

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17027
Akronym:	KID-PROTEKT
Projekttitel:	Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor
Autoren:	N. Nitzschke, S. Siefert
Förderzeitraum:	1. September 2018 – 31. August 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis und Glossar	3
II.	Abbildungsverzeichnis	5
III.	Tabellenverzeichnis	5
1.	Zusammenfassung.....	6
2.	Beteiligte Projektpartner	7
3.	Projektziele	9
3.1.	Hintergrund / Ausgangslage	9
3.2.	Ziele, Fragestellungen, Hypothesen des Projekts	10
4.	Projektdurchführung	11
4.1.	Beschreibung der neuen Versorgungsform.....	11
4.2.	Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform	15
4.3.	Maßnahmen und Erfahrungen zur Implementierung der neuen Versorgungsform	15
5.	Methodik	16
5.1.	Studiendesign und Randomisierung.....	16
5.2.	Zielpopulation und Ein-/Ausschlusskriterien.....	17
5.3.	Endpunkte, Instrumente und Datenerhebung.....	17
5.4.	Auswertungsmethoden	20
5.5.	Fallzahlberechnung.....	22
6.	Projektergebnisse.....	24
6.1.	Darstellung der Population und Subgruppen [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.1].	24
6.2.	Ergebnisse primäre Endpunkte	25
6.3.	Ergebnisse sekundäre Endpunkte	32
6.4.	Erkenntnisse aus den Begleitgremien	39

7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	40
7.1.	Stärken des Studiendesigns.....	40
7.2.	Schwächen / Verzerrungspotenzial.....	40
7.3.	Fazit.....	41
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	43
8.1.	Beitrag zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung.....	43
8.2.	Überführung in die Regelversorgung.....	44
8.3.	Übertragbarkeit.....	48
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	50
10.	Literaturverzeichnis.....	52
11.	Anhang.....	55
12.	Anlagen.....	55

I. Abkürzungsverzeichnis und Glossar

Begriff / Abkürzung	Definition/Erklärung
Clearing	Clearing ist die Bezeichnung für das erste klärende Gespräch zwischen Familie und Babyslots:in (Assessment).
CM	Case Management
Drop-Out	Ausscheiden von Teilnehmer:innen im Verlauf (unterschiedliche Zeitpunkte); = Teilmenge der Nicht-Teilnehmer:innen
Eltern	Leibliche Eltern und/oder Sorgeberechtigte des Kindes
Fallbesprechung	Patient:innenbezogene Sachverhalte werden zwischen dem Praxispersonal und dem/der Babyslots:in besprochen. Ein Einverständnis der Patientin oder der/des Sorgeberechtigten liegt vor.
Familie	Personen, die von dem/der Patient:in oder Sorgeberechtigten als Familienangehörige benannt werden
Folgegespräch	Gespräch zwischen Praxispersonal und Familie, dem bereits ein Orientierendes Gespräch vorausgeht. Inhalt des Gesprächs kann ein bereits bekanntes oder ein neues Anliegen der Familie sein.
Frühe Hilfen	Frühe Hilfen sind Angebote für Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre. Sie sind niedrigschwellig und richten sich besonders an Familien in belastenden Lebenslagen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2022).
GYN	Frauenarztpraxen
Intensiver Unterstützungsbedarf	Der Unterstützungsbedarf einer Familie wird von dem Praxispersonal bzw. dem/der Babyslots:in als mittel, hoch oder sehr hoch eingeschätzt.
Kontaktempfehlung	Angebote/Einrichtungen werden den Familien von dem Praxispersonal bzw. dem/der Babyslots:in vorgeschlagen. Familien nehmen eigenständig Kontakt auf.
Kurzberatung	Kurzberatungen bezeichnen anonyme Fallbesprechungen zwischen dem Praxispersonal und dem/der Babyslots:in. Diese finden statt, wenn der/die Patient:in eine direkte Beratung durch den/die Lots:in ablehnt oder der/die zuständige Praxismitarbeiter:in eine kollegiale Beratung durch den/die Babyslots:in wünscht.
Medizinische Fachkräfte	Oberbegriff für die am Projekt beteiligten, geschulten, nicht-ärztlichen Mitarbeiter:innen der Praxen: Medizinische Fachangestellte (MFA) und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen. Aus Evaluationsgründen wurde die Berufsgruppe der Hebammen nicht einbezogen.

Nicht-Teilnehmer:innen	Familien, die aus verschiedenen Gründen nicht am Projekt teilnehmen oder im Verlauf aus dem Projekt aussteigen – siehe auch Drop-Out
NVF	Neue Versorgungsform
OG	Orientierendes Gespräch
Orientierendes Gespräch	Gespräch zwischen Praxispersonal und Familie zur Klärung der Lebens-, Belastungs- und Ressourcensituation und zur Einschätzung, ob ein Unterstützungs- und ggf. Weiterleitungsbedarf besteht
PÄD	Kinder- und Jugendarztpraxen
Patient:innen	Im Projekt: Schwangere/Wöchnerinnen (Frauenarztpraxen) und Kinder im Alter von 0-12 Monaten (Kinder- und Jugendarztpraxen)
Praxispersonal	Oberbegriff für die am Projekt beteiligten, geschulten Ärzt:innen und Medizinischen Fachkräfte aus den teilnehmenden Frauen- und Kinder- und Jugendarztpraxen
QT	Abkürzung für den Studienarm „Qualified Treatment“, der eine Variante der neuen Versorgungsform darstellt
ST	Abkürzung für den Studienarm „Supported Treatment“, der eine Variante der neuen Versorgungsform darstellt
TAU	Abkürzung für den Studienarm „Treatment as usual“, der die Regelversorgung darstellt
Überleitung	Das Praxispersonal bzw. der/die Babylots:in informieren die Angebote/Einrichtungen, übermitteln Kontaktdaten und/oder vereinbaren einen Termin für die Familie.
Weiterleitung	Oberbegriff für Kontaktempfehlungen und Überleitungen

Allgemeine Lesehinweise

Gender: Es werden stets alle Geschlechter gleichermaßen adressiert und als Schreibweise für das Gendern der Doppelpunkt (z. B. Teilnehmer:innen) gewählt. An einigen Passagen wird aufgrund einer besseren Lesbarkeit eine Form verwendet, wobei immer alle Geschlechter gemeint sind.

Verwendung des Begriffs „Familie“: Der Begriff Familie wird parallel zum Patientenbegriff synonym für die Zielgruppe des Projekts verwendet, d. h. Schwangere/Wöchnerinnen und ihre Familien (Frauenarztpraxen) sowie Kinder, deren Eltern/Sorgeberechtigte und ihre Familien (Kinder- und Jugendarztpraxen) werden vereinfacht unter dem Oberbegriff „Familie“ oder „Familien“ zusammengefasst.

Zitationen: Es wird die APA-Zitierweise gemäß dem Publikationsmanual der American Psychological Association (2019) genutzt.

Rundungen: Alle Rundungen finden kaufmännisch statt.

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektstruktur KID-PROTEKT	8
Abbildung 2: Prozessdarstellung neue Versorgungsform.....	13
Abbildung 3: Lotsenunterstützung im Studienarm Supported Treatment.....	14
Abbildung 4: Studiendesign KID-PROTEKT	16
Abbildung 5: Participant Flowchart KID-PROTEKT	24
Abbildung 6: Befragungsergebnisse Praxispersonal (Auszug)	33
Abbildung 7: Befragungsergebnisse Familien (Auszug)	34
Abbildung 8: Rahmenbedingungen der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung... 44	

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Projektbeteiligte.....	7
Tabelle 2: Hauptfragestellungen und Zielparameter	10
Tabelle 3: Unterfragestellungen und Zielparameter	10
Tabelle 4: Varianten der neuen Versorgungsform.....	11
Tabelle 5: Übersicht Schulungsinhalte KID-PROTEKT.....	12
Tabelle 6: Leistungsbestandteile der neuen Versorgungsform	14
Tabelle 7: Zuteilung der Arztpraxen auf die Studienarme nach Randomisierung.....	16
Tabelle 8: Operationalisierung der primären Endpunkte	18
Tabelle 9: Operationalisierung der sekundären Endpunkte	19
Tabelle 10: Variablen der primären Outcomemaße Weiterleitung und Inanspruchnahme ...	20
Tabelle 11: Variablen der sekundären Outcomemaße	22
Tabelle 12: Übersicht Subgruppenanalysen nach ausgewählten Strukturparametern.....	22
Tabelle 13: Analysepopulationen der verschiedenen Endpunkte	25
Tabelle 14: Weiterleitungen nach Orientierendem Gespräch (N=456).....	28
Tabelle 15: Fallbezogene Mehrkosten der neuen Versorgungsform	30
Tabelle 16: Nutzwerte der Versorgungsformen	31
Tabelle 17: Umsetzung der Orientierenden Gespräche in den Projektpraxen (N=1.556).....	34
Tabelle 18: Signifikante Zusammenhänge in den Subgruppenanalysen	38
Tabelle 19: Darstellung der Regelversorgung und Empfehlungen für eine Weiterentwicklung	43
Tabelle 20: Leistungsbeschreibung neue EBM-Leistung (psychosoziales Anamnesegespräch)	45

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Familiäre Belastungslagen wie beispielsweise Armut und niedrige Bildung, soziale Isolation oder auch psychische Erkrankungen können dazu beitragen, dass in der Familie keine ausreichenden Ressourcen für die Versorgung und Erziehung von Kindern vorhanden sind. Dysstress in der Schwangerschaft und frühkindliches Erleben von psychosozialen Belastungen können wichtige Entwicklungsschritte beeinflussen und u. U. lebenslange Konsequenzen für die Entwicklung und Gesundheit des Kindes mit sich bringen (Dragano et al., 2016; Geeraert, Van den Noortgate, Grietens & Onghena, 2004). Gleichzeitig ist bekannt, dass gerade diejenigen Familien, die besonders belastet sind, nicht oder zu selten an Unterstützungsangeboten teilnehmen (Präventionsdilemma; Bauer & Bittlingmeyer, 2005).

Methoden: Im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns wurde die kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung als neue Versorgungsform gegenüber der Regelversorgung untersucht. In den zwei Interventionsgruppen führten spezifisch geschulte Fachärzt:innen für Gynäkologie und Geburtshilfe und Pädiatrie sowie medizinische Fachkräfte aus den beteiligten Frauen- und Kinder- und Jugendarztpraxen über einen Zeitraum von 18 Monaten eine erweiterte psychosoziale Anamnese durch. In einer Interventionsgruppe konnte bei komplexen Fallkonstellationen zusätzlich eine (sozial-)pädagogische Fachkraft (Babylots:in) in die Beratung einbezogen werden.

Ergebnisse: Die Ergebnisse deuten auf eine evidente Versorgungslücke unter den aktuellen Bedingungen der Regelversorgung hin: Belastete Familien wurden nicht zuverlässig erkannt, angesprochen und unterstützt. Gleichzeitig führte das erprobte Modell der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung zu einer im Vergleich zur Kontrollbedingung dreifach höheren Vermittlungsrate von unterstützungsbedürftigen Familien an Hilfsangebote. Das heißt: Die geschulten Praxen konnten ihrem gesetzlichen Auftrag zur bedarfsorientierten Information über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind (§§ 24d, 26 SGB V) deutlich (signifikant) besser nachkommen als Praxen im Kontrollarm. Bei intensivem bzw. komplexem Unterstützungsbedarf erwies sich die Zusammenarbeit mit spezialisierten (sozial-)pädagogischen Fachkräften als effektive und praktikable Lösung, um vulnerable Gruppen aktiv in Hilfen zu begleiten. Ohne die Option, Familien in die sogenannte Lotsensprechstunde zu überweisen, stellte die Vermittlung für Praxen eine große Herausforderung dar. Alle beteiligten Akteure – Leistungserbringer und Familien – zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform. Die sehr hohen Teilnahmeraten von bis zu 97% belegen die Akzeptanz des Angebots seitens der Familien. 100% der befragten Praxismitarbeitenden sahen einen Mehrwert für die Praxis, unabhängig von der Facharzttrichtung oder Berufsgruppe. Die Umsetzung erwies sich als praktikabel im Versorgungsalltag. Hervorzuheben ist dabei die wichtige Rolle der geschulten medizinischen Fachkräfte, die einen bedeutenden Teil der Leistungserbringung in den Praxen erfolgreich übernahmen.

Diskussion: Von einer prinzipiellen Übertragbarkeit der Ergebnisse ist auszugehen. Auf dieser Basis befürworten die Evaluatoren eine Übertragung der „Kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung im Ambulanten Sektor“ nach dem Modell KID-PROTEKT in die Regelversorgung. Die positiven Evaluationsergebnisse haben bereits zur Aufnahme von Gesprächen zur Gestaltung eines Selektivvertrags geführt. Da das Projekt eine system- und trägerübergreifende Leistung beschreibt, sind an deren Finanzierung neben den gesetzlichen Krankenkassen auch die Kommunen zu beteiligen. Mittelfristig ist eine kollektivvertragliche Regelung in Ergänzung zu den bestehenden Schwangerschaftsvorsorgen bzw. Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche anzustreben. Im Rahmen der Projektentwicklung diente die „Psychosomatische Grundversorgung“ als Vorbild. Für eine flächendeckende Umsetzung sind klare Versorgungsaufträge für die verschiedenen Leistungserbringer zu formulieren, Qualifizierungsangebote zu schaffen und die Abrechnungsfähigkeit der erforderlichen Leistungen sicherzustellen.

2. Beteiligte Projektpartner

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die am Projekt beteiligten Partner.

Tabelle 1: Übersicht Projektbeteiligte

Konsortialführung	Verantwortlichkeiten
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou <u>Projektleitung & Ansprechperson:</u> Nikola Nitzschke, Dipl.-Kauffrau n.nitzschke@seeyou-hamburg.de +49 (0)40 605 66 2022	<ul style="list-style-type: none"> – Rekrutierung Arztpraxen – Qualifizierung Arztpraxen – Bereitstellung (sozial-)pädagogisches Fachpersonal für Lotsensprechstunden – Leitung der Steuerungsgruppe – Leitung des Fachbeirats
Konsortialpartner	Verantwortlichkeiten
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie <u>Evaluationsleitung & Ansprechperson:</u> PD Dr. Silke Pawils, Dipl.-Psych. s.pawils@uke.de +49 (0)40 74105 3995	<ul style="list-style-type: none"> – Formative Evaluation – Mitglied der Steuerungsgruppe – Leitung des Nutzer:innenbeirats
Kooperationspartner	Verantwortlichkeiten
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Unternehmenssteuerung Stabsbereich Versorgungsmanagement <u>Projektzuständigkeit & Ansprechpersonen:</u> Dr. Sibel Vildan Altin, Referentin Phillip Hendrik Höhne, Referent philliphendrik.hoehne@rh.aok.de +49 (0)211 8791 24504	<ul style="list-style-type: none"> – Fachliche Beratung – Mitglied der Steuerungsgruppe – Teilnahme am Fachbeirat
Arztpraxen <ul style="list-style-type: none"> – 13 Frauenarztpraxen – 11 Kinder- und Jugendarztpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> – Umsetzung der Regelversorgung bzw. der mit der neuen Versorgungsform verbundenen Leistungen gemäß Vertrag – Mitwirkung an der Evaluation
Beratende Gremien	Aufgaben
<ul style="list-style-type: none"> – Fachbeirat – Nutzer:innenbeirat 	<ul style="list-style-type: none"> – Beratung und Begleitung aus fachlicher bzw. Nutzer:innenperspektive – Teilnahme an Sitzungen
Unterstützer	Art der Unterstützung
<ul style="list-style-type: none"> – Nationales Zentrum Frühe Hilfen – Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit & Frühe Hilfen – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin – Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte – Stadt Hamburg – Landkreis Harburg 	<ul style="list-style-type: none"> – Fachliche Beratung und Begleitung nach Bedarf – Teilnahme am Fachbeirat – Dissemination der Ergebnisse

Die Projektstruktur zeichnete sich durch folgende Besonderheiten aus:

- Die **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse** hatte im Projekt eine beratende Funktion, die insbesondere über die Steuerungsgruppe sowie den Fachbeirat wahrgenommen wurde.
- Der **interdisziplinäre Fachbeirat** rekrutierte sich aus Vertreter:innen unterschiedlicher Institutionen mit fachlichem Bezug zu den Themen Prävention, Frauen-/Kindergesundheit und Kinderschutz. Die fachliche Beratung fand im Rahmen von drei Sitzungen sowie teilweise über themenspezifische Arbeitsgruppen statt. Auf diese Weise wurden für das Projekt wichtige Stakeholder frühzeitig eingebunden.
- Der **Nutzer:innenbeirat** repräsentierte die Sicht der Zielgruppe. In ebenfalls drei Sitzungen wirkten Nutzer:innen des Angebots „Babylotse“ (Qualitätsverbund Babylotse, 2022) an der Entwicklung zentraler Instrumente und Ansprachekonzepte mit.
- Die **Lotsensprechstunden** in den Arztpraxen wurden von (sozial-)pädagogischen Fachkräften (Babylots:innen) der Stiftung SeeYou als freier Träger der Jugendhilfe durchgeführt.
- Die zahlreichen **Vernetzungspartner** in den Durchführungsregionen des Projekts (Hamburg, Landkreise Harburg und Stade in Niedersachsen, Kreise Steinburg, Stormarn und Pinneberg in Schleswig-Holstein) wurden über das Projekt informiert. Von einer Einbindung in die Evaluation wurde aufgrund der Trägervielfalt und damit verbundenen hohen Datenschutzhürden zugunsten der Niedrigschwelligkeit des Angebots abgesehen.

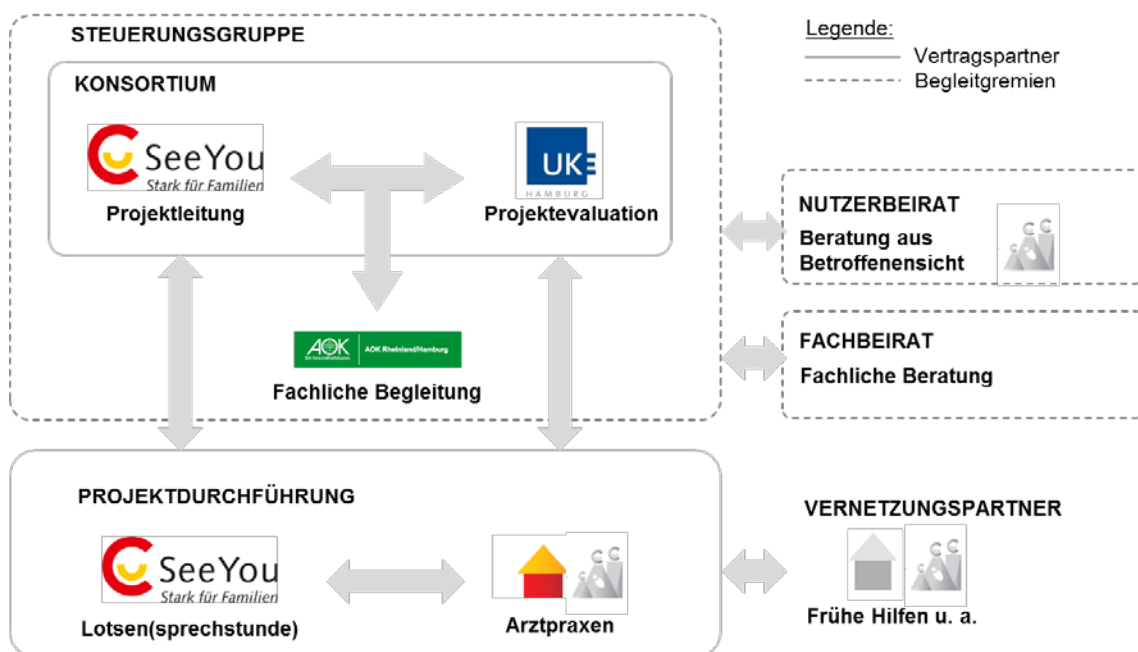


Abbildung 1: Projektstruktur KID-PROTEKT

3. Projektziele

3.1. Hintergrund / Ausgangslage

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) 2015 hat der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer **sektorenübergreifenden Vermittlung von Hilfen** an der Nahtstelle zwischen Gesundheitssystem und anderen sozialen Sicherungssystemen erkannt. Das Präventionsgesetz schafft die Grundlage zur Erbringung von Leistungen, die „zur Verminderung sozial bedingter [...] Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen“ (§ 20 SGB V). Bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge soll die „ärztliche Beratung der Versicherten [...] bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind“ (§ 24d SGB V) umfassen. Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sollen zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt werden und präventionsorientierte Beratung beinhalten (§ 26 SGB V).

Die G-BA-Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) wurden daraufhin entsprechend erweitert: Die Sozialanamnese wurde als regelhaftes Element der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen („*Besondere psychische Belastung*“/„*Besondere soziale Belastung*“ nach Katalog A/B des Mutterpasses) und der Früherkennungsuntersuchungen (U2-U9: u. a. „*Besondere Belastungen in der Familie*“) eingeführt. Eine weitergehende inhaltliche Ausdifferenzierung der Anamnese mit entsprechender Dokumentationsmöglichkeit ist in beiden Richtlinien bis heute nicht umgesetzt. Die Beratung zu Hilfen beschränkt sich auf „*Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten*“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022a) bzw. „*Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote*“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022b).

Gleichzeitig zeigt die Forschung zur Bekanntheit und Nutzung präventiver Angebote und anderer elternunterstützender Maßnahmen einen deutlichen sozialen Gradienten in der Inanspruchnahme auf: Insbesondere Familien, deren Lebensumstände durch verschiedene Belastungsfaktoren gekennzeichnet sind und die einen hohen Präventionsbedarf haben, können nur unzureichend für die Teilnahme gewonnen werden – sogenanntes „**Präventionsdilemma**“ (Bauer & Bittlingmeyer, 2005). Der Inanspruchnahme von Hilfen können neben sozialen Barrieren aber auch psychische Hindernisfaktoren wie Schuld- und Schamgefühle oder die elterliche Angst vor dem Entzug des Sorgerechts entgegenstehen (Hollingsworth, 2004; Kölich & Schmidt, 2008; Renner, 2010). Die Offenheit, über Belastungen zu sprechen und diese anzuerkennen, ist aus genannten Gründen häufig nicht von Beginn an vorhanden und erfordert einen sensiblen Umgang und feinfühligem Dialog mit betroffenen Familien. Hinzu kommt, dass die elterlichen Ressourcen in belastenden Lebenssituationen vielfach eingeschränkt sind und nicht ausreichen, um empfohlene Hilfen eigenständig aufzusuchen. So nehmen Familien mit multiplen Belastungen und insbesondere auch mit geringerer Bildung Unterstützungsangebote seltener wahr als Familien, die weniger Belastungen aufweisen (Eickhorst et al., 2016). Um diesen Familien einen nicht stigmatisierenden Zugang zu Angeboten zu eröffnen, ist insbesondere eine enge Zusammenarbeit des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe und anderen sozialen Sicherungssystemen dringend erforderlich.

In der Praxis erschweren v. a. fehlende Ressourcen eine individualisierte Bedarfserhebung bei Familien mit komplexen Problemlagen und/oder Verständigungsproblemen (Hippmann & Thyen, 2021). Eine stärkere Einbeziehung von (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte kann helfen, Ressourcen besser zu verteilen (Bundesärztekammer, 2008). Auch eine Kooperation mit spezialisierten Lots:innen, wie beispielsweise im Modell Babyplotse (Qualitätsverbund Babyplotse, 2022), kann bei komplexen Fällen entlastend wirken (Fisch et al., 2016; Hippmann & Thyen, 2021).

3.2. Ziele, Fragestellungen, Hypothesen des Projekts

KID-PROTEKT untersuchte – erstmalig in einem randomisiert-kontrollierten Design (RCT) – wie eine systemübergreifende Zusammenarbeit von Akteur:innen der ambulanten Medizin mit anderen sozialen Sicherungssystemen bestmöglich gelingen kann. Zwei Varianten einer Intervention („Qualified Treatment“ und „Supported Treatment“) wurden mit der aktuellen Regelversorgung („Treatment as usual“) verglichen.

Ausgehend von der wissenschaftlich vielfach bestätigten Grundannahme, dass die Chancen für eine gesunde Kindesentwicklung umso höher sind, je früher und zuverlässiger Familien mit Belastungen Unterstützung erfahren, stand im Zentrum der Untersuchung die Frage nach der effektivsten und effizientesten Versorgungsform zur bedarfsgerechten Weiterleitung von Familien mit Belastungen an geeignete Hilfen (Hauptoutcome). Tabellen 2 und 3 geben einen Überblick über die Fragestellungen der Evaluation sowie formulierte Hypothesen.

Tabelle 2: Hauptfragestellungen und Zielparameter

Primäre Endpunkte	
Effektivität	Welche Versorgungsform ist am besten dazu geeignet, Familien mit psychosozialen Belastungen zu erkennen (Bedarfsquote), ins Hilfesystem zu vermitteln (Weiterleitungsquote = Hauptoutcome) und zur Inanspruchnahme von Hilfen beizutragen (Inanspruchnahmequote)?
Effizienz	Wie stellt sich das Verhältnis von Kosten und Nutzen in den Versorgungsformen dar? (Kosten-Nutzen-Analyse)
Hypothese	
Angenommen wird, dass die neue Versorgungsform gegenüber der Regelversorgung eine höhere Effektivität und Effizienz aufweist und die Variante mit Lotseneinbindung (Supported Treatment) der Variante ohne externe Unterstützung (Qualified Treatment) überlegen ist.	

Tabelle 3: Unterfragestellungen und Zielparameter

Sekundäre Endpunkte	
Akzeptanz und Machbarkeit	Wie zufrieden sind die Familien und Praxen mit der jeweiligen Versorgungsform? (Zufriedenheitsbefragung) Was sind Gründe für eine Nicht-Teilnahme an bzw. einen Ausstieg aus der jeweiligen Versorgungsform? (Nicht-Teilnahme-Analyse)
Wirksamkeit	Wie verändern sich Selbstwirksamkeitserwartung , psychische Gesundheit (Depressivität) und Lebenszufriedenheit von belasteten und unbelasteten Familien innerhalb von 6 Monaten in der jeweiligen Versorgungsform? (Prä-Post-Vergleich)
Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit	Welche spezifischen Voraussetzungen sind für das Übertragen der neuen Versorgungsform auf andere Regionen (städtisches vs. ländliches Einzugsgebiet, Praxisgröße), Populationen (Repräsentativität) und Professionen (Facharztgruppenvergleich) relevant?

4. Projektdurchführung

4.1. Beschreibung der neuen Versorgungsform

Die neue Versorgungsform dient der Verbesserung des Versorgungsablaufs in den Praxen, indem

- eine strukturierte, verbindliche, system-, berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit stattfindet,
- die fachlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen (v. a. Fachärzt:innen und medizinische Fachkräfte) zielgerichtet erweitert werden,
- eine gezielte Patientensteuerung und damit eine Ressourcenallokation aus dem ambulanten System heraus in die Frühen Hilfen und andere soziale Hilfesysteme erfolgt.

Konkret wurden die Regeluntersuchungen um eine **erweiterte psychosoziale Anamnese** ergänzt. Zusätzlich wurde in einigen Praxen (Supported Treatment) eine **Lotsensprechstunde einer (sozial-)pädagogischen Fachkraft** eingerichtet.

Tabelle 4: Varianten der neuen Versorgungsform

Varianten der neuen Versorgungsform	
Qualified Treatment	Erweiterte psychosoziale Anamnese inkl. bedarfsorientierter Weiterleitung an regionale Unterstützungsangebote (Intervention ohne Lots:in)
Supported Treatment	Erweiterte psychosoziale Anamnese inkl. Weiterleitung an regionale Unterstützungsangebote und/oder in die Lotsensprechstunde (Intervention mit Lots:in)

4.1.1. Qualifizierung

Die in KID-PROTEKT erprobten Schulungsmaßnahmen zum „Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis“ waren modular aufgebaut (vgl. Tabelle 5 und Anlage 5). Modul 1 richtete sich an alle Berufsgruppen. Die Module 2-4 waren verpflichtend für medizinische Fachkräfte, für Ärzt:innen fakultativ. Neben den Modulen war ein Implementierungstermin („Kick-Off“) mit dem gesamten Praxisteam vor Ort in der Arztpraxis Bestandteil der Schulung.

Bei den in den Lotsensprechstunden eingesetzten Babylots:innen handelte es sich um auf die Beratung von Schwangeren bzw. Familien mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren spezialisierte Fachkräfte. Sie verfügten neben einer (sozial-)pädagogischen Grundausbildung über die Weiterbildung „Fachzertifikat Babylots:in“ (Qualitätsverbund Babylotse, 2022).

Tabelle 5: Übersicht Schulungsinhalte KID-PROTEKT

Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis		
Modul	Inhalte	Umfang
1	Einführung <ul style="list-style-type: none"> – Medizinischer Hintergrund, Zielsetzung und Rahmenbedingungen – Grundlagen Frühe Hilfen – Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe („Erkennen – Klären – Vernetzen“) – Umsetzung in der Arztpraxis (Prozesse, Patientenmaterialien, Dokumentation, Organisation, Vergütung) – Rederecht und Schweigepflicht 	6 Std.
2	Belastungen aus medizinischer Sicht <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklungen im Wochenbett in Zusammenhang mit depressiven Verstimmungen – Belastungen und Chancen für eine gute Kindesentwicklung 	3 Std.
3	Psychosoziale Belastungsanamnese <ul style="list-style-type: none"> – Einsatz und Auswertung des psychosozialen Anhaltsbogens – Gesprächsführung (Auftragsklärung, Vertraulichkeit, Grenzen, Haltung) – Netzwerkkennnisse – Behördengänge und finanzielle Ausstattung rund um Schwangerschaft und Geburt – Checkliste für Familien <u>Nur Supported Treatment:</u> <ul style="list-style-type: none"> – Erweiterter Prozessablauf Lotsensprechstunde 	6 Std.
	Kick-Off-Termin in der Arztpraxis	2 Std.
4	Abschlusskolloquium <ul style="list-style-type: none"> – Fallvorstellung und -diskussion in Kleingruppen – Übergabe des Zertifikats 	3 Std.

4.1.2. Prozess der Leistungserbringung

Der Prozess der neuen Versorgungsform (vgl. Abbildung 2) ist angelehnt an die aus dem Case Management (CM) bekannten Phasen Intake/Case Finding („Erkennen“), Assessment („Klären“) und Action (Hilfeplanung/-umsetzung = „Vernetzen“) (Freund, Kayling, Miksch, Szece-nyi & Wensing, 2010).

Die Organisation der mit der Leistungserbringung verbundenen Aufgaben innerhalb der Praxis lag in der Verantwortung der jeweiligen Praxis und richtete sich nach den individuellen strukturellen, organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen. Eine Delegation an geschulte medizinische Fachkräfte war möglich.

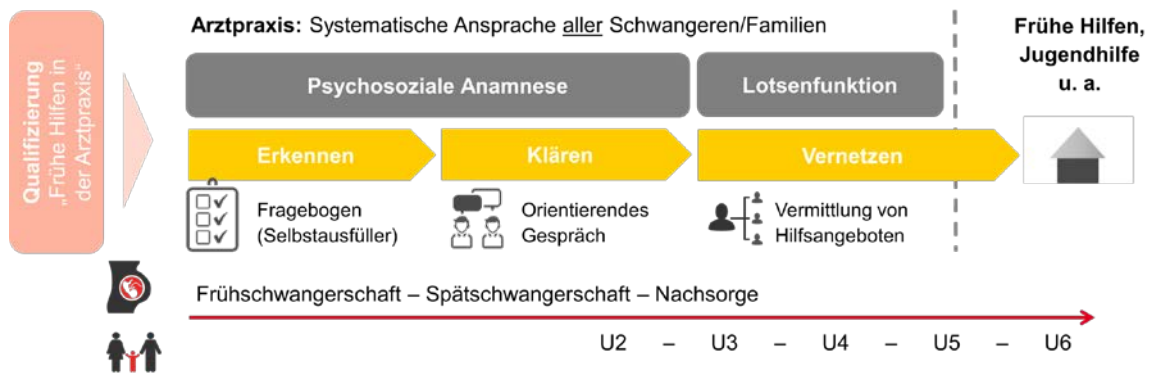


Abbildung 2: Prozessdarstellung neue Versorgungsform

Erkennen von Belastungen

Ein einseitiger, in acht Sprachen verfügbarer psychosozialer Anhaltsbogen (Selbstausskunftsbogen, siehe Anlage 1 f.) – im Folgenden: KID-PROTEKT Anhaltsbogen – ergänzte die in den G-BA-Richtlinien vorgeschriebene Sozialanamnese (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022a; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022b) und deren Dokumentation im Mutterpass bzw. Kinder-Untersuchungsheft (Gelbes Heft). Er ermöglichte Familien und Praxispersonal eine strukturierte Vorbereitung auf die Anamnese und diente beiden Seiten als Gesprächseinstieg. Die Ausgabe des Fragebogens erfolgte bei der Anmeldung zur Untersuchung, die Auswertung durch das Praxispersonal unmittelbar im Anschluss.

Klären von Unterstützungsbedarfen

Um den tatsächlichen Unterstützungsbedarf einer Familie festzustellen, sind neben der Belastungssituation auch die allgemeine Lebenssituation und die Ressourcenausstattung zu betrachten. Hierzu führte das geschulte Praxispersonal ein kurzes sogenanntes „Orientierendes Gespräch“. Eine Empfehlung und/oder Vermittlung von Hilfen folgte bedarfsorientiert, sofern das bestehende professionelle, familiäre und/oder soziale Netzwerk noch keine ausreichende Absicherung darstellte.

Vernetzen an Unterstützungsangebote

Über das „Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis“ wurde das Wissen des Praxispersonals zu Unterstützungsangeboten für Familien systematisch erweitert mit dem Ziel, passgenaue Weiterleitungen vornehmen zu können. Dabei wurde in der Umsetzung und Dokumentation zwischen „Kontaktempfehlungen“ – entsprechend einer reinen Information – und „Überleitungen“ – entsprechend einer Kontaktherstellung – differenziert (s. a. Glossar).

Lotsensprechstunde (sozial-)pädagogischer Fachkräfte

In der Variante Supported Treatment hatten Praxen neben der Direktvermittlung in Angebote die Möglichkeit, Familien in die Lotsensprechstunde eines/r Babylots:in zu überweisen. Diese übernahm vor dem Hintergrund ihrer (sozial-)pädagogischen Profession eine umfassendere Bedarfsklärung und eine darauf abgestimmte Beratung nach dem Case-Management-Ansatz (siehe Abbildung 3). Dabei folgte die Begleitung dem Prinzip: so viel Unterstützung wie nötig, so wenig wie möglich. Bei Bedarf wurde eine Vernetzung zu notwendigen, wohnortnahen Hilfen durchgeführt mit dem Ziel, ein individuelles tragfähiges Netz zu knüpfen, in dem die jeweilige Familie auch in zukünftigen Krisenzeiten Unterstützung findet.

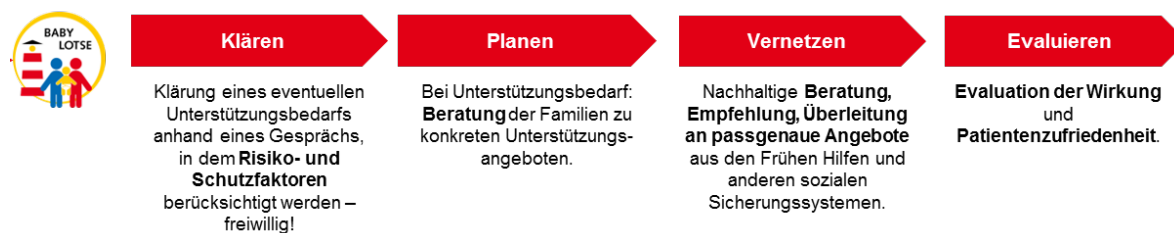


Abbildung 3: Lotsenunterstützung im Studienarm Supported Treatment

Zusätzlich standen die Babylots:innen den Praxen als fachliche Ansprechpartner:innen zur Verfügung. Ein gegenseitiger Austausch zu patient:innenbezogenen Sachverhalten war über den gesamten Datenerhebungszeitraum nach Einverständnis der Familie im Einzelfall möglich. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden zudem strukturierte Fallbesprechungen zwischen Babylots:innen und geschultem Praxispersonal durchgeführt.

Tabelle 6: Leistungsbestandteile der neuen Versorgungsform

Leistungsbestandteile der neuen Versorgungsform	
Erkennen	<p><u>Regelhaft:</u></p> <p>Einsatz des KID-PROTEKT Anhaltsbogen zur Erfassung von psychosozialen Belastungen bei <u>allen</u> Familien (Selbstauskunftsbogen)</p> <p>Ansprache, Ausgabe und Auswertung des Fragebogens durch das Praxispersonal</p> <p>Zeitpunkte:</p> <p><i>Frauenarztpraxen:</i> mindestens 1x während der Schwangerschaft (1.–3. Trimester) und im Rahmen der Nachuntersuchung im Wochenbett (6–8 Wochen nach der Geburt)</p> <p><i>Kinder- und Jugendarztpraxen:</i> entlang der Früherkennungsuntersuchungen, mindestens jedoch zur U3 (4. bis 5. Lebenswoche) und zur U6 (10. bis 12. Lebensmonat)</p>
Klären	<p><u>Bei Anhaltspunkten für Belastungen/Risikofaktoren:</u></p> <p>Durchführung eines Orientierenden Gesprächs zur Klärung der Belastungs-, Lebens- und Ressourcensituation und zur Einschätzung, ob ein Weiterleitungsbedarf besteht</p> <p>Durchführung und Dokumentation durch geschultes Praxispersonal (Ärzt:innen und/oder medizinische Fachkräfte)</p>
Vernetzen	<p><u>Bei Feststellung eines Weiterleitungsbedarfs:</u></p> <p>Weiterleitung an regionale Unterstützungsangebote in Form einer Kontaktempfehlung = Information zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind (§§ 24d & 26 SGB V) <i>UND/ODER</i></p> <p>Überleitung = Vorinformation der Einrichtung, Übermittlung von Kontaktdaten der Familie oder Terminvereinbarung</p> <p>Durchführung und Dokumentation durch geschultes Praxispersonal (Ärzt:innen und/oder medizinische Fachkräfte)</p>
Lotsensprechstunde	<p><u>Bei weitergehendem Beratungsbedarf (<i>nur Supported Treatment</i>):</u></p> <p>Fallübernahme und Beratung/Begleitung durch (sozial-)pädagogische Fachkraft mit Zusatzqualifikation „Babylots:in“</p>

4.2. Rechtsgrundlage der neuen Versorgungsform

Da es sich bei KID-PROTEKT um ein Projekt ohne direkte Krankenkassenbeteiligung handelt, wurde als Rechtsgrundlage ein Behandlungsvertrag nach § 630a BGB gewählt.

Am Projekt nahmen gesetzlich Versicherte aller Krankenkassen teil. Geltende Ausschlusskriterien wurden in den Verträgen mit den Arztpraxen schriftlich fixiert.

Der Datenzugang für die Evaluation wurde auf Basis von Einwilligungserklärungen (Einwilligung in die Nutzung von personenbezogenen Daten für medizinische Forschungszwecke) sichergestellt.

4.3. Maßnahmen und Erfahrungen zur Implementierung der neuen Versorgungsform

Den Startpunkt der Implementierungsphase bildete der im Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis vorgesehene Kick-Off-Termin in der Praxis, der unter Einbindung des gesamten Praxisteamts stattfand. Die Praxen erhielten zu diesem Termin alle für die Durchführung relevanten Materialien, es wurden praxisspezifische Fragen beantwortet und prozessuale sowie strukturelle Details abgestimmt. Alle Kick-Off-Termine wurden protokolliert. Im Anschluss wurden die getroffenen Absprachen im Rahmen einer mehrwöchigen Implementierungsphase getestet, um mögliche Umsetzungshindernisse rechtzeitig vor Beginn der Evaluationsphase identifizieren und Anpassungen vornehmen zu können.

Da die Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform selbst Gegenstand der projektbegleitenden Evaluation war, sollten Eingriffe während der Datenerhebungsphase weitgehend minimiert werden. Bei evaluationsbezogenen Fragen wurden die Praxen durch Mitarbeitende des UKE („Study Nurses“) unterstützt. Etwa zur Mitte der Evaluationsphase wurde einmalig ein Prozess-Audit als Maßnahme des externen Qualitätsmanagements in den Praxen durchgeführt. Auf diese Weise fand in den Praxen erneut eine strukturierte Auseinandersetzung mit den im Rahmen des Projekts etablierten Strukturen und Prozessen statt.

Als Gelingensbedingungen für die nachhaltige Implementierung der neuen Versorgungsform in der Praxis konnten folgende Aspekte identifiziert werden:

- Die systematische Einbindung der Praxisinhaber:innen/leitenden ärztlichen Angestellten als Verantwortliche für die praxisbezogene Organisationsentwicklung.
- Die Information und Einbindung des gesamten Praxisteamts in die Grundlagen der neuen Versorgungsform, unabhängig von der konkreten Aufgabenverteilung.
- Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten (z. B. Größe, Ablauforganisation, räumliche Gegebenheiten) bei der Implementierung.

5. Methodik

5.1. Studiendesign und Randomisierung

Die projektbegleitende Evaluation wurde in einem **cluster-randomisierten, kontrollierten (RCT), naturalistischen Studiendesign** durchgeführt. Dies ermöglichte einen Vergleich der neuen Versorgungsform mit der Regelversorgung bei gleichzeitiger Wahrung der Niedrigschwelligkeit des Angebots.

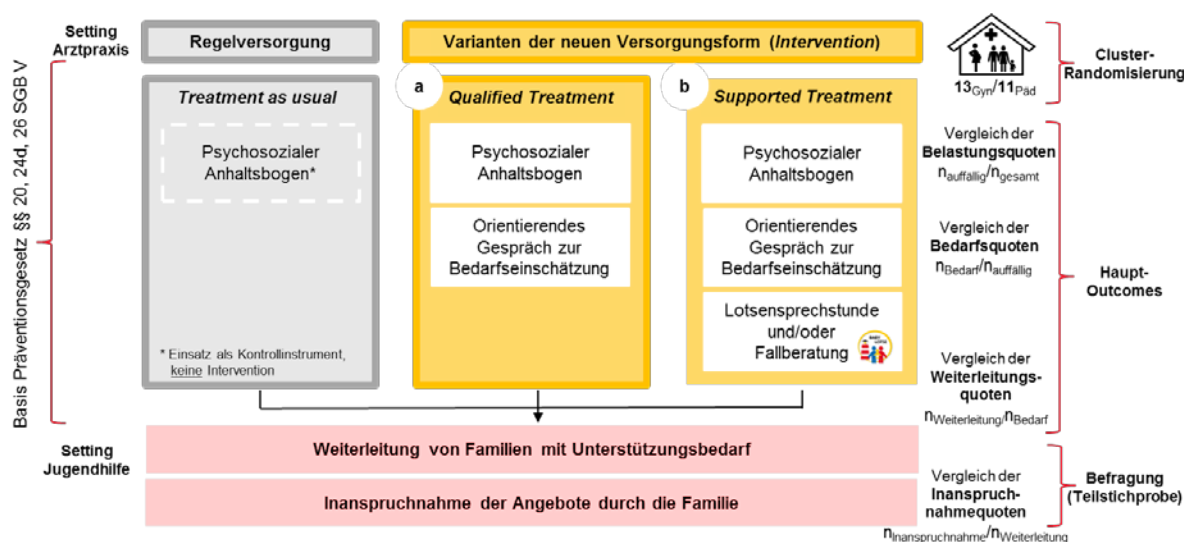


Abbildung 4: Studiendesign KID-PROTEKT

Die Zuteilung der Praxen zu den verschiedenen Studienarmen fand randomisiert und stratifiziert nach Facharztgruppe, Einzugsgebiet und Praxisgröße statt, um eine gleichmäßige Verteilung von gynäkologischen und pädiatrischen, städtischen und ländlichen sowie großen und kleinen Praxen zu gewährleisten. Zur Kategorisierung des Einzugsgebiets wurde die Typisierung des Thünen-Instituts zugrunde gelegt (Johann Heinrich von Thünen-Institut, 2022). Die Größe der Frauenarztpraxen wurde bestimmt anhand der Anzahl der betreuten Schwangeren (Cut-Off-Wert: 242/Jahr), die der Kinder- und Jugendarztpraxen auf Basis der Zahl der Patient:innen im Alter von 0-12 Monaten (Cut-Off-Wert: 363/Jahr) im Jahr 2019. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis nach Randomisierung in 2019.

Tabelle 7: Zuteilung der Arztpraxen auf die Studienarme nach Randomisierung

Studienarm	Facharztgruppe	Gesamt	Einzugsgebiet		Praxisgröße	
			Stadt	Land	Groß	Klein
		24 ²				
TAU	PÄD	4	4	-	2	2
	GYN	5 ¹	2	3 ¹	2 ¹	3
QT	PÄD	4	1	3	2	2
	GYN	4	4	-	2	2
ST	PÄD	3	2	1	2	1
	GYN	4	3	1	1	3

¹ Eine Praxis wurde im Jahr 2020 nachträglich aufgenommen. ² Entsprechend 49 Vertragsarztsitzen.

5.2. Zielpopulation und Ein-/Ausschlusskriterien

Zielgruppen der neuen Versorgungsform sind

- *in der Frauenarztpraxis*: Schwangere (Schwangerschaftsvorsorge) und Wöchnerinnen (Schwangerschaftsnachsorge) inkl. ihrer Familien,
- *in der Kinder- und Jugendarztpraxis*: Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr (Vorsorgeuntersuchungen U2-U6),

bei denen psychosoziale Belastungen vorliegen. Im Fokus stehen dabei jene Familien, die einen intensiven, d. h. mittleren bis sehr hohen Unterstützungsbedarf und einen Weiterleitungsbedarf aufweisen.

Alle Familien, die mindestens einmal den KID-PROTEKT Anhaltsbogen ausfüllten und in die Studienteilnahme einwilligten, wurden in die Studie eingeschlossen. Einschlussvoraussetzung war die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse.

Zur Evaluation der Akzeptanz und Machbarkeit wurde zudem die Leistungserbringerseite (Ärzt:innen, medizinische Fachkräfte, Babylots:innen) über Befragungen einbezogen.

5.3. Endpunkte, Instrumente und Datenerhebung

Die Datenerhebung in den teilnehmenden Arztpraxen erstreckte sich über einen Zeitraum von insgesamt 18 Monaten (Datenerhebungsphase: September 2019 bis Februar 2021).

Ausgangspunkt der Datenerhebung war der im Projekt entwickelte, vollstrukturierte KID-PROTEKT Anhaltsbogen (Selbstauskunftsbogen) (siehe Anlage 1 f.). Dieser basiert grundlegend auf dem Hamburger Screeningbogen „Wilhelm“, der seit vielen Jahren im Rahmen des Modells Babylotse in Geburtskliniken und in Arztpraxen eingesetzt wird. Eine Prüfung des Wilhelms hinsichtlich dessen Konstruktvalidität konnte 2019 erfolgreich abgeschlossen werden (Kolodziej, 2019). Darüber hinaus wurde ein Review der wichtigsten anderen, in der Praxis verwendeten psychosozialen Screeningbögen (Babylotse Plus Charité, LupE Guter Start ins Kinderleben, Wilhelm Frankfurt, KinderZUKUNFT Solingen, Screeningbogen Ortenaukreis) erstellt und alle abgefragten Items im Sinne einer Best-Practice-Analyse gegenübergestellt. Auf diese Weise zeigten sich Überschneidungen sowie notwendige Ergänzungen. Alle in der empirischen Fachliteratur als relevant identifizierten Kriterien und Belastungsfaktoren waren im Ergebnis einbezogen (Kindler, 2010) und der Bogen auf Inhaltsvalidität geprüft. Im nächsten Schritt wurde der entworfene Bogen für eine kritische Diskussion der Darstellungsweise in den Nutzer:innenbeirat eingebracht, um eine höchstmögliche Akzeptanz und Praktikabilität in der Nutzung des Bogens sicherzustellen.

Im Ergebnis umfasste der einseitige Fragebogen elf Items:

- Ein Item zum Ausfüllzeitpunkt:
GYN: Schwangerschaftstrimester/postpartal, PÄD: U-Untersuchung
- Drei Items zu soziodemografischen Merkmalen:
Altersklasse, Anzahl Kinder im Haushalt, alleinerziehend
- Sieben Items zu Belastungskategorien

Familien, bei denen nach Auswertung des Bogens mindestens eine Belastung bzw. ein Risikofaktor (Alter >18 Jahre, alleinerziehend) vorlag, wurden vom Praxispersonal für ein Orientierendes Gespräch in Betracht gezogen (siehe Auswertungsschema, Anlage 3 f.).

Eine detaillierte Darstellung der verschiedenen im Projekt eingesetzten Erhebungsinstrumente findet sich im Evaluationsbericht (Kapitel 2.6).

Tabellen 8 und 9 geben einen Überblick über den Einsatz der Instrumente im Rahmen der Operationalisierung der untersuchten Endpunkte.

Tabelle 8: Operationalisierung der primären Endpunkte

Primäre Endpunkte					
Endpunkt	Operationa-lisierung	Datenerhebung	Instrumente	Messzeitpunkte	
Effektivität	Belastungs- quote	Vollstrukturierter Selbstauskunfts- bogen	KID-PROTEKT Anhaltsbogen	Datenerhebungsphase	
	Bedarfsquote	Halbstrukturierte Falldokumentation	QT/ST: Dokumentations- bogen Orientieren- des Gespräch	Datenerhebungsphase, parallel zur Ausgabe des KID- PROTEKT Anhaltsbogens, nur bei auffälligem Befund, ggf. mehrfach im Verlauf	
	Weiterleitungs- quote Praxis	Halbstrukturierte Falldokumentation	QT/ST: Dokumentations- bogen Orientieren- des Gespräch	TAU: Dokumentations- bogen Weiterlei- tungen	Datenerhebungsphase, parallel zur Ausgabe des KID- PROTEKT Anhaltsbogens, nur bei auffälligem Befund, ggf. mehrfach im Verlauf
			TAU: Ergänzendes Tele- foninterview mit Familien zu Wei- terleitungen		
	Weiterleitungs- quote Lots:in	Halbstrukturierte Falldokumentation	ST: Dokumentations- bogen Babylots:in	Datenerhebungsphase zuzüglich drei Monate für Fallabschlüsse	
	Inanspruch- nahmequote	Halbstrukturiertes Telefoninterview mit Familien	Interviewleitfaden Familien	Innerhalb von 6 Monaten nach Anamnese, frühestens jedoch nach 6 Wochen	
Effizienz	Nutzwerte Ver- sorgungsfor- men	Vollstrukturierte onlinebasierte Ex- perten-/ Stakeholder-Befra- gung	Online-Fragebogen	Nach Ende der Datenerhe- bung	
	Mehrkosten QT/ST ggü. TAU	Durchschnittliche Dauer des Clea- ring-Gesprächs in Minuten	Dokumentations- software Contur	Datenerhebungsphase zuzüglich drei Monate für Fallabschlüsse	

Tabelle 9: Operationalisierung der sekundären Endpunkte

Sekundäre Endpunkte				
Endpunkt	Operationa- li- sierung	Datenerhebung	Instrumente	Messzeitpunkte
Akzeptanz & Machbar- keit	Zufriedenheits- befragung	Halbstrukturier- tes Telefoninter- view mit Familien	Interviewleitfaden Familien	Innerhalb von 6 Monaten nach Anamnese, frühestens jedoch nach 6 Wochen
		Halbstrukturier- tes Telefoninter- view mit Praxis- personal	Interviewleitfaden Praxen	Zum Ende der Datenerhe- bung
		Halbstrukturier- tes Telefoninter- view mit Baby- lots:innen	Interviewleitfaden Babylots:innen	Zum Ende der Datenerhe- bung
	Nicht-Teil- nahme-Analyse	Vollstrukturierte Befragung bei Nicht-Teilnahme oder Abbruch	Nicht-Teilnahme- Karten	Anlassbezogen (während der Datenerhebungsphase)
Wirksam- keit	Selbstwirksam- keitserwartung	Vollstrukturierte onlinebasierte Prä-Post-Befra- gung von Fami- lien	Skala zur Allgemei- nen Selbstwirksam- keitserwartung (SWE), Schwarzer & Jerusalem, 2002	Prä-Messung T0: Im Anschluss an die erste psychosoziale Anamnese (nach ca. 6 Wochen) Post-Messung T1: 6 Monate nach Prä-Messung
	Psychische Ge- sundheit (Depressivität)		Patient Health Ques- tionnaire 9 (PHQ-9), Kroenke & Spitzer, 2002	
	Lebens-zufrie- denheit		Fragebogen zur Le- benszufriedenheit (FLZ ^M), Henrich & Herschbach, 2000	
Generali- sierbarkeit und Über- tragbarkeit	Repräsentati- vität	Telefoninterview mit Familien	Sozioökonomischer Status-Index (SES-In- dex), Lampert et al., 2018	Innerhalb von 6 Monaten nach Anamnese, frühestens jedoch nach 6 Wochen
	Subgruppen- analysen nach Strukturpara- metern Praxis- art, -größe und Einzugsgebiet	Analog „Weiterleitungsquote Praxis“ (siehe Tabelle 8)		

5.4. Auswertungsmethoden

Die Datenauswertung wurde mittels IBM SPSS Statistics (Version 25) vorgenommen. Für die Analyse der Freitextantworten wurde zusätzlich die Software MAXQDA hinzugezogen.

Eine genaue Beschreibung der jeweiligen Analysepopulationen ist dem Evaluationsbericht zu entnehmen. Angaben zu fehlenden Werten im Rahmen der deskriptiven Statistik sind ebenfalls im Evaluationsbericht angegeben (Missings). Fehlende Werte in der inferenzstatistischen Auswertung wurden nicht durch Imputationsverfahren ersetzt, sondern in die Analysen eingeschlossen.

5.4.1. Effektivitätsanalyse

Die statistische Prüfung der Wirkung wurde mittels eines gemischten linearen Modells berechnet. Dabei wurde konservativ eine moderate Effektstärke (Cohens f^2) mit $f^2 = 0,02$ angenommen. Das gemischte lineare Modell ist ein statistisches Verfahren, das die hierarchische Struktur der Daten von Praxen und Familien berücksichtigt und die Schätzung des Interventionseffektes auch bei Vorhandensein von fehlenden Werten ermöglicht. Für die Hauptfragestellung wurden die Varianzen mithilfe einer logistischen Regressionsanalyse dahingehend verglichen, welche Prädiktoren die meiste Varianz aufklärten. Tabelle 10 fasst die im Modell geprüften Variablen zusammen.

Tabelle 10: Variablen der primären Outcomemaße Weiterleitung und Inanspruchnahme

Variablen	Messinstrument	
Abhängige Variable	Weiterleitung	Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch (QT, ST) bzw. Dokumentationsbogen Weiterleitungen (TAU)
Unabhängige Variable	Studienarm	
Kovariable	Psychosoziale Belastung	KID-PROTEKT Anhaltsbogen
Abhängige Variable	Inanspruchnahme	Interviewleitfaden Telefoninterview Familien
Unabhängige Variable	Studienarm	
Kovariablen	Psychosoziale Belastung	KID-PROTEKT Anhaltsbogen
	Sozialstatus	SES-Index

Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen Inanspruchnahme und Interventionsarm wurden die Interventionsarme mittels Pearson Chi-Quadrat-Test verglichen. Dabei wird die Effektstärke des Zusammenhangs mit Cramer's V (von 0 bis 1) gemessen. Je höher der Wert von Cramer's V ist, desto stärker ist der Zusammenhang, wobei ab 0,5 von einem starken Zusammenhang gesprochen wird.

5.4.2. Effizienzanalyse

Dass Angebote früher Förderung dazu beitragen, die Entwicklungschancen von Kindern erheblich zu verbessern und Kosten des Sozial-, Gesundheits- und Justizsystems im Lebenslauf der Kinder einzusparen, ist wissenschaftlich erwiesen (Heckman & Masterov, 2007). Gleichzeitig ist eine gesundheitsökonomische Betrachtung von komplexen, präventiven Interventionen methodisch höchst anspruchsvoll. Herausforderungen sind dabei v. a. der lange Zeithorizont sowie die Komplexität des Zusammenwirkens biologischer und sozialer Einflussfaktoren, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Ein häufig angewendetes und anerkanntes Verfahren, um entsprechende Projekte bzw. Maßnahmen gesundheitsökonomisch zu bewerten, ist die Kosten-Nutzen-Analyse (Meier-Gräwe, 2014). Die Effizienz wird dabei in Form von Kosten pro Nutzwert oder Nutzwert pro ausgegebenen Euro angegeben.

Kostenbewertung

Durch den vergleichenden Charakter der Effizienzanalyse erfordert diese keine Bestimmung der Gesamtkosten je Versorgungsform, sondern kann sich auf eine Betrachtung der in QT und ST gegenüber TAU anfallenden Mehrkosten beschränken. TAU repräsentiert entsprechend die 0-Linie.

Nutzwertbestimmung

Das Ziel von KID-PROTEKT ist die Förderung einer gesunden Kindesentwicklung trotz einer psychosozialen Belastungssituation in der Familie. Dafür ist es wichtig, Familien mit Risikofaktoren zu erkennen und sie an Unterstützungsangebote weiterzuleiten. Die folgenden formulierten Teilziele wurden im Rahmen einer onlinegestützten Befragung hinsichtlich ihrer Wichtigkeit für das Erreichen dieses Hauptziels anhand einer Skala von 1 (unwichtig) bis 10 (wichtig) bewertet:

1. Einschätzung psychosozialer Belastung
2. Klärung des individuellen Unterstützungsbedarfs
3. Weiterleitung an Hilfen
4. Empowerment der Betroffenen
5. Sozialpädagogische Hilfeplanung
6. Monitoring der Nutzung durch die Betroffenen

Im Anschluss daran wurden die Befragten um eine Einschätzung gebeten, wie gut die in KID-PROTEKT untersuchten Versorgungsformen jeweils zum Erreichen der Teilziele geeignet sind (Erfüllungsgrade: 0% = Ziel wird überhaupt nicht erreicht bis 100% = Ziel wird vollständig erreicht). Durch Multiplikation von Gewichtung und Bewertung wurden die Nutzwerte der untersuchten Versorgungsformen bestimmt.

5.4.3. Wirksamkeitsanalyse

Zur Prüfung der Wirksamkeit im Rahmen der Prä-Post-Messung der Outcomes Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Gesundheit (Depressivität) und Lebenszufriedenheit wurden die Gruppenmittelwerte der Versorgungsformen varianzanalytisch miteinander verglichen. Aus den Items der Fragebögen wurden für beide Messzeitpunkte nach Vorgabe des jeweiligen Fragebogen-Manuals Gesamtwerte und anschließend die Differenzwerte der Prä- und Post-Messungen je Familie berechnet.

Zur statistischen Prüfung wurde für jedes Outcome eine univariate Varianzanalyse gerechnet und dabei folgende Variablen geprüft (Tabelle 11):

Tabelle 11: Variablen der sekundären Outcomemaße

Variablen		Messinstrument
Abhängige Variablen	Differenzwert Selbstwirksamkeitserwartung	Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)
	Differenzwert Depressivität	Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Familien (PHQ-9)
	Differenzwert Lebenszufriedenheit	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ ^M)
Unabhängige Variable	Studienarm	
Kovariablen	Psychosoziale Belastung	Psychosozialer Anhaltsbogen
	Sozialstatus	SES-Index

5.4.4. Generalisierbarkeit & Übertragbarkeit

Zur Bewertung der Repräsentativität wurde ein Vergleich von soziodemografischen Variablen – erhoben in der Substichprobe der Interview-Teilnehmer:innen – mit den Angaben aus dem Datenreport 2021 des Statistischen Bundesamtes und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021) vorgenommen.

Zur Beurteilung der Übertragbarkeit der Ergebnisse wurden die in Tabelle 12 aufgeführten Subgruppenanalysen vorgenommen.

Tabelle 12: Übersicht Subgruppenanalysen nach ausgewählten Strukturparametern

Subgruppenanalysen nach Strukturparametern	
Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen
<ul style="list-style-type: none"> – Praxisart (GYN vs. PÄD) – Praxisgröße (GROSS vs. KLEIN) – Einzugsgebiet (STADT vs. LAND) 	Belastungsquote (mind. ein vs. kein Belastungsfaktor)
	Bedarfsquote (intensiver vs. kein/geringer Unterstützungsbedarf)
	Weiterleitungsquote
	Inanspruchnahmequote
	Ort, Durchführende, Dauer der Orientierenden Gespräche

5.5. Fallzahlberechnung

Als Teilnehmer:innen wurden alle Familien definiert, die mindestens einen KID-PROTEKT Anhaltsbogen ausgefüllt haben. Diese Familien wurden in die Auswertung eingeschlossen. Auf Basis der Erfahrungen aus vorangegangenen Modellprojekten wurden Nicht-Teilnahme-Raten von 20% in Frauenarztpraxen bzw. von 40% in Kinder- und Jugendarztpraxen angenommen.

In die Analyse des Hauptoutcomes Weiterleitung wurden jene Familien einbezogen, die nach Einschätzung des Praxispersonals im Orientierenden Gespräch Bedarf an externer Unterstützung (Weiterleitungsbedarf) hatten. Die notwendige Stichprobengröße für die vergleichende Analyse der Weiterleitungsquoten wurde durch eine G*Power-Analyse ermittelt. Dabei wurde

Akronym: KID-PROTEKT
Förderkennzeichen: 01NVF17027

die Irrtumswahrscheinlichkeit auf $\alpha = 0,05$ mit einer Power $(1-\beta) = 0,80$ festgelegt. Die Effektgröße wurde als moderat angenommen: $f^2 = 0,02$. Nach Adjustierung für die hierarchische Datenstruktur (sog. „cluster-effect“) mit einem Inflationsfaktor von 1,12 (sog. „design effect“) ergab sich eine benötigte Stichprobe von mindestens $N=179$, das heißt mindestens $N=60$ Fälle mit Weiterleitung je Studienarm.

Zur Ermittlung der sekundären Zielparameter Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Gesundheit (Depressivität) und Lebenszufriedenheit wurde eine Teilstichprobe der Familien befragt. Je Studienarm und Facharztgruppe wurde eine Stichprobe von $N=35$ Familien mit Belastungen und $N=35$ Familien ohne Belastungen benötigt. Aufgrund der angenommenen Stichprobenmortalität von rund 20% zwischen T0 und T1 wurde eine Überrekrutierung zum ersten Erhebungszeitpunkt erwogen. Insgesamt wurde so die Stichprobe auf 504 Familien festgelegt, verteilt auf $N=42$ mit und ohne Belastungen je Facharztgruppe und Studienarm.

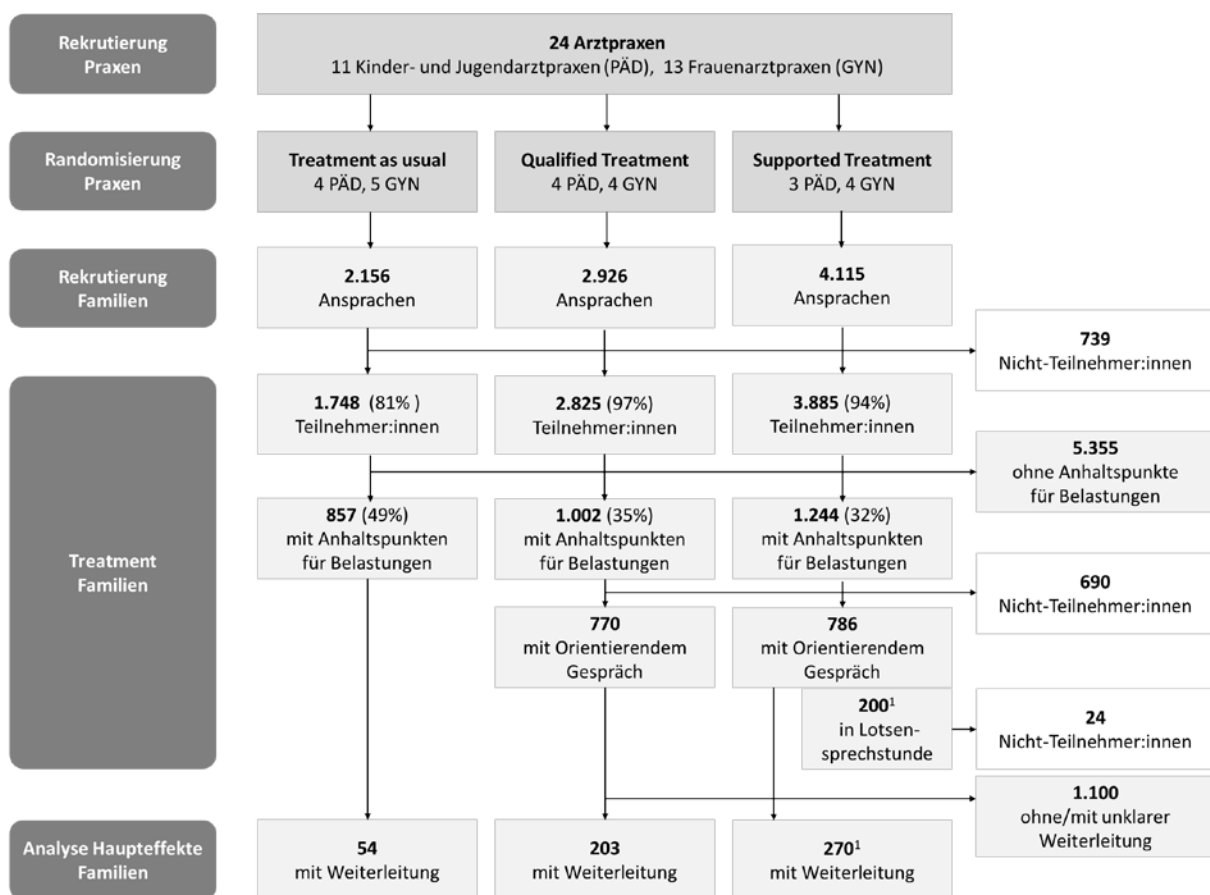
6. Projektergebnisse

6.1. Darstellung der Population und Subgruppen [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.1]

Abbildung 5 zeigt die in der Evaluation erzielten Fallzahlen nach Analyseclustern inkl. Nicht-Teilnahmen.

Zwischen dem 01.09.2019 und dem 28.02.2021 wurden insgesamt 9.197 Familien mit dem Projekt KID-PROTEKT erreicht (=Ansprachen). Von diesen haben im weiteren Verlauf 8.458 Familien (Screeningpopulation) mindestens einmal den KID-PROTEKT Anhaltsbogen ausgefüllt und gelten als Teilnehmer:innen der Evaluation. Die Teilnahmequote über alle Studienarme lag damit bei 92% (GYN: 88%, PÄD: 93%). Bei einem Vergleich der Teilnehmeraten zwischen den Studienarmen zeigt sich, dass die Teilnehmerate in der neuen Versorgungsform noch höher liegt (ST: 94%, QT: 97%, TAU: 81%).

Detaillierte Informationen zu den Baseline-Charakteristika der Teilnehmer:innen sind dem Evaluationsbericht zu entnehmen.



¹ Davon n=17 ohne Dokumentation eines Orientierenden Gesprächs.

Abbildung 5: Participant Flowchart KID-PROTEKT

➔ **Erreichbarkeit:** Die hohen Teilnehmeraten deuten auf eine sehr gute Erreichbarkeit der Zielgruppe i. R. d. gynäkologischen und pädiatrischen Vorsorgen hin.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse zu den verschiedenen endpunktbezogenen Einzel-fragstellungen beziehen sich jeweils auf spezifische Teilstichproben, die in Tabelle 13 überblicksartig zusammengestellt sind.

Tabelle 13: Analysepopulationen der verschiedenen Endpunkte

Endpunkte	Analysepopulation	N
Teilnehmer:innen am Screening	Screeningpopulation [TAU, QT, ST]	8.458
Belastungsquote	Belastungspopulation [TAU, QT, ST]	3.103
Bedarfsquote	Bedarfspopulation [QT, ST]	1.556
Weiterleitungsquote	Weiterleitungspopulation NVF ¹ [QT, ST]	456
	Weiterleitungspopulation Lotsen [ST]	176
	Weiterleitungspopulation RV ² [TAU]	37
	Interviewpopulation Familien mit telefonisch bestätigter Weiterleitung [TAU]	17 ³
Nicht-Teilnahme-Analyse	Nicht-Teilnahme-Population [TAU, QT, ST]	1.119 ⁴
Akzeptanz	Interviewpopulation Familien [TAU, QT, ST]	804
Soziodemografie		
Depressivität, Lebensqualität, Selbstwirksamkeitserwartung	Onlinepopulation Familien [TAU, QT, ST]	404
Inanspruchnahmequote	Interviewpopulation weitergeleitete Familien [TAU, QT, ST]	133
Machbarkeit	Interviewpopulation Praxen [TAU, QT, ST]	58
	Interviewpopulation Babylots:innen [ST]	6
Nutzwert	Onlinepopulation Expert:innen	54

Anmerkungen: ¹ NVF = Neue Versorgungsform ² RV = Regelversorgung ³ Über das Telefoninterview identifizierte Weiterleitungen im Studienarm TAU ⁴ Dokumentierte Gründe für eine Nicht-Teilnahme (Hinweis: kein patientenbezogener Wert, Mehrfachnennungen möglich).

6.2. Ergebnisse primäre Endpunkte

6.2.1. Effektivität [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.2]

6.2.1.1. Unterstützungsbedarf

Von den Familien, die mindestens einen KID-PROTEKT Anhaltsbogen ausgefüllt haben, wurden diejenigen als psychosozial belastet eingestuft, bei denen der Fragebogen mindestens ein auffälliges Ergebnis ergab. Die im Projekt ermittelte Belastungsquote betrug 37% über alle Studienarme (Belastungspopulation N=3.103).

➡ **Belastungsquote:** Über ein Drittel (37%) aller angesprochenen Familien ist nach eigenen Angaben im KID-PROTEKT Anhaltsbogen belastet.

Bei Anhaltspunkten für Belastungen erhielt die Familie in der neuen Versorgungsform (NVF) das Angebot eines Orientierendes Gesprächs mit geschultem Praxispersonal. Wie die Fallzahlen zeigen (vgl. Abbildung 5) kam es nicht in jedem Fall einer angezeigten Belastung zu einem Gespräch. Gründe hierfür sind:

- Ablehnung des Gesprächs, da die Notwendigkeit nicht gesehen wurde (vgl. hierzu auch 6.3.2. Nicht-Teilnahme-Analyse)
- Ablehnung der Studienteilnahme, d. h. es lag kein Einverständnis zur Nutzung der Gesprächsprotokolle im Rahmen der Evaluation vor
- Mangelnde Erreichbarkeit der Teilnehmer:innen

Im Projekt wurden fast 90% der Gespräche von geschulten medizinischen Fachkräften geführt (vgl. Tabelle 17), was eine Entlastung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bedeutet.

Aus der Dokumentation der Gespräche wurden die Bedarfsquoten ermittelt (Bedarfspopulation N=1.556).

➔ **Bedarfsquote (NVF):** In der neuen Versorgungsform hatten nach Einschätzung im Orientierenden Gespräch 62% der belasteten Familien einen Unterstützungsbedarf, etwa jede zweite belastete Familie (48%) wies sogar einen intensiven (=mittleren bis sehr hohen) Bedarf auf.

Von den Familien, die in die Lotsensprechstunde überwiesen wurden, hatten nach Einschätzung der Babylots:innen 84% einen intensiven Unterstützungsbedarf (Weiterleitungspopulation Lotsen N=176). Das Ergebnis zeigt, dass die intendierte Entlastung des Praxispersonals durch (sozial-)pädagogische Fachkräfte bei der Betreuung intensiv bzw. komplex belasteter Familien eintritt, indem die Lots:innen die Fälle nach entsprechendem Einverständnis übernehmen.

6.2.1.2. Weiterleitungen

Ein weiteres Ziel der Orientierenden Gespräche war die Einschätzung des Bedarfs an externer Unterstützung (Weiterleitungsbedarf). Als Weiterleitungen wurden im Projekt sowohl die Vermittlung von Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind („Kontaktempfehlungen“) verstanden als auch die aktive Kontaktherstellung zu Einrichtungen („Überleitungen“), z. B. durch Initiierung eines Termins. Weiterleitungen in die Lotsensprechstunde im Studienarm ST wurden dabei analog anderer Weiterleitungen an Hilfsangebote betrachtet und sind in die Weiterleitungsquote eingeflossen (Weiterleitungspopulation NVF N=456). Bei der Abklärung des Weiterleitungsbedarfs wurden sowohl die Ressourcen der Familie als auch bereits vorhandene familiäre, soziale oder professionelle Absicherungsstrukturen berücksichtigt (bedarfsorientierte Weiterleitung).

➔ **Weiterleitungsquote (NVF):** In der neuen Versorgungsform hatten 30% aller unterstützungsbedürftigen Familien nach Einschätzung im Orientierenden Gespräch einen Weiterleitungsbedarf, bei intensivem Unterstützungsbedarf waren es 52%. Die Weiterleitungsquote aus der Lotsensprechstunde lag mit 88% deutlich höher, bei intensiv belasteten Familien sogar bei 96%.

Im Rahmen der Dokumentationen der Weiterleitungen hatten die Praxen die Möglichkeit, freitextlich spezifische Angaben zu den gewählten Einrichtungen/Angeboten zu machen. Eine Auswertung dazu findet sich im Evaluationsbericht (Tabellen 21 und 22).

Für den Vergleich mit der Regelversorgung wurden die Weiterleitungsquoten bezogen auf die Gesamtheit aller Familien mit Belastungen gemäß KID-PROTEKT Anhaltsbogen berechnet.

➔ **Weiterleitungsquote (NVF vs. TAU):** Der Anteil unterstützungsbedürftiger Familien, die eine Weiterleitung erhalten haben, war in der neuen Versorgungsform mehr als drei Mal so hoch wie in der Regelversorgung (TAU: 6%, QT: 20%, ST: 22%).

Das Ergebnis deutet darauf hin, dass es den speziell qualifizierten Praxen in der neuen Versorgungsform besser gelingt, Familien bei Bedarf Unterstützungsangebote zu vermitteln, als Praxen, die keine Schulung erhalten haben.

Die Unterschiede in den Weiterleitungsquoten erwiesen sich im inferenzstatistischen Vergleich als signifikant:

- QT unterscheidet sich signifikant von der Regelversorgung Treatment as usual ($t=4,146$, $p<0,001$). Die Wahrscheinlichkeit, eine Weiterleitung zu erhalten, ist für Familien aus dem Studienarm QT 10,7-fach (95% CI; 3,737–30,641) höher im Vergleich zu TAU.
- Der Unterschied zwischen ST und TAU ist ebenfalls signifikant ($t=4,410$, $p<0,001$). Die Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung ist im Studienarm ST 11,277-fach so hoch (95% CI; 3,842–33,102) wie bei TAU.

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Anzahl an Belastungsfaktoren einer Familie relevant ist für die Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung ($t=27,54$, $p<0,001$). Erfreulicherweise geht eine Zunahme der Belastungsfaktoren in allen Studienarmen auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung einher. Die Wahrscheinlichkeit für eine Weiterleitung erhöht sich mit jeder weiteren Belastung um das 2,723-fache (95% CI; 2,536–2,925).

➔ **Effektivität Weiterleitungen:** Beide Varianten der neuen Versorgungsform (QT und ST) sind der Regelversorgung (TAU) hinsichtlich der Weiterleitung von unterstützungsbedürftigen Familien überlegen.

Eine Überlegenheit der Variante ST gegenüber der Variante QT ließ sich im inferenzstatistischen Vergleich nicht nachweisen. Jedoch konnte ein Zusammenhang zwischen der Art der Weiterleitungen und dem Interventionsarm ermittelt werden ($\text{Chi-Quadrat}(2)=241,4$, $p<0,001$). Der Zusammenhang ist sehr stark (Cramer's $V=0,76$, $p<0,001$).

Tabelle 14 zeigt, dass Überleitungen als reine Weiterleitungsform oder in Kombination mit Kontaktempfehlungen im Supported Treatment mit 79% fast 16 mal so häufig waren wie im Qualified Treatment (5%), obwohl aufgrund des RCT-Designs von einem ähnlich hohen Bedarf an aktiver Vermittlung in beiden Varianten auszugehen ist. Der Unterschied in den Überleitungsquoten ist überzufällig und deutet damit auf eine Unterversorgung unter QT-Bedingungen hin.

In der Versorgungsvariante ST waren 99% der reinen Überleitungen Vermittlungen in die Lotensprechstunde ($n=160$). Dies führt zu der Annahme, dass Praxen Überleitungen im Praxisalltag ohne Unterstützung nur unzureichend umsetzen können, diese aber durch die Zusammenarbeit mit (sozial-)pädagogischen Fachkräften gelingen können.

Tabelle 14: Weiterleitungen nach Orientierendem Gespräch (N=456)

Art der Weiterleitung nach Orientierendem Gespräch		Häufigkeit n (%)		
		Gesamt	QT	ST
		** Cramer's V = 0,76 ¹		
Nur Kontakt-empfehlung(en)	Gesamt	231 (55%)	184 (95%)	47 (21%)
	bei keinem/geringem Unterstützungsbedarf	68 (29%)	59 (32%)	9 (19%)
	bei intensivem Unterstützungsbedarf	163 (71%)	125 (68%)	38 (81%)
Nur Überleitung(en)	Gesamt	162 (39%)	0 (0%)	162 (72%)
	bei keinem/geringem Unterstützungsbedarf	11 (7%)	0 (0%)	11 (7%)
	bei intensivem Unterstützungsbedarf	151 (93%)	0 (0%)	151 (93%)
Kontakt-empfehlung(en) in Kombination mit Überleitung(en)	Gesamt	25 (6%)	9 (5%)	16 (7%)
	bei keinem/geringem Unterstützungsbedarf	6 (24%)	0 (0%)	6 (38%)
	bei intensivem Unterstützungsbedarf	10 (40%)	9 (100%)	10 (63%)
Missings		38	10	28

Anmerkung: Alle Angaben sind patientenbasiert, d. h. pro Familie ist nur ein Erhebungsinstrument angegeben. Basis sind erfolgte bzw. nicht erfolgte Weiterleitungen in mindestens einem Orientierendem Gespräch. Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen.

¹χ²-Test ** = signifikant mit p < 0,001.

6.2.1.3. Inanspruchnahmen

Die Analyse der Inanspruchnahme wurde im Projekt an einer Teilstichprobe aller weitergeleiteten Familien durchgeführt, die für die telefonische Befragung gewonnen werden konnte (Interviewpopulation weitergeleitete Familien N=133). Dabei wurde nicht zwischen den verschiedenen Arten von Weiterleitungen differenziert.

➡ **Inanspruchnahmequote:** Unter allen Befragten war die Inanspruchnahme im Supported Treatment am höchsten (ST: 35%, QT: 18%, TAU: 15%). Bei Betrachtung der intensiv belasteten Familien war die Inanspruchnahme in ST (34%) gegenüber QT (12%) fast dreifach erhöht.

81% der aus dem Studienarm ST befragten Familien wurden durch Lots:innen begleitet. Die in diesem Arm beobachtete deutlich höhere Inanspruchnahmequote im Vergleich zu QT und TAU legt deshalb den Schluss nahe, dass Familien bei Unterstützung durch (sozial-)pädagogische Fachkräfte Angebote häufiger in Anspruch nehmen.

Aufgrund der geringen Anzahl an Weiterleitungen in TAU (N=3) wurde die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote durch weitergeleitete Familien inferenzstatistisch mit robusten Analysen geprüft und konservativ hinsichtlich der Signifikanzinterpretation bewertet. Der durchgeführte Chi-Quadrat-Test ergab – trotz der deskriptiv deutlichen Unterschiede – keinen

statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Weiterleitung und den Interventionsarmen ($\chi^2(2)=5,19$, $p=0.075$).

Aus diesem Grund wurde eine Post-Hoc-Poweranalyse durchgeführt, die erkennen lässt, ob die geringe Stichprobengröße zur Nicht-Signifikanz führte. Diese ergab bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05 und einer Effektstärke von 0,2 eine Power ($1-\beta$ Irrtumswahrscheinlichkeit) von 0,53, d. h. ein Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme wäre mit einer Wahrscheinlichkeit von 53% gefunden worden. Aufgrund dieses Ergebnisses ist davon auszugehen, dass die fehlende Signifikanz mit einer zu geringen Stichprobengröße zu begründen ist.

➔ **Effektivität Inanspruchnahme:** Die deutlichen deskriptiven Unterschiede in den Inanspruchnahmeraten wurden im χ^2 -Mittelwertsvergleich – voraussichtlich in Folge der geringen Stichprobengröße – nicht signifikant.

Darüber hinaus wurden geringfügige Selektionseffekte der Teilstichprobe der weitergeleiteten befragten Familien (N=133) gegenüber den weitergeleiteten, nicht befragten Familien (N=397) ermittelt. Mit jeweils schwachen Effektstärken unterschieden sich die befragten weitergeleiteten Familien von den nicht befragten weitergeleiteten Familien signifikant hinsichtlich des Alters (Befragte waren älter) und der Anzahl der Kinder (Befragte hatten weniger Kinder). Diese Effekte können einen Einfluss auf die Höhe der Inanspruchnahmequoten bewirkt haben. Aus diesem Grund sowie aufgrund der nicht möglichen Differenzierung zwischen Kontaktempfehlungen und Überleitungen im Bereich der Weiterleitungen stehen i. R. d. Analyse nicht die absoluten Werte der Inanspruchnahmequoten im Fokus, sondern der relative Vergleich zwischen den Versorgungsformen.

6.2.2. Effizienz [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.3]

Zur Bewertung der neuen Versorgungsform unter Effizienz Gesichtspunkten wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt (vgl. Abschnitt 6.2.2.1.). Eine weitergehende gesundheitsökonomische Betrachtung war nicht Teil des Studiendesigns von KID-PROTEKT. Dennoch lassen sich Ansatzpunkte für Einsparpotenziale im Gesundheitswesen sowie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene identifizieren, die Gegenstand weiterer Untersuchungen sein können (vgl. Abschnitt 6.2.2.2.).

6.2.2.1. Kosten-Nutzen-Analyse

Kostenermittlung

Die Ermittlung der Mehrkosten der neuen Versorgungsform setzt deren inhaltliche Abgrenzung von der Regelversorgung voraus. Der Kostenvergleich beschränkt sich auf den Teilprozess des „Klärens“, da das „Erkennen“ bereits als Teil der Regelversorgung verstanden werden muss (Sozialanamnese) und damit auch in TAU enthalten ist. Das „Vernetzen“ ist mangels eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags derzeit kein Bestandteil der Regelversorgung und wurde in der Betrachtung ausgenommen, um die Vergleichbarkeit über alle Versorgungsformen zu gewährleisten.

Diese Betrachtungsweise entspricht auch der im Projekt angewandten Vergütungslogik, nach der die Orientierenden Gespräche den Kern der in den Arztpraxen erbrachten gesundheitlichen Versorgungsleistungen darstellen und als solche zusätzlich vergütet wurden.

Die Vergütung der Lots:innen erfolgte hingegen nicht als Preis je Leistung, sondern war in den Personalkosten abgebildet. Aus diesem Grund wurden die Mehrkosten hier auf Basis des zeitlichen Aufwands für den klärenden Gesprächsanteil („Clearing“) bestimmt. Die durchschnittliche Dauer eines Clearings betrug im Projekt nach entsprechenden Auswertungen auf Basis der Dokumentationssoftware Contur 53,93 Minuten. Die zur Bewertung herangezogenen Personalkosten basieren auf der Entgeltgruppe S11b und Entwicklungsstufe 3 der Entgelttabelle der Caritas (RK Ost, Tarifgebiet West, gültig ab 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021

Mitarbeiter:innen in allen Einrichtungen, auch in Kindertagesstätten nach §§ 22f. SGB VIII). Nach einem Aufschlag von 30% für den Arbeitgeberanteil betragen die jährlichen Kosten bei Vollzeitbeschäftigung $3.669,88 \text{ €} * 1,3 * 12,8 = 61.066,80 \text{ €}$. Die monatlichen Bruttokosten belaufen sich damit auf 5.088,90 €. Bei durchschnittlich 169 Stunden monatlicher Arbeitszeit ergibt sich ein kalkulatorischer Stundenlohn von 30,11 €. Nach Berücksichtigung von Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungszeiten sowie Rüst- und Fahrzeiten wird ein effektiver Stundensatz für patientenbezogene Leistungen von 58,00 € angenommen. Bei der Berechnung der Kosten je Fall in ST ist zu berücksichtigen, dass das Gespräch mit der Lot:sin im Projekt in rund 25% der Fälle indiziert war.

Tabelle 15 zeigt die Leistungsunterschiede zwischen den Versorgungsformen und daraus resultierende Mehrkosten auf. Es handelt sich um eine fallbezogene Kostenbetrachtung, in der nur variable Kosten je Fall berücksichtigt sind und keine sonstigen Aufwände wie z. B. Schulungskosten. Die fallbezogenen Kosten belaufen sich auf 20,00 € für die Versorgung im Qualified Treatment und 33,03 € im Supported Treatment.

Tabelle 15: Fallbezogene Mehrkosten der neuen Versorgungsform

Versorgungsform	Abgrenzbare Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung bei Belastung	Häufigkeit ¹ im Belastungs-/ Risikofall	Mehrkosten	
			je Leistung	je Fall
TAU			0	0
QT	Orientierendes Gespräch zur Klärung des Unterstützungs- und Weiterleitungsbedarfs bei Belastung	100%	20,00 € je Gespräch ²	20,00€
ST	Orientierendes Gespräch zur Klärung des Unterstützungs- und Weiterleitungsbedarfs bei Belastung	100%	20,00 € je Gespräch ²	33,03 €
	Lotsenerstgespräch (Clearing) zur Klärung des Unterstützungs- und Weiterleitungsbedarfs bei intensiver/komplexer Belastung	25%	52,13 € je Gespräch ³	

¹ Zugrunde gelegt sind hier Häufigkeiten bei 0% Dropout. Berechnungsgrundlage siehe Abbildung 5.

² Vergütungssatz für gesundheitliche Versorgungsleistungen KID-PROTEKT

³ Aufwandsbasierte Kostenermittlung

Nutzwertbestimmung

Für die Nutzwertenerhebung wurden 111 Expert:innen/Stakeholder angesprochen. Davon nahmen 54 (Onlinepopulation Expert:innen) an der Befragung (vgl. Anlage 14) teil, wovon N=42 den Online-Fragebogen komplett ausfüllten.

Die Fragen zum Nutzen der Einzelprozesse setzten die Kenntnis der neuen Versorgungsformen voraus. In den Teilnehmerkreis einbezogen wurden deshalb: Projektbeteiligte Ärzt:innen und medizinischen Fachkräfte aller Studienarme, Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats, Mitarbeiter:innen der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter am UKE sowie Mitarbeiter:innen der Stiftung SeeYou. Die Stichprobe setzte sich im Ergebnis zusammen aus 26% Mitarbeiter:innen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, 21% Ärzt:innen aus den teilnehmenden Praxen, 21% Mitarbeiter:innen der Stiftung SeeYou, 21% Mitwirkende des wissenschaftlichen Fachbeirats und 13% medizinische Fachkräfte aus den teilnehmenden Praxen.

Bei der Bewertung, wie gut die in KID-PROTEKT untersuchten Versorgungsformen jeweils zum Erreichen der Teilziele geeignet sind, zeigte sich, dass die Expert:innen der ST-Intervention in Bezug auf alle Teilziele die höchsten Werte zuschrieben, gefolgt von QT. TAU erhielt über alle Teilziele hinweg die niedrigste Bewertung. Die ermittelten Nutzwerte betragen für die Versorgungsform Treatment as usual 13,08, für das Qualified Treatment 26,51 und für das Supported Treatment 41,36 (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Nutzwerte der Versorgungsformen

Teilziele	TAU		QT		ST		
	Gewichtung	Bewertung	Nutzwert	Bewertung	Nutzwert	Bewertung	Nutzwert
Einschätzung psychosozialer Belastung	9,18	31%	2,85	66%	6,06	85%	7,8
Klärung individuellen Unterstützungsbedarfs	9,09	27%	2,45	56%	5,09	85%	7,73
Weiterleitung an Hilfen	9,31	27%	2,51	52%	4,84	83%	7,73
Empowerment der Betroffenen	8,64	22%	1,9	45%	3,89	73%	6,31
Monitoring der Nutzung durch Betroffene	7,59	24%	1,82	46%	3,49	76%	5,77
Sozialpädagogische Hilfeplanung	7,67	21%	1,61	40%	3,07	78%	5,98
Summe			13,14		26,44		41,32
Differenz zu TAU					+13,3		+28,18

Kosten-Nutzwert-Relation

Pro Fall ergeben sich in der QT-Bedingung zusätzliche Kosten in Höhe von 1,50 € pro zusätzlichem Nutzwert (20 €/13,3) und in der ST-Bedingung 1,17 € pro zusätzlichem Nutzwert (33,03 €/28,18) gegenüber der TAU-Bedingung. Die Ersparnis von ST gegenüber QT beträgt damit 0,33 € pro zusätzlichen Nutzwert.

6.2.2.2. Einsparpotenziale

Den für die kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung anfallenden zusätzlichen Kosten lassen sich einige Einsparpotenziale gegenüberstellen, die zwar im Rahmen von KID-PROTEKT nicht quantifiziert werden konnten, aber Ansatzpunkte für weitere Untersuchungen darstellen können.

Gesundheitswesen

Indem gezeigt werden konnte, dass medizinische Fachkräfte nach erfolgreicher Qualifizierung die Durchführung der psychosozialen Anamnese übernehmen können, wird das ärztliche Personal entlastet (Delegation).

Die Kooperation mit den (sozial-)pädagogischen Fachkräften stellt ebenfalls eine doppelte Entlastung für die Praxen dar – direkt durch die Übernahme komplexer Fälle, indirekt durch ihre Rolle als fachliche Ansprechpartner:innen auf professioneller Ebene.

Systemübergreifend

Studien, die sich mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis Früher Hilfen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene beschäftigen, kommen zu dem Ergebnis, dass Prävention in den ersten Lebensjahren verglichen mit den Folgekosten einer Kindeswohlgefährdung auch wirtschaftlich rentabel ist (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011).

KID-PROTEKT und andere Untersuchungen (Michels, 2022) zeigen, dass sich insbesondere die Begleitung intensiv belasteter Familien durch spezialisierte Lots:innen (Babylots:innen) positiv auf die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen u. a. auswirkt.

Hinzu kommen weitere intendierte und nachgewiesene Effekte der Begleitung durch Lots:innen, wie beispielsweise eine gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung (Pawils, Kolodziej, Siefert & Metzner-Guczka, 2022).

➔ **Effizienz:** In der Kosten-Nutzen-Analyse zeigt sich die neue Versorgungsform überlegen gegenüber der Regelversorgung, wobei die Kosten-Nutzen-Relation für die Variante Supported Treatment am günstigsten bewertet wird. Dabei lassen sich verschiedene Ansatzpunkte für Einsparpotenziale identifizieren, die Gegenstand weiterer Untersuchungen sein können.

6.3. Ergebnisse sekundäre Endpunkte

6.3.1. Akzeptanz und Machbarkeit [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.4.2]

Zur Beurteilung von Akzeptanz und Machbarkeit wurden projektbeteiligte Praxismitarbeitende (Interviewpopulation Praxen N=58), Familien (Interviewpopulation Familien N=804) und Babylots:innen (Interviewpopulation Babylots:innen N=6) zu ihrer Zufriedenheit mit dem Projekt bzw. der neuen Versorgungsform befragt. Darüber hinaus ergänzen die Erkenntnisse der Nicht-Teilnahme-Analyse die Ergebnisse zur Akzeptanz.

6.3.1.1. Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Praxen

Die Befragungen der Leistungserbringerseite (Interviewpopulation Praxen N=58) ergaben insgesamt eine gute Umsetzbarkeit. Abbildung 6 gibt einen Überblick über zentrale Befragungsergebnisse. Aufgeführt ist jeweils die Range der bei den verschiedenen Items erzielten Mittelwerte als Bewertungsgrundlage der unterschiedlichen Teilprozesse. Dabei bedeutet 1 sehr gut und 6 schlecht.

Hervorzuheben ist die nur befriedigende Bewertung im Bereich der Weitervermittlung an Unterstützungsangebote im Arm QT, der ein guter Wert in ST gegenübersteht. Dieser qualitative Befund deckt sich mit den quantitativen Ergebnissen zur Art der Weiterleitung, nach denen die Praxen in QT kaum Überleitungen realisieren konnten und Praxen in ST überwiegend in die angeschlossene Lotsensprechstunde übergeleitet haben. Auch die „sehr gute“ Bewertung der Lotsenunterstützung stärkt die Argumentation, dass diese einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Vernetzung leistet.

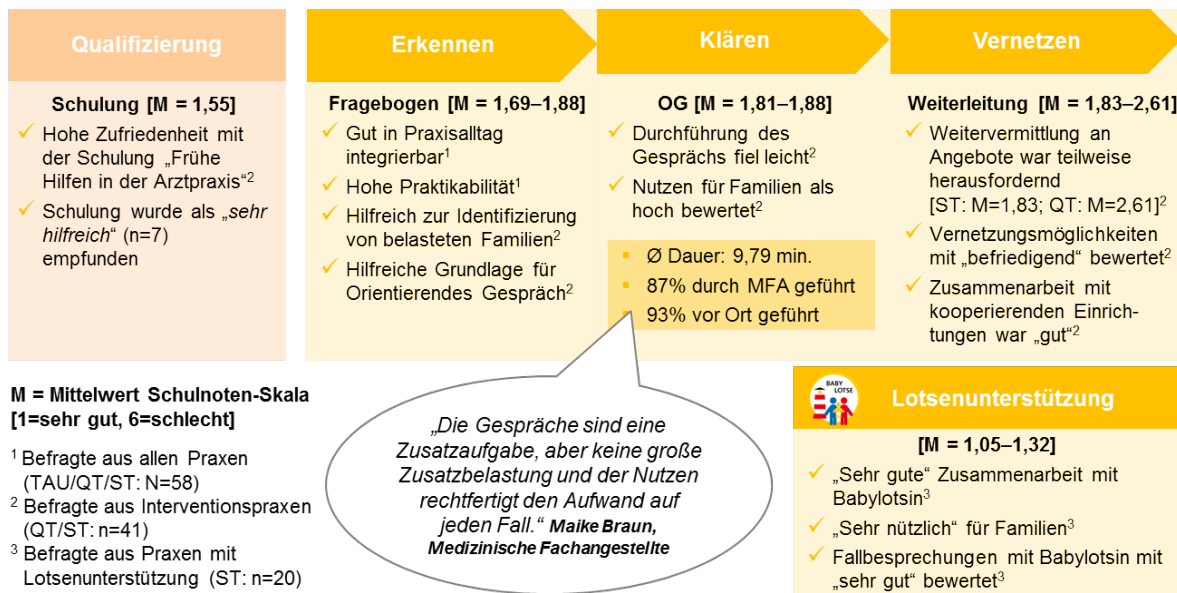


Abbildung 6: Befragungsergebnisse Praxispersonal (Auszug)

Für die **Akzeptanz** der neuen Versorgungsform sprechen zudem folgende Ergebnisse:

- Die Wichtigkeit des Projekts wurde insgesamt (M=1,42, SD=0,65) als sehr gut bewertet und zeigten den (Handlungs-)Bedarf auf.
- Die Frage nach dem Mehrwert der neuen Versorgungsform für die Praxen wurde von allen Befragten in den Studienarmen QT (N=20) und ST (N=20) mit ja beantwortet (**100%**). Dabei wurde betont, wie hilfreich die neue Versorgungsform für belastete Familien sei und dass sich die Beziehung und der Kontakt zu den Familien verbessert habe.
- Der Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen wurde in allen drei Studienarmen (QT: M=2, SD=0,55; ST: M=1,7, SD=0,8, TAU: M=2, SD=0,63) mit „gut“ bewertet.
- Die Frage nach der Umsetzbarkeit des Projekts für weitere Praxen der Durchführungsregionen wurde ebenfalls mit „gut“ (M=1,73, SD=0,73) beantwortet.

Zusätzlich zu den Befragungsergebnissen stützen folgende Kennzahlen die **Machbarkeit**:

- 96% der Familien erhielten ein Orientierendes Gespräch aufgrund eines auffälligen Anhaltbogens, was zeigt, dass der Fragebogen sowohl eine gute Grundlage für das Erkennen von Belastungen darstellt, als auch einen guten Einstieg in die mündliche Anamnese bietet.
- 93% der durchschnittlich weniger als 10 Minuten umfassenden Orientierenden Gespräche wurden vor Ort in den Praxen geführt (nur 7% telefonisch). Sie sind demnach gut in den Praxisalltag zu integrieren.
- 87% der Gespräche wurden durch geschulte Medizinische Fachkräfte geführt, was zeigt, dass die Möglichkeit der Delegation genutzt wird und damit eine Entlastung des ärztlichen Personals darstellen kann.

Tabelle 17 zeigt die von den Projektpraxen gewählte Arbeitsteilung bezogen auf die Durchführung der Orientierenden Gespräche sowie deren durchschnittliche Dauer. Ein Orientierendes Gespräch dauerte als Erstgespräch im Mittel rund 8 Minuten, unter Einbeziehung von Folgegesprächen lag die durchschnittliche Dauer bei knapp 10 Minuten. Die Analyse der Streuung der Minutenwerte der Orientierenden Gespräche ergab, dass 75% der Gespräche eine Dauer von 10 Minuten nicht überschritten. In Einzelfällen dauerten Gespräche bis zu 55 Minuten.

Tabelle 17: Umsetzung der Orientierenden Gespräche in den Projektpraxen (N=1.556)

Ort	In der Praxis	93%
	Telefonisch	7%
Durchführende	Medizinische Fachkraft	87%
	Arzt/Ärztin	12%
	Beide	1%
Dauer (Minuten)	Mittelwert Erstgespräche (SD)	7,95 (4,55)
	Range	1–45
	Mittelwert (SD)	9,79 (7,07)
	Range	1–55

6.3.1.2. Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Familien

Auch die Befragung der Familien (Interviewpopulation Familien N=804) bestätigt insgesamt eine sehr gute bis gute Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform (vgl. Abbildung 7).


Telefonische Befragung (N=804) M = Mittelwert Schulnoten-Skala [1=sehr gut, 6=schlecht]	TAU	QT	ST	
Verständlichkeit des Fragebogens	M=1,33	M=1,24	M=1,34	„Sehr gut“
Ausfüllen des Fragebogens	M=1,33	M=1,41	M=1,42	
Beurteilung Gespräch insgesamt		M=2,03	M=2,03	M=1,48 „Sehr gut“
Zufriedenheit mit Gespräch	„Gut“	M=1,80	M=1,77	M=1,43
Zufriedenheit mit vorgeschlagenen Angeboten		M=2,03	M=1,83	M=1,70 „Gut“

Abbildung 7: Befragungsergebnisse Familien (Auszug)

Hervorzuheben ist die „sehr gute“ Bewertung im Hinblick auf die Verständlichkeit und das Ausfüllen des KID-PROTEKT Anhaltsbogens über alle drei Studienarme. Auch die Gespräche mit den Babylots:innen wurden als „sehr gut“ bewertet. Dies verdeutlicht den großen Nutzen der Lotsenunterstützung für einen Teil der Familien. Die Mehrheit der Befragten wünschte sich den Befragungsergebnissen zufolge sogar eine weitere Begleitung durch die Praxis und den/die Babylots:in.

Als Verbesserungsvorschlag für das Projekt KID-PROTEKT wurde am häufigsten (N=74) genannt, dass mehr Aufklärung in den Praxen nötig sei.

6.3.1.3. Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Babylots:innen

Aus Sicht der befragten Babylots:innen (Interviewpopulation Babylots:innen N=6) war die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten für die Lotsensprechstunde in den Praxen das wichtigste Kriterium, um diese regelmäßig zu integrieren. Als größte Herausforderungen wurden u. a. Personalwechsel innerhalb der Praxen und die Einflüsse der Corona-Pandemie genannt, durch die häufig auf eine telefonische/videogestützte Beratung ausgewichen werden musste, Unterstützungsangebote nur reduziert für Familien zur Verfügung standen und/oder keine Begleitpersonen in den Praxen erlaubt waren.

Die Orientierenden Gespräche durch das geschulte Praxispersonal wurden durch die Babylots:innen als hilfreich für die Familien beurteilt ($M=1,67$, $SD=0,52$). Auch die Weiterleitung der Familien in die Lotsensprechstunde ($M=2$, $SD=0,63$) sowie die Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachkräften ($M=1,5$, $SD=0,55$) und den Ärzt:innen ($M=1,5$, $SD=0,55$) wurden als gut bewertet. Die Akzeptanz seitens der Familien ($M=1,33$, $SD=0,52$) und Praxen ($M=1,4$, $SD=0,55$) wurde sogar als „sehr gut“ angesehen, genauso wie das Projekt KID-PROTEKT insgesamt ($M=1,33$, $SD=0,52$).

➔ **Akzeptanz und Machbarkeit:** Aus den Befragungsergebnissen lässt sich sowohl der Bedarf an der neuen Versorgungsform („wichtig“), die Umsetzbarkeit („gut“) und ihr Nutzen („Mehrwert“) bei vertretbarem Aufwand ableiten. Hervorzuheben sind die „sehr hohe“ Akzeptanz des psychosozialen Anhaltsbogens bei den Familien und die „sehr hohe“ Zufriedenheit der Familien mit den Gesprächen mit den Babylots:innen. Die Lotsensprechstunde trug außerdem dazu bei, die mit der Weitervermittlung verbundenen Herausforderungen für die Praxen zu reduzieren.

6.3.2. Nicht-Teilnahme-Analyse [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.4.1]

Familien, die als Nicht-Teilnehmer:innen gewertet wurden, hatten die Möglichkeit, über Nicht-Teilnahme-Karten Feedback zu den abgelehnten Inhalten und zu den Gründen des Abbruchs zu geben.

Als häufigster Grund (Mehrfachnennungen möglich, Nicht-Teilnahme-Population $N=1.119$) wurde in allen Versorgungsformen angegeben, dass kein Interesse besteht bzw. die Notwendigkeit nicht gesehen wird (ST: 66%, QT: 50%, TAU: 51%). Die Intimität der Anliegen wurde in der neuen Versorgungsform sehr viel seltener, aber als zweithäufigster Grund genannt (ST: 17%, QT: 14%). Verständigungsprobleme führten in der neuen Versorgungsform kaum zu einem Abbruch (ST: 6%, QT: 12%).

Im Rahmen der neuen Versorgungsform wurde zusätzlich untersucht, ob das Angebot insgesamt, einzelne Bestandteile davon oder lediglich die Studienteilnahme abgelehnt wurde ($N=743$). Am häufigsten wurde das gesamte Angebot abgelehnt (39%). Die Teilnahme an der Evaluation war in 23% der Fälle Grund für den Abbruch. Die explizite Ablehnung des Orientierenden Gesprächs betraf <10% der dokumentierten Fälle – in erster Linie, weil die Notwendigkeit nicht gesehen wurde. Gleiches gilt für die Ablehnung der Lotsensprechstunde. Verständigungsprobleme wurden nur vereinzelt als Grund für die Ablehnung eines Gesprächs mit dem Praxispersonal oder dem/der Babylots:in genannt.

➔ **Nicht-Teilnahme-Analyse:** Eine Nicht-Teilnahme erfolgte überwiegend, wenn die Notwendigkeit nicht gesehen wurde, also die Familie keinen Unterstützungsbedarf hatte. Das gilt sowohl für die Ablehnung des Angebots insgesamt als auch für einen Ausstieg im weiteren Verlauf. Verständigungsprobleme und die mit psychosozialen Anliegen verbundene Intimität spielten hingegen eine untergeordnete Rolle.

6.3.3. Wirksamkeit [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.4.3]

Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wurde durch eine Prä-Post-Messung von Selbstwirksamkeitserwartung, psychischer Gesundheit (Depressivität) und Lebenszufriedenheit an einer Teilstichprobe von belasteten ($N=137$) und unbelasteten ($N=267$) Familien (Onlinepopulation Familien $N=404$) geprüft (für weitere Informationen zur Teilstichprobenziehung siehe Kapitel 2.5.2. und 3.4.3. des Evaluationsberichts).

6.3.3.1. Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Zum Zeitpunkt T0 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienarmen ($p=0,295$) oder belasteten und unbelasteten Familien ($p=0,061$).

Bei Betrachtung der Differenzwerte zwischen T0 und T1 konnten keine Haupteffekte von Studienarm ($p=0,530$), Belastung ($p=0,197$) oder Sozialstatus ($p=0,346$) nachgewiesen werden.

Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Interaktionseffekt (klein, $\eta^2=0,45$) aus Studienarm und Belastung ($F(2,333)=7,402$; $p<0,01$): Bei den belasteten Familien aus ST änderte sich die SWE zwischen den Messzeitpunkten kaum, bei QT nahm sie im Mittel in geringem Umfang zu ($M=0,65$; $SD=3,11$) und bei TAU wurde die größte Abnahme ($M=-1,15$, $SD=3,91$) gemessen.

6.3.3.2. Depressivität

Zum Zeitpunkt T0 war die Depressivität der belasteten Familien signifikant höher als die der unbelasteten Familien ($p<0,001$). Zwischen den Studienarmen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($p=0,980$).

Die Auswertung der Differenzwerte zwischen T0 und T1 zeigte einen signifikanten Haupteffekt der Belastung ($F(2,330)=57,517$, $p<0,05$). Der Effekt ist klein ($\eta^2=0,02$).

Die wichtige Interaktion zwischen der Belastung und dem Studienarm war signifikant ($F(2,330)=38,865$, $p<0,05$). Der Effekt ist als klein zu bewerten ($\eta^2=0,02$). Bei den belasteten Familien aus QT zeigte sich kaum ein Unterschied zwischen beiden Messzeitpunkten, bei ST nahm die Depressivität leicht ab ($M=-0,95$; $SD=4,24$), bei TAU wurde die größte Veränderung der Depressivität in Form einer Zunahme ($M=1,21$; $SD=3,14$) gemessen.

6.3.3.3. Lebenszufriedenheit

Zu T0 war die Lebenszufriedenheit der belasteten Familien signifikant geringer als die der unbelasteten ($p<0,001$). Zwischen den Studienarmen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($p=0,518$).

Bei der Auswertung der Differenzwerte konnten keine signifikanten Haupteffekte des Studienarms ($p=0,093$) oder der Belastung ($p=0,843$) festgestellt werden.

Auch die Interaktion zwischen Belastung und Studienarm war nicht signifikant ($p=0,173$).

➔ **Wirksamkeit:** Eine Verbesserung von Selbstwirksamkeitserwartung, Depressivität oder Lebenszufriedenheit von belasteten Familien durch die neue Versorgungsform ließ sich nicht nachweisen. Jedoch wiesen die belasteten Familien unter den Bedingungen der Regelversorgung innerhalb von 6 Monaten eine Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung und Zunahme der Depressivität auf, während die Werte unter der neuen Versorgungsform weitgehend stabil blieben. Da rund zwei Drittel der Studie zeitlich in die Corona-Pandemie fielen und sich die Post-Messungen bis Juli 2021 erstreckten, ist es möglich, jedoch nicht nachweisbar, dass die in TAU beobachteten Verschlechterungen pandemiebedingt waren und die neue Versorgungsform doch einen positiven Effekt auf belastete Familien hatte.

6.3.4. Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit [s. a. Evaluationsbericht Kapitel 3.4.4]

Die Prüfung auf Repräsentativität erfolgte auf Basis der Substichprobe der Interview-Teilnehmer:innen, da nur bei diesen Familien soziodemografische Merkmale für den Vergleich mit bundesweiten Daten erfragt wurden (Interviewpopulation Familien $N=804$). Im Ergebnis zeigt sich eine gute Vergleichbarkeit mit den Angaben aus dem Datenreport 2021 des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021). Jedoch zeigen sich Verzerrungen bezogen auf den Anteil der Alleinerziehenden (geringer als in der Gesamtbevölkerung) und den Bildungsgrad (höher als in der Gesamtbevölkerung). Solche Selektionseffekte sind in den etwas höherschwelligen Interviewteilnahmen häufig zu finden. Aufgrund des naturalistischen Studiendesigns und der Randomisierung ist deshalb nicht davon auszugehen, dass diese in der Bruttostichprobe aller angesprochenen Familien ebenso vorhanden sind.

➔ **Repräsentativität der Stichprobe:** Die Frage nach der Generalisierbarkeit lässt sich alleine aufgrund der vorliegenden Datenbasis der Substichprobe nicht endgültig beantworten. Die Ausprägungen der meisten Merkmale stimmen mit dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung überein. Der überdurchschnittliche Bildungsgrad lässt sich damit erklären, dass Antwortverweigerung mit geringerem Bildungsgrad positiv korreliert ist (Blasius & Reuband, 1995).

Zur Prüfung der Übertragbarkeit des Projekts/der neuen Versorgungsform auf weitere Praxen wurde der Einfluss ausgewählter Strukturparameter in Subgruppenanalysen untersucht. Tabelle 18 fasst die als signifikant ermittelten Zusammenhänge zusammen. Die Effektstärken sind alle schwach. Im Hinblick auf die Inanspruchnahmequote ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit den untersuchten Praxisparametern.

Mögliche Erklärungen für die ermittelten Effekte sind: Die Randomisierung der Praxen erfolgte zwar unter Berücksichtigung der untersuchten Strukturparameter, dennoch waren aufgrund der Auswahl der Praxen im Ergebnis nicht alle Kategorien gleichmäßig über alle Studienarme verteilt. Darüber hinaus konnten weitere, möglicherweise ebenfalls relevante Strukturmerkmale, wie die Lage in einem sozialen Brennpunkt, nicht berücksichtigt werden.

➔ **Übertragbarkeit:** In den inferenzstatistischen Modellprüfungen wurde die Variable Praxisart kontrolliert und mögliche konfundierende Effekte der Praxisgröße und des Einzugsgebiets offensichtlich aufgrund der Cluster-Randomisierung abgeschwächt. Es ist daher von einer Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Versorgungsrealität auszugehen.

Tabelle 18: Signifikante Zusammenhänge in den Subgruppenanalysen

	N (%)	χ^2 (df)	p-Wert	Cramer-V	Odds Ratio (95% CI)
Belastungsquote					
Praxisart					
PÄD	2168 (34%)	33,35 (1)	<0,001*	0,06	1,34 (1,22 – 1,48)
GYN	892 (41%)				
Praxisgröße					
Klein	1324 (39%)	21,52 (1)	<0,001*	0,05	0,81 (0,74 – 0,88)
Groß	1736 (34%)				
Einzugsgebiet					
Stadt	2281 (37%)	15,90 (1)	<0,001*	0,04	0,82 (0,74 – 0,90)
Land	779 (33%)				
Bedarfsquote					
Praxisart					
PÄD	534 (51%)	10,36 (1)	0,001*	0,08	0,70 (0,57 – 0,88)
GYN	212 (42%)				
Praxisgröße					
Klein	242 (41%)	19,06 (1)	<0,001*	0,11	1,59 (1,29 – 1,95)
Groß	504 (53%)				
Weiterleitungsquote					
Praxisart					
PÄD	366 (6%)	10,83 (1)	0,001*	0,04	1,38 (1,14 – 1,67)
GYN	161 (8%)				
Praxisgröße					
Klein	136 (4%)	61,33 (1)	<0,001*	0,09	2,19 (1,79 – 2,67)
Groß	391 (8%)				
Einzugsgebiet					
Stadt	397 (7%)	4,56 (1)	0,033*	0,02	0,80 (0,65 – 0,98)
Land	130 (6%)				

*signifikant bei p=0,05

6.4. Erkenntnisse aus den Begleitgremien

6.4.1. Fachbeirat

In der dritten und letzten Sitzung des Fachbeirats vom 23.06.2021 wurden die Teilnehmenden, darunter 22 projektexterne Expert:innen, auf Basis vorläufiger Datenauswertungen des UKE um ihre Einschätzung zu zentralen Fragen der Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung gebeten. Die Mentimeter-Umfrage (siehe Anhang 1) führte u. a. zu folgenden zentralen Ergebnissen:

Jeweils 88% der Umfrageteilnehmer:innen stimmten zu, dass

- Praxen zur Standardisierung der Sozialanamnese ein Instrument an die Hand gegeben werden sollte.
- eine Delegation an medizinisches Fachpersonal nach entsprechender Qualifizierung ermöglicht werden sollte.
- Gespräche mit psychosozial belasteten Familien abrechenbar werden sollten.

Weiterhin gab es mehrheitlich Zustimmung bzgl. der Notwendigkeit

- einer Qualifizierung von Praxen zu regionalen Unterstützungsangeboten und zum Netzwerkaufbau (85%).
- der Delegation der Beratung/Vernetzung in komplexen Fällen, z. B. an Lots:innen (69%).

Weniger eindeutig war das Ergebnis im Hinblick auf die Notwendigkeit eines gesetzlichen Auftrags zur verbindlichen Kooperation mit bzw. Überleitung an regionale Unterstützungsangebote (43% Zustimmung, 29% Ablehnung, 29% unentschieden).

Der Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung der Regelversorgung durch Einführung der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung wurde mehrheitlich als mittel (38%) bis hoch (56%) eingeschätzt.

Insgesamt zeigte sich eine hohe Bereitschaft der Beteiligten, die Konsortialführung auch über das offizielle Projektende hinaus beratend zu unterstützen.

6.4.2. Nutzer:innenbeirat

Die Partizipation über den Nutzer:innenbeirat ist nach Auffassung der Projektverantwortlichen als zentraler Erfolgsfaktor für die hohe Akzeptanz des im Projekt eingesetzten psychosozialen Anhaltsbogens zu betrachten. Dieser wurde gemeinsam mit ehemaligen Nutzer:innen des Babylotsen Angebots diskutiert und entwickelt. Vor allem die Abfrage in Form von Belastungskategorien war ein Ergebnis, auf das die Nutzer:innen hingewirkt haben, um die Barriere, Belastungen zu thematisieren, möglichst gering zu halten. Eine differenziertere Belastungsanamnese war dem anschließenden Gespräch mit dem Praxispersonal vorbehalten.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Interventionen wie die Frühen Hilfen zählen zu den komplexen Interventionen, deren Evaluation per se mit zahlreichen Herausforderungen und methodischen Limitationen verbunden ist.

Eine zentrale Herausforderung in KID-PROTEKT stellte die Erhebung des Inanspruchnahmeverhaltens dar. Eine Vollerhebung auf Basis von Daten der Vernetzungspartner wurde aus Komplexitätsgründen und zugunsten der Niedrigschwelligkeit der Maßnahme und der Priorität der Weiterleitungen als Hauptoutcome der Studie ausgeschlossen. Stattdessen wurde die Erhebung in Form der Befragung einer Teilstichprobe der weitergeleiteten Familien realisiert, was die Aussagekraft dieses Teilergebnisses einschränkt.

Auch die gesundheitsökonomische Evaluation der Intervention stellte im vorliegenden Rahmen aufgrund der begrenzten Projektdauer und der Vielzahl der zu beachtenden Wirk- und Störfaktoren eine Herausforderung dar. Die gewählte methodische Lösung der Kosten-Nutzen-Analyse erlaubt hier lediglich eine Annäherung.

Schließlich ist anzunehmen, dass die Praxen, die sich an KID-PROTEKT beteiligten, bereits selektiv zugunsten der psychosozialen Beratung eingestellt waren. Ein solcher Effekt ist jedoch generell bei wissenschaftlichen Studien zu beobachten und kein spezifisches Problem von KID-PROTEKT.

7.1. Stärken des Studiendesigns

In KID-PROTEKT stellt das clusterrandomisiert-kontrollierte Studiendesign, mit welchem die Effektivität der neuen Versorgungsform untersucht wurde, eine große Stärke dar. Erstmals in der deutschsprachigen Versorgungsforschung konnte so die Regelversorgung in Bezug auf Aspekte der Sozialanamnese und Weiterleitungen an Unterstützungsangebote in einem randomisiert-kontrollierten Design abgebildet werden und eine neue Versorgungsform zur Verbesserung der Identifikation und Unterstützung psychosozial belasteter Familien geprüft werden.

Aufgrund der Kombination aus clusterrandomisierter Zuweisung, naturalistischem Studiendesign und sehr hohen Teilnahmeraten ist das Risiko von Verzerrungen generell eher als gering einzuschätzen. Dies gilt mindestens in Bezug auf die Outcomes der Bedarfs- und Weiterleitungsquoten.

Die Problematik sozial erwünschten Antwortverhaltens bei Themen wie zum Beispiel Alkohol- und Drogenmissbrauch wurde in KID-PROTEKT durch die kategoriale Abfrage- und Dokumentationsform weitgehend minimiert.

7.2. Schwächen / Verzerrungspotenzial

Für die sehr unterschiedliche Verteilung der Ansprachen auf die Studienarme gibt es keine gesicherte Erklärung. Eine systematische Verzerrung kann jedoch ausgeschlossen werden, da die Praxen den Bedingungen randomisiert zugewiesen wurden und die finanziellen Anreize zur Ansprache von Familien in allen drei Studienarmen gleich waren. Ein möglicher Erklärungsansatz kann eine höhere Motivation der Praxismitarbeiter:innen in den Interventionsarmen sein, z. B. durch die Teilnahme an der Schulung oder auch die regelmäßige Präsenz der Babyslots:innen in den Praxen im Arm Supported Treatment. Darüber hinaus kann auch der wahrgenommene Mehrwert der neuen Versorgungsform zu einem zusätzlichen Motivationseffekt geführt haben. Diese Argumentation wird durch die höheren Nutzwerte von QT und ST gegenüber TAU sowie von ST gegenüber QT gestützt.

Zur Umsetzung des naturalistischen Designs konnten aus Datenschutzgründen im KID-PROTEKT Anhaltbogen nur wenige, kategorial erhobene Variablen abgefragt werden. Außerdem wurde auf eine telefonische Vollbefragung der Familien verzichtet. Von der Gesamtstichprobe sind daher nur wenige soziodemografische Merkmale bekannt und es ist nur eine grobe Darstellung der Belastungssituation möglich. Folgende Messungen mussten aus o. g. Gründen anhand von Befragungen bei Teilstichproben vorgenommen werden: die Erfassung der

Inanspruchnahme von Weiterleitungen, der Soziodemografie sowie die Prä-Post-Messungen der sekundären Outcomes. Diese Teilstichproben der Interview-Teilnehmer:innen weisen die in 6.3.4. beschriebenen Verzerrungen auf, sodass die Frage der Repräsentativität dieser Teilergebnisse nicht eindeutig beantwortet werden kann.

Die im Rahmen der Subgruppenanalysen zu den Strukturparametern festgestellten schwachen, aber signifikanten Zusammenhänge könnten daraus resultieren, dass durch die Auswahl der rekrutierten Praxen nicht alle Kategorien genau gleich für alle Studienarme besetzt werden konnten. Außerdem wurden möglicherweise relevante Strukturmerkmale, wie die Lage in einem sozialen Brennpunkt, nicht berücksichtigt.

Die Belastungsmessung im Projekt erfolgte anhand des noch nicht validierten KID-PROTEKT Anhaltsbogens. Allerdings ist eine psychometrische Testung bei Screeningverfahren generell nicht üblich/erforderlich und beschränkt sich, wie im Falle des KID-PROTEKT Anhaltsbogens, gemeinhin auf die Inhalts- und Konstruktvalidierung. Bei in Praxen eingesetzten Risikoinventaren zu psychosozialen Belastungen ist selbst diese Prüfung oft nicht gegeben.

Als weitere Limitation ist zu nennen, dass im Studienarm TAU weder bei der Bedarfserhebung noch bei den Weiterleitungen eine differenzierte Dokumentation wie in QT und ST erfolgte. Da beides in der Regelversorgung strukturell nicht vorgesehen ist, sollte an dieser Stelle kein Eingriff seitens der Studie erfolgen. Die Evaluationsergebnisse zeigen jedoch in Bezug auf Weiterleitungen und auch Inanspruchnahmen, dass eine Unterscheidung nach der Intensität des Unterstützungsbedarfs und zwischen unterschiedlichen Arten von Weiterleitungen sinnvoll ist.

Das Projekt wurde überwiegend während der Corona-Pandemie umgesetzt. Diese beeinflusste KID-PROTEKT auf verschiedenen Ebenen: Durch Lockdowns und weitere Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens mussten die in den Arztpraxen geplanten Prä-Post-Befragungen zu den sekundären Outcomes in Form von Telefoninterviews bzw. Onlinebefragungen umgesetzt werden. Potenzielle Verzerrungen durch die pandemiebedingten Einschränkungen in den Arztpraxen sowie auf der Angebotsseite sind nicht quantifizierbar. Insbesondere bleibt unklar, wie die zeitweise eingeschränkte Erreichbarkeit von Einrichtungen und Verfügbarkeit von Angeboten die Weiterleitungen und auch Inanspruchnahmen beeinflusst haben könnten. Gleichzeitig ist von einer Zunahme der Belastungen von Familien während der Pandemie auszugehen. Anhand eines Mann-Whitney-U-Test wurde hierzu eine Teilstichprobe vor März 2020 (N=4.105) mit einer Teilstichprobe zwischen April 2020 und Februar 2021 (N=4.351) verglichen. Betrachtet wurde die Anzahl der angegebenen Belastungen im ersten ausgefüllten KID-PROTEKT Anhaltsbogen. Die Analyse zeigte eine statistisch signifikante Zunahme der Belastungen nach Pandemiebeginn, der Effekt ist jedoch schwach. Für die Belastungsfaktoren „depressive Symptome oder belastende Erfahrung“ und „Belastung durch Schwangerschaft oder Geburt“ erhöhte sich die Anzahl der betroffenen Familien ebenfalls signifikant. Vor allem in der Gruppe der Familien in gynäkologischen Praxen wurde zur Pandemiezeit häufiger eine Belastung in Form von depressiven Symptomen angegeben (vor Pandemiebeginn: 21,0%, N=735; nach Pandemiebeginn: 29,6%, N=1.404).

7.3. Fazit

KID-PROTEKT liefert wichtige Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung:

- Über ein Drittel der Familien unterliegt psychosozialen Belastungen. Etwa die Hälfte dieser Familien hat infolgedessen einen intensiven Unterstützungsbedarf. Dieser kann über eine erweiterte psychosoziale Anamnese in Frauen- und Kinder- und Jugendarztpraxen zuverlässig erkannt werden. Hierfür hat sich die Kombination aus psychosozialen Anhaltsbogen und Orientierendem Gespräch im Bedarfsfall als zielführend und praktikabel erwiesen. Das erprobte Vorgehen im Rahmen der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung wurde von Praxen und Familien gleichermaßen gut angenommen.

- Die Ergebnisse zur Weiterleitung von Familien an Unterstützungsangebote deuten auf eine evidente Versorgungslücke unter den aktuellen Bedingungen der Regelversorgung hin. Dabei ist verstärkend anzunehmen, dass die teilnehmenden Praxen bereits selektiv positiv zugunsten der psychosozialen Beratung eingestellt waren. In der neuen Versorgungsform lag der Anteil weitergeleiteter unterstützungsbedürftiger Familien mehr als drei Mal so hoch wie in der Regelversorgung. Das bedeutet, dass die neue Versorgungsform Frauen- und Kinder- und Jugendarztpraxen in die Lage versetzt, ihrem gesetzlichen Auftrag zur bedarfsorientierten Information über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind (§§ 24d, 26 SGB V) deutlich (signifikant) besser nachzukommen.
- Geht der Unterstützungsbedarf über die reine Information hinaus und werden Überleitungen erforderlich, hat sich die in der Variante Supported Treatment erprobte Kooperation mit den Babylots:innen als praktikable Lösung für ein erfolgreiches Schnittstellenmanagement erwiesen. Es hat sich gezeigt, dass selbst geschulte Praxen in diesen Fällen nur ihrem Informationsauftrag nachkommen, aber keine aktive Begleitung leisten (können). Letztere stellt die Praxen vor große Herausforderungen, wie auch die Zufriedenheitsanalyse bestätigte. Die Lotsensprechstunde der (sozial-)pädagogischen Fachkraft wurde seitens der Familien sehr gut angenommen.
- Dass ein nicht zu unterschätzender Teil der Familien eine aktive Begleitung ins Hilfesystem benötigt, zeigt die fast doppelt so hohe Inanspruchnahmerate im Supported Treatment gegenüber dem Qualified Treatment und dem Treatment as usual, die auf den Einsatz der Lots:innen zurückzuführen ist. Eine Aussage zur absoluten Höhe der Inanspruchnahmequoten ist aufgrund der beschriebenen Limitationen (geringe Stichprobengröße, Selektionseffekte, mangelnde Differenzierungsmöglichkeiten nach Weiterleitungsarten, Pandemieeffekte) im Rahmen von KID-PROTEKT nur begrenzt möglich. Zum Vergleich: In einer bisher unveröffentlichten Untersuchung an der Charité Berlin waren die Überleitungen an Hilfsangebote (n=253) durch eine/n Babylots:in nach Angaben der Familien zu 84,6% erfolgreich (Michels, 2022).
- Auch in der Effizienzanalyse erwies sich die neue Versorgungsform als überlegen gegenüber der Regelversorgung, die Variante Supported Treatment wiederum als vorteilhafter als das Qualified Treatment.
- Hinsichtlich der Wirksamkeit lässt sich nicht direkt belegen, dass die neue Versorgungsform die Selbstwirksamkeitserwartung, Depressivität oder Lebenszufriedenheit von belasteten Familien verbessert. Jedoch wiesen belastete Familien unter TAU-Bedingungen eine Verschlechterung der Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität auf, während dieselben Werte in der neuen Versorgungsform stabil blieben. Die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung belasteter Frauen nach der Intervention „Babylotse“ im ambulanten Setting von Frauenarztpraxen konnte bereits in einer früheren Untersuchung gezeigt werden (Pawils et al., 2022).
- Auch die Frage nach der Repräsentativität kann nicht eindeutig beantwortet werden. Aufgrund der Randomisierung und des naturalistischen Studiendesigns ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die in der Teilstichprobe der Interview-Teilnehmer:innen beobachteten Selektionseffekte auch in der Gesamtstichprobe aller angesprochenen Familien vorhanden sind.
- Nach Vorstellung der vorläufigen Projektergebnisse im Fachbeirat wurde der Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung der Regelversorgung durch Einführung der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung von den Expertinnen und Experten mehrheitlich als mittel (38%) bis hoch (56%) eingestuft.

➡ **Empfehlung:** Auf Basis der erzielten Evaluationsergebnisse wird die Überführung der „Kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung im Ambulanten Sektor“ nach dem Modell KID-PROTEKT in die Regelversorgung empfohlen.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

8.1. Beitrag zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung

Die Ergebnisse von KID-PROTEKT bestätigen die Aussage vorangegangener Untersuchungen, dass insbesondere Familien mit intensivem und vielfältigem psychosozialen Unterstützungsbedarf unter den Bedingungen der Regelversorgung Frauen- wie auch Kinder- und Jugendarztpraxen im Versorgungsalltag vor große Herausforderungen stellen (Van Staa & Renner, 2019; Neumann & Renner, 2020). Diese Familien profitieren von einer begleiteten Weiterleitung (Überleitung), da mangelnde Ressourcen und hohe Belastungen häufig nicht zur Inanspruchnahme führen (Hintzpeter et al., 2014). Tabelle 19 fasst den Handlungsbedarf in Abgrenzung zur bestehenden Regelversorgung überblicksartig zusammen.

Tabelle 19: Darstellung der Regelversorgung und Empfehlungen für eine Weiterentwicklung

	Relevante Aspekte der Regelversorgung	Identifizierte Probleme	Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Versorgung
Sozialanamnese	GYN: Durchführung und Dokumentation der Sozialanamnese zur Identifikation eines Schwangerschaftsrisikos gemäß Vorgaben im Mutterpass (Katalog A/B)	1. Keine Spezifikation relevanter Belastungs-/Risiko-faktoren: Kein Standard! 2. Keine systematische Differenzierung nach Intensität und/oder Komplexität: Keine bedarfsorientierte Vorgehensweise!	Zu 1.+2.: Ergänzung der Regeluntersuchungen um eine systematisch durchgeführte erweiterte psychosoziale Anamnese: „Erkennen“: Screening auf psychosoziale Belastungen bei <u>allen</u> Familien; empfohlen wird der Einsatz eines standardisierten psychosozialen Anhaltsbogens „Klären“: Bei Vorliegen einer psychosozialen Belastungssituation: Klärung des Unterstützungs- und Weiterleitungsbedarfs unter Berücksichtigung von Ressourcen und bereits bestehenden Absicherungsstrukturen in einem kurzen („orientierenden“) Gespräch
	PÄD: Durchführung und Dokumentation der Sozialanamnese zur Erfassung der Betreuungssituation und Identifikation besonderer Belastungen in der Familie gemäß Vorgaben im Kinderuntersuchungsheft	3. Fehlende zeitliche Ressourcen zur Klärung individueller Belastungssituationen und Orientierung im Hilfesystem: Im aktuellen Vergütungssystem nicht vorgesehen!	
Hinweise / Information zu regionalen Unterstützungsangeboten	GYN: „Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind.“ (§ 24d SGB V) z.B. Frühe Hilfen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022b)	4. Sehr ungleich verteiltes, meist lückenhaftes Wissen über Unterstützungsangebote vor Ort auf Seiten der Praxen (Neumann & Renner, 2020) 5. Der bestehende Informationsauftrag der Praxen greift in Fällen mit intensivem und/oder komplexem Unterstützungsbedarf zu kurz und führt in vielen Fällen nicht zur gewünschten Inanspruchnahme von Hilfen	Zu 3.: Schaffung einer Vergütungsgrundlage für die erweiterte psychosoziale Anamnese in Frauenarztpraxen und Kinder- und Jugendarztpraxen Zu 1., 2.+4.: Schaffung von Qualifizierungsangeboten für Leistungserbringer Zu 5.: Schaffung eines gesetzlichen Leistungsanspruchs auf Begleitung durch Lots:innen für Patient:innen mit komplexen Versorgungslagen, die mit einer besonders belastenden Lebenssituation konfrontiert sind (Bundesverband Managed Care, 2021)
	PÄD: „Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken [...] sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kind.“ (§ 26 SGB V) z.B. Eltern-Kind-Hilfen, Frühe		

	Hilfen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022a)		
--	---	--	--

Die kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung in der Arztpraxis beschreibt eine system- und trägerübergreifende Leistung, die ein Vergütungsmodell erfordert, an dessen Finanzierung neben den gesetzlichen Krankenkassen auch die Kommunen zu beteiligen sind. Abbildung 8 verdeutlicht die Rahmenbedingungen, in denen die Leistungserbringung stattfinden sollte.

Kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung in der Arztpraxis						
Leistungserbringer	Arztpraxis Ärzt:innen und medizinische Fachkräfte			Lots:innen (sozial-)pädagogische Fachkräfte		
Leistung	Psychosoziale Anamnese und Information			Psychosoziale Beratung, Begleitung und Koordination		
Teilprozess	Erkennen („Intake“)	Klären („Assessment“)		Planen	Vernetzen	Evaluieren
Fallschwere	Geringer Unterstützungsbedarf			Intensiver / Komplexer Unterstützungsbedarf		
Gesetzliche Grundlage	§§ 20, 24d, 26 SGB V			§16 SGB VIII, Bundeskinderschutzgesetz		
Kostenträger	GKV			Kinder- und Jugendhilfe		

Abbildung 8: Rahmenbedingungen der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung

8.2. Überführung in die Regelversorgung

Für eine erfolgreiche Überführung der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung in die Regelversorgung sind Weiterentwicklungen auf unterschiedlichen Ebenen anzustoßen:

1. **Erweiterung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM):** Aufnahme einer neuen Ziffer als Abrechnungsgrundlage für das psychosoziale Anamnesegespräch (vgl. 8.2.1.).
2. **Ergänzung der Richtlinien:** Aufnahme des psychosozialen Anamnesegesprächs bei Anhaltspunkten für Belastungen in die Mutterschafts-Richtlinien und die Kinder-Richtlinie (vgl. 8.2.2.).
3. **Erweiterung der gesetzlichen Grundlagen:** Formulierung eines Anspruchs auf Begleitung durch Lots:innen im SGB V und Formulierung des gesetzlichen Auftrags zur Leistungserbringung und -finanzierung im SGB VIII (z. B. in § 16) bzw. im Landesrecht (vgl. 8.2.2.).

8.2.1. Zu finanzierende Leistungen

Gesundheitswesen

Die Sozialanamnese ist bereits heute Teil der Schwangerschaftsvorsorge und der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und damit über die entsprechenden Vergütungspauschalen finanziert. Der Einsatz eines psychosozialen Anhaltspogens als Screeninginstrument sollte in diesem Rahmen empfohlen und Teil verpflichtender Schulungen sein.

Bei Anhaltspunkten für Belastungen sollte ein Anamnesegespräch zur Klärung des individuellen Unterstützungsbedarfs stattfinden, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Diese Leistung geht über die aktuelle Regelversorgung hinaus und ist neu in das vertragsärztliche Vergütungssystem aufzunehmen, mindestens in den arztgruppenspezifischen Bereichen der Frauenheilkunde und Kinder- und Jugendmedizin.

Die durchschnittliche Gesprächsdauer in KID-PROTEKT liegt laut Evaluation bei 7,95 Minuten für Erstgespräche und 9,79 Minuten bei Betrachtung aller geführten Gespräche. Die Range der

dokumentierten Zeiten beträgt 1 bis 55 Minuten, wobei die Analyse zeigt, dass 75% der Gespräche 10 Minuten oder weniger dauerten. Auf Basis dieses Ergebnisses wird unter Berücksichtigung von notwendigen Rüst- und Dokumentationszeiten ein Gesprächsumfang von mind. 15 Minuten empfohlen. Darüber hinaus sollte in begründeten Einzelfällen eine Mehrfachabrechnung von bis zu drei Einheiten je Behandlungsfall ermöglicht werden.

Eine Orientierung an folgenden bestehenden EBM-Leistungen ist denkbar:

- Psychosomatische Grundversorgung (*arztgruppenübergreifend*):
GOP 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen (Umfang: mind. 15 Minuten, 193 Punkte, 21,74 EUR)
- Sozialpädiatrische Ziffern (*Kinder- und Jugendmedizin*):
GOP 04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Umfang: mind. 15 Minuten, 184 Punkte, 20,73 EUR) und
GOP 04356 Zuschlag für weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (Umfang: mind. 15 Minuten, 193 Punkte, 21,74 EUR)
- Vereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen (*regional: Baden-Württemberg*):
Pseudo-GOP 99616 für das Führen eines gegebenenfalls daran anknüpfenden, zur Hilfeeinnahme im Jugendhilfesystem motivierenden Elterngesprächs (Umfang: mind. 10 Minuten, 20,00 EUR)

Tabelle 20 bildet eine mögliche Leistungsbeschreibung für ein psychosoziales Anamnesegespräch ab.

Tabelle 20: Leistungsbeschreibung neue EBM-Leistung (psychosoziales Anamnesegespräch)

Leistungsbeschreibung psychosoziales Anamnesegespräch	
Obligate Leistungsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> – Persönlicher Patienten-Kontakt und/oder Kontakt zu einer Bezugsperson – Erhebung des psychosozialen Hintergrunds und der aktuellen Belastungssituation – Feststellung des Unterstützungsbedarfs unter Berücksichtigung von Ressourcen – Prüfung der Anwendbarkeit Früher Hilfen – Anwendung von motivierenden Gesprächstechniken – Dauer mindestens 15 Minuten – Dokumentation in der Patientenakte
Fakultative Leistungsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> – Überleitung an Frühe Hilfen u. a. Angebote für Eltern und Kind oder Gesundheitslots:innen

KID-PROTEKT hat gezeigt, dass die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen einen idealen Anlass für die Leistungserbringung darstellen. Infolgedessen erscheint eine extrabudgetäre Vergütung folgerichtig.

Voraussetzung zur Abrechnungsfähigkeit der Leistung ist der Nachweis erfolgreich absolvierter Qualifizierungsmaßnahmen. Bei entsprechender Qualifizierung sollte auch eine Delegation an medizinische Fachkräfte möglich sein.

Kinder- und Jugendhilfe

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sind Leistungsvereinbarungen, die zwischen dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe und den Trägern von Einrichtungen und Diensten geschlossen werden, übliche Vergütungspraxis. Als Orientierung können beispielsweise bestehende Leistungsvereinbarungen aus Kommunen dienen, welche die Leistung Babytote in Geburtskliniken bereits heute regelfinanzieren (z. B. Hamburg, Berlin).

Eine (Mit-)Finanzierung von Lotsendiensten durch Bundesmittel ist bereits heute in den Leistungsleitlinien Bundesstiftung Frühen Hilfen zur Umsetzung des Fonds Frühe Hilfen verankert.

Um den tatsächlichen Bedarf an psychosozialer Unterstützung von Familien durch Angebote Früher Hilfen (so auch Lotsendienste) decken zu können, ist allerdings eine deutliche Erhöhung der Bundesmittel notwendig. Hierauf weist u. a. auch der Bundesratsbeschluss (BR-Drs. 623/19) hin.

8.2.2. Rahmenbedingungen

Delegation

In KID-PROTEKT wurde die Delegation der Gesprächsführung an medizinische Fachkräfte erprobt und in 87% der Fälle auch von den Praxen genutzt. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass eine Delegation an nicht-ärztliches Praxispersonal nach entsprechender Qualifizierung praktikabel und zielführend ist.

Qualifizierung

KID-PROTEKT hat die positiven Auswirkungen von Schulungen auf die Versorgungsqualität gezeigt.

Für die Überführung in die Regelversorgung bedarf es einer Definition notwendiger Qualifizierungsinhalte für die unterschiedlichen Berufsgruppen sowie eine Entscheidung über den erforderlichen Umfang. Die Evaluation der durchgeführten Schulungsmaßnahmen ergab eine hohe Zufriedenheit seitens der Teilnehmenden. Die Schulung wurde als „hilfreich“ empfunden und kann demnach für eine skalierbare Lösung als Orientierung dienen (zu den Inhalten vgl. Abschnitt 4.1.1).

Da KID-PROTEKT gezeigt hat, dass Überleitungen nur von spezialisierten Lots:innen zuverlässig umgesetzt werden (können) und diese auch als Baustein für die Weiterentwicklung der Regelversorgung empfohlen werden, bedarf es seitens der Praxen keiner dezidierten Erschließung des regionalen Netzwerks. Vielmehr können die (sozial-)pädagogischen Fachkräfte als fachliche Ansprechpartner:innen fungieren. Aus diesem Grund ist für eine flächendeckende Lösung eine Fokussierung der Qualifizierung auf Grundkenntnisse des sozialen Hilfesystems und auf die erweiterte psychosoziale Anamnese möglich.

Die Erarbeitung eines Musterfortbildungscurriculums der Bundesärztekammer wäre im Sinne eines standardisierten Angebots sinnvoll, aber nicht zwingend erforderlich. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob eine (teilweise) Anerkennung von Inhalten aus bestehenden Curricula sinnvoll und möglich ist. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf das Muster-Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung sowie auf das Musterfortbildungscurriculum PÄDIATRIE – Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie der Bundesärztekammer verwiesen.

Anpassung von Richtlinien

Die neue Bundesregierung hat sich im Rahmen des Koalitionsvertrages 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) dazu bekannt, einen Pfad zu beschreiben, wie erfolgreiche geförderte Projekte des Innovationsfonds – wie die der Patientenlotsen – in die Regelversorgung überführt werden können. Ein solcher Pfad stellt auch für KID-PROTEKT eine mögliche Grundlage dar, um dem Anspruch (werdender) Eltern auf Begleitung durch eine/n „Lots:in“ regelhaft gerecht werden zu können.

Es ist zu prüfen, inwieweit die Mutterschafts-Richtlinien und die Kinder-Richtlinie im Hinblick auf die erweiterte psychosoziale Anamnese anzupassen sind. Im Sinne eines standardisierten, bedarfsorientierten Vorgehens sollte eine weitere Ausdifferenzierung der zu erbringenden Leistungen erwogen werden. Dabei spielt u. a. die systematische Einbeziehung der Ressourcensituation in die Beurteilung des Unterstützungsbedarfs eine wichtige Rolle. Der Einsatz eines validierten psychosozialen Anhaltsbogens zur verlässlichen Identifizierung belasteter Familien sollte mindestens mit empfehlendem Charakter aufgenommen werden. Damit würde in Teilen auch dem bereits 2016 i. V. m. der Neufassung der G-BA-Richtlinie für die Kinder-

Früherkennungsuntersuchungen geäußerten Wunsch des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) nach einer instrumentenbasierten, strukturierten Sozialanamnese entsprochen (Schmidt, 2016). Die KID-PROTEKT Ergebnisse stützen dieses Vorgehen.

Anpassungen auf gesetzlicher Ebene

Der Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) sieht eine Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes zur Stärkung von Primär- und Sekundärprävention vor. Die Novellierung stellt eine Chance dar, um die gesundheitspolitische (Mit-)Verantwortung für Lotsendienste gesetzlich zu verankern und strukturelle Schwachstellen an der Nahtstelle der Systeme zu beheben. An dieser Aufgabe arbeitet derzeit eine von der Gesundheitsministerkonferenz eingesetzte ressortübergreifende Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung der Sozialbehörde Hamburg.

Auch im Bereich des Kinderschutzes zielt der Koalitionsvertrag darauf ab, Prävention zu stärken. Hierzu sollen u. a. die Mittel der Stiftung Frühe Hilfen dynamisiert werden, über die auch Lotsendienste finanziert werden können (vgl. 8.2.1.). Ein entsprechender gesetzlicher Auftrag zur Leistungserbringung müsste über eine Erweiterung im SGB VIII (z. B. in § 16) bzw. im Landesrecht verankert werden.

Die Forschung zur Bekanntheit und Nutzung präventiver Angebote und anderer elternunterstützender Maßnahmen zeigt einen deutlichen sozialen Gradienten in der Inanspruchnahme auf. Entsprechend wäre auch der im Koalitionsvertrag enthaltene Auftrag zur Stärkung der Prävention und Versorgung in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen durch niedrigschwellige Beratungsangebote ein möglicher Ansatzpunkt für die Verbreitung von Lotsendiensten rund um die Geburt. Dabei könnte insbesondere die Umsetzung in Form von Lotsensprechstunden (sozial-)pädagogischer Fachkräfte vor Ort, wie in KID-PROTEKT erprobt, eine deutliche Entlastung des Praxispersonals darstellen.

8.2.3. Versichertenpotenzial, Vergütungshöhe und gesundheitspolitische Auswirkungen

Untersuchungen zur Prävalenz von psychosozialen Belastungen bei Familien in Deutschland kommen je nach einbezogenen Belastungs-/Risikofaktoren, Studiendesign und Zielgruppe zu unterschiedlichen Ergebnissen. Der tatsächliche Bedarf an einer kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung nach dem Modell KID-PROTEKT ist deshalb nur zu schätzen.

In KID-PROTEKT zeigte sich unter den angesprochenen Familien eine Belastungsquote von 32% (ST) bis 49% (TAU). In der Studie „Kinder in Deutschland – KiD 0–3“ (Lorenz, Ulrich, Sann & Liel, 2020), in die vergleichsweise viele Risikofaktoren einbezogen wurden, um die psychosoziale Gesamtsituation der Familien umfassend abzubilden, liegt der Anteil mehrfach belasteter Familien bei 29%. Diese Familien sollten eine erweiterte psychosoziale Anamnese erhalten. Eine professionelle Begleitung durch spezialisierte (sozial-)pädagogische Fachkräfte (Lots:innen) wurde in KID-PROTEKT (ST) für rund ein Viertel der belasteten Familien als notwendig erachtet. Je nach Belastungsquote betrifft dies 8% bis 12% der angesprochenen Familien. Dieser quantitative Befund passt zu der Einschätzung von Fachärzt:innen im Rahmen des ZuFa-Monitorings des NZFH, nach der familiäre Belastungen bei 8 bis 14% der Familien eine Gefährdung für die gesunde Entwicklung der Kinder darstellen (Neumann & Renner, 2020; van Staa & Renner, 2019).

Die Vergütungshöhe variiert mit der Fallschwere und den zu erbringenden Leistungen (vgl. Abbildung 8). Die resultierende Vergütungsspanne ergibt sich durch die Höhe der Vergütung der neu zu schaffenden EBM-Ziffer auf der einen Seite und die auszuhandelnden Vergütungssätze für Lots:innenleistungen auf der anderen Seite. Im Rahmen von KID-PROTEKT stellt die untere Grenze der Vergütungsspanne die Vergütung für ein Orientierendes Gespräch i. H. v. 20,00 € dar. Die Lots:innenleistungen wurden nicht in Preis je Leistung abgerechnet. Im Rahmen der Effizienzanalyse wurde ein effektiver Stundensatz für patientenbezogene Leistungen

von 58,00 € angenommen. Die durchschnittliche Betreuungszeit im Projekt lag bei rund 200 Minuten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Versorgungsrealität der sozialen Arbeit eine Differenzierung nach Fallarten übliche Praxis ist.

Die Ergebnisse von KID-PROTEKT setzen einen wichtigen Impuls für den im Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) fixierten Aktionsplan zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“. Die von Expert:innen des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de zusammengestellten Ziele und Maßnahmen beinhalten u. a. wichtige Aspekte zu Lotsendiensten, für deren Umsetzung KID-PROTEKT wichtige Erkenntnisse liefert.

Neben der gesundheitspolitischen Relevanz haben Frühe Hilfen – und ihre Zugangswege – gesamtgesellschaftlich betrachtet auch eine bedeutende ökonomische Dimension. Bereits heute kann auf der Basis von Studiendaten von einem eindeutig positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis Früher Hilfen ausgegangen werden (Meier-Gräwe, 2014), was für eine entsprechende Umsteuerung von Ressourcen in die pränatale und frühe Lebensphase spricht.

8.2.4. Nächste Schritte

Kurzfristig könnten Selektivverträge eine Übergangslösung darstellen. Diese sollten möglichst unter Einbindung des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF), des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und eines Jugendhilfeträgers (Lots:innen) mit Krankenkassen geschlossen werden. Ab April 2022 wird die Wiederaufnahme der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung in der (Metropol-)Region Hamburg auf selektivvertraglicher Grundlage überprüft. Hierauf haben sich die Stiftung SeeYou und die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse verständigt.

Mittelfristig ist eine kollektivvertragliche Regelung in Ergänzung zu den bestehenden Vorsorgen anzustreben. Im Rahmen der Projektentwicklung diente die Psychosomatische Grundversorgung als Vorbild. Für eine flächendeckende Umsetzung sind klare Versorgungsaufträge für die verschiedenen Leistungserbringer zu formulieren, Qualifizierungsangebote zu schaffen und die Abrechnungsfähigkeit der erforderlichen Leistungen sicherzustellen.

8.3. Übertragbarkeit

8.3.1. Übertragbarkeit auf andere Populationen

Im Sinne einer möglichst frühzeitigen Intervention und maximalen präventiven Wirkung konzentrierte sich KID-PROTEKT auf die Phase der Schwangerschaft und das erste Lebensjahr. Die Frühen Hilfen richten sich jedoch an alle Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren. Die kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung nach dem Modell KID-PROTEKT wäre in der kinderärztlichen Versorgung demnach auf Patient:innen bis 3 Jahre auszuweiten. Die Ergebnisse der KiD 0-3 Studie (Lorenz et al., 2020), die sich auf den Zeitraum der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U7a bezieht, bestätigen, dass familiäre Belastungen je nach Früherkennungsuntersuchung variieren und dass die kumulierte psychosoziale Belastung in späteren Untersuchungen höher ist. Daraus lässt sich die Notwendigkeit zur wiederholten Ansprache und Beratung – auch über das erste Lebensjahr hinaus – ableiten.

Eine Ausweitung der Zielgruppe auf Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und Jugendliche wie beispielsweise im Projekt „Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 2020) wäre bei Anpassung der Beratung orientiert an altersbezogenen Belastungen, Risikofaktoren und Unterstützungsangeboten ebenfalls möglich.

Die Übertragung auf weitere für die Zielgruppe relevante Facharztgruppen (z. B. Allgemeinmedizin, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, Zahnmedizin)

und weitere mit der Zielgruppe in Kontakt stehende Berufsgruppen (z. B. Hebammen, Familienhebammen) ist denkbar.

8.3.2. Übertragbarkeit auf andere Regionen

In KID-PROTEKT wurden Praxen in „städtischen“ und „ländlichen“ Einzugsgebieten untersucht. Auf Basis der Ergebnisse der Subgruppenanalysen (vgl. Abschnitt 6.3.4.) ist von einer generellen Übertragbarkeit auszugehen. Dies betrifft den von den Praxen erbrachten Teil der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung als auch die Kooperation mit spezialisierten Lots:innen.

Gleichzeitig zeigte das Projekt auf der Ebene der einzelnen Praxen deutliche Unterschiede in den Belastungs-, Bedarfs- und Weiterleitungsquoten sowie in der Nutzung und Auslastung der Lotsensprechstunden im Studienarm ST. Die systematische Analyse dieser Unterschiede zwischen Praxen war nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Es wurde jedoch deutlich, dass der Faktor Komplexität den Bedarf an Lotsenunterstützung auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst:

- Komplexität des Unterstützungsbedarfs: Der Anteil intensiv/komplex belasteter Familien unterscheidet sich regional und lokal (soziale Brennpunkte) deutlich, was die Nachfrage nach Unterstützung insgesamt und nach Lotsenunterstützung im Speziellen beeinflusst.
- Komplexität der Angebotsstrukturen: Die Suche nach passgenauen wohnortnahen Unterstützungsangeboten für Familien ist in städtischen Regionen durch die Angebotsvielfalt und zum Teil stadtteilbezogene Zuständigkeiten häufig erschwert. In ländlichen Gebieten ist tendenziell von einer größeren Übersichtlichkeit und damit auch einer besseren Orientierungsmöglichkeit auszugehen. Andererseits kann hier ein u. U. weniger diversifiziertes Angebot die Vermittlung in passgenaue Hilfen erschweren.

Letztlich beeinflusst auch die Ressourcenausstattung der Vernetzungspartner vor Ort den Bedarf an spezialisierten Fachkräften.

Die Erfahrungen und Erkenntnisse aus KID-PROTEKT wird die Stiftung SeeYou künftig bundesweit in ihre Beratungstätigkeit gegenüber Kommunen, in die Projektentwicklung und in den Fachaustausch mit relevanten Institutionen und politischen Entscheider:innen einbringen.

9. Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Veröffentlichungen
Siefert, S., Mattner, U. M., Eberhard, A., Nitzschke, N. (2021). „Psychosoziale Grundversorgung von Schwangeren in der gynäkologischen Praxis.“ <i>Gyne</i> 6/2021, S. 71-77.
<i>Das Projekt KID-PROTEKT wurde darüber hinaus in einer Reihe von Fachzeitschriften sowie in zahlreichen Vorträgen vor Fachpublikum vorgestellt – u. a.:</i>
„Psychosoziale Grundversorgung in Kinder- und Jugendarztpraxen – Plädoyer für eine Weiterentwicklung der Regelversorgung“, in: <i>Kinder- und Jugendarzt</i> , 52. Jg. (2021) Nr. 2/21, S. 128-129.
„Kinder präventiv schützen: Innovationsfondsprojekt KID-PROTEKT baut Brücken für Familien“, in: <i>KINDERKRANKENSCHWESTER</i> 40. Jg. (2021) Nr. 4, S. 101-104.
„Hamburger Projekt: Kid-Protekt hilft in schwierigen Lebenslagen“, in: <i>Ärzte Zeitung</i> vom 03.12.2021, verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Kid-Protekt-hilft-Schwangeren-und-Familien-in-schwierigen-Lebenslagen-425143.html
„Psychosoziale Unterstützung hilft einem Drittel der Familien“, in: <i>Hamburger Ärzteblatt</i> 01/2022, S. 24, verfügbar unter: https://www.seeyou-hamburg.de/fileadmin/Stiftung_SeeYou/PDFs/Medien_und_Kinder geschichten/ED-MIN_Artikel_Hamburger_AErzteblatt_2022-01
„Erkennen – Klären – Vernetzen: KID-PROTEKT intensiviert die Betreuung“, in: <i>Kinder- und Jugend- arzt</i> , 53. Jg. (2022) Nr. 1/22, S. 60-61.
<i>Vorträge, u. a.:</i>
BMC-Kongress, 20.01.2021, digital
DGMP/DGMS Kongress, 16.09.2021, digital
DGSMP Kongress, 23.09.2021, digital
DGKJ Kongress, 08.10.2021, Berlin
BMC-Kongress, 19.05.2022, Berlin

Geplante Veröffentlichungen (Stand: 07.07.2022)
Der Veröffentlichung der Ergebnisse in internationalen Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren soll bis 31.12.2022 abgeschlossen werden. Die Publikation der Ergebnisse in deutschen Fachzeitschriften mit Peer-Review Verfahren soll ab 01.04.2022 beginnen.
<i>Veröffentlichungen mit Schwerpunkt Hauptoutcome</i>
„Evaluation of a child-centred psychosocial healthcare in outpatient setting (KID-PROTEKT) – Results of a cluster randomized controlled trial in paediatric and gynaecologic practices“, eingereicht in: <i>Psychosocial Interventions</i>
<i>Veröffentlichungen als Übersichtsartikel</i>
„KID-PROTEKT – Anamnese und Weiterleitung psychosozial belasteter Patient:innen in Arztpraxen“, einzureichen in: <i>Bundesgesundheitsblatt</i> (Springer)
<i>Veröffentlichungen mit Schwerpunkt Lotsenunterstützung</i>
„Psychosoziale Belastungsanamnese – wer soll es machen und wie kann es bestmöglich in Arztpraxen gelingen?“, einzureichen in: <i>Das Gesundheitswesen</i> (Thieme) „Psychosozial belastete Patient:innen in Frauenarztpraxen – wie kann die Sozialanamnese bestmöglich gelingen?“, einzureichen in: <i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i> (Thieme) „Psychosozial belastete Familien in Kinder- und Jugendarztpraxen – wie kann die Weiterleitung ins Hilfesystem bestmöglich gelingen?“, einzureichen in: <i>Monatsschrift Kinderheilkunde</i> (Springer)
<i>Veröffentlichungen mit Fokus Pädiatrie</i>
„Wie kann präventiver Kinderschutz in Schwangerschaft und früher Kindheit gelingen? Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts KID-PROTEKT“, Abstract mit Veröffentlichung als Online-Supplement der <i>Monatsschrift Kinderheilkunde</i> (Springer)
<i>Veröffentlichungen mit Fokus Gynäkologie</i>
„Kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung nach dem Modell KID-PROTEKT – RCT-Studie zeigt Mehrwert für Schwangere und Frauenarztpraxen auf“, Abstract eingereicht, bei Annahme Veröffentlichung in: <i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i> (Thieme)

10. Literaturverzeichnis

- Bauer, U. & Bittlingmayer, U. H. (2005): Wer profitiert von Elternbildung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25(3), 263-280.
- Blasius, J. & Reuband, K.-H. (1995). Telefoninterviews in der empirischen Sozialforschung: Ausschöpfungsquoten und Antwortqualität. *ZA-Information/Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung*, 37, 64-87. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-201132>
- Bundesärztekammer (2008). *Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management*. Berlin: Bundesärztekammer.
- Bundesverband Managend Care (2021). *Kooperation & Koordination ausbauen. Gesundheitspolitische Impulse 2021*. Berlin: Bundesverband Managed Care.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2021). Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Herausgegeben von Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) in Zusammenarbeit mit Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin). Bonn. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/Datenreport2021/datenreport2021-uebersicht.html>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (2020). *Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Abschlussbericht des NRW-Modellprojekts der DGKJ*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ). Verfügbar unter: www.dgkj.de/sozialepraeventionabschlussbericht
- Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B. M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler L. H., Wildner, M. & Zeeb, H. (2016). Public Health – mehr Gesundheit für alle. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 686-688. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116192>
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., Neumann, A. & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(10), 1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T. & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babyotse-Plus-Screeningbogens. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(10), 1300-1309. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5>
- Freund, T., Kayling F., Miksch, A., Szecsenyi, J., Wensing M. (2010). Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316]. *BMC Health Services Research*, 10, 112. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-112>
- Geraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families With Young Children At Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277–291. <https://doi.org/10.1177/1077559504264265>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie), Fassung vom 18. Juni 2015, zuletzt geändert am 16. September 2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2675/Kinder-RL_2021-09-16_iK-2022-01-01.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022b). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“), Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 16.

- September 2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2676/Mu-RL_2021-09-16_iK-2022-01-01.pdf
- Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children, *Review of Agricultural Economics, American Agricultural Economics Association*, 29(3), 446-493. <http://www.jstor.org/stable/4624854>
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZ^M): a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 150.
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & The BELLA study group. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung* 23(4), 229-238. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148>
- Hippmann, F. & Thyen, U. (2021). Sichere Versorgungswege durch Lotsensysteme in der Geburtshilfe. *Public Health Forum*, 29(2), 144-147. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0019>
- Hollingsworth, L. D. (2004). Child custody loss among women with persistent severe mental illness. *Social Work Research*, 28(4), 199-209. <https://doi.org/10.1093/swr/28.4.199>
- Johann Heinrich von Thünen-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei (2022). *Thünen-Landatlas*. Verfügbar unter: <https://karten.landatlas.de/app/landatlas/>
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073-1079.
- Klasen, F., Reiß, F., Otto, C., Haller, A.-C., Meyrose, A.-K., Barthel, D. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 55–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-103>
- Kölch, M. & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(10), 774-788.
- Kolodziej, D. (2019). Validierung eines Risikoinventars zur Einschätzung des elterlichen Unterstützungsbedarfs in der stationären Geburtshilfe. Unveröffentlichte Masterarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Bielefeld.
- Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-521.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring 2018* 3(1), 114-133. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Sann, A., Liel, C. (2020): Selbstberichtete psychosoziale Belastungen von Eltern mit Kleinkindern – Ergebnisse der Studie „Kinder in Deutschland – KiD 0–3“. *Deutsches Ärzteblatt* 117(42): 709–16.
- Meier-Gräwe, U. (2014). *Kosten-Nutzen-Analyse im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte: "Perspektiven für Familien" (Nürnberg) und "TANDEM" (Fürth)*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Meier-Gräwe, U. & Wagenknecht, I. (2011). Materialien zu Frühen Hilfen 4. Expertise: Kosten und Nutzen Früher Hilfen – Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Verfügbar unter: <https://shop.bzga.de/kosten-und-nutzen-frueher-hilfen-16000122/>

- Michels, F. E. (2022). *Evaluation des Präventionsprogramms „Babylotse“ zur Verhinderung peripartaler Überforderung mit zielgruppenspezifischer Strategieberarbeitung*. Noch nicht publizierte Dissertation betreut von Dr. Christine Klapp & Prof. Dr. Claudia Buß. Berlin: Charité.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2022): *Was sind Frühe Hilfen?* Verfügbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>
- Neumann, A. & Renner, I. (2020). *Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Kompakt. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Pawils, S., Kolodziej, D., Siefert, S. & Metzner-Guczka, F. (2022). Selbstwirksamkeitserwartung als Outcome zur Wirksamkeitsmessung in der Familienintervention „Babylotse ambulant“ in Frauenarztpraxen. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 72(1) online first. <http://doi.org/10.1055/a-1696-2280>
- Qualitätsverbund Babylotse (2022). *Mitglieder Qualitätsverbund*. Verfügbar unter: <https://qualitaetsverbund-babylotse.de/mitglieder/>
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048-1055. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>
- Schmidt, R. (2016). Kinder-Richtlinie: Psychosoziale Anamnese bleibt außen vor. *ÄrzteZeitung* vom 02.09.2016. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Psychosoziale-Anamnese-bleibt-aussen-vor-304063.html>
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft: *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, 28-53.
- Van Staa, J. & Renner, I. (2019). *Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring)*. Kompakt. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

11. Anhang

Anhang 1: Umfrageergebnisse Fachbeirat KID-PROTEKT erhoben per Mentimeter in der Sitzung vom 23.06.2021

12. Anlagen

Anlage 1: KID-PROTEKT Anhaltsbogen Version Gynäkologie (Supported Treatment)

Anlage 2: KID-PROTEKT Anhaltsbogen Version Pädiatrie (Supported Treatment)

Anlage 3: KID-PROTEKT Anhaltsbogen Auswertungsschema Version Gynäkologie

Anlage 4: KID-PROTEKT Anhaltsbogen Auswertungsschema Version Pädiatrie

Anlage 5: Schulungsmaterialien

Anlage 6: Schweigepflichtsentbindung Praxis – Frühe Hilfen

Anlage 7: Schweigepflichtsentbindung Praxis – Babylots:in Version Gynäkologie

Anlage 8: Schweigepflichtsentbindung Praxis – Babylots:in Version Pädiatrie

Anlage 9: Prozessablauf Interventionsarme

Anlage 10: Prozessablauf Kontrollgruppe

Anlage 11: Poster für Praxen der Interventionsarme

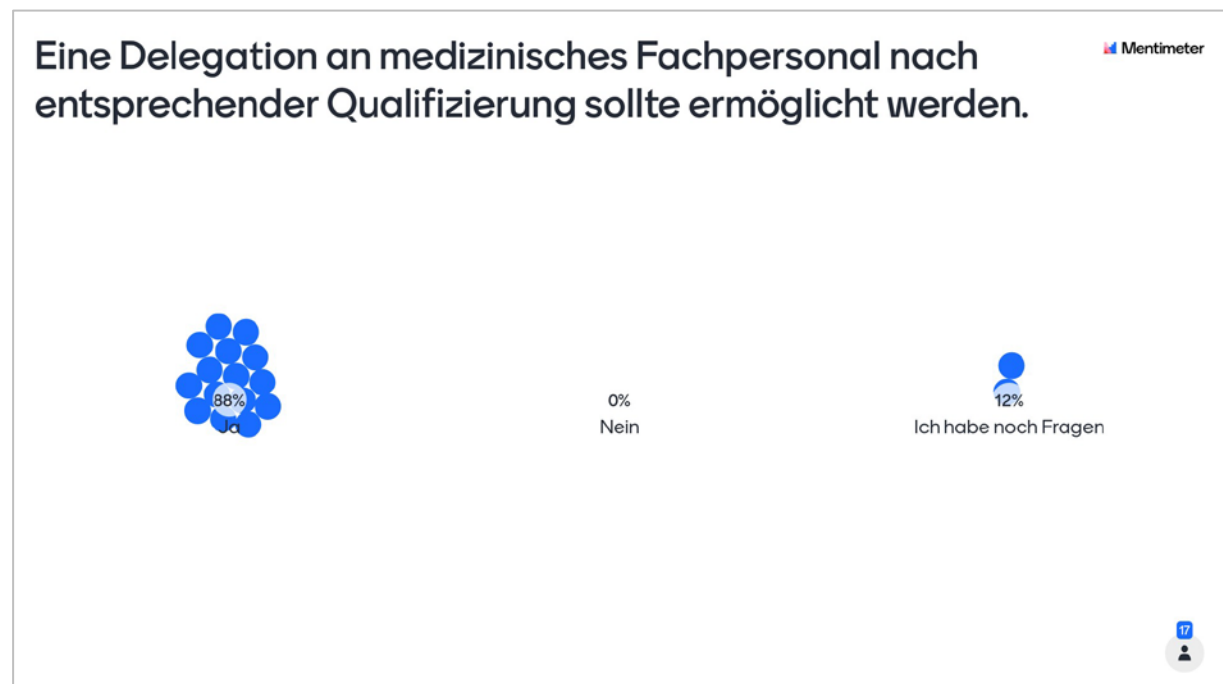
Anlage 12: Poster für Praxen der Kontrollgruppe

Anlage 13: Infolyer für Fachkreise

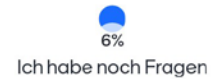
Anlage 14: Onlinefragebogen Nutzwertbestimmung

Alle die Evaluation betreffenden Unterlagen sind dem Evaluationsbericht Kapitel 7 (Anlagen) zu entnehmen.

Anhang 1: Umfrageergebnisse Fachbeirat KID-PROTEKT erhoben per Mentimeter in der Sitzung vom 23.06.2021

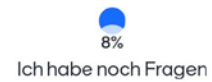
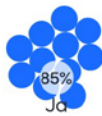


Gespräche mit psychosozial belasteten Schwangeren bzw. Familien müssen abrechenbar werden. Mentimeter



17

Es bedarf einer Qualifizierung der Praxen zu regionalen Unterstützungsangeboten und zum Netzwerkaufbau. Mentimeter



13

Komplexe Belastungslagen und/oder Angebotsstrukturen machen eine Delegation der Beratung/Vernetzung (z. B. an Lotsen) notwendig.

Mentimeter



16

Es bedarf eines gesetzlichen Auftrags zur verbindlichen Kooperation mit bzw. Überleitung an regionale Unterstützungsangebote.

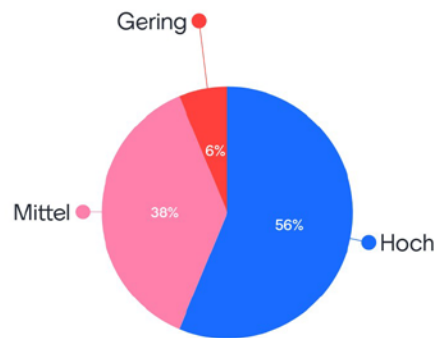
Mentimeter



14

Wie hoch ist Ihrer Meinung nach der Handlungsbedarf für die Einführung der psychosozialen Grundversorgung als Weiterentwicklung der Regelversorgung?

Mentimeter



Studien-ID

Die Geburt eines Babys ist ein besonderes Ereignis, welches auch mit Fragen und möglichen Sorgen verbunden sein kann.

Unser Praxisteam möchte Sie in Ihrer aktuellen Lebensphase unterstützen: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie den Fragebogen wieder bei uns ab. Ihre Angaben sind freiwillig und werden von uns vertraulich behandelt. Da sich Ihre persönliche Situation ändern kann, werden wir Sie zu mehreren Zeitpunkten ansprechen.

Bei Bedarf informieren wir Sie zu Ansprechpartnern und Beratungsangeboten. Wünschen Sie eine weitergehende Beratung, steht Ihnen eine Babylotsin der Stiftung SeeYou in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Unser Angebot ist für Sie kostenlos. Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu.

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	<input type="checkbox"/> 1.–12. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 13.–28. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 29.–40. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> Ich habe bereits entbunden
--	---	--	--	---

Fragen zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 22 und 34 Jahre	<input type="checkbox"/> 35 Jahre oder älter
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1–2 Kinder	<input type="checkbox"/> 3 oder mehr Kinder	
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ...

Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.

Alltagsbewältigung ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft und Geburt ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder und Erziehung ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden →



Hinweis auf eine Studie

Die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt zurzeit in unserer Praxis eine Studie durch.

Leider erhalten viele Familien, die sich Entlastung im Familienalltag wünschen, oftmals keine entsprechende Unterstützung. Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wie (werdende) Eltern bei Bedarf am besten an Unterstützung kommen.

Wir möchten Sie daher bitten, der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter zu diesem Forschungszweck den Fragebogen ausgefüllt zur Verfügung zu stellen.

Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Auswertung ist freiwillig. Wenn Sie sich nicht beteiligen möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Wenn Sie sich für die Teilnahme an der Studie entscheiden, werden Ihre Angaben anonymisiert, das heißt ohne personenbezogene Angaben wie Name, Adresse und Geburtsdatum, von der Forschungsgruppe wissenschaftlich ausgewertet. Der Forschungsgruppe ist eine Zuordnung Ihrer Angaben zu Ihrer Person nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Nur die Studienleitung bzw. die Studienmitarbeiter/innen haben Zugang zu diesen Daten und unterliegen der Geheimhaltungspflicht. Die Daten aus dem Fragebogen werden auf einem geschützten Server des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gespeichert.

Wie nehme ich teil?

Wenn Ihre Angaben keinen Unterstützungsbedarf ergeben, erhalten Sie den Fragebogen von uns zurück. Sie haben dann die Möglichkeit, Ihre Angaben an die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf weiterzugeben. Zur Teilnahme an der Studie bitten wir Sie, **den ausgefüllten Fragebogen in den KID-PROTEKT-Briefkasten einzuwerfen.**

Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!



Studien-ID

Die Geburt eines Babys ist ein besonderes Ereignis, welches auch mit Fragen und möglichen Sorgen – gerade im ersten Lebensjahr – verbunden sein kann.

Unser Praxisteam möchte Sie in Ihrer aktuellen Lebensphase unterstützen: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben Sie den Fragebogen wieder bei uns ab. Ihre Angaben sind freiwillig und werden von uns vertraulich behandelt. Da sich Ihre persönliche Situation ändern kann, werden wir Sie zu mehreren Zeitpunkten ansprechen.

Bei Bedarf informieren wir Sie zu Ansprechpartnern und Beratungsangeboten. Wünschen Sie eine weitergehende Beratung, steht Ihnen eine Babylotsin der Stiftung SeeYou in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Unser Angebot ist für Sie kostenlos. Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu.

Zu welcher Untersuchung sind Sie heute mit Ihrem Kind gekommen?	<input type="checkbox"/> U2 (3.-10. Tag)	<input type="checkbox"/> U3 (4.-5. Woche)	<input type="checkbox"/> U4 (3.-4. Monat)	<input type="checkbox"/> U5 (6.-7. Monat)	<input type="checkbox"/> U6 (10.-12. Monat)	<input type="checkbox"/> Sonstige
---	---	--	--	--	--	-----------------------------------

Fragen zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 22 und 34 Jahre	<input type="checkbox"/> 35 Jahre oder älter
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1–2 Kinder	<input type="checkbox"/> 3 oder mehr Kinder	
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ...	Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.
Alltagsbewältigung ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft und Geburt ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinder und Erziehung ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden →



Hinweis auf eine Studie

Die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf führt zurzeit in unserer Praxis eine Studie durch.

Leider erhalten viele Familien, die sich Entlastung im Familienalltag wünschen, oftmals keine entsprechende Unterstützung. Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wie Eltern bei Bedarf am besten an Unterstützung kommen.

Wir möchten Sie daher bitten, der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter zu diesem Forschungszweck den Fragebogen ausgefüllt zur Verfügung zu stellen.

Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Auswertung ist freiwillig. Wenn Sie sich nicht beteiligen möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Wenn Sie sich für die Teilnahme an der Studie entscheiden, werden Ihre Angaben anonymisiert, das heißt ohne personenbezogene Angaben wie Name, Adresse und Geburtsdatum, von der Forschungsgruppe wissenschaftlich ausgewertet. Der Forschungsgruppe ist eine Zuordnung Ihrer Angaben zu Ihrer Person nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Nur die Studienleitung bzw. die Studienmitarbeiter/innen haben Zugang zu diesen Daten und unterliegen der Geheimhaltungspflicht. Die Daten aus dem Fragebogen werden auf einem geschützten Server des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gespeichert.

Wie nehme ich teil?

Wenn Ihre Angaben keinen Unterstützungsbedarf ergeben, erhalten Sie den Fragebogen von uns zurück. Sie haben dann die Möglichkeit, Ihre Angaben an die Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf weiterzugeben. Zur Teilnahme an der Studie bitten wir Sie, **den ausgefüllten Fragebogen in den KID-PROTEKT-Briefkasten einzuwerfen.**

Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!



In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	<input type="checkbox"/> 1.–12. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 13.–28. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 29.–40. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> Ich habe bereits entbunden
--	---	--	--	---

Fragen zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie? jünger als 18 Jahre zwischen 18 und 21 Jahre zwischen 22 und 34 Jahre 35 Jahre und älter

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? keine 1–2 Kinder 3 oder mehr

Sind Sie alleinerziehend? ja nein

Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt? ja nein

Ist die **Schwangere jünger als 18 Jahre**, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ... Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.

Alltagsbewältigung ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen /starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft /Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden /Arbeitslosigkeit /schlechte Wohnsituation /fehlende Krankenversicherung /fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft und Geburt ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft /Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt /Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder und Erziehung ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes /Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Setzt die Schwangere **bei einem oder mehreren Fragen** ein Kreuz bei „ja“, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.

Zu welcher Untersuchung sind Sie mit Ihrem Kind gekommen?

U2 (3.-10. Tag) U3 (4.-5. Woche) U4 (3.-4. Monat) U5 (6.-7. Monat) U6 (10.-12. Monat) Sonstige

Fragen zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie? jünger als 18 Jahre zwischen 18 und 21 Jahre zwischen 22 und 34 Jahre 35 Jahre und älter

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? keine 1-2 Kinder 3-4 Kinder 5 oder mehr Kinder

Sind Sie alleinerziehend? ja nein

Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt? ja nein

Ist die **Mutter jünger als 18 Jahre**, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ... Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.

Alltagsbewältigung
... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen? ja nein

Partnerschaft
... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung? ja nein

Lebenssituation
... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse? ja nein

Schwangerschaft und Geburt
... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt? ja nein

Kinder und Erziehung
... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes? ja nein

Sonstiges
Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen? ja nein

Setzt die Familie **bei einem oder mehreren Fragen** ein Kreuz bei „ja“, erfolgt ein orientierendes Gespräch.

HERZLICH WILLKOMMEN

Schulung Frühe Hilfen in der Arztpraxis Projekt KID-PROTEKT – Block 1



Block	Inhalte	Umfang
1	<p>Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im Ambulanten Sektor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinischer Hintergrund • Grundgedanken der Frühen Hilfen • Kooperation Gesundheitswesen und Jugendhilfe: Erkennen – Klären – Vernetzen • Zielsetzung und Rahmenbedingungen KID-PROTEKT • Umsetzung in der Arztpraxis (Prozesse, Patientenmaterialien, Dokumentation, Organisation, Aufwandsentschädigung) • Redepflicht und Schweigepflicht 	6 Std.
2	<p>Belastungen aus medizinischer Sicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungen im Wochenbett in Zusammenhang mit depressiven Verstimmungen • Belastungen und Chancen für eine gute Kindesentwicklung 	3 Std.
3	<p>Psychosoziale Belastungsanamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz und Auswertung KID-PROTEKT Fragebogen • Orientierendes Gespräch (Auftragsklärung, Vertraulichkeit, Grenzen, Haltung) • Netzwerkkennntnisse • Behördengänge und finanzielle Ausstattung rund um Schwangerschaft und Geburt • Checkliste für Familien <p><u>Nur Supported Treatment:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erweiterter Prozessablauf Lotsensprechstunde <p>Im Anschluss: Start Implementierung</p>	6 Std.
	<p>Kick-Off-Termin in der Arztpraxis</p>	2 Std.
4	<p>Abschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschlusskolloquium • Übergabe des Zertifikats 	3 Std.

Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im Ambulanten Sektor

**Schulung Frühe Hilfen in der Arztpraxis
Projekt KID-PROTEKT – Block 1**



KID-PROTEKT

- **Ausgangssituation**
- **Zielsetzung und Evaluation**
- **Rahmenbedingungen**

Projektstruktur – Kooperationspartner – Studienzentren – Zeitplan

- **Umsetzung in der Arztpraxis**

Zielgruppe – Ablauf – Elemente der neuen Versorgungsform

- **Aufwandsentschädigung**
- **Ausblick**



Von der Idee zur flächendeckenden Versorgung

2007



Projektstart
Babylotse
stationär

2010



Nachweis
Wirksamkeit und
Übertragbarkeit

2012 ff.



Verbreitung in
Hamburg und
Deutschland

2018



38 Kliniken
bundesweit
(ca. 10,8% der
Geburten)

2019



Gründung
Qualitätsverbund
Babylotse e. V.

2011



Projektstart
Babylotse
ambulant

2015



Nachweis
Wirksamkeit

2016 ff.



Konzept-
anpassung und
Skalierung

2018



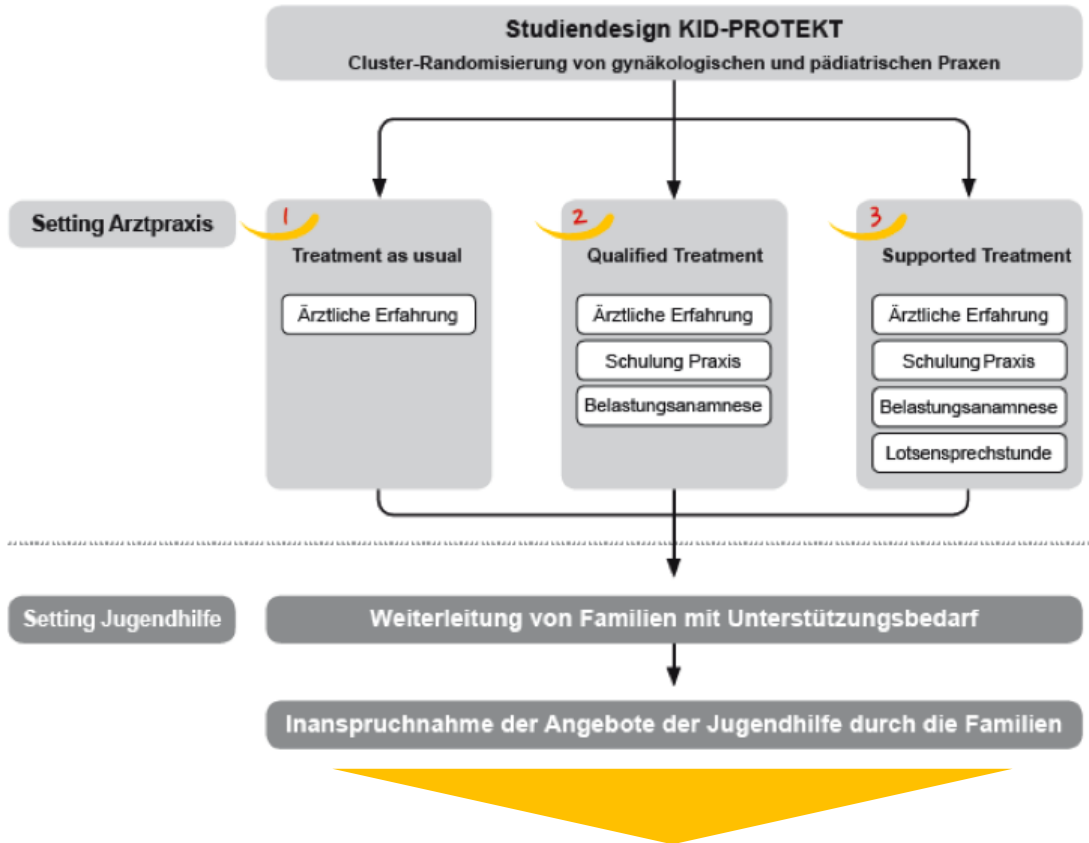
27 Arztpraxen in
Hamburg und
Niedersachsen

2018 ff.



KID Protekt
Ein Innovationsfonds Projekt

Forschungsfrage



**Interprofessionelle
Qualitätszirkel**

Wie gelingt die Weiterleitung von Familien mit Unterstützungsbedarf am besten?

Effektivität und Effizienz

Hauptfragestellungen: Effektivität und Effizienz

- **Belastungsquote:**
Liegt eine (subjektive) Belastung vor?
- **Bedarfsquote:**
Besteht ein Unterstützungsbedarf?
- **Weiterleitungsquote:**
Besteht ein Weiterleitungsbedarf?
- **Inanspruchnahmequote:**
Hat die Familie die Unterstützung erreicht?

Unterfragestellungen

- **Akzeptanz und Machbarkeit**

Erfahrungen aus der Rekrutierungsphase

Befragung der Studienteilnehmer und des Praxispersonals

Nicht-Teilnehmer-Analyse

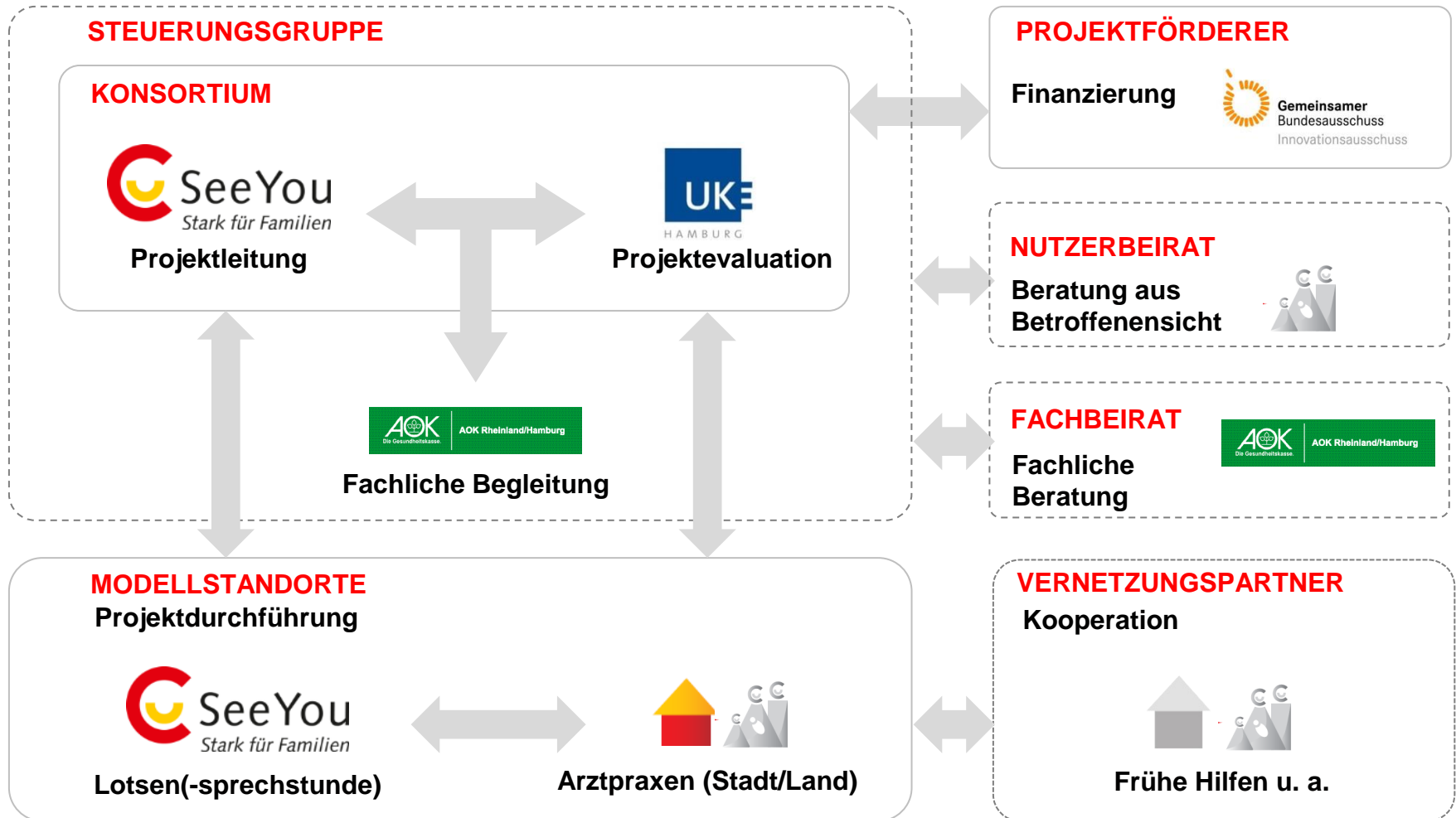
- **Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit**

Facharztvergleich (Gynäkologische vs. pädiatrische Praxen)

Regionale Einflüsse (Stadt vs. „Land“)

Strukturparameter Praxen

Projektstruktur



Kooperationspartner



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DGPF e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.



Hamburg



Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

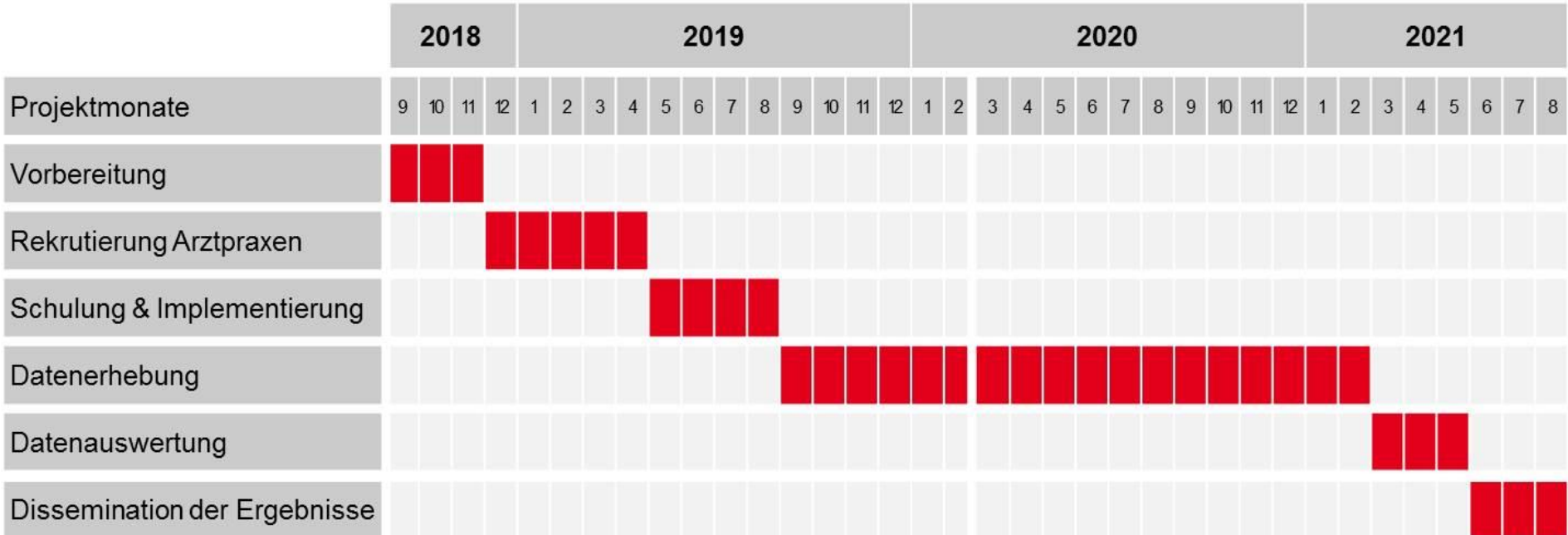


bvkg.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Zeitplan



Zielgruppe

- **Schwangere/werdende Eltern und Wöchnerinnen in der Frauenarztpraxis**

und

- **Familien mit Kind im ersten Lebensjahr in der Kinder- und Jugendarztpraxis**

mit

- **(hohen) psychosozialen Belastungen**

Hinweis: Privat Versicherte sind von der Studienteilnahme ausgeschlossen. Es kann dementsprechend keine Aufwandsentschädigung geltend gemacht werden.

KID-PROTEKT-Fragebogen

Ziel: Erkennen

- Grundlage zur Ermittlung der **Belastungsquote**
- Selbstausfüller (subjektive Einschätzung!)
- Hilfe beim Ausfüllen möglich (gesonderte Kennzeichnung!)

Inhalt

- Fragen zur Person und Belastungssituation
- Umseitiger Hinweis auf die Studie

Einsatz

- in allen Studienarmen (auch Kontrollgruppe)
- i. R. d. Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen

KID-PROTEKT-Fragebogen

[Fragebogen Version Frauenarztpraxis](#)

[Fragebogen Version Kinder- und Jugendarztpraxis](#)

Auswertung Fragebogen

Fragen zu Ihrer Person			
Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre	<input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre	<input type="checkbox"/> älter als 21 Jahre
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> 1-2 Kinder	<input type="checkbox"/> 3 oder mehr Kinder	
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Ist die **Mutter jünger als 18 Jahre**, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ...	Bitte setzen Sie auch ein Kreuz, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahe stehende Person zutrifft.	
Alltagsbewältigung ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen /starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden /Arbeitslosigkeit /schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft und Geburt ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft /Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt /Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder und Erziehung ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Setzt die Familie **bei einem oder mehreren Fragen** ein Kreuz bei „ja“, erfolgt ein orientierendes Gespräch.

Zeitpunkte der Ansprache

- **Jeder** Datenpunkt wird evaluiert!
(Zeitpunkt und Fallverläufe sind sekundär)
- Eine **mehrfache** Ansprache hat sich aus inhaltlicher und ablauforganisatorischer Sicht bewährt!

Frauenarztpraxis

- **Frühschwangerschaft – Spätschwangerschaft – Nachsorge**

Kinder- und Jugendarztpraxis

- **Früherkennungsuntersuchungen U2 – U3 – U4 – U5 – U6**

Orientierendes Gespräch

Ziel: Klären und Vernetzen

- Grundlage zur Ermittlung von **Bedarfsquote** und **Weiterleitungsquote**

Anlass

- Gesprächsanlass aufgrund Ergebnis Fragebogen
- Aktive Ansprache durch Schwangere/Familie oder andere Hinweise auf Unterstützungsbedarf

Orientierendes Gespräch

Inhalt

- Lebenssituation einschätzen – Belastung(en) wahrnehmen – Ressourcen erkennen
- Unterstützungsbedarf klären und Weiterleitungsbedarf identifizieren
- Bei Bedarf: zu wohnortnahen Unterstützungsangeboten informieren, ggf. Kontakt herstellen

Dokumentation

- [Formular](#)

Lotsensprechstunde (nur Supported Treatment)

Ziel: Klären und Vernetzen

- Grundlage zur Ermittlung von **Bedarfsquote** und **Weiterleitungsquote**

Anlass

- Weiterleitung Kontaktdaten durch MFA bei Einwilligung durch Schwangere/Familie (Einverständniserklärung)

Inhalt

- Klärung von intensiven Unterstützungsbedarfen
- Senkung von Barrieren zur Inanspruchnahme notwendiger Hilfen
- Sicherstellung erfolgreicher Überleitung

Lotsensprechstunde (nur Supported Treatment)

Organisatorisches

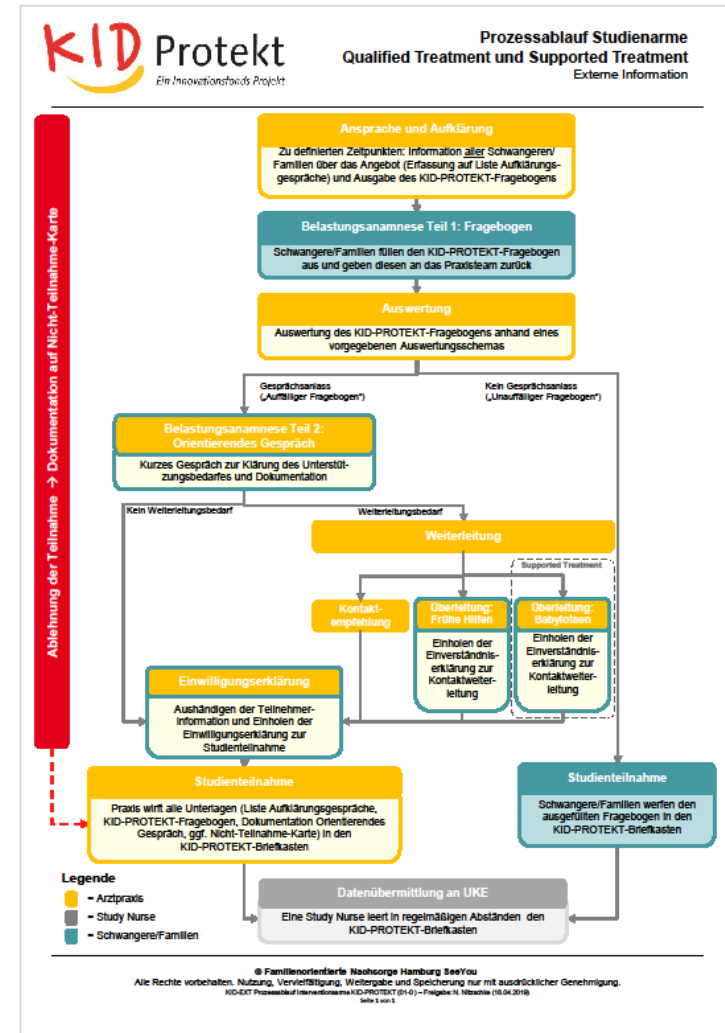
- Regelmäßige Sprechstunde vor Ort in der Praxis (zu Beginn wöchentlich)
- Feste Ansprechpartnerin = Babylotsin
- Vertrauliche Gesprächssituation (wenn möglich: eigener Raum)
- Babylotsin übernimmt Terminmanagement

Vor/nach der Sprechstunde:

- Möglichkeit für Fallbesprechungen zwischen MFA und Babylotsin

Abläufe

■ Prozessablauf



Studienteilnahme

Idealerweise sollte jede Leistungserbringung mit einer Studienteilnahme einhergehen!

Fragebögen ohne Hinweis auf Unterstützungsbedarf (ca. 80%)

- Einwurf in Briefkasten durch Schwangere/Familie

Fragebögen mit Hinweis auf Unterstützungsbedarf (ca. 20%)

- Einholen einer schriftlichen Einwilligungserklärung mit Angabe der Kontaktdaten der Schwangeren/Familie für späteres Telefoninterview durch UKE (Stichprobe)
- Teilnehmer/innen von Telefoninterviews erhalten dm-Gutschein im Wert von 5,- EUR (Abwicklung durch UKE)
- Einwurf aller Unterlagen in Briefkasten durch MFA

Nicht-Teilnahme

Nicht-Teilnahme-Karte

Nächste Schritte

Mai-Juni 2019

- 29.05.: Randomisierung (Teil 2)
- Schulungsblöcke 2 und 3 (*terminiert*)

Juli-August 2019

- Start Implementierung (*nach Schulungsblock 3*)
- Kick-Off-Termin (*Zur Terminabstimmung kommen wir auf Sie zu*)
- Schulungsblock 4: Abschlusskolloquium (*terminiert*)

Ab September 2019

- Datenerhebungsphase und Begleitung durch Study Nurse (bis 02/2021)
- Öffentlichkeitsarbeit (*Zur Abstimmung kommen wir auf Sie zu*)

Nächste Schritte

Nur Supported Treatment:

- Begleitende Projekttreffen der MFA mit den Babylotsen
(*Terminabstimmung folgt*)

Januar-April 2020

- Prozess-Audit: Beschreibung und Optimierung der Abläufe
(*Terminabstimmung folgt*)

Nikola Nitzschke/Hannah Fischer • Stiftung SeeYou

040 / 605 66 2022 • n.nitzschke@seeyou-hamburg.de

01590 / 426 29 09 • h.fischer@seeyou-hamburg.de

www.seeyou-hamburg.de



Grundgedanken der Frühen Hilfen

Schulung Projekt KID-PROTEKT – Block 1



- **Was sind Frühe Hilfen?**
- **Grundgedanken der Frühen Hilfen**
- **Nahtstelle Arztpraxis: Kooperation Gesundheitswesen und Jugendhilfe**
- **Was macht eigentlich eine Babylotsin?**

➤ Ziele:

- Die Entwicklungsbedingungen von Kindern frühzeitig und nachhaltig verbessern
 - Kindern ein gewaltfreies und gesundes Aufwachsen ermöglichen
- Ein freiwilliges Angebot für (werdende) Eltern und ihre Kinder ab der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr
- Geprägt von einer wertschätzenden und auf Vertrauen basierenden Grundhaltung in der Arbeit mit Familien

- Frühe Hilfen helfen durch psychosoziale Unterstützung von besonders belasteten Familien (z.B. durch Familienhebammen)
- Im Vordergrund steht die Stärkung der Ressourcen der Familien
- Frühe Hilfen werden in interdisziplinären und multiprofessionellen Netzwerken koordiniert
- Vernetzungsarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Frühen Hilfen

- Am 1. Januar 2012 tritt das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft. Hier sind die Frühen Hilfen fest verankert.
- Die Frühen Hilfen beziehen sich zudem auf das Grundgesetz (Art. 6 Abs. 2 GG), welches besagt, dass die staatliche Gemeinschaft über das Kindeswohl wacht.
- Das bedeutet, dass Mütter und Väter schon mit Beginn der Schwangerschaft Unterstützung durch die staatliche Gemeinschaft bekommen.

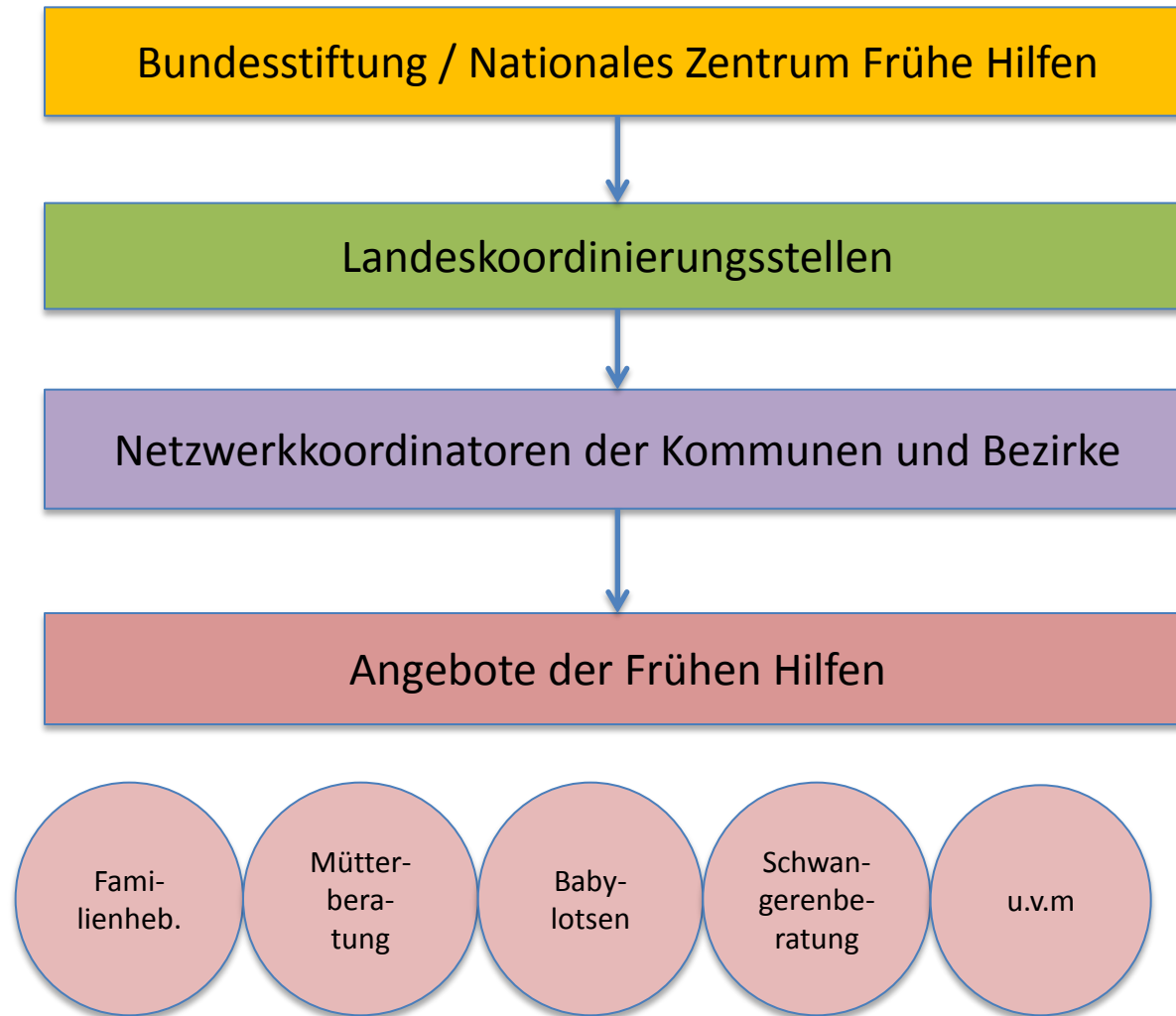
- Das Gesundheitswesen beteiligt sich an den Frühen Hilfen im Rahmen ihrer Leistungen der Regelversorgung von werdenden Eltern und Familien mit Kindern.
- Hierzu gehören z.B. Hebammen, Kinder- und Jugendärzte, Frauen- und Hausärzte, Geburts- und Kinderkliniken.

- Laufzeit: 2012 – 2017

- Ziel:
 - Auf- und Ausbau von präventiven Versorgungsstrukturen für Familien
 - Einsatz und Qualifizierung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen

- Zielgruppe: Schwangere und Familien mit Kindern von 0 – 3 Jahren

- Möglichst frühzeitiges, koordiniertes und multiprofessionelles Angebot an Information, Beratung und Hilfe im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern (vor allem in den ersten Lebensjahren)
- 2018 startete die **Bundesstiftung Frühe Hilfen**. Grundlage sind die Ergebnisse der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Die Bundesstiftung stellt dauerhaft jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung, um (werdende) Eltern zu unterstützen und den Kinderschutz zu verbessern.



Kernelemente des Landeskonzepptes:

- wohnortnahe Familienteams
- Ausbau regionaler Netzwerke
- bestehende Hilfeangebote integrieren und weiterentwickeln
- Babylotsen Hamburg

Basis:

Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von „Guter Start für Hamburgs Kinder“ durch die Babylotsen und die Familienteams

- Familienhebammenstandorte
- Gesundheitsangebote wie Hebammen und Mütterberatung
- Schwangerenberatungsstellen wie pro familia und Diakonie
- Treffpunkte für Eltern und Kinder wie Familien- und Eltern-Kind-Zentren
- Alltagsentlastende Angebote wie wellcome oder Oma-Hilfsdienste
- Beratungsangebote bei Schrei-, Schlaf- und Fütterproblemen
- Themenspezifische Angebote (Psychotherapie, Migrationsberatung, Schuldnerberatung, Beratung für Alleinerziehende)



Nahtstelle Arztpraxis Kooperation Gesundheitswesen und Jugendhilfe

Schulung Projekt KID-PROTEKT – Block 1



- Wo ist bereits Kooperation zwischen Arztpraxis und Jugendhilfe vorhanden?
- Wie sieht diese aus?
- Was funktioniert gut an der Kooperation?
- Was gibt es für Verbesserungsvorschläge?

Die Mitarbeiter der Arztpraxis...

- sind Vermittler, sie haben Erstkontakt zur Schwangeren / Mutter / Familie in der Arztpraxis.
- schaffen im Bedarfsfall die Basis für die Überleitung an andere Angebote / Lotsendienste.
- nutzen ihre Netzwerkkenntnisse, welche die Überleitung der hilfesuchenden Familie an passgenaue Angebote erleichtern.
- kooperieren mit den Netzwerkpartnern bzw. Lotsinnen. Diese gute Zusammenarbeit bildet die Grundlage für die gelingende Hilfe.

Erkennen

- Erste Kontaktaufnahme zur Schwangeren bzw. Familie durch eine speziell geschulte **Medizinische Fachangestellte (MFA)**
- Erkennen der Belastungssituation aller Schwangeren bzw. Familien auf Basis des KID-PROTEKT-Fragebogens



Klären

- Klären der konkreten Unterstützungsbedarfe in einem ersten **Orientierenden Gespräch** mit der MFA oder dem Arzt
- Bei Interesse und Bedarf: **Empfehlungen zur Inanspruchnahme** regionaler Hilfsangebote durch die MFA oder den Arzt



Vernetzen

- Bei Weiterleitungsbedarf: Einholen einer **Einwilligungserklärung**
- **Überleitung** in ein passendes Angebot oder in die Sprechstunde der Babylotsin



- Ausfüllen des Fragebogens im Rahmen der U4 in der Kinderarztpraxis
- Junge Mutter mit erstem Kind (4 Monate alt)
- Auswertung des Fragebogens durch MFA:
 - Depressionen
 - Fehlende soziale Kontakte
 - Überforderung im Alltag
- MFA unterstützt bei der Vernetzung





Was macht eigentlich eine Babylotsin?

Schulung Projekt KID-PROTEKT – Block 1



- Eltern möchten gute Eltern sein.
- Eltern gelingt dies manchmal nicht ausreichend.
- Risikofaktoren lassen sich früh identifizieren.
- Protektive Faktoren sind zu berücksichtigen.
- Frühe Hilfen helfen.
- Gesundheitswesen genießt viel Vertrauen.

- Armut
- Psychische Erkrankungen
- Junges Alter der Mutter
- Geschichte eigener Misshandlung, Vernachlässigung
- Mangelnde eigene Gesundheitsfürsorge
- Suchterkrankungen
- Krankheit (Kind, Eltern)
- Mangelnde Integration

Wir wollen, ...

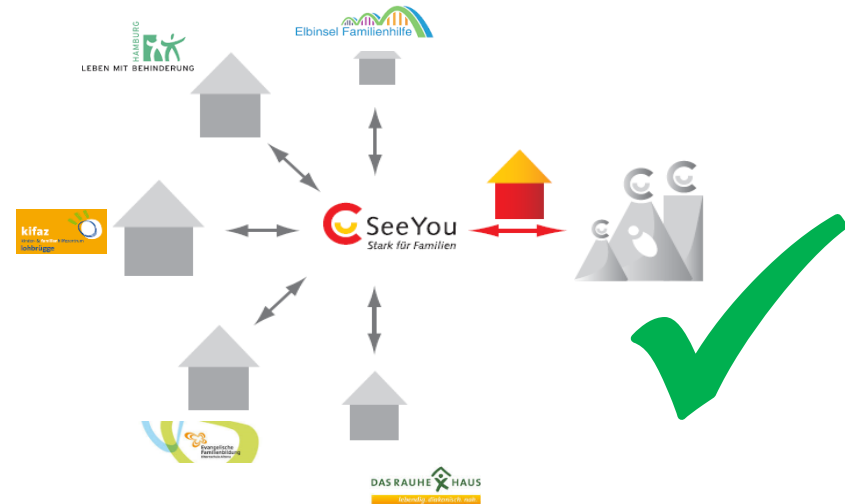
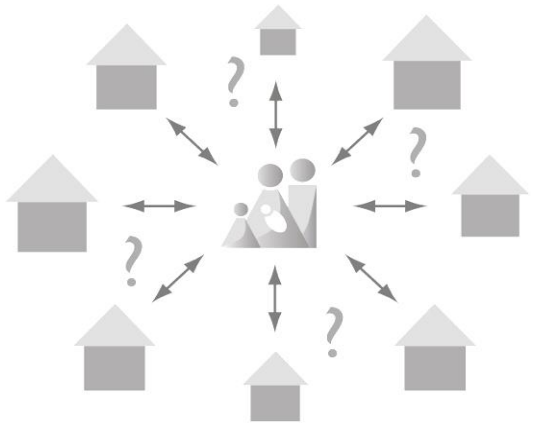
dass Familien mit einem psychosozialen Unterstützungsbedarf zu unterschiedlichen Zeiten aus dem Gesundheitssystem heraus verlässlich und umfassend wahrgenommen, angesprochen und an entsprechende Angebote aus den bestehenden Sicherungssystemen vermittelt werden.

Wir suchen...

nach Strategien und Möglichkeiten, den Familien optimale Unterstützung bei der Bewältigung ihrer individuellen Herausforderung zukommen zu lassen.

Damit schließen wir die Lücke zwischen dem Gesundheitswesen und den Sozialen Sicherungssystemen!

Lotsenfunktion und Gesundheitsprävention



Für wen? Psychosozial hoch belastete Mütter / Eltern / Familien.

Was? Hilfe zur Selbsthilfe: Bedarfsklärung, Koordinierung, Anleitung und Motivation.

Wann? Rund um die Geburt: Schwangerschaftsvorsorge, Entbindung, Kindervorsorge.

Wo? Geburtskliniken, Frauen- und Kinderarztpraxen.

Wer? Sozialpädagogische Fachkräfte mit zertifizierter Zusatzqualifikation „Babylotse“.

Babylotsen...

- unterstützen bei Sorgen und Ängsten rund um die Geburt und das Leben mit einem Neugeborenen
- verfügen über Expertenwissen bezüglich des örtlichen Netzwerkes
- unterstützen bei der Lösung von Konflikten und Krisen



**Kern des Angebots ist die
Lotsenfunktion**
zum Finden und Nutzen der
passgenauen Einrichtungen
aus der Vielzahl der Angebote.

- Geburtsvorbereitung und Geburtsnachsorge
- Peripartale psychische Belastung / Erkrankung
- Versorgung Neugeborener und Kleinstkinder
- Alltagsstrukturierung
- Finanzielle Unterstützung / Ansprüche
- Soziale Isolation / Erweiterung des persönlichen Netzwerkes
- Migrationsbedingte Herausforderungen

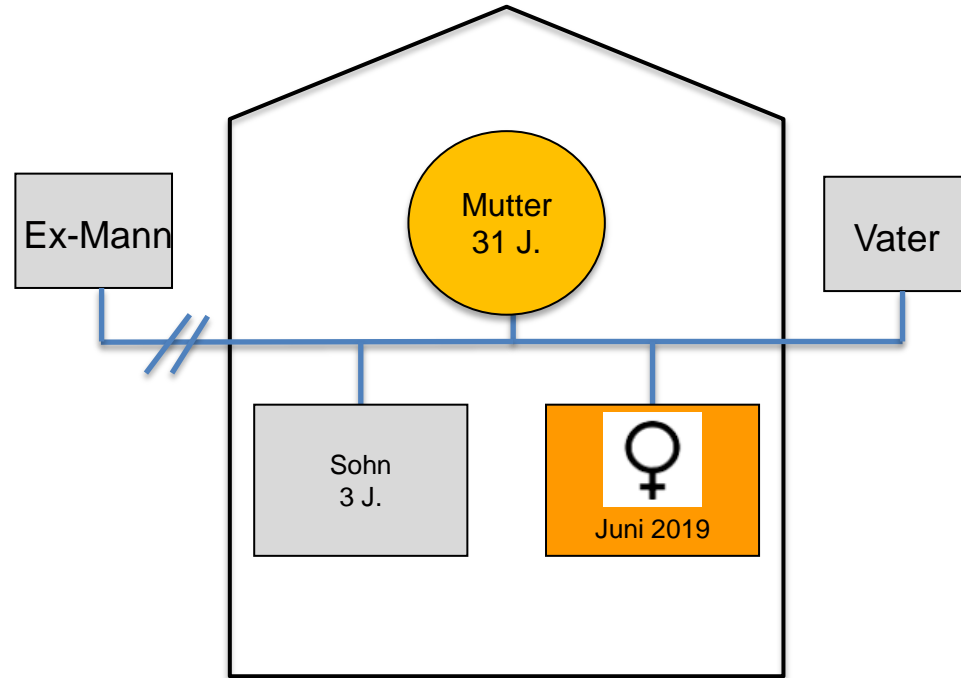
KLÄREN

Kompetenz der Eltern für ihr Kind zu sorgen

- ✓ Wohl des Kindes immer im Mittelpunkt
- Sorge um die kindliche Entwicklung

Kompetenz der Eltern für sich zu sorgen

- ✓ Offen für Unterstützung
- ✓ Aktiver Veränderungswunsch
- ✓ Sehr gute Deutschkenntnisse
- Traumatisierung- bisher keine Therapie



Sozioökonomische Situation

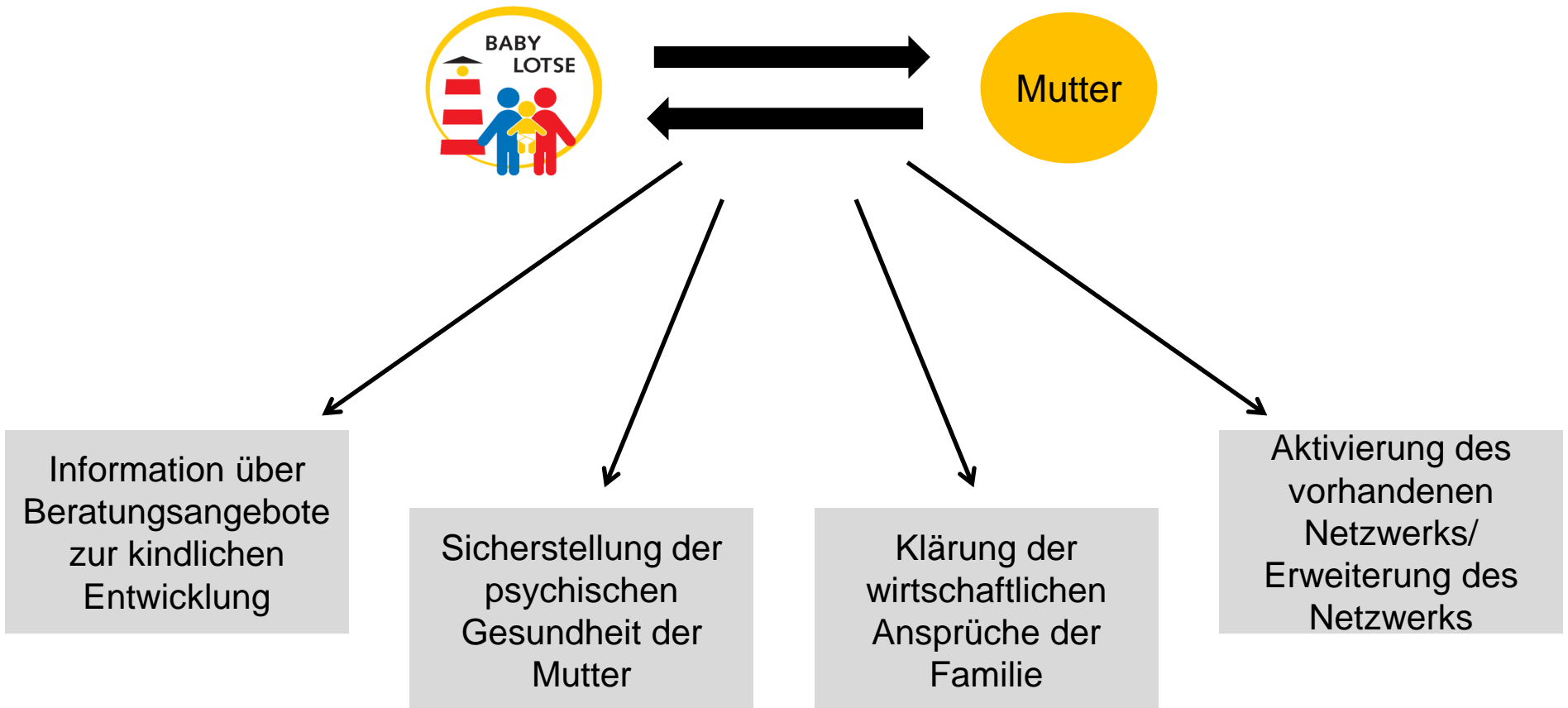
- ✓ Ausreichend große Wohnung vorhanden
- Begrenzte finanzielle Ressourcen

Soziales / institutionelles Netzwerk

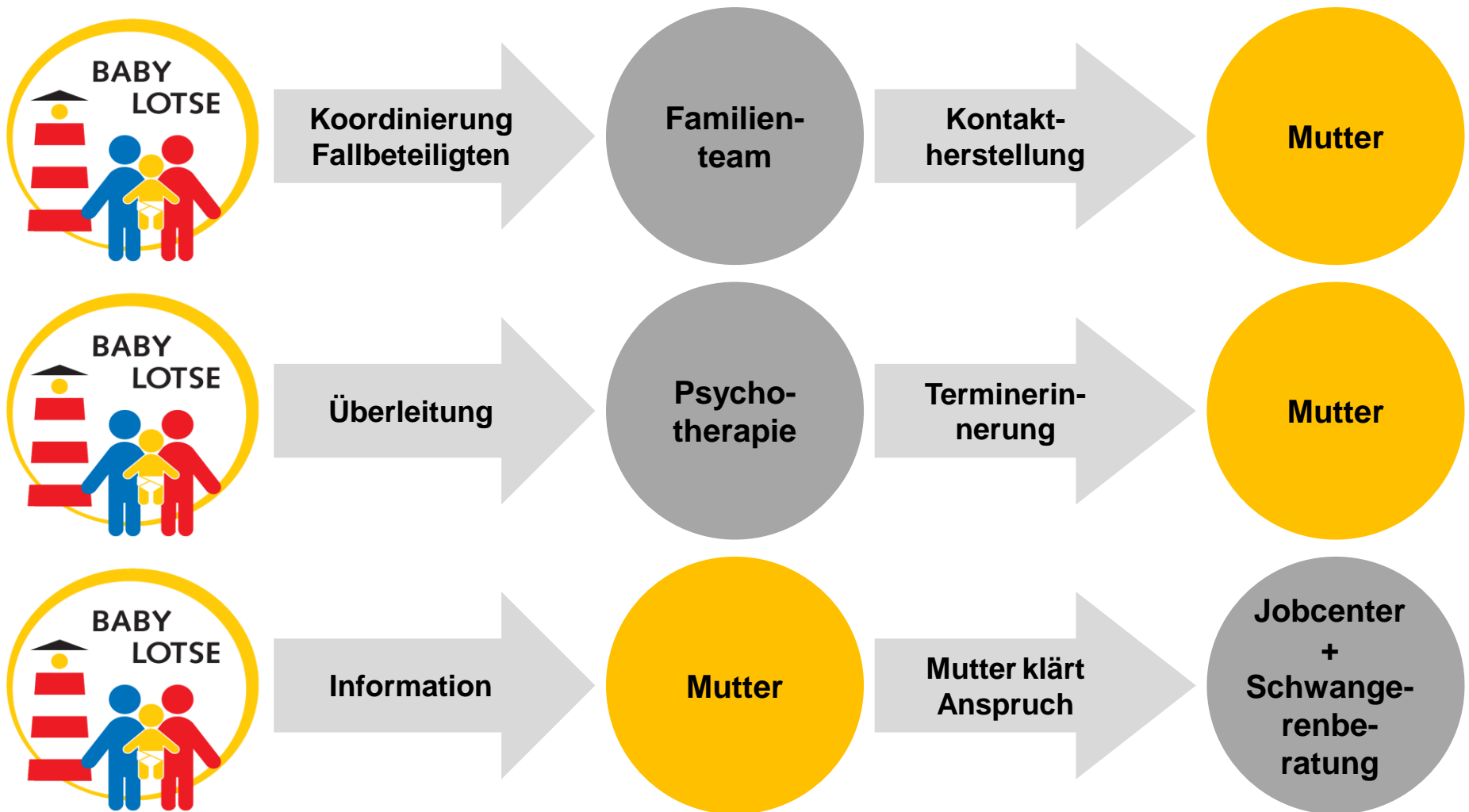
- ✓ Unterstützung von Freunden
- ✓ Rückhalt der Familie
- Zwiespalt bezügl. Beziehung



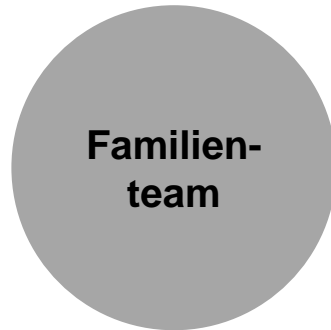
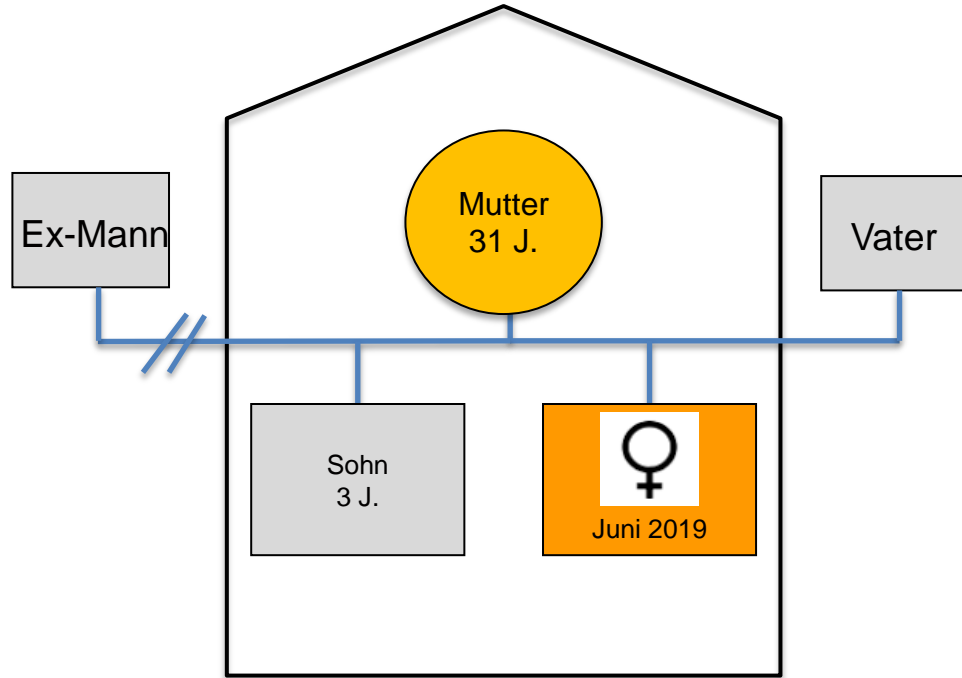
PLANEN



VERNETZEN



EVALUATION





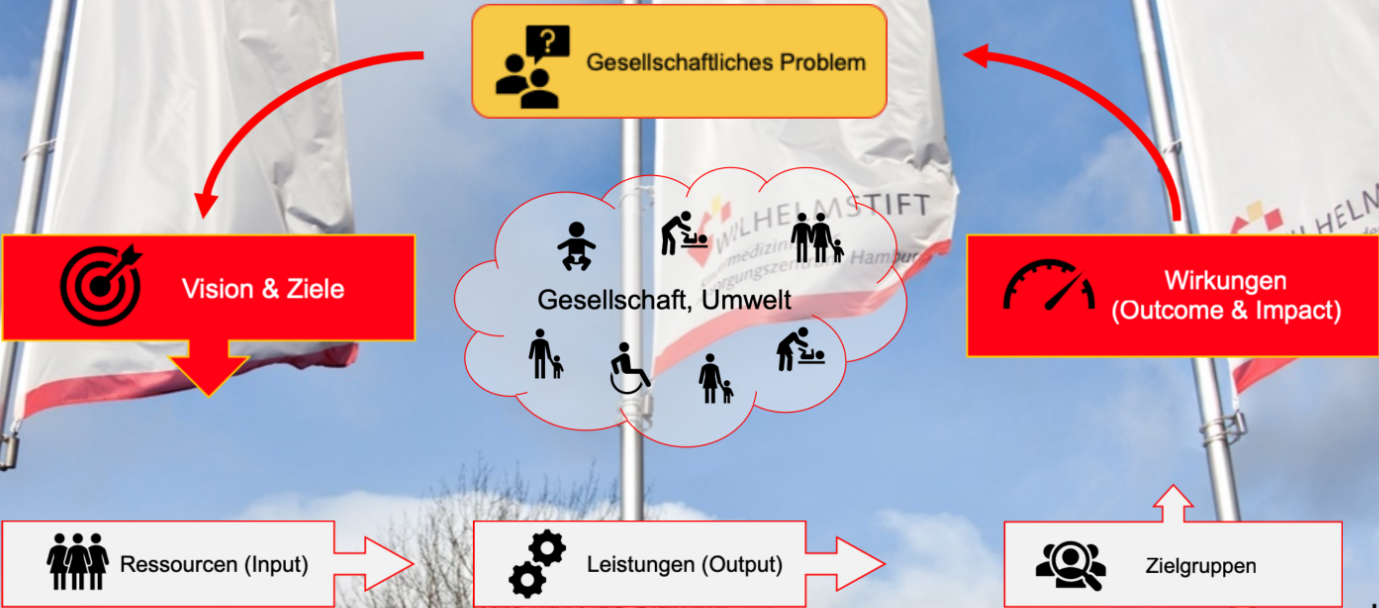
Stiftung SeeYou

Tel. 040 / 673 77 730

info@seeyou-hamburg.de • www.seeyou-hamburg.de



Lotsendienste im Gesundheitssystem: Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit





Gesellschaftliches Problem

Armut und Gesundheit

- Das Risiko für psychische Auffälligkeiten ist bei niedrigem Sozialstatus deutlich erhöht.
- Das Risiko für Adipositas ist bei niedrigem Sozialstatus deutlich erhöht.
- Das Risiko für Frühgeburtlichkeit wird durch psychosoziale Faktoren wie z.B. dem niedrigen Sozialstatus beeinflusst.
- Das Modell der peripartalen, vegetativen (Fehl-)Prägung lässt sich auf metabolische (z.B. Adipositas) und Hormon-gestützte Prozesse (z. B. Disstress-assoziierte psychische Erkrankungen) übertragen.
- Weitere Faktoren komplizieren diese Befunde.
- Diese negativen Konsequenzen des familiären Sozialstatus betreffen potentiell 21% der Kinder in Deutschland.

Indexfall
Babylotse



Gesundheit



Armut



Ergänzende
Faktoren



Gesellschaftliches Problem

Armut und Gesundheit

- Das Risiko für psychische Auffälligkeiten ist bei niedrigem Sozialstatus erhöht.
- Das Risiko für Adipositas ist bei niedrigem Sozialstatus deutlich erhöht.
- Das Risiko für Frühgeburtlichkeit wird durch psychosoziale Faktoren und dem niedrigen Sozialstatus beeinflusst.
- Das Modell der peripartalen, vegetativen (Fehl-)Prägung lässt sich auf metabolische (z.B. Adipositas) und Hormon-gestützte Prozesse (z. B. Disstress-assoziierte psychische Erkrankungen) übertragen.
- Weitere Faktoren komplizieren diese Befunde.
- Diese negativen Konsequenzen des familiären Sozialstatus betreffen potentiell 21% der Kinder in Deutschland.



Indexfall
Babylotse



Gesundheit



Armut



Ergänzende
Faktoren

Jennifer, 19 Jahre

- kurz zuvor aus Mecklenburg-Vorpommern nach Hamburg gezogen
- Entbindung nach unauffälliger Schwangerschaft in der 39. SSW, Geburtsgewicht 2.800g, APGAR 9 / 10 / 10
- bei der U2 auffallend unsicher im Umgang mit dem Kind, auf Nachfrage sehr isoliert lebend, kleine Wohnung, Hochhaussiedlung im Osten Hamburgs, wirkt überfordert
- medizinisch keine Auffälligkeiten
- Arztbrief: Entlassung in gutem AZ, Wiedervorstellung bei Verschlechterung...



Gesundheit

Sowohl bezüglich psychischer als auch somatischer Erkrankungen lassen sich Zusammenhänge zu Lebensstil, Einkommen und psychosoziale Belastungen darstellen.



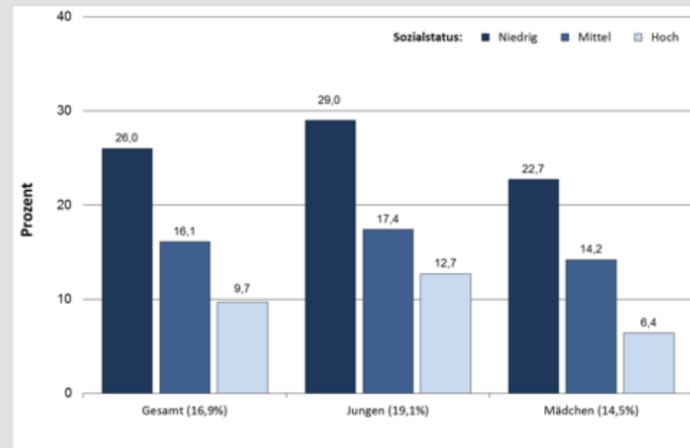
Psychische
Erkrankungen



Somatische
Erkrankungen



Psychische Auffälligkeiten



Psychische Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom Sozialstatus und Geschlecht

Klipker, K.: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Journal of Health Monitoring · 2018 3(3)

Somatische Erkrankungen Beispiele



Frühgeburts-
Risiko



Adipositas



Modell der
peripartalen
Prägung

Frühgeburts-Risiko

Tab. 2 Risikofaktoren des Lebensstils mit Erhöhung des Frühgeburtsrisikos und mögliche Interventionen

	Assoziation mit Frühgeburt	Intervention möglich
Sozioökonomische Faktoren		
Schwere Arbeit (körperlich und psychisch)	++	Beratung, Verbesserung der individuellen Arbeitsbedingungen, ggfs. individuelles Beschäftigungsverbot
Niedriger sozialer Status (Familieneinkommen, Ausbildung)	+	Beratung, soziale Unterstützung
Umweltbelastung	(+)	Beratung, ggfs. Änderung der Lebenssituation
Soziokulturelle Faktoren		
Migrationshintergrund	(+)	Beratung, konkrete Unterstützung
Alleinerziehenden Status	+	Unterstützungsangebote
Problematische Paarbeziehung, Gewalterfahrungen	(+)	Beratung, konkrete Unterstützung
Individuelle Faktoren des Lebensstils		
Alkohol, Nikotin-, Drogenabusus	+	Beratung, Entwöhnungsprogramme
Niedriges Gewicht vor der Schwangerschaft	+	Beratung, Ernährungsprogramme
Kritische Lebensereignisse	++	Beratung, Unterstützung
Lebenskonzeption		
Teenageschwangerschaft	+	Tailored antenatal care (bedürfnisorientierte Schwangerenberatung)
Späte Mutterschaft	+	Nein
Schwangerschaft nach reproduktionsmedizinischer Therapie	+	Beratung, Angstreduktion

++ Assoziation nachgewiesen, + Assoziation gering aber signifikant, (+) Assoziation nicht nachgewiesen, aber vermutet.

Goeckenjan, M. „Lebensstil“ als Risiko für Frühgeburt. Gynäkologe 2012 · 45:538–546

Frühgeburts-Risiko

Tab. 2 Risikofaktoren des Lebensstils mit Erhöhung des Frühgeburtsrisikos und mögliche Interventionen

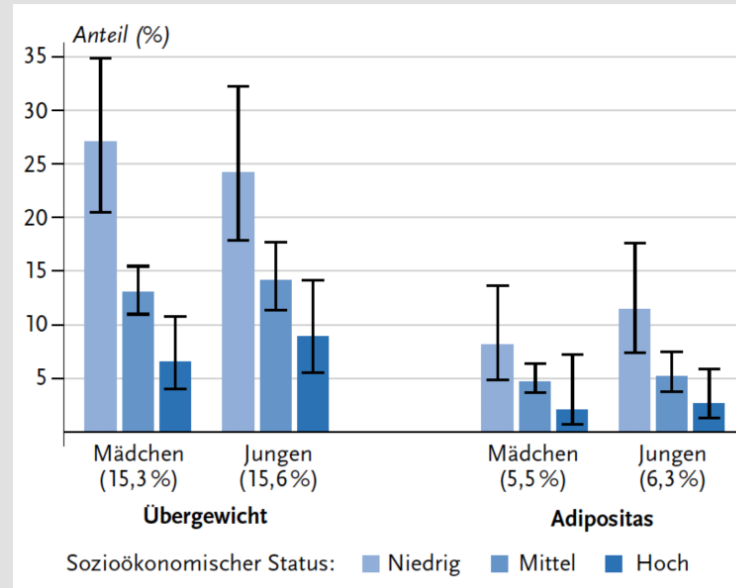
	Assoziation mit Frühgeburt	Intervention möglich
Sozioökonomische Faktoren		
Schwere Arbeit (körperlich und psychisch)	++	Beratung, Verbesserung der individuellen Arbeitsbedingungen, ggfs. individuelles Beschäftigungsverbot
Niedriger sozialer Status (Familieneinkommen, Ausbildung)	+	Beratung, soziale Unterstützung
Umweltbelastung	(+)	Beratung, ggfs. Änderung der Lebenssituation
Soziokulturelle Faktoren		
Migrationshintergrund	(+)	Beratung, konkrete Unterstützung
Alleinerziehenden Status	+	Unterstützungsangebote
Problematische Paarbeziehung, Gewalterfahrungen	(+)	Beratung, konkrete Unterstützung
Individuelle Faktoren des Lebensstils		
Alkohol, Nikotin-, Drogenabusus	+	Beratung, Entwöhnungsprogramme
Niedriges Gewicht vor der Schwangerschaft	+	Beratung, Ernährungsprogramme
Kritische Lebensereignisse	++	Beratung, Unterstützung
Lebenskonzeption		
Teenageschwangerschaft	+	Tailored antenatal care (bedürfnisorientierte Schwangerenberatung)
Späte Mutterschaft	+	Nein
Schwangerschaft nach reproduktionsmedizinischer Therapie	+	Beratung, Angstreduktion
++ Assoziation nachgewiesen, + Assoziation gering aber signifikant, (+) Assoziation nicht nachgewiesen, aber vermutet.		

Goeckenjan, M. „Lebensstil“ als Risiko für Frühgeburt. Gynäkologe 2012 · 45:538–546

Fazit für die Praxis

- Unabhängig vom sozialen Status können Faktoren des Lebensstils den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen.
- Für einzelne Faktoren ist das vermehrte Auftreten von Frühgeburten beschrieben (■ Tab. 2); diese sollten während der Schwangerenvorsorge erkannt und durch Beratung und/oder gezielte Interventionen modifiziert werden.
- Die wichtigsten Faktoren des Lebensstils mit Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko, die während des Anamnesegesprächs in der Schwangerenvorsorge thematisiert werden sollten, sind:
 - Arbeitsbedingungen,
 - Qualität der Paarbeziehung,
 - Wahrnehmung von Stressoren und
 - Abusus.
- Protektive Faktoren sind regelmäßige leichte körperliche Aktivität und möglichst geringe Stressbelastung in der Schwangerschaft.

Adipositas

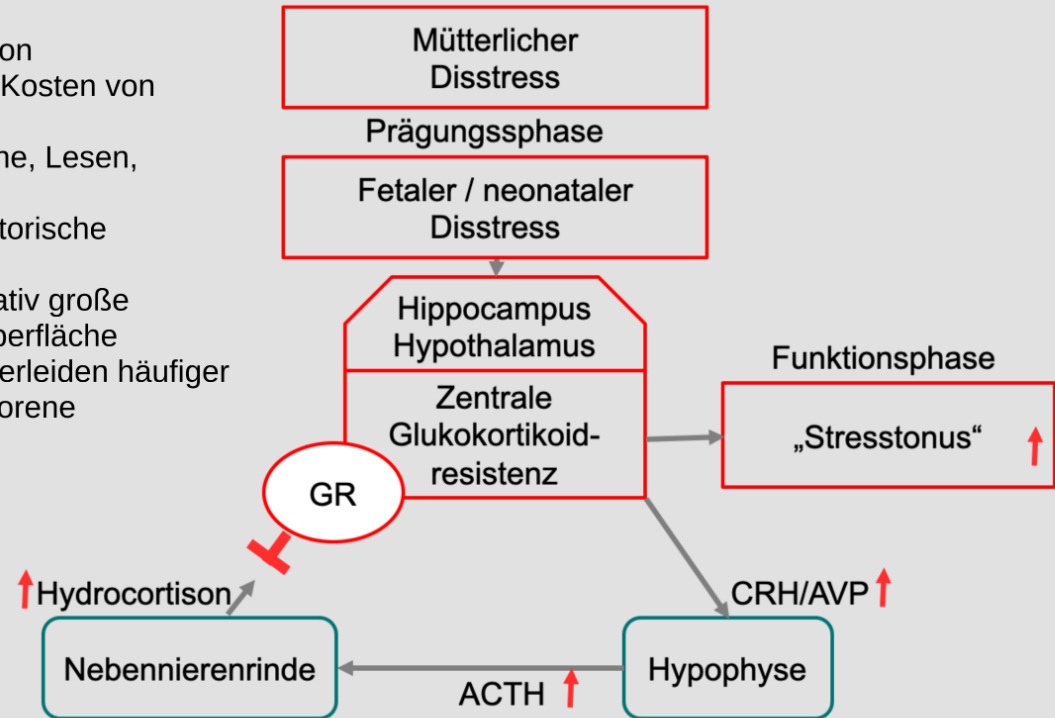


Übergewicht und Adipositas in Abhängigkeit vom Sozialstatus und Geschlecht

Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J et al. (2018) Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring

Vegetative Fehlprägung durch peripartalen Stress

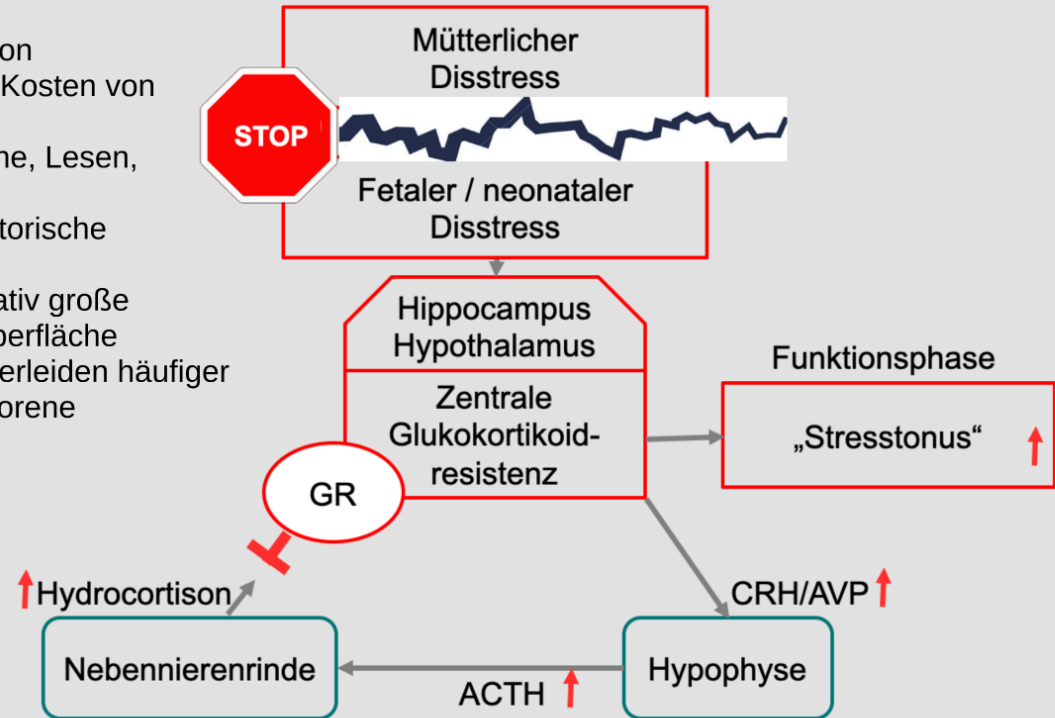
- Pränataler Stress
- => lebenslang erhöhte Stresshormon-Produktion
- => beschleunigt die Hirnreifung des Feten auf Kosten von Zellteilung und Wachstum
- vorwiegend Areale zur Entwicklung von Sprache, Lesen, räumlichen Fähigkeiten, Eigeninitiative
- Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und motorische Störungen
- Kleine Einkommensunterschiede bewirken relativ große Veränderungen im Wachstum der Großhirn-Oberfläche
- Junge und Mütter aus prekären Verhältnissen erleiden häufiger Frühgeburten und entbinden kleinere Frühgeborene



Grundprinzip vegetativer Fehlprägung der Hippocampus-Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse durch perinatalen Disstress. ACTH Adrenokortikotropin, AVP Arginin-Vasopressin, CRH Kortikotropin-Releasing-Hormon, GR Glukokortikoidrezeptor, Monatsschrift Kinderheilkunde 2 · 2016

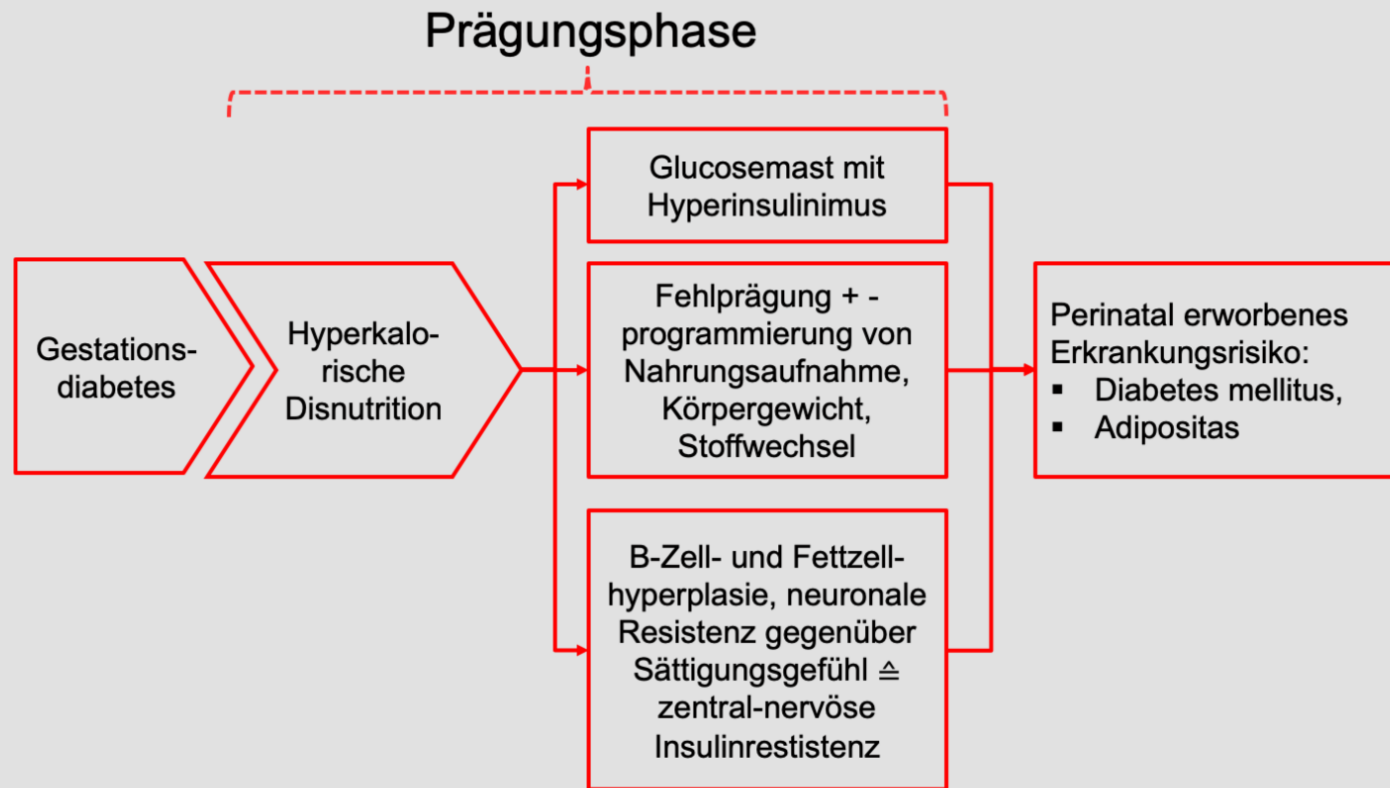
Vegetative Fehlprägung durch peripartalen Stress

- Pränataler Stress
- => lebenslang erhöhte Stresshormon-Produktion
- => beschleunigt die Hirnreifung des Feten auf Kosten von Zellteilung und Wachstum
- vorwiegend Areale zur Entwicklung von Sprache, Lesen, räumlichen Fähigkeiten, Eigeninitiative
- Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und motorische Störungen
- Kleine Einkommensunterschiede bewirken relativ große Veränderungen im Wachstum der Großhirn-Oberfläche
- Junge und Mütter aus prekären Verhältnissen erleiden häufiger Frühgeburten und entbinden kleinere Frühgeborene

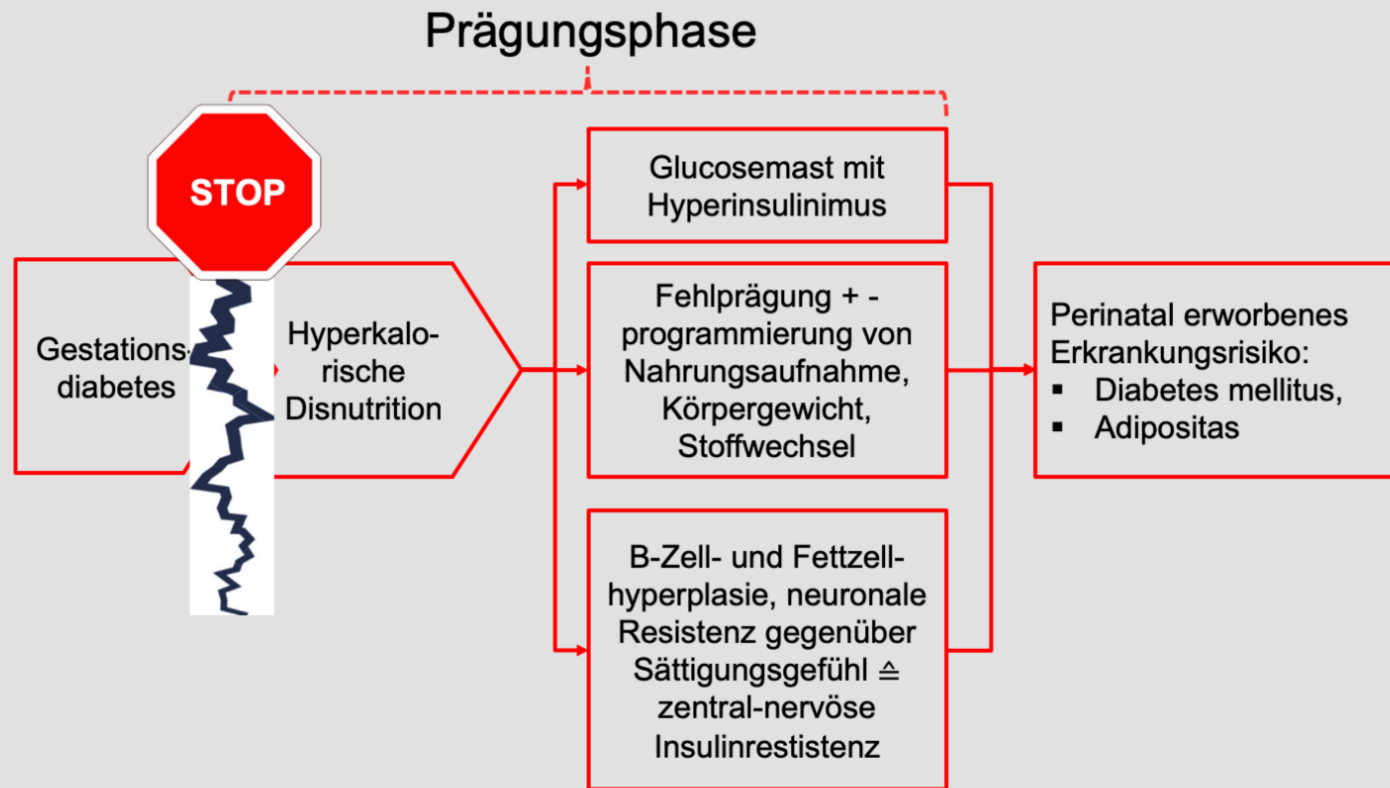


Grundprinzip vegetativer Fehlprägung der Hippocampus-Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse durch perinatalen Disstress. ACTH Adrenokortikotropin, AVP Arginin-Vasopressin, CRH Kortikotropin-Releasing-Hormon, GR Glukokortikoidrezeptor, Monatsschrift Kinderheilkunde 2 · 2016

Vegetative Fehlprägung – das metabolische Syndrom

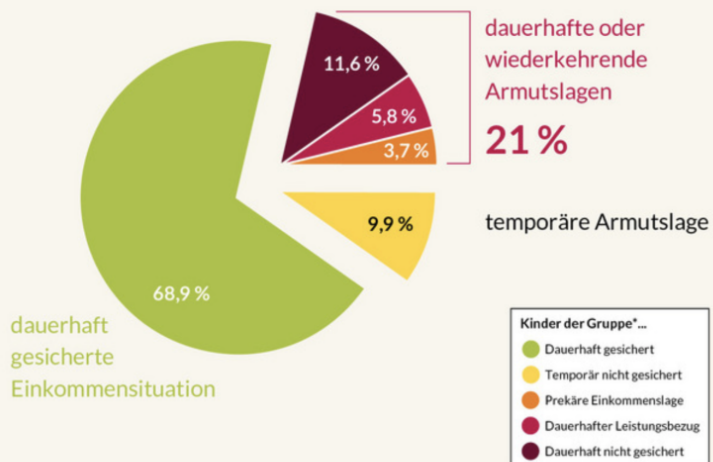


Vegetative Fehlprägung – das metabolische Syndrom



Kinder in Armutslagen

21 Prozent aller Kinder in Deutschland leben dauerhaft oder wiederkehrend in Armutslagen



* Eine Gruppe („Einkommenscluster“) fasst Kinder aus Familien mit jeweils ähnlichen Einkommensverläufen im Beobachtungszeitraum (5 Jahre) zusammen.

Quelle: Bertelsmann Stiftung 2017. Berechnung von S. Tophoven, T. Lietzmann, S. Reiter, C. Wenzig, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung auf Grundlage der PASS-Daten.

| BertelsmannStiftung

<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/oktober/kinderarmut-ist-in-deutschland-oft-ein-dauerzustand/>

Ergänzende Faktoren



- Bedarfe rund um Schwangerschaft und Geburt
- Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen
- Präventionsdilemma
- Sozialgesetzgebung

„Geeignete Zugangswege zu schaffen stellt eine der größten Herausforderungen für die Forschung als auch für die Praxis in der Prävention und Gesundheitsförderung dar.“

(Walter & Jahn, 2015: „Zielgruppen erreichen – Zugangswege gestalten“)

Versorgungslage



Entwicklung in
Gesundheits-
einrichtungen



Präventions-
dilemma



Sozialgesetz-
gebung



Versorgungslage

Vor / in der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 98%)
- Geburtsklinik (> 98%)
- Hebamme (?)

Bedarf

Nach der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 95%)
- Hebamme (?)
- Kinderarzt (> 98%)

Versorgungslage



Vor / in der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 98%)
- Geburtsklinik (> 98%)
- Hebamme (?)
- Schwangerschaftsberatung

Interesse

Bedarf

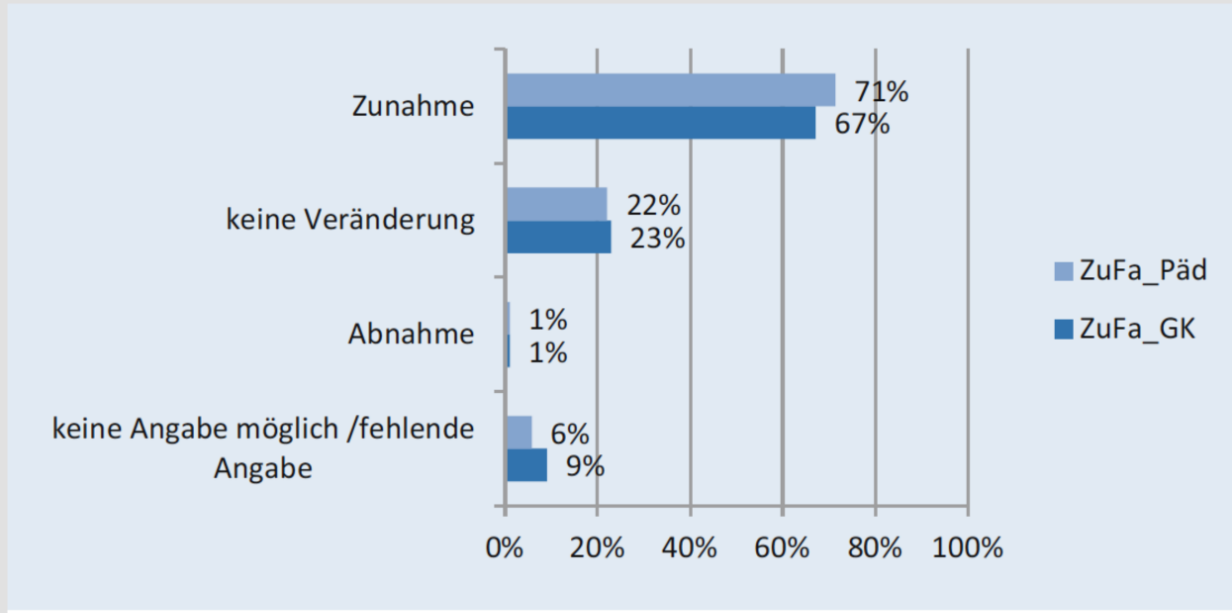
Notwendigkeit

Nach der Schwangerschaft:

- Frauenarzt (> 95%)
- Hebamme (?)
- Kinderarzt (> 98%)
- Frühe Hilfen
- Bundesagentur Arbeit
- Bundestiftung Mutter & Kind
- Sozialhilfe
- Grundsicherung
- Hilfen zur Erziehung
- Beratung zu Wohnungslosigkeit
- Ausländerberatung
-

Ca. 20%

Beobachtung: deutliche Zunahme von psychosozial belasteter Familien in pädiatrische Praxen und Geburtskliniken



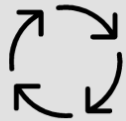
Subjektiv eingeschätzte Veränderung des Anteils psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren in der pädiatrischen Praxis

Renner, I., Scharmanski, S., Staa, J. v., Neumann, A., & Paul, M. (2018). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 1-11.

Präventionsdilemma



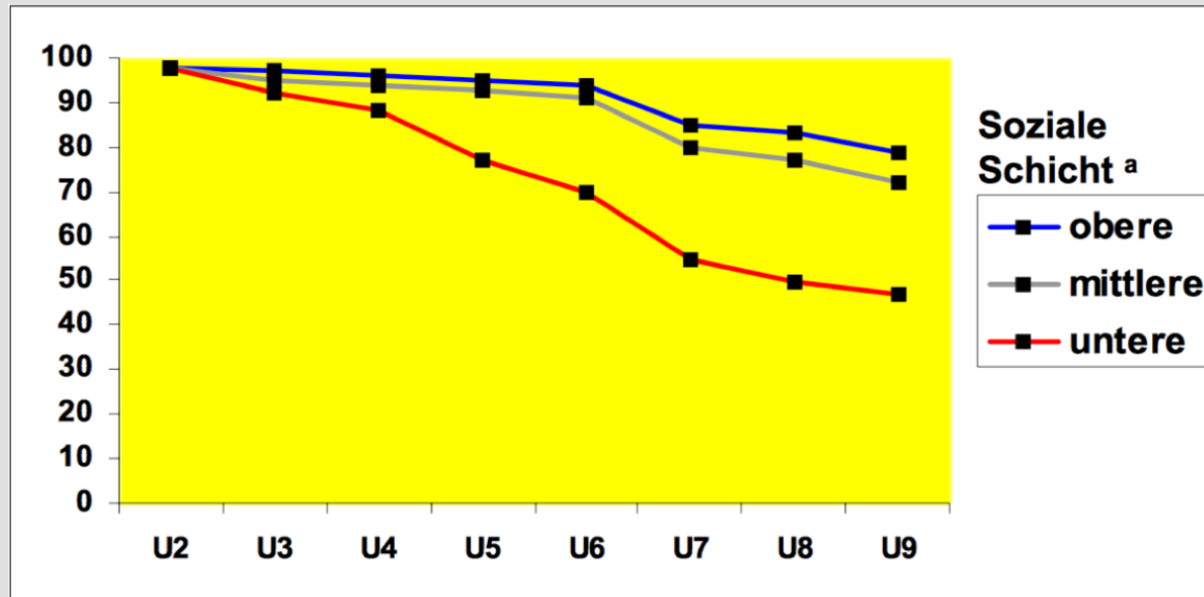
1. Menschen nehmen ihren Unterstützungsbedarf nicht wahr.
2. Menschen wissen nicht, dass ihr Unterstützungsbedarf zu befriedigen ist.
3. Menschen wissen nicht, wo und wie ihr Unterstützungsbedarf zu befriedigen ist.
4. Es stehen nicht ausreichend Ressourcen zur Unterstützung zur Verfügung.
5. Die Qualität der Unterstützung ist unzureichend.



Eltern, die am meisten von Unterstützungsmaßnahmen profitieren könnten, nehmen entsprechende Angebote weniger in Anspruch.

Neumann, A., Renner, I.; Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Bundesgesundheitsbl
DOI 10.1007/s00103-016-2424-6

Präventionsdilemma



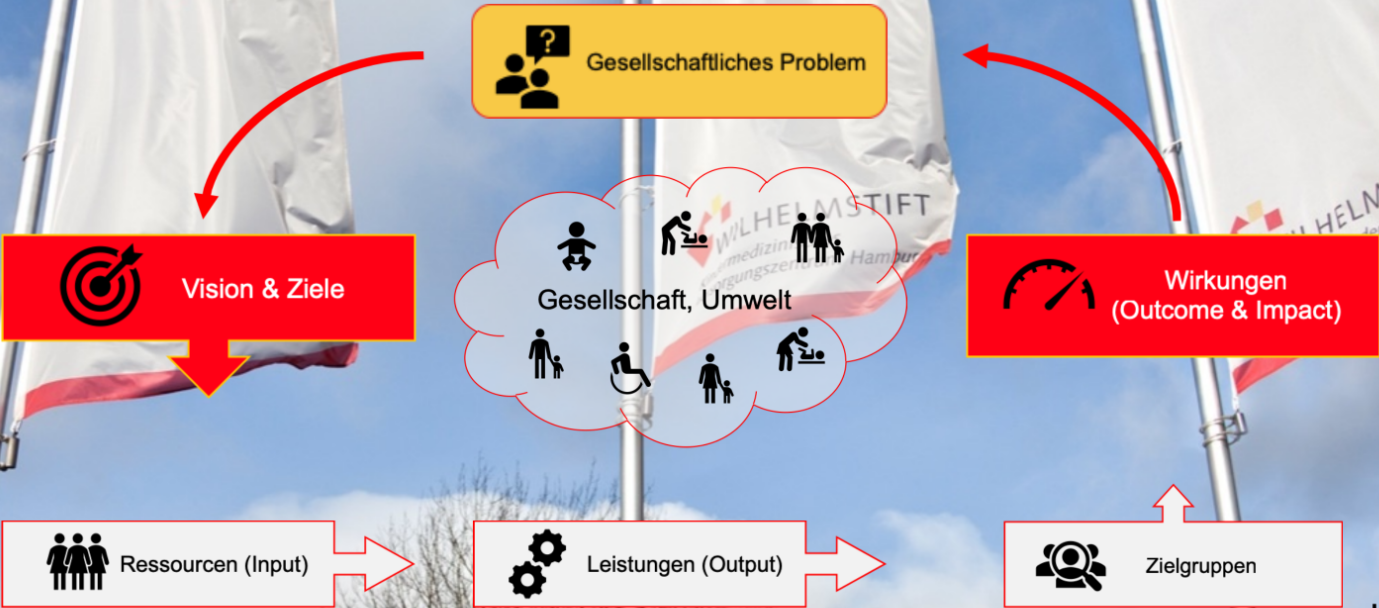
a: Index aus Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern
Schulanfänger in Berlin 1999 (n=20.807)

Quelle: Delekat/Kis 2001 (Gesundheitsbericht Berlin, S. 72)

Sozialgesetzgebung

Sozialgesetzbuch SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Kommentar 12 Sozialgesetzbücher HAUCK / NOETZ	Sozialgesetzbuch SGB II Grundsicherung für Arbeitsuchende Kommentar 12 weitere Sozialgesetze HAUCK / NOETZ	Sozialgesetzbuch SGB III Arbeitsförderung Kommentar 29 Anhänge HAUCK / NOETZ
Sozialgesetzbuch SGB VII Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Kommentar 3.716 Paragrafen	Sozialgesetzbuch SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Seiten Gesamtausgabe 1.952	Sozialgesetzbuch SGB V Krankenversicherung BSG-Entscheidungen (2017) 430

Lotsendienste im Gesundheitssystem: Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit





Vision & Ziele



Stiftung SeeYou

Jedes Kind in Deutschland sollte unabhängig vom Wohnort, der Arztpraxis oder der Geburtsklinik gleich gute Chancen auf eine gesunde Entwicklung bereitet werden können.

Offene
Fragen





Vision & Ziele

Stiftung SeeYou

Jedes Kind in Deutschland sollte unabhängig vom Wohnort, der Arztpraxis oder der Geburtsklinik gleich gute Chancen auf eine gesunde Entwicklung bereitet werden können.

Offene
Fragen



„You can try and fail but you should not fail to try!“

Offene Fragen

- Welche Ursache spielen mütterliche Kindheitstraumata (intergenerationale Transmission, reduzieren offensichtlich kindliches Gesamthirnvolumen)
- Wann findet eine Transmission statt?
- Welches sind effektive Interventionen?
- Wie können vulnerable Frauen frühzeitig erkannt werden, um frühzeitige Interventionen zu ermöglichen?



Offene Fragen

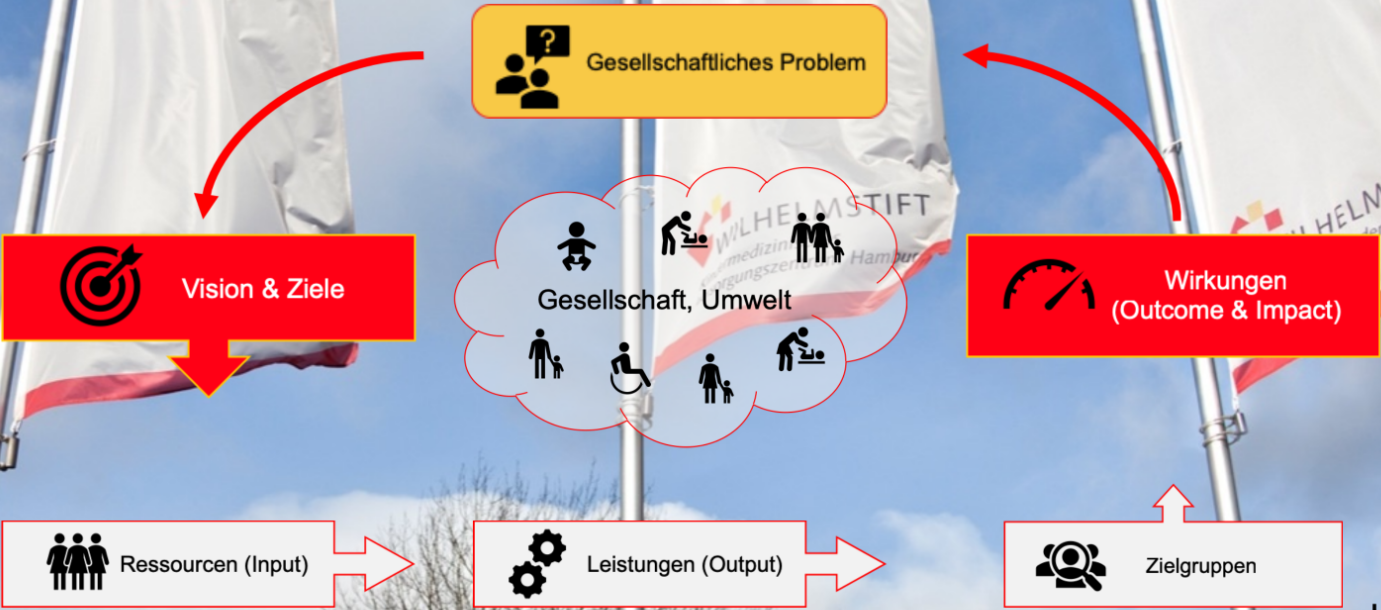
- Welche Ursache spielen mütterliche Kindheitstraumata (intergenerationale Transmission) reduzieren offensichtlich kindliches

Don't blame the mother

- Wie können vulnerable Frauen frühzeitig erkannt werden, um frühzeitige Interventionen zu ermöglichen?



Lotsendienste im Gesundheitssystem: Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit



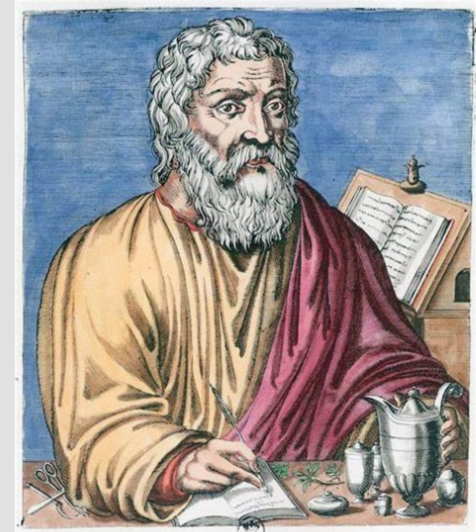
Schweigepflicht - Rederecht



Schweigepflicht

Eid des Hippokrates (um 370 v. Chr.):

- „Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.“
- Im antiken Rom hängte man bei Zusammenkünften eine Rose an die Decke und erinnerte damit die Anwesenden an die Pflicht zur Verschwiegenheit. Die in heutigen Beichtstühlen geschnitzte Rose dient dem gleichen Zweck.:
„sub rosa dictum“ – unter der Rose gesagt, das muss geheim bleiben.



Schweigepflicht

Strafgesetzbuch:

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnisse

- (1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
- Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, Psychologen, Anwälte, Ehe- und Suchtberater, Schwangerschaftsberatung, Sozialarbeiter, Versicherungsmitarbeiter [.....]
- anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.



Redepflicht

Strafgesetzbuch:

§ 138 Nichtanzeige geplanter Straftaten

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung [.....] eines Mordes [.....] oder Totschlags [.....], einer Straftat gegen die persönliche Freiheit [.....] zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.



Kinderschutz

Grundgesetz Artikel 6:

(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.



Kinderschutz



Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG):

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden 1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen, [.....] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Datenschutz

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

§ 43 Bußgeldvorschriften.

- Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 30 Absatz 1 ein Auskunftsverlangen nicht richtig behandelt oder
- entgegen § 30 Absatz 2 Satz 1 einen Verbraucher nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig unterrichtet.
- Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro geahndet werden.
- Gegen Behörden und sonstige öffentliche Stellen im Sinne des § 2 Absatz 1 werden keine Geldbußen verhängt.





Glossar

Absorption

Absorption in der Psychologie: Aufgehen in einer beanspruchenden Tätigkeit, wie bei einem Flow (englisch „Fließen, Rinnen, Strömen“), dieser bezeichnet das als beglückend erlebte Gefühl eines mentalen Zustandes völliger Vertiefung (Konzentration) und restlosen Aufgehens in einer Tätigkeit („Absorption“), die wie von selbst vor sich geht – auf Deutsch in etwa Schaffens- bzw. Tätigkeitsrausch oder auch Funktionslust. Dies wird auch für rein geistige Aktivitäten in Anspruch genommen. Flow kann bei der Steuerung eines komplexen, schnell ablaufenden Geschehens im Bereich zwischen Überforderung (Angst) und Unterforderung (Langeweile) entstehen. Der Flow-Zugang und das Flow-Erleben sind individuell unterschiedlich. Auf der Basis qualitativer Interviews beschrieb Csíkszentmihályi verschiedene Merkmale des Flow-Erlebens. Flow-Zustände können bei entsprechenden Bedingungen in hypnotische oder ekstatische Trance übergehen. Manche Wissenschaftler verstehen den Flow selbst bereits als Trance.

Ammensprache

Als Ammensprache ("baby talk") oder Babysprache wird in der Entwicklungspsychologie und der Sprachentwicklungsforschung jene spezielle Form der Sprache bezeichnet, die Eltern und auch andere Bezugspersonen in der Kommunikation mit einem Säugling wählen. Babys gegenüber werden in ähnlichen Situationen ähnliche Sprachmelodiemuster benutzt, die in der Kommunikation Erwachsener untereinander selten vorkommen. Eine wesentliche biologische Funktion der Ammensprache besteht darin, eine sprachliche Kommunikation zwischen Säuglingen und Erwachsenen zu ermöglichen, bevor die Kinder die Sprache verstehen können. Diese Kommunikation hat für die Kinder Schutzfunktion und erleichtert ihnen wesentliche Lernprozesse. Erwachsene sind übrigens unabhängig von ihrem Alter oder Geschlecht sowohl in der Lage, in Ammensprache zu sprechen als auch deren Muster zu verstehen. Die Ammensprache passt sich in der Regel den Anforderungen des Kindes an und stellt ein vereinfachtes und besonderes Sprachregister dar, das vermutlich universeller Natur ist. Das Register dieser Sprache wird dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst und entsprechend dem Entwicklungsfortschritt verändert. Am wichtigsten scheinen jene Anpassungen zu sein, die es dem Kind ermöglichen, aktiv an der Konversation teilzunehmen.

Aufwachsen in deprivierten Quartieren

Aufwachsen in benachteiligten Wohngebieten

Delinquenz

Delinquenz (lateinisch delinquere „sich vergehen“) ist die Neigung, vornehmlich rechtliche Grenzen zu überschreiten, das heißt, straffällig zu werden. Es ist zu unterscheiden zwischen persistenter Delinquenz mit Beginn im Kindesalter und meist vorübergehender Jugenddelinquenz. Gelegentlich erfolgt eine Unterscheidung zwischen „Delinquenz“ (alle Altersgruppen, auch Kinder) und „straffällig werden“ (ab 14, da damit das Alter beginnt, ab dem Menschen in Deutschland und Österreich strafmündig werden können im Sinn einer Verfolgung durch Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte). Delinquenz als juristisches Phänomen sollte abgegrenzt werden von dem in der soziologischen und psychologischen Literatur über Delinquenz und Kriminalität ebenfalls häufig auftauchenden Begriff Devianz.

Letzterer bezeichnet „abweichendes Verhalten“ im Allgemeinen, also auch Phänomene wie Anorexie oder Bulimie.

Dissozialität

Bezeichnung für das Verhalten einer Person, die nicht die Fähigkeit besitzt, sich in die bestehende Gesellschaft einzuordnen. Als dissoziales Verhalten wird eine größere Anzahl unterschiedlicher Problemverhaltensweisen bezeichnet, deren gemeinsames Kennzeichen die Verletzung von altersgemäßen sozialen Erwartungen, Regeln und informellen wie formellen Normen ist

- Gefühlskälte und mangelnde Empathie gegenüber anderen
- Missachtung sozialer Normen
- Beziehungsschwäche und Bindungsstörung
- Geringe Frustrationstoleranz und impulsiv-aggressives Verhalten
- Mangelndes Schulderleben und Unfähigkeit zu sozialem Lernen
- Vordergründige Erklärung für das eigene Verhalten und unberechtigte Beschuldigung anderer
- Anhaltende Reizbarkeit.

Erziehungsstile

Autoritärer Eltern fordern vom Kind primär Gehorsam; Bestrafungen sind das bevorzugte Erziehungsmittel; die Autonomie des Kindes kann beschränkt sein; verbaler Austausch durch Diskussionen ist selten; ein besorgtes und behütendes Verhalten ist ebenso möglich wie ein vernachlässigendes

Autoritativer Einen goldenen Mittelweg in der Erziehung zu finden, ist mit Sicherheit schwer. Der autoritative Erziehungsstil jedoch vermag es, die besten Elemente von autoritärer und permissiver Erziehung zu verbinden und damit einen der erfolgreichsten Stile in der Kindererziehung zu prägen.

Viel Liebe und Unterstützung geben, dabei klare Grenzen und Regeln für Kinder aufstellen und diese auch konsequent durchsetzen - dies ist das Fundament der erfolgreichen autoritativen Erziehung.

Permissiver Eltern akzeptieren das Verhalten des Kindes und schränken seine Handlungsspielräume und seine Autonomie nicht ein; sie sehen sich nicht als aktiv Handelnde, die für eine erzieherische Steuerung der Verhaltensentwicklung des Kindes verantwortlich sind; ein liebevolles und behütendes Verhalten ist ebenso möglich wie ein vernachlässigendes

Exposition

in der Medizin: Gesamtheit von Umwelteinflüssen, denen jemand ausgesetzt ist und die Krankheiten verursachen können

Interaktives Temperament

Gefühlslage, mit dem jemand mit anderen Personen in Kontakt tritt

Neurobiologische Reifung

Bereits vor der Geburt entsteht ein kompliziertes Netzwerk miteinander verschalteter Nervenzellen. Es ermöglicht dem Menschen wahrzunehmen, sich zu bewegen, zu denken, zu lernen, sich zu erinnern und zu fühlen. Für die individuelle Ausgestaltung dieses Netzwerkes ist die Struktur der Verknüpfungen zwischen den Nervenzellen ebenso von Bedeutung wie die Funktionsweise neuroaktiver Substanzen, die während der Gehirnentwicklung auf mehreren Ebenen miteinander in Wechselwirkung treten und dadurch neurobiologisch-psychische Grundsysteme

hervorbringen. Die individuelle Funktionsweise dieser Systeme reflektiert die Persönlichkeit des Menschen. Sie wird, neben genetischen Veranlagungen, wesentlich von den Erfahrungen in der frühen Kindheit beeinflusst. Etwaige Interventionen sollten deshalb möglichst früh erfolgen, beispielsweise in Form einer Eltern-Säuglings-Beratung.

Normale a) kognitive und b) sozial-emotionale Entwicklung

a) normale Entwicklung der Fähigkeiten des Gehirns in Bezug auf Lernen, Erkennen und Sich Erinnern; unter kognitiver Entwicklung versteht man also zusammenfassend die Entwicklung der Funktionen, die dem Erkennen und Erfassen der Gegenstände und Personen der Umgebung und der eigenen Person gelten. Zu diesen Funktionen gehören Intelligenz bzw. Denken, Wahrnehmung, Problemlösen, Gedächtnis, Sprache etc. - Der Begriff "kognitive Entwicklung" ist in der Psychologie weit verbreitet und wird meist gleichlautend mit den Begriffen "geistige Entwicklung", "intellektuelle Entwicklung" oder "Intelligenzentwicklung" verwendet. - Erkennen ist ein weiter Begriff für Wahrnehmung und Denken, Verhaltensweisen also, die entweder zum Erwerb von Kenntnis führt oder zu Verhaltensweisen, die für den Gebrauch von Kenntnis nötig ist. Eine zentrale Rolle in der kognitiven Entwicklung nimmt die Entwicklung der Intelligenz ein, wobei Wahrnehmung, Gedächtnisleistungen und Sprachbeherrschung als "kognitive Stützfunktionen" die Voraussetzungen von Denken und Intelligenzleistungen bilden.

b) Teilbereich der Entwicklung, der sich auf die Veränderungen emotionalen Erlebens und Verhaltens bezieht und im sozialen Kontext beobachtet werden kann.

Parentifizierung

Parentifizierung oder Parentifikation ist ein Begriff aus der Familientherapie, der eine Umkehr der sozialen Rollen zwischen Elternteilen und ihrem Kind bezeichnet. Eine Parentifizierung findet statt, wenn sich das (auch später erwachsene) Kind aufgefordert und/oder verpflichtet fühlt, seinerseits die nicht-kindgerechte, letztlich überfordernde „Eltern-Funktion“ gegenüber einem (oder beiden) Elternteil(en) weniger in der äußeren Realität, als vielmehr innerlich (auch später noch), wahrzunehmen. - Eine Parentifizierung bedeutet im Rahmen familientheoretischer Überlegungen eine Störung der familiären Hierarchie und der Generationsgrenzen. Die Auswirkungen einer derart dysfunktionalen Familienstruktur auf die weitere Entwicklung des parentifizierten Individuums werden überwiegend als schädigend beurteilt.

Die Erstbeschreibung der Psychodynamik einer Parentifizierung geht auf den ungarischen Psychotherapeuten Iván Böszörményi-Nagy (1965) zurück und gilt heute in der Psychiatrie, in der Psychoanalyse und in der systemischen Familientherapie als etabliert.

Vulnerabilität

Gegenteil von Resilienz; vulnerable Personen werden besonders leicht emotional verwundet und entwickeln eher psychische Störungen. Das vulnerable Kind oder Kind mit schwierigem Temperament zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus:

- Tendenz: aktiv, impulsiv, aggressiv und leicht zu ärgern
- Tendenz: von Routine gelangweilt und äußere Reize suchend;
- mangelnde Angst vor Konsequenzen der eigenen Handlungen;
- wenig Einfühlungsvermögen in die Gefühle anderer Menschen;
- unterdurchschnittlicher IQ.

Jeder Mensch durchläuft in seinem Leben mehrere vulnerable Phasen, wie zum Beispiel die Pubertät, in denen eine erhöhte Gefahr besteht, eine psychische Störung zu entwickeln.

Wichtige, hier genannte Personen und Forscherinnen:

Ainsworth, Mary

Mary Dinsmore Salter - Ainsworth (* 1. Dezember 1913 in Glendale, Ohio; † 21. März 1999 in Charlottesville, Virginia) war eine US-amerikanisch-kanadische Entwicklungspsychologin und mit John Bowlby und James Robertson Hauptvertreterin der Bindungstheorie. Sie wurde als älteste von drei Schwestern in eine Akademikerfamilie geboren; beide Eltern waren promoviert und legten großen Wert auf eine umfangreiche geisteswissenschaftliche Bildung. Das Buch "Character and the Conduct of Life" von William McDougall weckte in der 15-Jährigen den Wunsch, Psychologin zu werden. Sie nahm ihr Psychologiestudium 1929 an der University of Toronto auf, erhielt 1936 den M.A. und wurde 1939 promoviert. 1945–1946 arbeitete sie als Superintendent of Women's Rehabilitation im Department of Veteran Affairs in Ottawa und 1945–1950 als Assistenzprofessorin und Research Fellow am Institute of Child Study an der University of Toronto.

1950 heiratete sie Leonard Ainsworth und begleitete ihn nach London, damit er sein Studium am University College beenden konnte. Sie trat im gleichen Jahr eine Stelle als Senior Research Psychologist in der von John Bowlby geleiteten Forschungsgruppe an der Tavistock Klinik an, die den Einfluss der Trennung von Mutter und Kind auf die kindliche Entwicklung untersuchte. Ein Ergebnis dieser Untersuchung war, dass für eine vergleichende Analyse zuerst die gesunde Mutter-Kind-Beziehung erforscht werden musste. Als Leonhard Ainsworth eine Stelle beim East African Institute of Social Research in Uganda angeboten wurde, reiste Mary Ainsworth 1954 mit ihm und führte als Senior Research Fellow am Makerere College in Kampala ein Feldforschungsprojekt über die vorbildlichen Mutter-Kind-Beziehungen beim Volk der Ganda durch, das sie in ihrem Buch *Infancy in Uganda* beschrieb. 1956 zog das Ehepaar Ainsworth nach Baltimore, wo Mary an der Johns-Hopkins-Universität Psychologie als Dozentin, ab 1958 als Assistenzprofessorin und von 1963 bis 1975 als ordentliche Professorin lehrte. Von 1957 bis 1984 lehrte sie Psychologie am Center for Advanced Studies der University of Virginia, ab 1975 als Professorin, ab 1976 als Commonwealth Professorin und ab 1984 als emeritierte Professorin. - Nach der Scheidung von Leonhard 1962 führte sie ihre Studien über die Mutter-Kind-Bindung fort und untersuchte die Interaktion von Müttern und Kindern unter natürlichen Bedingungen. In diesem Zusammenhang besuchte sie regelmäßig Familien, um das Verhalten von Müttern und Kindern zu beobachten. Mary Ainsworth starb im Alter von 85 Jahren.

Erickson, Martha Farrell

Entwicklungspsychologin und außerordentliche Professorin am Institute of Child Development der University of Minnesota in Minneapolis, USA; leitet dort die beziehungsbasierten Interventionsprogramme im Center for Early Education and Development. Erickson ist die Erfinderin von STEEP™ (Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting), eines präventiven Interventionsprogramms für Risiko-Eltern, das auch in Deutschland angewandt wird. Neben einer Vielzahl von Fachpublikationen schreibt Erickson auch die wöchentliche Eltern-Kolumne »Growing Concerns«, die in amerikanischen Zeitungen und Magazinen erscheint.

Papoušek, Mechthild

Sie wurde am 1. Oktober 1940 in Jena geboren und ist eine deutsche Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, außerdem Entwicklungspsychologin und Eltern-Säuglings-Therapeutin. Sie leitet das Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und die Forschungs- und Beratungsstelle Frühentwicklung und Kommunikation. - Sie wuchs in Bethel auf. Ihr Vater arbeitete in den v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel als Psychiater und aus ihrer Kindheit war ihr der Umgang mit psychisch chronisch kranken Menschen in ihrer Nachbarschaft vertraut.

Nach ihrer Facharztausbildung als Psychiaterin war sie zunächst zehn Jahre lang ärztlich-therapeutisch in der Psychiatrie tätig. Später spezialisierte sie sich auf Säuglings- und Kleinkindforschung. Mit ihrem Ehemann, dem Kinderarzt Hanus Papoušek, erforschte sie die frühe Eltern-Kind-Beziehung, insbesondere die Kommunikation in der ersten Lebensphase, die frühkindlichen Regulationsstörungen und das exzessive Schreien im Säuglingsalter]. Ihre Arbeit befasste sich unter anderem mit intuitiver Elternschaft und mit den Erfordernissen einer Elternbildung, welche intuitive elterliche Kompetenzen stärkt. Von Theodor Hellbrügge wurde sie an das Kinderzentrum München berufen. Dort gründete sie 1991 die Schreiambulanz in der Bundesrepublik am Kinderzentrum München, die Münchner Sprechstunde für Schreibabys.

Verwendete Quellen und Materialien

- Entwicklungsmodell von Als und Brazelton (vgl. Brazelton, 1984)
- Cierpka - Frühe Kindheit 0 – 3 Jahre - Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern
- Martha Farrell Erickson/Byron Egeland - Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung
- Ein Film von Rüdiger Kießgen – Bindungstheorie und Bindungsforschung Teil 2: Anwendung
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Stiftung Pro Kind Nest-Materialien
- Ziegenhain, U., et. Al.: Die Chance der ersten Monate, feinfühlig Eltern – gesunde Kinder, 2008, Universität Ulm

Weiterführende Literatur und Quellen

Brazelton, T.B. (1984). Neonatal Behavioral Assessment Scale. Philadelphia: Lipincott.

Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1994). Die frühe Bindung: Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett Cotta.

Pauen, S. & Rauh, H. (2007). Frühe Kindheit. In Hasselhorn, M. & Silbereisen, R. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie (Band 4). Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kleinkindalters. Göttingen: Hogrefe.

Ziegenhain, U., Gebauer, S., Ziesel, B., Kunster, A. & Fegert, J.M. (2010). Lernprogramm Baby-Lesen. Stuttgart: Hippokrates

De Wolff, M.S. & van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.

Papousek, M. (2001). Intuitive Elterliche Kompetenzen. Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -psychotherapie. *Fruhe Kindheit. Zeitschrift der deutschen Liga für das Kind*, 1, 4–10.

Papousek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen in der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen*, 77–110. Bern: Huber.

Rauh, H. (2002). Frühe Kindheit. In R. Oerter & Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*, 167–248. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.

Suess, G.J., Grossmann, K.E. & Sroufe, L.A. (1992). Effects of Infant Attachment to Mother and Father on Quality of Adaptation in Preschool: From Dyadic to Individual Organisation of Self. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 43–65.

Thompson, R.A. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon (Serien-Hrsg.) & N. Eisenberg (Band-Hrsg.), *Handbook of child psychology: Vol.3. Social, emotional and personality development*, 25–104. New York: Wiley.

Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B. & Carlson, E.A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*, 66–88. New York: Guilford.

Werner, E. (1990): Protective factors and individual resilience. In S. J. Meisels, J.P. Shonkoff (Hrsg.), *Handbook of early childhood intervention*, 97–116. Cambridge: Cambridge University Press.

Winnicott, D. (1949). *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby*. Nine Broadcast Talks. London: Private Distribution Only.

Internet

E-Learning-Curriculum: www.fruehehilfen-bw.de

SeeYou Stark für Familien

Belastungen und Chancen für eine gute Kindesentwicklung

Christel Springer

1

Beobachtbares intuitives elterliches Verhalten

- Mimik
- Gestik
- Stimme
- Sprache
- Tempo

2

Mimik

- Augenbrauengruß
- Bemühungen um Blickkontakt
- Übertrieben wirkender Ausdruck von Freude, Überraschung, Erstaunen
- Rhythmische Wiederholungen des mimischen Ausdrucks

3

Gestik

- Regulation von Nähe und Abstand
- Zeigegesten, um die Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu lenken

4

Stimme

- Höhere Stimmlage
- Melodische Stimmführung
- Anregende Stimmführung, um Aufmerksamkeit zu erlangen
- Abfallende Stimmführung, um beruhigend zu wirken
- Variation der Lautstärke

5

Sprache

- Verwendung von Baby- oder Ammensprache
- Nachahmung der kindlichen Vokalisation
- Verwendung von rhythmischen Silben, kurzen Sätzen, häufigen Wiederholungen, Verkleinerungen

6

Tempo

- Langsames Sprech- und Handlungstempo

7

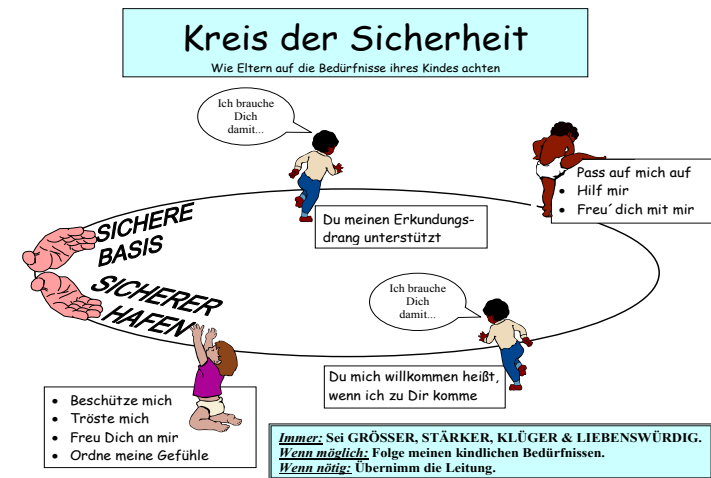
Welche Funktionen erfüllen die intuitiven Fähigkeiten der Eltern?

- Unterstützung der Selbstregulation des Säuglings
- Förderung von Selbstwirksamkeit, befriedigende Kommunikationserfahrungen
- Förderung der Sprachentwicklung
- Aufbau einer sicheren Bindung
- Welt wird vorhersagbar

8

Mary Ainsworths Konzept der elterlichen Feinfühligkeit

- Signal wahrnehmen
- Signal richtig deuten
- prompt und
- angemessen reagieren



9

10

Bindung

- Bindungsprozess dient dem Schutz und der Sicherheit des Kindes.
- Bindungssystem wird bei Belastung aktiviert
- Bindungsaufbau braucht Zeit
- Bindung ist ein emotional getragenes Band, welches durch gemeinsame Erfahrungen entsteht
- unterschiedliche Bindungsmuster hängen mit unterschiedlichen Fürsorgeerfahrungen zusammen

11

Risiko- und Schutzfaktoren

sind Einflussfaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer Person, gesund zu bleiben oder zu werden,

- verringern (Risiko)

oder

- die negativen Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern (Ressourcen)

12

Faktoren des Kindes, die das „Senden und Rückkoppeln“ von Signalen erschweren

- Entwicklungsverzögerungen, Behinderungen, genetische Andersartigkeit
- negatives Feedback

13

Mögliche Reaktionen des Kindes

- Häufig quengelig
- Schwer zu beruhigen
- Oft unfähig zu Exploration und Spiel
- Übertriebene Wachsamkeit
- Starke Ängstlichkeit
- Zieht sich zurück
- Zeigt wenig Freude
- Still- und Fütterprobleme

15

Faktoren der Eltern, die das „Lesen“ der kindlichen Signale erschweren

- Stress, Überforderung, ohnmächtige Abwehr
- Depression, psychotische Störungen
- Tief greifende Ängste um Überleben des Kindes
- Unbewältigte Auseinandersetzung mit einer Behinderung
- Unbewältigter Trauerprozess; Traumatisierung
- Ungelöste Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte

14

Schwangerschaft und Geburt

- Psychosoziale Belastungen
- Negative Einstellung zum ungeborenen Kind
- Problematisches Gesundheitsverhalten
- Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen
- Neugeborenes war/ist unmittelbar nach der Geburt gesundheitlich gefährdet
- Mutter zeigt(e) postpartal psychische Erkrankung

16

Soziale Risikofaktoren

- Armut im Sinne fehlender finanzieller Ressourcen
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Große Familie, sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“
- Häufige Umzüge, Kitawechsel, Erfahrung von Fremdunterbringung
- Aufwachsen in benachteiligten Wohngebieten

17

Familiäre Risikofaktoren

- Erfahrung sozialer Benachteiligung
- Barrieren im Zugang zu Hilfesystemen
- Elterliche Erkrankungen
- Erfahrung eigener Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit
- Dissozialität, Delinquenz oder Partnergewalt in der Biographie der Eltern
- Mangelndes Wissen und mangelnde Reflexion eigenen Handelns

18

Merkmale der Eltern

- zeigen kognitive Einschränkungen
- haben gesundheitliche Probleme
- sind in ihren sprachlichen und schriftsprachlichen Kompetenzen eingeschränkt
- haben psychische Erkrankungen
- zeigen aufgrund der eigenen Lebensgeschichte antisoziale Verhaltensweisen
- verfügen über mangelnde Bewältigungsstrategien unter Stress
- fühlen sich aktuell hoch belastet
- sind im Alltag nicht in der Lage, die eigenen Grundbedürfnisse sicherzustellen

19

Merkmale des Kindes

- Alter: besondere Vulnerabilität in den ersten 3 Lj
- körperliche Belastungen oder Auffälligkeiten, die mit erhöhten Fürsorgeanforderungen einhergehen
- regulatorische bzw. temperamentsbedingte Eigenschaften, die mit erhöhten Fürsorgeanforderungen einhergehen
- Schädigungen, Belastungen und/oder Auffälligkeiten bereits vorhanden

20

Erziehungs- und Beziehungskompetenzen

Qualität **bisherigen** elterlichen Verhaltens bei Geschwistern

- früher bereits Überforderungssituationen mit Geschwistern
- früher bereits Misshandlung und oder Vernachlässigung von Geschwistern

21

Erziehungs- und Beziehungskompetenzen

Qualität **gegenwärtigen** elterlichen Verhaltens

- schwierige Geschwisterkonstellation
- Grundbedürfnisse können nicht ausreichend sichergestellt werden
- negatives Interaktions- bzw. Fürsorgeverhalten
- versorgen und behandeln das Kind nicht altersangemessen
- wenden unangemessene Erziehungsmethoden an
- haben Schwierigkeiten, zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen des Kindes einen kindeswohlverträglichen Kompromiss zu finden

22

Erziehungs- und Beziehungskompetenzen: Wissen über Entwicklung und Erziehungseinstellungen

Eltern:

- haben unangemessene Erziehungsvorstellungen und/oder Erwartungen an das Kind
- verfügen über ein problematisches Konzept und/oder Gefühl bezüglich ihrer Elternschaft
- haben verzerrte Wahrnehmung

23

Lebensumstände

- **innerfamiliäre** Belastungen, die so schwerwiegend sind, dass sie die Fähigkeit zur guten Versorgung des Kindes bedrohen
- **außerfamiliäre** Belastungen, die so schwerwiegend sind, dass sie die Fähigkeit zur guten Versorgung des Kindes bedrohen
- **soziale** Belastungen, die so schwerwiegend sind, dass sie die Fähigkeit zur guten Versorgung des Kindes bedrohen.

24

Qualität der Zusammenarbeit

Eltern:

- erkennen den eigenen Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf nicht
- zeigen eine fehlende oder unzureichende Motivation, an der Verbesserung ihrer Situation zu arbeiten
- sind nicht bereit und/oder fähig zu kooperieren

25

Familiäre Schutzfaktoren

- Stabile elterliche Beziehung
- Erziehungskompetenzen der Eltern, insbesondere ein autoritativer Erziehungsstil
- Positives Familienklima

26

Ressourcen

- Die Mutter hat die Schwangerschaft positiv erlebt
- Das Kind zeigt regulatorische oder temperamentsbedingte Eigenschaften, die die Fürsorge erleichtern
- Es gab bereits Phasen gelingender Elternschaft mit Geschwistern

27

Ressourcen

- Die Eltern können die Grundbedürfnisse des Kindes im Alltag kontinuierlich sicherstellen
- Eltern zeigen ein positives Interaktions- bzw. Fürsorgeverhalten
- Eltern sind fähig, die Bedürfnisse des Kindes den eigenen Bedürfnissen voranzustellen

28

Wissen über Entwicklung und Erziehungseinstellungen

Eltern:

- positive und realistische Selbstwirksamkeitseinschätzung
- grundlegend positives Bild vom Kind
- angemessenes Gefühl der Selbstwirksamkeit
- Fähigkeiten, mit Stress klarzukommen
- trotz erhöhter Anforderungen nicht belastet
- können trotz widriger Lebensumstände die eigenen Grundbedürfnisse sicherstellen

29

Qualität der Zusammenarbeit

Eltern:

- sind fähig, ihre Probleme zu erkennen
- übernehmen die Verantwortung für vergangene und aktuelle Probleme
- haben den Wunsch, etwas an ihrer Situation oder ihrem Problem zu ändern
- sind zur Zusammenarbeit bereit und fähig

31

Lebensumstände

Familie:

- lebt in einem geordneten Lebensumfeld, in dem die Grundversorgung des Kindes sichergestellt ist
- verfügt über ein stabiles soziales Umfeld
- mindestens eine emotional stabile und zuverlässige Bezugsperson des Kindes im innerfamiliären Kontext
- verfügt über stabile innerfamiliäre Beziehungen

30

Individuelle Schutzfaktoren des Kindes

- Körperliche Gesundheit des Kindes
- Freundliches, interaktives Temperament
- Normale kognitive und sozial-emotionale Entwicklung
- Freude am Lernen

32

Betrachtung des Kindes

- Das Kind sendet nur wenige Signale aus
- Es wendet fast die ganze Zeit über den Kopf zur Seite
- Das Interesse an der Exploration ist eingeschränkt
- Kind geht nicht auf die Interaktion der Mutter ein
- Bindungsverhaltensweisen lassen sich kaum erkennen, weder
 - motorisch
 - mimisch
 - auf der Lautebene

Betrachtung der Mutter

- Die Mutter verhält sich sehr zurückhaltend
- Sie artikuliert sich kaum bzw. nur leise
- Sie lächelt ihr Kind fast anhaltend an

Symptome der Depression

- Hilflosigkeit
- Innere Leere
- Schuldgefühle
- Angst
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Negative Denkmuster
- Grübeln
- Pessimistische Einstellung
- Selbstvorwürfe

Betrachtung von Mutter und Kind

- Kind sendet Signale aus, lautsprachliche und mimische
- Explorationsverhaltenssystem ist aktiviert
- Signale werden von Mutter angemessen kommentiert und beantwortet
- Mutter sucht Blickkontakt
- Perspektivwechsel
- Gemeinsames Lachen

Entwicklungen im Wochenbett in Zusammenhang mit depressiven Verstimmungen

Von Julia Nolting

Hebamme, Familienhebamme, Entwicklungspsychologische Beraterin (EPB)

Gliederung

1. Einführung
2. Definition: Wochenbett
3. Definition: Depression
4. „Baby- Blues“
5. „post partum depression“ PPD
6. Postpartale Psychosen
7. Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)
8. Überleitungen
9. Literatur
10. Fragen?

Einführung

- Wer bin ich, wo arbeite ich?
- Welche Vorerfahrungen und welches Wissen bringe ich zu diesem Thema bereits mit?
- Was ist mir bekannt, was ist mir total unbekannt?
- Was sollte heute vermittelt werden, damit ich nach diesen 90 min zufrieden nach Hause gehen kann?

5 Minuten, Moderationskarten

Definition Wochenbett

Als **Wochenbett** (lat. *puerperium*) bezeichnet man die Zeitspanne vom Ende der Entbindung (Geburt) bis zur Rückbildung der schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen

- Dauer: 6-8-Wochen, 1.-10.p.p Frühe Wochenbett, ab 12. Tag p.p spätes Wochenbett

Definition Wochenbett

- Beginn und Aufrechterhaltung der Laktation
- physiologische Rückbildungsvorgänge und hormonelle Umstellung
- Mutter- Kind Bindung
- „Familie werden“, Identifikation mit der neuen Rolle

Definition Wochenbett

„Insgesamt haben Untersuchungen der letzten Jahrzehnte gezeigt, dass keine andere Zeit im Leben von Frauen ein vergleichbar hohes Risiko einer psychischen Erkrankung oder auch Hospitalisierung wegen einer Psychose oder anderen psychischen Störung aufweist wie die Postpartalzeit.“

(Dorsch & Rohde, 2016, S.355)

Definition Depression

„Depressionen sind psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf.“

(S3-Leitlinie: unipolare Depression, 2015)

- Depressionen zählen zu den häufigsten, aber meistunterschätzten Erkrankungen
- Das Risiko, im Laufe des Lebens an Depression (alle Formen) zu erkranken, liegt bei 16-20 %

Definition: „Baby Blues“ post partum

- „Babyblues“ „Heultage“, postpartale affektive Turbulenz
- Etwa 50–80% aller Frauen sind um den 3.–5.Tag p.p. betroffen
- Ursache: rascher Hormonabfall, nach Verlust der Plazenta (Progesteron, Östrogen)
- Beginn/Dauer: etwa 3.–5. postpartaler Tag, nur wenige Stunden bis Tage andauernden Veränderungen

Definition: „Baby Blues“ post partum

Symptome:

affektive Labilität

erhöhte Empfindlichkeit

rascher Wechsel zwischen Euphorie und Weinen

Beachte!

keine spezifische Therapie erforderlich!

empathische Gesprächsführung

Definition „post partum Depression“ PPD

- über mindestens 2 Wochen andauernd
- Prävalenz der postpartale Depressionen (PPD) 10 % -15 %
- Auftreten wenige Tage post partum (p.p) - bis 1 Jahr p.p, Symptome treten schleichend auf
- Postpartale Depressionen bei Vätern werden auf 5 % -10 % geschätzt

Symptome einer PPD

gesamtes Spektrum depressiver Symptome:

- gedrückte Stimmung
- Antriebsverminderung und Interessenverlust
- Verminderter Genuss- und Freudefähigkeit
- Angstsymptomen
- Grübeln mit Auftreten von Suizidgedanken
- Psychomotorische und kognitive Beeinträchtigungen sowie verschiedenartige körperliche Symptome (auch zu jeden anderen Lebenszeitpunkt denkbar)
- nicht selten Zwangssymptome und Panikattacken

Symptome einer PPD

Beachte!

Symptomen einer postpartalen psychischen Störung, insbesondere der PPD, ist kaum von physiologischen Anpassungsvorgängen zu unterscheiden!

- Allerdings kommen bei einer PPD thematisch Symptome mit Bezug zur Mutterschaft (z.B. Insuffizienz- und Schuldgefühle als Mutter) hinzu.
- Qualität als Mutter– keine „richtigen“ Muttergefühle gegenüber dem Neugeborenen empfinden oder das Baby nicht lieben zu können.
- bei Insuffizienz- und Schuldgefühle, muss die Suizidgefahr besonders genau überprüft werden.
- Zwangssymptome (z.B. das Kind Ertränken zu müssen) machen bei den Betroffenen große Ängste. Die Folge sind ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle. Deutliches Vermeidungsverhalten, z.B. das Kind nicht mehr zu baden.

Risikofaktoren für eine PPD

- Vorgeschichte mit affektiven Störungen oder depressiven Episoden oder rezidivierenden depressiven Störungen
- Bipolare Störung, Angststörungen oder prämenstruelles Syndrom
- Psychose in der Vorgeschichte oder postpartalen Depression nach einer vorherigen Schwangerschaft.
- ausgeprägter Babyblues nach der Entbindung, Depressionen in der Schwangerschaft
- Geringe oder fehlende soziale Unterstützung
- eine schlechte Partnerbeziehung
- belastende Lebensereignisse
- häusliche Gewalt
- Missbrauchserfahrung
- Migration
- Substanzmissbrauch
- Frühgeburt
- maternale chronische Erkrankung
- endokrine Faktoren
- Eine Persönlichkeit mit hohem Selbstanspruch
- Traumatische Geburten, eher post-traumatische Belastungsstörung

Folgen der PPD

gestörten Mutter-Kind-Interaktion, Vater Kind-Interaktion

durch:

- mangelndes Verständnis für die Bedürfnisse des Säuglings, fehlende oder mangelnde Feinfühligkeit
- Passivität
- reduziertes mimisches Ausdrucksverhalten
- Mangel an Empathie
- emotionaler Verfügbarkeit gegenüber dem Kind

Definition Postpartale Psychosen

- meist akute Psychosen mit „buntem“ klinischen Bild
- Häufigkeit von 1–2/1000 Geburten, eher seltenes Phänomen (Prävalenz: 0,1–0,2%)
- beginnen zu 75% innerhalb der ersten 2 Wochen nach der Entbindung.
- bei 50% treten erste Symptome bereits zwischen dem 1. und 3. Tag p.p. auf.
- Realitätsverlust
- meist stationäre psychiatrische Behandlung, nicht selten über Wochen - Monate unumgänglich.

Risikofaktoren:

vorbestehende bipolare Störung und eine positive Familienanamnese für affektive Störungen.

Folgen einer Psychose

Beachte! Bei einer Psychose hohe Gefährdung für das Kind! Mutter, wenn möglich, nicht alleine lassen!

Wahnsymptome:

- Capgras-Syndrom: Mutter ist überzeugt, ihr Kind sei ausgetauscht gegen einen Satan und tötet das Kind, weil sie glaubt, dadurch die Welt zu retten.
- akustische Halluzinationen, Stimmen mit Befehlscharakter , z.B. „Wirf das Kind aus dem Fenster, es ist das Kind böser Eltern.“
- erweiterter Suizid Mutter ist depressiv, hoffnungslos und suizidal; möchte ihr Kind nicht alleine auf der Welt zurücklassen, tötet es zuerst, dann sich selbst.
- Neonatizid: Tötung des Neugeborenen direkt nach der Geburt, i.d.R. nach verdrängter oder verleugneter Schwangerschaft; aktive Tötung (z.B. um das Kind am Schreien zu hindern) oder passive Tötung (durch unterlassene Versorgung, Unterkühlung etc.)

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)

- Zur Erfassung depressiver postpartaler Störungen ist die EPDS das häufigste Screening Instrument.
- Empfehlung der EPDS als Diagnoseinstrument durch die Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in der S3-Leitlinie: Unipolare Depression.

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)

- Entwickelt 1987 von Cox et al. zur spezifischen Messung einer postpartalen Depression
- Selbstbeurteilungsinstrument zur Früherkennung und Diagnosestellung einer PPD
- Er wird von den betroffenen Frauen / Männern in wenigen Minuten (< 5 min, Cox et al.,1987) selbst ausgefüllt
- 10 Items zum Gefühlszustand in **den letzten 7 Tagen** , jeweils 4 Unterfragen, 0-3 Punkte

Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.

[3] Ja, meistens.

[2] Ja, gelegentlich.

[1] Nein, nicht sehr häufig.

[0] Nein, gar nicht.

- Summenscore: Cut Off bei 12 Punkten (Cox et al., 1987), Deutsche Fassung: bei > 10 Punkten besteht der Verdacht einer PPD (Schwellenwert mit bester Sensitivität und Spezifität)

Überleitungen

Die PPD und die postpartale Psychosen!! benötigen immer die Abklärung durch die Fachgruppen!!!!

Unterstützung der Therapie durch:

- Verbesserung der sozialen Situation
- durch Verlängerung der Hebammenbetreuung in der Nachsorge
- Unterstützung durch eine Familienhebamme und dem Familienteam
- die Finanzierung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse
- die Einbindung von Angehörigen und des Partners (z.B. durch Elternzeit/Vätermonate)
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen (z.B. www.schatten-und-licht.de); Netzwerk anlegen!!

Literatur

- **Bergant, A. M.; Nguyen, T.; Heim, K.; Ulmer, H.; Dapunt, O. (1998):** Deutschsprachige Fassung und Validierung der “Edinburgh postpartum depression scale”. Online: Deutsche medizinische Wochenschrift.123(03): S. 35-40. DOI: [10.1055/s-2007-1023895](https://doi.org/10.1055/s-2007-1023895) [Zugriff am: 5.1.2019]
- **Cox J.L.; Holden, J. M.; Sagovsky, R. (1987):** Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: British Journal of Psychiatry;150(6): S. 782-786.
- **DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression* (2015):** S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. DOI: 10.6101/AZQ/000364 [Zugriff am: 5.1.2019]
- **Dorsch, Valenka M.; Rohde A. (2016):** Postpartale psychische Störungen-Update 2016. Online: Frauenheilkunde up2date 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-112631> [Zugriff am: 5.1.2019]

Fragen ?

Vielen Dank für Eure /Ihre
Aufmerksamkeit!

Behördengänge und finanzielle Ausstattung rund um
Schwangerschaft & Geburt

Schulung Projekt KID-PROTEKT – Block 3



- Mutterschutzgesetz und Mutterschaftsgeld
- Wichtige Dokumente
- Elternzeit
- Finanzielle Ansprüche
- Kinderbetreuung
- Bundesstiftung Mutter und Kind
- Babypauschale und Mehrbedarf
- Wohnberechtigungs- und Dringlichkeitsschein



Mutterschutzgesetz

Ziele

- Schutz der Schwangeren und stillenden Frau und ihres Kindes
- Schutz vor unberechtigter Kündigung
- Sicherung des Einkommens bei z.B. Beschäftigungsverbot
- Entgegenwirken von Benachteiligung während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und Stillzeit



Mutterschaftsgeld

- Bezugszeitraum 6 Wochen vor und 8 bzw. 12 Wochen nach Entbindung
- Wird rechtzeitig vor dem Entbindungstermin beim Arbeitgeber und der **gesetzlichen Krankenkasse** beantragt (freiwillig und pflichtversicherte Frauen)
- Antrag auf Mutterschaftsgeld beim **Bundesversicherungsamt**:
 - Privat krankenversicherte Frauen oder Frauen, die über ein Familienmitglied (z.B. Ihren Ehemann) familienversichert und nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind
 - Frauen, bei denen das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach der Entbindung mit Zustimmung der zuständigen Behörde aufgelöst wurde
 - Frauen, die während der Schutzfristen aus einem Beamten- in ein Arbeitsverhältnis gewechselt sind oder wechseln (ab dem Zeitpunkt des Wechsels)

Wichtige Dokumente

Geburtsurkunde

- Für alle Neugeborenen
- Beantragung beim Standesamt

Vaterschaftsanerkennung und Sorgerechtserklärung

- Für Eltern, die nicht verheiratet sind
- Bereits in der Schwangerschaft möglich
- Beim Jugendamt – Abteilung für Beistandschaften
- Beim Standesamt (kostenlos), jedoch keine Sorgerechtserklärung möglich
- Beim Notar (kostenpflichtig)

Elternzeit

- Beantragung 7 Wochen vor Beginn beim Arbeitgeber
- Anspruch auf drei Jahre Elternzeit
- Individuelle Einteilungen möglich



Finanzielle Ansprüche

Elterngeld

- Für Eltern, die vor Geburt erwerbstätig waren (z.B. Arbeitnehmer / Selbstständige),
- i.d.R. 65 – 67 % des durchschnittlichen Nettoeinkommens der letzten 12 Monate
- Für Eltern ohne Einkommen (z.B. Hausfrauen / -mann, Studierende) Mindestbetrag 300 Euro
- Beantragung bei Elterngeldstelle nach Erhalt der Geburtsurkunde

Kindergeld

- für Kinder mit Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland
- Beantragung bei der Familienkasse nach Erhalt der Geburtsurkunde
- Ab 01.07.2019
 - 204€ für das 1.+ 2. Kind,
 - 210€ für das 3. Kind,
 - 235 € ab dem 4. Kind.

Finanzielle Ansprüche

Unterhalt

- Für Kinder getrennt lebender Eltern
- Beantragung von Unterhaltsvorschuss beim Jugendamt, wenn der andere Elternteil seine Verpflichtung, Unterhalt zu zahlen, nicht erfüllt / nicht erfüllen kann
- Bei Schwierigkeiten der Durchsetzung des Unterhalts kann ein Beistand des Jugendamtes unterstützen

Kinderbetreuung

- Rechtsanspruch auf Kitaplatz ab dem 1. Geburtstag des Kindes (ggf. auch früher)
- Regionale Unterschiede in der Kostenbeteiligung der Stadt / des Landkreises
- Kitasuche frühzeitig vor gewünschtem Betreuungsbeginn
- Weitere Möglichkeit der Betreuung sind Tagesmütter / -väter



Bundesstiftung Mutter und Kind

- Finanzielle Unterstützung für Menschen mit geringem Einkommen, in einer Notlage
- Beantragung bei Schwangerschaftsberatungsstellen (u.a. Sozialdienst katholischer Frauen, Pro Familia, Diakonie, Caritas)
- Stiftungsgelder können nur während der Schwangerschaft beantragt werden
- Finanzielle Unterstützung z.B. auch bei Umzug, Zuschuss zur Ausstattung, Mehrlingsgeburten möglich

Babypauschale und Mehrbedarf

- z.B. bei Bezug von ALG II, für Studierende / Auszubildende mit geringem Einkommen
- Beantragung beim Jobcenter (formloser Antrag) ab der 13. Schwangerschaftswoche mit Vorlage des Mutterpasses

Wohnberechtigungsschein und Dringlichkeitsschein

- Der Wohnberechtigungsschein ist für Menschen mit geringem Einkommen
- Der Dringlichkeitsschein ist für Menschen, die sich in einer außergewöhnlichen Lebenssituation befinden, z.B. schwere Erkrankung oder Schutz der Familie
- Berechtigt zur Anmietung von staatlich gefördertem Wohnraum
- Beantragung beim Wohnungsamt

Sinja Baer / Nina Grundke / Tina Wilson • Stiftung SeeYou

Tel. 040 605 66 2014 • Fax 040 / 605 66 - 2020

t.lurz@seeyou-hamburg.de • www.seeyou-hamburg.de



Netzwerkkenntnisse – Privat und professionell

Schulung Projekt KID-PROTEKT – Block 3



- Netzwerkkoordinatoren
- Kinderschutz
- Wichtige Vernetzungspartner
- Gesundheitsangebote
- Alltagsentlastende Angebote
- Themenspezifische Angebote
- Passende Hilfsangebote finden
- Netzwerkpflge
- Vorstellung Flyerordner

Netzwerkkoordinatoren ...

- nehmen die Funktion eines professionellen Mittlers zwischen den verschiedenen Akteuren im Netzwerk ein.
- bauen ein Netzwerk Frühe Hilfen mit auf, beziehen dabei bestehende Strukturen ein und sorgen für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Netzwerks.
- schaffen gemeinsam mit dem Netzwerk die infrastrukturellen Grundlagen dafür, dass Angebote Früher Hilfen von Familien gerne genutzt werden und diese für sie nützlich sind.
- initiieren und befördern Maßnahmen der Qualitätsentwicklung im Netzwerk Frühe Hilfen.

Netzwerkkoordinatoren der Kommunen und Bezirke

Hamburg



Altona: Fr. Mali
Bergedorf: Fr. Dirks
Eimsbüttel: Fr. Ganske
Mitte: Fr. Hoffmann

Nord: Frau Biehl
Harburg: Fr. Ertel
Wandsbek:
Fr. Hornack-Lange

Niedersachsen



Landkreis Stade:
Frau Klapper
Stadt Buxtehude
Frau Scholz

Landkreis Harburg:
Herr Schwarz
Frau Fried

Schleswig-Holstein



Kreis Pinneberg:
Frau Lübcke

Kreis Stormarn:
Ludger Sträter

Koordinatoren für Kinderschutz

- Sind bezirklich bzw. kommunal zuständig.
- Sie sind Ansprechpartner für alle Fragen zum Thema Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung.
- Sie beraten und unterstützen Fachkräfte, Bürgerinnen und Bürger bei einem möglichen Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung.
- Sie engagieren sich in der Kooperation und Vernetzung aller im Kinderschutz beteiligten Institutionen und Einrichtungen.
- Sie geben Auskunft zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten.
- Die Beratung kann auf Wunsch anonym erfolgen.

Familienteams und Familienhebammenstandorte

- ein bundesweites Angebot
- Kann ein interdisziplinäres Team, bestehend aus **Sozialpädagogen**, Familienhebammen, FGKIKP (Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) sein
- Frühzeitige Unterstützung in der Schwangerschaft / nach der Geburt / i.d.R. bis zum 1. Lebensjahr des Kindes (Sozialberatung bis zum 3. Lebensjahr)
- Für Familien in besonderen Lebenslagen wie z.B. Überlastung im Alltag, belastete Bindung zwischen Eltern und Kind, soziale Isolation, psychische Belastung, Suchtprobleme, junge Eltern, Flucht, Migration
- Die Hilfe besteht aus aufsuchender Unterstützung, Sprechstunden vor Ort und offenen Angeboten

Jugendamt - Allgemeiner Sozialer Dienst

- Beratung und Unterstützung für Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder
- Kinder vor Gefährdungen bewahren
- Bei Bedarf weitergehende erzieherische Hilfen (Hilfe zur Erziehung HzE)
- Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote
- Zuständigkeit nach Bezirk, Gemeinde, Kommune, Kreis

Treffpunkte für Eltern und Kind

- Angebot für alle Schwangeren / Familien mit Kind
- zahlreiche Kursangebote und Veranstaltungen (z.B. Babymassage, Geburtsvorbereitungs- / Rückbildungskurse, themenspezifische Vorträge usw.)
- Je nach Standort verschiedene Beratungsangebote (z.B. Familienhebammensprechstunde, wirtschaftliche Beratung, Erziehungsberatung usw.)
- Z. B. Elternschulen / Familien-Bildungsstätten (FBS) / Eltern-Kind-Zentren (EKiZ) / Kinder- und Familienzentren (KiFaZ)

Schwangerenberatungsstellen

- Kirchliche Träger: u.a. Caritas, Sozialdienst katholischer Frauen (SkF), Diakonie
- Freie Träger: u.a. pro familia, Familienplanungszentrum (FPZ) → teilweise kostenpflichtig
- Angebot für alle Schwangeren
- Beratung zu sozialen und finanziellen Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft
- Beantragung der Bundesstiftung Mutter & Kind in Hamburg nur bei SkF, Caritas, Diakonie. In Stade bei der pro familia, donum vitae und dem Diakonieverband. Im Landkreis Harburg beim Diakonisches Werk und in Schleswig-Holstein bei der pro familia und bei donum vitae.

Schwangerenberatungsstellen

- Unterstützung bei Anträgen wie Eltern- / Kindergeld
- Krisen während der Schwangerschaft, nach Abbruch / Fehlgeburten, Erkrankungen / Behinderungen
- Informationen zu vorgeburtlichen Untersuchungen
- Pflichtberatung vor einem Schwangerschaftsabbruch

Hebammen / Hebammenpraxen

- Für alle Schwangeren während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
- Vorsorge, Wochenbettbetreuung, Geburtsvorbereitungs- / Rückbildungskurse
- Wird durch die Krankenkasse finanziert
- Aufgrund des Hebammenmangels frühzeitige Suche in der Schwangerschaft erforderlich

[Freie Hebammenkapazität Hamburg](#)

[Freie Hebammenkapazität Schleswig-Holstein](#)

[Hebammensuche Niedersachsen](#)

Mütterberatungsstellen

- Für alle Familien mit Kind
- Untersuchungen von Babys und kleinen Kindern (kostenloses Impfen möglich)
- Beratung bei Fragen zur Ernährung und Pflege besonders bei Neugeborenen
- Je nach Standort Gruppenangebote und / oder Hausbesuche
- Hamburgweites Angebot

Angebot für psychisch belastete Frauen rund um die Geburt

Beratung

- Beratung für belastete Familien z.B. durch Regulationsstörung des Babys (Schreien, Schlafen, Füttern usw.), postpartalen Krisen
- Verschiedene Beratungsstellen z.B. SchreibabySprechstunde und -ambulanz, Von Anfang an e.V., Familienteams und -hebammen, teilweise kostenpflichtig

Therapie

- Bei psychischen Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung), postpartalen Krisen / Depressionen
- Therapeutensuche z.B. über <https://frauenpsychosomatik-hamburg.de/>, <https://psych-info.de>, www.schatten-und-licht.de
- Oftmals lange Wartezeiten bis zum Therapiebeginn
- PIAs, KVHH Krisenintervention, UKE...

Ehrenamt

- Angebote für belastete Familien z.B. bei fehlender Unterstützung durch ein soziales Netzwerk, postpartalen Krisen, Mehrlingsgeburten, Erkrankung oder Behinderung des Kindes usw.
- (Ehrenamtliche) Helfer unterstützen nach der Geburt auf praktische Weise (z.B. Einkaufen, Betreuung der Geschwisterkinder, Gang zum Kinderarzt usw.)
- z. B. wellcome / Familienpaten / Oma-Hilfsdienst / Baby-Patinnen

Haushaltshilfe

- Angebot für Familien mit erkranktem Elternteil – auch schon in der Schwangerschaft möglich
- Praktische Alltagshilfe und Kinderbetreuung
- Kann mit ärztlicher Verordnung durch Krankenkasse finanziert werden (Haushaltshilfe), teilweise mit geringer Zuzahlung

Beratung für alleinerziehende Eltern

- Beratung für Alleinerziehende bei Fragen zu Trennung und Scheidung, Unterhalts- / Sorge- / Umgangsrecht / Elterngeld / Kindergeld / Gruppenangebote
- Offene Angebote für Alleinerziehende / Kinder/ Jugendliche
- Regelmäßige Themenveranstaltungen

Erziehungsberatung

- Beratung von Eltern in Erziehungsfragen und bei Verhaltensauffälligkeiten von Kindern
- Beratung für Eltern, Kinder und Jugendliche bei Problemen in der Familie
- Ein Angebot von freien Trägern und dem Jugendamt

Migrationsberatung

- Angebote für Zuwanderer
- Beratung und Unterstützung z.B. bei Behördenangelegenheiten, Problemen mit der deutschen Sprache, Gesundheitsangebote für Kinder
- Beratung in verschiedenen Sprachen
- Spezifische Angebote für bestimmte Zielgruppen (z.B. Menschen ohne Papiere, Jugendliche / junge Erwachsene usw.)
- z.B. Evangelische Auslandsberatung (für EU Bürger), Flüchtlingszentrum (für Drittstaater), Integrationszentren, Diakonie, Caritas

Rechtliche Beratung

Amt für Arbeitsschutz / Arbeitsschutzbehörde

- Beratung und Unterstützung bei Problemen mit dem Arbeitgeber
- Informationen zum Thema Beschäftigungsverbot

Öffentliche Rechtsberatung (ÖRA) → Hamburgspezifisch

- Beratung in allen Rechtsgebieten für Menschen, die in Hamburg leben oder arbeiten
- Für Menschen, die über geringes Einkommen oder geringes Vermögen verfügen
- Es darf kein laufendes Verfahren anhängig sein
- Angebot u.a. auch Streitschlichtung und Mediation

Trauerberatung

Verwaiste Eltern und Kinder Hamburg e.V.

- Information, Beratung und Begleitung für trauernde Familien
- Vermittlung weiterer Ansprechpersonen, Gesprächsgruppen, Geschwistergruppen

Weitere Beratungsangebote

Suchtberatung

- Beratung und Betreuung für spezifische Zielgruppen und deren speziellen Problemlagen (z.B. illegale / legale Drogen, Verhaltenssucht usw.)
- Suchtberatungsstellen wie z.B. IGLU, Alida-Schmidt-Stiftung, Jugend hilft Jugend e.V., Diakonie

Schuldnerberatung

- Psychosoziale, finanzielle, rechtliche Beratung für Menschen mit Schuldenproblemen / Überschuldung

Beratung bei Behinderung

Ausgangssituation bei Geburt eines Kindes mit Behinderung oder chronischer Erkrankung:

- Stress während der Schwangerschaft, während oder unmittelbar nach der Geburt
- Trennung von Mutter und Kind
- Angst / Unsicherheit
- Stillen oftmals nicht oder nur mit viel Aufwand möglich
- Beziehungsaufbau unter erschwerten Bedingungen
- Reaktionen auf die Behinderung / Erkrankung des Kindes
- Abnahme sozialer Kontakte

Beratung bei Behinderung

Ausgangssituation bei Geburt eines Kindes mit Behinderung oder chronischer Erkrankung:

- Integration der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Unterstützung in den Alltag
- Umgang mit Verhaltensbesonderheiten des Kindes (Unruhe, Schlafstörungen...)
- Zweifel an eigenen elterlichen Kompetenzen
- Isolation
- fehlende inklusive Angebote
- Mütter erkranken selbst aufgrund der Stressbelastung
→ Teufelskreis

Beratung bei Behinderung

Familien brauchen:

- Verlässliche persönliche und / oder professionelle Unterstützung
- Informationen über Entlastungsmöglichkeiten
- Entlastung (evtl. für Geschwisterkind/er)
- Informationen über gesetzliche Ansprüche
- Unterstützung bei Beantragung und Durchsetzung gesetzlicher Ansprüche

Beratung bei Behinderung

z.B. durch:

- Leben mit Behinderung Hamburg e.V.
- KIDS Hamburg e.V. (Kompetenz- und Infozentrum Down-Syndrom)
- Nestwärme e.V. Deutschland
- Alsterdorf Assistenz Ost gGmbH (Geschwisterkinder)
- BVKM Bundesverband körper- und mehrfachbehinderter Menschen
- Pflegestützpunkt für Kinder- und Jugendliche Hamburg (nur für Hamburg)
- Lebenshilfe Stade e.V.
- Pflegestützpunkt Pinneberg
- Lebenshilfe Lüneburg-Harburg gGmbH

Weitere Beratungsangebote

Häusliche Gewalt / Gewalt gegen Frauen / Gewalt und Migration

- Beratung für Opfer von Gewalt
- Leiten auf Wunsch an passende Unterstützungseinrichtung weiter wie z.B. Frauenhaus
- Kostenlos, auf Wunsch anonym und in anderen Sprachen
- z.B. Interventionsstelle & Hotline bei häuslicher Gewalt und Stalking, Hilfetelefon-Gewalt gegen Frauen u.a.

Menschen ohne Versicherungsstatus

- Möglichkeit der medizinischen Versorgung für Menschen ohne Versichertenkarte (z.B. Praxis ohne Grenzen (HH / S-H))
- Kostenlose U-Untersuchungen für Kinder
- Kostenübernahme der Vorsorgen und Entbindungskosten (über die Clearingstelle des Flüchtlingszentrums HH)

Frühe Hilfen

- [Hamburg](#)
- [Kreis Stormarn](#)
- [Kreis Pinneberg](#)
- [Landkreis Harburg](#)
- [Landkreis Stade](#)

Arbeitskreise

Ziele der Treffen

- Gegenseitiges Kennenlernen der teilnehmenden Fachkräfte und Institutionen
- Interdisziplinärer Informationsaustausch über Angebote
- Aufbau des Netzwerkes, insbesondere der Festlegung gemeinsamer Ziele
- Entwicklung einer gemeinsamen Sprache
- Verbesserung der Kooperation und Herstellung verbindlicher Kooperationsvereinbarungen
- Gemeinsame Weiterbildung

Flyerordner

- [Inhaltsverzeichnis Flyerordner](#)

Sinja Baer / Nina Grundke / Tina Wilson • Stiftung SeeYou

Tel. 040 605 66 2014 • Fax 040 / 605 66 - 2020

t.lurz@seeyou-hamburg.de • www.seeyou-hamburg.de



Orientierendes Gespräch – Auftragsklärung, Vertraulichkeit, Grenzen, Haltung

Schulung Projekt KID-PROTEKT – Block 3



- Umsetzung in der Arztpraxis
- Orientierendes Gespräch
- Dokumentation
- Überleitungen
- Vertraulichkeit
- Übungen

Zeitpunkte der Ansprache

- Jeder Datenpunkt wird evaluiert!
(Zeitpunkt und Fallverläufe sind sekundär)
- Eine mehrfache Ansprache hat sich aus inhaltlicher und ablauforganisatorischer Sicht bewährt!

Frauenarztpraxis

Frühschwangerschaft

Spätschwangerschaft

Nachsorge

Kinder- und Jugendarztpraxis

Früherkennungsuntersuchungen

U2 – U3 – U4 – U5 – U6

KID-PROTEKT-Prozessablauf-Fragebogen

[Fragebogen Version Frauenarztpraxis](#)

[Fragebogen Version Kinder- und Jugendarztpraxis](#)

[Prozessablauf](#)

[Schaubilder Aushändigung Fragebogen](#)

[Studien-ID Kleber](#)

Auswertung Fragebogen GYN

In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?

<input type="checkbox"/> 1.–12. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 13.–28. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> 29.–40. Schwangerschaftswoche	<input type="checkbox"/> Ich habe bereits entbunden
---	--	--	---

Fragen zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie? jünger als 18 Jahre zwischen 18 und 21 Jahre zwischen 22 und 34 Jahre 35 Jahre oder älter

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? keine 1–2 Kinder 3 oder mehr Kinder

Sind Sie alleinerziehend? ja nein

Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt? ja nein

Ist die **Mutter jünger als 18 Jahre**, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ... Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.

Alltagsbewältigung ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft und Geburt ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder und Erziehung ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Setzt die Familie **bei einem oder mehreren Fragen** ein Kreuz bei „ja“, erfolgt ein orientierendes Gespräch.

Auswertung Fragebogen PÄD

Zu welcher Untersuchung sind Sie mit Ihrem Kind gekommen?

U2 (3.-10. Tag)
 U3 (4.-5. Woche)
 U4 (3.-4. Monat)
 U5 (6.-7. Monat)
 U6 (10.-12. Monat)
 Sonstige

Fragen zu Ihrer Person

Wie alt sind Sie?
 jünger als 18 Jahre
 zwischen 18 und 21 Jahre
 zwischen 22 und 34 Jahre
 35 Jahre oder älter

Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
 keine
 1-2 Kinder
 3 oder mehr Kinder

Sind Sie alleinerziehend?
 ja
 nein

Haben Sie sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?
 ja
 nein

Ist die **Mutter jünger als 18 Jahre**, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.

Fühlen Sie sich zur Zeit besonders belastet ... Bitte kreuzen Sie auch an, wenn die Belastung auf eine Ihnen/Ihrem Kind nahestehende Person zutrifft.

Alltagsbewältigung ... z. B. durch: seelische oder körperliche Erkrankungen / starke Erschöpfung/Einsamkeit / Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft und Geburt ... z. B. durch: ungeplante Schwangerschaft / Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt / Frühgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder und Erziehung ... z. B. durch: fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung / schwieriges Verhalten eines Kindes / Zwillinge oder Mehrlinge / Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Setzt die Familie **bei einem oder mehreren Fragen** ein Kreuz bei „ja“, erfolgt ein orientierendes Gespräch.

Übersicht

Anlass

- Ergebnis KID-PROTEKT Fragebogen
- Aktive Ansprache durch Schwangere / Familie
- Andere Hinweise auf Unterstützungsbedarf

Kontaktaufnahme

- Patientinnen mit Hinweisen auf Unterstützungsbedarf (Auswertung Fragebogen) werden in der Praxis oder im Rahmen eines Folgetermins / Telefonats angesprochen.

Inhalt

- Lebenssituation einschätzen – Belastung(en) wahrnehmen – Ressourcen erkennen
- Unterstützungsbedarf klären und Weiterleitungsbedarf identifizieren
- Bei Bedarf: zu wohnortnahen Unterstützungsangeboten informieren, ggf. Kontakt herstellen


Haltung

- Jeder nimmt die Welt aufgrund seiner eigenen Vorerfahrung / Biographie unterschiedlich wahr (jeder guckt durch seine eigene Brille).
- Wir gehen davon aus, dass es gute Gründe dafür gibt, warum ein Mensch ein bestimmtes Verhalten zeigt (auch wenn dieses für andere nicht immer nachvollziehbar ist).
- Es gibt kein Richtig und Falsch.
- Jeder Mensch hat Ressourcen – manchmal braucht es Unterstützung, um diese wieder wahrnehmen und nutzen zu können.

Haltung

- Angemessene Gesprächsatmosphäre schaffen: z.B. ein geschlossener Raum, in dem vertraulich gesprochen werden kann.
- Wenn möglich, anwesende Kinder z.B. mit einem Buch ablenken.
- Einen guten Einstieg schaffen: Begrüßung – Vorstellung.
- Vorgehen erläutern, offene Fragen zum Projekt klären.
- Grenzen der Patientin akzeptieren.
- Ggf. Klärung, wer beim Gespräch anwesend sein wird.

Formulierungshilfe:



„Sie haben angegeben, dass...“
„Mögen Sie Ihre Situation genauer beschreiben?“
„Ich habe gesehen, dass...“
„Wie geht es Ihnen im Moment damit?“

Offene vs. Geschlossene Fragen



- Wie geht es Ihnen?
- Was haben Sie bisher vorbereiten können?
- Wie sieht Ihre finanzielle Situation aus?
- Inwieweit kann der Vater des Kindes Sie unterstützen?
- Sie haben angegeben, dass Sie Depressionen haben – Wann fühlen Sie sich schlecht, in welchen Situationen? Welche Gedanken begleiten sie dabei?



- Geht es Ihnen gut?
- Haben Sie schon alles Wichtige vorbereitet?
- Reicht Ihr Geld aus?
- Es gibt ja sicherlich einen Vater der Ihnen hilft, oder?
- Haben Sie Depressionen?

Grenzen der Patientin

- Grenzen der Patientin akzeptieren, wenn die Patientin...
 - ... ein bestimmtes Thema nicht besprechen möchte.
 - ... dieses nicht mit der MFA / dem Arzt besprechen möchte.

Formulierungshilfen:

„Rufen Sie mich gerne an, wenn Sie doch darüber sprechen möchten.“

„Es ist total in Ordnung, wenn Sie nicht mit mir darüber sprechen wollen.“

„Wäre das ein Thema, welches Sie lieber mit der Babylotsin besprechen möchten?“ (ST)

„Wäre das ein Thema, welches Sie lieber mit dem Arzt / einer Beratungsstelle besprechen möchten?“ (ST+QT)



Eigene Grenzen

- Persönliche Grenzen wahrnehmen!
- Eigenen Kompetenzspielraum kennen
- Eigene Grenzen deutlich machen

Formulierungshilfen:

*„Zu dem Thema kann ich Ihnen
leider nichts sagen, aber...“*

*„Ich würde Sie gerne an eine Fachstelle /
Beratungsstelle weiterleiten,
die sich gut mit diesem Thema auskennt.“*



Dokumentationsvorlage

- Relevante Informationen werden festgehalten
- Dokumentationsvorlage UKE / SeeYou wird ausgefüllt und kann für die eigene Akte kopiert / gescannt werden

Dokumentation Orientierendes Gespräch

Überleitung in die Frühen Hilfen (QT +ST)

Wann?

- Eigene Grenzen der MFA / des Arztes
- Grenzen der Patienten
- Auf Wunsch der Patienten
- Orientierendes Gespräch und Informationen sind nicht ausreichend, um Unterstützungsbedarf zu decken

Formulierungshilfe:

„Wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich den Kontakt zu einer Familienhebamme herstellen. Die wäre eine hilfreiche Ansprechpartnerin für Ihre Anliegen. Dafür müssten Sie mir das unterschreiben.“



Überleitung an die Babylotsen (ST)

Wann?

- Eigene Grenzen der MFA / des Arztes
- Auf Wunsch der Patienten
- Hohe Belastung der Patientin z.B. durch eine postpartale Belastung, Obdachlosigkeit, Gewalt, Drogen- / Alkoholkonsum
- Hohe Belastung der Familie durch Regulationsstörungen beim Baby, Berufstätigkeit, Erziehungs- oder Entwicklungsschwierigkeiten
- Schriftliches Einverständnis der Patienten
- Weiterleitung der Kontaktdaten der Patienten an die Babylotsen

Formulierungshilfe:

*„Ich höre, dass Sie dieses Thema sehr beschäftigt.
Ich könnte mir vorstellen, dass es hilfreich sein kann
mit der Babylotsin zu sprechen. Was halten Sie davon?“*



Was verstehen wir unter Vertraulichkeit?

- Vertraulich – unter vier Augen, diskret
- Eine Atmosphäre, in der die Patienten wissen,
 - ...dass ihre Themen gut aufgehoben sind;
 - ...dass diese nicht ungefragt an Dritte gehen;
 - ...dass sie Belastungen ansprechen können.

Weitergabe von Informationen und personenbezogenen Daten

- Nicht im Beisein anderer Patienten
- Nach Extern (Vernetzungspartner): nur mit dem Einverständnis der Patienten (schriftlich oder mündlich)
- Transparenz gegenüber der Patientin, dass Informationen an das Praxisteam weitergegeben werden

Formulierungshilfe:

„Um eine bestmögliche Versorgung für Sie zu erreichen, wäre es hilfreich, wenn meine Kollegin / der Arzt über ihre Situation informiert ist. Ist das vorstellbar für Sie?“

Weitergabe von Informationen und personenbezogenen Daten

Innerhalb der Praxis dürfen im Interesse der Patienten Informationen weitergegeben werden. Zum Beispiel...

- um eine bessere Versorgung der Patientin zu gewährleisten (Beispielsweise bei einer psychischen Belastung / Erkrankung).
- um eine weitere Einschätzung zu der Situation zu bekommen (Vier-Augen-Prinzip).
- zur Psychohygiene der MFA / des Arztes.

***!!!Wichtig: Die Informationen müssen in der Praxis
bleiben!!!***

!!!Praktische Beispiele!!!

Fall 1

- Frau E. wirkt bei der U3 abwesend
- Nimmt wenig Kontakt zu ihrem Kind auf
- Auf Nachfrage berichtet Frau E. erschöpft zu sein, Schlafprobleme zu haben und oft weinen zu müssen

Fragen an die Praxismitarbeiter:

- Welche Hilfe finden Sie geeignet und warum?
- Wie gehen Sie weiter vor?

Fall 2

- Frau L.
- In 11. SSW
- Arbeitet als Erzieherin
- Hat Probleme mit dem Arbeitgeber
- Beengte Wohnsituation, daher auf Wohnungssuche

Fragen an die Praxismitarbeiter:

- Welche Fragen könnte die Schwangere stellen?
- Was empfehlen Sie der Patientin?

Fall 3

- Frau M. und Herr M.
- Erwarten Zwillinge, 17. SSW.
- Haben bereits ein Kind, 5 Jahre alt, geht zur Kita
- Herr M. kann nach der Geburt keinen Urlaub nehmen
- Keine Familie / Freunde die nach der Geburt unterstützen könnten

Fragen an die Praxismitarbeiter:

- Welche Herausforderungen sehen Sie auf die Familie zukommen?
- Arbeiten Sie mit der Familie an Alltagsentlastung und leiten Sie entsprechende Schritte ein.

Fall 4

- Frau S. kommt zur U4 mit ihrem Ngb.
- Hat eine 1,5 Jahre alte Tochter
- Alleinerziehend
- Keine familiäre Anbindung in HH
- Bezieht ALG II
- Baby weint sehr viel

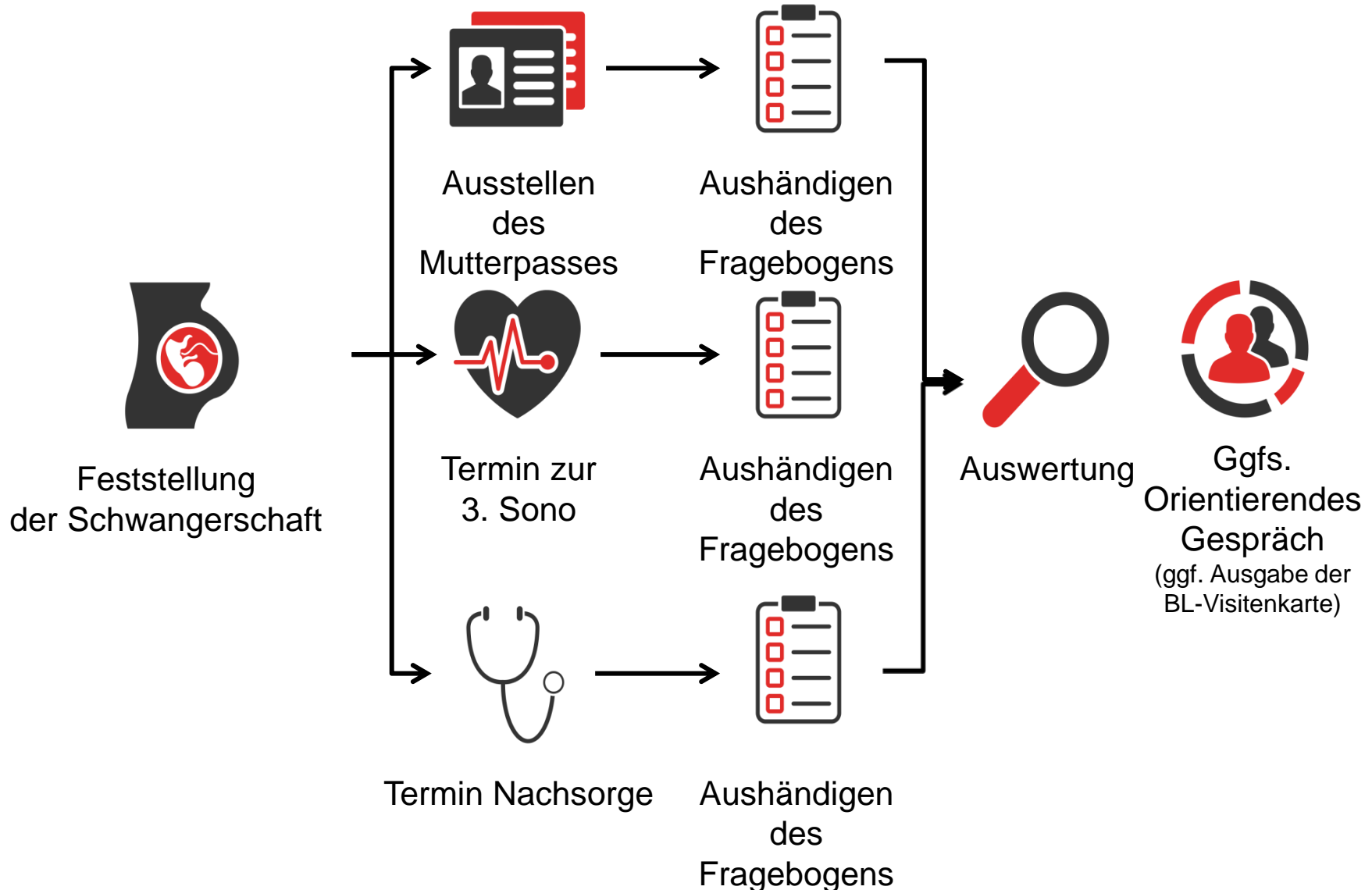
Fragen an die Praxismitarbeiter:

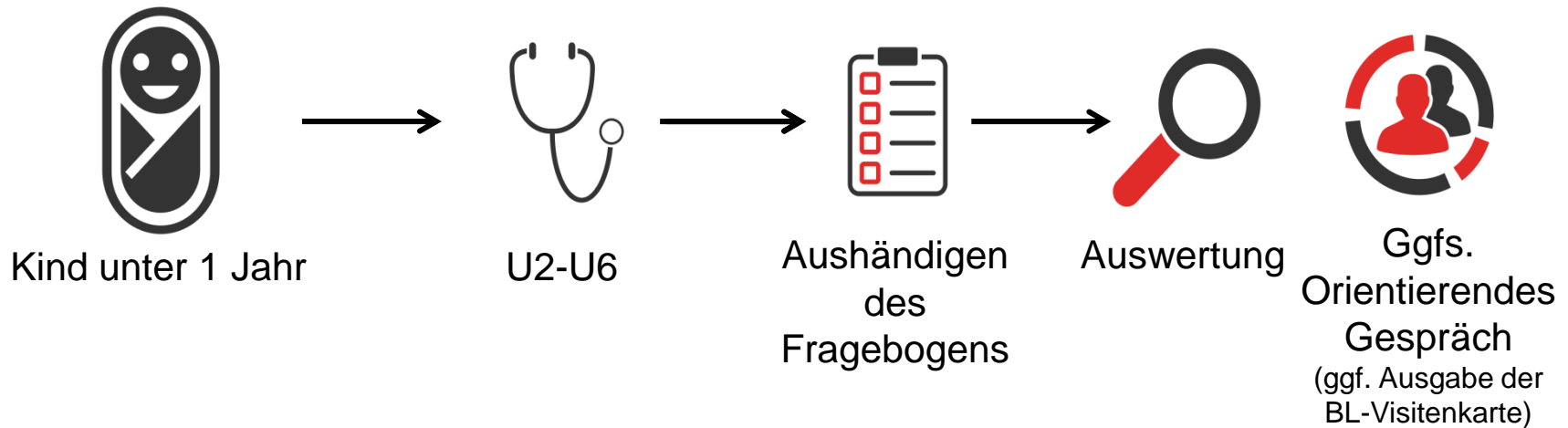
- Welche Hilfe finden Sie geeignet und warum?
- Wie gehen Sie weiter vor?

Sinja Baer / Nina Grundke / Tina Wilson • Stiftung SeeYou

Tel. 040 605 66 2014 • Fax 040 / 605 66 - 2020
t.lurz@seeyou-hamburg.de • www.seeyou-hamburg.de







Liebe Schulungsteilnehmer*innen,

im Rahmen der Schulung „Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis“ erhalten Sie Informationen zu den Themen Frühe Hilfen, Kindesentwicklung, Wochenbett, Netzwerkpartner, Kommunikation und tauschen sich über diese Themen aus. In der Implementierungsphase stehen Sie mit diesen erweiterten Kenntnissen in Kontakt mit Schwangeren / Familien, die sich psychosozial belastet fühlen.

Bitte stellen Sie auf einer DIN A4 Seite in Stichworten eine Fallkonstellation dar. Diese bringen Sie bitte zu Ihrem Abschlusskolloquium mit.

Dabei können Ihnen folgende Fragen als Leitfragen dienen:

- Wie sind Sie mit der Schwangeren / der Familie in Kontakt gekommen?
- Wie sah die Gesprächssituation aus (Ort, Teilnehmer*innen, Dauer....)?
- Welches Anliegen der Schwangeren / der Familie wurde besprochen?
- Welche Inhalte der Schulung konnten Sie für das Gespräch nutzen?
- Sofern Sie die Schwangere / Familie weitergeleitet haben:
Wie gelang die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und dem Netzwerkpartner?
- Was war für die Patientin nach dem Gespräch mit Ihnen besser als vorher?
- Was ist Ihnen im Gespräch besonders gut gelungen?
- Wo sehen Sie für Sie noch Verbesserungspotential?
- Was hätte Ihnen bei dem, was noch nicht so gut gelungen ist, geholfen?

Bitte beantworten Sie außerdem folgende Fragen:

- Wenn Sie an die Zeit vor der Schulungsteilnahme denken:
Was können Sie heute besser als vor Beginn der Schulung?
- Welche drei wichtigsten Erkenntnisse nehmen Sie aus der Schulung mit hinüber in den Alltag?

Organisatorisches:

Für das Abschlusskolloquium werden die Schulungsteilnehmer*innen in Gruppen aufgeteilt. Innerhalb dieser Gruppe stellt jede/r Teilnehmer*in die vorbereitete Fallkonstellation vor. Dafür sind 10 Minuten vorgesehen. Anschließend ist Zeit für Nachfragen und / oder den Austausch.

Jeder Gruppe wird ein/e SeeYou Mitarbeiter*in zugeordnet sein und die Moderation übernehmen.

Für Rückfragen zum Kolloquium steht Ihnen die fachliche Leitung Tina Wilson zur Verfügung.

Telefon: 040 / 67377-744

E-Mail: t.wilson@seeyou-hamburg.de

Studien-ID

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig!

Im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis haben Sie uns über einen psychosozialen Unterstützungsbedarf informiert.

Zur Sicherstellung der vereinbarten Unterstützung ist es notwendig, Kooperationspartnern Ihre Daten zur Verfügung zu stellen. In der Regel handelt es sich um Ihre Kontaktdaten, Informationen über Ihre persönliche Situation sowie den Grund für die Überleitung.

Um Ihre Daten an Kooperationspartner übermitteln oder von diesen einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligungserklärung - Überleitung Frühe Hilfen

Ich: _____ (Vor- & Nachname) geboren am: _____ (Geburtsdatum)

wohnhaft in: _____ (Straße, Postleitzahl, Ort)

willige ein, dass mein*e behandelnde*r Ärztin/Arzt oder die/der Medizinische Fachangestellte*r

(Name)

der Praxis: _____ (Stempel)

... mit der zuständigen Fachkraft folgende/r Einrichtung/en Kontakt aufnimmt und ein Austausch stattfindet.

Dafür entbinde ich die oben genannte Person hiermit von der Schweigepflicht.

Diese Einwilligung gilt nur für die Dauer der psychosozialen Begleitung. Für den Fall, dass ein Abschlussdatum bekannt ist, gilt das folgende Abschlussdatum:

_____ für die Entbindung von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den oben genannten Personen statt. Die Widerrufserklärung ist an die Arztpraxis unter oben genannter Adresse zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig!

Die Babylotsinnen der Stiftung SeeYou bieten Ihnen Unterstützung bei der Klärung von Fragen, der Bewältigung von Alltagsproblemen sowie der Lösung von Konflikten und Krisen.

Damit die Babylotsinnen Kontakt zu Ihnen aufnehmen können, stellen wir diesen Ihre Daten zur Verfügung. In der Regel handelt es sich um Ihre Kontaktdaten sowie den Grund für die Überleitung.

Damit wir Ihre Daten an die zuständige Babylotsin übermitteln können, bedarf es Ihrer Einwilligung, die Sie uns im Folgenden erteilen können:

Einwilligungserklärung - Überleitung Babylotsinnen

Ich: _____ (Vor- & Nachname) geboren am: _____ (Geburtsdatum)

wohnhaft in: _____ (Straße, Postleitzahl, Ort)

willige ein, dass mein*e behandelnde*r Ärztin/Arzt oder die/der Medizinische Fachangestellte*r

(Name)

der Praxis: _____ (Stempel)

... mit der zuständigen Babylotsin der Stiftung SeeYou Kontakt aufnimmt und ein Austausch stattfindet. Dafür entbinde ich die oben genannte Person hiermit von der Schweigepflicht.

Folgende Angaben werden an die Babylotsin übermittelt:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Errechneter Entbindungstermin bzw. Geburtsdatum des Kindes: _____

Kopie des ausgefüllten KID-PROTEKT-Fragebogens: ja nein

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Evaluation: liegt vor liegt nicht vor

Diese Einwilligung gilt nur für die Dauer der psychosozialen Begleitung. Für den Fall, dass ein Abschlussdatum bekannt ist, gilt das folgende Abschlussdatum:

_____ für die Entbindung von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den oben genannten Personen statt. Die Widerrufserklärung ist an die Arztpraxis unter oben genannter Adresse zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift



Studien-ID

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig!

Die Babylotsinnen der Stiftung SeeYou bieten Ihnen Unterstützung bei der Klärung von Fragen, der Bewältigung von Alltagsproblemen sowie der Lösung von Konflikten und Krisen.

Damit die Babylotsinnen Kontakt zu Ihnen aufnehmen können, stellen wir diesen Ihre Daten zur Verfügung. In der Regel handelt es sich um Ihre Kontaktdaten sowie den Grund für die Überleitung.

Damit wir Ihre Daten an die zuständige Babylotsin übermitteln können, bedarf es Ihrer Einwilligung, die Sie uns im Folgenden erteilen können:

Einwilligungserklärung - Überleitung Babylotsinnen

Ich: _____ (Vor- & Nachname) geboren am: _____ (Geburtsdatum)

wohnhaft in: _____ (Straße, Postleitzahl, Ort)

willige ein, dass mein*e behandelnde*r Ärztin/Arzt oder die/der Medizinische Fachangestellte*r

der Praxis: _____ (Stempel)

... mit der zuständigen Babylotsin der Stiftung SeeYou Kontakt aufnimmt und ein Austausch stattfindet. Dafür entbinde ich die oben genannte Person hiermit von der Schweigepflicht.

Folgende Angaben werden an die Babylotsin übermittelt:

Name Elternteil: _____ Geburtsdatum: _____

Name Kind: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Errechneter Entbindungstermin bzw. Geburtsdatum des Kindes: _____

Kopie des ausgefüllten KID-PROTEKT-Fragebogens: ja nein

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Evaluation: liegt vor liegt nicht vor

Diese Einwilligung gilt nur für die Dauer der psychosozialen Begleitung. Für den Fall, dass ein Abschlussdatum bekannt ist, gilt das folgende Abschlussdatum:

_____ für die Entbindung von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

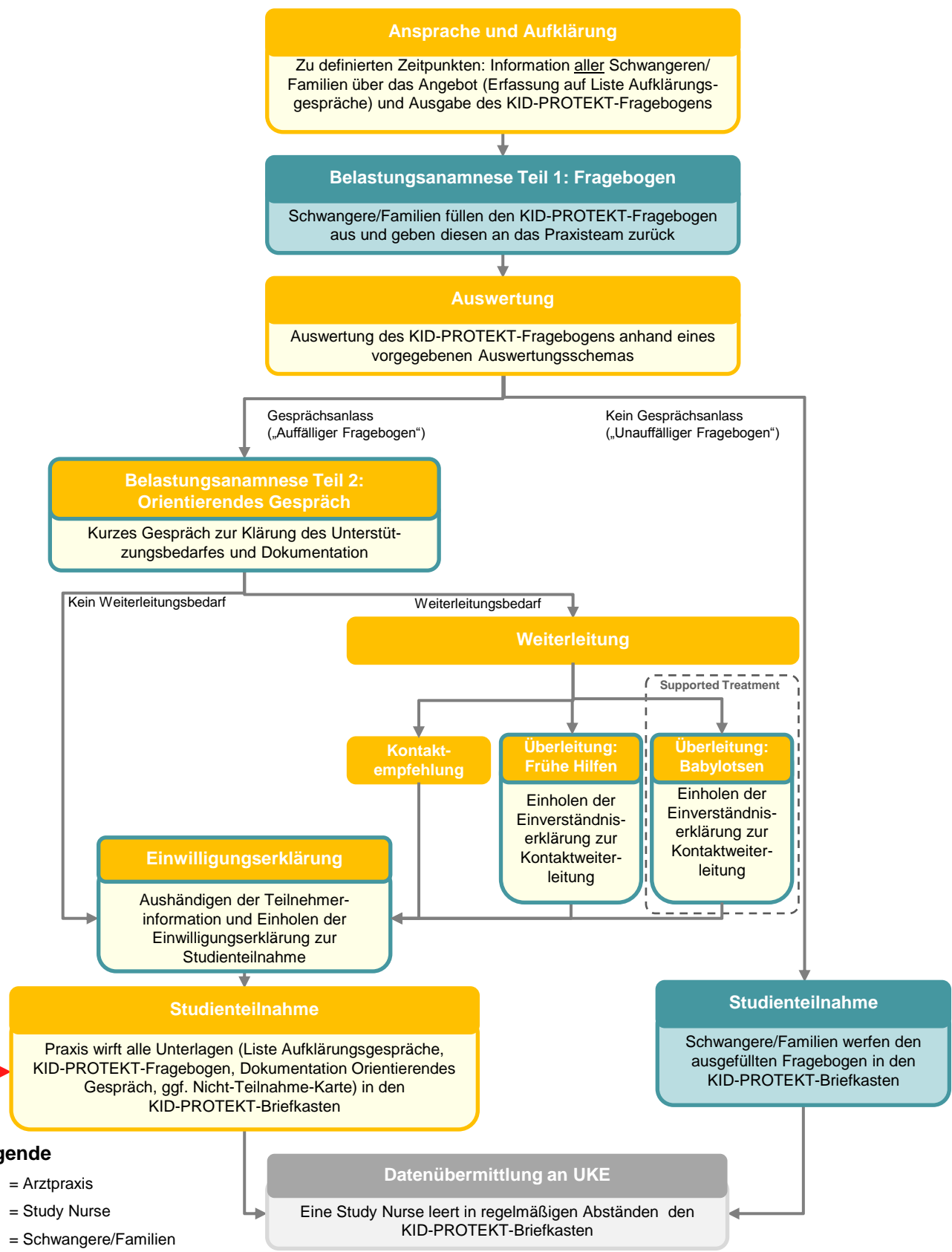
Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den oben genannten Personen statt. Die Widerrufserklärung ist an die Arztpraxis unter oben genannter Adresse zu richten.

Ort, Datum

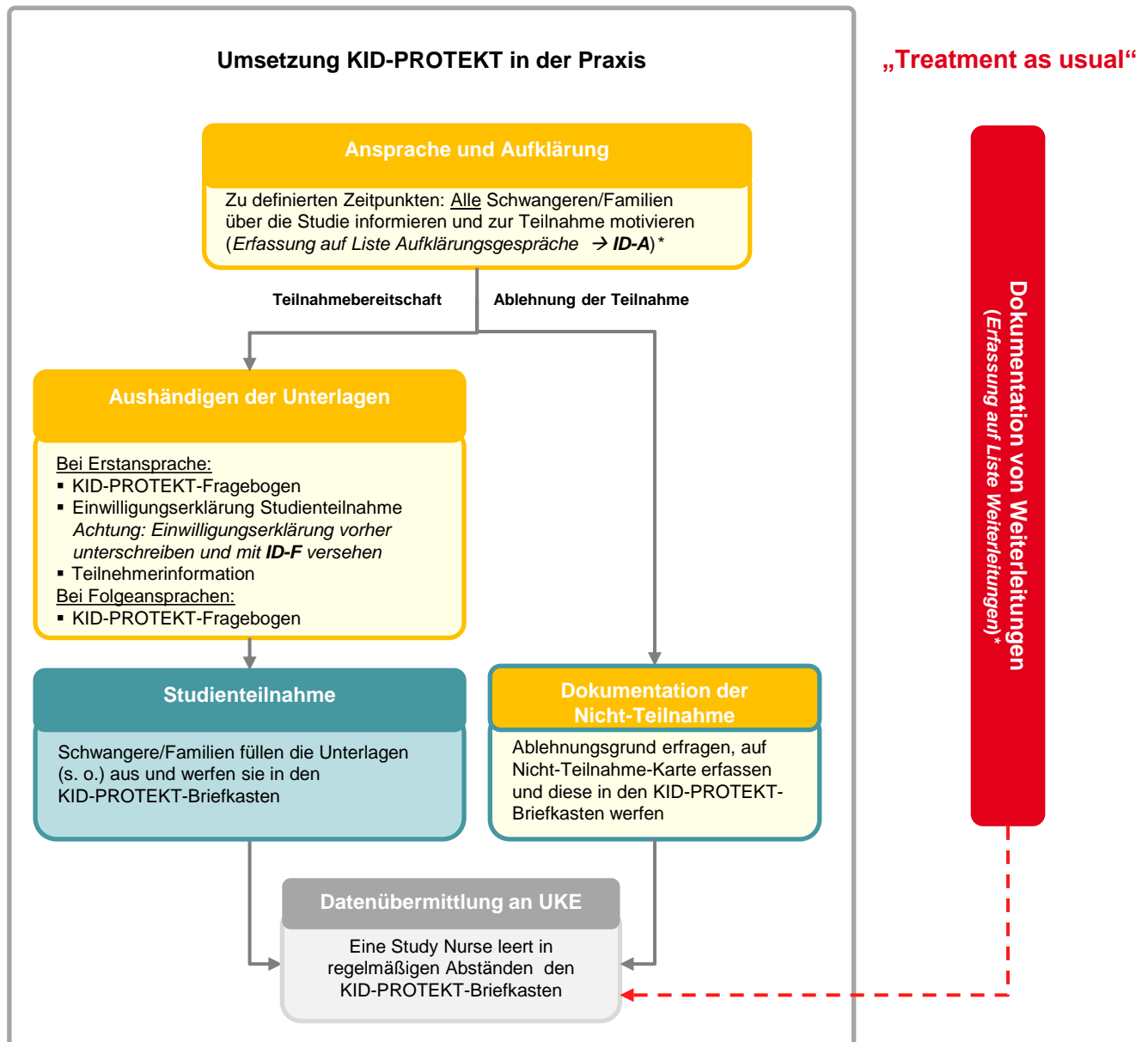
Unterschrift



Ablehnung der Teilnahme → Dokumentation auf Nicht-Teilnahme-Karte



- Legende**
- = Arztpraxis
 - = Study Nurse
 - = Schwangere/Familien



Legende

- = Arztpraxis
- = Study Nurse
- = Schwangere/Familien

* Ausgefüllte Listen bitte ebenfalls in den KID-PROTEKT-Briefkasten werfen.

WIR UNTERSTÜTZEN (WERDENDE) MÜTTER UND VÄTER

Wir informieren

*über die Angebote
für Familien
in Ihrem Stadtteil.*

Wir beraten

*während der Schwangerschaft
und bis zum ersten
Geburtstag Ihres Kindes.*

Wir vermitteln

*erste Kontakte in
unterstützende Organisationen.*

Unser Angebot ist kostenlos!
Bei Interesse wenden Sie sich gerne
an das Praxisteam.



WIR MACHEN MIT!

KID-PROTEKT

ist ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren und jungen Familien.

ES geht um

Unterstützung bei Fragen, Sorgen und Ängsten rund um die Geburt und das erste Lebensjahr des Kindes.

Ziel ist

eine gesunde Kindesentwicklung – von Anfang an!

Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Teilnahme an der Studie!

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an das Praxisteam.



Wer profitiert?

Schwangere und junge Familien

- » bekommen Ansprechpartner, die begleiten, ermutigen und motivieren
- » erkennen und aktivieren eigene Stärken
- » können bei künftigen Problemlagen selbständiger eigene Ressourcen mobilisieren (Selbstwirksamkeit)

Neugeborene, deren Eltern Unterstützung erfahren,

- » profitieren von den Frühen Hilfen
- » haben bessere Chancen auf eine gesunde Entwicklung
- » sind besser vor Vernachlässigung und Misshandlung geschützt

Arztpraxen, die eine psychosoziale Belastungsanamnese durchführen,

- » kümmern sich ganzheitlich um (werdende) Familien
- » steigern die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden in psychosozialen Fragen
- » ergänzen ihre Beratung um Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind (§§ 24d, 26 SGB V)

Ein Projekt der Treuhandstiftung SeeYou des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift in Konsortialpartnerschaft mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse.



unterstützt u. a. durch



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Kontakt

Projektleitung

Nikola Nitzschke
n.nitzschke@seeyou-hamburg.de

Evaluationsleitung

PD Dr. Silke Pawils
s.pawils@uke.de

Projektlaufzeit: 09/2018-08/2021



Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im Ambulanten Sektor

Ein Projekt zur Weiterentwicklung der Versorgung von Schwangeren und Familien mit Kind im ersten Lebensjahr



Gefördert durch



Strukturelle Barrieren zwischen dem ambulanten Gesundheitssystem und anderen sozialen Sicherungssystemen werden durch die **systematische, sektorenübergreifende Zusammenarbeit** abgebaut.

Hintergrund

Pränataler Stress und frühkindliches Erleben von psychosozialen Belastungen können lebenslange gesundheitliche Konsequenzen haben. Medizinische und psychosoziale Interventionen müssen daher sehr früh – in Schwangerschaft und frühester Kindheit – ansetzen.

Innerhalb der Jugendhilfe gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote für Familien mit psychosozialen Belastungen. Häufig erreichen jedoch gerade Familien mit intensivem Unterstützungsbedarf diese Hilfen nicht aus eigener Kraft.

Elemente einer neuen Versorgungsform

Eine in der Arztpraxis systematisch durchgeführte **psychosoziale Belastungsanamnese** kann helfen, Belastungsfaktoren und damit potenzielle Risikofaktoren, die eine gesunde Kindesentwicklung gefährden können, frühzeitig zu erkennen. Hierfür werden die bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerenvorsorge bzw. zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen gezielt um Fragen zur psychosozialen Situation erweitert.

Bei erkennbarem Unterstützungsbedarf erhalten Familien **Empfehlungen zur Inanspruchnahme regionaler Hilfsangebote** sowie entsprechendes Informationsmaterial.

Bei komplexeren Problemlagen kann es hilfreich sein, dass eine sozialpädagogische Fachkraft mit **Lotsenfunktion** die weitere Klärung von Anliegen übernimmt, die Familie begleitet und an wohnortnahe Hilfsangebote überleitet.

Ziel ist die Förderung einer gesunden Kindesentwicklung trotz psychosozialer Belastungssituation der Familie.

Die Studie

In einem clusterrandomisierten Kontrollgruppenvergleich wird untersucht, welcher Versorgungspfad am besten geeignet ist, um Familien möglichst frühzeitig aus dem Gesundheitssystem heraus in die Frühen Hilfen und andere soziale Sicherungssysteme weiterzuleiten und so einen Beitrag zu einer gesunden Kindesentwicklung zu leisten.

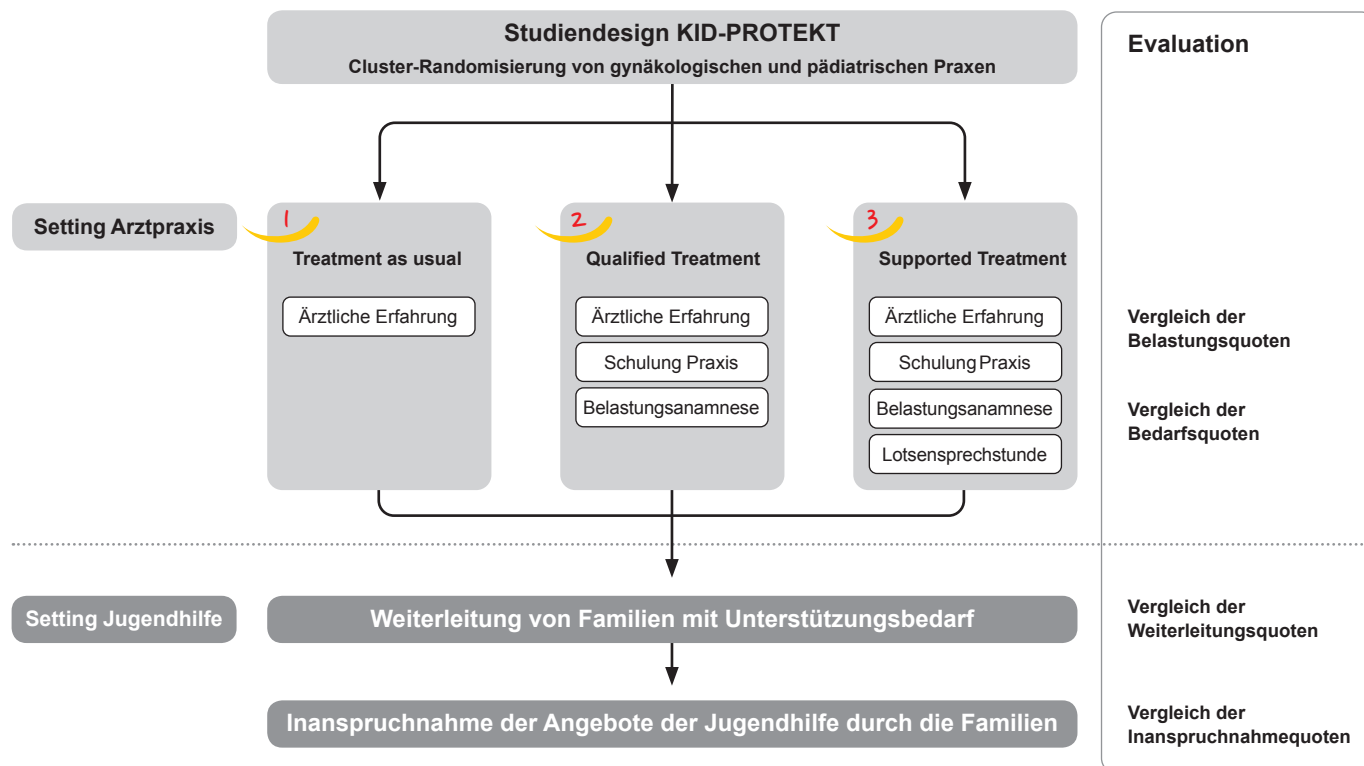
Primäre Endpunkte der Studie sind **Effektivität und Effizienz** der jeweiligen präventiven Maßnahmen. Als sekundäre Endpunkte werden untersucht: Akzeptanz und Machbarkeit, Selbstwirksamkeitserwartung und Lebensqualität, regionale Einflüsse und Strukturparameter.

Unterstützende Maßnahmen

Qualifizierung und Anleitung von Mitarbeitenden teilnehmender Arztpraxen, um Bedarfe festzustellen und Empfehlungen für konkrete Hilfsangebote aussprechen zu können

Beratung durch einen Fachbeirat aus Vertretern unterschiedlicher Institutionen und Fachrichtungen in relevanten Fragen der Projektkonzeption, -durchführung und Ergebnissbewertung und damit Aufbau eines nachhaltigen Experten-netzwerkes

Etablierung eines Nutzerbeirats, der in Fragen der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen aus Betroffenen-sicht berät



Der Begriff Jugendhilfe umfasst hier alle sozialen und (sozial-)medizinischen Sicherungssysteme, insbesondere die Frühen Hilfen.

ANLAGE 14

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Innovationsfondprojekt KID-Protekt endet diesen Sommer. Neben den Prüfungen der Hauptfragestellungen gilt es die Kosten und die Nutzen der neuen Versorgungsformen der Regelversorgung gegenüber zu stellen.

Sie als „Kenner“ von KID-PROTEKT möchten wir als Expert:innen und Stakeholder bitten, die Wichtigkeit von Teilprozessen und deren Erreichung in den jeweiligen Versorgungsformen zu bewerten.

Dafür haben wir eine kurze Onlinebefragung vorbereitet und möchten Sie bitten an dieser teilzunehmen. Bitte folgen Sie diesem Link und beantworten unsere 2 (!) Fragen innerhalb der nächsten 2 Wochen.

Wir danken Ihnen, dass Sie sich kurz die Zeit dafür nehmen.

Link zur Befragung: <https://www.soscisurvey.de/kprotektversorgung/>

Das Projekt KID-PROTEKT untersucht, wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von ambulanter Gynäkologie bzw. Pädiatrie mit der Kinder- und Jugendhilfe zur Umsetzung der gesetzlich geforderten Präventionsleistungen bestmöglich gelingen kann. Ziel des Projekts ist die Förderung einer gesunden Kindesentwicklung trotz einer psychosozialen Belastungssituation in der Familie. Dafür ist es wichtig Familien mit Risikofaktoren zu erkennen und an die Hilfesysteme anzubinden. Um die Kosten mit dem Nutzen in dem Projekt vergleichen zu können, möchten wir gerne Einschätzungen von Expert:innen und Stakeholdern zur Relevanz einzelner Kriterien und zur Zielerreichung der verschiedenen Versorgungsformen.

Eine kurze Beschreibung der Versorgungsformen:

1. Systematischen Belastungsanamnese und Vermittlung von Hilfemaßnahmen durch geschulte MFAs

Nach einer Schulung des medizinischen Fachpersonals der Praxis wird systematisch ein Belastungsbogen zur psychosozialen Belastungsanamnese an alle Patient:innen ausgehändigt. Weist der Bogen auf mögliche psychosoziale Belastungen hin, wird der Patient:in ein Orientierendes Gespräch zur weiteren psychosozialen Belastungsanamnese angeboten. Ziel ist die Bedarfsklärung und ggf. eine Aufklärung über passende regionale Hilfsangebote. Die Überweisung in regionale Hilfsangebote erfolgt praxisspezifisch.

2. Systematischen Belastungsanamnese und Vermittlung von Hilfemaßnahmen durch geschulte MFAs und eine sozialpädagogische Fachkraft (Babylotsin)

Zusätzlich zum Ablauf wie unter Punkt 1 beschrieben: Wird im Rahmen der psychosozialen Belastungsanamnese ein weitergehender sozialpädagogischer Beratungsbedarf deutlich, besteht die Möglichkeit, die Familie in eine in der Arztpraxis eingerichtete Lotsensprechstunde einer sozialpädagogischen Fachkraft zu überweisen. Dort finden eine umfassende Bedarfsklärung und eine

* Empowerment zielt darauf ab, Menschen zu befähigen, mittels Nutzung der eigenen personalen und sozialen Ressourcen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. (BZgA) Auch „Hilfe zur Selbsthilfe“

Bitte schätzen Sie ein, wie gut die jeweilige Umsetzung das Ziel erreichen können. Eine Einschätzung von 0% bedeutet das Ziel wird überhaupt nicht erreicht und eine Einschätzung von 100% bedeutet das Ziel wird vollständig erreicht.

1. Wie gut gelingt die **Einschätzung psychosozialer Belastungen** durch umzusetzen?

...einen regulären Arztbesuch...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

...einen regulären Arztbesuch, einen Kidprotekt-Fragebogen und ein Gespräch mit einer geschulten MFA...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

...einen regulären Arztbesuch, einen Kidprotekt-Fragebogen, ein Gespräch mit einer geschulten MFA und ein Gespräch mit einer Babylotsin...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

2. Wie gut gelingt die **Klärung des individuellen Unterstützungsbedarfs** durch umzusetzen?

...einen regulären Arztbesuch...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

... ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA....

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

...ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA und einer Babylotsin...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

3. Wie gut gelingt die **Weiterleitung in die Hilfesysteme** durch umzusetzen?

...einen regulären Arztbesuch...

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

... ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA....

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

...ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA und einer Babylotsin...

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

4. Wie gut gelingt das **Empowerment der Betroffenen** durch umzusetzen?

...einen regulären Arztbesuch...

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

... ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA....

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

...ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA und einer Babylotsin...

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

5. Wie gut gelingt das **Monitoring der Nutzung durch die Betroffenen** durch umzusetzen?

...einen regulären Arztbesuch...

0% -----100%

Gar nicht vollkommen

... ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA....

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

...ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA und einer Babylotsin...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

6. Wie gut gelingt die **sozialpädagogische Hilfeplanung** durch umzusetzen?

...einen regulären Arztbesuch...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

... ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA....

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

...ein Gespräch mit einer qualifizierten MFA und einer Babylotsin...

0% -----100%

Gar nicht

vollkommen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!