

**Forschungsbericht zum
Praxisprojekt „Babylotse“**

Thema der Forschungsarbeit:

**„Erfolgsfaktoren und Stolpersteine in der interprofessionellen
Zusammenarbeit in stationären Settings der Frühen Hilfen
am Beispiel von ‚Babylotse‘“**

Lehrende:

Prof. Dr. Christian Spatscheck, Prof. Dr. Sabine Wagenblaus

Kooperationspartner:

Caritas Bremen e.V.

Forschungsgruppe:

Charlotte Yuma Blücher – cbluecher@stud.hs-bremen.de

Florentine Emigholz – femigholz@stud.hs-bremen.de

Lena Packheiser – lhilse@stud.hs-bremen.de

Dank an

Katrin Sevim und Ulrike Deitmer von „Babylotse Bremen“

02.05.2023

Hochschule: Hochschule Bremen; Fakultät 3: Gesellschaftswissenschaften

Studiengang: M.A. Praxisforschung und Innovation in der Sozialen Arbeit

Modul: M 1.5 und M 2.5 Praxisforschung I + II: Forschungswerkstatt – Durchführung und
Auswertung eines Vorhabens in der Praxis SoSe 2022 + WS 2022/23

Gliederung

Einleitung.....	1
1. Kontext des Forschungsprojekts.....	1
1.1 Das Projekt „Babylotse“ und „Babylotse Bremen“.....	2
1.2 Aktueller Forschungsstand.....	3
2. Fragestellung des Forschungsprojekts.....	6
3. Forschungsdesign.....	7
3.1 Beschreibung des Forschungsdesign und der Methoden.....	7
3.2 Durchführung des Forschungsdesigns und der Methoden.....	8
4. Auswertung.....	9
4.1 Ergebnisse.....	9
4.1.1 Nähe und Distanz innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit: Netzwerkkarten.....	10
4.1.2 Erfolgsfaktoren und Stolpersteine: Offenheit, gegenseitiges Vertrauen und eine gute Kommunikation als zentrale Faktoren gelingender Kooperation.....	10
4.1.3 Einflussfaktoren in der Kommunikation: Grad der Formalisierung, Transparenz in der Kommunikation und Formulierung gemeinsamer Kooperationsziele.....	11
4.1.4 Zeitressourcen und Personalsituation in den Kliniken als Stolpersteine der Zusammenarbeit.....	12
4.1.5 Anstellungsverhältnis und Anbindung an eine Berufsgruppe.....	13
4.1.6 Beruflicher Hintergrund der Babylots*innen.....	14
4.1.7 Das Gefühl der Entlastung / Mehrarbeit als Gelingensfaktor oder Stolperstein der Zusammenarbeit.....	15
4.1.8 Konkurrenzgefühle und Abgrenzung der Aufgabenprofile zu anderen Berufsgruppen.....	16
4.1.9 Vertikale Hierarchiestrukturen als Gelingensfaktor / Stolperstein.....	17
4.1.10 Vernetzung als Strategie der Kooperationsverankerung.....	18
4.1.11 Eine Vermittler*innenfunktion als Strategie der Kooperationsverankerung.....	18
4.1.12 Proaktive, wertschätzende Haltung der Babylots*innen in ihrer Arbeit.....	19
4.2 Diskussion.....	20
4.3 Zehn abschließende Thesen zu den Forschungsergebnissen.....	21
5. Strategien zum Transfer der Ergebnisse in die Praxis.....	22
6. Literaturverzeichnis.....	24
7. Anhang.....	27

Vorwort zur Publikation der Forschungsprojekte aus dem Masterstudiengang "Praxisforschung und Innovation in der Sozialen Arbeit"

Im Folgenden finden Sie einen der drei Praxisforschungsberichte, die im SoSe 2022 und WS 2022/2023 als Lehrforschungsprojekte im Masterstudiengang "Praxisforschung und Innovation in der Sozialen Arbeit" an der Hochschule Bremen erstellt wurden. In drei sehr unterschiedlichen Projekten wurden von lokalen Praxispartner*innen eingebrachte Fragestellungen aus der Praxis der Sozialen Arbeit in Bremen über ein Jahr lang mit innovativen und engagierten Praxisforschungsprojekten erforscht. Dabei entstanden sehr eindrückliche und vielschichtige Analysen, die auf der Grundlage von empirischen Erhebungen und deren Analyse wertvolle Hinweise und Empfehlungen für die beteiligten Projekte geben. Die Forschungsberichte werden an dieser Stelle über den Dokumentenserver der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen veröffentlicht, um sie auch für die weitere Fachöffentlichkeit verfügbar zu machen. Wir wünschen eine ansprechende und inspirierende Lektüre der Ergebnisse aus den beteiligten Projekten.

Bremen im Mai 2023

Prof. Dr. Sabine Wagenblass und Prof. Dr. Christian Spatscheck

Einleitung

Im Kontext der Frühen Hilfen sind sowohl die intersektorale als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit immanenter Teil der Unterstützung und Beratung von Familien: Das Gesundheitswesen mit den hierin auf stationärer Ebene relevanten Berufsgruppen der Pflegefachkräfte, Hebammen/Geburtshelfer, Ärzt*innen und dem klinikinternen Sozialdienst leisten Hilfe, genauso wie Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe, psychosoziale Beratungsstellen und andere Akteure (wie Gerichte, Polizei, Sozialleistungsträger, u.a.). Daher ist eine „klare und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen“ sowie eine „systematische Kooperation mit geregelten Absprachen und Verfahrenswegen“ Voraussetzung für eine gelingende und reibungslose Hilfe (Gahleitner/Homfeldt 2012: 36). Die interprofessionelle Zusammenarbeit stellt damit einen maßgeblichen „Gelingensfaktor“ der Frühen Hilfen dar, bzw. „Frühe Hilfen sind von ihrer Anlage her auf Kooperation ausgerichtet“ (Seckinger 2015: 45). Diese ist gleichermaßen anfällig für „Reibungsverluste“, Unklarheiten und Konflikte (Gahleitner/Homfeldt 2012: 37 f.; Seckinger 2015: 47). Was aber bedeutet Kooperation und wie (gut) gelingt diese im stationären Setting der Frühen Hilfen? Welche Faktoren begünstigen, welche hemmen eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit?

Eine wichtige, orientierungstiftende Rolle können in diesem Kontext Lotsendienste einnehmen, die eine Brücke zwischen Gesundheitswesen (z.B. Geburtskliniken) und dem Netzwerk Früher Hilfen bauen können (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2020: 3).

Im vorliegenden Forschungsbericht soll das Projekt „Babylotse“ der SeeYou Stiftung mit unterschiedlichen Standorten in Deutschland und die damit verbundene Lotsentätigkeit Ausgangspunkt der Betrachtung der interprofessionellen Zusammenarbeit stationär beteiligter Akteur*innen sein. Hierbei sollen sowohl Faktoren identifiziert werden, die die Zusammenarbeit begünstigen als auch jene, die das Ineinandergreifen verschiedener professioneller Handlungsabläufe bremsen und darüber hinaus bereits in der Forschungsliteratur beschriebene Einflussfaktoren überprüft werden. Abschließend sollen Handlungsempfehlungen für die Annäherung an eine interprofessionelle Zusammenarbeit und die Implementierung neuer professionsübergreifender Kooperationszusammenhänge gegeben werden.

1. Kontext des Forschungsprojekts

In den vergangenen 15 Jahren wurden im Bereich der Frühen Hilfen zunehmend Lotsendienste für den Übergang zwischen den an der Unterstützung von Familien beteiligten Institutionen eingerichtet, um zu gewährleisten, dass Familien frühzeitig und niedrigschwellig die adäquate Hilfeleistung in Anspruch nehmen sowie Lücken im Hilfesystem abgebaut werden können (Renner/Paul 2021: 141). Ein solches Programm wurde von der SeeYou Stiftung mit dem Titel „Babylotse“ entwickelt und an mittlerweile 89 Standorten (Geburtskliniken und ambulante Einrichtungen) bundesweit implementiert. Die Babylots*innen arbeiten primär in stationären Settings, sind also Teil der Krankenhausstruktur, in einigen Städten wurden zusätzlich ambulante Babylots*innenstellen geschaffen, die mit niedergelassenen Frauen-, Kinder- und Jugendarztpraxen sowie Geburtskliniken kooperieren (Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg

SeeYou 2022: o.S.). Die ambulanten Babylots*innen werden in diesem Bericht nachrangig betrachtet, da die interprofessionelle Zusammenarbeit in stationären Settings Kerninteresse des Forschungsvorhabens bildet.

1.1 Das Projekt „Babylotse“ und „Babylotse Bremen“

Das Angebot „Babylotse“, das 2007 von der SeeYou Stiftung in Hamburg ins Leben gerufen wurde, richtet sich an (werdende) Eltern vor und nach der Entbindung und gehört damit den Frühen Hilfen an. Familien sollen kostenlos und auf freiwilliger Basis bei Fragen rund um die Elternschaft, Antragstellungen und Behördenkontakte, dem Übergang in die außerklinische Gesundheitsversorgung (Hebammen / Kinderärzt*innen / Frauenärzt*innen) sowie in soziale Hilfeeinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Frühförderung oder Schwangerschaftsberatung unterstützt werden. Hierbei stellen die Lots*innen die Angebote weitestgehend nicht selbst, sondern identifizieren gemeinsam mit dem Klinikpersonal Hilfebedarfe und überführen diese in adäquate Maßnahmen. Die Kontaktspanne mit den Eltern kann bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes umfassen. Die Arbeit der Lots*innen verfolgt entsprechend einen präventiven, orientierungstiftenden und ressourcenstärkenden Ansatz – Versorgungslücken sollen abgebaut und Familien frühzeitig ins Netzwerk Früher Hilfen geleitet werden (Renner/Paul 2021: 141). Dabei profitieren die Babylots*innen vom Vertrauen, das Familien der Gesundheitsversorgung entgegenbringen, welches in der Regel höher ist als das gegenüber Behörden und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die eher als Kontrollinstanz und weniger als Hilfe verstanden werden. Gleichzeitig wird ein Großteil der Entbindenden erreicht – etwa 98 % der Geburten in Deutschland finden in Geburtskliniken statt, von denen durch die Anbindung des Projekts an die Geburtskliniken ein größerer Teil angesprochen werden kann, als würde das Angebot losgelöst von den Kliniken eingerichtet werden (ebd.: 142). Alle Familien, die ein Kind erwarten, werden durch einen Anhaltbogen oder durch direkte Meldung des Pflegepersonals oder der Hebammen erfasst und bereits bei einzelnen Risikofaktoren (etwa Mehrlingsgeburt, Frühgeburt, u.a. (Items variieren je nach Babylotse-Standort)) von den Lots*innen proaktiv aufgesucht (Andresen/Althaus/Dietz 2022: 51).

Die Babylots*innen sind also Teil des Klinikalltags, ihre primären Kontakte mit den Familien finden im Klinikkontext statt, gleichzeitig gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, wie die Babylots*innen angestellt werden: Entweder sind sie direkt in der Klinik oder aber bei externen Trägern, regionalen Gesundheitsämtern oder regionalen Jugendämtern beschäftigt und werden in die Kliniken entsandt (o.V. 2021: 11f.). Die professionellen Hintergründe der Babylots*innen umfassen Fachkräfte aus der Entbindungs- und Krankenpflege, Hebammen/Geburtshelfer und Sozialarbeiter*innen mit Zusatzqualifizierung (Hippmann/Thyen 2021: 145). Der Personalschlüssel der Babylots*innen in einer Geburtsklinik richtet sich nach der Anzahl der jährlichen Geburten in der Klinik. Pro 1000 Geburten werden 0,6 Vollzeitkräfte beschäftigt.

Ein solches Babylotsen-Projekt wurde in Kooperation zwischen dem Träger Caritas Bremen e.V. und dem St. Joseph Stift Bremen Anfang 2022 mit einer Vollzeitstelle, die sich zwei Babylotsinnen teilen, eingerichtet und ist Praxispartner des vorliegenden Forschungsberichts (Lause 2022: o.S.).

1.2 Aktueller Forschungsstand

Die interprofessionelle Kooperation von unterschiedlichen Sektoren, Berufsgruppen und Akteur*innen ist, wie bereits beschrieben, immanenter Teil der Konzeption Früher Hilfen, also der Beratung und Unterstützung von Schwangeren, (werdenden) Eltern und Familien mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren und wird von vielfältigen Studien als Merkmal und strukturelle Herausforderung formuliert (u.a. Bertsch/Seckinger 2016: 307-315; Buschhorn/Karsunky 2020: 1-18; Fischer/Geene 2019: 1-4; Gahleitner/Homfeldt 2012: 45; Ramin/Thierfelder 2022: 145-147;). Vorwiegend kommunal organisiert, treffen interdisziplinäre Teams aus Einrichtungen des Gesundheits- und des Sozialwesens in einer multiprofessionellen Netzwerkstruktur zusammen (Gahleitner/Homfeldt 2012: 36; Buschhorn/Karsunky 2020: 1). Sie zielen darauf, frühzeitig, präventiv und niedrigschwellig auf mögliche Hilfebedarfe einzugehen; „Frühe Hilfen sollen damit maßgeblich zum ‚gesunden Aufwachsen‘ von Kindern beitragen und deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe sichern, die auch im SGB VIII (§ 1 SGB VIII) normiert sind“ (Buschhorn/Karsunky 2020: 4, 6).

Was aber meint Kooperation innerhalb von Strukturen, in denen unterschiedliche Berufsgruppen miteinander arbeiten? Nach Seckinger bedeutet Kooperation, dass die daran Beteiligten ihre Arbeit nicht unabhängig voneinander zufriedenstellend ausführen können:

„Kooperation ist dadurch gekennzeichnet, daß [sic!] man eigene Ziele nur in dem Maß erreichen kann, wie der oder die anderen ihre Ziele auch erreichen. Kooperation ist kein punktuellere Ereignis, sondern erstreckt sich über eine bestimmte Zeitspanne.“ (Seckinger 2001: 280).

Einerseits zielt Kooperation darauf ab, die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten, andererseits die Angebotsstruktur für die Inanspruchnehmenden zu verbessern; sie sei damit eine „Arbeitsmethode“, um das eigene Arbeiten zu ermöglichen (Seckinger 2015: 45f.). Gleichzeitig weisen Seckinger und van Santen in Anlehnung an Weiss darauf hin, dass es keine allgemeingültige Definition des Begriffs „Kooperation“ gäbe, es sei ein „normatives, vages, mehrdeutiges und mehrdimensionales Konzept“ (van Santen/Seckinger 2003: 26; Weiss 1981: 41). Die Begriffsbestimmungen reichen von breiteren Definitionen, die Kooperation mit der Anstrengung aller Beteiligten fasst, gemeinsame Ziele zur Verbesserung der Situation aller zu verfolgen (vgl. Westrin 1986: 7; Müller/Nachreiner 1981: 276f.), bis hin zu engeren Beschreibungen, die Kooperation als „problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozess abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien“, verstehen (von Kardoff 1998: 210). Dabei wird der Begriff Kooperation von den Termini Koordination und Vernetzung abgegrenzt. In der vorliegenden Arbeit lehnen wir uns an die Begriffserklärung von van Santen und Seckinger an und verstehen unter Kooperation:

„ein Verfahren – also keinen inhaltlich definierbaren Handlungsansatz der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch

Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird.“ (van Santen/Seckinger 2003: 29).

Damit einher gehen einige Faktoren, die eine Kooperation begünstigen beziehungsweise hemmen können. Hierbei identifizieren van Santen und Seckinger:

- das jeweilige Verständnis von Kooperation,
- die individuelle und intuitive Einschätzung, ob die Kooperation gewinnbringend ist oder einen unnötigen Mehraufwand bedeutet,
- gesetzliche Rahmenbedingungen (wie etwa Datenschutzvorgaben, Befugnisse),
- personenbezogene Voraussetzungen,
- die Klärung der Zuständigkeiten,
- Vertrauen und die Bildung einer gemeinsamen Kooperationsidentität,
- die Bereitstellung und Zugänglichkeit von Informationen für alle,
- die strukturelle Verankerung der Kooperation,
- sowie die Reflexion von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in Handlungslogiken, denen unterschiedliche Professionen folgen (ebd.: 338-353).

Gahleitner und Homfeldt führen in diesem Kontext aus, dass neue Kooperationsvorhaben häufig von einzelnen, motivierten Mitarbeitenden vorangetrieben werden, die Verstetigung einer Kooperation durch „Reibungsverluste“ und Frustration der Beteiligten allerdings behindert werden kann (Gahleitner/Homfeldt 2012: 37, 45).

Hippmann und Thyen beschreiben, dass verschiedene Anstrengungen unternommen werden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit beteiligter Einrichtungen und Akteur*innen im Kontext Früher Hilfen zu verbessern (Hippmann/Thyen 2021: 144). Eine dieser Maßnahmen sei die Etablierung von Lotsendiensten an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen, die seit Anfang der 2000er Jahre Aufschwung erzielte, mittlerweile aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten und der Sorge vor „Stigmatisierung“ (werdender) Eltern aber etwas an Geschwindigkeit verloren habe (ebd. 144). Die Lots*innen seien „Mentor*innen“ und „unterstützende Fachkräfte“ bei der Hilfe für (werdende) Familien (ebd. 146). Renner und Paul beschreiben, dass diese Lotsensysteme dem „Präventionsdilemma“, also der Herausforderung, Familien in schwierigen Lebenssituationen erreichen und unterstützen zu können, begegnen sollen und durch ihre aktive Netzwerkarbeit die Übergänge zu anderen Hilfeinrichtungen erleichtern können (Renner/Paul 2021: 142).

Im Projekt „Babylotse“ wird dieses Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfesysteme aus verschiedenen Sektoren besonders deutlich: Die Lots*innen sind räumlich in der Klinik verankert, gleichzeitig fachlich

dem Sozialwesen (Frühe Hilfen) angehörig – sie kooperieren somit sowohl mit dem Klinikpersonal, also ärztlichem Dienst, Pflegefachkräften, Hebammen/Geburtshelfern und dem Sozialdienst des Krankenhauses, aber auch mit dem Netzwerk Früher Hilfen außerhalb der Klinik.

In ihrer aktuellen Studie beschreiben Andresen, Althaus und Dietz für das Babylotsenprojekt Frankfurt am Main mehrere Faktoren im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit, die die Arbeit der Babylots*innen begünstigen oder erschweren. Dabei richten sich die Erkenntnisse auf die strukturellen Gegebenheiten in den Kliniken, die Schwierigkeiten in der Überwindung von Systemgrenzen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sowie hierin insbesondere die Kommunikationsstrukturen, gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz. Sie stellen fest, dass insbesondere beim Erkennen und Melden potenzieller Klient*innen für die Babylots*innen eine starke Abhängigkeit vom Klinikpersonal herrsche: „Es hängt daher viel von der Kooperationsbereitschaft, dem Geschick, der Feinfühligkeit, der Offenheit und der Expertise des Klinikpersonals ab, ob und wie eine Frau/Familie gescreent wird“ (Andresen/Althaus/Dietz 2022: 76). Dabei spielen die unterschiedlichen professionellen Hintergründe eine große Rolle – die pädagogische Perspektive der Lots*innen treffe häufig auf den medizinischen Blick des Krankenhauspersonals. Ein gegenseitiges Verständnis hinge hier vornehmlich von einzelnen, motivierten und kooperationsbereiten Mitarbeitenden ab, wobei regelmäßiger Kontakt und Austausch dem gegenseitigen Verstehen und Akzeptieren zuträglich sei. Diese Anstrengungen einzelner seien dabei strukturell wenig unterstützt und nicht systematisch verankert, worauf die Babylots*innen wenig Einfluss nehmen könnten: Die gemeinsamen Treffen seien nicht in die reguläre Arbeitszeit des Klinikpersonals integriert (ebd., 78). Zur täglichen Arbeit der Lots*innen gehöre damit auch Kommunikationsstrukturen in alle Richtungen zu schaffen und zu pflegen (ebd., 74). Erschwert durch die Komplexität und Auslastung des Kliniksystems, sowie viele wechselnde Beteiligte (je nach Arbeitsschicht und Mitarbeitendenfluktuation) fassen die Babylots*innen Frankfurt am Main zusammen, dass sie die Kommunikation durch hohe, unaufdringliche Präsenz, möglichst viele Austauschmomente und fortwährende Aufklärung über ihr pädagogisches Handeln zu unterstützen suchen (ebd. 74). Die Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen Baden-Württemberg und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen formulieren gleiche und ergänzende Kriterien, die bei der Einrichtung von Lotsendiensten an Geburtskliniken beachtet und eingehalten werden sollten, um eine gelingende Kooperation zwischen den Beteiligten und eine erfolgreiche Hilfe für Familien sowie die Qualität der Maßnahmen zu gewährleisten (Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen 2015: 5ff; Schmenger/Schmutz/Backes/Scharmanski 2020: 2) (s. Anhang 2, S.28).

Auch im Kontext der klinikinternen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen wird wiederholt die Bedeutung und Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, etwa zwischen Hebammen, Ärzt*innen und Pflegefachkräften beschrieben (vgl. Schärli et. al 2017: 53ff.; Stahl/Agricola 2021: 166ff.).

Im vorliegenden Forschungsbericht werden die bereits gewonnenen Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen der Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen und des Nationalen Zentrums Früher Hilfen sowie die

Studienergebnisse aus Frankfurt am Main überprüft, gegebenenfalls ergänzt und durch eine standortübergreifende, detaillierte Perspektive erweitert sowie die Bewertung einer „gelingenden“ Kooperation nach van Santen und Seckinger im Folgenden einbezogen.

2. Fragestellung des Forschungsprojekts

Entsprechend werden gleich mehrere Bereiche innerhalb des vorliegenden Forschungsberichts berührt: Wir bewegen uns im Rahmen der Frühen Hilfen, also einer spezifischen Konstellation von Berufsgruppen und Einrichtungen und untersuchen hier die Bedeutung von interprofessioneller Zusammenarbeit, genauer im stationären Setting.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist gleichsam Voraussetzung als auch Hindernis der Frühen Hilfen. Wie bereits beschrieben, können die Lotsendienste an unterschiedlichen Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen hier eine „Vermittler*innenfunktion“ einnehmen, um Kommunikationsnetzwerke zu etablieren und zu stärken sowie neue Kooperationsvorhaben anzuregen. Ein Dilemma – stehen sie doch vor der gleichen Herausforderung sich in die Strukturen einer Kooperation und eines Netzwerks einzufinden und Mitstreiter*innen für sich gewinnen zu müssen.

Folgende zentrale Fragestellungen begleiten und lenken entsprechend den Forschungsprozess:

*Wie erleben die Babylots*innen die tatsächliche Kooperation in der Praxis?*

Können bereits identifizierte Herausforderungen und Erfolgsfaktoren bestätigt, verworfen oder ergänzt werden?

Welche Empfehlungen können aus einer detaillierten, standortübergreifenden Perspektive für die Lotsentätigkeit insgesamt abgeleitet werden und somit einen Beitrag zur Verbesserung der Maßnahme liefern?

Es soll also weniger die Wirksamkeit der Maßnahme „Babylotse“ an sich, die in einer Evaluationsstudie 2017 von Pawils, Siefert und Metzner sowie für „Babylotse ambulant“ 2022 durch Pawils, Kolodziej, Siefert und Metzner-Guczka bereits bestätigt wurde, Teil der Betrachtung sein, als die Frage nach den Voraussetzungen für die Etablierung des Projekts an Geburtskliniken im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit (Pawils/Siefert/Metzner 2017; Pawils et. al 2022: 313).

Wenngleich die Herausforderung der Kooperation verschiedener Berufsgruppen und Sektoren bereits erkannt wurde, so nehmen die Lots*innen doch eine besondere Rolle im Netzwerk Früher Hilfen ein, legen einen starken Fokus auf die Netzwerk- und Kooperationsarbeit, um ihrer Funktion als Vermittler*in zwischen Eltern und mehrgliedrigem Hilfesystem nachkommen zu können. Welche Vorgehensweisen, Erfahrungen und Erfolge die Babylots*innen dabei beschreiben können, bedarf also einer näheren Betrachtung und verspricht einen Ausblick auf Handlungsempfehlungen für Kooperationsgeschehen insgesamt.

3. Forschungsdesign

Im Folgenden wird das Forschungsdesign des Projekts dargestellt, um die Gründe für die methodische Auswahl zu erklären und die Ergebnisse in Kapitel 4 nachvollziehbar zu machen.

3.1 Beschreibung des Forschungsdesigns und der Methoden

Zur Einschätzung der Herausforderungen und Gelingensbedingungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im stationären Setting und die Generierung von Handlungsempfehlungen eignet sich besonders die Einbindung von Expert*innen in das Forschungsvorhaben. Das „explorative Experten*innen-Interview“ ist eine Form des Leitfadeninterviews, die geeignet ist, um in Forschungen unerforschtes Wissen zugänglich zu machen und festzuhalten (Kruse 2015: 167). Die Forschungsfragen dieser Arbeit erfordern den Zugang zu spezifischem Wissen durch die Analyse institutioneller und institutionalisierter Strukturen und Prozesse im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit. Es geht also um den Zugang zu einem bestimmten Wissen, was als „Betriebswissen“ bezeichnet wird und in diesem konkreten Fall aufgrund der Forschungs- und Informationslage nur über Expert*innen eingeholt werden kann (Meuser/Nagel 1991: 446). Die Babyslots*innen verschiedener Standorte dienen als Stellvertreter*innen für die Institution/das Projekt, in dem sie arbeiten und ermöglichen einen umfassenden und fundierten Einblick in die Arbeit von stationär eingebundenen Lots*innen, sowie die Möglichkeit der fachbezogenen Problemeinschätzung und -lösungsentwicklung (Pfadenhauer 2009: 452). Durch die besondere Funktion von Lots*innen in der Vermittlung zwischen verschiedenen Hilfeeinrichtungen und Berufsgruppen sowie Klient*innen, eignen sie sich besonders für eine umfassende Perspektive auf interprofessionelle Arbeitskonstellationen im Kontext der Frühen Hilfen. In vier Expert*inneninterviews mit Babyslots*innen verschiedener Standorte wird deshalb eine detaillierte Beschreibung der Arbeitszusammenhänge erläutert und anschließend ausgewertet.

Die Auswahl der Expert*innen erfolgt auf Grundlage der Dauer, die die Babyslotsprojekte bereits an der jeweiligen Klinik laufen, sowie unterschiedlicher beruflicher Hintergründe der Interviewpartner*innen. So werden sowohl kürzlich als auch langjährig eingerichtete Babyslots*innenprojekte Teil der Forschungsperspektive sein, um die Bedingungen am Anfang eines Projekts ebenso wie Erfahrungswerte von bereits länger wirkenden Standorten abzubilden. Gleichwohl besteht die Schwierigkeit die jeweiligen Strukturen an Kliniken aufeinander abzustimmen, da diese teilweise stark voneinander abweichen. Gerade dieser Umstand, ebenso wie die Möglichkeit der detaillierteren Betrachtung und subjektiven Expert*inneneinschätzung legt hier ein qualitatives Forschungsdesign nahe. Eine Beschreibung der Strukturen und daraus resultierender struktureller Voraussetzungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit in einer auf die Abweichungen und Gemeinsamkeiten fokussierenden Analyse wird auf die Vielfalt an Projektstrukturen reagieren.

Die unterschiedlichen professionellen Hintergründe der Babyslots*innen mögen gleichzeitig einen Einfluss auf ihre jeweilige professionelle Perspektive in der Zusammenarbeit nehmen, weshalb eine Einordnung hier sinnvoll erscheint.

Neben den Expert*inneninterviews werden Netzwerkkarten durch die Babylots*innen ausgefüllt, die der zusätzlichen visuellen Darstellung der interprofessionellen Zusammenarbeitskonstellation dienen und die Nähe bzw. Distanz zu den einzelnen Berufsgruppen in der Kooperation veranschaulichen sollen (s. Anhang 1: Netzwerkkarte, S. 27).

Die Auswertung der Interviews erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz, die eine vertiefende Analyse der Expert*inneninterviews ermöglicht (Kuckartz 2018).

Entlang der zentralen Fragestellungen werden Haupt- und Unterkategorien für die Codierung des Datenmaterials gebildet, die sich aus der Forschungsliteratur, dem Interviewleitfaden und dem Datenmaterial speisen. Entlang der Kategorien kann das gewonnene Datenmaterial verglichen und kontrastiert werden, was eine tiefgehendere Auseinandersetzung und fundiertere Auswertungspraxis ermöglicht (ebd. 97 f.). Bei der Inhaltsanalyse wird entlang der sieben Handlungsschritte nach Kuckartz vorgegangen, die sich aufschlüsseln in 1) initiiierende Textarbeit, 2) Entwickeln von thematischen Hauptkategorien, 3) Codieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien, 4) Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen, 5) Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material, 6) Codieren des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem und 7) Einfache und komplexe Analyse, Visualisierung (ebd.: 100).

3.2 Durchführung des Forschungsdesigns und der Methoden

Nach Abstimmung des Forschungsinteresses zwischen den Babylots*innen der Caritas Bremen und den Studierenden, wurde eine ethnografische Feldstudie durchgeführt, die die Räumlichkeiten des Projekts und die Kooperationspartner*innen in der Klinik beinhaltete. Das Ergebnis der Feldstudie und zusätzliche Gespräche mit den Praxispartner*innen trugen dazu bei, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Klinikpersonal und Frühen Hilfen im stationären Kontext als Forschungsschwerpunkt in Betracht kamen. In Absprache mit den Praxispartner*innen, wurde das Forschungsprojekt konkretisiert und eine Strategie entwickelt, wie Expert*innen für die Interviews erreicht werden konnten. Die Studierenden formulierten ein Anschreiben, die eine Übersicht des Forschungsprojekts beinhaltete um Interviewpartner*innen für die Expert*innen Interviews zu gewinnen. Durch den E-Mail-Verteiler der Stiftung "See You" machten die Praxispartner*innen alle Babylots*innen in Deutschland auf das Forschungsprojekt aufmerksam. Die Forscherinnen erhielten Interessensbekundungen von verschiedenen Standorten und wählten die Expert*innen basierend auf der Dauer des Projekts und den unterschiedlichen beruflichen Hintergründen der Babylots*innen aus, sodass die Gruppe der Expert*innen eine Projektdauer von ein bis sechs Jahren und als berufliche Hintergründe Sozialpädagog*innen und Kinderkrankenpflegekräfte, jeweils mit der Babylots*innenausbildung umfasst. Vor den Interviews erhielten die vier Interviewpartner*innen unter anderem ein Informationsblatt mit einer Netzwerkkarte (siehe 3.1), welches den Forscher*innen bei der Durchführung der Interviews unterstützte. Im September 2021 wurden die Interviews digital mittels „Zoom“ durchgeführt.

Interviewpartner*innen und ortsbezogene Angaben wurden in den transkribierten Interviews anonymisiert. Im Folgenden werden die vier Interviewpartner*innen mit IP1 bis IP4 abgekürzt.

4. Auswertung

Für die Auswertung des Datenmaterials ist entsprechend der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz eine induktiv-deduktive Gestaltung der Auswertung leitend. Die umfangreichen Hinweise auf Stolpersteine und Erfolgsfaktoren für die Implementierung von Lotsentätigkeiten an Geburtskliniken und zur Etablierung neuer Kooperationen in der Forschungsliteratur legen dabei den Fokus auf eine deduktive Kategoriegenerierung zur Überprüfung der bereits bestehenden Erkenntnisse (Gläser-Zikuda/Stephan/Hofmann 2022:241). Mit ihnen konnten die zentralen Hauptkategorien 1) Kommunikation, 2) Hierarchien, 3) Verankerung und 4) Arbeitssituation entwickelt werden. Die Kategorie „Kommunikation“ nimmt den Grad der Formalisierung der Kommunikation hinsichtlich gemeinsamer Ziele, regelmäßiger Austauschmöglichkeiten und Regelungen bezüglich des Datenschutzes in den Blick. Sie umfasst auch das gegenseitige Verständnis zwischen den an der Kooperation Beteiligten auf Grundlage ähnlicher oder unterschiedlicher beruflicher Hintergründe, die Klarheit über die Kooperation bei den Mitarbeitenden und die Informationsweitergabe zwischen ihnen, sowie die Meldungswege, anhand derer die Babylots*innen Zugang zu den Patient*innen erhalten.

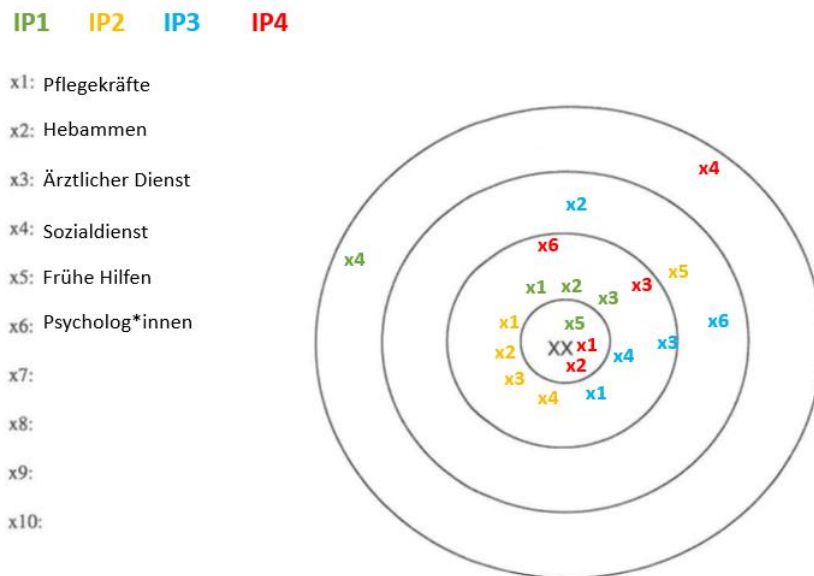
Die Kategorie „Hierarchie“ bündelt Beschreibungen zu vertikalen Hierarchien innerhalb der Kooperation, die die Kommunikation und Zusammenarbeit begünstigen oder bremsen können. Daneben werden auch Hierarchien auf horizontaler Ebene abgebildet: Wie funktioniert die Kooperation mit Mitarbeitenden auf gleicher Hierarchieebene? Gibt es Konkurrenzen oder herrscht gegenseitige Akzeptanz? Empfindet das Klinikpersonal die Kooperation als Mehrarbeit oder Entlastung? Die Kategorie „Verankerung“ gibt einen Überblick über den Stand der Etablierung der Kooperation anhand der Projektlaufzeiten und Beschreibungen zu (koordinierten) Arbeitsabläufen und Dokumentationssystemen sowie Einschätzungen dazu, wie sehr die Kooperation selbstverständlicher Teil des Arbeitsalltags in der Klinik ist. Weiterhin werden in dieser Hauptkategorie Strategien abgebildet, die die Babylots*innen beschreiben, um die Kooperation zu stärken, etwa durch Vernetzung, eine Vermittler*innenfunktion und Öffentlichkeitsarbeit. Die letzte Kategorie „Arbeitssituation“ umfasst strukturelle Gegebenheiten in den Kliniken, beispielsweise Zeitressourcen der Mitarbeitenden für die Kooperation, die Personalsituation, das Anstellungsverhältnis der Babylots*innen und die Verortung ihres Arbeitsplatzes innerhalb der Klinik. In dieser Kategorie wird auch das Selbstverständnis der Babylots*innen in ihrer Arbeit dargestellt: Wie beschreiben sie ihre eigene Rolle in der Kooperation? Welche Haltung bringen sie in die Kooperation ein, um diese gelingen zu lassen?

4.1 Ergebnisse

Das erhobene Datenmaterial bietet vielfältige Erkenntnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Projekt „Babylotse“. Es lassen sich viele Parallelen zur Studie von Andresen/Althaus/Dietz sowie neue, ergänzende Zusammenhänge feststellen.

4.1.1 Nähe und Distanz innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit: Netzwerkkarten

Mithilfe der erhobenen Netzwerkkarten lassen sich die relevanten Berufsgruppen innerhalb der Kooperation hinsichtlich ihrer Bedeutung für die tägliche Arbeit der Babylots*innen abbilden:



Die Netzwerkkarte verdeutlicht in allen Projekten eine besonders enge Zusammenarbeit mit den Pflegekräften, was die Babylots*innen auch in ihren Interviews unterstreichen:

„Also die Pflege sind für mich eine ganz wichtige Berufsgruppe, weil ich von der Pflege auch relevante Informationen über die Frauen bekomme. Die Pflege sind wirklich diejenigen, die 24 Stunden sozusagen am Bett sind bei der Familie. Wir sind auch in engem Austausch. Es besteht ein ganz großes Interesse auch von der Pflege an diesem Projekt“ (IP1, Abs. 21).

Auch der ärztliche Dienst wird, wenn auch teilweise etwas weniger dicht als engverbundene Kooperationspartei dargestellt. Die Hebammen werden von den meisten Babylots*innen ebenfalls als nahestehende Berufsgruppe innerhalb der Kooperation angezeigt, nur in einem Projekt wird hier eine größere Entfernung angegeben. Das Verhältnis zum Sozialdienst wird von den Befragten unterschiedlich eingestuft: In zwei Fällen wird er als enger Kooperationspartner angegeben, in zwei Projekten wird eine große Distanz markiert. Beide Ergebnisse (Position Hebammen, Position Sozialdienst) werden unter 4.2.xx anhand des Interviewmaterials näher beleuchtet. Psycholog*innen spielen im klinischen Setting einiger Babylotse-Projekte eine Rolle mit mittlerer Nähe zum Projekt.

4.1.2 Erfolgsfaktoren und Stolpersteine: Offenheit, gegenseitiges Vertrauen und eine gute Kommunikation als zentrale Faktoren gelingender Kooperation

Als entscheidende Faktoren der Etablierung und Verankerung einer neuen Zusammenarbeit und damit für das Gelingen bzw. Scheitern der interprofessionellen Kooperation bewerten die Babylots*innen zunächst allgemein, dass ein gegenseitiges Interesse an den Aufgabengebieten, Offenheit füreinander und gegenseitiges Vertrauen essenziell seien:

„Ich glaube gegenseitige Offenheit und gegenseitiges Vertrauen ist einfach der Kern, der das Projekt gut funktionieren lässt. Vertrauen und Offenheit, die wir dem Personal hier im Krankenhaus und natürlich den Familien gegenüber entgegenbringen und umgekehrt Offenheit und Vertrauen, dass das Personal und die Familien uns entgegenbringen.“ (IP3, Abs. 157)

Damit verbunden beschreiben sie eine gut funktionierende, regelmäßig stattfindende Kommunikation als entscheidendes Element gelingender Kooperation: *„Interesse für die beiden Seiten, also wir das Interesse für die Klinik und die Station, die Klinik und die Station Interesse für uns. [...] Kommunikation, austauschen, reden miteinander“ (IP4, Abs. 94).*

Die Babylots*innen beschreiben weiter unterschiedliche Faktoren, die eine gelingende Kommunikation begünstigen bzw. hemmen und damit zur Etablierung und Verankerung der Kooperation beitragen können.

4.1.3 Einflussfaktoren in der Kommunikation: Grad der Formalisierung der Kommunikation, Transparenz in der Kommunikation und Formulierung gemeinsamer Kooperationsziele

Die Strukturen der Kommunikation sind in der Arbeit der Babylots*innen wenig formalisiert, viele Absprachen zwischen den Mitarbeitenden finden direkt auf der Station statt. Der tägliche Austausch und die Informationsweitergabe über den kurzen Dienstweg sind für die Babylots*innen deshalb von großer Bedeutung: *„Ansonsten sind es eigentlich kaum formalisierte Treffen, sondern es findet halt viel im Fluss statt, das ist einfach auch der Natur der Geburtshilfe geschuldet, weil es da eine ständig ändernde Belegung gibt.“ (IP3, Absatz 67)* Die Babylots*innen beschreiben ursächlich hierfür die Struktur der Klinik, die einen regelmäßigen Austausch mit fixen Ansprechpartner*innen erschweren würde:

„Also generell finde ich Kommunikation in einer Klinik echt schwierig. Gerade weil so viele daran arbeiten und weil die Zeit auch nicht dafür da ist. Deswegen braucht das unwahrscheinlich viel Zeit (...) und am besten natürlich auch beständige Personalstrukturen. [...] Jede einzelne Krankenschwester hat ja nur einen kleinen Teil davon, und da merkt man es wieder, dass man die Leute dafür entzünden muss.“ (IP4, Abs. 32)

Um alle Mitarbeitenden zu erreichen und für die Kooperation zu begeistern müssen die Babylots*innen die kooperierenden Berufsgruppen regelmäßig über ihre Arbeit und die damit verbundenen Aufgabenbereiche der Lots*innentätigkeit aufklären, was als Herausforderung und stetige Aufrechterhaltungsaufgabe in der Arbeit der Lots*innen beschrieben wird:

„In klarer Kommunikation zu bleiben und immer sicherzustellen, dass alle die Informationen haben, die sie brauchen, um strukturiert und gewinnbringend zu arbeiten, das ist manchmal schwierig [...] immer wenn es so ein bisschen komplizierter wird oder eine Familie doch irgendwie deutlich höheren Bedarf hat als in Führungszeichen ‚normale Familien‘, dann muss man wirklich gut gucken, dass alle alles wissen und alle sich auch gehört fühlen, an jedem Zeitpunkt des Prozesses.“ (IP3, Absatz 54)

Absprachen sind insgesamt wenig verschriftlicht, nur interne Handlungsabläufe über Besuche auf den Stationen sind festgelegt und allen bekannt. Der Ablaufplan bei Kindeswohlgefährdung ist in allen Kliniken festgelegt, aber nicht allen beteiligten Akteur*innen klar, was als Stolperstein in der Kommunikation bewertet wird: „Also dieser Ablaufplan ist zwar bekannt, auch kommuniziert, aber nicht bei allen Mitarbeitern angekommen“ (IP1, Abs. 67).

Der Kontakt mit Familien und Schwangeren findet entweder nach Auffälligkeit im Anhaltbogen oder über Direktmeldungen durch das Personal auf Station statt. Zwei von vier Interviewpartner*innen suchen alle Familien nach der Geburt auf, unabhängig davon, ob der Anhaltsbogen / das Screening Auffälligkeiten aufweist: „Also aus dieser Mischung von Meldungen über Pflege und Direktmeldung und diesem aufsuchenden, niederschweligen auf die Leute zugehen, da haben wir gute Erfahrungen gemacht“ (IP3, Abs. 81).

Für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist gleichzeitig die Formulierung gemeinsamer Ziele ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Die Interviewpartner*innen benennen als gemeinsame Ziele der interprofessionellen Zusammenarbeit, die Familien in ihrer jeweiligen Lebenssituation kompetent begleiten zu wollen und sie frühzeitig an Stellen zu leiten, bei denen sie Unterstützung bekommen können. In Kooperation mit dem Sozialdienst betonen die Babylots*innen noch ein weiteres Ziel:

„Was aber Sozialdienst und Babylotsen noch einmal gemein ist, dass wir einfach auch noch diesen Fokus auf die Zeit danach haben, die für die anderen Mitarbeiter im Krankenhaus nicht so sehr im Vordergrund steht. [...] Nicht nur, wie kann es im Krankenhaus gut sein, sondern wie geht's auch zu Hause dann gut“ (IP3, Abs. 91)

Neben der internen Kommunikation ist ein interdisziplinäres Treffen mit den Außenstellen und Netzwerkpartner*innen gewünscht, den meisten Babylots*innen fehlt dies aber bisher.

4.1.4 Zeitressourcen und Personalsituation in den Kliniken als Stolpersteine der Zusammenarbeit

Eine gelingende Kommunikation in der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Klinik hängt dabei insbesondere mit den Zeitressourcen der Mitarbeitenden und der allgemeinen Personalstruktur innerhalb der Kliniken zusammen. Der Fachkräftemangel in den Kliniken wird folglich als großer Stolperstein in Bezug auf die Kooperation und Kommunikation beschrieben; bei den jeweiligen Teamsitzungen können nicht immer Vertreter*innen aller Berufsgruppen anwesend sein: „Die Hebammen im Kreißaal, da ist es jetzt oft zeitlich auch als schwierig gewesen, dass die teilnehmen konnten. Weil da auch Personalmangel et cetera kam“ (IP1, Absatz 43). Berufsgruppen, die unterbesetzt sind, hätten weniger zeitliche und personelle Ressourcen, um am Kooperationsprozess teilzunehmen. Beständige Personalveränderungen sorgen gleichzeitig dafür, dass Themen der Babylots*innen während den Besprechungen weniger relevant sind: „Wenn eine personelle Veränderung ist, wie jetzt in der Frauenklinik, dass eine

Oberärztin weggegangen ist, dann sind da andere Themen wichtig. Und dann haben sie nicht den Kopf dafür“ (IP4, Absatz 34).

Aufgrund der starken Personalfluktuation müssen stetig neue Mitarbeitende über das Projekt und die Aufgaben der Lots*innen aufgeklärt werden, weshalb für die Etablierung der Zusammenarbeit mehr Zeit benötigt würde, als in weniger komplexen Mitarbeitendenstrukturen. Nur ein*e der Interviewpartner*innen berichtet über beständige Personalstrukturen, was die Zusammenarbeit und Kommunikation erleichtere:

„Uns kommt sehr zugute, dass wir kein so großes Krankenhaus sind, dass wir keine so große Personalfluktuation haben, sondern, dass sich quasi Zusammenarbeiten auch über Jahre etablieren konnten und man sich kennt. Und man weiß, wie man sich nehmen muss und das Ja?, dass man einfach auch rasch zu jedem Namen und ein Gesicht hat, das macht Kommunikation einfach.“ (IP3, Absatz 61)

Die verfügbaren Zeitressourcen für Austausch zwischen Mitarbeitenden und mit Patient*innen unterscheidet sich dabei zwischen Babylots*innen und dem übrigen Klinikpersonal, was als Hürde in der Kommunikation und in der Klärung von Zuständigkeiten beschrieben wird. Das Auftrags- und Aufgabenprofil der Babylots*innen ist auf Austausch ausgerichtet, weshalb den Lots*innen hierfür deutlich höhere Zeitressourcen als den Pflegekräften, Hebammen und Ärzt*innen zur Verfügung stehen: *„Also es ist tatsächlich so zeitlich unbegrenzt. Manchmal habe ich den Eindruck, ich biete schon etwas zu viel zeitliche Ressourcen an, also schon recht umfangreiche Beratung mach ich auch. Es gibt wirklich keinen zeitlichen Horizont“ (IP1, Abs. 62).*

Für die Etablierung und Verankerung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind die Zeitressourcen und Personalstrukturen in den Kliniken folglich ein großer Stolperstein, weshalb ein Ankommen in der Kooperation als selbstverständlicher Teil der Klinikstruktur viel Zeit in Anspruch nimmt: *„Das ist tatsächlich ein Kosmos für sich. Und da müssen wir, so ich glaub, ich hab das Kliniksystem noch nicht so ganz erfasst“ (IP4, Abs. 14).*

4.1.5 Anstellungsverhältnis und Anbindung an eine Berufsgruppe

Die Babylots*innen sind über freie Träger oder direkt im Krankenhaus, angegliedert an eine Berufsgruppe, angestellt. Eine Anstellung der Babylots*innen im Krankenhaus vereinfacht die Informationsweitergabe und erlaubt eine uneingeschränkte Einsicht in Patient*innenakten. Im Umkehrschluss erschweren Datenschutzbestimmungen bei Anstellung bei einem freien Träger die Zusammenarbeit hinsichtlich der Fallbesprechungen. Auch für das Aufsuchen der Schwangeren und Familien benötigen die Babylots*innen, die über einen Fremddienst an der Klinik sind, eine Einverständniserklärung der Familien. Die Anstellung in der Klinik erleichtert also die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ermöglicht einen unkomplizierten Austausch und stärkt dabei das Teamgefühl zwischen den Berufsgruppen:

„Was, finde ich, aber auch dann mit wenig Reibungsverlust auch einhergeht, wenn man sich einfach sehr nahe ist und sich auch gut austauschen kann und auch durch keine datenschutzrechtlichen Bestimmungen irgendwie gehindert dran ist, sich auszutauschen. Also, wir sind alle im selben Krankenhaus, alle im selben Team. Wir müssen uns nicht erst irgendwie Schweigepflichtsentbindungen gegenseitig holen, dass wir überhaupt miteinander reden dürfen. Und das erleichtert die Arbeit sehr.“ (IP3, Abs. 87)

Die Anstellung bei einem Fremddienst bedeutet gleichzeitig, dass auch die Babylots*innen Informationen zu Patient*innen nicht uneingeschränkt an Klinikangestellte weitergeben: *„Insofern steht aber die Familie, finde ich, an oberster Stelle, und das ist manchmal eine Herausforderung. Also, dass die Krankenschwestern dann ein bisschen oder auch der Sozialdienst ist etwas konsterniert, dass wir nicht alle Patientendaten freigeben, mit denen wir uns beraten haben“ (IP4, Abs. 76).*

Zwei der Babylots*innen sind strukturell und räumlich an den Sozialdienst der Klinik angebunden, was von Vorteil für die Kooperation bewertet wird: *„Wir sitzen zusammen in einem Büro, ich jetzt mit einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes in einem Büro, und das ist natürlich auch wirklich von Vorteil. So können wir uns auch über Fälle austauschen“ (IP2, Absatz 40).* Diese enge Zusammenarbeit begünstigt, dass Kinderschutzfälle schnell übergeben und Fallverantwortungen unkompliziert geklärt werden können. Eine Lage des Büros in unmittelbarer Nähe zu den relevanten Stationen kann gleichzeitig die aufsuchende Arbeit und den Kontakt zu den beteiligten Berufsgruppen erleichtern: *„Unsere Büros sind auch so im Krankenhaus platziert, dass wir mit kurzen Wegen die für uns relevanten Stationen erreichen können“ (IP3, Absatz 20).*

4.1.6 Beruflicher Hintergrund der Babylots*innen

Die beruflichen Hintergründe der Babylots*innen unterscheiden sich: Einige Interviewpartner*innen haben eine medizinische (Pflegefachkraft/ Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger), sozialpädagogische Ausbildung oder beide Qualifikationen erreicht. Je nach beruflichem Hintergrund kann die Verständigung innerhalb der Kooperation aufgrund unterschiedlicher Fachsprachen erleichtert oder gehemmt werden. Eine wichtige Aufgabe für die Babylots*innen ist es deshalb, das medizinische Vokabular zu lernen und die Unklarheiten der sozialpädagogischen Fachsprache gegenüber dem Krankenhauspersonal verständlicher zu machen. Somit stehen der berufliche Hintergrund und die Kommunikation im Krankenhaus in einem engen Zusammenhang.

„Wir haben erst mal viel lernen müssen, weil natürlich die Fachsprache im Krankenhaus primär eine medizinische und nicht eine sozialpädagogische oder sozialarbeiterische ist. (...) Umgekehrt mit unserer sozialarbeiterischen Sprachweise ist's manchmal ein bisschen schwierig, weil wir natürlich manchmal von Dingen sprechen, die die nicht kennen oder von denen die andere Definitionen haben, als wir sie fachlich haben.“ (IP3, Absatz 79)

Gleichzeitig beschreiben die Babylots*innen, dass je nach fachlicher Ausrichtung unterschiedliche Haltungen in der Kooperation aufeinandertreffen, verhandelt und in Einklang gebracht werden müssen:

„Und da ist aber Kommunikation, denke ich auch das A und O und auch einfach, sich kritikfähig zu zeigen und auch offen zu zeigen für Input, wie man seine eigene Arbeit als Babylotse vielleicht noch mal ein bisschen anders strukturieren oder anders fokussieren könnte, um auch die, die Anliegen einfach der Hebammen mit reinzunehmen. Und aber auch an manchem Punkt sagen, nee, wir machen das jetzt so, weil ich das fachlich so für richtig halte. Und auch da finde ich können die das wertschätzen, dass man irgendwie auch einfach seine eigene Fachlichkeit vertritt und auch auf seine eigene Fachlichkeit sich beruft.“ (IP3, Abs. 51)

Die interprofessionelle Zusammenarbeit verlangt deshalb ein großes Maß an gegenseitiger Akzeptanz für unterschiedliche Sichtweisen, insbesondere in der Arbeit mit Patient*innen:

„Also wir gehen davon aus, dass jeder einen guten Grund hat, so zu handeln, wie er oder sie handelt. Und wenn eine Krankenschwester genervt ist, weil die Mutter schon sechs-mal geklingelt hat und wir der Meinung sind, naja, sie braucht das aber auch, sie ist gerade frisch Mutter geworden, dann nehmen wir das trotzdem wertschätzend an, dass die Krankenschwester so genervt ist, da würden wir nie darüber urteilen“ (IP4, Abs. 56)

Eine wertschätzende, offene und akzeptierende Grundhaltung der Babylots*innen gegenüber den Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen sei entsprechend dem Gelingen der Kooperation zuträglich.

4.1.7 Das Gefühl der Entlastung / Mehrarbeit als Gelingensfaktor oder Stolperstein der Zusammenarbeit

Die Babylots*innen beschreiben, dass dem neuen Kooperationsvorhaben von Seiten gleichgestellter Berufsgruppen (Pflegefachkräfte, Hebammen/Geburtshelfer, Sozialdienst) anfänglich aus Sorge vor Mehrarbeit mit größerer Zurückhaltung begegnet wird/wurde. In allen befragten Projekten wurde die Kooperation auf höherer Hierarchieebene entschieden, vorrangig verläuft die Zusammenarbeit aber auf gleicher Hierarchieebene.

„Es gab auch einige, die erstmal so abwartend oder skeptisch waren, was denn diese Babylotsen jetzt machen und wie sich das einfügt in die Versorgung der Patienten. Und auch welche Kompetenzen da in Anspruch genommen werden und auch, wie sich die Zuständigkeiten dann verschieben“ (IP3, Abs. 30).

Gleichzeitig lassen sich zwischen den beteiligten Berufsgruppen unterschiedliche Konstellationen beschreiben: Die Kooperation mit Pflegefachkräften wird als gut funktionierend erlebt. Die Babylots*innen übernehmen Aufgaben, die das Pflegepersonal vorher zusätzlich und teilweise außerhalb der regulären Arbeitszeiten abdecken musste: *„Bevor es uns Babylotsen gab, hat die Pflege sozusagen diese Arbeit mehr oder weniger beiläufig mit übernommen“ (IP1, Abs. 21); „die haben dann nach Feierabend noch geguckt den*

Kinderarzt zu organisieren oder eine Hebamme oder so“ (IP4, Abs. 18). Entsprechend würden die Pflegefachkräfte die Kooperation als Entlastung erleben und ihr sehr offen gegenüberstehen.

Die Zusammenarbeit mit dem klinikinternen Sozialdienst wird unterschiedlich eingeschätzt: In zwei Projekten wird die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst als große Hürde erlebt, da der Kooperation keinerlei Interesse entgegengebracht würde. Die Babylots*innen identifizieren hierfür mehrere Erklärungsstränge: In einer Klinik habe sich der Sozialdienst auch vor Implementierung des Babylotse-Projekts nicht für den Bereich Geburtshilfe verantwortlich gesehen, weshalb eine Anbindung des Projekts an den Sozialdienst als Mehrarbeit in einem neuen Arbeitsbereich verstanden und ihr deshalb ablehnend begegnet wird:

„Ich habe aber keine Berührungspunkte mit dem Sozialdienst in der Klinik, weil der Sozialdienst generell für die Geburtshilfe nie verantwortlich war oder sich nicht verantwortlich gesehen hat. [...] Ich bin dort lediglich angebunden. [...] Und banal ausgedrückt: Man wollte mich dort auch nicht mehr angegliedert haben, weil ich als Mehraufwand in der Abteilung gesehen wurde.“ (IP1, Abs. 19)

In einer anderen Klinik wird der Sozialdienst generell als separiert von anderen Berufsgruppen beschrieben, weshalb auch einer Zusammenarbeit im Babylotse-Projekt, trotz der Nähe der Arbeitsfelder, abwartend begegnet würde: *„Ich glaube, der Sozialdienst wird in den Kliniken etwas stiefmütterlich behandelt. Und es fehlt eben das, die Kommunikation und die Wertschätzung füreinander“ (IP4, Abs. 88). Die anderen beiden Projekte sind, wie bereits beschrieben, räumlich und strukturell an den Sozialdienst angebunden, was für eine gute Zusammenarbeit gewinnbringend sei.*

Die Gruppe der Hebammen ist ein weiterer, wichtiger Kooperationspartner, gleichwohl gibt es hier, insbesondere anfänglich, eine größere Skepsis gegenüber den Babylots*innen. Die Lots*innen geben hier die neue Aufgabe, Anhaltsbögen und Einverständniserklärungen mit den Familien ausfüllen zu müssen, als Grund für ein Gefühl der Mehrarbeit bei den Hebammen an:

„Die Hebammen sind ja für mich halt wichtig, die verteilen die Bögen, sollen ja eigentlich die Gespräche führen und demnach arbeite ich ja eng mit denen [...] Und da hapert es ja noch. [...] Die sagen ganz klar, die schaffen das nicht noch die Anhaltsbogen zusammen mit den Patienten auszufüllen, die sagen halt ganz klar, ‚Wir haben dafür keine Kapazitäten‘.“ (IP2, Abs. 50)

Weiterhin sorgen Überschneidungen im Aufgabenprofil zwischen Hebammen und Babylots*innen für Spannungen.

4.1.8 Konkurrenzgefühle und Abgrenzung der Aufgabenprofile zu anderen Berufsgruppen

Insbesondere die Berufsgruppe der Hebammen hat bei Einführung der Kooperation Sorge, dass ihnen Aufgabenbereiche entzogen werden, was zu Konkurrenzgefühlen der Hebammen und einzelner Pflegekräfte führen kann. Es benötigt einige Zeit, um diese Skepsis abzubauen und das Vertrauen der Hebammen und Pflegekräfte zu gewinnen, damit Aufgaben, die eher im sozialarbeiterischen Bereich liegen, an sie übertragen werden:

„Womit wir am Anfang sehr Schwierigkeiten hatten oder nicht sehr Schwierigkeiten, aber Schwierigkeiten hatten und was auch jetzt immer mal nochmal kurz auftaucht, ist so Kompetenzgerangel. Gerangel ist zu viel gesagt. Aber so die Angst einzelner Berufsgruppen, vor allem der Hebammen bei uns tatsächlich, dass wir Sachen machen, die eigentlich in ihren Aufgabenbereich fallen und denen dann Sachen wegnehmen. Das konnten wir ganz gut ausräumen inzwischen, aber doch blitzt es immer mal wieder auf, dass sie dann auch Sachen machen, die eigentlich mehr eine Aufgabe von der Babylotsin oder von der Sozialarbeiterin wäre.“ (IP3, Abs. 44f.)

Die Arbeit der Babylots*innen ist eng an den Familien, ebenso wie die der Hebammen und der Pflege: *„manchmal habe ich so ein bisschen den Eindruck, dass wir als Rivalen gesehen werden, weil wir doch auch sehr nah an den Eltern dran sind, auch sehr vertrauliche Gespräche mit den Eltern führen“ (IP1, Abs. 30).* Eine Abgrenzung des Aufgabenprofils sei deshalb besonders erforderlich, auch, damit die Pflege/Hebammen keine Aufgaben an den*die Babylots*in übertragen, die eigentlich nicht in deren Aufgabenbereich fallen:

„Tatsächlich ist es aber so, dass man darauf achten muss, gerade mit meinem Hintergrund, sich abzugrenzen auch. Weil ich habe manchmal den Eindruck, die Pflege nutzt es doch ein bisschen aus. Ach, dann könnte man ja noch die Eltern aufklären über den plötzlichen Kindstod oder über die Schlafumgebung oder was sie daheim alles brauchen“ (IP1, Abs. 62).

Für eine sortierte Übergabe der Fallverantwortung sei auch eine klare Abgrenzung des Aufgabenprofils zum Sozialdienst hilfreich, die in den meisten Kliniken bereits definiert wurde:

„Wenn es um Sachen wie Kinderschutz geht, wo immer gut zu prüfen ist, wie weit der Aufgabenbereich der Babylotsen geht und wo dann der Aufgabenbereich der Sozialberatung oder des Sozialdienstes beginnt und da auch zu gucken, braucht es die Gestaltung von Übergängen oder die Abgabe von Fällen an andere Mitarbeiter? Und wenn ja, wie lässt sich das gestalten?“ (IP3, Absatz 87)

4.1.9 Vertikale Hierarchiestrukturen als Gelingensfaktor / Stolperstein

Die Babylots*innen beschreiben eine klare vertikale Hierarchie in der Klinik. Die Ärzt*innen seien den anderen Berufsgruppen auf den Stationen übergeordnet und weisungsbefugt. Gleichzeitig seien die Hierarchien in der Geburtshilfe flacher als in anderen medizinischen Feldern:

„Man merkt schon auch immer noch, finde ich, die Hierarchie, die einfach ein Grundding des Krankenhauses ist [...], dass quasi der Arzt der Oberste ist und dann kommen unten drunter alle anderen. Und das merkt man schon auch, also ich glaube, die Hierarchien sind in der Geburtshilfe und in der Pädiatrie schon flacher als in anderen medizinischen Disziplinen. Aber schlussendlich merkt man schon, dass quasi was der Arzt sagt, das ist das oberste und was die Pflege sagt, kommt dann eher erst als zweites und so. Auch was andere sagen so, der Arzt ist schon immer noch irgendwie der Oberchef, so“ (IP3, Abs. 71)

Diese Position spiegelt sich auch in alltäglichen Arbeitsabläufen der Babylots*innen wider, in denen die Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes priorisiert wird: *„Ja, es kann natürlich sein, dass in so einem Gespräch*

mal jemand reinplatzt. Also tatsächlich hier im Hause handhaben wir das so, dass die Ärzte Vorrang haben. Das heißt, wenn die Visite reinkommt oder so, dann gehen wir raus“ (IP4, Abs. 72)

Insgesamt bewerten die Babylots*innen die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten (Chefärzt*innen, Oberärzt*innen) und Assistenzärzt*innen als gut und betonen, ihnen würde großes Interesse entgegengebracht. Aufgrund der steilen Hierarchien könne eine Unterstützung von Seiten der Ärzt*innen dem Babylotse-Projekt besonders zuträglich sein und eine Einbindung in die Klinikstrukturen begünstigen: *„Ganz wichtig für uns natürlich auch, dass wir den Rückhalt haben von unserem Vorgesetzten. Das trägt auch zu einem guten Gelingen bei“ (IP1, Abs. 88)*. Gleichzeitig können die steilen Hierarchien im klinischen Alltag die Etablierung der Zusammenarbeit behindern, wenn nur wenig oder keine Unterstützung des Projekts durch die vorgesetzten Ärzt*innen käme: *„Ich habe da nicht den Rückhalt. Er ist mein Koordinator und er müsste eigentlich sagen als Chefarzt hier zu den Hebammen, ‚Ihr füllt die Bögen aus, das ist wichtig‘. [...] Da finde ich könnte die Zusammenarbeit auch deutlich besser sein.“ (IP2, Abs. 50)*

Eine untergeordnete Rolle kommt der Klinikleitung in der täglichen Arbeit zu. Sie wird bei der Implementierung und Refinanzierung des Projektes eingebunden. Die Babylots*innen äußern hier den Wunsch einer stärkeren Beteiligung der Klinikleitung und insbesondere einen regelmäßigen Austausch zwischen Klinikleitung und dem Netzwerk Frühe Hilfen: *„Ich finde, es bräuchte ein regelmäßiges Treffen mit den Frühen Hilfen und mit den beiden kaufmännischen Direktoren von den Kliniken“ (IP1, Abs. 77)*.

4.1.10 Vernetzung als Strategie der Kooperationsverankerung

Um die Etablierung der Zusammenarbeit zu unterstützen folgen alle Babylots*innen der Strategie einer möglichst breiten Vernetzung innerhalb und außerhalb der Klinik. Dazu gehören die Vorstellung des Projekts in Dienstbesprechungen möglichst aller Berufszweige, ein regelmäßiger Austausch, anonyme Fallbesprechungen und regelmäßige, interdisziplinäre Teamsitzungen in der Klinik. Die Präsenz der Babylots*innen auf den Stationen fördere gleichzeitig die Vernetzung zwischen den Kooperationspartner*innen: *„Ich glaube, der Schlüssel ist da tatsächlich eben die ständige Präsenz auf der Station. Wir sind jeden Tag auf der Station. Wir sind meistens auch mehrere Stunden am Tag auf Station. Und zeigen uns da, wie gesagt, einfach sehr ansprechbar“ (IP3, Absatz 77)*.

4.1.11 Eine Vermittler*innenfunktion als Strategie der Kooperationsverankerung

Die Vorstellung des Projekts impliziert, wie bereits beschrieben, stets auch die Vermittlung der eigenen Tätigkeiten und Aufgaben, um den Mehrwert des Projekts für die Mitarbeitenden der Klinik ersichtlich zu machen: *„Und das hat dann auch seine Zeit gedauert, bis wir da alle überzeugen konnten, dass wir einerseits niemandem etwas wegnehmen, andererseits tatsächlich eine Bereicherung für die Patienten und auch fürs Personal sind“ (IP3, Abs. 30)*.

Darüber hinaus hat Vermittlung im Projekt Babylotse noch weitere Dimensionen, die ihr eine besondere Funktion als Strategie der Kooperationsverankerung und Legitimation der eigenen Funktion einräumen:

Die Lots*innen vermitteln zwischen anderen Berufsgruppen in der Klinik (beispielsweise Ärzt*innen und Pflegepersonal) und zeigen hier eine besondere Bereitschaft sich derer Anliegen und Belastungen anzunehmen:

„Und dann sehen wir tatsächlich auch unsere Aufgaben als Babylotsen darin, was ich vorher gar nicht so vermutet hatte, aber so sicherzustellen, dass jeder sich gehört fühlt, auch jeder so mit seinen Ängsten sich gehört fühlt oder mit seinen Bedenken sich gehört fühlt. Und aber immer im Blick zu behalten, dass alle relevanten Stellen alles wissen. Da übernehmen wir schon auch immer eine Vermittlungsaufgabe, was jetzt gar nichts direkt mit dem Patienten zu tun hat, aber für die korrekte Behandlung und die gute Behandlung einfach auch wichtig ist.“ (IP3, Absatz 54)

Gleichzeitig vermitteln die Lots*innen zwischen Mitarbeiter*innen der Klinik und Patient*innen: *„Also tatsächlich manchmal so ein bisschen Sprachrohr der Eltern, also aber auch manchmal Sprachrohr der Krankenschwestern [...] Weil manchmal der Blick füreinander fehlt“ (IP4, Abs. 82).*

Ein*e Babylots*in erklärt die Vermittlungsaufgabe als *„Übersetzungsarbeit“ (IP3, Abs. 79)*. Dabei wird versucht, den Familien die medizinischen Inhalte durch eine einfache Sprache verständlich zu machen.

Neben der klinikinternen Vermittlungsfunktion übernehmen die Babylots*innen des weiteren eine vermittelnde Rolle bei der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren des Gesundheits- und des Sozialwesens. Die Vermittlung der eigenen Tätigkeit an externe Kooperationspartnerinnen gestaltete sich für die Babylots*innen als anspruchsvolle und zeitaufwendige Aufgabe. Um die Kooperation erfolgreich zu gestalten, waren umfangreiche Recherchearbeiten und zahlreiche Termine mit den beteiligten Parteien erforderlich. Die Babylots*innen wünschen sich allerdings eine stärkere Unterstützung und Institutionalisierung von Austauschtreffen zwischen den Geburtskliniken und Trägern der Frühen Hilfen:

„Was für mich so ein bisschen fehlt bei dem Ganzen, wäre so ein interdisziplinäres Treffen mit den ganzen Außenstellen und mit dem Netzwerkpartner, wo man sich austauschen kann. Ich gehe dann zwar in einzelne Sitzungen rein, auch online, aber dass man sich mal im Gesamten treffen würde, das wäre für mich tatsächlich nochmal ein wichtiger Part.“ (IP1, Abs. 51)

4.1.12 Proaktive, wertschätzende Haltung der Babylots*innen in ihrer Arbeit

Die Babylots*innen beschreiben, dass sich zur Etablierung und Verankerung der Zusammenarbeit und zur Erleichterung eigener Arbeitsabläufe eine ständige Präsenz auf den Stationen und große Offenheit gegenüber Gesprächsbedarfen der dortigen Kooperationspartner*innen bewährt hat: *„Und also die, die Babylotsenausbilderinnen haben gesagt, es ist wie täglich Betten machen. Und es ist tatsächlich so bei den 60 Hebammen und Krankenschwestern“ (IP4, Absatz 32)*. Die Interviewpartner*innen gehen proaktiv mit dem Personal und den Familien in Kontakt und zeigen umfängliche Gesprächsbereitschaft. Sie passen sich dabei den Bedürfnissen der anderen Berufsgruppen an:

„Also was sich für uns bewährt hat, ist einfach eine ständige Ansprechbarkeit zu symbolisieren, auch wenn es einem vielleicht gerade gar nicht so gut passt. Jetzt sich die Sorgen jeder Schwester anzuhören, Sorgen in Bezug auf die Patienten, weil man selber einen stressigen Tag hat oder weil

da einfach viel zu tun ist oder so. Aber uns ist es schon sehr wichtig und eine große Priorität, dass jeder, der uns ansprechen möchte, vom Personal, dass wir für den auch uns Zeit nehmen und ein offenes Ohr haben, weil wir einfach deren Ansichten und auch deren Einblicke, die wir nicht immer so haben wie die, sehr schätzen und die auch als wichtigen Beitrag zu unserer Arbeit sehen. [...] Also, das hat sich bei uns wirklich sehr bewährt, dass wir uns da immer offen zeigen und immer ansprechbar zeigen.“ (IP3, Absatz 43)

Den Babylots*innen liegt auch im Kontakt mit den Familien ein proaktives Selbstverständnis ihrer Arbeit zu Grunde: In zwei der Kliniken werden Patientinnen unabhängig von einer möglichen Belastung aufgesucht, um sie mit dem Angebot vertraut zu machen und mögliche Lücken in der Bedarfsprüfung durch das Personal auf den Stationen zu schließen.

4.2 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit fügen sich in die Forschungsliteratur zu Lotsentätigkeiten und den bereits identifizierten Stolpersteinen und Gelingensbedingungen zur Etablierung der Zusammenarbeit im Projekt Babylotse ein. Insbesondere in Bezug auf die jüngste Forschungsarbeit von Andresen/Althaus/Dietz zum Projekt Babylotse Frankfurt a. Main lassen sich auch aus standortübergreifender, vergleichender Perspektive zahlreiche Parallelen ziehen: Die Babylots*innen weisen ebenfalls auf die komplexe und herausfordernde Kommunikation in Kliniken hin, die strukturell wenig unterstützt und kaum systematisch verankert wird, sondern auf dem kurzen Dienstweg oder auch außerhalb der Arbeitszeiten der Beteiligten stattfindet. Einzelne, motivierte Mitarbeitende tragen dabei die Kooperation maßgeblich, wie es Andresen/Althaus/Dietz für das Projekt Babylotse Frankfurt a. Main, aber auch Gahleitner/Homfeldt in Bezug auf die Kooperation im Kontext Früher Hilfen bereits feststellen (vgl. Andresen/Althaus/Dietz 2022:76; Gahleitner/Homfeldt 2012: 37, 45). Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit weisen ferner darauf hin, dass nicht nur einzelne, motivierte Kräfte die Kooperation stärken, sondern insbesondere die Unterstützung durch höhergestellte Angestellte wie Ärzt*innen dabei aufgrund der steilen Hierarchien im Kliniksystem förderlich ist. Auch Hürden, die durch unterschiedliche berufliche Hintergründe und damit einhergehenden Haltungen und Fachsprachen entstehen, werden durch die vorliegenden Ergebnisse bekräftigt. Sie erfordern eine besondere Leistung der Verständigung und des gegenseitigen Verständnisses. Schließlich lässt sich eine weitere Parallele im Selbstverständnis der Babylots*innen in ihrer Arbeit ziehen: Auch in der standortübergreifenden Perspektive wird eine hohe, unaufdringliche Präsenz der Babylots*innen auf den Stationen als Strategie der Kooperationsetablierung und -verfestigung angegeben, ebenso wie eine fortwährende Aufklärung über und Vermittlung der eigenen Tätigkeiten (Andresen/Althaus/Dietz 2022: 74).

Neben den Parallelen zur bestehenden Forschungsliteratur lassen sich weitere Ergebnisse aus der standortübergreifenden Perspektive ableiten, weshalb ein Beitrag zu einer tiefergehenden Erforschung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext von Lotsendiensten im stationären Setting geleistet werden kann. Die Lots*innen bestätigen nicht nur die fortwährende Aufklärung über die eigene Tätigkeit, sie beschreiben

eine weitreichendere Vermittlungsfunktion, die ihnen in der Kooperation obliegt und sie von den anderen Kooperationsbeteiligten unterscheidet. Entsprechend kann von einer Sonderrolle gesprochen werden, die die Lots*innen in der interprofessionellen Zusammenarbeit übernehmen. Ihre Vermittlungsaufgabe geht in alle Richtungen: Sie vermitteln zwischen Patient*innen und Klinikpersonal, zwischen Angestellten der Klinik und zwischen der Klinik und dem Netzwerk Frühe Hilfen. Insofern leistet die vorliegende Studie einen Beitrag zur Schärfung des Profils und zur Bildung einer eigenen Identität der Babylots*innen in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen innerhalb und außerhalb der Klinik.

Die Babylots*innen sind grundsätzlich abhängig von einer gelingenden Kooperation mit anderen Berufsgruppen, insbesondere den Pflegekräften, Hebammen und teilweise auch der Ärzt*innenschaft beim Erkennen und Weiterleiten potenzieller Patient*innen (vgl. Andresen/Althaus/Dietz 2022: 76). Hierbei ordnen sich die Ergebnisse lückenlos in die Hürden und Gelingensbedingungen ein, die auch Seckinger und van Santen für Kooperationen allgemein identifizieren (s. Auflistung der Hürden/Gelingensbedingungen nach Seckinger/van Santen S. 5f.). Gleichzeitig können auch hier spezifische Hürde bzw. Gelingensfaktoren für die Kooperationskonstellation im Projekt Babylotse herausgestellt werden. So sind nicht nur Gefühle der Mehrarbeit für die Kooperationsmotivation hemmend, auch Konkurrenzgefühle zur Berufsgruppe der Hebammen erschweren die Zusammenarbeit aufgrund der Nähe mancher Aufgabenfelder von Lots*innen und Hebammen.

Insgesamt ergänzen die Ergebnisse also existierende Forschungserkenntnisse und geben spezifische Hinweise für eine Kooperation im Projekt Babylotse. Für eine weitere Vertiefung der Forschungsperspektive wäre die Einbindung weiterer Babylotse-Standorte, bei denen die Babylots*innen über einen freien Träger angestellt sind, hilfreich. Dadurch könnten Thesen bezüglich der zusätzlichen Hürden, die durch die Anstellung bei einem Fremddienst entstehen, unterstützt oder entkräftet werden. Zur Einschätzung dessen, wieviel Zeit die Etablierung einer neuen Kooperation im stationären Setting in Anspruch nimmt, wäre ferner eine Befragung derselben Babylots*innen in größeren Abständen vielversprechend. In standortübergreifender Perspektive wäre zusätzlich eine Einbeziehung der kooperierenden Berufsgruppen in die Beschreibung und Bewertung der interprofessionellen Zusammenarbeit interessant, was in diesem Bericht bewusst vernachlässigt wurde, um der Expertise der Lots*innen in ihrer besonderen Funktion im Kooperationsgefüge Rechnung zu tragen.

4.3 Zehn abschließende Thesen zu den Forschungsergebnissen

Abschließend sollen in Abgleich der Ergebnisse mit der bestehenden Forschungsliteratur zehn Thesen eine fokussierende Zusammenfassung bieten:

1. Die Anstellung der Babylots*innen in der Klinik erleichtert die Etablierung des Projekts, da der Austausch mit kooperierenden Berufsgruppen und die Informationsweitergabe nicht durch

Datenschutzvorgaben gestört und ein stärkeres Teamgefühl durch Zugehörigkeit zum selben Arbeitgeber geschaffen wird.

2. Durch die inhaltliche und räumliche Anbindung des Projekts an eine Berufsgruppe/Station (z.B. Sozialdienst) wird das Zugehörigkeitsgefühl durch kurze Kommunikationswege und aktive Einbindung in Klinikabläufe noch unterstützt, was der Etablierung der Kooperation ebenfalls zuträglich ist.
3. Eine proaktive, wertschätzende Haltung der Babylots*innen ist ein Gelingensfaktor für die Etablierung und Verankerung des Projekts, was durch möglichst viel Präsenz auf den Stationen und eine stetige Ansprechbarkeit für kooperierende Berufsgruppen angestrebt wird.
4. Verschiedene Fachsprachen und Haltungen zwischen Sozialpädagog*innen und Mediziner*innen werden als Stolperstein für die interprofessionelle Zusammenarbeit wahrgenommen und können die Kooperation hemmen / verlangen ein besonderes gegenseitiges Einfühlungsvermögen und Akzeptanz.
5. Die Personalstrukturen in den Kliniken (Arbeit im Schichtsystem, Personalfuktuation, Personalmangel) und damit einhergehende knappe Zeitressourcen der kooperierenden Berufsgruppen erschweren den Kooperationsprozess.
6. Die Babylots*innen haben eine besondere Vermittler*innenrolle in der Kooperation inne: Sie vermitteln kontinuierlich ihre eigene(n) Tätigkeit(sbereiche), zwischen Berufsgruppen und zwischen klinikinternen und -externen Partner*innen. Diese Rolle verleiht ihrer eigenen Funktion eine besondere Legitimation und dient der Verankerung des Projekts in der Klinik.
7. Einzelne, motivierte Mitarbeitende und/oder Vorgesetzte können positiv oder negativ auf das Gelingen des Projekts wirken. Insbesondere höhergestellte Personen können das Gelingen der Kooperation maßgeblich fördern.
8. Ein systematisierter und strukturell verankerter Austausch wird durch das Kliniksystem nicht gefördert, was die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert. Entsprechend ist ein regelmäßiger Austausch der Berufsgruppen auf dem kurzen Dienstweg in der Kooperation notwendig.
9. Die Überschneidung der Aufgabenprofile zwischen Hebammen und Babylots*innen kann zu Konkurrenzgefühlen führen und die Zusammenarbeit stören, weshalb die Grenzen der jeweiligen Tätigkeitsbereiche transparent und behutsam an die Hebammen herangetragen werden sollten.
10. Das Interesse für die jeweiligen Aufgabenbereiche der Klinikmitarbeitenden, Offenheit füreinander und gegenseitiges Vertrauen sind essenzielle Faktoren für das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit.

5. Strategien zum Transfer der Ergebnisse in die Praxis

Es sind mehrere Schritte geplant, um die Ergebnisse des Forschungsprojekts für die Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen und Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren:

Im Januar 2023 wurden erste Ergebnisse dieses Berichts im Rahmen einer Posterpräsentation an der Hochschule Bremen präsentiert. Die Fachöffentlichkeit und Praxispartner*innen hatten die Möglichkeit sich über die Ergebnisse zu informieren und erste Einblicke in die Forschungsergebnisse zu erhalten.

Den interviewten Babylots*innen sowie dem Praxispartner Caritas Bremen wird die Forschungsarbeit Anfang April ausgehändigt. Im Zuge eines Treffens der Begleitgruppe des Babylotse-Projekts am St. Joseph Stift Bremen ist eine Präsentation der Ergebnisse für Mai geplant. Gleichzeitig wird eine bundesweite Verbreitung der Ergebnisse über den Qualitätsverbund Babylotse e.V. und das Netzwerk Frühe Hilfen, einerseits durch Publikation des Forschungsberichts und durch Präsentation der Ergebnisse während eines bundesweiten Austauschtreffens der Babylots*innen angestrebt.

Literaturverzeichnis

Andresen, Sabine; Althaus, Nadja; Dietz, Tatjana (2022): Neugeborene willkommen heißen und ihre Familien unterstützen. Eine empirische Studie zu Frühen Hilfen und dem Lotsendienst „Babylotse Frankfurt am Main“. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Bertsch, Bianca; Seckinger, Mike (2016): Kooperation im Sinne des Kinderschutzes. Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation des BKiSchG. In: unsere jugend, 68. Jg., S. 307-315. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Buschhorn, Claudia; Karsunky, Silke (2020): Frühe Hilfen in Familie. In: Ecarius, J.; Schierbaum, J. (Hrsg.): Handbuch Familie. Erziehung, Bildung und pädagogische Arbeitsfelder. Wiesbaden: Springer VS, 1-21.

Fischer, Jörg; Geene, Raimund (2019): Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V.

Gahleitner, Silke B.; Homfeldt, Hans Günther (2012): Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für die Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Gläser-Zikuda, Michaela; Stephan, Melanie; Hofmann, Florian (2022): Qualitative Auswertungsverfahren. In: Reinders, H.; Bergs-Winkels, D.; Prochnow, A.; Post, I. (Hrsg.): Empirische Bildungsforschung. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS, S. 237-251.

Hippmann, Franzisca; Thyen, Ute (2021): Sichere Versorgungswege durch Lotsensysteme in der Geburtshilfe. In: Public Health Forum 2021; 29(2): 144-147. Berlin: De Gruyter.

Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Verlag.

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Lause, Simone (2022): Babylotse Bremen. Online abgerufen am 26.08.2022. <https://www.caritas-bremen.de/beratung-hilfe/caritas-erziehungshilfe/babylotsen/babylotsen>.

Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen (2015): Empfehlung der Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen zur Kooperation der Frühen Hilfen mit Geburts- und Kinderkliniken. Online abgerufen am 23.10.2022. Baden-Württemberg: o.V.: S. 5-11. <https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/jugend/Fruhe_Hilfen/Bundesinitiative_Fruhe_Hilfen/Empfehlungen_zur_Kooperation_der_Fruhe_Hilfen_mit_Geburts-und_Kinderkliniken_FH-GKiK_Stand__17.06.2015.pdf>

Meuser, Michael, Ulrike Nagel (1991): ExpertInneninterviews. Vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdt. Verlag: 441-471.

Müller, Günter F.; Nachreiner, Friedhelm (1981): Kooperationsförderung bei Führungskräften in Organisationen. In: W. Grunwald; H.G. Lilge (Hrsg.): Kooperation und Konkurrenz in Organisationen. Bern, Stuttgart: Haupt, 274-290.

o.V. (2021): Qualitätsrahmen Programm Babylotse. Qualitätsverbund Babylotse e.V. URL: <https://qualitaetsverbund-babylotse.de/wp-content/uploads/2021/09/QV-EXT-Qualita%CC%88tsrahmen-Programm-Babylotse-2021-04-26-04-0.pdf>. Datum des Zugriffs: 08.03.2023.

Pawils, Silke; Siefert, Sönke; Metzner, Franka (2017): Babylotse Hamburg – Kontrollgruppenvergleich zur Evaluation der Wirksamkeit. In: Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie 2017; 221(S 01). Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. E1-E113.

Pawils, Silke; Kolodziej, Désirée; Siefert, Sönke; Metzner-Guczka, Franka (2022): Selbstwirksamkeitserwartungen als Outcome zur Wirksamkeitsmessung in der Familienintervention „Babylotse ambulant“ in Frauenarztpraxen. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2022; 72(07). Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 306-315.

Ramin, Sybille; Thierfelder, Nadja (2022): Verantwortungsgemeinschaft im Kinderschutz. Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen – ein Praxisbeispiel. In: Sozial Extra 2 2022: 145-147. Wiesbaden: Springer VS.

Renner, Ilona; Paul, Mechthild (2021): „Lotsendienste zur Stärkung von Familien. Gelingensbedingungen für den Ausbau in Kliniken. In: Public Health Forum 2021; 29(2): 141-143. Berlin: De Gruyter.

Schärli, Marianne; Müller, Rita; Martin, Jacqueline S.; Spichiger, Elisabeth; Spirig, Rebecca (2017): Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft. In: Pflege (2017), 30(2), 53-63. Göttingen: Hogrefe.

Schmenger, Sarah; Schmutz, Elisabeth; Backes, Jörg; Scharmanski, Sara (2020): Zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (D J I) (Hrsg.). Köln: Kern GmbH (Druck).

Seckinger, Mike (2015): Kooperation in Netzwerken Früher Hilfen. In: Sozial Extra 1 (2015): Durchblick Frühe Netze, S. 45-47. Wiesbaden: Springer VS.

Seckinger, Mike (2001): Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 4, S. 279-292. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou (2018): Babylotse Kompakt. Für Interessierte aus Kliniken, Arztpraxen, Kommunen, Jugendhilfeträgern und Förderinstitutionen. Hamburg: o.V.

Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou (2022): Babylots*innen in Deutschland. URL: <https://www.seeyou-hamburg.de/kinder-familien/babylotse-in-deutschland/>. Datum des Zugriffs: 08.03.2023.

Stahl, Katja; Agricola, Caroline J. (2021): Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von Hebammen. In: Public Health Forum 2021; 29 (2): 166-169. Berlin: De Gruyter.

van Santen, Eric; Seckinger, Mike (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut.

von Kardorff, Ernst (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.): Netzwerkintervention. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 2. Tübingen: dtv-Verlag.

Westrin, Claes-Göran (1986): Primary Health Care: Cooperation between Health and Welfare Personnel.
In: Scandinavian Journal of Social Medicine, 15 (38), 3-73.

Anhang

Anhang 1 – Netzwerkkarte.....	27
Anhang 2 – Übersicht der Erfolgsfaktoren und Stolpersteine.....	28
Anhang 3 – Interviewleitfaden.....	31
Anhang 4 – Kategoriensystem.....	38

Anhang 1

Netzwerkkarte Forschungsprojekt „Babylotse“

*Bitte tragen Sie in die vorliegende Grafik (Netzwerkkarte) ihre Kooperationspartner*innen ein. Je wichtiger ein*e Kooperationspartner*in ist, desto näher wird er*sie an ihr Projekt (die Kreismitte) eingezeichnet. Geben Sie bitte den Namen der beteiligten Berufsgruppen/Organisationen an.*

x1:

x2:

x3:

x4:

x5:

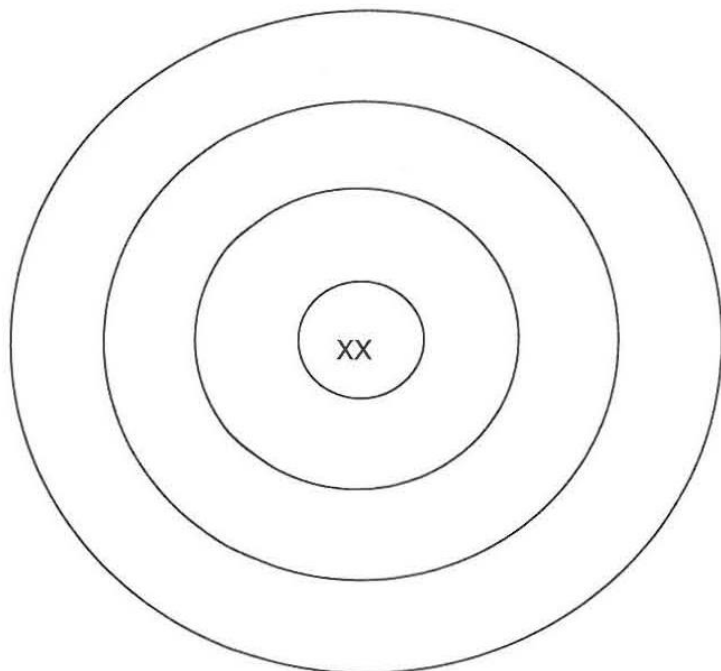
x6:

x7:

x8:

x9:

x10:



Anhang 2

Übersicht der Erfolgsfaktoren und Stolpersteine laut Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen (Baden-Württemberg)

„Erfolgsfaktoren:

- Verständigung auf ein gemeinsames verbindliches Ziel
- Maßgebliche Entscheidungsträger*innen: Ärztliche, pflegerische und Verwaltungsleitung der Klinik, Sozialdienst, Entscheidungsträger*in der Kommune (Frühe Hilfen)
- Differenzierung zwischen verschiedenen Kooperationsebenen: strukturelle Ebene, fallübergreifende Ebene, einzelfallbezogene, operative Ebene
- Gemeinsame Grundhaltung: Kinderrechte fördern, Eltern begleiten, wertschätzen und unterstützen. Vertrauen in die Fachkräfte, die Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion wahrnehmen
- Gegenseitiges Systemverständnis wecken und fördern
- Gegenseitige Wertschätzung und persönliche Akzeptanz entwickeln
- Feste Ansprechpersonen
- Ausreichende zeitliche Ressourcen der Ansprechpersonen
- Auf der Basis bereits vorhandener Strukturen ansetzen
- Kooperation in den Frühen Hilfen zwischen Prävention und Kinderschutz
- Klare Vorgaben zur Fallübergabe und Fallverantwortung bei Frühen Hilfen (und in Kinderschutzfällen)
- Regelungen zur Informationsübermittlung/Datenschutz/Wahrung der Intimsphäre
- Kooperation als Bestandteil einer umfassenden kommunalen Strategie im Bereich der Frühen Hilfen
- Interkulturelle Kompetenz

Stolpersteine:

- Verschiedene Professionen, in unterschiedlichen Strukturen und mit unterschiedlichen (Fach-)Sprachen
- Fehlende zeitliche und/oder finanzielle Ressourcen
- Keine verbindliche gesetzliche Verpflichtung
- Hohe personelle Fluktuation/mangelnde persönliche Kontinuität in der Kooperation
- Fehlende Beachtung der strukturellen Rahmenbedingungen
- Mangelnde Verbindlichkeit
- Versteckter oder offener Dissens zum Verhältnis Frühe Hilfen – Kinderschutz
- Fehlende oder nicht hinreichend konkrete Regelungen zur „Übergabe“ und Fallverantwortung

- Zeitdruck und Ungeduld
- Zu hohe Erwartungen an eine Kooperationsvereinbarung führen zu Enttäuschungen
- Fehlende Möglichkeiten zur Partizipation der Beteiligten können zu Missverständnissen führen
- Fehlende geeignete Rückmeldung an das Gesundheitswesen“

(Landessteuerungsgruppe Frühe Hilfen 2015: 5-11)

Anhang 3

Interviewleitfaden Forschungsarbeit zu dem Thema:

„Erfolgsfaktoren und Stolpersteine in der interprofessionellen Zusammenarbeit in stationären Settings der Frühen Hilfen am Beispiel von ‚Babylotse‘“

Block I: Hauptkategorie „Einstieg“				
Unterkategorie „Beruflicher Hintergrund“; „Stand des Projekts“				
Leitfragen	Check / Unterfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Hypothesen	Notizen
<p>1. Erzählen Sie bitte ein bisschen zu sich und Ihrem beruflichen Werdegang, bei welchem Träger sind Sie angestellt, wie lange schon, seit wann arbeiten Sie für Babylotse, wie viele Stunden pro Woche? Wie viele andere Babylots*innen arbeiten mit Ihnen im Team?</p> <p>2. Seit wann läuft das Babylots*innenprojekt in dem Sie arbeiten?</p>	<p>Fachsprache und Verständnis der Professionen Motivation für den Beruf</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p>	<p>Die Babylots*innen kommen aus unterschiedlichen Professionen, was ihr Verständnis der Arbeit prägt (Hebammen, Sozialarbeiter*innen). (vgl. Andresen/Althaus/Dietz 2022: 69-71; 74f.)</p>	
<p>3. Würden Sie sagen, dass Sie hier angekommen sind? An welchem Punkt steht das Projekt aus Ihrer Sicht zurzeit?</p>	<p>Grad der Etablierung des Projekts</p>	<p>Welche Rolle spielt für sie...dabei?</p>	<p>Die Etablierung des Projekts ist/war schwergängig. Die institutionelle Anbindung ist entscheidend für den Kooperationserfolg. (vgl. Seckinger/van Santen 2003: 350-351)</p>	

Block II: Hauptkategorie „Beteiligte Personen und Institutionen in der Zusammenarbeit				
Unterkategorien: "Klinikaufbau/ Babylotsinneneinbindung darin"; „Beteiligte Berufsgruppen intern, welche besonders involviert“				
Leitfragen	Check / Unterfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Hypothesen	Notizen
4. Beschreiben Sie den Aufbau der Klinik, in der Ihr Projekt ansässig ist, anhand von Hierarchien und beteiligten Berufsgruppen.	Hierarchien, Räumlichkeiten, Wege	Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?	Starke Hierarchien erschweren/verlangsamen die Prozesse in der interprofessionellen Zusammenarbeit. (vgl. Andresen/Althaus/Dietz 2022:71)	
5. Welche Berufsgruppen sind in der Zusammenarbeit besonders beteiligt und wie erleben Sie die Offenheit für konkrete Kooperationen? Gibt es Unterschiede zwischen den Berufsgruppen? Gibt es bestimmte Personen, die stärker in Erscheinung treten?	Zeigen sich Einzelpersonen oder Berufsgruppen engagiert? Wird Kooperation als Mehrarbeit oder Entlastung empfunden?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?	Die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit scheitert an der Arbeitsbelastung und an nicht verfügbarer Zeit (vgl. ebd. 73; Seckinger). Die Zuständigkeiten zwischen den Berufsgruppen sind den Beteiligten nicht klar oder transparent.	

Block III: Hauptkategorie „Qualität der Zusammenarbeit“				
Unterkategorien: „Kommunikation“; „Kommunikation extern“; „Gegenseitiges Verständnis“				
Leitfragen	Check / Unterfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Hypothesen	Notizen
<p>6. Wie würden Sie die Kommunikation zwischen den Beteiligten beschreiben? (Wurden alle Berufsgruppen erwähnt?)</p> <p>Was sind Ihre Erfahrungen (gerne an Beispielen) in der Kooperation mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hebammen - Ärzt*innen - Sozialdienst - Pflegekräften - Klinikleitung - Anderen? - Externen? <p>7. Gibt es regelmäßige Treffen und wie können diese beschrieben werden? Wer nimmt daran teil? Wer fehlt und sollte teilnehmen?</p> <p>8. Was funktioniert gut mit wem und warum? Was macht ihrer Meinung nach gelingende Zusammenarbeit aus?</p> <p>9. Kommen alle Fachkräfte gleichermaßen zum Zuge?</p>	<p>Probleme und Erfolge in der Kommunikation</p> <p>Konflikte zwischen Berufsgruppen, mit welchen besonders?</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p> <p>Erinnern Sie dazu eine konkrete Situation?</p>	<p>Die interprofessionelle Zusammenarbeit gestaltet sich konfliktreich.</p> <p>Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann durch hohe Fluktuation der Mitarbeitenden schwer gelingen.</p> <p>Die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit ist gering.</p> <p>Es gibt kein einheitliches Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. Seckinger/van Santen 2003: 337)</p> <p>Die interprofessionelle Zusammenarbeit hängt von individuellem Engagement ab. (vgl. Seckinger/van Santen 2003: 341-344)</p>	

<p>10. Wie kann die Kommunikation im Rahmen der Lots:innen-tätigkeit mit Beteiligten außerhalb der Klinik beschrieben werden? (Wer ist beteiligt und wie?)</p>			<p>Die Kommunikation nach Außen ist schwierig, da sehr viele Akteure beteiligt sind.</p>	
<p>11. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um den Mitarbeitenden der Klinik die Arbeit der Babyslots*innen zu erklären? Mit welchem Erfolg? Gibt es sprachliche Hürden durch unterschiedliche Fachsprachen (Fremdsprachlichkeit? Nur drin lassen, falls tatsächlich unterschiedliche Fremdsprachen gemeint sind)</p>	<p>Fortbildungen, Jours Fixes</p> <p>Missverständnisse durch Fachsprachen und Fremdsprachlichkeit</p> <p>Verständnis Medizin/Pädagogik</p>	<p>Können Sie... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?</p>	<p>Die verschiedenen Fachsprachen erschweren die Zusammenarbeit.</p>	

Block IV: Hauptkategorie „Grad der Formalisierung der Zusammenarbeit“				
Unterkategorie „Beruflicher Hintergrund“; „Stand des Projekts“				
Leitfragen	Check / Unterfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Hypothesen	Notizen
12. Wie läuft die Meldung an die Babylots*innen?	Direktmeldung, Anhaltbogen	Welche Rolle spielt für sie...dabei?	Klare Strukturen vereinfachen die Zusammenarbeit. Ein Anhaltbogen erreicht mehr Eltern als die Direktmeldung.	
13. Wie und wann können Sie mit den Eltern in Kontakt treten?	Zeiträume am Stationsbett	Wie war das für Sie?	Die Eltern haben nur wenig Zeit, um mit den Babylots*innen zu sprechen. Die Koordination der Berufsgruppen im Stationsalltag gelingt nicht, sodass die Babylotsinnen wenig Zeit mit den Eltern finden.	
14. Gibt es Handlungsleitfäden und gemeinsame Formblätter?		Können Sie... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?	Gemeinsame Handlungsleitfäden vereinfachen die interprofessionelle Zusammenarbeit.	
15. Wie sind die Absprachen und Zuständigkeiten? (Sind diese allen klar?)	Thema Datenschutz Kinderschutzfälle/Sozialdienst	Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?	Die Krankenhausmitarbeitenden fühlen sich nicht zuständig für die Überleitung in die Frühen Hilfen. Die Zuständigkeiten sind nicht allen klar, was dazu führt, dass die Babylots*innen nicht immer eingebunden werden oder	

			<p>Mehrarbeit entsteht, weil Berufsgruppen unnötig eingebunden werden.</p> <p>Klare Informationsstrukturen/eine gemeinsame Informationskultur verbessern die Interprofessionelle Zusammenarbeit. (vgl. Seckinger/van Santen 2003: 345f.)</p>	
16. Welche gemeinsamen Ziele gibt es?			Es wurden keine gemeinsamen Ziele formuliert.	
17. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen in der Zusammenarbeit?		Können Sie... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?		
18. Was läuft Ihrer Meinung nach gut in der Zusammenarbeit? Was sind Aspekte, die zum Gelingen des Projekts beitragen? An welchen Stellen hakt es? Warum? Was fehlt?		Erinnern Sie dazu eine konkrete Situation?		

Block V: Hauptkategorie: „Ziele/Wünsche/Ausblick“; „Abschluss“				
Leitfragen	Check / Unterfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Hypothesen	Notizen
19. Welche Wünsche der Babylots*innen gibt es an die Zusammenarbeit? Haben Sie noch Punkte, die Sie ansprechen möchten? Ist für Sie noch ein Thema offengeblieben? Möchten Sie noch etwas ergänzen?				
20. Ich bedanke mich, dass Sie sich für das Gespräch Zeit genommen haben.				

Anhang 4

Kategoriensystem Forschungsprojekt „Babylotse“

Hauptkategorien	Subkategorie	Kurze Definition	Beispiel aus dem Material	Thesen
1. Kommunikation				
	1.1 Grad der Formalisierung	Regelmäßige Treffen (Kooperationstreffen) Formblätter Handlungsleitfäden Gemeinsam formulierte Ziele Datenschutz/Akteneinsicht	<p>„Wenn das oberste Ziel, dem Chef und allen gleich zum Glück, dass es irgendwie Familien gut gehen soll und dass Familien gut betreut sind.“ (IP3, Absatz 56)</p> <p>„Regelmäßige Treffen eigentlich selten. Wir sind so einmal im Jahr, sind wir bei der Teamsitzung von der Pflege Mutter-Kind-Station dabei einfach zum Austausch. Einmal so abgetrennt vom Alltag zu gucken, wie funktioniert die Zusammenarbeit. Gibt es Wünsche der Pflege an uns, wie wir etwas anders machen sollen? Gibt's Wünsche von uns an die Pflege, wie Sachen anders laufen sollen? Das man da einfach guckt, dass jeder bekommt, was er braucht aus der Zusammenarbeit und ansonsten sind es eigentlich kaum formalisierte Treffen, sondern es</p>	<p>Regelmäßige Treffen und formalisierte Austauschmöglichkeiten fördern die Kooperation.</p> <p>Regelmäßige Kooperationsstreffen sind essenziell für eine gute Zusammenarbeit.</p> <p>Gemeinsame Handlungsleitfäden und Formblätter erleichtern die Arbeitsabläufe.</p> <p>Gemeinsam formulierte Ziele fördern das Zugehörigkeitsgefühl zur Kooperation und verbessern diese.</p>

			findet halt viel im Fluss statt, das ist einfach auch.” (IP3, Absatz 85f.)	
	1.2 Transparenz	Informationsweitergabe Klarheit über Babylotse-Projekt	„Wir merken allerdings, dass manche noch nicht so ganz erfasst haben, wofür wir denn alles zuständig sind. Deswegen wollen wir gucken, dass wir in die Teamsitzungen kommen, um noch einmal Fallbeispiele zu machen, um es greifbar zu machen.” (IP4, Absatz 18)	Die Informationsweitergabe in Kliniken ist schleppend. Je klarer das Bild der Babylots*innenarbeit, desto besser funktionieren die Arbeitsabläufe.
	1.3 Meldungswege	Direktmeldungen des Personals Meldung bei der vorgeburtlichen Anmeldung in der Klinik Kurzer Dienstweg Akteneinsicht Aufsuchende Arbeit Anhaltbogen	„Das heißt, treffe ich ein Elternteil mal nicht an, aus irgendwelchen Gründen, informiert dann die Pflege oder die Ärzte die Eltern, dass sie die Möglichkeit haben mich zu kontaktieren und händigen auch einen Flyer von mir aus.” (IP1, Absatz 13) „Oder es ist so auf der Wochenstation habe ich ein Fach, dort werden die Bögen nach der Entbindung abgelegt und ich hole mir die morgens, werte die aus. Wenn die auffällig sind, gehe ich aktiv auf die Frauen zu, ohne halt durch Direktmeldung durch die Pflegekräfte”	Ein aufsuchendes Vorgehen bei der Meldung ermöglicht mehr Zugänge zu Familien als die reine Direktmeldung/Anhaltbögen. Die Anhaltbögen werden wenig genutzt in den Kliniken, da sie einen Mehraufwand für die Hebammen bedeuten und wenig Fallspezifisches abbilden können.

			(IP2, Absatz 76)	
	1.4 Ähnlicher beruflicher Hintergrund	Medizinisches Fachpersonal Pädagogisches Fachpersonal Medizinische und pädagogische Fachsprachen	„Weil wir aus ganz unterschiedlichen Handlungsfeldern kommen, also Sozialpädagogik und Medizin ist einfach ganz verschiedenen. Und ich glaube, das ist auch das, was der (ähm) Herr S. damals gesehen hat. Das sind unterschiedliche Blicke, und man kann nicht den umfassenden Blick haben, so wie ich auch nicht weiß, was medizinisch los ist. So, da würde ich auch nie sagen ach, ich weiß das ja besser, (ähm), sondern da würde ich das auch annehmen. So, und (ähm) ich glaube, das muss man einfach sehen.“ (IP4, Absatz 77)	Ein medizinischer beruflicher Hintergrund der Babylots*innen erleichtert die Verständigung mit Krankenhausmitarbeitenden. Medizinisches Fachpersonal begegnet Babylots*innen mit gleicher/ähnlicher Berufsausbildung offener. Unterschiedliche Fachsprachen (Pädagogik/Medizin) führen zu Verständigungsproblemen.
2. Hierarchien				
	2.1 Vertikale Hierarchien	Durchlässigkeit der Institution Autorität nach Berufsgruppe/gleichberechtigte Teilhabe Unterstützung/Ablehnung durch Leitungskräfte	„Man merkt schon auch immer noch, finde ich, die Hierarchie, die einfach in der, also ein Grund ein Grundding des Krankenhauses ist, das hier immer noch eine sehr steile Hierarchie herrscht, dass quasi der Arzt der oberste ist und dann kommen unten drunter alle anderen.“ (IP3, Absatz 40)	Kliniken sind sehr hierarchisch organisiert, was den Zugang zur Institution erschwert.

	<p>2.2 Horizontale Hierarchien</p>	<p>Durchlässigkeit der Institution Konkurrenz/Akzeptanz Entlastung/Mehrarbeit Hauptkooperationspartner*in nach Berufsgruppe Gleichberechtigte Teilhabe</p>	<p>„Es ist tatsächlich so, ich kann jetzt zum einen für mich sprechen. Ich sehe es als Entlastung auch und die Pflege und die Ärzte, das weiß ich, die sehen die Kooperation auch als große Entlastung.“ (IP1, Absatz 24)</p> <p>„Es ist tatsächlich so, dass ich manchmal den Eindruck hab, dass die Hebammen uns zum Teil als Konkurrenten sehen. Ich weiß nicht, wo es herkommt. Auch einzelne Pflegekräfte“ (IP1, Absatz 30)</p> <p>„Womit wir am Anfang sehr Schwierigkeiten hatten oder nicht sehr Schwierigkeiten, aber Schwierigkeiten hatten und was auch jetzt immer mal nochmal kurz auftaucht, ist so Kompetenzgerangel.“ (IP3, Absatz 47) „Ich hatte das Gefühl, die hatten Angst, dass ich denen die Arbeit wegnehme. (...) Da bestand wirklich erst richtiges Konkurrenzdenken“ (IP2, Absatz 38)</p>	<p>Das Babylots*innenprojekt wird zunächst als Mehrarbeit wahrgenommen.</p> <p>Neue Kooperationen werden anfänglich skeptisch betrachtet.</p> <p>Eine Kooperation kann nur dann gelingen, wenn Mitarbeitende auf gleicher Hierarchieebene von der Nützlichkeit der Kooperation überzeugt sind/werden.</p> <p>Das Babylotsenprojekt sorgt für Konkurrenzgefühle, da (reizvolle) Aufgabengebiete der Hebammen an die Babylots*innen übertragen werden.</p> <p>Einzelne, motivierte Mitarbeitende beeinflussen das Gelingen eines Projekts maßgeblich.</p> <p>Kurze Wege (räumlich) zwischen den</p>
--	------------------------------------	--	--	---

				Kooperationspartner*innen verbessern die Kommunikation.
3. Verankerung				
	3.1 Stand der Etablierung	<p>Arbeitssituation/koordinierte Arbeitsabläufe</p> <p>Dokumentationssystem</p> <p>Stand des Projektaufbaus</p> <p>Wie lange schon am Krankenhaus/Projektlaufzeit</p>	<p>„Also wir sind angekommen, sowohl in der Klinik als auch im Projekt. Aber (ähm) es gibt noch ganz viel im Aufbau. Also ich fand immer das erste Jahr in so einem Projekt, das ist das Aufbaujahr. Und insofern sind wir immer noch dabei, Kooperation zu schaffen, unseren Platz in der Klinik zu finden, aber schon im Nachjustieren. Das finde ich ganz gut. Also, die Krankenschwestern haben uns super auf dem Schirm. Die Elternschule ist engagiert. Jetzt geht es darum, wie wird die Arbeit der Babylotsen dokumentiert. In der Patientenakte gibt es einen Ansprechpartner, einen festen den wir haben. Und wie informiert man neue Mitarbeiter. Also, das sind jetzt so kleine Feinjustierungen. Ich würde sagen, das Große steht, und jetzt wird's aufgehübscht.“</p> <p>(IP4, Absatz 11)</p>	<p>Die Etablierung eines Babylots*innenprojekts bedarf mehrerer Jahre. Erst nach mehreren Jahren ist eine Verankerung erreicht.</p>
	3.2 Vernetzung	<p>Präsenz auf den Stationen zeigen</p> <p>Präsenz in DB des Personals zeigen</p>	<p>„(...) große Auftaktveranstaltung im Januar. Dann (ähm) haben</p>	<p>Um das Projekt etablieren/verankern zu können</p>

		<p>Austausch mit internen und externen Partner*innen aufsuchende Tätigkeit Vernetzung nach außen</p>	<p>wir diese Begleitgruppe. Dann haben wir uns in jeder Teamsitzung vorgestellt, und wir sind hospitiert hier, also in mehreren Stationen. (ähm) Wir haben auf der Wöchnerinnenstation hospitiert, wir haben bei der Elternschule hospitiert, wir haben in der Risikosprechstunde hospitiert (...) genau Kreißaal nicht, da ist es ein bisschen schwierig. Aber auch da haben wir uns vorgestellt. (...) Genau. Und dann haben wir, (ähm) erklärt, wofür wir da sind, haben eine Powerpoint-Präsentation gehabt und machen das eben auch immer wieder. Also egal, wo wir sind und mit wem wir gerade zu tun haben, auch bei jeder Direktmeldung geben wir noch mal Rückmeldung, was haben wir gemacht. Wie haben wir es gemacht und dass die Arbeit auch gut greifbar wird.” (IP4, Absatz 68)</p> <p>„Und jeden Tag wieder Betten zu machen. Also jeden Tag wieder zu erklären, was tun wir, wie tun wir es.” (IP4, Absatz 101)</p>	<p>müssen die Babylots*innen proaktiv auf die Mitarbeitenden der Klinik zugehen und möglichst viel Präsenz auf den Stationen zeigen.</p> <p>Eine breite Vernetzung innerhalb (und außerhalb der Klinik) erleichtert die Verankerung des Projekts in der Klinik (und regional).</p>
--	--	--	---	--

	3.3 Vermittler*innen-funktion	Vermittlung der eigenen Tätigkeit Vermittlung zwischen Berufsgruppen intern Vermittlung zw. Personal/Patient*in Vermittlung extern zw. Sektoren	„Also (ähm) tatsächlich manchmal so ein bisschen Sprachrohr der Eltern, also aber auch manchmal Sprachrohr der Krankenschwestern.“ (IP4, Absatz 110)	Den Babylots*innen kommt in der Arbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen eine besondere Vermittler*innenrolle zu. Legitimation durch Vermittler*innenrolle schafft den Babylots*innen eine besondere Verankerung/macht sie unentbehrlich.
	3.4 Öffentlichkeitsarbeit	Flyer, PPT, Poster	„Ich habe an allen Dienstbesprechung teilgenommen, habe das Projekt vorgestellt anhand einer Präsentation.“ (IP2, Absatz 94) „Flyer wurden ziemlich schnell erstellt, Flyer wurden verteilt, sowohl intern als auch extern.“ (IP2, Absatz 94)	Eine Strategie der Verankerung des Projekts liegt in einer breiten Öffentlichkeitsarbeit in der Klinik (und außerhalb).
4. Arbeitssituation				
	4.1 Anstellungsverhältnis	Träger oder Klinik (Anbindung an Frühe Hilfen / Klinik) Datenschutz/Akteneinsicht Allein BL oder mit Kolleg*in	„Wir sitzen zusammen in einem Büro, ich jetzt mit einer Mitarbeiterin des Bunten Kreises in einem Büro, und das ist natürlich auch wirklich von Vorteil. So können wir uns auch über Fälle austauschen. Wir arbeiten beide im Krankenhaus, sind auch hier eingestellt, sodass das	Eine Anstellung in der Klinik erleichtert die Etablierung des Projekts. Bei Anstellung in der Klinik ist die Anbindung an eine andere Berufsgruppe wahrscheinlicher, was die

			<p>Problem der Schweigepflichts-entbindung natürlich auch deutlich einfacher hier ist." (IP2, Absatz 40)</p> <p>„(...) dass ich an der Euregio Klinik angestellt bin. So habe ich auch Akteneinsicht" (IP2, Absatz 46)</p>	<p>Zugehörigkeit zur Klinik fördert.</p>
	<p>4.2 Zeitressourcen</p>	<p>Zeit, um die Arbeit auszuführen Zeit für Austausch</p>	<p>„Aber uns ist es schon sehr wichtig und eine große Priorität, dass jeder, der uns ansprechen möchte, vom Personal, dass wir für den auch uns Zeit nehmen und ein offenes Ohr haben, weil wir einfach deren deren Ansichten und auch deren Einblicke, die wir nicht immer so haben wie die, sehr schätzen und die auch als wichtigen Beitrag zu unserer Arbeit sehen." (IP3, Absatz 46)</p> <p>„der eine Arzt hat sich letztens eine Viertelstunde Zeit genommen, um das Projekt noch einmal zu verstehen. Das finde ich schon enorm." (IP4, Absatz 17)</p> <p>„Also generell finde ich Kommunikation in einer Klinik echt</p>	<p>Der Faktor Zeit ist ein zentraler Rahmenfaktor für die Arbeitssituation.</p>

			schwierig ((Lacht)). So gerade, weil so viele daran arbeiten. Und weil die Zeit auch nicht dafür da ist.” (IP4, Absatz 34)	
	4.3 Personalsituation	Personalfuktuation/Beständigkeit der Belegschaft Belastung des Personals Personalschlüssel Krankenhaus Schichtwechsel	„Die haben natürlich viel Arbeit (ähm) aufgrund der Personalsituation. Aber die wird jetzt insgesamt etwas besser. Sind jetzt zwei neue Hebammen angefangen und ich hoffe, dass es dadurch dann auch besser wird.” (IP2, Absatz 86)	Der Faktor Personal ist ein Stolperstein bei der Etablierung des Projekts. Berufsgruppen die unterbesetzt sind, haben weniger Ressourcen, um am Kooperationsprozess teilzunehmen.
	4.4 Verortung des Arbeitsplatzes	Büro/Ausstattung Platzierung im Krankenhaus Anbindung an welche Station/Berufsgruppe	„Wir sitzen zusammen in einem Büro, ich jetzt mit einer Mitarbeiterin des Bunten Kreises in einem Büro, und das ist natürlich auch wirklich von Vorteil.” (IP2, Absatz 40)	Eine zentrale Position in der Klinik erleichtert Arbeitsabläufe. Durch Anbindung des Projekts an eine andere Berufsgruppe/Station (z.B. Sozialdienst), wird die Kommunikation und Etablierung des Projekts erleichtert.
	4.5 Selbstverständnis in der Arbeit	Beschreibungen aus dem Arbeitsalltag Rolle als Babylots*in aus ihrer subjektiven Sicht	„Also meistens ist es so um zehn Uhr rum, dass wir dann ins Krankenzimmer reingehen, (ähm) uns einmal kurz vorstellen, wenn es jetzt nicht Direktmeldungen gibt. Und es liegen zwei Eltern auf dem Zimmer,	Die Arbeitsabläufe illustrieren die proaktive Haltung, die die Babylots*innen zur Etablierung ihres Projekts mitbringen müssen.

		<p>Arbeitsauftrag als Babylots*in</p> <p>Haltung zur eigenen Tätigkeit</p>	<p>dann stellen wir uns auch bei beiden vor und (ähm) geben einmal den Flyer, falls sie den noch nicht haben und dann fragen, also erst mal gratulieren wir zu dem Baby, dann fragen, ob alles in Ordnung ist, ob es ein Sprachprobleme gibt. (ähm) Dann gucken wir, ähm, welche Sprache wird überhaupt gesprochen. Und dann versuchen wir es mit einem Google Übersetzer. Oder es gibt auch mal einen Anruf, dann bei jemandem, mit dem man sich unterhalten kann, (ähm) Genau. Und dann wird abgeklopft, gibt es einen Bedarf oder nicht? Also wir sprechen verschiedene Themen an. Witzigerweise sagen die Eltern häufig beim ersten Treffen, ja, ne ist alles gut. Wenn man dann aber sagt, wie sieht es denn aus? Wissen Sie, wie man Kindergeld beantragt, wie man Elterngeld beantragt? Wie sieht es aus mit der Anmeldung beim Standesamt? Sie haben ja so einen tollen Umschlag bekommen. Kommen Sie damit zurecht?"</p> <p>(IP4, Absatz 75)</p>	
--	--	--	---	--