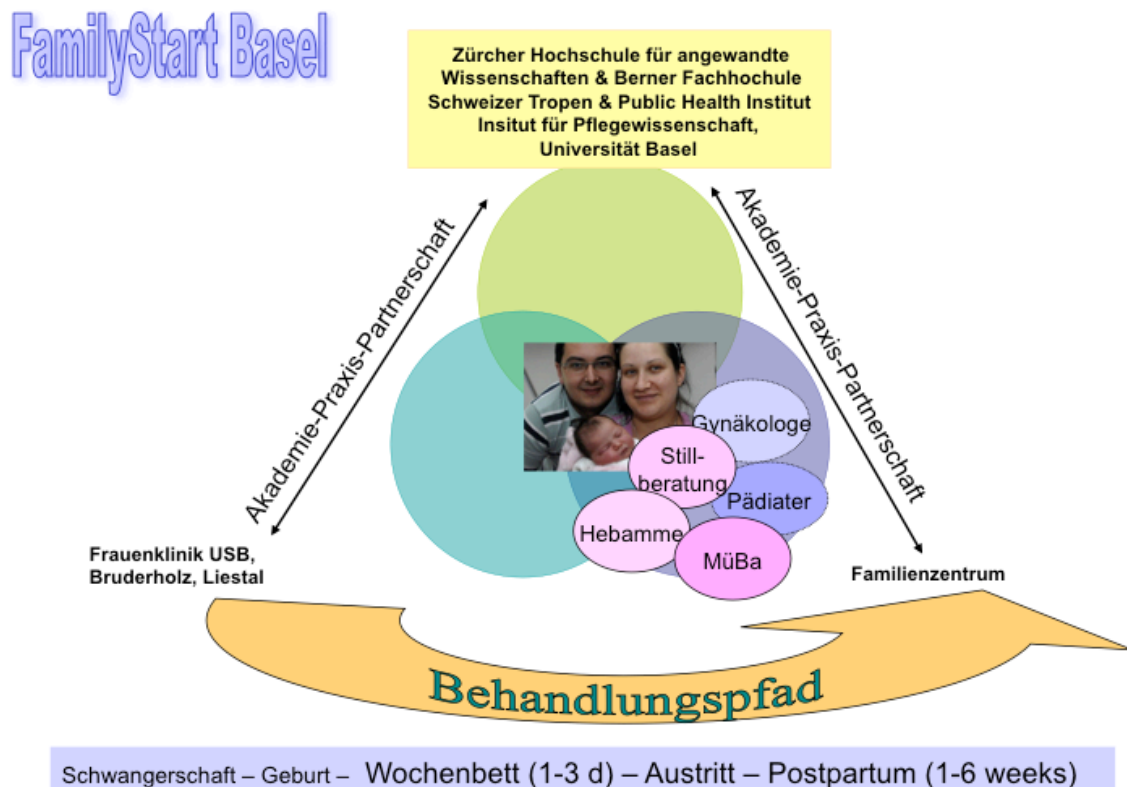
Die zunehmende Verlagerung der Wochenbettbetreuung in den spitalexternen Bereich und das Fehlen eines spitalexternen, koordinierten Versorgungsangebotes, welches den Familien mit Neugeborenen eine bedürfnisgerechte Betreuung garantiert, machen den Handlungsbedarf deutlich (Kurth, 2011).

2.3.2 Zielsetzung

Ziel des Projekts FamilyStart Basel ist es, eine kontinuierliche und koordinierte Betreuung von Familien nach der Geburt eines Kindes zu gewährleisten (Kurth, 2011). In interdisziplinärer Zusammenarbeit der involvierten Fachpersonen soll ein klinischer Behandlungspfad erarbeitet werden, welcher die Angebote und Zuständigkeiten der einzelnen Berufsgruppen beschreibt und Schnittstellen miteinander verbindet (Kurth, 2011). Somit soll ein fließender Übergang von der stationären zur ambulanten Wochenbettbetreuung stattfinden können (Kurth, 2011). Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, sollte sich ein einheitlicher Behandlungspfad über den Zeitraum der Schwangerschaft, der Geburt, des Spitalaufenthaltes und der

anschliessenden Nachbetreuung erstrecken (Kurth, 2011). Ein solcher Behandlungspfad würde sowohl den Eltern als auch den Gesundheitsfachpersonen zur Orientierung dienen, Doppelspurigkeiten verhindern und demzufolge die Arbeitseffizienz erhöhen (Kurth, 2011).

Abbildung 1. Behandlungspfad (Kurth, 2011)



Ein möglicher Lösungsansatz wäre, dass die Familien die nötige Unterstützung nach Spitalaustritt in einem Familienkompetenzzentrum, welches von Hebammen und Mütterberaterinnen geleitet wird, einholen können (Kurth, 2011). Durch eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen ÄrztInnen und den Stillberaterinnen könnte, falls nötig, eine rasche und unproblematische Überweisung stattfinden (Kurth, 2011). Die postpartale Betreuung könnte dank diesem Konzept auch zukünftig auf qualitativ hohem Niveau und kostenbewusst gewährleistet werden (Kurth, 2011).

Die Ziele des Projekts FamilyStart Basel betreffen drei Ebenen (Kurth, 2011):

1. Die **Mikro-Ebene** betrifft das Individuum. Die perinatalen Gesundheitsergebnisse von Mutter, Kind und Familie werden verbessert und führen zu einer höheren Zufriedenheit mit der postpartalen Versorgung.
2. Die **Meso-Ebene** betrifft die Institution. Die Familien erhalten eine sichere und bedürfnisorientierte Betreuung, die zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im stationären und ambulanten Bereich sinnvoll koordiniert ist.
3. Die **Makro-Ebene** betrifft die Gesellschaft. Die Versorgung von Familien nach der Geburt ist kosteneffizient. Hebammen und Pflegefachpersonen sowie Mütterberaterinnen und Stillberaterinnen sind in die Betreuung nach der Geburt als kompetente Primärversorgerinnen etabliert.

2.3.3 Projektumsetzung

Die Umsetzung der Projektidee beinhaltet folgende drei Schritte (Kurth, 2011):

1. Schritt: Abklärung des Betreuungsbedarfes

Für die Bedarfsabklärung im Bereich der postpartalen Betreuung bei Fachpersonen in der Region Basel wurden folgende involvierte Gesundheitsfachpersonen befragt (n=22):

- 3 in der Klinik tätige ÄrztInnen (Frauenklinik, ambulante Dienste, Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin)
- 2 freipraktizierende ÄrztInnen im Bereich Gynäkologie und Pädiatrie
- 5 in der Frauenklinik tätige Fachpersonen (Stationsleitung/Fachverantwortliche)
- 4 im freiberuflichen bzw. im klinischen Bereich tätige Hebammen, teils mit leitender Funktion
- 2 in der Klinik tätige Stillberaterinnen
- 5 Mütterberaterinnen
- 1 in der Klinik tätige Sozialarbeiterin

Weiter ist eine Bedürfniserhebung bei Eltern mit Neugeborenen geplant. Es soll erfasst werden, welche Betreuungsleistungen für einen gesunden Start des Kindes bzw. der Familie benötigt werden.

2. Schritt: Erarbeitung eines koordinierten Versorgungsmodells

Ein koordiniertes Versorgungsmodell erfordert neue Formen der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den involvierten Berufsgruppen. Eine effiziente Organisation der Nachbetreuung durch Hebammen (Hausbesuche nach Spitalaustritt) wird von einer Arbeitsgruppe von freipraktizierenden Hebammen erarbeitet. Gleichzeitig entwickelt eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe Lösungen, um die stationäre Betreuung mit der ambulanten Nachsorge zu verknüpfen und die Betreuungsübergaben und Schnittstellen zwischen den Berufsgruppen familienfreundlich und effizient zu gestalten.

3. Schritt: Realisierung des koordinierten Versorgungsmodells in einem Pilotprojekt

Die erarbeiteten Lösungen werden in einem Pilotprojekt in die Praxis umgesetzt, welches in einer Begleitforschung evaluiert und aufgrund der Ergebnisse optimiert wird. Die Begleitforschung soll eine solide Planungsbasis schaffen, indem sie die Ausgangslage und den Veränderungsbedarf in der postpartalen Versorgung anhand von ExpertInnen- und NutzerInnen-Befragungen analysiert und dokumentiert. Zudem soll die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit des neuen Versorgungsmodells evaluiert werden.

2.3.4 Projektbeteiligte

Das Projekt wird gemeinsam vom Institut für Hebammen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und freipraktizierenden Hebammen der Region Basel durchgeführt (Kurth, 2011). Der Einbezug von weiteren Regionen der Schweiz ist in Planung (Kurth, 2011). Unterstützt und wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch das Institut für

Pflegewissenschaft der Universität Basel, das Schweizerische Tropen- und Public Health Institut Basel und die Berner Fachhochschule (Kurth, 2011).

2.3.5 Erwarteter Projektnutzen

Familien mit Neugeborenen steht zukünftig ein niederschwelliges, koordiniertes Betreuungsangebot zur Verfügung, das sich an ihren Bedürfnissen orientiert (Kurth, 2011). Doppelspurigkeiten, unnötige Notfallkonsultationen und Rehospitalisationen werden minimiert und ermöglichen eine kosteneffiziente Leistungserbringung (Kurth, 2011). Eine sichergestellte postpartale Versorgung ermöglicht einer breiten Bevölkerungsschicht präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen zur Stärkung der Kinder- und Familiengesundheit (Kurth, 2011).

3 Methode

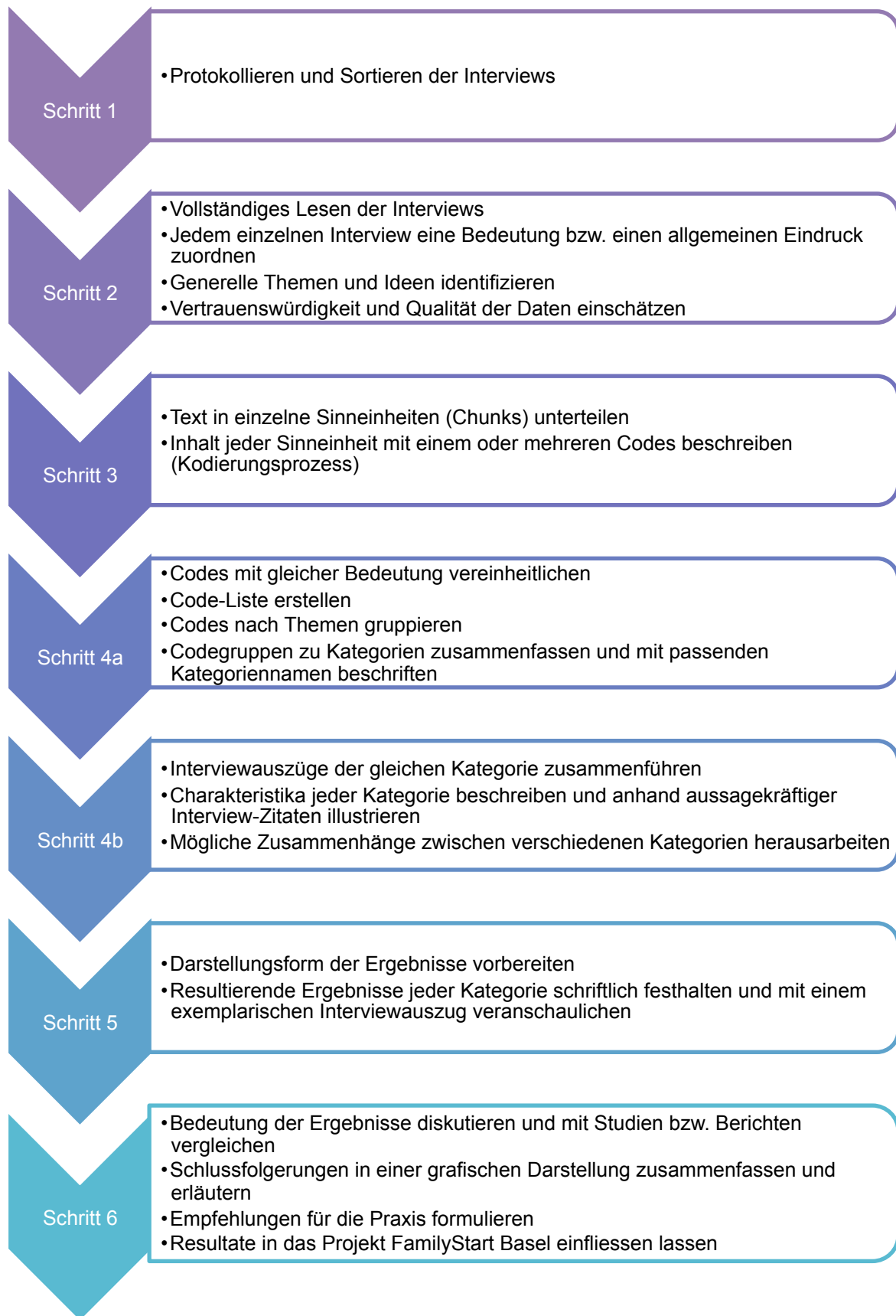
3.1 Beschreibung der Interviewauswertung nach Creswell

Für die Bedarfsabklärung wurden die beteiligten Fachpersonen über ihre Einschätzung der aktuellen Wochenbettbetreuung, der Herausforderungen der Eltern und Gesundheitsfachpersonen in der Wochenbettzeit, der erwarteten Folgen der SwissDRGs und möglicher Zukunftsmodelle der postpartalen Nachsorge befragt. In einem nächsten Schritt wurden diese Interviews anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse (Creswell, 2003) ausgewertet und interpretiert.

Elf der Zwölf analysierten Interviews wurden im Vorfeld durch das Projektteam protokolliert. Ein Interview wurde durch die Autorinnen in schriftlicher Form festgehalten.

Die sechs Arbeitsschritte der Datenanalyse nach Creswell (2003) werden, angepasst an die bearbeitete Thematik, in der nachfolgenden Abbildung illustriert:

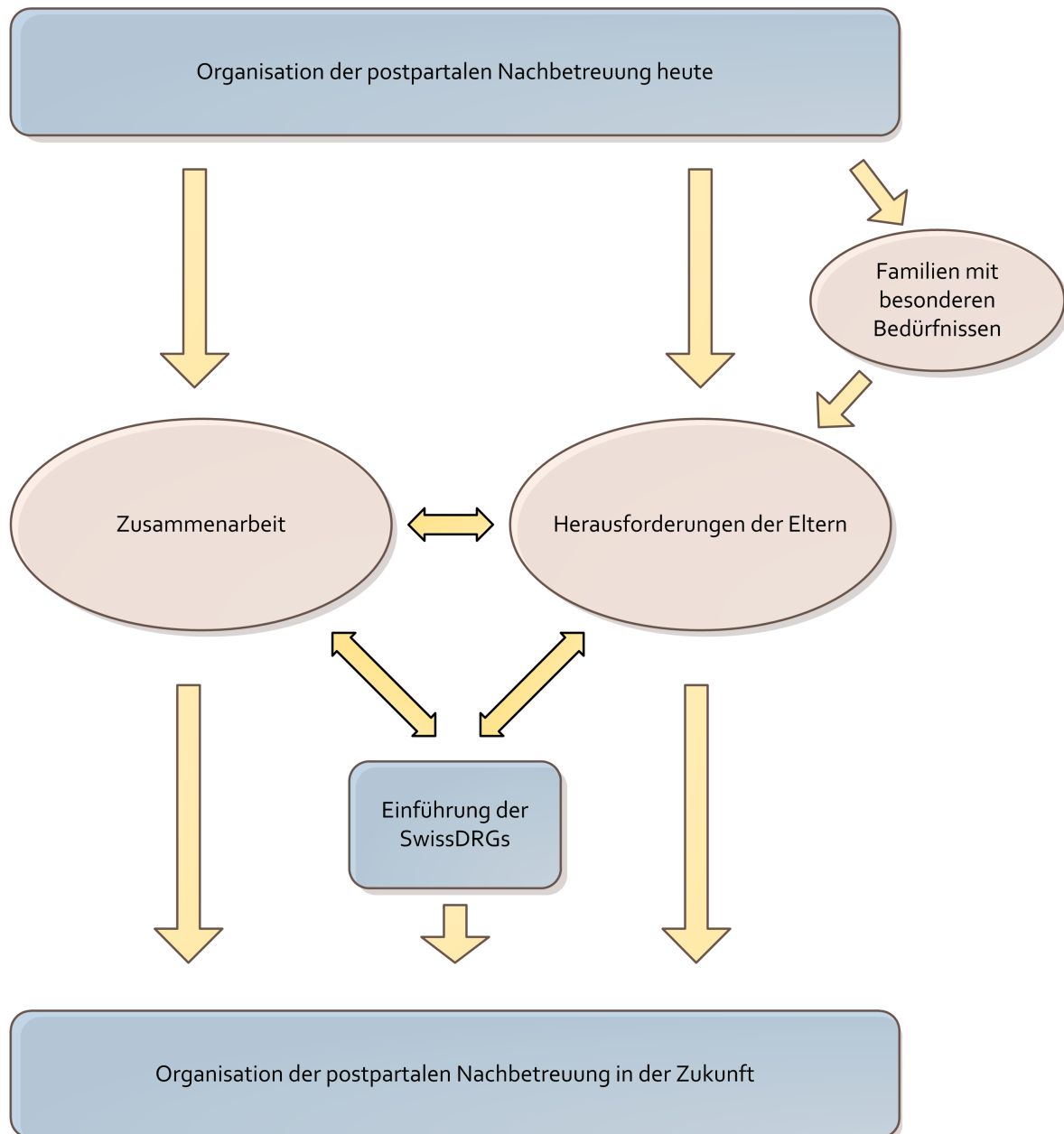
Abbildung 2. Grafische Darstellung der Inhaltsanalyse nach Creswell



4 Resultate

Im folgenden Kapitel werden die Resultate der Interviewauswertung beschrieben. Die Abbildung 3 dient der Veranschaulichung und zeigt die Zusammenhänge der herausgearbeiteten Kernthemen auf.

Abbildung 3. Zusammenhänge der Kernthemen bildlich dargestellt



4.1 Herausforderungen der Eltern im Wochenbett

4.1.1 Körperliche und psychische Veränderungen der Mutter

Durch den verkürzten Spitalaufenthalt nach einer komplikationslosen Geburt und die geringe Unterstützung zu Hause, mangelt es den Frauen laut befragten Fachpersonen an Zeit, sich von der Geburt zu erholen. Am 3. bis 4. Tag postpartum tritt der Milcheinschuss ein. Ist die Beratung bezüglich Stillproblemen (Kind trinkt nicht richtig, wundte Brustwarzen, etc.) zu dieser Zeit mangelhaft, so kann dies gemäss Aussagen von befragten Fachpersonen zu gesundheitlichen Problemen von Mutter und Kind führen (Brustentzündung, Gewichtsabnahme des Kindes, etc.). Ebenso leiden viele Mütter kurz nach der Geburt unter dem Babyblues oder negativen Geburtserlebnissen. Diese können gemäss Einschätzung einiger ExpertInnen zu Hause ohne Betreuung praktisch nicht aufgefangen und verarbeitet werden.

„Das Geburtserlebnis selbst kann viel Energie absorbieren. Wenn die Mutter (...) unter Erschöpfung leidet, kann sich dies in Stillproblemen äussern.“
(Stillberaterin)

4.1.2 Neuorientierung

Laut den InterviewteilnehmerInnen durchlaufen die Eltern besonders beim ersten Kind eine enorme Umstellung.

„Die Geburt ist ein Lebensereignis. Ein neuer Lebensabschnitt beginnt, man muss sich neu finden, es ist ein Job rund um die Uhr. Vor allem beim ersten Kind ist das eine grosse Herausforderung. Es ist eine Identitätsänderung von der Frau zur Mutter.“ (Stillberaterin)

Das Neugeborene bestimmt ab sofort den Alltag. Eltern müssen sich in ihrer neuen Rolle finden, flexibel sein und neue Wege einschlagen. Oftmals sind bis zur Geburt des ersten Kindes beide Elternteile berufstätig. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit und die Organisation der Kinderbetreuung beschäftigen laut den Befragten viele Wöchnerinnen.

Gemäss Aussage einer befragten Sozialberaterin braucht die Frau eine Vorstellung von Mutterschaft und vom Muttersein, um erfolgreich in diesen neuen Lebensabschnitt starten zu können. Vor allem psychisch angeschlagenen Frauen fehlt dies oft.

„Psychisch angeschlagene Frauen haben teilweise keine Idee von der Mutterrolle und vom Muttersein.“ (Sozialarbeiterin)

4.1.3 Unsicherheit

Mehrere ExpertInnen äussern, dass in der heutigen Zeit viele Eltern bei der Geburt ihres ersten Kindes zum ersten Mal Kontakt mit einem Neugeborenen haben.

„Viele Eltern haben beim ersten Kind keine Vorerfahrung in der Säuglingsbetreuung.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Von heute auf morgen sind die Eltern plötzlich 24 Stunden am Tag verantwortlich für die Gesundheit und die Entwicklung ihres Kindes. Sie fühlen sich dabei oft sehr unsicher und überfordert.

4.1.4 Isolation

Das soziale Netz der Familien hat sich laut befragten Fachpersonen in den letzten Jahrzehnten enorm verändert.

„Viele Eltern haben kaum noch Rollenvorbilder. Die Familie lebt heute eher isoliert für sich.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Aufgrund eines demografischen Wandels ist das Unterstützungsnetz nach der Geburt dünner und die Distanz der Eltern zu ihren Familien grösser geworden. Die Grossmütter sind nicht selten selbst noch berufstätig und ein Nachbarnetz fehlt oft ganz. Junge Familien sind deshalb häufig auf sich allein gestellt. Vor

allein die Mütter, welche sich zu Hause um das Baby kümmern, fühlen sich dadurch einsam und isoliert.

Ferner erwähnt eine befragte Sozialarbeiterin, dass der Betreuungsbedarf über die letzten Jahre gewachsen ist und soziale Randgruppen (z.B. AsylbewerberInnen und MigrantInnen) vulnerabler geworden sind.

4.1.5 Hohe Erwartungen an die Eltern

Laut Befragten sind die gesellschaftlichen Erwartungen, vor allem an die Mütter, enorm gestiegen. Es wird erwartet, dass sie die Betreuung ihres Kindes bzw. ihrer Kinder, die Berufstätigkeit, die Partnerschaft und vieles mehr problemlos und ohne Unterstützung managen können. Dies sind sehr hohe Anforderungen, welche enormen Druck auf beide Elternteile ausüben.

„Das Mutterideal ist fast nicht erreichbar, was zusätzlich Druck und Stress erzeugt bei den Müttern.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

4.1.6 Beratungsbedarf

Die oben beschriebenen Gründe erklären den hohen Beratungsbedarf der Eltern. Das Bedürfnis nach einer Ansprechperson, an die sie sich mit ihren Fragen wenden können, ist sehr gross.

„In der Regel gibt es bei den einmonatigen Säuglingen keine schwerwiegenden medizinischen Probleme (...), sondern viel Beratungsbedarf bei den Eltern. Vor allem beim ersten Kind sind viele Unsicherheiten vorhanden.“ (Freipraktizierende Kinderärztin)

4.1.7 Hilfe annehmen

Die ausgewerteten Interviews zeigen auf, dass viele Eltern Mühe haben, Hilfe anzunehmen.

„Anscheinend ist die Schwelle hoch, dass sich die Eltern von sich aus Hilfe holen.“ (Freipraktizierende Kinderärztin)

Einerseits scheint den Eltern nicht klar zu sein, wo sie sich welche Hilfe holen können. Andererseits erwarten gesellschaftliche Werte und Normen, dass sich Familien selber zu helfen wissen. Die befragten Gesundheitsfachpersonen müssen die Eltern oft überzeugen und motivieren die angebotene Hilfe zu akzeptieren und anzunehmen.

4.2 Organisation der postpartalen Nachbetreuung heute

4.2.1 Betreuungsfluss und Kontinuität

Verschiedene Gesundheitsfachpersonen bedauern, dass in der Nachbetreuung von Müttern und ihren Familien in vielen Fällen eine Kontinuität fehlt. Vor allem beim Übergang von der spitalinternen zur spitalexternen Betreuung entstehen oft Versorgungslücken.

„Es braucht ein institutionalisiertes Angebot, das sicherstellt, dass die Betreuung kontinuierlich gewährleistet ist und beim Spitalaustritt kein Vakuum entsteht.“ (Stillberaterin)

Neben der lückenlosen Betreuung wird auch die Wichtigkeit des Betreuungszeitraums thematisiert. Befragte ExpertInnen empfehlen eine kontinuierliche Betreuung ab der Schwangerschaft bis ins Wochenbett.

„Es müsste auch in der Schweiz ein Kontinuum geben, das Eltern von der Schwangerschaft bis ins Wochenbett Sicherheit vermittelt.“
(Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

4.2.2 Zugang zur postpartalen Nachbetreuung

Der Grund dafür, dass nur ungefähr die Hälfte der Frauen das Angebot der Hebammennachbetreuung in Anspruch nimmt, liegt gemäss den Befragten sowohl an einem Informationsdefizit der Eltern und Berufsgruppen bezüglich

der Angebote als auch an einem Ressourcenmangel der nachbetreuenden Fachpersonen.

„Es stellt sich die Frage: Wer ist besser informiert über die Angebote, die Eltern oder die Pädiater? Bei beiden besteht wohl ein Informationsdefizit.“
(Freipraktizierende Kinderärztin)

Längst nicht alle Schwangeren wissen vom Angebot der postpartalen Betreuung. Da vor der Geburt die ganze Aufmerksamkeit der Schwangerschaft gilt, setzen sich viele Eltern erst im Wochenbett mit der Nachbetreuung durch eine Hebamme auseinander.

„Manchmal sind Frauen in der Schwangerschaft (vor allem beim ersten Kind) für Informationen und Ratschläge, die die erste Zeit mit dem Kind betreffen, gar nicht so zugänglich, da sie noch nicht wissen, was sie möglicherweise einmal brauchen werden.“ (Gynäkologin)

Dies bedingt einerseits viel Flexibilität seitens der freipraktizierenden Hebammen und andererseits einen grossen Zeitaufwand für die Suche einer kurzfristigen Nachbetreuung.

Laut befragten Gesundheitsfachpersonen ist der Zugang zur Hebammennachbetreuung für benachteiligte Gruppen wie Migrantinnen noch stärker eingeschränkt.

„Bei fremdsprachigen Frauen ist ein zusätzliches Problem, dass die Hebammenliste [in Papierform] keine Angaben enthält über die Fremdsprachenkenntnisse der Hebammen.“
(Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Die Liste der freipraktizierenden Hebammen mit einer Angabe über die Fremdsprachenkenntnisse ist nur im Internet zu finden. Die Befragten weisen

jedoch darauf hin, dass fremdsprachige Frauen häufig keinen Zugang zum Internet haben. Laut einer Befragten wird bei ausreichenden Zeitressourcen die Kontaktaufnahme für fremdsprachige Frauen oftmals durch das Pflegepersonal des Spitals übernommen.

Die Vermittlung an die Mütterberatung funktioniert laut befragten Fachpersonen eher besser. Mit Einverständnis der Mutter füllt die Pflegende ein Formular aus und leitet dieses an die Mütterberatung weiter, welche mit der Mutter Kontakt aufnimmt und den weiteren Betreuungsbedarf abklärt.

4.2.3 Arbeitsanfall und Ressourcenmangel

Der momentane Hebammenmangel in Basel führt dazu, dass häufig mehrere Telefonate notwendig sind, um eine Hebamme mit freier Kapazität zu finden.

„Heute brauchen Pflegende/Hebammen der Mutter-Kind-Station 45 Minuten bis 3 Stunden, um für eine austretende Mutter eine Hebamme zur Nachbetreuung zu organisieren.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

In der Universitäts-Frauenklinik Basel wird den Eltern in der Schwangerensprechstunde, am Info-Abend oder bei der Gebärsaalführung eine Hebammenliste abgegeben und die frühzeitige Organisation einer Hebamme empfohlen. Die Mütter- und Väterberatung und die Sozialberatung nutzen den Info-Abend, um sich den werdenden Eltern persönlich vorzustellen.

„In der Schwangerensprechstunde in der Frauenklinik des Universitätsspital Basel erhalten Frauen die Adressliste der freischaffenden Hebammen und der Unterstützungsbedarf sollte angesprochen werden.“
(Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Tatsache ist jedoch, dass die Mehrheit der Schwangeren nicht in der Frauenklinik, sondern von niedergelassenen GynäkologInnen betreut wird. Bei diesen Frauen wird die Qualität der Informationen bezüglich des Nachbetreuungsangebots als unterschiedlich eingestuft und hängt vom Engagement der GynäkologInnen ab.

Verschiedene Gesundheitsfachpersonen geben an, dass sie die Frau bzw. das Paar motivieren, eine Hebamme zu suchen oder sonst jemanden zur Unterstützung zu organisieren. Manche Frauen lehnen die Betreuung zu Hause durch eine Hebamme jedoch ab. Aus den Interviews können keine Erklärungen für den Verzicht auf die Hebammenbetreuung abgeleitet werden. Die Autorinnen können sich jedoch vorstellen, dass mangelndes Wissen über die Hebammentätigkeit, Unterschätzung der Situation, Vorerfahrung mit der Kinderversorgung (Mehrgebärende) oder intensive Unterstützung im familiären Rahmen Gründe dafür sind.

Es gibt Zeiten, in welchen nicht genügend freischaffende Hebammen verfügbar sind, um den Bedarf nach Wochenbettbetreuung abzudecken. Von den Befragten werden Festtage, die Basler Fasnacht oder aber auch die Schweinegrippewelle erwähnt, welche den Hebammenmangel noch deutlicher spüren lassen.

Auch spitalintern wird von einem Ressourcenmangel gesprochen. Auf der Mutter-Kind-Station kämpft man sowohl mit einem Bettenmangel als auch mit einem Ressourcenmangel des Personals.

„Das Spital platzt bereits heute aus allen Nähten, die Mutter-Kind-Station hat einen Bettenmangel. Es braucht nachgeschaltete Stellen, die das auffangen können.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Laut einer Befragten ist die steigende Geburtenzahl Ursache dafür, dass die Frauenklinik bei gleichbleibendem Stellenplan, immer mehr Aufgaben zu erfüllen hat. Um diese Überlastung zu bewältigen, müssen gemäss einer Interviewteilnehmerin Fachkräfte von anderen Stationen abgezweigt werden.

Eine befragte Expertin zeigt auf, dass das spitalexterne Angebot ausgebaut werden muss, um diese spitalinterne Überlastung aufzufangen.

4.2.4 Notfallsystem: Angebot und Nachfrage

Mehrere Gesundheitsfachpersonen äussern Unzufriedenheit mit dem System der Notfallstation des Kinderspitals. Bemängelt wird die schlechte bzw. falsche Nutzung der Notfallstation.

„(...) oft wird der Notfall auch ausgenutzt, ohne dass wirklich ein medizinischer Notfall vorliegt.“ (Freipraktizierende Kinderärztin)

Verunsicherte Eltern suchen schon bei Kleinigkeiten, wie z.B. nächtlichem Schreien ihres Kindes, die Notfallstation auf. Gemäss Aussage eines befragten Experten benötigen ca. 9 von 10 Notfallkonsultationen keine Hospitalisation, sondern lediglich Beruhigung und Beratung. Solche Fälle überlasten die Notfallstation und können aufgrund eines Kapazitätsmangels nicht bedürfnisgerecht betreut werden. Die befragten KinderärztInnen sind sich einig, dass Hebammen oder Mütterberaterinnen diese Fälle gut betreuen und somit die Notfallstation entlasten könnten.

„Für die KinderärztInnen gäbe es eine Zeitersparnis, wenn die sogenannten Bagatellfälle nicht mehr im Notfall landen würden, sondern von Hebammen/Mütterberaterinnen beraten würden.“ (Arzt im Bereich der ambulanten Dienste)

4.3 Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen

4.3.1 Fallbezogene Zusammenarbeit

Laut befragten Gesundheitsfachpersonen funktioniert die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Frauen und Familien mit besonderen Bedürfnissen (z.B. Partnerschaftskonflikte, psychische Erkrankungen, Suchtkrankheiten, Schwangere mit Migrationshintergrund oder einem kranken Kind) besser als bei solchen, die keine besonderen Auffälligkeiten aufweisen. Die Befragten

erklären sich dies darin, dass in diesen besonderen Fällen die Aufgabenteilung klarer ist und mehr Austausch zwischen den verschiedenen Fachpersonen (z.B. in Form von Roundtables) stattfindet. Für die Konsultationen bei komplexen Familiensituationen wird zudem mehr Zeit investiert, engermaschiger kontrolliert und vermehrt darauf geachtet, dass eine Kontinuität in der Betreuung beibehalten wird.

„Für die Begleitung von Schwangeren mit besonderen Bedürfnissen wird jeweils mehr Zeit für die Konsultationen eingesetzt und dafür gesorgt, dass eine Konstanz der betreuenden ÄrztInnen gewährleistet ist.“ (Gynäkologin)

„Es wird gemeinsam entschieden, wo eine Frau mit Problemfällen hingeht.“ (Sozialarbeiterin)

Jedoch gelingt die Zusammenarbeit nicht immer von Anfang an reibungslos. Teilweise wird der Sozialdienst zu spät oder gar nicht informiert, obwohl die Problematik bereits während der Schwangerschaft entdeckt wurde.

„Es kommt vor, dass der Sozialdienst nicht informiert wird, obwohl sich alle rund herum schon gefragt haben, wie sich die Situation nach der Geburt weiterentwickeln wird.“ (Sozialarbeiterin)

Die externen GynäkologInnen werden deshalb darum gebeten, bei sich abzeichnenden Problemen die Frauen frühzeitig in die Poliklinik zu überweisen, wo sie dann umfassende Hilfe erhalten.

4.3.2 Zugang zum Betreuungsangebot

Befragte Fachpersonen sehen bei der Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen eine Problematik im erschwerten Zugang zu den Nachbetreuungsangeboten für die Betroffenen.

„Jene, die eine solche am ehesten brauchen, nutzen sie tendenziell am wenigsten.“ (Freipraktizierende Kinderärztin)

Gründe für die mangelnde Nutzung sind zum einen sprachliche oder finanzielle Barrieren, zum anderen aber auch die Erreichbarkeit und Hemmschwellen der Angebote. Einige Eltern werden ausserdem durch den Einbezug weiterer Fachstellen, z.B. der Psychiatrie, abgeschreckt. Die Erfassung solcher Fälle ist deshalb oftmals erschwert, was wiederum die Einleitung weiterer Massnahmen hindert.

4.4 Zusammenarbeit

4.4.1 Beziehungsnetz

Verschiedene Fachpersonen bemängeln die Vernetzung der Berufsgruppen sowohl interdisziplinär als auch intradisziplinär.

„(...) oft wäre eine intensivere Zusammenarbeit wünschenswert.“
(Mütterberaterin)

Heute muss sich jede/r Einzelne sein Beziehungsnetz selber aufbauen. Dies ist sehr zeitaufwändig und wenig effizient. Der Wunsch nach einer engeren intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit und somit einer besseren Koordination der Dienstleistungen untereinander wird mehrmals erwähnt.

„Es wäre auch eine Chance die Betreuung untereinander besser zu koordinieren.“ (Freipraktizierende Gynäkologin)

Laut Aussagen der Befragten funktioniert die interdisziplinäre Zusammenarbeit je nach Fachperson besser oder schlechter. Dies hängt nebst dem Beziehungsnetz auch mit der Einstellung des Gegenübers und dem Wissen über das Angebot anderer Berufsgruppen zusammen.

4.4.2 Zuständigkeitsfrage

Die Befragten thematisieren Informationsdefizite der Gesundheitsfachpersonen über die Angebote anderer Berufsgruppen und Unklarheiten bezüglich der Aufgabenteilung und Zuständigkeit. Eine Hebamme äussert beispielsweise, dass ihr manchmal einige ihrer Kompetenzen nicht zugetraut werden.

„Häufiger werden Kinder auch wieder zum Kinderarzt geschickt um das Gewicht zu kontrollieren, und da fühle ich mich in meiner Kompetenz als nachbetreuende Hebamme wirklich beschnitten (...).“ (Hebamme)

In solchen Situationen könnte der Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen Klarheit über die Zuständigkeit und die Aufgabenaufteilung bei der gemeinsamen Betreuung von Familien bringen. Mehrere befragte Fachpersonen weisen zudem darauf hin, dass eine klare Abgrenzung der Kompetenzen Doppelspurigkeiten verhindern könnte.

Laut einer Hebamme bestehen seitens der Mütterberaterinnen Wissenslücken über die Kompetenzen der Hebamme und Uneinigkeiten bezüglich der Zeitspanne der Betreuung durch die Hebamme.

„Die Mütterberaterinnen scheinen nicht zu wissen, dass Hebammen Stillprobleme betreuen können, auch nach zehn Tagen.“ (Hebamme)

„Einzelne Hebammen haben Mühe [die Betreuung] abzugeben und lassen vom Arzt ein verlängertes Wochenbett verschreiben oder bieten weitere Beratung, zum Beispiel zum Thema Abstillen, zu einem späteren Zeitpunkt an.“ (Mütterberaterin)

Eine bessere Verbindung der Dienstleistungen der freipraktizierenden Hebammen und der Mütterberaterinnen mit situationsbezogenem Einbezug

der PädiaterInnen und GynäkologInnen ist gemäss Aussage einer in der universitären Frauenklinik tätigen Gynäkologin erstrebenswert.

Bei den Eltern besteht aufgrund des unkoordinierten Nachbetreuungsangebotes grosse Verwirrung. Die Befragten weisen darauf hin, dass den Eltern oft nicht klar ist, wann sie sich an wen wenden können. Laut einer freipraktizierenden Ärztin gibt es vor allem an Wochenenden und Randstunden Probleme mit der Zuständigkeit.

„Es gibt manchmal auch Verwirrung, dass die Mütter nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen oder wer da zuständig ist und dass es auch Überschneidungen gibt (...).“ (Hebamme)

Weiter thematisieren befragte ÄrztInnen und Hebammen das Fehlen einer klaren Fallführung, solange die Abteilung Kindes- und Jugendschutz (AKJS) nicht eingeschaltet ist. Der Einbezug dieser Fachstelle wird jedoch erst bei sehr schwierigen Fällen (z.B. Kindgefährdung, Drogenproblematik u.ä.) vorgenommen.

„Eine eigentliche Fallführung mit definierten Verantwortlichkeiten gibt es nicht, sofern nicht die Abteilung Kindes- und Jugendschutz eingeschaltet ist.“ (Gynäkologin)

„Das Vorgehen [in schwierigen Situationen] ist nicht klar geregelt. Jede Hebamme muss im Einzelfall selbst herausfinden, wie sie am besten vorgeht.“ (Hebamme)

Eine befragte Sozialarbeiterin macht deutlich, dass es für den Sozialdienst sehr schwierig ist, wenn der Frage des Kindesschutzes erst im Wochenbett nachgegangen wird. Den Beteiligten bleiben dann bis zum Spitalaustritt nur drei Tage Zeit, um die ganze Situation anzuschauen, zu besprechen und das weitere Procedere zu planen.

Die Autorinnen fragen sich, warum der Sozialdienst oftmals sehr spät eingeschaltet wird. Antworten auf diese Frage sind in den Interviews ansatzweise in der mangelnden Zusammenarbeit zu finden. Weiter wäre möglich, dass aufgrund knapper Zeitressourcen die Problematik nicht richtig erfasst werden kann, oder dass sich die Fachpersonen zu viel zutrauen und erst spät Hilfe beiziehen.

4.4.3 Informationsfluss

Gemäss den InterviewteilnehmerInnen ist der Informationsfluss zwischen den involvierten Gesundheitsfachpersonen nicht zufriedenstellend. Bemängelt wird zum einen die komplizierte und zeitaufwendige Informationsübergabe (z.B. Kopieren und Verschicken der Patientendokumentation) und zum anderen der Verlust von wichtigen Informationen beim Übergang zu den verschiedenen Abteilungen. Laut den Befragten ist die elektronische Informationsablage, welche schon in einigen Spitälern der Schweiz eingeführt wurde, ein vielversprechender Lösungsansatz.

„Bei den Übergängen sollte es weniger Brüche geben und der Informationsfluss sollte gewährleistet sein, auch von spitalintern zu spitalextern. (Stationsleitung/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Im Weiteren kritisieren einige InterviewteilnehmerInnen die uneinheitliche Informationsvermittlung an die Eltern.

*„Die Informationen, welche Frauen von unterschiedlichen Beratenden zu ihren Fragen erhalten, unterscheiden sich oft und tragen zur Verwirrung bei.“
(Mütterberaterin)*

Die Eltern werden dadurch verwirrt und verunsichert. Eine bessere Abstimmung zwischen den verschiedenen Fachpersonen wird als dringend nötig erachtet.

4.4.4 Austausch und Transparenz

Alle Fachpersonen sind sich einig, dass ein regelmässiger interdisziplinärer Austausch sehr wichtig und wertvoll wäre, um eine kontinuierliche und gut koordinierte Nachbetreuung von Familien gewährleisten zu können.

Die Interviewauswertungen zeigen, dass der Austausch unter den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen sehr unterschiedlich ist und laut den befragten Fachpersonen grosses Verbesserungspotential aufweist.

Um den Austausch zu intensivieren und somit die Zusammenarbeit zu verbessern, werden gemeinsame Fort- und Weiterbildungen vorgeschlagen.

„Es bräuchte regelmässig runde Tische aller Beteiligten, um sich kennen zu lernen und die Angebote gut aufeinander abzustimmen und abzugrenzen.“
(Mütterberaterin)

„Auch gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, um alle auf den gleichen Stand zu bringen, wären hilfreich.“ (Mütterberaterin)

Die spitalinterne Stillberatung der universitären Frauenklinik Basel bietet für freipraktizierende Hebammen und Mütterberaterinnen bereits heute regelmässig kostenlose Fortbildungen im Bereich des Stillens an. Die Autorinnen sind der Meinung, dass der Ausbau dieses Konzepts auch für andere beteiligte Berufsgruppen wünschenswert wäre.

4.4.5 Rivalität und Konkurrenz

Laut den befragten Fachpersonen gibt es verschiedene Gründe, warum Rivalitäten zwischen oder innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen entstehen können. Es werden beispielsweise die unterschiedlichen Anstellungsverhältnisse genannt. Während Mütterberaterinnen vom Kanton angestellt und deren Dienstleistungen von diesem subventioniert werden, sind freipraktizierende Hebammen und ÄrztInnen selbsterwerbend und somit auf genügend Konsultationen angewiesen.

„Hebammen und auch Pädiater mit einer Praxis sind auf genügend Konsultationen angewiesen (...) – die Mütter-Väterberaterinnen sind [von der Gemeinde] angestellt (...). Das schafft sehr unterschiedliche Ausgangslagen.“
(Mütterberaterin)

Weiter ist in den Interviews eine teils geringe Wertschätzung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander zu spüren. Es wird auch der Wunsch geäußert, sich gegenseitig ernster zu nehmen. Wie im Kapitel 4.4.2 bereits erwähnt, zeigt vor allem die Arbeitsbeziehung zwischen Hebammen und Mütter- und Väterberaterinnen Unstimmigkeiten.

„Der Übergang von Hebammen zur Mütterberaterinnen gelingt nicht immer gut.“ (Hebamme)

„Von den Mütterberaterinnen her scheint weniger Interesse vorhanden zu sein für uns Hebammen.“ (Hebamme)

4.5 Einführung der SwissDRGs und mögliche Folgen

4.5.1 Risiken eines verkürzten Spitalaufenthalts

Mit Einführung der SwissDRGs 2012 erwarten alle befragten ExpertInnen eine Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer und eine Verschiebung der postpartalen Betreuung vom spitalinternen in den spitalexternen Bereich. Die Auswirkungen dieser Verschiebung werden von den einzelnen Fachpersonen unterschiedlich eingeschätzt. Im Allgemeinen wird vor einem frühzeitigen Spitalaustritt ohne Unterstützung zu Hause gewarnt.

„Nach zwei Tagen mit dem ersten Kind schon wieder zu Hause, ohne Unterstützung im Haushalt – das ist eine Katastrophe.“ (Freipraktizierende Gynäkologin)

Der neue Austrittszeitpunkt (voraussichtlich am 3. Tag postpartum) befindet sich in einer besonders sensiblen Phase. Der physiologische Milcheinschuss

und der Babyblues werden dann vermehrt zu Hause stattfinden. Dadurch ist die Stillunterstützung nicht mehr wie im bisherigen Ausmass möglich, weshalb mit einem Rückgang der Stillhäufigkeit gerechnet wird.

„Findet der Austritt am 3. Tag postpartum statt, ist das eine besonders sensible Zeit, direkt vor dem Milcheinschuss und dem Babyblues.“

(Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Weiter wird angenommen, dass die Notfallstation in Zukunft viel häufiger konsultiert und dadurch überlastet wird. Bei mangelnder Nachbetreuung werden ausserdem vermehrte Rehospitalisationen befürchtet. Laut einer befragten Sozialarbeiterin muss die Familien- und Erziehungsberatungsstelle seit einiger Zeit vermehrt junge Eltern auffangen, welche während des (bereits heute) kurzen Spitalaufenthalts nicht erfasst wurden und sich folglich die Probleme erst zu Hause abzeichneten.

„Bei mangelhafter Nachbetreuung wird jede dritte Frau nach drei Tagen wieder auf dem Notfall/der Poliklinik landen.“

(Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Eine weitere Problematik sehen die befragten Gesundheitsfachpersonen darin, dass die nötigen Informationen zukünftig in noch kürzerer Zeit an die Eltern vermittelt werden müssen.

„Einerseits wird man versuchen, alle nötigen Informationen in noch kürzerer Zeit zu vermitteln, andererseits ist die Erholung der Mutter in den ersten zwei Tagen nach der Geburt von zentraler Bedeutung. Beidem gerecht zu werden ist fast nicht möglich.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Die Folge ist eine Informationsüberflutung in einer Zeit, in der die Erholung der Mutter grundsätzlich im Vordergrund stehen sollte. Viele Gesundheitsfachpersonen fragen sich, wie man den heutigen

Informationsinhalt noch stärker komprimieren kann, ohne das Wohl der Familie zu beeinträchtigen.

Die Eltern müssen sich während des kurzen Spitalaufenthalts innert wenigen Stunden mit dem Neugeborenenhandling vertraut machen. Laut Einschätzung der Befragten bleibt vor dem Spitalaustritt nur wenig Zeit für das Eingehen auf Fragen, das Empowerment und die Vermittlung von Sicherheit.

Da die Familien auf Grund des verkürzten Spitalaufenthalts weniger Wissen und Können mit nach Hause bringen werden, befürchten die Befragten, dass sie sich in der neuen Situation hilfloser und einsamer fühlen werden. Vor allem Familien ohne ein soziales Netz werden völlig auf sich gestellt sein.

Eine weitere Schwierigkeit sehen einige InterviewteilnehmerInnen darin, die Frau und ihre Situation in dieser kurzen Zeit richtig einschätzen zu können.

„Das Eintrittsassessment im Spital wird noch wichtiger sein. Da müssen allfällige Probleme sofort erfasst werden, weil nachher kaum Zeit bleibt dafür.“
(Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Es wird befürchtet, dass viele Probleme nicht mehr richtig erfasst werden können und vor allem soziale Notlagen unerkannt bleiben. Werden Probleme dennoch erfasst, so bleibt kaum Zeit, den Sozialdienst zu informieren und entsprechende Massnahmen einzuleiten, bevor die Frau und das Kind das Spital verlassen.

Aufgrund des kürzeren Spitalaufenthaltes thematisieren verschiedene Gesundheitsfachpersonen den grösseren Arbeitsanfall für die freipraktizierenden Hebammen und den daraus folgenden erhöhten Bedarf an Hebammen.

Die befragten Hebammen sprechen zudem die Problematik des Guthrie-Tests an. Zur Zeit ist noch nicht klar geregelt, wo und durch wen dieser Test bei Frühentlassungen durchgeführt werden soll. Sollte der Guthrie-Test von den Hebammen zu Hause abgenommen werden, so würde dies für die

freipraktizierenden Hebammen einen grösseren Organisationsaufwand bedeuten und viel Flexibilität erfordern.

4.5.2 Vorteile eines verkürzten Spitalaufenthalts

Verschiedene befragte Fachpersonen sprechen jedoch auch mögliche Vorteile der Frühentlassung an. Ein verkürzter Spitalaufenthalt einer gesunden Mutter mit einem gesunden Kind wird von mehreren Seiten sogar begrüsst.

„Ein verkürzter Aufenthalt nach der Geburt ist bei gesunden Mutter-Kind-Paaren zu befürworten.“ (Gynäkologin)

Die befragten Hebammen sehen einen möglichen Nutzen darin, dass die Verantwortung früher bei der Mutter liegen wird und die Betreuung früher von den freipraktizierenden Hebammen übernommen werden kann. Bei frühzeitiger und kontinuierlicher Betreuung könnten Fragen und Unsicherheiten der Eltern fortlaufend aufgefangen und geklärt werden. So wäre sogar eine mittelfristige Entlastung der Notfallstation und einen Rückgang der Rehospitalisationen denkbar.

4.5.3 Mögliche Lösungsansätze

Die Befragten nennen mehrere Möglichkeiten, um den oben erwähnten Problemen, welche mit Einführung der SwissDRGs erwartet werden, entgegen zu wirken.

„Die Herausforderung ist, das [heute vielfältige] Angebot trotz verkürztem Spitalaufenthalt beizubehalten. Mit einer guten Organisation im Vorfeld kann dies gewährleistet werden.“ (Sozialarbeiterin)

Ein wichtiger Teil wäre die frühzeitige Information der werdenden Eltern über das Nachbetreuungsangebot. Damit kann die Effizienz zukünftig gesteigert und die wenigen Tage im Spital optimal genutzt werden.

Einige Fachpersonen machen Vorschläge, wie die minimale Zeit auf der Mutter-Kind-Station zukünftig besser genutzt werden kann und erläutern, welche Inhalte möglicherweise gestrichen werden könnten. Dabei wird beispielsweise die Notwendigkeit einer täglichen Arztvisite bei gesunden Wöchnerinnen in Frage gestellt. Ebenso wird das Kürzen der Besuchszeiten thematisiert. Gemäss einer Befragten müsste vieles an die nachbetreuende Hebamme delegiert werden. Die Hebammen sind sich bewusst, dass sie nach Einführung der SwissDRGs einen noch grösseren Arbeitsanfall haben werden.

„Dann brauchen noch mehr Mütter Hebammen. (...) Es bräuchte dazu eine klare Organisation. Zum Beispiel eine zentrale Vermittlungsstelle für Hebammen (Hebammenzentrale).“ (Hebamme)

Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, zeigt eine befragte Hebamme die Möglichkeit einer zentralen Vermittlungsstelle für Hebammen (Hebammenzentrale) auf. Diese könnte sowohl die Organisation der Nachbetreuung als auch die einzelne Hebamme entlasten.

Um die Notfallstation zu entlasten, schlägt eine Befragte das Konzept der Triage vor, bei der die Dringlichkeit der Fälle schon am Telefon oder spätestens bei Ankunft im Spital von Fachpersonen eingeschätzt wird. Mit der Erfassung dringender Fälle kann die Bagatellisierung des Notfalls minimiert werden.

4.6 Postpartale Nachbetreuung in der Zukunft

4.6.1 Organisation der postpartalen Nachbetreuung in der Zukunft

Eine koordinierte und frühzeitige Organisation der postpartalen Betreuung würde sowohl für die Eltern als auch für die betreuenden Fachpersonen einen grossen Nutzen mit sich bringen. Hebammen und GynäkologInnen, welche die Frauen bereits während der Schwangerschaft betreuen, spielen dabei als VermittlerInnen eine zentrale Rolle. Der Behandlungspfad sollte, falls möglich,

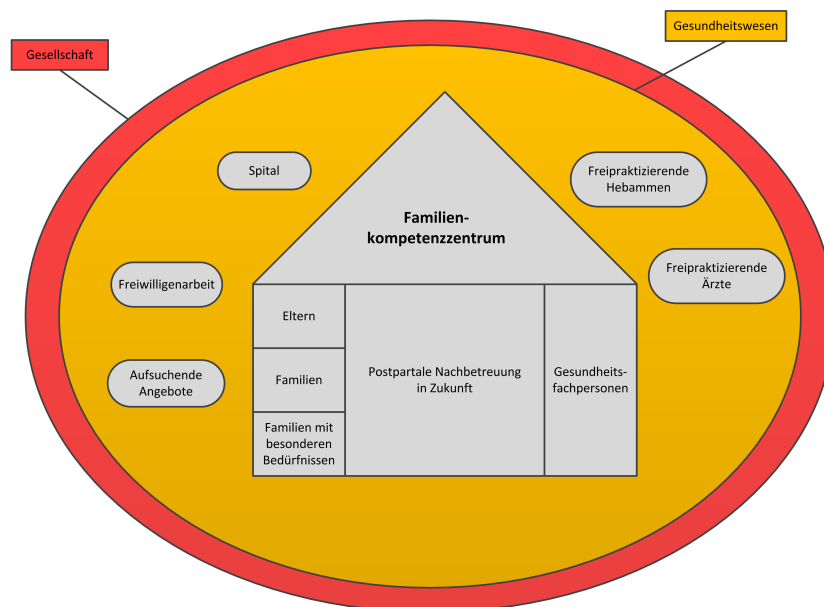
schon in der Schwangerschaft beginnen und sich idealerweise über mehr als 6 Wochen postpartum erstrecken.

„Sehr wichtig wäre, dass man mit allen Frauen in der Schwangerschaft Vorgespräche führen könnte, um bereits anzusprechen, wie dann nach der Geburt die Betreuung zu Hause ablaufen soll.“ (Hebamme)

Laut befragten ExpertInnen könnte dadurch die umfangreiche Informationsvermittlung besser verteilt, mögliche Probleme bereits in der Schwangerschaft erfasst und eine kontinuierliche Nachbetreuung gewährleistet werden.

Den Befragten wurde innerhalb des Interviews die Idee eines sogenannten Familienkompetenzzentrums, auch „Haus der Familie“ genannt, unterbreitet. Ein solches Familienkompetenzzentrum, welches alle Angebote vereinen würde, wird in Abbildung 4 grafisch dargestellt.

Abbildung 4. Familienkompetenzzentrum



Anschliessend wurden die InterviewteilnehmerInnen nach ihrer Meinung und Einschätzung dieses Konzepts gefragt. Nachfolgend werden die wesentlichsten Punkte dieser Beurteilung aufgezeigt.

Grundsätzlich stiess die Idee eines solchen Familienkompetenzzentrums auf sehr gute Resonanz.

„Insgesamt besteht ein Riesenbedarf nach einem ambulanten Versorgungszentrum.“ (Stationsleitung/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Es werden verschiedene Vorschläge zur Organisation eines Familienkompetenzzentrums gemacht, wobei der Koordination, der engen interdisziplinären Zusammenarbeit und einem niederschweligen Angebot die grösste Bedeutung zugeschrieben wird. Wichtig ist, dass die Kompetenzen der beteiligten Fachpersonen vor der Eröffnung eines Familienkompetenzzentrums geklärt werden.

Die InterviewteilnehmerInnen zählten verschiedene Angebote auf, welche aus ihrer Sicht in ein Familienkompetenzzentrum integriert werden sollten. Die Mütter- und Väterberatung mit offener Sprechstunde, die Hebammenbetreuung mit einer Hebammenzentrale, die Stillberatung, die Elternbildung, die Sozialberatung und eine enge Vernetzung zum Universitätsspital Basel bieten die Grundlage der Angebote. Einige Befragte würden sich eine Informations- und Anlaufstelle für Gesundheitsfachpersonen wie auch Weiterbildungsmöglichkeiten wünschen. Wichtig ist dabei allen ExpertInnen, dass ein solches Familienkompetenzzentrum möglichst zentral und nahe bei der Universitätsklinik liegen würde.

„Falls das Familienkompetenzzentrum sehr nahe beim Kinderspital liegen würde, könnte die Notfallstation die Familien für die Nachsorge an die Mütter- und Väterberatung überweisen (...).“ (Arzt im Bereich der ambulanten Dienste)

Im Rahmen der Elternbildung könnten Kurse zur Vorbereitung auf die Elternschaft, Beratung zu pränatalen Untersuchungen, Rechten und Finanzen, sowie Erziehungsberatung stattfinden. Im Weiteren werden Möglichkeiten für Schwangerschaftskonfliktberatungen und Gruppentherapien für Frauen mit einer postpartalen Depression thematisiert. Ein integrierter Kinderhort für Neugeborene als auch für Geschwisterkinder wird als Chance für die Eltern betrachtet und ist deshalb erwünscht.

Erweiterte Zusatzangebote, welche in einem Familienkompetenzzentrum integriert werden könnten, wären beispielsweise die Physiotherapie, die Spitex, die Psychiatrie, die Abteilung Kindes- und Jugendschutz und das Zentrum für Frühförderung. Hausbesuche von Hebammen und der Mütterberaterinnen werden von verschiedenen Seiten positiv eingeschätzt und sollen unabhängig eines Familienkompetenzzentrums auch in Zukunft stattfinden.

„Mindestens ein Hausbesuch der Mütter- und Väterberatung ist sicher sinnvoll.“ (Gynäkologin)

Alle Befragten waren sich einig, dass die Öffnungszeiten des Familienkompetenzzentrums von zentraler Bedeutung sind.

„Für Eltern gäbe es Sicherheit, wenn sie wüssten, dass es eine Anlaufstelle und telefonische Beratung rund um die Uhr gibt.“ (Freipraktizierende Gynäkologin)

Mehrmals wird der Bedarf eines 24-h Beratungstelefons erwähnt, welches ausserhalb der täglichen Öffnungszeiten den Beratungsbedarf rund um die Uhr abdecken könnte. Ein solches Angebot würde den Eltern Sicherheit vermitteln und hätte, laut Einschätzung der Befragten, den Vorteil, dass die Notfallstation von sogenannten „Irrläufen“ entlastet werden könnte.

Aufgrund der Überlastung der Notfallstation sind sich die Befragten einig, dass eine Neuorganisation dieses Systems notwendig ist. Die telefonische Triage durch Pflegefachpersonen hat sich in der Universitären Kinderklinik beider Basel bereits bewährt.

„Bereits heute macht bei vorheriger telefonischer Kontaktaufnahme durch die Eltern eine Pflegefachfrau vom Notfall die Triage und entscheidet, bei welchen Kindern und Eltern eine Konsultation analog zum Haus-/Kinderarzt stattfinden soll und welche Kinder eher das volle Angebot des Kinderspitals benötigen.“
(Arzt, Ambulante Dienste)

Eine Ausweitung des Notfalldienstes an Randstunden sowie am Wochenende ist laut eines Experten geplant. Der Einbezug von Hebammen und Mütterberaterinnen wird thematisiert und könnte für die ÄrztInnen der Notfallstation Entlastung bringen.

Die Möglichkeit freiwillige ArbeiterInnen einzubeziehen wird von den meisten Befragten kritisch beurteilt. Das Problem wird einerseits darin gesehen, dass eine solch wichtige Aufgabe gratis geleistet werden soll und andererseits darin, dass Laien für eine erfolgreiche Betreuung sehr gut geschult werden müssten.

„Die Tatsache, dass Arbeit gratis geleistet werden soll, wird als zweischneidig betrachtet (...). In jedem Fall wäre eine optimale Schulung und Begleitung wichtig. Zudem sollte bezahlte Arbeit nicht durch ehrenamtliche Arbeit ersetzt werden.“ (Freipraktizierende Kinderärztin)

4.6.2 Zukünftige Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen

Die InterviewteilnehmerInnen sprechen auch das zukünftige Angebot für Familien mit besonderen Bedürfnissen an. Mehrmals kommt zur Sprache, dass sowohl MigrantInnen als auch Working Poors oder sozial benachteiligte Familien von einem koordinierten und interkulturellen Angebot profitieren

könnten. Niederschwellige Angebote sollen die Anlaufstelle auch für schwieriger zu erreichende Familien attraktiv machen. Im Weiteren wird auch die Integration einer interkulturellen MediatorIn oder ÜbersetzerIn befürwortet.

„Die Sprache ist der Schlüssel.“ (Sozialarbeiterin)

Eine befragte Gesundheitsfachperson weist darauf hin, dass zukünftig bei Spitaleintritts- und Austrittsgesprächen mit Migrantinnen, wenn möglich, routinemässig eine Dolmetscherin beigezogen werden sollte. Nur so können die vielen Informationen von den Wöchnerinnen auch wirklich verstanden und aufgenommen werden.

Laut Aussage einer Befragten wäre eine gute Schulung der Hebammen und der Mütterberaterinnen nötig, damit auch in Zukunft soziale Probleme rasch erfasst werden.

„Hebammen und Mütterberaterinnen müssten geschult sein, solche sozialen Probleme zu erfassen und kompetente Beratung zu leisten. Sie müssten untereinander gut koordiniert sein.“ (Stationsleitung/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Ferner bestehen Bedenken bezüglich des multidisziplinären Angebotes, welches viele Schnittstellen beinhaltet. Um den besonderen Bedürfnissen der Familien gerecht zu werden, müssen diese Schnittstellen in Zukunft klarer definiert und die speziellen Dienstleistungen untereinander besser koordiniert werden.

4.6.3 Zusammenarbeit in der Zukunft

Alle Befragten äusserten den deutlichen Wunsch nach einer verbesserten Zusammenarbeit. Zudem erhoffen sie sich zukünftig mehr Transparenz und einen intensiveren Informationsaustausch untereinander.

„Die Zusammenarbeit mit den Kinder- und FrauenärztInnen müsste intensiviert werden und eine optimale Übergabe an die Mütter- und Väterberaterinnen erfolgen.“ (Hebamme)

Mehrfach wird auch die Notwendigkeit aufgezeigt, den Arbeitsbereich der Kolleginnen und Kollegen besser zu kennen um die einzelnen Schnittstellen besser zu definieren. Ein weiteres Anliegen ist eine offenere Kommunikation, regelmässiger Austausch und mehr Wertschätzung gegenüber den anderen Berufsgruppen. Die einzelnen Angebote sollten aufeinander abgestimmt sein und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Ausserdem werden eine verbesserten Übergabe und ein vereinfachter Informationsfluss gewünscht.

„Soweit möglich sollte die Anmeldung systematisch und automatisch erfolgen können. Mit möglichst wenig Aufwand und gutem Infoaustausch.“

(Stationsleitung/Fachverantwortliche Frauenklinik)

Für eine optimale Koordination der einzelnen Betreuungsangebote wäre im Weiteren eine einfache Anmeldung für das postpartale Nachbetreuungsangebot und eine einheitliche Dokumentation von grossem Vorteil.

4.6.4 Vorteile einer koordinierten Nachbetreuung

Eine koordinierte Nachbetreuung der Familien bringt für die einzelnen Gesundheitsfachpersonen unterschiedliche Vorteile mit sich.

Die befragten Hebammen sehen in einer koordinierten Betreuung und der engen inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit die Möglichkeit, das Arbeitsfeld der Hebamme zu stärken.

„Ein Mehrwert für die Hebammen wäre zum Beispiel die gegenseitige Entlastung durch Teamwork, mehr Transparenz, eine bessere Informationsübermittlung zwischen den beteiligten Fachpersonen und eine Professionalisierung des Hebammenberufes.“ (Hebamme)

Verschiedene ÄrztInnen erhoffen sich zukünftig Entlastung von zeitaufwändigen Beratungsaufgaben oder unnötigen Notfallkonsultationen. Eine freipraktizierende Ärztin erwähnt, dass sie bei sozialen, arbeitsrechtlichen aber auch finanziellen Problemen immer wieder an ihre Grenzen stösst. Für sie wären dementsprechende Beratungsangebote eines Familienkompetenzzentrums sehr hilfreich.

Eine koordinierte Nachbetreuung würde jedoch nicht nur für die betreuenden Fachpersonen einen klaren Profit bringen, sondern auch das Wohl der Familie stärken. Laut Aussage einer befragten Gesundheitsfachperson könnte somit der Start ins Familienleben deutlich verbessert werden.

„Wenn Mütter von Austritt an einen Ansprechpartner und diese Sicherheit [bei Bedarf Unterstützung zu erhalten] haben, würde das einen guten Start mit dem Baby unterstützen und einem Teufelskreis von Überforderung und Problemen entgegenwirken.“ (Stationsleiterin/Fachverantwortliche Frauenklinik)

4.6.5 Hürden einer koordinierten Nachbetreuung

Mehrere befragte Gesundheitsfachpersonen nannten mögliche Gefahren eines Familienkompetenzzentrums. Am häufigsten wurde der Konkurrenzgedanke aufgrund unterschiedlicher Anstellungsverhältnisse erwähnt.

„Die Gefahr besteht, dass es [das Familienkompetenzzentrum] von freipraktizierenden Berufsgruppen als Konkurrenz empfunden wird.“ (Freipraktizierende Gynäkologin)

Eine Befragte warnt vor der Stigmatisierung der Nutzerinnen. Ein Familienkompetenzzentrum sollte gemäss ihrer Aussage nicht das Image haben, nur etwas für arme Leute zu sein.

„Das Haus sollte keinen religiösen Anstrich haben, sollte nicht zu stark auf Psycho-Angebote ausgerichtet sein und es sollte nicht das Image haben, nur etwas für arme Leute zu sein.“ (Freipraktizierende Gynäkologin)

Eine andere Fachperson vermutet jedoch, dass sich vor allem Familien an ein Familienkompetenzzentrum wenden, welche bereits gut informiert sind.

„Eine Befürchtung ist, dass mit dem Angebot vor allem Familien erreicht werden, die sich ohnehin schon sehr gut informieren und sich zu helfen wissen.“ (Gynäkologin)

Eine weitere Schwierigkeit wird in der Finanzierung gesehen.

„Im Moment ist der Spardruck im Gesundheitsbereich in Basel Stadt sehr hoch. Neue Angebote dürften es deshalb schwer haben, finanziert zu werden.“ (Gynäkologin)

Laut mehreren Befragten wird die aktuelle Finanzlage im Gesundheitsbereich in Basel die Finanzierung neuer Projekte erschweren. Eine Befragte weist darauf hin, dass deshalb auf bestehende Angebote aufgebaut werden sollte.

Das Konzept des beschriebenen Familienkompetenzzentrums ist in der Schweiz neu und das Wissen darüber noch nicht verbreitet. Es müsste, laut Einschätzung der Befragten, erst einmal bekannt werden, bevor dessen Nutzung zur Norm werden könnte.

„Das Haus müsste so bekannt sein wie das Rathaus!“ (Freipraktizierende Gynäkologin)

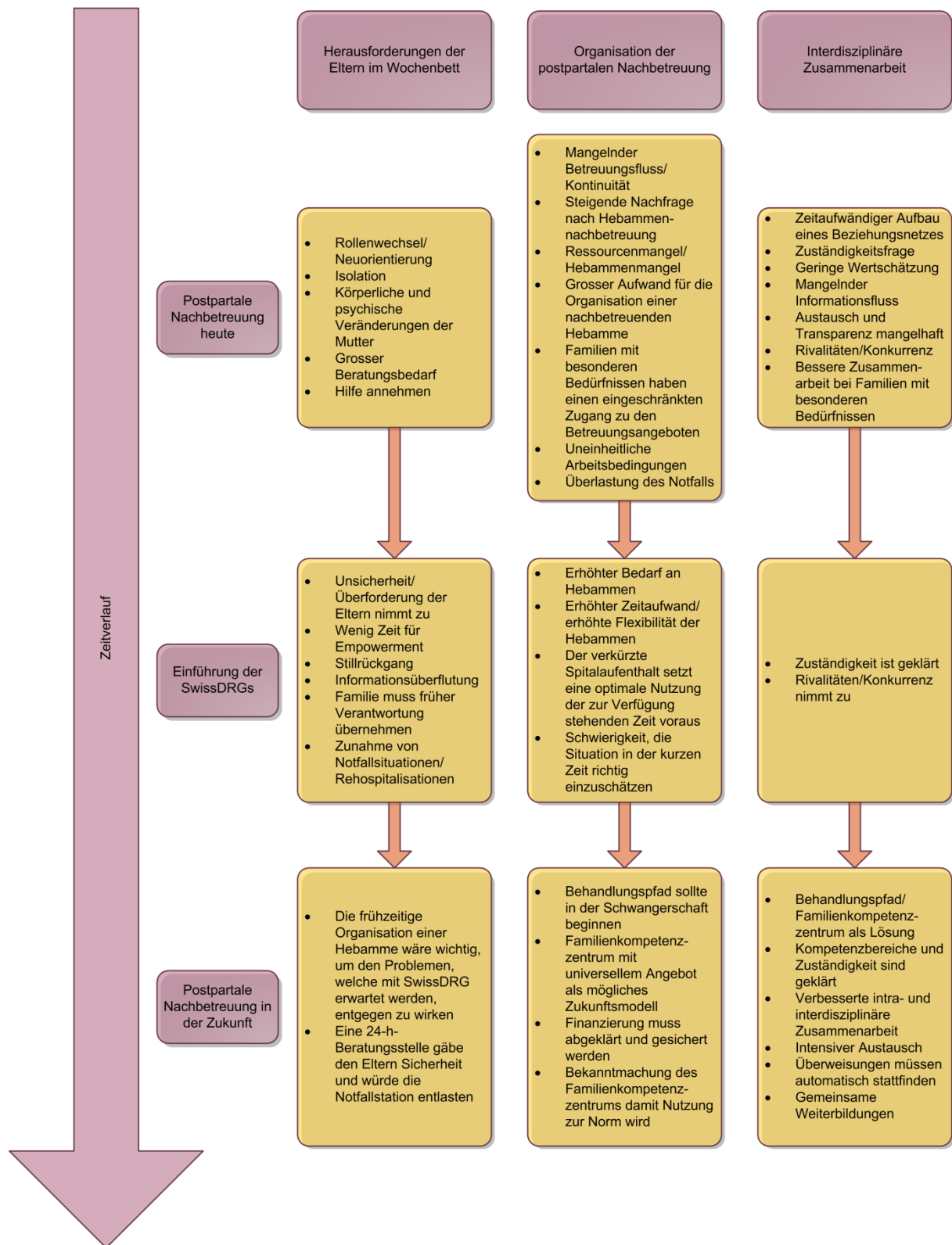
Um die Aufmerksamkeit der Familien zu erhalten wird vorgeschlagen, das Angebot am Infoabend in der Frauenklinik vorzustellen. Dieser Anlass

ermöglicht einen frühzeitigen Kontakt mit dem Zielpublikum und kann somit ideal als Werbung genutzt werden.

4.7 Grafische Darstellung der Resultate

Die nachfolgende Abbildung fasst die wichtigsten Resultate der Interviewanalyse im zeitlichen Verlauf zusammen und dient der bildlichen Veranschaulichung.

Abbildung 5. Resultate der Interviewauswertung im zeitlichen Verlauf



5 Diskussion

5.1 Herausforderungen der Eltern im Wochenbett

Die Befragungen zeigen, dass die Anforderungen an die Eltern in der Wochenbettzeit stark gestiegen sind. Einerseits hängt dies mit der immer kürzer werdenden Spitalaufenthaltsdauer nach der Geburt zusammen, welche eine ausführliche Beratung und ein Schonklima für die Erholung der Mutter und das Erlernen der Säuglingspflege der Eltern minimiert. Andererseits spielt der demographische Wandel, welcher die Distanz des sozialen Unterstützungsnetzes der Eltern vergrössert hat, eine entscheidende Rolle.

König et al. (2010) äussern, dass das heutige Versorgungsangebot zu wenig auf die durch den sozialen Wandel veränderten Bedürfnisse der Familien abgestimmt ist. Die Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung (2010) weist zudem auf die Entsozialisierung der Gesellschaft hin und macht auf den daraus resultierenden vermehrten Betreuungsbedarf im Wochenbett aufmerksam.

Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen, dass auch die gesellschaftlichen Erwartungen an Familien, insbesondere an Mütter, enorm gestiegen sind. Das heutige Mutterideal, welches die Erziehung der Kinder, die Berufstätigkeit, eine intakte Partnerschaft, Haushaltsarbeiten und vieles mehr beinhaltet, ist ohne Unterstützung kaum erreichbar. Diese Herausforderungen erklären den erheblichen Beratungsbedarf unerfahrener Eltern und das Bedürfnis nach einem kontinuierlichen Nachbetreuungsangebot.

Der Schlussbericht des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz (König et al., 2010) unterstützt die oben genannten Argumente. Die beiden Studienautorinnen betonen, dass Probleme im Wochenbett, wie z.B. Stillprobleme, Überforderung oder eine verzögerte Wundheilung, häufig auf Informationsdefizite, eine schlechte Organisation der familiären Situation und einen daraus folgenden Mangel an Erholungsmöglichkeiten zurückzuführen sind (König et al., 2010).

Conzelmann (2009) erwähnt, dass die Eltern nebst Informationen und Ratschlägen auch Entlastung im Alltag benötigen. Die Autorin nennt in ihrem Bericht z.B. die

Kinderbetreuung als entlastendes Mittel (Conzelmann, 2009). Weiter nennen König et al. (2010) die Haushaltshilfe als eine direkte und effektive Möglichkeit zur präventiven Vermeidung von schweren Erschöpfungszuständen der Mütter. Beck et al. (2003) kritisieren die mangelnde Unterstützung der Mütter zu Hause ebenfalls. Sie sind der Meinung, dass einerseits die Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer und andererseits die mangelnde gesamtgesellschaftliche Aufmerksamkeit, die den Müttern nach der Geburt zukommt, verantwortlich ist für diese Entwicklung (Beck et al., 2003). Beck et al. (2003) erklären sich letzteres mit der Sichtweise der Gesellschaft, dass die Familie immer glücklich und zufrieden ist, sobald das Kind da ist. Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit sehen grosses Entwicklungspotential im Bereich der Entlastung von Familien. Ihnen ist es ein Anliegen, dass ausreichenden Erholungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Wochenbett zukünftig wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und die Gesellschaft für die Thematik sensibilisiert wird.

Die Interviewauswertung hat gezeigt, dass eine gute Nachbetreuung der Familie nach jeder Geburt wichtig und sinnvoll ist. Ein von Conzelmann (2009) befragter Chefarzt einer deutschen Kinderklinik betont, dass die Unterstützung von Familien viel mehr Chancen hat, wenn sie ressourcenorientiert ist. Er sieht nicht ein, warum jene Mütter, welche die neue Familiensituation von Anfang an gut managen, keine Unterstützung erhalten sollen (Conzelmann, 2009). Auch den beiden Autorinnen dieser Erhebung scheint es sinnvoll präventiv jeder Familie Unterstützung anzubieten.

5.2 Organisation der postpartalen Nachbetreuung heute

Die Ergebnisse der Interviewauswertung zeigen, dass nicht alle Schwangeren über die Nachbetreuungsangebote aufgeklärt werden. Die Organisation einer postpartalen Hebammennachbetreuung findet deshalb häufig erst im Wochenbett statt. In der Regel wird mit Hilfe einer Liste von freipraktizierenden Hebammen, welche vom Pflegepersonal abgegeben wird, telefonisch eine kurzfristige Nachbetreuung organisiert. Falls nötig, erhalten die Wöchnerinnen bei der Hebammensuche Unterstützung von Fachpersonen. Die Resultate von König et al. (2010) zeigen, dass

die Organisation der postpartalen Nachbetreuung gesamtschweizerisch im selben Rahmen stattfindet.

Die ausgewerteten Interviews machen ausserdem deutlich, dass der Zugang zur Hebammennachbetreuung für benachteiligte Gruppen wie Migrantinnen oder bildungsferne Frauen zusätzlich eingeschränkt ist. Auch König et al. (2010) schreiben, dass gerade Frauen und Kinder, bei denen ein besonderer Bedarf an Information, Betreuung und Unterstützung vorliegt, benachteiligt sind. Die beiden Autorinnen der Studie zeigen auf, dass diese Frauen über weniger Potential und Mittel verfügen, um eine Nachbetreuung vorausschauend zu organisieren, so dass sie auf die Unterstützung von den Pflegenden angewiesen sind (König et al., 2010).

Während in der Schweiz die Nutzung des postpartalen Nachbetreuungsangebotes noch nicht die Norm ist, ist in Finnland die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote rund um die Schwangerschaft bis ins Vorschulalter selbstverständlich (Conzelmann, 2009). Die finnischen „Neuvola-Zentren“ sind ein Standardangebot mit einer Beratungs-, Informations- und Präventionsstelle für werdende Eltern und Familien mit Kindern bis zu 6 Jahren (Conzelmann, 2009). Sie werden laut Conzelmann (2009) von mehr als 99% der Familien genutzt. Familien mit besonderen Bedürfnissen werden durch aufsuchende Angebote, welche ebenfalls von den „Neuvola-Zentren“ koordiniert werden, unterstützt (Conzelmann, 2009). Dieses universelle, oder mit anderen Worten für alle zugängliche Angebot, ermöglicht eine frühzeitige Erfassung besonderer Bedürfnisse von Kindern und Eltern (Conzelmann, 2009). Die Mittel für dieses breite Angebot stammen gemäss Conzelmann (2009) aus den Steuern, welche wesentlich höher sind als bei uns. Die Ausgaben werden als Investition in zukünftige Generationen betrachtet und scheinen von der finnischen Gesellschaft nicht hinterfragt zu werden (Conzelmann, 2009). Diese Haltung schafft ganz andere Voraussetzungen und könnte laut den Autorinnen dieser Arbeit der Schweiz als Vorbild dienen.

Mehrmals wird von den Befragten der enorme Zeitaufwand genannt, welcher in der Region Basel momentan für die Organisation einer Hebammennachbetreuung notwendig ist.

Auch in anderen Regionen der Schweiz kämpft man mit dieser Problematik. Laut der Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung (2010) ist die Arbeitsbelastung der Hebammen in der Wochenbettbetreuung sehr gross. Immer öfter kann nicht allen Wöchnerinnen, die eine Hebammennachbetreuung wünschen bzw. benötigen, eine Hebamme vermittelt werden (Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung, 2010).

Im Kanton Zürich wurde 2003 der Verein Hebammenzentrale Zürich (VHZZ) gegründet, welcher die Hebammenvermittlung für Familien übernimmt (VHZZ, 2010). Zahlen des Vereins Hebammenzentrale Zürich zeigen, dass 2009 von 1430 getätigten Vermittlungen für 41 Frauen keine nachbetreuende Hebamme gefunden werden konnte (Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung, 2010). Der VHZZ bietet im weiteren einen täglichen hebammenbetreuten 24-h-Telefondienst für Fragen rund um die Mutterschaft an (VHZZ, 2010). Dabei spielt die Elternberatung eine zentrale Rolle (VHZZ, 2010). Aus Sicht der Autorinnen der vorliegenden Arbeit wäre ein solches 24-h-Beratungstelefon auch in anderen Regionen der Schweiz wünschenswert.

König et al. (2010) kommen zum Schluss, dass sich der akute Hebammenmangel mit den geringen Anreizen für die Berufsangehörigen begründen lässt. Die hohen Anforderungen und die enorme persönliche Flexibilität werden laut König et al. (2010) nicht angemessen entlohnt. Auch die Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung (2010) sieht den Ursprung in den hohen Anforderungen bei schlechter Entlohnung und warnt aufgrund der unattraktiven Arbeitsbedingungen und der bevorstehenden Einführungen der SwissDRGs 2012 vor einem Hebammenmangel.

Lindberg, Christensson und Öhrling (2005) konnten in ihrer Befragung von schwedischen Hebammen aufzeigen, dass ein verkürzter Spitalaufenthalt vor allem seitens der Hebammen viel Flexibilität erfordert. Die von Lindberg et. al (2005)

befragten Hebammen fühlten sich auf Grund des Zeitdrucks und der erhöhten Verantwortung, den Eltern ausreichende Information weiter zu geben, gestresst. Die Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung (2010) nennt die steigende Kaiserschnitttrate, die stark individualisierten Familien und den Spardruck im Gesundheitswesen als weitere Gründe für die zukünftig erhöhte Nachfrage nach spitalexterner Wochenbettbetreuung. Sie fordert gute Arbeitsbedingungen, damit der erhöhte Bedarf an freipraktizierenden Hebammen gedeckt werden kann.

Conzelmann (2009) und Kurth (2011) sind sich einig, dass die aktuellen Angebote in Basel kaum miteinander verbunden sind und der Fokus entweder nur auf dem Kind oder nur auf der Mutter liegt. Die Bandbreite der Angebote reicht dabei von universell bis zu risikofokussiert (Conzelmann, 2009). Auch die von König et al. (2010) befragten ExpertInnen bemängeln die Zersplitterung des aktuellen Versorgungsangebotes. Dies führt ihrer Meinung nach dazu, dass die Eltern schlecht erreicht werden bzw. die Kontinuität in der Nachbetreuung ungenügend umgesetzt wird (König et al., 2010). Kurth (2011) erwähnt weiter, dass diese Zersplitterung zu Orientierungsschwierigkeiten der NutzerInnen führt und dadurch den Zugang zu den Versorgungsangeboten erschwert. Die Eltern wissen häufig nicht, wohin sie sich bei Fragen und Problemen wenden können. Aus den Erhebungen dieser Arbeit kommt hervor, dass verunsicherte Eltern oft schon bei Kleinigkeiten den Notfall aufsuchen. Die befragten ExpertInnen äussern deshalb die Befürchtung, dass solche Bagatellen den Notfall nach Einführung der SwissDRGs noch mehr belasten werden. Diese Problematik muss frühzeitig beachtet und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

5.3 Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen

Die im Rahmen des Projekts FamilyStart Basel befragten Gesundheitsfachpersonen äusserten, dass die Zusammenarbeit bei der Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen besser koordiniert ist als bei „unauffälligen“ Familien. Es stellt sich nun die Frage, warum dies so ist. Die Autorinnen sehen eine mögliche Erklärung darin, dass in solchen Fällen die Handlungsdringlichkeit höher eingestuft wird und folglich die Vernetzung eher stattfindet. Eine andere, entgegengesetzte

Möglichkeit, wäre die Abgabe bzw. das Aufteilen von Verantwortung bei „schwierigen“ Situationen.

König et al. (2010) zeigen hingegen auf, dass aufgrund des stark fragmentierten Betreuungsangebotes vor allem im Bereich von psychosozialen und psychologischen Problemen eine mangelhafte Informationsübermittlung an weiterführende Betreuungspersonen entsteht. Laut Befragten liegt der Fokus noch zu wenig auf der Früherkennung (König et al. 2010). Auch die im Rahmen dieser Arbeit ausgewerteten Interviews zeigen, dass im Bereich der Früherkennung noch grosses Entwicklungspotential vorhanden ist. Die Autorinnen dieser Arbeit sind der Meinung, dass Präventivarbeit dabei eine zentrale Rolle spielt und hoffen, dass zukünftig das Angebot darauf abgestimmt wird.

Mehrere befragte Gesundheitsfachpersonen thematisierten den erschwerten Zugang von Familien mit besonderen Bedürfnissen zu den Nachbetreuungsangeboten. Als Hindernisse für die Nutzung der vorhandenen Angebote werden sprachliche und finanzielle Barrieren genannt.

König et al. (2010) erläutern, dass insbesondere fremdsprachige und bildungsferne Familien von diesen Versorgungslücken betroffen sind, da ihre Möglichkeiten für die Organisation einer nachsorgenden Betreuung eingeschränkt sind.

Weiter machen König et al. (2010) in ihrem Bericht darauf aufmerksam, dass ein Mangel an zeitgemässen Versorgungsleistungen für Frauen in psychosozial schwierigen Lebenslagen (z.B. mit einer postpartalen Depression) vorhanden ist. Häufig bleibt betroffenen Frauen nur der Weg in die Psychiatrie, wo sie von ihrer Familie getrennt betreut werden. Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit sehen in der Trennung von Mutter und Kind einen möglichen Grund, warum die Fachpersonen zum „Schutz“ der Familie nachgeschaltete Stellen nur zögerlich einschalten.

In ihrem Bericht weist Conzelmann (2009) auf den hohen Stellenwert und die Wirksamkeit aufsuchender Arbeit in Deutschland, Finnland und England hin. In England suchen beispielsweise sogenannte „Outreach-Workerinnen“ alle jene Familien auf, welche noch keines der landesweiten 3500 „Sure Start Family &

Children's Center“ besucht haben. Diese „Family & Children's Centers“ bieten ein ganzheitliches Konzept für die Bereitstellung von Dienstleistungen für Familien an und versuchen gleichzeitig, durch aktives Aufsuchen Kontakt zu möglichst vielen Familien zu gewinnen (Conzelmann, 2009). Dadurch können über stigmatisierungsfreie und universelle Angebote Familien erreicht und identifiziert werden, welche mehr Begleitung und Unterstützung brauchen (Conzelmann, 2009). Laut Conzelmann (2009) steht auch finnischen Familien mit Problemen ein grosses Unterstützungsangebot zur Verfügung. In ihrem Bericht weist sie darauf hin, dass in Finnland sehr viel in ambulante Unterstützung investiert wird, bevor ein Kind fremdplaziert wird (Conzelmann, 2009). Ausserdem ergänzen sich universelle und risikofokussierte Programme gegenseitig und tragen dazu bei, dass möglichst alle Kinder erfasst werden (Conzelmann, 2009). Aufgrund einer breiten Vernetzung können die Angebote zudem laufend auf die Bedürfnisse der Familien abgestimmt werden (Conzelmann, 2009). Die Autorinnen dieser Arbeit sehen sowohl im englischen als auch im finnischen Modell grosses Potential und könnten sich vorstellen, dass Ansätze daraus auch in der Schweiz umgesetzt werden könnten.

In den von Conzelmann (2009) bereisten Ländern (Deutschland, Finnland und England) ist die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Angeboten der Jugendhilfe ein zentrales Thema. Die Umsetzung dieser Vorgehensweise wäre in der Schweiz in Bezug auf die Abteilung Kindes- und Jugendschutz (AKJS) wünschenswert. Laut Conzelmann (2009) könnte eine engere Zusammenarbeit verhindert werden, dass problematische Situationen lange übersehen werden. Heute sind laut den Erhebungen dieser Arbeit oft schon schwerwiegende Massnahmen notwendig, wenn die AKJS eingeschaltet wird.

Ferner betont Conzelmann (2009), dass eine frühzeitige Zusammenarbeit nicht nur den Handlungsspielraum der involvierten Berufsgruppen zum Nutzen der Familien erweitern würde, sondern zusätzlich auch das Gesundheitssystem entlasten könnte.

5.4 Zusammenarbeit

Aus der Interviewanalyse wird ersichtlich, dass die Befragten mit der heutigen Zusammenarbeit mehrheitlich unzufrieden sind. Bedauert wird die mangelnde

Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander, aber auch das Beziehungsnetz innerhalb einzelner Berufsgruppen. Die involvierten Gesundheitsfachpersonen sind sich einig, dass ein regelmässiger, interdisziplinärer Austausch sowie gemeinsame Weiterbildungen die Qualität und die Effizienz ihrer Arbeit enorm erhöhen würden.

Gemäss König et al. (2010) wurden in den letzten Jahren Formen des organisierten interdisziplinären Austauschs auf regionaler Ebene entwickelt, wobei es zweimal jährlich zu einem Treffen von Pflegefachpersonen, Hebammen, Mütterberaterinnen, Stillberaterinnen sowie ÄrztInnen aus der Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie und Neonatologie kommt. Diese Treffen fördern den interdisziplinären Informationsaustausch und dienen der Bildung regionaler Netzwerke (König et al., 2010). Gemäss den Autorinnen dieser Arbeit sollten solche Treffen deshalb zukünftig ausgebaut werden.

Ebenfalls werden von verschiedenen befragten Personen Wissensdefizite bezüglich der Kompetenzen und der Angebote anderer Berufsgruppen bemängelt. Diese Wissenslücken erschweren laut den Befragten Überweisungen von Frauen und Kindern und führen zum Verlust der Kontinuität in der Nachbetreuung von Familien. Die Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung (2010) erwähnt, dass die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Wochenbett die Effizienz und die Wirksamkeit der Leistungen erhöhen würde.

Die Mitarbeiter der englischen „Family & Children’s Centers“ legen grossen Wert auf die Vernetzung der AnbieterInnen von Dienstleistungen, die Koordination deren Angebote und einen regelmässigen Austausch der verschiedenen Fachpersonen (Conzelmann, 2009). Somit können sich die Familien orientieren und Versorgungslücken in der Nachbetreuung vermieden werden (Conzelmann, 2009). Laut Conzelmann (2009) ist es ein hohes Anliegen der Zentren, die Familien nicht weiterzureichen, sondern innerhalb des Zentrums bzw. vom Zenter ausgehend umfassend zu beraten und nachhaltig die notwendige Hilfe anzubieten. Um die Dienstleistungen integriert anbieten zu können, muss laut befragten Gesundheitsfachpersonen der „Sure Start Family & Children’s Centers“ der Fokus

auf die Bedürfnisse der Familien gerichtet sein und die Grenzen der einzelnen involvierten Berufsgattungen überwunden werden (Conzelmann, 2009).

Diese Interviewauswertung zeigt, dass die Rivalität zwischen den einzelnen Berufsgruppen ein weiteres Hindernis für eine optimale Zusammenarbeit ist. Als Gründe nennen die Befragten zum einen die unterschiedlichen Arbeitsverhältnisse und zum anderen mangelndes Wissen über die Kompetenzen anderer Berufsgruppen, sowie Uneinigkeiten bezüglich Zuständigkeit und der Betreuungsdauer. Von vielen befragten Gesundheitsfachpersonen wird zudem die geringe Wertschätzung der Berufsgruppen untereinander bedauert. Auch die von König et al. (2010) Befragten erwähnen mehrfach Kritik an anderen Berufsgruppen im Hinblick auf unklare Kompetenzbereiche und Schnittstellen.

In Finnland und England sind Hebammen, AllgemeinpraktikerInnen und Public Health Nurses (= Mütterberaterinnen) vom Gemeinwesen angestellt und arbeiten nicht auf eigene Rechnung (Conzelmann, 2009). Somit müssen sie sich nicht in einem Konkurrenzverhältnis ihren KollegInnen gegenüber behaupten (Conzelmann, 2009). Einheitliche Anstellungsverhältnissen schaffen gemäss Conzelmann (2009) die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Die im Rahmen dieser Datenerhebung befragten Gesundheitsfachpersonen thematisieren weiter, dass der Informationsfluss unbefriedigend ist. Gründe dafür sind der grosse Aufwand bei der Informationsweitergabe und Informationsverluste bei den Übergängen an verschiedene Gesundheitsfachpersonen, welche zu Doppelspurigkeiten führen.

Auch König et al. (2010) äussern in ihrem Bericht, dass die Übermittlung gesundheitsbezogener Informationen und Daten zwischen den Betreuungspersonen weitgehend abhängig vom persönlichen Engagement der jeweiligen Betreuungsperson bzw. dem Grad deren Vernetzung ist. Laut Aussagen der befragten Fachpersonen sind insbesondere die Übergänge zwischen der Betreuung durch Hebammen, den Mütterberaterinnen und den Stillberaterinnen verbesserungsfähig (König et al., 2010). Die unzufriedenstellende Arbeitsbeziehung zwischen Hebammen und den Mütterberaterinnen wird in der im Rahmen dieser

Bachelorarbeit durchgeführten Interviewanalyse ebenfalls ersichtlich. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass dieser Problematik zukünftig mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht werden sollte.

5.5 Einführung der SwissDRGs und mögliche Folgen

Alle befragten Gesundheitsfachpersonen rechnen mit einer Verschiebung der postpartalen Betreuung vom spitalinternen in den spitalexternen Bereich nach Einführung der SwissDRGs 2012. Sie raten gleichzeitig von einem frühzeitigen Spitalaustritt ohne Unterstützung zu Hause ab. König et al. (2010) warnen davor, dass eine Frühentlassung für die Spitäler zwar eine kurzfristige Kosteneinsparung bringen kann, die Kosten mittel- und langfristig für das Gesundheits- und Sozialsystem jedoch nicht gesenkt werden können.

Um möglichen Problemen, welche mit Einführung der SwissDRGs erwartet werden, entgegen zu wirken, ist laut den befragten ExpertInnen eine frühzeitige Information der werdenden Eltern über das Nachbetreuungsangebot dringend notwendig.

König et al. (2010) weisen auf mögliche negative Folgen der Frühentlassung hin, falls keine Nachbetreuung in Anspruch genommen wird. Laut den beiden Autorinnen der Studie leiden früh entlassene Frauen vermehrt unter Stress, Erschöpfungszuständen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen (König et al., 2010).

Die Auswirkungen der postpartalen Frühentlassung auf das Wohlbefinden der Mutter und die Zufriedenheit mit der Nachbetreuung zu Hause werden in verschiedenen Studien aufgezeigt. Boulvain, Pernegger, Othenin-Girard, Petrou, Berner und Irion (2004) konnten bezüglich der mütterlichen Sicherheit keine signifikanten Unterschiede zwischen der Betreuung im Spital und der Hebammenbetreuung zu Hause aufzeigen. Die Autoren weisen darauf hin, dass eine Frühentlassung mit anschliessender Hebammenbetreuung zu Hause eine gute Alternative zu einem längeren Spitalaufenthalt ist (Boulvain et al., 2004). Sie erwähnen jedoch, dass die Präferenz der Mutter bei der Wahl des Nachbetreuungsmodells berücksichtigt werden sollte (Boulvain et al., 2004).

Laut Beck et al. (2003) hängt die Befindlichkeit und Zufriedenheit der Wöchnerin davon ab, wie weit sie die Kontrolle und Entscheidungsmöglichkeit über Dienstleistungsangebote, deren Dauer, Häufigkeit und Zeitpunkt hat. Im Weiteren

empfehlen sie den Entlassungstermin erst nach Geburt des Kindes festzulegen und die postpartale Nachbetreuung auf die individuellen Bedürfnisse der Familie abzustimmen (Beck et al., 2003). Die beiden Studienverfasser kommen in ihrem Literaturreview zum Schluss, dass eine erfolgreiche Frühentlassung eine gute Unterstützung und Beratung zu Hause voraussetzt (Beck et al., 2003). Jones (1997) zeigt in ihrer, in den USA durchgeführten, qualitativen Studie, dass sich 60% der Frauen auf Grund der Frühentlassung müde, unwohl und gestresst fühlten. 86% der Teilnehmerinnen schlugen einen Spitalaufenthalt nach einer vaginalen Geburt von mindestens 48h vor (Jones, 1997). 87,3 % der befragten Frauen waren jedoch zufrieden bis sehr zufrieden mit der Betreuung zu Hause nach postpartaler Frühentlassung (Jones, 1997).

Ein verkürzter Spitalaufenthalt einer gesunden Mutter mit einem gesunden Kind wird von mehreren befragten Gesundheitsfachpersonen begrüsst. In der Studie von Braveman, Egerter, Pearl, Marchi und Miller (1995) wird darauf hingewiesen, dass sich das Wohlbefinden bei Frauen, die einen Frühaustritt wünschen und eine intensive Nachbetreuung zu Hause erhalten, sogar steigern kann. Lindberg et al. (2005) zeigen auf, dass die finnischen Hebammen erfreut feststellten, dass gut nachbetreute Familien nach einer Frühentlassung schneller Sicherheit erlangten in der Betreuung der Neugeborenen. Diese Resultate machen deutlich, dass eine Frühentlassung durchaus positive Auswirkungen haben kann, sofern eine gute Nachbetreuung sichergestellt ist.

Da sich nach Einführung der SwissDRGs der Austrittszeitpunkt in einer besonders sensiblen Phase der Mutter befindet, wird bei mangelnder Nachbetreuung mit einer noch grösseren Überforderung der Eltern gerechnet. Die Überlastung der Notfallstation und vermehrte Rehospitalisationen könnten weitere Folgen sein. Alle befragten Gesundheitsfachpersonen weisen zudem darauf hin, dass zukünftig nur wenig Zeit bleibt für die Informationsvermittlung, das Empowerment der Eltern und die korrekte Einschätzung der Situation. Hebammen aus einer schwedischen Studie (Lindberg et al., 2005) äussern, dass aufgrund früher Spitalentlassungen ein Zeitmangel bei der Betreuung von Familien nach der Geburt entsteht. Die in der

Studie involvierten Hebammen äussern Gefühle der Frustration, da sie aufgrund der oben genannten Umstände keine, den Familienbedürfnissen gerechte Nachbetreuung anbieten können (Lindberg et al., 2005). Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Iron und Epiney (2009) untersuchten in ihrer qualitativen Studie unter anderem stressauslösende Ereignisse und Copingstrategien von Erstgebärenden während der Wochenbettzeit. Die AutorInnen der Studie nennen neben dem Stillen die Interaktion mit den Pflegenden als grössten Stressfaktor (Razurel et al., 2009). Die an der Studie beteiligten Mütter geben bei der Entstehung von Problemen zudem einen grossen Begleitungs- und Beratungsbedarf an und bedauern das Fehlen einer langfristigen Unterstützung (Razurel et al., 2009). Die Studien von Lindberg et al. (2005) und Razurel et al. (2009) zeigen auf, dass die Neugestaltung des verkürzten Spitalaufenthaltes dringend in Angriff genommen werden muss, um die Informationsüberflutung der Mütter und andere oben aufgezeigte Probleme zu verhindern. Auch die Resultate der vorliegenden Arbeit unterstreichen die Wichtigkeit dieser Thematik und machen den raschen Handlungsbedarf deutlich.

Sowohl Wetter (2009) als auch König et al. (2010) sehen in der Einführung der SwissDRGs und den nachfolgenden Veränderungen jedoch auch Chancen für neue Modelle und die Möglichkeit, vorausschauend neue Versorgungskonzepte zu entwickeln und zu implementieren. Den Autorinnen der vorliegenden Arbeit ist es ein Anliegen, dass diese Chancen gesehen und auch genutzt werden.

5.6 Postpartale Nachbetreuung in der Zukunft

Die Resultate der Interviewauswertung machen den klaren Wunsch einer verbesserten Zusammenarbeit der involvierten Gesundheitsfachpersonen ersichtlich. In Zukunft soll mehr Transparenz, bessere Informationsübermittlung, grössere Wertschätzung untereinander, offenere Kommunikation, regelmässiger Austausch und mehr Wissen über den Arbeitsbereich der KollegInnen zu einer verbesserten Zusammenarbeit beitragen. Auch die von König et al. (2010) durchgeführte Befragung zeigt diese Bedürfnisse ganz deutlich auf. Hunt (1983) kommt zum Schluss, dass eine verbesserte Kommunikation die Grenzen der einzelnen Rollen verdeutlicht und eine mögliche Rollenbedrohung reduziert. Die Autorinnen dieser

Arbeit sehen in einer verbesserten Zusammenarbeit die Basis für eine erfolgreiche Nachbetreuung und hoffen, dass ihr zukünftig mehr Beachtung geschenkt wird.

Die Ergebnisse der ausgewerteten Interviews bringen den Bedarf einer koordinierten und frühzeitigen Organisation klar zum Ausdruck. Idealerweise würde die Betreuung schon in der Schwangerschaft beginnen und sich über mehr als sechs Wochen postpartum erstrecken. Ein angepasster Behandlungspfad soll sowohl den Eltern als auch den Gesundheitsfachpersonen zur Orientierung dienen.

Auch König et al. (2010) hoffen, dass sich die zukünftige Betreuung von der Schwangerschaft über die Geburt, das Wochenbett und die Familienbildung ereignen wird. Sie sehen darin den Schlüssel zu einer nachhaltigen Nutzung der Potentiale der Gesundheitsförderung und Prävention (König et al., 2010). Gemäss der Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik SHV Sektion Zürich und Umgebung (2010) kann die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Wochenbett die Effizienz und die Wirksamkeit der Leistungen erhöhen. Für die erfolgreiche Nachbetreuung von Familien ist folglich eine bessere Vernetzung von grosser Bedeutung.

Die anlässlich dieser Arbeit durchgeführte Interviewanalyse zeigt, dass eine koordinierte Nachbetreuung sowohl für die betreuenden Fachpersonen einen klaren Profit bringen, als auch das Wohl der Familie stärken würde. Eine zukünftige Entlastung der ÄrztInnen von zeitaufwändigen Beratungsaufgaben oder unnötigen Notfallkonsultationen könnte zudem die Qualität ihrer Arbeit steigern.

Auch für MigrantInnen, Working Poors oder sozial benachteiligte Familien sehen die befragten Gesundheitsfachpersonen grosse Chancen in einem koordinierten und interkulturellen Angebot. Die Anlaufstellen sollen durch niederschwellige Angebote auch für schwieriger zu erreichende Familien attraktiv gemacht werden.

Conzelmann (2009) zeigt in ihrem Bericht auf, dass sogenannte schwer erreichbare Familien mit aufsuchender Arbeit und universellen Angeboten am besten erreicht werden. Solche Angebote wären für eine weitere Konzeptentwicklung des Projekts FamilyStart Basel von grosser Bedeutung. Die ermittelten Resultate dieser Arbeit zeigen den hohen Bedarf eines 24-h-Betreuungsangebots. Auch die Resultate von König et al. (2010) bestätigen dessen Notwendigkeit.

Die meisten Befragten beurteilen die Mitarbeit von Freiwilligen als kritisch, weil einerseits eine solch wichtige Aufgabe nicht gratis geleistet werden sollte und andererseits, weil Laien für eine erfolgreiche Betreuung sehr gut geschult werden müssten. Conzelmann (2009) sieht in der Freiwilligenarbeit hingegen eine wirkungsvolle Ergänzung der professionellen Angebote, welche Wissen verbreiten und den sozialen Zusammenhang der Gesellschaft fördern kann. Laut Conzelmann (2009) darf Freiwilligenarbeit jedoch das professionelle Angebot auf keinen Fall ersetzen. Da die Freiwilligenarbeit ein gut funktionierendes Netzwerk und optimale Schulung und Begleitung voraussetzt, bezeichnet Conzelmann (2009) das Angebot auch nicht als kostenlos. Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit unterstützen diese Argumente und könnten sich gut vorstellen das Angebot der Freiwilligenarbeit zukünftig auszubauen.

Die von Conzelmann (2009) besuchten „Family & Children`s Centers“ verfolgen das Ziel, die angebotenen Dienstleistungen miteinander zu vernetzen und zu koordinieren, damit keine Leerläufe entstehen und Familien sich orientieren können. Als Grundbedingungen für das Erreichen dieser Ziele listet Conzelmann (2009) geteilte Visionen, gemeinsame Planung und Beauftragung, Pfade und Prozesse, Informationsaustausch, Partizipation der Nutzer, örtliche Nähe der Angebote und Budget-Pooling auf. Zum Basisangebot gehört unter anderem ein Drop-in-Bereich mit Café, ein Aufenthaltsraum für Eltern und Kinder, multifunktionelle Räume für eigene Veranstaltungen und Kurse, gemütliche Family Rooms und auch die Möglichkeit der Kinderbetreuung (Conzelmann, 2009). Das Beratungsangebot umfasst Kurse für Eltern und Kinder (z.B. Babymassage, Krabbel- und Spielgruppe, Stillgruppen, Englisch für Fremdsprachige), Sozialberatung, Mütter- und Väterberatung, Schwangerenberatung aber auch Einzel- und Gruppenberatung für Familien mit besonderen Bedürfnissen (Conzelmann, 2009). Für Basel sieht Conzelmann (2009) die Möglichkeit in einer verstärkten Koordination und Abstimmung der Angebote, sowie einer geeigneten Kommunikation, die Nutzung der Dienstleistungen von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt zu verbessern und die Schwelle für die Eltern zu minimieren. Die Haltung, dass Erziehung eine Partnerschaft zwischen Gesellschaft und einzelnen Familien erfordert und die

Angebote für Familien aufsuchend und flexibel nach deren Bedürfnissen und nicht nach jenen der Anbieter gestaltet sein sollten, könnte auch für die Schweiz richtungsweisend sein. In ihrem Bericht zeigt Conzelmann (2009) auf, dass ein Familienkompetenzzentrum die praktische Zusammenarbeit fördern und verschiedene koordinative und informative Aufgaben für Fachleute und Familien übernehmen könnte. Auch König (2010) nennt die Entwicklung von interdisziplinär organisierten Gesundheitszentren als mögliches Zukunftsmodell. Diese Konzeptidee sollte daher auch in der Schweiz unbedingt weiterverfolgt werden.

Die im Rahmen dieser Arbeit befragten Fachpersonen sprechen die aktuelle Finanzlage im Gesundheitsbereich in Basel an, welche die Finanzierung neuer Projekte erschwert. Conzelmann (2009) weist jedoch auf Studien aus den USA hin, welche aufzeigen, dass den Programmkosten deutliche Einsparungen gegenüberstehen. Petrou, Boulvain, Simon, Maricot, Borst, Irion und Pernegger (2004) untersuchten den ökonomischen Aspekt der Betreuung zu Hause nach einer Frühentlassung gegenüber einer spitalorientierten Betreuung. Die Autoren stellten fest, dass die Kosten bei einer Frühentlassung in Kombination mit Hebammennachbetreuung gesenkt werden können, ohne das Befinden von Mutter und Kind zu beeinträchtigen (Petrou et al., 2004).

König et al. (2010) kommen zum Schluss, dass die strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung der Versorgungsangebote finanziell unterstützt, sowie die Entwicklung und Implementierung wissenschaftlich begleitet werden sollte.

Obwohl sich die meisten befragten Gesundheitsfachpersonen sehr positiv zur Idee eines Familienkompetenzzentrums äusserten, gab es auch Bedenken gegenüber einem möglichen Konkurrenzdenken zwischen den Freipraktizierenden und den Angestellten des Zentrums. Conzelmann (2009) weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit umso einfacher ist, je staatlicher das Gesundheitswesen organisiert ist. Würden alle beteiligten Gesundheitsfachpersonen denselben Arbeitsverhältnissen unterstehen, wie es in Finnland und England der Fall ist, so wäre die Zusammenführung all dieser Angebote in einem Zentrum wesentlich einfacher. Da das Gesundheitssystem der Schweiz nicht mit demjenigen von

Finnland oder England vergleichbar ist, lassen sich die entsprechenden Strukturen nicht auf das Schweizer System übertragen. Die Autorinnen dieser Arbeit teilen Conzelmanns (2009) Meinung, dass die englische und finnische Philosophie für die Gestaltung der Nachsorgeangebote in der Schweiz richtungsweisend sein könnte.

6 Herstellung des Bezugs zur Fragestellung und Theorie-Praxis-Transfer

6.1 Limitationen, Stärken und Schwächen der Datenerhebung und -auswertung

Die im Rahmen dieser Arbeit ausgewerteten Interviews stammen alle aus der Region Basel. Es wurden zwölf Interviews mit insgesamt 22 Personen durchgeführt. Um das Bild zu vervollständigen und die Resultate zu überprüfen, wurden die gewonnenen Ergebnisse im Diskussionsteil gesamtschweizerischer Literatur gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die meisten Erkenntnisse dieser Erhebung für die ganze Schweiz zutreffen.

Bis auf ein Interview wurden alle Befragungen im Vorfeld dieser Arbeit durchgeführt. Das Integrieren der Daten des Interviews, welches im Nachhinein durchgeführt und von den Autorinnen protokolliert wurde, erwies sich als herausfordernd. Schliesslich ist es dennoch gelungen die Zusammenhänge genau so deutlich aufzuzeigen, wie in den anderen Interviews.

Die qualitative Auswertung nach Creswell (2003) lässt den Autorinnen grossen Spielraum bei der Kapitelwahl. Für die Autorinnen, welche zum ersten Mal mit dieser Methode arbeiteten, stellte dies eine grosse Herausforderung dar. Im Laufe der Datenbearbeitung erwiesen sich die sechs gewählten Titel (Herausforderungen der Eltern im Wochenbett, Organisation der postpartalen Nachbetreuung heute, Betreuung von Familien mit besonderen Bedürfnissen, Zusammenarbeit, Einführung der SwissDRGs und mögliche Folgen und postpartale Nachbetreuung in der Zukunft) als sinnvoll und bewährten sich auch während des gesamten Schreibprozesses. Die Abbildung 5 bietet als Ergänzung einen Überblick über die gewonnenen Kernresultate und verbildlicht den zeitlichen Verlauf der Einschätzungen.

Unter Familien mit besonderen Bedürfnissen sind im Rahmen dieser Arbeit Familien mit Migrationshintergrund, Frauen und Kinder mit einer (Vor-)Erkrankung oder Familien in schwierigen sozialen Situationen zu verstehen (Alleinerziehende, finanzielle Probleme, Frauen die im Sexgeschäft arbeiten). Adoptivfamilien und Familien, welche einen Kindsverlust erlebt haben, werden von den InterviewteilnehmerInnen nicht angesprochen und wurden deshalb nicht berücksichtigt.

6.2 Konsequenzen für das Projekt FamilyStart Basel

Die von der Projektgruppe FamilyStart Basel vorgeschlagen Zukunftsmodelle des Behandlungspfades und des Familienkompetenzzentrums können für die Praxis empfohlen werden. Sie dienen sowohl den Gesundheitsfachpersonen als auch den Eltern als Orientierung, verbinden die Schnittstellen und schaffen Zugang zu einem ausgebauten Beziehungsnetz.

Die Zusammenarbeit könnte durch eine einheitliche Informationsvermittlung und einen intensiven interdisziplinären Austausch gefördert werden. Somit könnten alle beteiligten Fachpersonen ihren Kompetenzbereich ausschöpfen. Um Rivalitäten entgegenzuwirken, müssten die Arbeitsfelder klar definiert und die Arbeitsbedingungen angepasst werden.

Wichtig ist auch der Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Vor allem dem Verhältnis zwischen den Mütterberaterinnen und den Hebammen sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, damit es zukünftig verbessert und gestärkt werden kann.

Eine standardisierte Dokumentation, z.B. in Form einer elektronischen Datenablage, zu welcher alle beteiligten Berufsgruppen Zugang haben, würde Doppelspurigkeiten verhindern und die Arbeitseffizienz erhöhen. Gemeinsame Fortbildungen sollten in Zukunft ausgebaut werden, da sie die Ausdehnung des Beziehungsnetzes ermöglichen und die Arbeitsqualität erhöhen.

Es muss frühzeitig auf das Betreuungsangebot aufmerksam gemacht werden.

Idealerweise würde dies während einer Schwangerschaftskontrolle durch die Gynäkologin/den Gynäkologen oder die Hebamme geschehen. Auch die Anmeldung für das Nachbetreuungsangebot, z.B. für das Familienkompetenzzentrum, könnte in diesem Rahmen standardisiert stattfinden. Die frühzeitige Organisation der postpartalen Nachbetreuung wird zunehmend wichtiger und könnte durch eine Hebammenzentrale, wie sie im Kanton Zürich bereits besteht, erleichtert werden.

Die Anlaufstellen sollten durch niederschwellige und interkulturelle Angebote auch für schwieriger zu erreichende Familien attraktiv gemacht werden. Universelle Angebote würden zudem wichtige Präventivarbeit leisten, indem eine breite Bevölkerungsschicht frühzeitig über die Thematik informiert und sensibilisiert werden könnte.

Die Integration von Freiwilligenarbeit würde eine optimale Schulung und Begleitung bedingen, wäre jedoch eine wirkungsvolle Ergänzung der professionellen Angebote. In einem Familienkompetenzzentrum sollten sich ärztliche Angebote (Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin) mit den Leistungen der Mütter- und Väterberatung, der Hebammen und Stillberaterinnen, sowie der Elternbildung und Sozialberatung ergänzen. Hausbesuche durch die Hebamme oder die Mütterberaterin sind unabhängig eines Familienkompetenzzentrums beizubehalten.

Es besteht zudem ein grosser Bedarf nach einer 24-h-Beratungsstelle. Diese würde einerseits den Eltern Sicherheit geben und andererseits das Notfallsystem entlasten. Die Hebammen und Mütterberaterinnen könnten dabei die Funktion der Beraterinnen übernehmen und dadurch die ÄrztInnen entlasten. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel sollte als Grundlage für die Erarbeitung eines neuen Nachbetreuungskonzepts dienen.

Damit dieses neue System zur Norm werden kann, muss es zuerst auf eine breite Akzeptanz stossen. Der Nutzen und Bedarf eines neuen Nachsorgemodells, beispielsweise eines Familienkompetenzzentrums, muss der Gesellschaft und Politik deshalb dringend aufgezeigt werden. In einem weiteren Schritt muss dieses in das bestehende Nachbetreuungssystem eingebettet und bekannt gemacht werden. Für das Erreichen dieser Ziele ist die finanzielle Unterstützung der Projekts FamilyStart Basel zu befürworten.

6.3 Zukunftsausblick und offene Fragen

Während der Interviewauswertung und dem Verfassen der Diskussion wurde ersichtlich, dass rund um die Thematik der postpartalen Betreuung und des Versorgungsangebots noch viele Fragen offen sind.

Obwohl die Auswirkungen für die Schweiz vor dem Jahr 2012 nur erahnt werden können, ist es wichtig, sich bereits heute damit auseinander zu setzen und neue Wege einzuleiten. Es wird von vielen Fachleuten eine gesteigerte Nachfrage nach Hebammennachbetreuung erwartet. Diese Veränderung muss beachtet und mögliche Lösungsansätze (z.B. attraktivere Arbeitsbedingungen) für die Problematik rasch erarbeitet werden. Um dem grossen Beratungsbedarf der Eltern auch innerhalb eines kurzen Spitalaufenthalts gerecht zu werden, muss die Zeit im Spital

optimal gestaltet und genutzt werden. Diese Neustrukturierung des Spitalaufenthalts nach einer Geburt sollte dringend thematisiert werden, so dass bis im Jahr 2012 feststeht, wie die Familien die nötigen Informationen erhalten ohne überflutet zu werden.

Weiter muss geklärt werden, wie ein neues Nachbetreuungsmodell bekannt und dessen Nutzung zur Norm werden könnte. Die Resultate dieser Arbeit zeigen, dass dabei neben den Hebammen auch die GynäkologInnen eine wichtige Rolle spielen. Die Frage, wie sie für diese Vermittlerrolle motiviert werden können, ist jedoch noch offen.

Im Rahmen der gewählten Fragestellung konnte die Frage der Finanzierung eines neuen Versorgungsmodells nicht bearbeitet und geklärt werden. Das Projektteam FamilyStart Basel setzt sich bereits intensiv mit dieser Thematik auseinander, damit die Basis ihrer Projektrealisierung geschaffen werden kann.

7 Schlussfolgerung

Mit der Geburt eines Kindes müssen sich die Eltern einer enormen Herausforderung stellen. Sowohl die Kürzung der Spitalaufenthaltsdauer als auch gesellschaftliche Veränderungen, wie z.B. der demografische Wandel, zunehmende Migration oder die Berufstätigkeit beider Elternteile, erschweren diese Situation zusätzlich. Einerseits haben die Eltern einen grossen Beratungsbedarf und andererseits brauchen sie neben Ratschlägen oft einfach nur Entlastung im Alltag. Eine 24-h-Anlaufstelle für hilfeschuchende Eltern ist demzufolge dringend nötig und würde die Situation nicht nur für die Eltern, sondern auch für die betreuenden Gesundheitsfachpersonen erleichtern. Die Einführung der SwissDRGs 2012 wird viele Veränderungen mit sich ziehen. Diese können jedoch auch als Chancen für eine Neustrukturierung der Wochenbettbetreuung genutzt werden.

Das Ziel, Familien kontinuierlich zu betreuen, setzt eine intensive Zusammenarbeit und ein koordiniertes Nachsorgeangebot voraus. Die Autorinnen sehen in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation den Schlüssel zum Erfolg eines zukünftigen Nachbetreuungssystems. Dabei ist es wichtig, dass die beteiligten Gesundheitsfachpersonen die Grenzen ihrer Kompetenzen und Aufgabenbereiche kennen und einander wertschätzen. Ein koordinierter Behandlungspfad könnte das Gesamtangebot für Familien einheitlich gestalten und würde zur Orientierung der Eltern und Fachpersonen dienen. Damit die Familien zukünftig besser erreicht werden und die Nutzung der Angebote zur Norm wird, müssen sowohl Anreize als auch Werbestrategien geschaffen werden. Um den Zugang für alle Familien zu gewährleisten, sollten sich universelle und risikofokussierte Angebote, sowie aufsuchende Arbeit ergänzen. Mit einem weitreichenden und kontinuierlichen Versorgungsangebot, welches sich über die Schwangerschaft bis in die ersten Lebensjahre des Kindes erstreckt, könnte eine optimale Betreuung sichergestellt werden. Zudem könnten mit diesem System Familien mit besonderen Bedürfnissen früher erfasst und präventiv begleitet werden.

In Finnland werden diese Ziele bereits seit mehreren Jahren erfolgreich umgesetzt. Das Konzept der „Neuvola-Zentren“ könnte der Schweiz als Vorbild

dienen und ansatzweise in ein neues Nachbetreuungsmodell integriert werden. Die Idee eines Familienkompetenzzentrums findet unter den Gesundheitsfachpersonen grossen Anklang und bietet einen idealen Rahmen für die praktische Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Die Erziehung sollte, wie beispielsweise in Finnland, als eine Partnerschaft zwischen der Gesellschaft und der einzelnen Familien betrachtet werden. Voraussetzung dafür ist eine intensive Unterstützung und verbesserte Finanzierung neuer Projekte durch den Staat.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Fokus Berufspolitik Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Sektion Zürich und Umgebung. (2010). *Das Wochenbett – Analyse und Prognose aus Sicht der Hebammen*. Winterthur: Angehrn Okpara, B., Eigenmann, D., Graf Heule, P., Iglesias Elsener C. & Schreibmüller P.
- Beck, M. & Knoth, S., (2003). Nachbetreuung von Wöchnerinnen: Ein Literaturreview. *Pflege*, 16, 265-272.
- Boulvain, M., Pernegger, T., Othenin-Girard, V., Petrou, S., Berner, M. & Irion, O. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 807-813.
- Braveman, P., Egerter, S., Pearl, M., Marchi, K. & Miller, C. (1995). Problems associated with early discharge of newborn infants. *Pediatrics*, 96(4), 716-726.
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, PG. & Krastev, A. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *The Cochrane Library*, (2).
- Bundesamt für Statistik. (2007). *Gebären in Schweizer Spitälern: Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung (1/2007)*. Neuchâtel: BFS.
- Conzelmann, C. (2009). *Projekte zur frühkindlichen Entwicklung. Reisestipendium Sozialaustausch. Bericht 2009*. Basel: Christoph Merian Stiftung.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Geist, Ch. (2007). Physiologische Veränderungen im Wochenbett. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel, (Hrsg.), *Hebammenkunde* (S. 427). Stuttgart: Hippokrates.

- Harder, U. (2005a). Die Bedeutung des Wochenbetts. In U. Harder, (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (S. 2-7). Stuttgart: Hippokrates.
- Harder, U. (2005b). Rückbildung der allgemeinen körperlichen Veränderungen. In U. Harder, (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (S. 22-41). Stuttgart: Hippokrates.
- Harder, U. & Kirchner, S. (2005). Regelwidrigkeit im Wochenbett. In U. Harder, (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (S. 169-192). Stuttgart: Hippokrates.
- Hunt, M. (1983). Possibilities and problems in interdisciplinary teamwork. In J. Clark & J. Henderson, (Hrsg.), *Community Health* (S. 233-242). Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- Jones, PM. (1997). Patient Satisfaction with Home Care after early postpartum hospital discharge. *Home Care Provider*, 2, 5, 235-241.
- Kirchner, S. (2005). Psychosoziale Veränderungen im Wochenbett. In U. Harder, (Hrsg.), *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (S. 8-19). Stuttgart: Hippokrates.
- König, C. & Pehlke-Milde, J. (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, und Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Kurth, E. (2010). *Projektantrag : FamilyStart Basel*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- Mütter- und Väterberatung. (k.D.). Mütter- und Väterberatung Schweiz online. Heruntergeladen von <http://www.muetterberatung.ch/MVB/index.htm>

- Petrou, S., Boulvain, M., Simon, J., Maricot, P., Borst, F., Irion, O. & Pernegger, T. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111 (8), 800-806.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. (2009). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2011), 237-242.
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2011). *In guten Händen bei ihrer Hebamme*. Bern.
- SwissDRG AG. (k.D.). SwissDRG AG online. Heruntergeladen von http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/InformationenZuSwissDRG.asp?navid=6
- Verein Hebammenzentrale Zürich (VHZZ). Hebammenzentrale Zürich online (k.D.). Heruntergeladen von <http://www.hebammenzentralezuerich.ch/30-wir.htm>
- Wetter, M. (2009). *Diagnose Related Groups DRG Positionspapier des Schweizerischen Hebammenverbandes*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.

A Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Behandlungspfad (Kurth, 2011)	8
Abbildung 2. Grafische Darstellung der Inhaltsanalyse nach Creswell	13
Abbildung 3. Zusammenhänge der Kernthemen bildlich dargestellt	14
Abbildung 4. Familienkompetenzzentrum	34
Abbildung 5. Resultate der Interviewauswertung im zeitlichen Verlauf	43
Abbildung 6. Haus der Familie (Kurth, 2011)	73
Abbildung 7. Logic Modell des Projekts Family Start Basel (Kurth, 2011)	74

B Wortzahl

Wortzahl des Abstract: 201 Wörter

Wortzahl der Arbeit: 12944 Wörter

C Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätigen wir, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Datum: 14. Mai 2011

Elena Reusser

Lucienne Schmid

D Danksagung

Unser Dank geht in erster Linie an Elisabeth Kurth, die uns ermöglicht hat, am Projekt FamilyStart Basel mitzuwirken. Als zukünftige Hebammen sehen wir einen grossen persönlichen Nutzen in der Erarbeitung der gewählten Thematik. Die gemeinsamen Treffen waren stets angenehm und haben uns immer wieder von neuem motiviert. Ausserdem haben wir uns durch Ihr breites Fachwissen sehr kompetent betreut und professionell begleitet gefühlt.

Unsere erfolgreiche Zusammenarbeit war die Basis dieser Arbeit. Immer wieder waren wir erstaunt darüber wie gut wir uns ergänzten und unsere Schwächen gegenseitig ausglich. Ein kurzes Gespräch reichte, um bei einer Unsicherheit wieder Klarheit zu erlangen und so war auch jede Krise nur von kurzer Dauer.

Im Weiteren danken wir unseren beiden Freunden, die uns durch das Zuhören unserer lauten Gedankengänge mehr geholfen haben als sie wahrscheinlich vermuten.

Nicht zu vergessen sind all die Gespräche mit unseren Mitstudentinnen, Freunden und Familienangehörigen, welche uns immer wieder einen Schritt weiter brachten. Wir sind allen sehr dankbar, die uns in den vergangenen Monaten auf irgendeine Weise unterstützt haben.

Zum Schluss möchten wir noch Friedhelm Schneider und Livia Stucky danken, die sich die Zeit genommen haben, unsere Arbeit zu lesen und uns ein konstruktives Feedback zu geben. Dies verlieh der Arbeit den letzten Schliff.

Anhang

Fragekatalog der Interviews

Befragungen ‚Integrierte postpartale Versorgung/Haus der Familie‘ Gesprächspartner: • Gespräch am:	
Vertretene Institution / Angebot •	
Fragen zu Prä-/ postnatal Care <i>Welches sind die Herausforderungen für die Mütter, Neugeborenen und Familien in der Phase nach der Geburt?</i> <i>Wie gehen Sie vor, wenn sie bei Müttern Risiko- und Belastungsfaktoren wahrnehmen, welche die Gesundheit und Interaktion/Entwicklung von Mutter und Kind beeinträchtigen können?</i> <i>Wie läuft die Zusammenarbeit mit Frauenklinik, MüBa, KinderärztlInnen, sowie GynäkologInnen?</i> - regulär? - bei Notfällen? <i>Was denken Sie, wird sich ändern, wenn die Einführung der DRG zu einem verkürzten Wochenbettaufenthalt führt?</i> <i>Wie wird sich Ihr Betreuungsangebot als FPH ändern?</i>	
Behandlungspfad (Skizze)	
<i>Wie sollte der Betreuungsablauf/ Behandlungspfad gestaltet sein?</i> <i>Wie müsste der Behandlungspfad gestaltet sein, damit ein Mehrwert entstehen würde?</i> - für Eltern? Für FPH? <i>Falls ein integrierter Behandlungspfad postpartaler Betreuung aufgebaut würde, welche Aufgaben würden die FPH übernehmen?</i> <i>Wie würden Sie sich ein spitalexternes Familienzentrum vorstellen?</i>	
<i>Welche Angebote sollten unter diesem gemeinsamen Dach für Familien erreichbar sein bzw. koordiniert werden?</i>	
Basisangebote	
Wichtige Zusatzangebote	

Ort? Öffnungszeiten	
Wie kommt die Idee an, in einem ‚Haus der Familie‘ unter einem Dach, Angebote aus dem Gesundheits- und Sozialbereich bereitzustellen? („One Stopp Shop“, Familienkompetenzzentrum)	

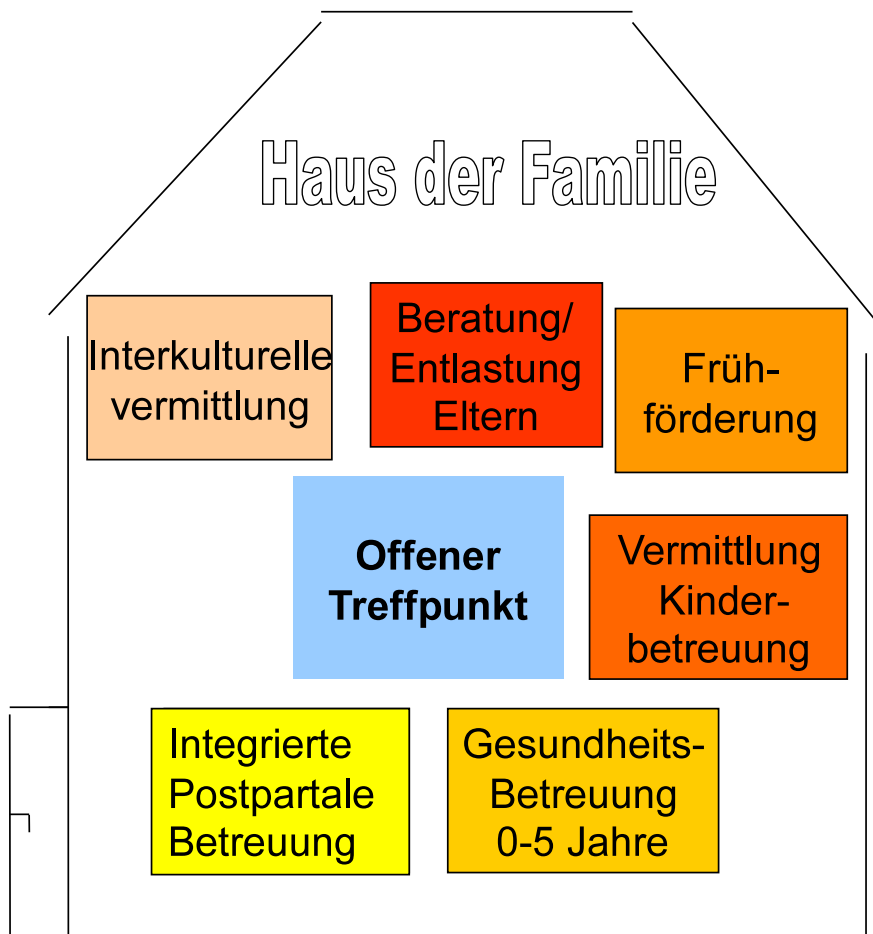
Und noch etwas:

Welchen Stellenwert würden Sie aufsuchenden Angeboten rund um das Familienzentrum beimessen?
Wie stellen Sie sich zum Einbezug von Freiwilligen, ehrenamtlich tätigen Personen, z.B. bei der Begleitung von Familien zu Fachstellen, in die Quartiere o.ä.
Wie müsste das Zentrum ausgestaltet bzw. organisiert sein, dass sich für Ihre Arbeit daraus ein Mehrwert (sog. Win-Win-Situation) ergäbe?
Welche unerwünschten Auswirkungen könnte Ihrer Ansicht nach ein solches Angebot haben?
Hoffnungen / Befürchtungen / Stolpersteine
Unter welchen Umständen wäre von Ihrer Seite her / von Ihrer Institution oder Berufsverband her ein Engagement denkbar? Zum Beispiel:

Grafische Darstellung „Haus der Familie“

Die Abbildung 6 wurde von der Projektgruppe FamilyStart Basel erstellt und zeigt eine grafische Darstellung des „Haus der Familie“. Diese Illustration wurde den InterviewteilnehmerInnen vorgelegt und diente zur Veranschaulichung der Idee eines Familienkompetenzzentrums.

Abbildung 6. Haus der Familie (Kurth, 2011)



Logic Modell des Projekts FamilyStart Basel

Abbildung 7 zeigt das von der Projektgruppe FamilyStart erstellte Logic Modell. Es stellt die verschiedenen Projektphasen und Abklärungsschritte tabellarisch dar.

Abbildung 7. Logic Modell des Projekts Family Start Basel (Kurth, 2011)

09.12.10/ek

Logic Model for Family Start Basel_Version 3					
Zielgruppe: Mütter, Neugeborene und Familien in der postpartalen Phase					
Hauptziel: Koordinierte, bedürfnisgerechte Betreuung für Familien nach der Geburt bei Frühentlassung					
Teilpakete	Abklärungs- & Aufbauphase	Planungsphase	Realisierungsphase	Einführungsphase	Ziele
Klienten-partizipation	Bedürfnisse erfassen bei NutzerInnen	Auswerten der Bedürfnis-Erhebung	Einbeziehen Ergebnisse der Bedürfniserhebung	KlientInnen bedürfnis-gerecht betreuen	Mikro-level: Höhere Klienten-zufriedenheit
Hebammen-koordination	Projektteam gründen mit freipraktizierenden Hebammen	Kooperationsmodell wählen & Konzept ausarbeiten	Gewähltes Modell realisieren	In kooperativem Modell zusammenarbeiten	Mikro-level: Verbesserte perinatale Gesundheitsergebnisse
Inter-professionelle Vernetzung	Interprofessionelle Kontakte knüpfen	Schnittstellen identifizieren	Management der Schnittstellen planen	KlientInnen interprofessionell koordiniert betreuen	Meso-level: Familien erhalten koordinierte, sichere & bedürfnisgerechte Betreuung postpartum
Finanzierung	Anschubfinanzierung sicherstellen	Fundraising für Konzeptentwicklung	Nachhaltiges Finanzierungsmodell erarbeiten	Kostendeckende Einnahmen generieren	Makro-level: Kosteneffiziente postpartale Gesundheitsversorgung
Begleitforschung	Befragen von Fachpersonen & NutzerInnen zum IST-Zustand	Forschungsplan entwickeln für Begleitforschung	Daten sammeln & analysieren für Pre-Test	Daten sammeln & analysieren für Post-Test	Makro-level: Klare Rollen von Hebammen & Mütterberaterinnen in Grundversorgung postpartum
Politische Fürsprache-Arbeit	Kontakte knüpfen zu Stakeholders in Politik & Gesundheitswesen	Unterstützung von Stakeholdern & Behörden gewinnen	Vereinbarungen treffen mit Stakeholdern & Behörden	Kontakte zu Stakeholdern & Behörden pflegen	

FamilyStart: Projekt für eine koordinierte und bedürfnisgerechte Betreuung von Familien mit Neugeborenen

Ausgangslage

Die Betreuung nach der Geburt eines Kindes verlagert sich zunehmend vom spitalinternen in den spitalexternen Bereich. Die bevorstehende Einführung der Fallkostenpauschalen im Jahr 2012 wird den Trend verstärken, dass Mutter und Kind nach der Geburt früh nachhause entlassen werden. Zurzeit besteht jedoch spitalextern kein koordiniertes Versorgungsangebot, um Familien mit Neugeborenen nach der Spitalentlassung zuhause die nötige Betreuung zu garantieren.

Zielsetzung

Ziel des FamilyStart-Projektes ist deshalb, die Koordination der postpartalen Betreuung durch freipraktizierende Hebammen und die Zusammenarbeit mit andern Leistungserbringern zu verbessern, um Familien mit Neugeborenen eine sichere und bedürfnisgerechte Betreuung zu gewährleisten. Die Sicherung der Grundversorgung nach der Geburt fördert einen gesunden Lebensstart und stärkt das Wohlergehen von Mutter, Kind und Familie.

Projekt FamilyStart

Die Idee für das Projekt entstand aus der Dissertation von Dr. Elisabeth Kurth, die als erste Hebamme an der Universität Basel ein Doktorat erwarb. Dr. Elisabeth Kurth hat die Projektleitung inne, und führt das Projekt gemeinsam mit freipraktizierenden Hebammen der Region Basel durch. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut, das Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, die Berner Fachhochschule und das Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

1. Schritt: Abklärung Betreuungsbedarf

Bereits durchgeführt wurde eine Bedarfsabklärung des nachgeburtlichen Versorgungsangebotes bei Fachpersonen in der Region Basel-Stadt. Geplant ist eine fundierte Bedürfniserhebung bei Eltern mit Neugeborenen, um aus der Sicht der Direkt-Betroffenen zu erfassen, welche Betreuungsleistungen sie benötigen für einen gesunden Lebensstart ihres Kindes.

2. Schritt: Erarbeitung koordiniertes Versorgungsmodell

Das Versorgungsmodell definiert eine koordinierte, bedürfnisgerechte Nachbetreuung von Mutter und Neugeborenem nach dem Spitalaustritt. Dazu erarbeitet das Projektteam FamilyStart

a) eine bedarfsgerechte Organisation der ambulanten Nachbetreuung durch Hebammen und

b) engagiert sich gemeinsam mit anderen Berufsgruppen bei der Erarbeitung eines Modells für die interdisziplinäre Koordination der Betreuung.

3.Schritt: Realisierung koordiniertes Versorgungsmodell in Pilotprojekt

Das erarbeitete Modell für eine koordinierte Versorgung von Familien mit Neugeborenen wird anschliessend in einem Pilotprojekt in die Praxis umgesetzt. In der Einführungsphase wird das Versorgungsmodell in einer Begleitforschung evaluiert und aufgrund der Ergebnisse optimiert.

Projektkontakt: Dr. phil. Elisabeth Kurth
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Basel
und Institut für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Tel: 061 284 83 44 Natel: 079 206 44 52
E-mail: elisabeth.kurth@unibas.ch