

Konsortialführung:	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Förderkennzeichen:	01NVF17027
Akronym:	KID-PROTEKT
Projekttitel:	Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor
Autoren:	Silke Pawils, Désirée Kolodziej, Philipp Wolkwitz, Johannes Neumann
Förderzeitraum:	1. September 2018 – 31. August 2021

Inhaltverzeichnis

I. Glossar	3
II. Abbildungsverzeichnis	7
III. Tabellenverzeichnis	7
1. Ziele der Evaluation	9
2. Darstellung des Evaluationsdesigns	15
2.1 Fragestellungen, Arbeitshypothesen und Zielparameter	15
2.2 Studiendesign und Randomisierung	16
2.3 Setting, Studienpopulation und Ein-/Ausschlusskriterien	17
2.4 Fallzahlberechnung	18
2.5 Implementierung und Ablauf der Datenerhebung	19
2.5.1 Datenerhebung in den Praxen	20
2.5.2 Datenerhebung Telefoninterviews und Online-Befragung.....	21
2.6 Instrumente	21
2.6.1 KID-PROTEKT-Anhaltsbogen [TAU, QT, ST]	22
2.6.2 Dokumentation Weiterleitungen [TAU].....	24
2.6.3 Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch [QT und ST]	24
2.6.4 Dokumentationsbogen Lotsensprechstunde [ST].....	25
2.6.5 Dokumentationsbogen Fallbesprechung [ST]	26
2.6.6 Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern [TAU, QT, ST]	26
2.6.7 Interviewleitfaden zur Befragung der MFKs/Ärzt:innen [TAU, QT, ST]	27
2.6.8 Interviewleitfaden zur Befragung der Babyslots:innen [ST]	28
2.6.9 Online-Befragung der Familien [TAU, QT, ST]	29
2.6.10 Sonstige Instrumente	30
2.7 Datenauswertungen.....	31
3. Ergebnisse der Evaluation	34
3.1 Datengrundlage	34
3.2 Primäre Outcomes	38

3.2.1	Ergebnisse der Psychosozialen Anamnese [Screeningpopulation N=8.458]	38
3.2.2	Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf	43
3.2.3	Ergebnisse Weiterleitungen	47
3.2.4	Inferenzstatistische Prüfung des Hauptoutcomes Weiterleitungen.....	53
3.2.5	Ergebnisse Inanspruchnahme von Weiterleitungen [Interviewpopulation weitergeleitete Familien N=133].....	55
3.2.6	Inferenzstatistische Prüfung der Inanspruchnahmen.....	56
3.3	Kosten-Nutzen-Analyse der neuen Versorgungsform	58
3.4	Sekundäre Outcomes	61
3.4.1	Nicht-Teilnehmer:innen KID-PROTEKT [Nicht-Teilnahme-Population N=1.119].	61
3.4.2	Akzeptanz und Machbarkeit	63
3.4.3	Wirksamkeit der neuen Versorgungsform [Onlinepopulation Familien N=404].	77
3.4.4	Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit [Interviewpopulation Familien N=804]	82
3.5	Einflüsse durch die Corona-Pandemie	87
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluation	90
5.	Literaturverzeichnis.....	97
6.	Anhang	101
7.	Anlagen.....	101

I. Glossar

Begriff	Definition/Erklärung
Aufsuchende Hilfe	Persönliche Begleitung außerhalb der Arztpraxis und außerhalb des Babylots:innenbüros (z. B. in häuslicher Umgebung, zu weiterführenden Hilfen, Behördengänge...).
Beratungsfall (Babylots:in)	Es gibt ein oder zwei Kontakte zur Schwangeren/Familie und ggf. zusätzlich zu Kooperationspartner:innen. Babylots:in berät die Schwangere/Familie hinsichtlich des Anliegens, welches beim Clearing durch die Schwangere/Familie formuliert wurde. Babylots:in gibt ggf. Informationen zu unterstützenden Angeboten in Form von Flyern oder Telefonnummern.
Clearing (Babylots:in)	Clearing ist die Bezeichnung für das erste klärende Gespräch zwischen Familie und Babylots:in (Assessment).
Direktmeldung	Es liegt kein ausgefüllter Anhaltsbogen vor. Das Praxispersonal bittet mit Einverständnis der Patientin/Sorgeberechtigten um Kontaktaufnahme durch die Babylots:in.
Drop-Out	Familien, die im Laufe des Projekts an verschiedenen Zeitpunkten ausgeschieden sind und damit zu Nicht-Teilnehmer:innen werden.
Eltern	Leibliche Eltern und/oder Sorgeberechtigte des Kindes.
Fallbesprechung	Familienbezogene Sachverhalte werden zwischen dem Praxispersonal und dem/der Babylots:in besprochen. Ein Einverständnis der Patientin oder Sorgeberechtigten liegt vor. Achtung: Im Rahmen der strukturierten Fallbesprechungen mit den Praxen umfasst dies die Anzahl der besprochenen Fälle.
Familie	Personen, die von dem/der Patient:in oder Sorgeberechtigten als Familienangehörige benannt werden. Im Projekt: Schwangere/Wöchnerinnen (Frauenarztpraxen) und Kinder und deren Eltern im Alter von 0-12 Monaten (Kinder- und Jugendarztpraxen)
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.
Kurzberatung	Kurzberatungen bezeichnen anonyme Fallbesprechungen zwischen dem Praxispersonal und dem/der Babylots: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 Babylots:in wünscht.
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).
Intensivfall (Babylots:in)	Besondere Fallschwere/Fall mit erhöhtem Arbeitsaufwand und/oder Begleitung erforderlich, um Kindeswohl zu sichern: <ul style="list-style-type: none"> – Drohende Kindeswohlgefährdung – 2 oder mehr Überleitungen

	<ul style="list-style-type: none"> – Installation hochschwelliger Hilfe (z.B. über Jugendamt; Überleitungen an Familienhebammen/Familienteams und Familienteam-ähnliche Hilfen) – Persönliche Begleitung außerhalb der Arztpraxis und außerhalb des Babylots:innenbüros <p>Treffen keine der o.g. Kriterien zu, obliegt es der fachlichen Einschätzung des/der Babylots:in, ob der Fall dennoch als Intensivfall gewertet wird.</p>
Intensiver Unterstützungsbedarf	Der Unterstützungsbedarf einer Familie wird von dem Praxispersonal bzw. dem/der Babylots:in als mittel, hoch oder sehr hoch eingeschätzt.
Kurzfall (Babylots:in)	Es finden mehrere Kontakte zur Familie und zu Kooperationspartner:innen statt. Die Begleitung geht durch mehrere Kontakte über die einfache Beratung hinaus. Ggfs. findet eine Überleitung statt.
Komm-Struktur	Tradiertes Konzept der Erziehungsberatung, darauf zu warten, bis die Hilfesuchenden „kommen“, d.h. die Beratungsstelle aufsuchen und um Hilfe bitten.
Kontaktempfehlung	Angebote/Einrichtungen werden den Familien von dem Praxispersonal bzw. dem/der Babylots:in vorgeschlagen. Familien nehmen eigenständig Kontakt auf.
Medizinische Fachkräfte (MFK)	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 zu unterschiedlichen Zeitpunkten nicht an dem Projekt teilnehmen – siehe auch Drop-Out.
Orientierendes Gespräch	Erstes Gespräch zwischen Praxispersonal und Familie zur Klärung der Lebens-, Belastungs- und Ressourcensituation und zur Einschätzung, ob ein Weiterleitungsbedarf besteht.
Praxispersonal	Oberbegriff für die am Projekt beteiligten, geschulten Ärzt:innen und Medizinischen Fachkräfte aus den teilnehmenden Frauen- und Kinder- und Jugendarztpraxen.
Psychosoziale Kurzintervention (Babylots:in)	Überleitung zur passgenauen Hilfe ist aufgrund der besonderen Problemlage der Familie zwingend notwendig und ist nur durch eine zeitlich befristete sehr intensive Begleitung der Familie zu gewährleisten. Die Begleitung kann, muss aber nicht aufsuchend sein.
Selbstmeldung	Die Familie erfährt in der Arztpraxis von dem/der Babylots:in und meldet sich eigenständig bei dem/der Babylots:in, ohne dass eine Überleitung stattfindet.
Überleitung	Das Praxispersonal bzw. der/die Babylots:in informieren die Angebote/Einrichtungen, übermitteln Kontaktdaten und/oder vereinbaren einen Termin für die Familie.

Weiterleitung

Weiterleitungen sind Kontaktempfehlungen für Anlaufstellen und/oder Überleitungen, die aufgrund des Unterstützungsbedarfs der Familie gemeinsam vereinbart werden.

Anmerkungen

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

Begriffsbestimmung Familie und Patient:innen: 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: KID-PROTEKT Studienablauf und neue Versorgungsformen	13
Abbildung 2: Studiendesign KID-PROTEKT	16
Abbildung 3: Participant-Flowchart KID-PROTEKT	34
Abbildung 4: Kosten-Effektivitäts-Diagramm.....	61
Abbildung 5 :Interaktionseffekt zwischen Interventionsarm und Belastung (SWE).....	79
Abbildung 6: Interaktionseffekt zwischen Interventionsarm und Belastung (PHQ-9).....	81

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick Fragestellungen und Zielparameter	16
Tabelle 2: Einteilung der Arztpraxen nach stratifizierter Cluster-Randomisierung	17
Tabelle 3: Teilstichproben aus der Studienpopulation	18
Tabelle 4: Endpunkte und Indikatoren der Evaluation im Projekt KID-PROTEKT	22
Tabelle 5: Variablen der Outcomemaße Weiterleitung und Inanspruchnahme	31
Tabelle 6: Variablen der Sekundären Outcomes	33
Tabelle 7: Datengrundlage nach Erhebungsinstrumenten (N=9.197)	35
Tabelle 8: Ausfüllzeitpunkt des ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (N=8.458)	36
Tabelle 9: Analysetichproben der spezifischen Outcome-Analysen	37
Tabelle 10: Angaben zu den Familien zum Zeitpunkt des ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (N=8.458).....	38
Tabelle 11: Familien mit Anlass für ein Orientierendes Gespräch ermittelt aus KID-PROTEKT-Anhaltsbogen (N=8.458)	39
Tabelle 12: Belastungsursachen und Risikofaktoren gemäß KID-PROTEKT-Anhaltsbogen mit mind. 1 Belastung (N=3.103).....	40
Tabelle 13: Durchführung der Orientierenden Gespräche (N=1.556)	41
Tabelle 14: Gesprächsanlass des ersten Orientierenden Gesprächs in Praxen (N=1.556).....	41
Tabelle 15: Folgegespräche (N=376).....	42
Tabelle 16: Im Orientierenden Gespräch thematisierte Belastungen (N=1.556)	42
Tabelle 17: Einschätzung der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs (N=1.556)	44
Tabelle 18: Einschätzung der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs durch den/die Babyslots:in nach dem Clearing (N=176)	45
Tabelle 19: Vergleich der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs der Familien in Orientierenden Gesprächen und Lotsensprechstunden.....	46
Tabelle 20: Weiterleitungen nach Orientierendem Gespräch (N=1.556).....	48
Tabelle 21: Im Rahmen von Kontaktempfehlungen/Überleitungen dokumentierte Freitextangaben zu Einrichtungen/Angeboten (über alle Orientierenden Gespräche aggregiert)	49
Tabelle 22: Weiterleitungen im Studienarm TAU gesamt (N=54)	50
Tabelle 23: Weiterleitungsquoten	51
Tabelle 24: Weiterleitungen der Babyslots:innen-Fälle (N=176)	52
Tabelle 25: Klassifikation	54
Tabelle 26: Feste Koeffizienten	54
Tabelle 27: Schätzer	55
Tabelle 28: Inanspruchnahme der befragten Familien mit Weiterleitung (N=133)	56
Tabelle 29: Stichprobenmerkmale der un-/befragten weitergeleiteten Familien (N=133) ...	57
Tabelle 30: Kostenermittlung der Mehrleistungen QT und ST	59

Tabelle 31: Befragungsergebnisse und errechnete Nutzwerte der Versorgungsformen.....	60
Tabelle 32: Gründe für eine Nicht-Teilnahme (N=1.119).....	62
Tabelle 33: Ablehnung des Angebots, einzelner Bestandteile oder der Studienteilnahme in der neuen Versorgungsform (N=743)	62
Tabelle 34: Stichprobenbeschreibung der Telefoninterview-Teilnehmer:innen (N=804).....	70
Tabelle 35: Fallbesprechungen Gesamt (N=51)	75
Tabelle 36: Merkmale der befragten (N=404) und nicht-befragten Familien (N=668)	77
Tabelle 37: Selbstwirksamkeitserwartung der un-/belasteten Familien (N=404)	78
Tabelle 38: Depressivität (PHQ-9) der un-/belasteten Familien (N=404)	80
Tabelle 39: Lebenszufriedenheit der un-/belasteten Familien (N=404)	81
Tabelle 40: Unterschiede zwischen Weiterleitungen nach Strukturparametern (N=527)	83
Tabelle 41: Unterschiede zwischen Belastungsquoten.....	84
Tabelle 42: Unterschiede zwischen Bedarfsquoten.....	85
Tabelle 43: Unterschiede zwischen den Inanspruchnahmequoten.....	85

1. Ziele der Evaluation

Kinder aus psychosozial hoch belasteten Familien haben im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein deutlich höheres Risiko eine schwere, chronische bzw. psychische Krankheit oder gravierende Entwicklungsstörungen zu erleiden, die Beeinträchtigungen bis ins Erwachsenenalter nach sich ziehen können (Geeraert, Van den Noortgate, Grietens & Onghena, 2004; Dragano et al. 2016). Für die Bewältigung von psychosozialen Belastungen können Säuglinge und Kleinkinder zunächst nur auf sehr begrenzte eigene Ressourcen zurückgreifen und sind daher als eine besonders vulnerable Gruppe bezüglich psychosozialer Risikofaktoren anzusehen.

Bereits pränataler Stress und frühkindliches Erleben von psychosozialen Belastungen können wichtige Entwicklungsschritte beeinflussen und fortbestehende Konsequenzen für die Gesundheit des Kindes, in Form von psychischen sowie entwicklungsbezogenen Auffälligkeiten und Störungen, mit sich bringen. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer und entwicklungsbezogener Auffälligkeiten sowie für Kindeswohlgefährdung steigt mit dem kumulativen Auftreten psychosozialer Belastungsfaktoren (Gödecke, 2021).

Gleichzeitig zeigen Ergebnisse der repräsentativen Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ von Eickhorst et al. (2015) auf, dass ca. 30% der Familien mit Kind im Alter von null bis drei Jahren in Deutschland psychosozial belastet sind (Lorenz, Ulrich, Sann & Liel, 2020).

Psychosozial belastete Familien zu unterstützen sowie relevante Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, ist damit ein wichtiges Ziel, um ungünstigen Verläufen der kindlichen Entwicklungen frühzeitig entgegenzuwirken (Naab, Kunkel, Fumi & Voderholzer, 2017). Hier gewinnt zunehmend der systematische Einsatz von Risiko- und/oder Belastungsscreenings an Bedeutung (Metzner, Siefert & Pawils, 2017). Screenings auf psychosoziale Belastungen in verschiedenen Settings wie Geburtskliniken, Arztpraxen, aber auch Schulen und Kitas können helfen, die Belastungen der Familien systematisch zu erfassen und nach Klärung der Schutzfaktoren im Zuge einer Hilfeplanung den Zugang zur geeigneten Unterstützung zu bahnen (Friedmann & Mall, 2016).

Das gezielte, aber empathische Einbeziehen der Eltern bei der subjektiven Einschätzung der psychosozialen familiären Belastung ist dabei unverzichtbar, um auch verborgene oder scham-behaftete Belastungen besser bewerten zu können (Kleinert & Barth, 2015). Denn trotz des Vorhandenseins von spezifischen und unspezifischen Unterstützungsangeboten für Familien mit psychosozialen Belastungen innerhalb der Frühen Hilfen und der Kinder- und Jugendhilfe zeigen Untersuchungen vielfach, dass gerade hochbelastete Familien nicht im Hilfesystem ankommen bzw. unterstützende Angebote nur unzureichend in Anspruch nehmen (Kölch & Schmid, 2014; Nicolson & Fawcett, 2007).

Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen.

Als Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme von Hilfen sind die wichtigsten hinderlichen elterlichen Faktoren bei psychosozial belasteten Familien mangelndes Wissen über bestehende Angebote sowie die Erwartung von nicht zu bewältigendem, mit der Inanspruchnahme einhergehendem Aufwand (Hefti et al., 2016).

Damit Kinder und Jugendliche über ihre Eltern in Hilfen gelangen, ist eine motivierende Kontaktaufnahme zu den Eltern somit eine zwingende Voraussetzung (Ruths et al., 2013). Zusätzlich zu den sozialen Barrieren müssen dabei auf der Seite der Eltern neben Stress eine Reihe weiterer psychischer Hindernisfaktoren wie Schuld- und Schamgefühle oder die Angst vor dem Entzug des Sorgerechts berücksichtigt werden, die sich hinderlich auf die Inanspruchnahme von Hilfen auswirken können (Kölch & Schmidt, 2008; Hollingsworth, 2004; Renner, 2010).

Zusätzlich gelten *psychische Erkrankungen der Eltern* als Zugangsbarriere zur Inanspruchnahme von Hilfen. So können psychische elterliche Erkrankungen in mehrfacher Hinsicht für die Kinder gefährdend sein: einerseits mindern sie die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen

(Friedmann, 2019) und andererseits können psychisch erkrankte Eltern selbst ein direkter Risikofaktor ungünstiger Entwicklungsbedingungen sein. Bei Eltern mit psychischen Erkrankungen ist die aktive Suche nach Unterstützung für familiäre psychosoziale Belastungen häufig eingeschränkt und/oder es existieren Vorbehalte gegenüber den Angeboten (Kölch & Schmidt, 2008). Die seelische Gesundheit der Eltern ist daher ein gewichtiger Einflussfaktor auf die kindliche Gesundheit und für die Inanspruchnahme von Unterstützung (Dahmen, Konrad, Jahnen, Herpertz-Dahlmann & Firk, 2019).

Eine geringe *Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) ist ein weiterer empirisch belegter Hinderungsgrund sich Hilfe und Unterstützung zu suchen. Die Selbstwirksamkeitserwartung gilt als wichtige Voraussetzung für die Bewältigung von stressigen oder belastenden Lebensabschnitten (Fernández-Valera, Soler-Sánchez, García-Izquierdo & Meseguer de Pedro, 2019). So sinkt bei Eltern mit niedrigerer Selbstwirksamkeitserwartung bei andauernder Stressbelastung das Herausforderungsgefühl, während gleichzeitig die Intensität des Bedrohungs- und Verlusterebens steigt (Schwarzer, 1994). Folglich kann die Selbstwirksamkeitserwartung als Bewältigungsressource gesehen werden, welche bei höherer Ausprägung zu einer besseren seelischen und körperlichen Gesundheit beiträgt. Eltern mit einer stark ausgeprägten Selbstwirksamkeitserwartung versuchen außerdem, negative Situationen positiv umzudeuten und gehen aktiv an die Bewältigung von Stress heran (Chudzicka-Czupala & Zalewska-Łunkiewicz, 2020). Eine Erhöhung der elterlichen Selbstwirksamkeitserwartung ist daher ein bedeutsames Ziel der psychosozialen Beratung und Unterstützung (Pawils, Kolodziej, Siefert & Metzner-Guczka, 2022).

Eine hohe Selbstwirksamkeit kann gleichzeitig zu einer größeren *Lebenszufriedenheit* beitragen (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005). So haben jüngere Frauen mit einer hohen sozialen Unterstützung, höherem Einkommen sowie einer hohen Bildung eine höhere Lebenszufriedenheit als Frauen mit geringerer sozialer Unterstützung (Šuljić et al., 2018). Die Lebenszufriedenheit wird dabei als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das die subjektive Bewertung des psychischen, körperlichen und sozialen Befindens sowie die wahrgenommene Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst (Renneberg & Lippke, 2006) und die Lebenszufriedenheit der Eltern scheint mit dem Haushaltseinkommen assoziiert zu sein (Pollmann-Schult, 2013). Insbesondere in mittleren Einkommensbereichen ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen Elternschaft und Lebenszufriedenheit zu beobachten (Pawils, Kolodziej, Siefert & Metzner-Guczka, 2022).

Beide Konstrukte: Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit bedingen unmittelbar die Möglichkeiten von Eltern, bei psychosozialer Belastung Unterstützung zu suchen und Angebote in Anspruch zu nehmen. Psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit der Eltern werden in der Versorgungsforschung als gewichtige Einflussfaktoren auf das eigene Gesundheitsverhalten und damit auch das der Kinder gewertet.

Nutzung familiärer Unterstützungsmaßnahmen.

Doch selbst bei der Berücksichtigung solcher, empirisch belegter Barrieren der Inanspruchnahme finden einige Familien trotz Empfehlung zur Nutzung familiärer Unterstützungsangebote durch Ärzt:innen oder medizinisches Fachpersonal nicht den Zugang zur Hilfe. Angebote von Frühen Hilfen werden dabei überwiegend von Familien mit mittlerem oder hohem Bildungsniveau aufgesucht, während Schwangerschaftsberatung eher von Paaren mit niedrigerem Bildungsniveau in Anspruch genommen wird (Eickhorst et al., 2016). Die Parfam-Studie des Deutschen Jugendinstituts e.V. zeigt für elf verschiedene Beratungsangebote eine Lebenszeit-Inanspruchnahme von insgesamt 37% der Eltern, dabei wurde eine Beratung durch Kinder- und Jugendärzt:innen am häufigsten (18%) und sozialpädagogische Familienhilfe zuhause am wenigsten (2%) in Anspruch genommen (Reim, 2021). Eine Haushaltsbefragung des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration in Niedersachsen zeigt eine vergleichbare Bedarfsabdeckung von 28% für psychosoziale Beratungsangebote (Gebhardt,

2013). Die Inanspruchnahmeraten für familiäre Unterstützungsangebote zwischen 28% bis 37% sind dabei vergleichbar mit den Raten für Heilmittelverordnungen (wie Physiotherapie) von durchschnittlich 22% (Rommel & Prütz, 2017).

Case Management / Gesundheitslots:innen.

Zur Erhöhung der Inanspruchnahme von familiären Unterstützungsangeboten ist eine Nachbeobachtung (Monitoring) ein wichtiger Bestandteil, der beispielsweise im Rahmen von Lotsenangeboten oder Case Management-Ansätzen gut umsetzbar ist.

Im Gesundheitswesen werden die aus dem amerikanischen Gesundheitssystem adaptierten „Case Management“-Versorgungsstrukturen bereits seit der Jahrhundertwende erprobt, um Familien mit komplexen Behandlungsbedarfen im Versorgungssystem zu lotsen und auch die Inanspruchnahme der Maßnahmen zu monitoren. Das ursprünglich aus dem Bereich der Sozialen Arbeit stammende Konzept findet in einer Vielzahl von stationären wie auch ambulanten medizinischen Versorgungsbereichen Anwendung und umfasst eine individualisierte Bedarfserhebung bei der Familie, Ziel- und Versorgungsplanung, Umsetzung und Nachbeobachtung (Freund et al., 2010). In das Konzept des Case Managements wurden zunehmend auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie Medizinische Fachkräfte (MFKs) eingebunden, um die Ressourcen besser zu verteilen, denn auch die Umsetzung des Case Managements bindet erhebliche Ressourcen bei den Ärzt:innen (Bundesärztekammer, 2008).

So ist es häufig nicht ein Mangel an Sensibilität oder fehlendes Problembewusstsein für die psychosozialen Belastungen von Familien, sondern ein Problem fehlender Ressourcen, das es erschwert, eine individualisierte Bedarfserhebung bei Familien mit komplexen Problemlagen und/oder Verständigungsproblemen durchzuführen (Hippmann & Thyen, 2021). Nach dem ressourcenschonenden und nicht stigmatisierenden systematischen Einsatz eines Belastungsscreening-Bogens können in Lotsensystemen, wie z. B. dem sogenannten Babylotsen-Angebot, Familien identifiziert werden, bei denen im Anschluss ein/e Lots:in oder Case Manager:in die Bedarfserhebung, Hilfeplanung und Nachbeobachtung übernimmt, um das medizinische Personal der Geburtsklinik zu entlasten (Fisch et al., 2016).

Bundesweite Modellvorhaben.

In einigen regionalen Modellprojekten werden inzwischen Instrumente und Vorgehensweisen zur Zusammenarbeit von Einrichtungen der stationären und ambulanten Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie von Kinder- und Jugendarztpraxen mit der Jugendhilfe erprobt, beispielsweise:

- Mehrere Bundesländer: Babylots:innen – Lotsendienst in Geburtskliniken (seit 2007) und in Arztpraxen (seit 2011)
- Nordrhein-Westfalen: KinderZUKUNFT NRW, Lotsendienst in Geburtskliniken (seit 2010)
- Baden-Württemberg: Vernetzung von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln mit Angeboten der Frühen Hilfen, Nutzung von ärztlichen Qualitätszirkeln zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Vertragsärzt:innen und Mitarbeiter:innen der Öffentlichen Jugendhilfe (seit 2010)
- Nordrhein-Westfalen: Soziale Prävention, ein Modell für die Kooperation von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt:innen, Jugendämtern und freien Trägern der Jugendhilfe an drei Modellstandorten in Nordrhein-Westfalen (2017-2020)

Trotz einzelner Evaluationen der Modelle steht ein empirischer Vergleich hinsichtlich der Effektivität und Effizienz einer psychosozialen Grundversorgung noch aus.

Zielsetzung KID-PROTEKT.

Das Projekt untersucht erstmalig in einem randomisiert-kontrollierten Design (RCT) wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Akteur:innen der ambulanten Medizin mit anderen sozialen Sicherungssystemen, insbesondere den Frühen Hilfen, zur Umsetzung der gesetzlich geforderten Präventionsleistungen gemäß §§ 20, 24d und 26 SGB V unter Effektivitäts- und Effizienzaspekten bestmöglich gelingen kann. Ziel ist die Förderung einer gesunden Kindesentwicklung vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation in der Familie. Aufgrund ihrer hohen gesellschaftlichen Akzeptanz stellen Gynäkolog:innen und Pädiater:innen dabei einen guten Zugang zu psychosozial belasteten Familien dar, denn ein Besuch bei Frauenärzt:innen oder Kinder- und Jugendärzt:innen ist nicht stigmatisierend und (werdende) Eltern zeigen hier eine besonders hohe Empfänglichkeit für Unterstützung.

Darstellung der neuen Versorgungsform.

Zur Verbesserung der sektoren- und systemübergreifenden Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und anderen sozialen Sicherungssystemen werden zwei Varianten einer neuen Versorgungsform, das „Qualified Treatment“ (QT) und das „Supported Treatment“ (ST), eingeführt.

Kernstücke beider Varianten sind A. die Qualifizierung des Praxispersonals, d. h. von Ärzt:innen und Medizinischen Fachkräften (MFKs) und B. die Psychosoziale Anamnese, die die in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerenvorsorge in gynäkologischen Praxen und Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen (U-Untersuchungen) in pädiatrischen Praxen erweitern soll. Besonders belastete Familien sollen dadurch besser erkannt, beraten und an bestehende Hilfesysteme weitergeleitet werden. Neben der Psychosozialen Anamnese enthält die Variante „Supported Treatment“ zusätzlich C. die Lotsensprechstunde. Die MFKs/Ärzt:innen können nach der Psychosozialen Anamnese zusätzlich zu ihrer Einschätzung des vorliegenden Hilfebedarfs (sozial-)pädagogische Fachkräfte – die Babylots:innen – zur Fallberatung und -übernahme hinzuziehen (siehe Abbildung 1). Um festzustellen, welche Variante der neuen Versorgungsform am besten für die Weiterleitung von psychosozial belasteten Familien geeignet ist, werden diese im Rahmen der Evaluation miteinander sowie mit der aktuellen Regelversorgung (Treatment as usual (TAU)) verglichen.

Regelversorgung: Treatment as usual [TAU].

In der Regelversorgung werden keine Veränderungen im Ablauf der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen vorgenommen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde die Sozialanamnese als regelhaftes Element der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen („*Besondere psychische Belastung*“/„*Besondere soziale Belastung*“ nach Katalog A/B des Mutterpasses) und der Früherkennungsuntersuchungen (U3-U9: „*Besondere Belastungen in der Familie*“) eingeführt. Die Sozialanamnese in der Regelversorgung soll üblicherweise im Rahmen der ärztlichen Untersuchung stattfinden. Eine weitergehende inhaltliche Ausdifferenzierung der Anamnese mit entsprechender Dokumentationsmöglichkeit ist in den Richtlinien bis heute nicht umgesetzt, sodass die Fragen zwischen den Untersuchungen variieren können. Die Beratung zu Hilfen beschränkt sich auf „*Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten*“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022a) bzw. „*Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote*“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022b).

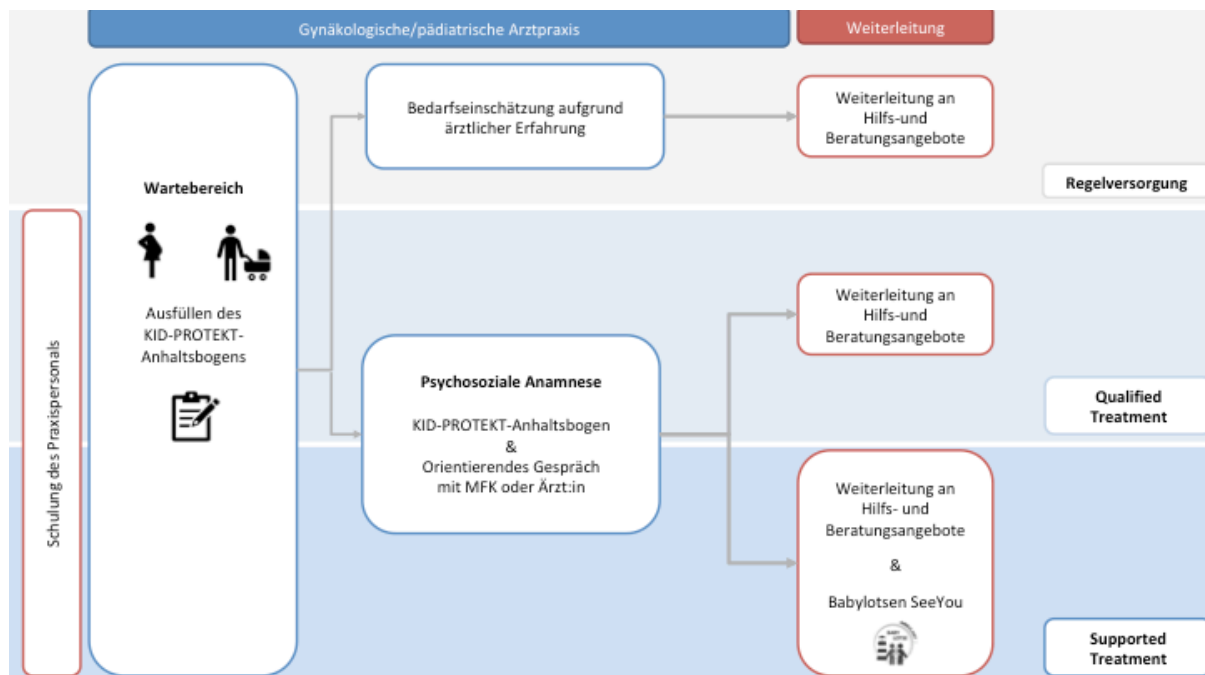


Abbildung 1: KID-PROTEKT Studienablauf und neue Versorgungsformen

Neue Versorgungsform: Qualified Treatment [QT]. Systematische Psychoziale Anamnese und Vermittlung von Hilfemaßnahmen durch geschultes Praxispersonal

Grundlage für die Einführung der Psychozialen Anamnese ist zunächst eine Schulung des Praxispersonals der am Projekt teilnehmenden gynäkologischen und pädiatrischen Praxen. Ärzt:innen und MFKs werden speziell in der Früherkennung von psychozialen Belastungen sowie im Themenfeld Frühe Hilfen angeleitet und qualifiziert, um Unterstützungsbedarfe bei Familien feststellen und Empfehlungen für konkrete Hilfsangebote aussprechen zu können (siehe Abbildung 1).

Nach erfolgter Schulung wird in den Praxen systematisch ein KID-PROTEKT-Anhaltsbogen zur Psychozialen Anamnese an alle Familien ausgehändigt. Dieser Bogen wird in der Regel während der Wartezeit vor der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchung bearbeitet. Weist der Bogen auf mögliche psychoziale Belastungen hin, wird der Familie im nächsten Schritt ein „Orientierendes Gespräch“ angeboten. Hierbei wird die durch den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen identifizierte Belastung erörtert und anschließend die Belastungsintensität sowie der diesbezügliche Unterstützungsbedarf durch das geschulte Praxispersonal eingeschätzt. Bei erkennbarem Bedarf wird die Familie an regionale Unterstützungsangebote weitergeleitet.

Neue Versorgungsform: Supported Treatment [ST]. Systematische Psychoziale Anamnese und Vermittlung von Hilfemaßnahmen durch geschultes Praxispersonal und eine (sozial)pädagogische Fachkraft

Die zweite Variante der neuen Versorgungsform erfolgt im Ablauf zunächst analog zum Qualified Treatment. Wird im Rahmen der Psychozialen Anamnese ein weitergehender (sozial-)pädagogischer Beratungsbedarf deutlich, besteht im Rahmen des „Supported Treatment“ zusätzlich die Möglichkeit, die Familie in eine in der Arztpraxis eingerichtete Lotsensprechstunde zu überweisen. Gemeinsam mit einer (sozial-)pädagogischen Fachkraft, den sogenannten Babylots:innen, findet im Praxissetting eine umfassende Bedarfsklärung und eine darauf abgestimmte Beratung nach dem Case-Management-Ansatz statt. Die Babylots:innen führen ein sogenanntes Clearinggespräch mit den Familien im Einzelsetting durch. In dem Clearinggespräch werden verschiedene Themengebiete wie die sozioökonomische Situation, psychische

Akronym: KID-PROTEKT
Förderkennzeichen: 01NVF17027

Gesundheit, Kompetenz für sich und das Kind zu sorgen und Unterstützungsmöglichkeiten durch das soziale Umfeld besprochen. Bei Bedarf übernehmen die Lots:innen die weitere Klärung von Anliegen, die weitere Begleitung der Familie sowie eine Überleitung an notwendige wohnortnahe Hilfsangebote.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Fragestellungen, Arbeitshypothesen und Zielparameter

Übergeordnetes Ziel der Evaluation ist es, die zwei Varianten der neuen Versorgungsform (Qualified Treatment und Supported Treatment) bei psychosozial belasteten Familien in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen zu bewerten und hinsichtlich der Effizienz und Effektivität mit der aktuellen Regelversorgung (TAU) zu vergleichen.

Fragestellung und primäre Zielparameter.

Effektivität und Effizienz.

Welche Versorgungsform ist in gynäkologischen bzw. in pädiatrischen Praxen am besten, d.h. am effektivsten und effizientesten, zur Weiterleitung von Familien mit besonderen Belastungssituationen in das Jugendhilfesystem u. a. geeignet?

Unter Effektivität wird dabei verstanden, welche Versorgungsform dazu geeignet ist, Familien mit psychosozialen Belastungen zu erkennen (Bedarfsquote), ins Hilfesystem weiterzuleiten (Weiterleitungsquote) und im Hilfesystem anzubinden (Inanspruchnahmequote). Das Hauptoutcome ist die Weiterleitungsquote.

Zudem soll im Rahmen der Untersuchung der Effizienz über eine Aufwand-Nutzen-Analyse geprüft werden, wie sich das Verhältnis von Aufwand gegenüber dem Nutzwert von TAU, QT und ST darstellt.

Arbeitshypothese: Angenommen wird, dass die neue Versorgungsform gegenüber der aktuellen Regelversorgung (TAU) eine höhere Effektivität und Effizienz aufweist und darüber hinaus das Supported Treatment (mit Angebot der Lots:innen) dem Qualified Treatment in Effektivität und Effizienz überlegen ist.

Unterfragestellungen und sekundäre Zielparameter.

Akzeptanz und Machbarkeit.

Wie zufrieden sind die Familien, Mitarbeiter:innen der gynäkologischen und pädiatrischen Praxen und Lots:innen mit den Leistungen in den jeweiligen Bedingungen (u. a. Schulung, Psychosoziale Anamnese, Weiterleitungen)?

Selbstwirksamkeit, psychische Gesundheit (Depressivität) und Lebenszufriedenheit.

Wie verändern sich SWE, Depressivität und Lebenszufriedenheit der Familien mit Unterstützungsbedarf innerhalb von 6 Monaten in den jeweiligen Bedingungen?

Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit.

Welche spezifischen Voraussetzungen sind für das Übertragen der neuen Versorgungsform auf andere Regionen (städtisches vs. ländliches Einzugsgebiet, Strukturparameter der Praxen), Populationen (Soziodemografie) und Professionen relevant?

Eine Nicht-Teilnahme-Analyse wird über anonyme Antwortkarten mit möglichen Verweigerungsgründen zu den Zeitpunkten Psychosoziale Anamnese und/oder Weiterleitung vorgenommen.

Tabelle 1: Überblick Fragestellungen und Zielparameter

Fragestellung	Zielparameter
Effektivität	Bedarfs-/Weiterleitungs-/Inanspruchnahmequote
Effizienz	Kosten-Nutzwert
Akzeptanz/Machbarkeit	Bewertungen
Selbstwirksamkeit/Depressivität/Lebenszufriedenheit	SWE/PHQ/FLZ ^M
Generalisierbarkeit	Soziodemografie, Unterschiede nach Praxisart (Facharztgruppe), -größe, Einzugsgebiet

2.2 Studiendesign und Randomisierung

Zur Evaluation der neuen Versorgungsform und zum Zweck der Beantwortung der Fragestellungen wird ein cluster-randomisiertes, kontrolliertes Studiendesign (RCT) verwendet. Dabei werden die Effektivität und Effizienz der beiden Varianten der neuen Versorgungsform (1. Qualified Treatment, 2. Supported Treatment) und die Kontrollbedingung (TAU) miteinander verglichen (siehe Abbildung 2).

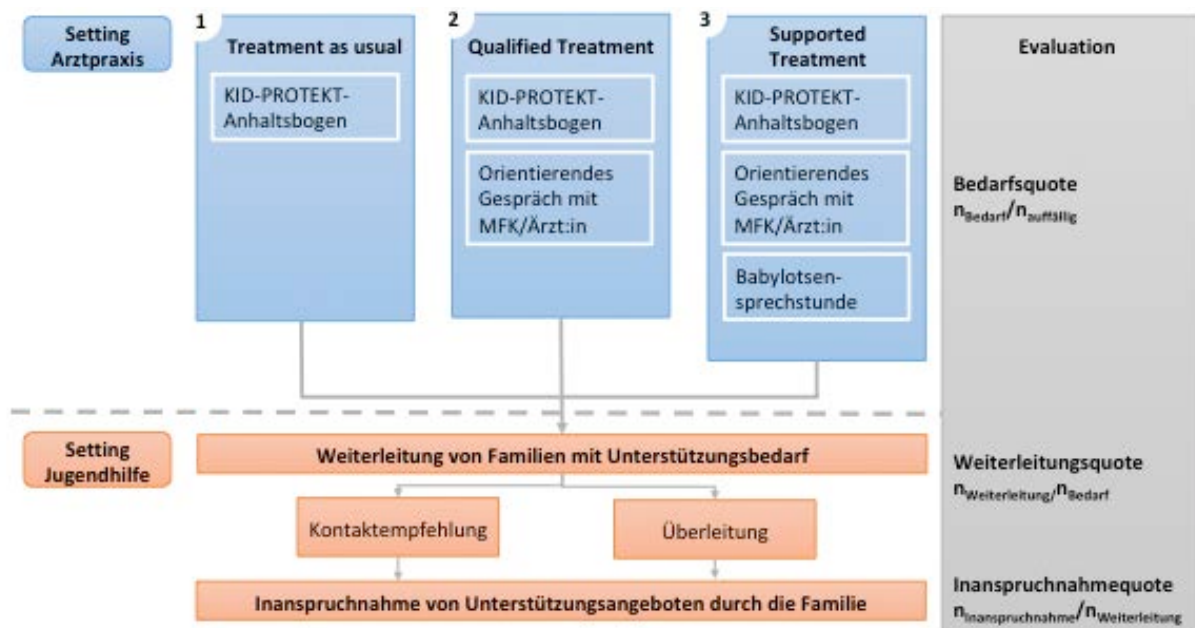


Abbildung 2: Studiendesign KID-PROTEKT

Um die gleichmäßige Verteilung von potenziellen Einflussfaktoren auf alle Studiengruppen sicherstellen zu können, findet die Zuteilung in die Interventions- und Kontrollbedingungen randomisiert statt. Es wird dabei eine Cluster-Randomisierung der teilnehmenden N=24 Praxen stratifiziert nach Einzugsgebiet und Praxisgröße durchgeführt. So wird eine gleichmäßige Verteilung der städtischen und ländlichen sowie der großen und kleinen Praxen bei zufälliger Zuordnung zu den Studienarmen sichergestellt. Tabelle 2 zeigt das Ergebnis der Randomisierung von N=23 Praxen im Jahr 2019 und die nachträgliche Aufnahme einer weiteren Praxis in die

Kontrollgruppe (TAU) im Jahr 2020 unterteilt nach Facharztgruppe (GYN/PÄD), städtischem vs. ländlichem Einzugsgebiet (Stadt/Land) und Praxisgröße (groß/klein).

Die Einteilung der Praxisgröße (groß/klein) wurde auf Basis praxiseigener Angaben zum Patientenaufkommen des Vorjahres vorgenommen. Zur Kategorisierung des Einzugsgebiets wurde die Typisierung des Thünen-Instituts zugrunde gelegt (Thünen-Institut, 2019).

Tabelle 2: Einteilung der Arztpraxen nach stratifizierter Cluster-Randomisierung

Studienarm	Facharztgruppe	Gesamt N=24	Einzugsgebiet		Praxisgröße	
			Stadt	Land	Groß	Klein
TAU	PÄD	4	4	-	2	2
	GYN	5	2	3	2	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

Anmerkung: Die Einteilung wurde auf Basis der Angaben im Strukturbogen vorgenommen und entspricht der Zuordnung im Jahr 2020.

Die Stärke dieses randomisiert-kontrollierten Studiendesigns liegt darin, dass untersucht werden kann, ob die jeweilige Versorgungsform zu einer Erhöhung der Bedarfs-, Weiterleitungs- und Inanspruchnahmequote führt.

2.3 Setting, Studienpopulation und Ein-/Ausschlusskriterien

Die Studie findet im Setting gynäkologischer sowie pädiatrischer Arztpraxen in Hamburg und der Metropolregion (Niedersachsen, Schleswig-Holstein) statt, wobei Praxen mit unterschiedlichen Strukturparametern, wie das Einzugsgebiet und die Praxisgröße, einbezogen wurden.

Mittels eines Strukturbogens (vgl. Anlage 10 ff.) – eines schriftlichen, halbstrukturierten Erhebungsinstruments – konnte ermittelt werden, in welchem Einzugsgebiet die Praxen liegen sowie welche Strukturparameter und welche Populationsspezifika die gynäkologischen und pädiatrischen Praxen zum Studienbeginn und -ende haben.

Zielpopulation der neuen Versorgungsform.

Die Zielpopulation sind Schwangere und Wöchnerinnen sowie Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr, bei denen besondere psychosoziale Belastungen vorliegen. Der Kontakt zur Zielpopulation wird im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge in gynäkologischen Praxen sowie im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen in pädiatrischen Praxen zu verschiedenen Messzeitpunkten hergestellt, mindestens jedoch zu folgenden Zeitpunkten:

- Schwangerschaft (1. bis 3. Trimester), Wochenbett (6 bis 8 Wochen nach der Geburt)
- Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U3 (4. bis 5. Lebenswoche) und U6 (10. bis 12. Lebensmonat)

Alle Familien, die im Zeitraum der Datenerhebung vom 01.09.2019 bis zum 28.02.2021 in den teilnehmenden Frauen- und Kinder- und Jugendarztpraxen an der Psychosozialen Anamnese

teilnahmen, wurden in die Studie eingeschlossen. Im besonderen Fokus stehen Familien, die einen intensiven Unterstützungsbedarf aufweisen.

Zur Evaluation der Versorgungsform hinsichtlich ihrer Effektivität, Effizienz, Akzeptanz und Machbarkeit wurden alle relevanten Berufsgruppen (MFKs, Ärzt:innen, Lots:innen) einbezogen.

Als Kontrollgruppe dienen alle Familien, die den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in den teilnehmenden gynäkologischen und pädiatrischen Praxen der Bedingung TAU ausfüllten. Als Vergleichspopulation für die untersuchten Versorgungsformen dienen Daten der Allgemeinbevölkerung des statistischen Bundesamtes (Destatis; siehe 3.4.4 Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit).

Teilstichproben.

Die gesamte Studienpopulation besteht aus den Familien, die in den Praxen angesprochen und um Teilnahme gebeten wurden. Zur Analyse einzelner Evaluationsoutcomes wurden Teilstichproben gebildet (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Teilstichproben aus der Studienpopulation

Teilstichproben	Familien
Bedarfsquoten	Alle Daten der Teilnehmer:innen, die Belastungen im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen nannten und deren Bedarf im Rahmen eines Orientierenden Gesprächs ermittelt wurde.
Weiterleitungsquoten und Prüfung des Hauptoutcomes Weiterleitungen	Alle Daten der als unterstützungsbedürftig identifizierten Familien (Anhaltsbogen plus Orientierendes Gespräch plus Weiterleitung) mit einer Kontaktempfehlung und/oder Überleitung.
Inanspruchnahmequoten und Prüfung des Outcomes Inanspruchnahme	Alle belasteten Familien in TAU und eine randomisierte Auswahl der Familien in QT und ST, die eine Weiterleitung erhielten und das Einverständnis zur Telefonbefragung schriftlich erteilten.
Psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeitserwartung, Lebenszufriedenheit, Soziodemografie	Alle Familien in QT, ST und TAU, die das Einverständnis zur Telefonbefragung schriftlich und zur Onlinebefragung mündlich gaben.

2.4 Fallzahlberechnung

Fallzahlberechnung Hauptoutcomes.

Die notwendige Stichprobengröße wurde im Vorfeld durch eine G*Power-Analyse ermittelt. Dabei wurde 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 mind. $N=179$ (mind. $N=60$ Fälle je Studienarm).

Auf Basis der bisherigen Erfahrungen in vorangegangenen Modellprojekten wurden Nicht-Teilnahme-Raten von 20% in den Frauenarztpraxen bzw. von 40% in den Kinderarztpraxen angenommen. Als Bezugsgröße wurde angenommen, dass pro Jahr durchschnittlich etwa $N=150$ Schwangere und Wöchnerinnen in Frauenarztpraxen bzw. $N=400$ Kinder im Alter bis zu 12 Monaten in Kinderarztpraxen versorgt werden. Damit wurden je Zugangsbedingung und

Facharztgruppe N=5 bzw. N=3 Arztpraxen zur Teilnahme während der 18-monatigen Datenerhebungsphase benötigt.

Alle Familien aus den teilnehmenden gynäkologischen und pädiatrischen Praxen mit einem KID-PROTEKT-Anhaltsbogen wurden in die Auswertung zur Evaluation eingeschlossen. Die Teilnehmer:innen an der Evaluation der primären Endpunkte stellten angesichts der angenommenen 20- bis 40%-igen Nichtteilnahmequote und der Fokussierung auf Intensiv-Versorgungsfälle eine Teilmenge aller versorgten Familien dar, die hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs überhaupt für eine Weiterleitung in das regionale Hilfesystem in Frage kamen.

Fallzahlberechnung sekundäre Outcomes.

Zur Ermittlung der sekundären Zielparmeter (SWE, Depressivität und Lebenszufriedenheit) wurde eine Teilstichprobe befragt. Je Studienarm wurden N=35 Teilnehmer:innen mit Belastungen und N=35 Teilnehmer:innen ohne Belastungen zur Erhebung benötigt. Aufgrund der Stichprobenmortalität von rund 20% zwischen T0 und T1 war eine Überrekrutierung zum ersten Erhebungszeitpunkt notwendig. N=42 Teilnehmer:innen waren in den Studienarmen TAU, QT und ST jeweils für die Facharztgruppe der Gynäkolog:innen und der Pädiater:innen (jeweils mit und ohne Belastungen) einzubeziehen (N=504 Teilnehmer:innen gesamt).

2.5 Implementierung und Ablauf der Datenerhebung

Vor Beginn der Datenerhebung wurden die Abläufe im Rahmen einer einmonatigen Implementierungsphase von Ende Juli bis Ende August 2019 in allen teilnehmenden gynäkologischen und pädiatrischen Praxen erprobt. Vorab wurde der Prozess der Datenerhebung mit allen Praxen vor Ort besprochen und praxisspezifische Abläufe schriftlich festgehalten.

Ethikvotum.

Vor der Umsetzung der Studie wurde das positive Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg (PV6027) eingeholt. Die Ethikkommissionen Niedersachsen und Schleswig-Holstein, die aufgrund der Lage einiger Arztpraxen außerhalb Hamburgs angefragt wurden, schlossen sich dem positiven Votum der Ärztekammer Hamburg an.

Study Nurse.

Um Abweichungen im Rahmen der Datenerhebung zu minimieren und problematische Fälle zu protokollieren, wurden Study Nurses eingesetzt, die vor Ort in den teilnehmenden Praxen wöchentlich das Datenmanagement übernahmen, die Datenqualität prüften und ggf. nachsteuerten. Darüber hinaus standen sie für alle professionellen Mitarbeiter:innen, darunter Ärzt:innen, MFKs und (sozial-)pädagogische Fachkräfte, als Ansprechpartner:innen zur Verfügung.

Nutzer:innenbeirat.

Zur Qualitätssicherung in der Evaluation wurde ein Nutzer:innenbeirat eingesetzt. Der Nutzer:innenbeirat ist ein Gremium, bestehend aus Mitgliedern der Zielgruppe, das in Fragen der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen aus Betroffenen­sicht berät. Mitglieder des Nutzer:innenbeirats waren ehemalige Nutzer:innen des Babylotsen Angebots. Der Nutzer:innenbeirat war in der Projektstruktur verankert und in Entscheidungsprozesse zu Angeboten für die Zielgruppe eingebunden. Die Stärke des Nutzer:innenbeirats bestand darin, dass er der Zielgruppe eine direkte Partizipation an Entscheidungen ermöglichte. Es fanden insgesamt drei Treffen des Nutzer:innenbeirats verteilt über den Projektzeitraum mit je vier bis sechs Teilnehmer:innen statt.

Wissenschaftlicher Beirat (Fachbeirat).

Zusätzlich zum Nutzer:innenbeirat wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingesetzt, der das Projekt im Verlauf beratend unterstützte. In dessen Rahmen wurden jährlich Abweichungen sowie deren Einflüsse auf die Ergebnisse fachlich diskutiert, bewertet und ggf. im Projekt nachgesteuert (formative Evaluation). Dem Wissenschaftlichen Beirat gehörten verschiedene Stakeholder u. a. aus der Wissenschaft, der Sozialbehörde der Stadt Hamburg sowie den Landesämtern Niedersachsen und Schleswig-Holstein, aus Berufsverbänden und Krankenkassen an. Es fanden insgesamt drei Treffen statt.

2.5.1 Datenerhebung in den Praxen

Neue Versorgungsform: Qualified Treatment [QT].

Alle Familien erhielten von dem Praxispersonal der jeweiligen Praxis bei einer Routineuntersuchung zur Schwangerenvorsorge (Gynäkologie) oder zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Pädiatrie) den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen, den sie freiwillig in der Wartezeit ausfüllen konnten. Falls sich die Familien gegen das Ausfüllen des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens entschieden, wurden sie gebeten, Gründe der Nicht-Teilnahme zu nennen. Eine MFK füllte die Nicht-Teilnahme-Karte aus und sammelte diese zur Abholung durch die Study Nurse.

Nachdem die Familien den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausgefüllt hatten, wurde dieser vom Praxispersonal ausgewertet. Wurde auf Grundlage des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens keine psychosoziale Belastung festgestellt, wurde der Bogen den Familien zurückgegeben. Die Familien hatten die Möglichkeit, diesen zu Evaluationszwecken an das UKE weiterzugeben, indem sie den Bogen in den speziell für die Studie aufgestellten Briefkasten einwerfen konnten. Wurde auf Grundlage des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens eine psychosoziale Belastung festgestellt, erfolgte eine Einladung der Familien zu einem Orientierenden Gespräch. Das Orientierende Gespräch fand in den Räumen der Praxis statt; dessen Ergebnis wurde von dem Praxispersonal mittels des Dokumentationsbogens festgehalten. Nach Abschluss des Orientierenden Gesprächs wurden die Familien von dem Praxispersonal auf die freiwillige Teilnahme an der Evaluationsstudie der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ am UKE hingewiesen. Die Familien erhielten eine Studienaufklärung und eine Einwilligungserklärung in zweifacher Ausfertigung und notierten ihre Kontaktdaten zur Durchführung der Telefoninterviews auf der Einwilligungserklärung. KID-PROTEKT-Anhaltsbögen, Dokumentationen der Orientierenden Gespräche, Einwilligungserklärungen, Kontaktdaten der Familien wurden in dem speziell für die Studie aufgestellten Briefkasten gesammelt.

Der Briefkasten war verschlossen und nicht für das Praxispersonal der Praxis zugänglich. Die Leerung des Briefkastens erfolgte in regelmäßigen Abständen durch die Study Nurse der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“. Die Daten wurden anschließend durch die Study Nurse zur Forschungsgruppe in das Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf gebracht.

Neue Versorgungsform: Supported Treatment [ST].

Das Vorgehen der Datenerhebung bei der Variante Supported Treatment entspricht dem für das Qualified Treatment dargestellten Vorgehen. Das Supported Treatment unterscheidet sich von dem Qualified Treatment darin, dass das Praxispersonal bei Bedarf die Möglichkeit hatte, die Familien an die in der Arztpraxis eingerichtete Lotsensprechstunde zu vermitteln und dies als Weiterleitung zu dokumentieren. Der/Die Babyslots:in übernahm, nach Erhalt der Kontaktdaten der Familien, als (sozial-)pädagogische Fachkraft die Fallbearbeitung und betreute die Familie bis zum Fallabschluss, was ebenfalls dokumentiert wurde. Alle Dokumente der Babyslots:innen wurden in den Räumen der Stiftung SeeYou in einem separaten Briefkasten zur

Abholung durch die Study Nurse aufbewahrt. Möglich war darüber hinaus auch eine anonyme Falldarstellung der Medizinischen Fachkräfte gegenüber den Lots:innen, um Hilfestellung bzgl. möglicher Anlaufstellen zu erhalten. Zudem wurden quartalsweise projektbegleitende Treffen zwischen Praxispersonal und Lots:innen angeboten, um allgemeine Fragen der Zusammenarbeit zu beantworten und den interdisziplinären Austausch zwischen den Praxen und Berufsgruppen zu ermöglichen.

Regelversorgung [TAU].

Alle Familien erhielten von dem Praxispersonal der jeweiligen Praxis bei einer Routineuntersuchung zur Schwangerenvorsorge (Gynäkologie) oder Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Pädiatrie) den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen, den sie freiwillig in der Wartezeit ausfüllen konnten. Sie erhielten zudem ein Informationsblatt zur Studienaufklärung sowie eine Einwilligungserklärung in zweifacher Ausführung. Die Familien notierten ihre Kontaktdaten zur Durchführung der Telefoninterviews auf der Einwilligungserklärung. Nachdem die Familien den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausgefüllt hatten, konnten sie diesen zusammen mit einem Exemplar der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den speziell für die Studie aufgestellten Briefkasten einwerfen. Weitere projektspezifische Maßnahmen/Ansprachen gegenüber den Familien fanden nicht statt. Die Dokumentation von Weiterleitungen im Bedarfsfall wurde durch das Praxispersonal auf einem Dokumentationsbogen vorgenommen.

2.5.2 Datenerhebung Telefoninterviews und Online-Befragung

Es wurden halb-strukturierte Telefoninterviews mit Familien, dem Praxispersonal und den Babylots:innen durchgeführt. Die Familien wurden 6 Wochen nach ihrer Teilnahme an der Psychosozialen Anamnese in der Arztpraxis telefonisch zu ihrer Meinung und Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebots befragt. Voraussetzung zu einer telefonischen Kontaktaufnahme war das schriftliche Einverständnis und die Angabe der Kontaktdaten seitens der Familien. Nach der Teilnahme erhielten sie bei Nennung ihrer Postanschrift einen Drogerie-Gutschein in Höhe von 5€ als Dankeschön. Alle Telefoninterviews wurden durch das Evaluationsteam durchgeführt und handschriftlich auf Interviewleitfäden protokolliert.

Im Rahmen der Teilstichprobe „Onlinepopulation Familien“, die für die Ermittlung der sekundären Zielparameter (SWE, Depressivität und Lebenszufriedenheit) zufällig gezogen wurde, wurden Familien aus den teilnehmenden gynäkologischen und pädiatrischen Praxen, die zuvor ihr Einverständnis per Einwilligungserklärung gegeben hatten und am Telefoninterview teilnahmen, zusätzlich zur Teilnahme an der Online-Befragung (Prä-Post-Testung) gebeten. Um darüber hinaus auch unbelastete Familien aus den Studienarmen ST und QT für die Studie zu rekrutieren, erhielten diese ebenfalls eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie. Bei Einwilligung am Ende des Interviews erhielten die Interviewteilnehmer:innen eine Einladung zur Online-Befragung per Mail. Sechs Monate nach dem Ausfüllen der Online-Befragung erhielten die Familien erneut einen Link zum zweiten Messzeitpunkt der Online-Befragung per Mail übersandt. Für ihre Teilnahme erhielten die Familien für jeden Messzeitpunkt ebenfalls einen Drogerie-Gutschein in Höhe von 5€.

Die Telefoninterviews mit dem Praxispersonal und den Babylots:innen wurden am Ende der Datenerhebung durchgeführt. Aus jeder Praxis wurden zwei MFKs sowie ein/e ärztliche/r Vertreter:in befragt.

2.6 Instrumente

Einen Überblick über die Endpunkte der Evaluation im Projekt KID-PROTEKT sowie über die zu deren Messung herangezogene Indikatoren und Instrumente gibt Tabelle 4.

Tabelle 4: Endpunkte und Indikatoren der Evaluation im Projekt KID-PROTEKT

	KID-PROTEKT-Anhaltsbogen	Dokumentation OG	Dokumentation Babylots:innen	Telefoninterviews	Nicht-Teilnahme-Karte	Abrechnungsbogen	Strukturbogen Praxen	Psychische Gesundheit	Expertenbefragung	Selbstwirksamkeitserwartung	Lebenszufriedenheit	Soziodemografie
Effektivität												
Belastungsquote	X											
Bedarfsquote		X	X									
Weiterleitungsquote		X	X									
Inanspruchnahmequote				X								
Effizienz												
Dauer OG		X										
Anzahl OG		X										
Anzahl Babylots:innenfälle			X									
Falldauer Babylots:innenfall			X									
Dauer Clearing Babylots:innen			X									
Nutzwertberechnung								X				
Akzeptanz und Machbarkeit												
Erreichte Familien						X						
Anteil Lotsensprechstunde			X									
Umsetzbarkeit				X			X					
Ablehnung Angebot					X							
Ablehnung Fragebogen					X							
Ablehnung OG					X							
Ablehnung Lotsensprechstunde					X							
Ablehnung Studienteilnahme					X							
Wirkung im Prä-Post-Vergleich												
Depressivität								X				
Selbstwirksamkeitserwartung										X		
Lebenszufriedenheit											X	
Generalisierbarkeit/Repräsentativität												
Familien												X
Praxen							X					

2.6.1 KID-PROTEKT-Anhaltsbogen [TAU, QT, ST]

Bei dem KID-PROTEKT-Anhaltsbogen (vgl. Anlage 1 ff. des Ergebnisberichtes) handelte es sich um einen selbstentwickelten, vollstrukturierten Selbstausfüllbogen bestehend aus 11 Items.

Der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen basiert auf dem Hamburger Anhaltsbogen „Wilhelm“. Eine Prüfung des Wilhelms hinsichtlich dessen Konstruktvalidität konnte 2019 erfolgreich abgeschlossen werden (Kolodziej, 2019). Um einen Überblick über die in der Geburtshilfe in Deutschland verwendeten Risikoscreenings zu bekommen, wurde ein Review mit den wichtigsten, in der Praxis verwendeten Screeningbögen erstellt. Insgesamt wurden sechs verschiedene Bögen identifiziert (Babylotse Plus Charité, LupE Guter Start ins Kinderleben, Anhaltsbogen Wilhelm Hamburg, Wilhelm Frankfurt, KinderZUKUNFT Solingen und der Screeningbogen Ortenaukreis). Alle in den Bögen abgefragten Items wurden zusammengefasst und im Sinne einer Best-Practise-Analyse gegenübergestellt. Unterteilt in die Kategorien: Schwangerschaft, Geburt, Fragen über die Mutter, Fragen über die zweite Bezugsperson neben der Mutter, Fragen zum Kind, zur Beziehung zum Kind und zur Familie zeigten sich Überschneidungen und notwendige Ergänzungen des Wilhelm. Alle in der empirischen Fachliteratur als relevant identifizierten Kriterien und Belastungsfaktoren waren damit einbezogen (Kindler, 2010) und der Bogen auf Inhaltsvalidität geprüft.

Im nächsten Schritt wurde diese Übersicht in den Nutzer:innenbeirat eingebracht, um über die Items kritisch in der Darstellungsweise zu diskutieren und höchstmögliche Akzeptanz und Praktikabilität in der Nutzung des Bogens sicherzustellen.

Er lag als Paper-Pencil-Fragebogen in Deutsch, Arabisch, Farsi, Türkisch, Spanisch, Französisch, Englisch und Russisch in den Arztpraxen vor und wurde dort an alle Familien im Untersuchungszeitraum ausgehändigt.

Die ersten drei Items des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens erfassten zunächst das Setting sowie soziodemografische Merkmale der Eltern. Wurde der Bogen in gynäkologischen Praxen eingesetzt, diente das erste Item der Angabe der Schwangerschaftswoche, in der sich die Patientin befand. Die Schwangerschaftswoche wurde über die Kategorien „1.-12.- Schwangerschaftswoche“; „13.-28. Schwangerschaftswoche“; „29.-40. Schwangerschaftswoche“ und „Ich habe bereits entbunden“ erfasst. In pädiatrischen Praxen wurde über das erste Item die U-Untersuchung des Kindes mittels der Kategorien „U2 (3. - 10. Tag)“; „U3 (4. - 5. Woche)“; „U4 (3. - 4. Monat)“; „U5 (6. - 7. Monat)“; „U6 (10. - 12. Monat)“ und „Sonstige“ erfasst. Im Anschluss wurde das Alter des Elternteils über die Kategorien „jünger als 18 Jahre“; „zwischen 18 und 21 Jahre“; „zwischen 22 und 34 Jahre“ und „35 Jahre oder älter“ sowie die Anzahl der bereits im Haushalt lebenden Kinder über die Kategorien „keine“; „1 - 2 Kinder“ und „3 oder mehr Kinder“ erfragt.

Auf zusätzliche soziodemografische Angaben der Patient:innen auf dem KID-PROTEKT-Anhaltsbogen wurde zugunsten einer höheren Teilnehmerrate (Vermeidung von Reaktanz aufgrund hoher Fragenanzahl und zu spezifischen Angaben) und zugunsten der Möglichkeit, dass die Teilnehmer:innen zu diesem Zeitpunkt noch keine mehrseitige Einverständniserklärung und Studieninformation im Sinne der DGVSO ausfüllen müssen, verzichtet.

Die weiteren dienten acht Items als Filterfragen, da sie empirisch gesicherte, psychosoziale Risikofaktoren hinsichtlich der frühkindlichen Entwicklung erfragten. Jedes dieser Items konnte von den Eltern bejaht oder verneint werden, sodass ersichtlich wurde, welche Familien Hinweise auf eine psychosoziale Belastung zeigten und somit für ein Orientierendes Gespräch in Betracht gezogen werden mussten. Dabei wurde zunächst ermittelt, ob der Elternteil alleinerziehend war und ob dieser sich in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder etwas sehr Belastendes erlebt hat. Hinzu kamen sechs Items, die Kategorien mit dazugehörigen psychosozialen Risiko- bzw. Belastungsfaktoren abbilden und damit ermittelten, ob die Eltern hier zurzeit besondere Belastungen aufwiesen:

- **Alltagsbewältigung:** z.B. durch seelische oder körperliche Erkrankungen/starke Erschöpfung/Einsamkeit/Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen,
- **Partnerschaft:** z.B. durch Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft bzw. Trennung,

- **Lebenssituation:** z.B. durch Schulden, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnsituation, fehlende Krankenversicherung oder fehlende Sprachkenntnisse,
- **Schwangerschaft und Geburt:** z.B. durch ungeplante Schwangerschaft, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt bzw. Frühgeburt,
- **Kinder und Erziehung:** z.B. durch fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung/schwieriges Verhalten eines Kindes bzw. Zwillinge oder Mehrlinge, Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes,
- **Sonstiges** (Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?).

Auswertung: Ein Auswertungsschema (vgl. Anlage 25f.) erleichterte dem Praxispersonal die Entscheidung, wann ein Orientierendes Gespräch initiiert werden sollte. Als Gesprächsanlass wurde gewertet, wenn Familien eine oder mehrere Belastungskategorien mit ja bewertet haben und/oder eines der folgenden Items zutreffend war: jünger als 18 Jahre, alleinerziehend, antriebslos/erschöpft/niedergeschlagen/freudlos gefühlt.

2.6.2 Dokumentation Weiterleitungen [TAU]

Der Dokumentationsbogen (vgl. Anlage 24) diente der Erfassung der Weiterleitungen nach einer ärztlichen Beratung bei psychosozialen Problemen sowie der Empfehlung weiterführender Hilfen in der Kontrollbedingung TAU. Hierbei wurden der Erfassungszeitraum sowie die Studien-IDs der weitergeleiteten Familien und die dazugehörigen empfohlenen Angebote/Einrichtungen festgehalten.

2.6.3 Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch [QT und ST]

Der Dokumentationsbogen (vgl. Anlage 4 f.) diente als schriftliches, halbstrukturiertes Erhebungsinstrument des Orientierenden Gesprächs. In diesem wurden zunächst die Rahmenbedingungen, wie Datum, Dauer, Ort und durchführende Person (MFK oder Ärzt:in) dokumentiert. Danach wurde der Anlass des Gesprächs über die Kategorien „Ergebnis KID-PROTEKT-Anhaltsbogen“, „Persönlicher Eindruck MFK/Ärzt:in“, „Folgegespräch“ und „Familie hat selbst nach Unterstützung gefragt, Grund: Freitextfeld“ festgehalten. Um die im Orientierenden Gespräch thematisierte Art der Belastung einordnen zu können, wurden erneut die bereits im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen verwendeten Kategorien „Alltagsbewältigung“, „Partnerschaft“, „Lebenssituation“, „Schwangerschaft und Geburt“, „Kinder und Erziehung“ und „Sonstiges: Freitextfeld“ erhoben.

Anschließend erfolgten die Einschätzung der Belastung sowie des Unterstützungsbedarfs der Familien jeweils anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr hoch“ bis „sehr gering“. Bei erkennbarem Unterstützungsbedarf wurde zudem angegeben, ob eine Weiterleitung der Familien an regionale Unterstützungsangebote erfolgen sollte. Wenn keine Weiterleitung geplant wurde, wurde der diesbezügliche Grund über die Kategorien „Familie möchte keine Unterstützung“, „Familie ist abgesichert durch familiäres/soziales Netzwerk oder professionelle Unterstützung“ und „Sonstiges: Freitextfeld“ dokumentiert.

Wenn eine Weiterleitung der Familie stattfinden sollte, konnte diese auf der zweiten Seite des Dokumentationsbogens spezifiziert werden. Dazu stand ein Item mit Freitextfeld zur Verfügung, über welches der/die MFK oder der/die Ärzt:in Kontaktempfehlungen zu einer oder mehreren Einrichtungen mit passenden Hilfsangeboten für die Familie festhalten konnte. Über das letzte Item des Dokumentationsbogens konnten Einrichtungen über Freitextfelder konkret benannt werden, zu denen eine Überleitung der Familie stattgefunden hat. Das Vorgehen hinsichtlich der Überleitung wurde jeweils über die Kategorien „Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert“, „Familie meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung“, „Kontaktdaten

der Familie wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Familie“ und „Praxis vereinbart für die Familie einen Termin bei der vermittelten Einrichtung“ angegeben. Die reine Kontaktempfehlung als Weiterleitung ist im Vergleich zur Überleitung mit Kontaktanbahnung passiver und ist eine Komm-Struktur.

2.6.4 Dokumentationsbogen Lotsensprechstunde [ST]

Der Dokumentationsbogen (vgl. Anlage 6) diente als schriftliches, halbstrukturiertes Erhebungsinstrument der Lotsensprechstunde und bestand aus 19 Items. Zunächst wurden die Falldauer in Minuten sowie die Anzahl der Fallbesprechungen innerhalb der Praxis über Freitextfelder festgehalten. Die Umstände der Kontaktaufnahme konnten über drei Items erörtert werden. Dabei ließen sich zum einen der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme über die Kategorien „Vor der Geburt“ und „Nach der Geburt“ und zum anderen der Grund der Kontaktaufnahme über die Kategorien „Meldung durch MFK nach orientierendem Gespräch“; „Touchpoint“; „Direktmeldung“ und „Selbstmelder*in“ dokumentieren. Zudem konnte im Falle eines Kontaktabbruchs der diesbezügliche Grund dargelegt werden.

Anhand eines Items konnte der Ort des Clearing-Gesprächs über die Kategorien „Lotsensprechstunde“, „Babylotsen-Büro“, „Hausbesuch“, „Telefonisch“ und „Anderer Ort“ angegeben werden. Wenn das Clearing nicht in der Lotsensprechstunde stattfand, konnte zudem der diesbezügliche Grund über Antwortvorgaben erläutert werden. Anschließend erfolgte eine Einschätzung der Belastungssituation sowie des Unterstützungsbedarfs der Familie zum Zeitpunkt des Clearings über eine fünfstufige Likert-Skala von „Sehr hoch“ bis „Sehr gering“. Die darauffolgenden zwei Items erfassten zudem eine Einschätzung der Fallkategorie der Familie zum Zeitpunkt des Clearings sowie bei Fallabschluss, wofür die Kategorien „Beratung“, „Kurzfall“, „Intensivfall“ oder „Psychosoziale Kurzintervention“ herangezogen werden.

Im Anschluss daran wurden die im Rahmen der Lotsensprechstunde bearbeiteten Themen eingeordnet. Der/die Babylots:in konnte dabei unter anderem „Alltagsstrukturierung“, „Partnerkonflikte“ oder „Finanzielle Angelegenheiten“ als thematisierte Belastungsbereiche der Familie angeben. Zudem war unter „Sonstiges“ ein Freitextfeld verfügbar, um auch Themen zu notieren, die nicht über die Antwortvorgaben abgedeckt werden konnten. Darüber hinaus wurde dokumentiert, ob es im Verlauf des Gesprächs Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gab und ob eine diesbezügliche Überleitung an den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) erfolgt ist.

Anschließend wurde eine mögliche Weiterleitung der Familie bestimmt. Über ein Freitextitem konnten hierfür zunächst Kontaktempfehlungen zu einer oder mehreren Angeboten/Einrichtungen angegeben werden. Zudem ließ sich anhand des letzten Items des Dokumentationsbogens die jeweils geplante Überleitung der Familie konkretisieren. Hierzu gehören die konkrete Benennung sowie Priorisierung der Einrichtungen, zu denen die Familie übergeleitet werden sollte. Das Vorgehen hinsichtlich der Überleitung wurde jeweils über die Kategorien „Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert, Familie meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung“, „Kontaktdaten der Familie wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Familie“ und „Praxis vereinbart für die Familie einen Termin bei der vermittelten Einrichtung“ angegeben. War eine Überleitung der Familie an die erste Wahl nicht möglich, ließ sich die Begründung hierfür über Antwortvorgaben festhalten. Über ein weiteres Freitextfeld wurden zudem die Institutionen der vorherigen Wahl aufgegriffen.

Die Lots:innen dokumentierten darüber hinausgehend in der Falldokumentation Contur die für ihre Fallbearbeitung notwendigen Inhalte gesondert.

2.6.5 Dokumentationsbogen Fallbesprechung [ST]

Der Dokumentationsbogen (vgl. Anlage 7) für Fallbesprechungen bzw. Kurzberatungen war ein schriftliches, halbstrukturiertes Erhebungsinstrument mit neun Items. Die ersten fünf Items erfassten über Freitextfelder Datum, Dauer, Praxis-ID, Anzahl der Fallbesprechungen und Anzahl der Kurzberatungen. Über die nächsten zwei Items ließen sich zudem die durchführende Person über die Kategorien „MFK“ und „Ärzt:in“ und der Ort der Fallbesprechung bzw. Kurzberatung über die Kategorien „Telefonisch“ und „Persönlich“ angeben. Anhand der letzten zwei Items wurden anschließend die dort besprochenen Themen oder, wenn das Angebot nicht stattgefunden hat, die diesbezüglichen Gründe über Antwortvorgaben eingeordnet.

2.6.6 Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern [TAU, QT, ST]

Zur Erhebung der Akzeptanz und Machbarkeit der neuen Versorgungsform wurden halbstrukturierte Telefoninterviews mit den Familien durchgeführt. Alle an der telefonischen Befragung teilnehmenden Familien erhielten als Incentive zur Teilnahme einen Drogerie-Gutschein im Wert von 5€ pro Person.

Die schriftlichen, halbstrukturierten Interviewleitfäden der Eltern (vgl. Anlage 12 ff.) der Interventionsbedingungen TAU, QT und ST waren, bis auf einige interventionsspezifische Items, identisch aufgebaut. Je nach Interventionsbedingung umfassten die Leitfäden dabei zwischen 30 und 37 Items. Anhand der ersten fünf Items wurden Eltern aller drei Bedingungen gebeten, Einsatz, Verständlichkeit und Praktikabilität des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens mittels einer sechsstufigen Likert-Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ zu bewerten. Alle Angaben der Eltern wurden im Interviewleitfaden stichwortartig notiert. Die Freitextangaben der Eltern wurden von zwei unabhängigen Ratern thematisch kategorisiert und unter einer inhaltlichen Überschrift die Häufigkeit der Nennung dokumentiert. Zum Abschluss der Telefoninterviews wurden in allen drei Bedingungen dieselben soziodemografischen Merkmale der teilnehmenden Eltern erhoben. Hierzu zählten unter anderem Alter, Geschlecht, Familienstruktur und -größe sowie Staatsangehörigkeit.

Telefonbefragung Regelversorgung [TAU].

In der Kontrollbedingung TAU wurde zunächst über ein Filteritem ermittelt, ob die Eltern mit dem/der Ärzt:in über die Belastungen, die im Bogen genannt wurden, gesprochen haben. Traf dies zu, so bewerteten die Eltern, wie hilfreich sie das Gespräch in Bezug auf ihre Anliegen fanden und wie zufrieden sie mit diesem waren. Daraufhin wurde anhand eines weiteren Filteritems erfragt, ob der/die Ärzt:in ein Unterstützungsangebot empfohlen oder die Eltern an ein Unterstützungsangebot vermittelt hat. War auch dies zutreffend, beurteilten die Eltern, wie hilfreich sie die Weiterleitung durch den/die Ärzt:in empfanden. Zusätzlich wurde ermittelt, um welches Unterstützungsangebot es sich handelte, ob die Eltern das Unterstützungsangebot wahrnehmen und ob es sich langfristig in ihren Alltag integrieren ließ. Außerdem konnten Verbesserungsvorschläge für das Projekt KID-PROTEKT aus Sicht der Eltern über ein Freitextitem festgehalten werden.

Telefonbefragung Qualified Treatment [QT].

Anhand eines Filteritems wurde ermittelt, ob die Eltern mit dem/der MFK oder dem/der Ärzt:in über den Bogen gesprochen haben. Wenn ein diesbezügliches Orientierendes Gespräch stattgefunden hat, bewerteten die Eltern dieses über vier Items erneut anhand der oben beschriebenen sechsstufigen Likert-Skala. Hierbei wurde z.B. erfragt, wie hilfreich die Eltern das Gespräch fanden. Über die nächsten drei Items wurde zudem eine mögliche Weiterleitung an ein Unterstützungsangebot thematisiert. Dabei bewerteten die Eltern, wie

zufrieden sie mit dem vermittelten Unterstützungsangebot waren. Zusätzlich wurde erfragt, ob die Eltern das Unterstützungsangebot wahrnahmen. Über weitere zwei Items ließen sich Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Beratung des/der MFK oder des/der Ärzt:in sowie für das Projekt KID-PROTEKT in der gynäkologischen bzw. pädiatrischen Praxis festhalten. Außerdem wurde erfragt, ob sich die Eltern eine weitere Betreuung durch das Praxispersonal wünschten.

Telefonbefragung Supported Treatment [ST].

Das Telefoninterview für die Interventionsbedingung ST beinhaltete identische Items hinsichtlich des Orientierenden Gesprächs mit dem/der MFK oder dem/der Ärzt:in. Allerdings wurden die Eltern zusätzlich gebeten, das Beratungsgespräch mit dem/der Babylots:in sowie die empfohlenen/vermittelten Unterstützungsangebote zu bewerten. Auch hier wurde erfragt, ob die Eltern das Unterstützungsangebot wahrnehmen und ob es sich langfristig in ihren Alltag integrieren ließ. Über die darauffolgenden drei Freitextitems konnten die Eltern Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Babylots:innensprechstunde, das Beratungsgespräch mit der MFK oder dem/der Ärzt:in sowie für das Projekt KID-PROTEKT in der gynäkologischen bzw. pädiatrischen Praxis angeben. Zuletzt wurde ermittelt, ob sich die Eltern weitere Betreuung durch das Praxispersonal und/oder durch den/die Babylots:in wünschten.

Ermittlung des Sozialstatus der teilnehmenden Familien (SES-Index) [TAU, QT, ST].

Mithilfe des Sozioökonomischer Status-Index (SES-Index) (Lampert et al., 2018) wurde zudem der sozioökonomische Status der Eltern ermittelt. Der mehrdimensionale SES-Index basiert auf Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, zu ihrer beruflichen Stellung und zum Netto-Äquivalenzeinkommen, die zur Berechnung eines Punktsummenscores verwendet wurden. Die daraus resultierenden drei Einzeldimensionen Bildung, Berufsstatus und Einkommen bilden die drei Subskalen, die mit gleichem Gewicht in die Berechnung eingehen. Der Punktsummenscore kann daher Werte zwischen 3 und 21 annehmen.

Im Rahmen der Prüfung der Sekundären Outcomes wurde der SES-Index kategorial verwendet, um den sozioökonomischen Status der Haushalte abzubilden. Eine Zuordnung erfolgte dabei über die folgenden drei Gruppen: niedriger SES (1. Quintil), mittlerer SES (2.–4. Quintil) und hoher SES (5. Quintil). Die Stichprobe der Teilnehmer:innen von KID-PROTEKT wurde damit mit den Angaben aus dem Datenreport des Statistischen Bundesamtes und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung im Rahmen der Prüfung auf Generalisierbarkeit vergleichbar (Destatis, WZB, 2021).

2.6.7 Interviewleitfaden zur Befragung der MFKs/Ärzt:innen [TAU, QT, ST]

Der schriftliche, halbstrukturierte Interviewleitfaden der MFKs und ärztlichen Vertreter:innen der Interventionsbedingung QT (vgl. Anlage 15) umfasste 25 Items. Alle Angaben der Mitarbeiter:innen der Praxen wurden im Interviewleitfaden stichwortartig notiert. Die ersten fünf Items dienten zunächst der Bewertung des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens mithilfe einer sechsstufigen Likert-Skala von „Sehr gut“ bis „Ungenügend“. Dabei wurde erfragt, wie die Integration des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens in den Arbeitsalltag gelungen ist oder wie hilfreich der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in Bezug auf die Identifizierung von Familien mit psychosozialen Belastungen war. Daraufhin wurde erfragt, ob Orientierende Gespräche geführt wurden. Wenn dies zutreffend war, wurden über drei Items Bewertungen hinsichtlich der Orientierenden Gespräche erhoben. Hierbei wurde z.B. erfragt, wie hilfreich der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch war. Die nächsten vier Items beziehen sich auf die Weiterleitungen der Familien. Dabei wurden die MFKs bzw. die Ärzt:innen gebeten, zu beurteilen, wie leicht ihnen beispielsweise die Weitervermittlung der Familien an

Unterstützungsangebote fiel und wie gut die Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen wurden. Im Anschluss daran ermittelte ein Item, wie die MFKs bzw. Ärzt:innen die Schulung im Vorfeld der Projektdurchführung für die Arbeit mit den Familien bewerten. Anhand der letzten 12 Items wurden zudem abschließende Fragen zum Projekt gestellt. Dabei wurde ermittelt, ob die MFKs bzw. Ärzt:innen im Projekt KID-PROTEKT einen Mehrwert für ihre gynäkologische oder pädiatrische Praxis sahen und welche Probleme oder Herausforderungen sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben haben.

Der schriftliche, halbstrukturierte Interviewleitfaden der MFKs und Ärzt:innen der Interventionsbedingung ST (vgl. Anlage 16) umfasste 30 Items. Alle Angaben der Mitarbeiter:innen der Praxen wurden im Interviewleitfaden stichwortartig notiert. Hinsichtlich der Items ist er zum Großteil identisch zum Interviewleitfaden der Bedingung QT. Allerdings ist der hier eingesetzte Leitfaden um einige interventionsspezifische Items zu den Babylots:innen und der Lotsensprechstunde erweitert. Dabei wurden die MFKs und Ärzt:innen gebeten, die Lotsensprechstunde anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von „sehr gut“ bis „ungenügend“ zu beurteilen. Es wurde z.B. erfragt, wie sie die Zusammenarbeit mit den Babylots:innen und die Nützlichkeit der Lotsensprechstunde für Familien bewerten. Zudem wurde über zwei Items ermittelt, wie hilfreich MFKs und Ärzt:innen die begleitenden Projekttreffen und die Fallbesprechungen mit den Babylots:innen beurteilten.

Der schriftliche, halbstrukturierte Interviewleitfaden der MFKs und Ärzt:innen der Interventionsbedingung TAU (vgl. Anlage 17) umfasste 16 Items. Hierbei wurden lediglich die in den Bedingungen QT und ST beschriebenen Bewertungen der MFKs und Ärzt:innen hinsichtlich des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens sowie die abschließenden Fragen zum Projekt erhoben.

Die Freitextangaben der Mitarbeiter:innen der Praxen wurden von zwei unabhängigen Ratern thematisch kategorisiert und unter einer inhaltlichen Überschrift die Häufigkeit der Nennung dokumentiert.

2.6.8 Interviewleitfaden zur Befragung der Babylots:innen [ST]

Bei dem Interviewleitfaden zur Befragung der Babylots:innen (vgl. Anlage 18) handelt es sich um ein schriftliches, halbstrukturiertes Erhebungsinstrument, das 21 Items umfasste. Die Items waren dabei größtenteils als Freitextitems gestaltet oder bildeten eine sechsstufige Likert-Skala von „Sehr gut“ bis „Sehr schlecht“ ab.

Anhand der ersten sechs Items wurde die Umsetzbarkeit der Lotsensprechstunde ermittelt. Dabei wurde unter anderem über Freitextitems erfragt, wie gut sich die Lotsensprechstunde in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen integrieren ließ und welche Grenzen oder Herausforderungen sich im Laufe des Projekts aus Sicht der Babylots:innen ergeben haben. Über die darauffolgenden fünf Items wurde die Lotsensprechstunde zudem in Bezug zum Orientierenden Gespräch und den Weiterleitungen gesetzt. Die Items sollten dabei z.B. ermitteln, welche Unterschiede die Babylots:innen zwischen dem Orientierenden Gespräch und der Lotsensprechstunde insbesondere hinsichtlich der Weiterleitung der Familien sahen. Anhand der nächsten vier Items ließ sich die Meinung der Babylots:innen zur Kooperation mit den Praxen sowie den Einrichtungen festhalten. Die Lots:innen sollten dabei z.B. die Zusammenarbeit mit MFKs, Ärzt:innen und den kooperierenden Einrichtungen bewerten. Im Rahmen des Interviews beurteilten die Babylots:innen abschließend über sechs Items die Akzeptanz des Projekts bei den Familien und den Arztpraxen sowie das Projekt KID-PROTEKT insgesamt. Außerdem wurden Verbesserungsvorschläge, Anmerkungen und Anregungen der Babylots:innen zum Projekt festgehalten. Alle Angaben der Babylots:innen wurden im Interviewleitfaden stichwortartig notiert. Die Freitextangaben der Babylots:innen wurden von zwei unabhängigen Ratern thematisch kategorisiert und unter einer inhaltlichen Überschrift die Häufigkeit der Nennung dokumentiert.

2.6.9 Online-Befragung der Familien [TAU, QT, ST]

Die Online-Befragung (vgl. Anlage 19) wurde als Prä-Post-Testungen mittels Telefon- und Online-Befragungen in den beiden Interventionsbedingungen QT und ST sowie in der Kontrollbedingung TAU durchgeführt. Teilnehmer:innen der Interviews, die etwa 6 Wochen nach der psychosozialen Anamnese teilnahmen, wurden im Anschluss an das Interview um die zusätzliche Teilnahme an der Online-Befragung gebeten und bei Einverständnis ein Zugangslink per Mail versendet. Über den Onlinefragebogen sollte insbesondere die Lebenszufriedenheit, psychische Gesundheit (Depressivität) und SWE der Familien zum Zeitpunkt 6 Wochen nach der psychosozialen Anamnese (T0) und 6 Monate nach der ersten Befragung (T1) ermittelt werden.

Belastungen aufgrund der Corona-Situation.

Im Rahmen eines Filteritems wurde erfragt, wie stark der/die Befragte unter der aktuellen Corona-Situation litt. Dies konnte über eine fünfstufige Likert-Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“ beantwortet werden.

Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M).

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ^M) (Henrich & Herschbach, 2000) ist ein vollstrukturiertes Erhebungsinstrument mit 33 Items und diente der Erfassung der bereichsspezifischen sowie der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Die Befragten sollten dabei die Wichtigkeit und Zufriedenheit in den Lebensbereichen Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbys, Gesundheit, Einkommen/finanzielle Sicherheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder und Partnerschaft/Sexualität mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala von „Unwichtig“ bis „Sehr wichtig“ bzw. von „Unzufrieden“ bis „Sehr zufrieden“ angeben. Die Beurteilung sollte sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen beziehen.

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE).

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (Schwarzer & Jerusalem, 2002) ist ein vollstrukturiertes Erhebungsinstrument mit zehn Items, das Überzeugungen subjektiver Kontrollierbarkeit bzw. Kompetenzerwartungen in verschiedenen Anforderungssituationen erfasst. Jede Skala bzw. jedes Item kann dabei anhand einer vierstufigen Likert-Skala von „Stimmt nicht“ bis „Stimmt genau“ beantwortet werden. Der Testwert der SWE ergibt sich durch die Addition der Werte aller zehn Antworten, wobei ein Scoring zwischen 10 und 40 resultieren kann.

Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Familien (PHQ-9).

Bei dem Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (Kroenke & Spitzer, 2002) handelt es sich um ein psychodiagnostisches Screeninginstrument, das aus dem Depressionsmodul des PHQ-D stammt. Der PHQ-9 ist vollstrukturiert und umfasst neun Items, welche die Kriterien einer Depression nach den „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) erfassen. Die Ausprägung der Depressivität wird für den Zeitraum der letzten zwei Wochen auf einer vierstufigen Likert-Skala gemessen, die in „Überhaupt nicht“, „An einzelnen Tagen“, „An mehr als der Hälfte der Tage“ und „Beinahe jeden Tag“ unterteilt ist. Durch das Aufsummieren der Werte aller neun Antworten des PHQ-9 ergibt sich ein Scoring zwischen 0 und 27. Anhand diesem lässt sich die Depressionsschwere in folgende Kategorien einordnen: „keine bis minimal“ (0 - 4), „leicht“ (5 - 9), „mittelgradig“ (10 - 14), „ausgeprägt“ (15 - 19) oder „schwerwiegend“ (20 - 27).

2.6.10 Sonstige Instrumente

Nicht-Teilnahme-Karten [TAU, QT, ST].

Über die Nicht-Teilnahme-Karten der Interventionsarme QT und ST (vgl. Anlage 20 f.) wurden die abgelehnten Bestandteile (Angebot, Studienteilnahme) und Gründe der Ablehnung erfasst. Die Nicht-Teilnahme-Karten sind vollstrukturiert und umfassten zwei Items. Anhand des ersten Items wurde die Ablehnung des Angebots oder einzelner Bestandteile über die Kategorien „Das Angebot insgesamt“, „Der Fragebogen grundsätzlich“ oder „Das Orientierende Gespräch“ angegeben. Die Nicht-Teilnahme-Karten der Interventionsbedingung ST enthielten zusätzlich die Kategorie „Die Lotsensprechstunde“. Die Ablehnung der Studienteilnahme ließ sich zudem über die Kategorien „Das Einwerfen des ausgefüllten Fragebogens in den Briefkasten“ oder „Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme“ einordnen.

Über das zweite Item konnte abschließend der Grund der Ablehnung angegeben werden. Hierzu wurden die Kategorien „Verständigung nicht ausreichend möglich“, „Zu persönlich / intim / privat“, „Kein Interesse / Notwendigkeit wird nicht gesehen“ oder „Sonstiges“ mittels eines Freitextfeldes abgefragt. Die Nicht-Teilnahme-Karten der Kontrollbedingung TAU (vgl. Anlage 22) umfassten ausschließlich das zuletzt genannte Item (Grund der Ablehnung).

Dokumentation Aufklärungsgespräch [TAU, QT, ST].

Der Dokumentationsbogen (vgl. Anlage 23) diente der Erfassung der durchgeführten Aufklärungsgespräche (Ansprachen) in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen zu Abrechnungszwecken. Hierbei wurden der Erfassungszeitraum notiert sowie die Studien-IDs der teilnehmenden Familien auf die hierfür vorgesehenen Felder geklebt. War der Dokumentationsbogen vollständig beklebt bzw. endete ein Quartal, wurde dieser in den KID-PROTEKT-Briefkasten in der Praxis eingeworfen.

Erhebung des Nutzens (Nutzwert-Analyse).

Ziel und damit der Nutzen 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 Versorgung anzubinden. Dieses Ziel sollte in unterschiedliche, gut bewertbare Teilziele eingeteilt werden, die von Expert:innen und Stakeholdern gewichtet und bewertet werden. Die Teilziele sind folgende:

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

Die Bewertung durch die Expert:innen und Stakeholder wurde mithilfe von SoSci Survey, einer Web-Applikation zum Erstellen von Online-Fragebögen, durchgeführt. Zu Beginn der Befragung erhielten die Teilnehmer:innen einen Überblick über das Projekt KID-PROTEKT und die verfolgten Ziele, außerdem wurden die drei Versorgungsformen des Projektes erläutert.

Insgesamt wurden sechs verschiedene Fragen zur Einschätzung der Wichtigkeit für das Hauptziel (Identifikation von Familien mit Belastungen und Weiterleitung ins Hilfesystem) gestellt, diese Fragen konnten jeweils von 1 (unwichtig) bis 10 (wichtig) beantwortet werden. Sechs weitere Fragen mit jeweils 3 Unterkategorien, beschäftigten sich damit, wie gut das Ziel durch die jeweilige Umsetzung bzw. Intervention erreicht werden kann. Diese Fragen konnten von 0% (Ziel wird überhaupt nicht erreicht) bis 100% (Ziel wird vollständig erreicht) beantwortet

werden. Die letzte Frage beschäftigte sich mit der Funktion der Teilnehmer:innen der Befragung innerhalb des Projekts.

2.7 Datenauswertungen.

Die Datenauswertung wurde mittels IBM SPSS Statistics (Version 25) vorgenommen, wobei für die Analyse der Freitextantworten zusätzlich die Software MAXQDA hinzugezogen wurde. Im Folgenden wird die Datenauswertung jeweils für die primären und sekundären Outcomes beschrieben.

Primäre Outcomes.

Die statistische Prüfung der Wirkung wurde mittels eines sog. gemischten linearen Modells berechnet und konservativ dabei eine moderate Effektstärke angenommen (Cohens f^2) mit $f^2=0,02$. 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. Bei der Auswertung des Hauptoutcomes Weiterleitungsquote wurden die in Tabelle 5 dargestellten Variablen im Modell geprüft.

Tabelle 5: Variablen der Outcomemaße Weiterleitung und Inanspruchnahme

Variablen	Inhalt	Messinstrument
Abhängige Variable	Weiterleitung	Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch bzw. TAU Weiterleitungen
Unabhängige Variable	Studienarm	
Kovariable	Psychosoziale Belastung	KID-PROTEKT-Anhaltsbogen
Abhängige Variable	Inanspruchnahme	Interviewleitfaden Telefoninterview Familien
Unabhängige Variable	Studienarm	

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

Effizienzanalyse.

Um die Kosten und den Nutzen der verschiedenen Interventionsarme von KID-PROTEKT zu bewerten und gegenüberzustellen, wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt. Aufgrund des Studiendesigns ergeben sich mehrere Erfolgskriterien sowie verschiedene Arten von Kosten. Um diese vergleichen zu können, bietet sich eine Kosten-Nutzwert-Analyse, auch Kosten-Wirksamkeits-Analyse, an, bei der die Kosten und der Nutzen einer Maßnahme oder

eines Projektes monetär bewertet und gegenübergestellt werden (Finis Siegler, 1997). In der Volkswirtschaftslehre ist die Kosten-Nutzen-Analyse ein häufiges und anerkanntes Verfahren, welches besonders im Bereich der Gesundheitsökonomie genutzt wird, um eine Bewertung für Projekte und Maßnahmen zu erreichen (Meier-Gräwe, 2014). Durch die Bewertung können die Kosten pro Nutzwert oder der Nutzwert pro ausgegebenen Euro berechnet werden, also die Effizienz der zu vergleichenden Maßnahmen.

Bei der Nutzwertanalyse, einer Unterart der Kosten-Nutzen-Analyse, werden Handlungsalternativen einem Ziel zugeordnet und den einzelnen Kriterien von Expert:innen und Stakeholdern ein Wert entsprechend ihrer Relevanz und Nützlichkeit zugewiesen. Aus dieser Zuweisung kann mithilfe von den daraus resultierenden Nutzwerten eine Ordnung erstellt werden (Zangemeister, 2014). Der Nutzwert gibt also an, wie gut und durch welche Art der Intervention die unterschiedlich wichtigen Unterziele am besten erreicht werden. Es ist in diesem Fall nicht möglich, den Nutzwert genauer zu quantifizieren und für eine sinnvolle Interpretation kann der Nutzwert nur im Verhältnis zwischen den untersuchten Gegenständen dieser Evaluation genutzt werden. Ein Vergleich mit Nutzwerten anderer Untersuchungen ist nicht möglich.

Zunächst werden Ziele und damit der Nutzen der Intervention festgelegt und daraufhin die Bewertung der Maßnahmen zur Zielerreichung vorgenommen. Sie sollten möglichst direkt und greifbar sein, damit eine realistische Bewertung möglich ist. Dieser Wert wird auf einer Skala von eins bis zehn, wobei eins einer sehr niedrigen und zehn einer sehr hohen Relevanz entspricht, festgelegt. Inwieweit diese Kriterien geeignet sind, das gesetzte Ziel zu erreichen, wird mithilfe des Erfüllungsgrades angegeben, welcher zwischen null und 100 Prozent liegt. Dies entspricht der Gewichtung. Durch die Multiplikation von Bewertung und Gewichtung wird der Nutzwert berechnet.

Um schließlich den Mehrwert des QT und des ST gegenüber des TAU bewerten zu können, wurde die Differenz des Nutzwertes von QT und ST gegenüber TAU berechnet. Um die eingesetzten Kosten im Verhältnis zum Nutzen zu bewerten, wurden diese zunächst in Kosten pro Fall umgerechnet und zuletzt mit dem Nutzwert dividiert, um die Effektivität der eingesetzten Ressource pro Nutzwert zu errechnen.

Mithilfe des Kosten-Effektivitätsdiagramms konnten die Maßnahmen des TAU-Arms mit den Maßnahmen von ST und QT verglichen werden. Der TAU-Arm diente als Referenz. Auf der X-Achse wird die Nutzwertdifferenz abgelesen und auf der Y-Achse die Kostendifferenz. Je nachdem, in welchem Quadranten des Koordinatensystems die Maßnahmen liegen, kann bereits eine grundsätzliche Einschätzung erfolgen: Die Maßnahmen sind teurer und effektiver, wenn sie in Quadrant I liegen und günstiger und effektiver, wenn sie sich in Quadrant II befinden. Alle Maßnahmen in Quadrant III sind günstiger, aber weniger effektiv. Liegen die Werte in Quadrant IV, sind sie als weniger effektiv und teurer zu bewerten.

Sekundäre Outcomes.

Für die Prüfung der Wirksamkeit im Rahmen der Prä-Post-Messung der Outcomes SWE, Lebenszufriedenheit und Depressivität wurden die Gruppenmittelwerte der Versorgungsformen varianzanalytisch miteinander verglichen (Tabelle 6). Aus den Items der Fragebögen wurden jeweils für beide Messzeitpunkte nach Vorgabe des jeweiligen Fragebogen-Manuals Gesamtwerte berechnet. Anschließend wurden für jeden Outcome die Differenzwerte der Prä- und Post-Messung pro Patient:in berechnet. Zur statistischen Prüfung wurde für jedes Outcome (SWE, Lebenszufriedenheit, Depressivität) eine univariate Varianzanalyse gerechnet und dabei folgende Variablen geprüft:

Tabelle 6: Variablen der Sekundären Outcomes

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

Signifikanzprüfungen zur Kontrolle von Gruppenunterschieden.

Zur Kontrolle von Gruppenunterschieden bzw. Zusammenhängen wurden jeweils Pearson Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und auf Signifikanz geprüft. Die Effektstärke wird dabei mit Cramer's V (von 0 bis 1) angegeben, wobei ab 0,5 von einem starken Effekt gesprochen wird.

Generalisierbarkeit.

Für die Generalisierbarkeit wurde die Stichprobe der Teilnehmer:innen von KID-PROTEKT nach soziodemografischen Variablen (Geschlecht, Alter, Anzahl von Kindern, Beziehungsstatus, Schulabschluss, Berufsabschluss und Nettoeinkommen) mit den Angaben aus dem Datenreport des Statistischen Bundesamtes und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung verglichen (Destatis, WZB, 2021).

Weiterleitung.

Die Weiterleitungen in der TAU-Bedingung wurden aus der ärztlichen Dokumentation ermittelt oder im Nachhinein im Rahmen der Interviews mit den Familien erfragt.

In der neuen Versorgungsform (ST und QT) wurde im Rahmen der Dokumentation zwischen „keiner Weiterleitung“, einer „Kontaktempfehlung“ (Angebote/Einrichtungen werden vom Praxispersonal vorgeschlagen und Familien nehmen eigenständig Kontakt auf), einer „Überleitung“ (das Praxispersonal informiert die Einrichtungen und übermittelt die Kontaktdaten der Familie oder vereinbart direkt einen Termin) oder einer „Kombination aus Kontaktempfehlung und Überleitung“ unterschieden. Zusätzlich wurde nach intensivem und keinem/geringem Unterstützungsbedarf differenziert.

3. Ergebnisse der Evaluation

3.1 Datengrundlage

Im Beobachtungszeitraum vom 01.09.2019 bis 28.02.2021 haben insgesamt N=8.458 Familien einen KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausgefüllt, 6.300 in pädiatrischen sowie 2.158 in gynäkologischen Praxen. Von der Gesamtstichprobe nahmen n=2.825 Familien aus QT, n=3.885 aus ST und n=1.748 aus TAU teil (Abbildung 3).

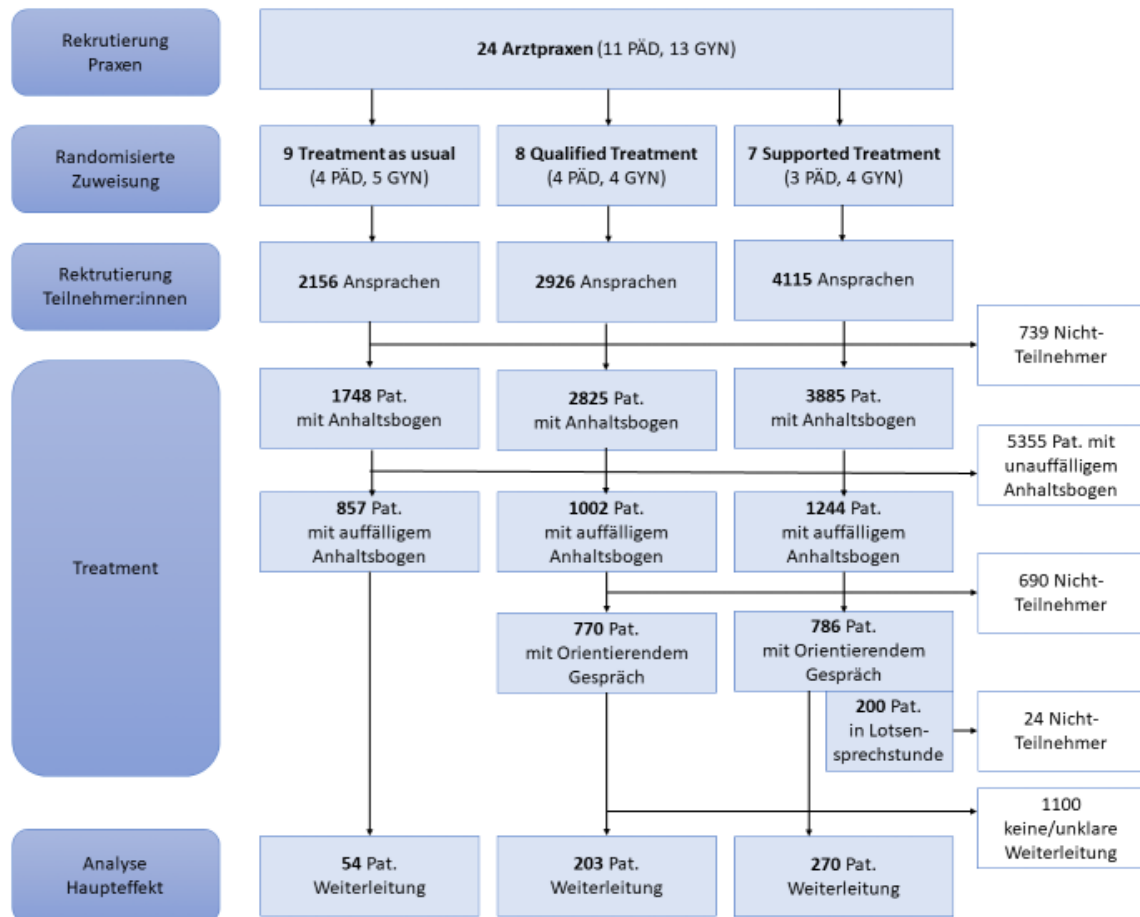


Abbildung 3: Participant-Flowchart KID-PROTEKT

Von allen teilnehmenden Familien erhielten N=1.556 ein Orientierendes Gespräch mit einer/einem MFK oder einer/m Ärzt:in. Davon fanden N=770 Orientierende Gespräche in QT- und N=786 in ST-Praxen statt. Im ST konnten insgesamt N=200 Babylots:innenfälle dokumentiert werden und es wurden N=51 Dokumentationen von Fallbesprechungen und/oder Kurzberatungen im Zeitraum 01.09.2020-28.02.2021 erfasst. Davon fanden N=59 Fälle und N=23 Fallbesprechungen/Kurzberatungen in gynäkologischen Praxen und N=141 sowie N=28 Fallbesprechungen/Kurzberatungen in pädiatrischen Praxen statt. Über den Beobachtungszeitraum konnten N=804 Interviews mit Familien, N=58 Interviews mit Praxismitarbeiter:innen und weitere N=6 Interviews mit Babylots:innen durchgeführt werden. Des Weiteren wurden N=404 Online-Befragungen mit Familien in der Prä-Messung erhoben (Tabelle 7).

Tabelle 7: Datengrundlage nach Erhebungsinstrumenten (N=9.197)

Kategorien	Häufigkeit N			
	Gesamt	TAU	QT	ST
Datenerhebung Praxis				
Angesprochene Familien	9.197	2.156	2.926	4.115
Familien mit mind. 1 KID-PROTEKT-Anhaltsbogen	8.458	1.748	2.825	3.885
Familien mit mind. 1 Orientierendem Gespräch	1.556	-	770	786
Dokumentation Weiterleitungen TAU	-	37 ²	-	-
Nicht-Teilnahme-Karten (Gründe für Nicht-Teilnahme/Drop-Out)	1.119	376	351	392
Datenerhebung Babylots:innen				
Falldokumentation Babylots:innen	200	-	-	200
Dokumentation Fallbesprechungen / Kurzberatungen Praxispersonal ¹	51	-	-	51
Datenerhebung Interviews				
Interviews Familien ³	804	200	266	338
Interviews Praxismitarbeiter:innen	58	17	21	20
Interviews Babylots:innen	6	-	-	6
Datenerhebung Online-Befragung				
Prä-Messung	404	70	139	195
Post-Messung	340	61	119	160

Anmerkungen: Alle Angaben sind patientenbasiert (d.h. nur 1 Erhebungsinstrument pro Patient:in wird angegeben). ¹ Basis sind die seit 01.09.2020 dokumentierten Fallbesprechungen. ² In TAU wurden N=37 Weiterleitungen durch die Ärzt:innen dokumentiert und weitere N=17 Weiterleitungen durch Telefoninterviews identifiziert. ³ Hierin sind die Interviews mit Familien zur Ermittlung der Inanspruchnahme enthalten (N=133)

Die meisten Familien, die den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausfüllten, gaben eine Vorsorgeuntersuchung als Vorstellungsgrund in der Praxis an. In den Kinderarztpraxen war die U3 der häufigste Grund für einen Besuch (33%), gefolgt von der U4 (13%), der U6 (13%) und der U5 (11%). Wenige der Familien aus pädiatrischen Praxen hatten einen Termin für eine U2 (4%) oder sonstige Untersuchungen (1%). In Frauenarztpraxen wurde besonders häufig die Schwangerschaftsvorsorge in der 1.-12. Schwangerschaftswoche und der 13.-28. Schwangerschaftswoche als Ausfüllzeitpunkt dokumentiert. Weniger Patientinnen füllten einen Anhaltsbogen erstmalig im letzten Schwangerschaftsdrittel oder nach der Entbindung aus (Tabelle 8).

Tabelle 8: Ausfüllzeitpunkt des ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (N=8.458)

Zeitpunkt der Untersuchung	Häufigkeit n (%)			
	Gesamt	TAU	QT	ST
Pädiatrische Praxis				
U2 (3. - 10. Lebensstag)	333 (4%)	30 (2%)	148 (5%)	155 (4%)
U3 (4. – 5. Lebenswoche)	2.785 (33%)	623 (37%)	914 (33%)	1.248 (33%)
U4 (3. - 4. Lebensmonat)	1.053 (13%)	247 (15%)	348 (12%)	458 (12%)
U5 (6. – 7. Lebensmonat)	883 (11%)	214 (13%)	289 (10%)	380 (10%)
U6 (10. – 12. Lebensmonat)	1.105 (13%)	248 (15%)	332 (12%)	525 (14%)
Sonstige Untersuchung	49 (1%)	12 (1%)	11 (<1%)	26 (1%)
Fehlende Angabe	92 (1%)	46 (1%)	22 (<1%)	24 (<1%)
Gynäkologische Praxis				
1.-12. Schwangerschaftswoche	734 (9%)	157 (9%)	335 (12%)	242 (6%)
13.-28. Schwangerschaftswoche	568 (7%)	94 (6%)	178 (6%)	296 (8%)
29.-40. Schwangerschaftswoche	393 (5%)	60 (4%)	123 (4%)	210 (6%)
Bereits entbunden	438 (5%)	14 (1%)	119 (4%)	305 (8%)
Fehlende Angabe	26 (1%)	3 (<1%)	7 (<1%)	16 (<1%)

Anmerkung: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen.

Analysestichproben.

Die verschiedenen Einzelfragestellungen und deren Analysen spezifischer Outcomes erforderten die Nutzung spezifischer Teilstichproben, hier Analysestichproben (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Analysestichproben der spezifischen Outcome-Analysen

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).

3.2 Primäre Outcomes

3.2.1 Ergebnisse der Psychosozialen Anamnese [Screeningpopulation N=8.458]

Merkmale der Teilnehmer:innen gemäß KID-PROTEKT-Anhaltsbogen.

Im Rahmen des Projektes gelten alle Personen, die mindestens einen KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ausgefüllt haben, als Teilnehmer:in. Die Teilnahmequote unter den angesprochenen Familien liegt dabei insgesamt bei 92%, wobei innerhalb der Interventionsbedingungen QT und ST höhere Quoten zu verzeichnen sind als in der Regelversorgung: TAU: 81% vs. QT: 97% vs. ST: 94%. Tabelle 10 zeigt das Alter der Teilnehmer:innen sowie die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder.

Tabelle 10: Angaben zu den Familien zum Zeitpunkt des ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (N=8.458)

Angaben der Familien	Häufigkeit N(%)			
	Gesamt	TAU	QT	ST
Alter Familien				
Unter 18	73 (1%)	27 (2%)	13 (1%)	33 (1%)
18-21	212 (3%)	61 (4%)	61 (2%)	90 (2%)
22-34	5.550 (66%)	1.189 (69%)	1.930 (69%)	2.431 (63%)
35 oder älter	2.539 (30%)	445 (26%)	799 (29%)	1.295 (34%)
Fehlende Angabe	84 (1%)	26 (2%)	22 (1%)	36 (1%)
Anzahl Kinder im Haushalt				
Keine	1.017 (12%)	180 (10%)	405 (15%)	432 (11%)
1-2 Kinder	6.426 (77%)	1.279 (74%)	2.117 (76%)	3.030 (79%)
3 oder mehr Kinder	925 (11%)	273 (16%)	277 (10%)	375 (10%)
Fehlende Angaben	90 (1%)	16 (1%)	26 (1%)	48 (1%)

Anmerkung: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen.

3.2.1.1 Belastungsquoten der Familien [Belastungspopulation N=3.103]

Unter den Familien, die mindestens einen Anhaltsbogen ausgefüllt haben, werden diejenigen als psychosozial belastet angesehen, bei denen mindestens ein auffälliges Ergebnis im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ermittelt wurde. Von den N=8.458 Teilnehmer:innen hatten 63% (N=5.355) keine Belastung. Mindestens eine Belastung wurde bei N=3.103 Familien erkannt, was einer Belastungsquote von 37% entspricht. In der Regelversorgung TAU ist mit 49% eine höhere Quote festzustellen als bei QT (35%) und ST (32%).

Tabelle 11: Familien mit Anlass für ein Orientierendes Gespräch ermittelt aus KID-PROTEKT-Anhaltsbogen (N=8.458)

Kategorie		Häufigkeiten N (%)			
		Gesamt	TAU	QT	ST
Familien über alle Anhaltsbögen¹	Keine Belastung	5.355 (63%)	891 (51%)	1.823 (65%)	2.641 (68%)
	Mind. 1 Belastung	3.103 (37%)	857 (49%)	1002 (35%)	1.244 (32%)
Familien zum 1. Anhaltsbogen	Keine Belastung	5.758 (68%)	992 (57%)	1.951 (69%)	2.815 (73%)
	1 Belastung ²	1.315 (16%)	337 (19%)	444 (16%)	534 (14%)
	2-3 Belastungen ¹	1.086 (13%)	319 (18%)	346 (12%)	421 (11%)
	Mehr als 4 Belastungen ¹	299 (4%)	100 (6%)	84 (3%)	115 (3%)
Anzahl Belastungsfaktoren zum 1. Anhaltsbogen M (SD)³		1,69 (1,32)	1,82 (1,41)	1,63 (1,24)	1,66 (1,33)

Anmerkungen: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. ¹ Gesprächsanlass = mind. 1 angekreuzter Belastungsbereich oder Risikofaktor (jünger als 18 Jahre, alleinerziehend). ² Bezieht sich auf den ersten vorliegenden KID-PROTEKT-Anhaltsbogen. ³ Mittelwert nur über belastete Familien.

3.2.1.2 Belastungsursachen der Teilnehmer:innen [Belastungspopulation N=3.103]

Belastungen im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen wurden in neun verschiedene Kategorien unterteilt (siehe Tabelle 12). Auf eine Patient:in konnten mehrere Belastungsgründe zutreffen, somit war eine Mehrfachnennung möglich. „Alter <18 Jahre“ wurde insgesamt von 2% der Familien angegeben, davon N=13 in QT, N=33 in ST und N=27 in TAU. Die häufigste Belastung „Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, freudlos gefühlt oder Erleben etwas sehr Belastendes“ wurde N=1.426 mal angegeben, was 46% aller ausgefüllten KID-PROTEKT-Anhaltsbögen entspricht. N=603 (19%) mal wurde alleinerziehend als Belastungsursache angegeben, N=496 (16%) mal Belastungen in der Alltagsbewältigung, N=269 (9%) durch die Partnerschaft und N=644 (21%) durch die Lebenssituation. Weitere N=619 (20%) mal wurde Schwangerschaft und Geburt als Belastungsursache angegeben, N=485 (16%) mal Kinder und Erziehung und sonstige Belastungen wurden N=612 (20%) mal angegeben.

Tabelle 12: Belastungsursachen und Risikofaktoren gemäß KID-PROTEKT-Anhaltsbogen mit mind. 1 Belastung (N=3.103)

Belastungen	Häufigkeit n (%)				
	Gesamt	Missing	TAU	QT	ST
Alter <18	73 (2%)	46 (1%)	27 (3%)	13 (1%)	33 (3%)
Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, freudlos gefühlt oder Erleben etwas sehr Belastendes	1.426 (46%)	81 (3%)	345 (42%)	535 (54%)	546 (45%)
Alleinerziehend	603 (19%)	32 (1%)	222 (26%)	129 (13%)	252 (21%)
Alltagsbewältigung	496 (16%)	29 (1%)	120 (14%)	172 (17%)	204 (17%)
Partnerschaft	269 (9%)	34 (1%)	89 (11%)	74 (8%)	106 (9%)
Lebenssituation	644 (21%)	39 (1%)	238 (28%)	159 (16%)	247 (20%)
Schwangerschaft und Geburt	619 (20%)	38 (1%)	186 (22%)	197 (20%)	236 (19%)
Kinder und Erziehung	485 (16%)	44 (1%)	138 (16%)	158 (16%)	189 (15%)
Sonstiges	612 (20%)	69 (2%)	189 (23%)	188 (19%)	235 (19%)

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich. Prozenze ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen

3.2.1.3 Durchführung der Orientierenden Gespräche [Bedarfspopulation N=1.556]

Die Orientierenden Gespräche wurden überwiegend in den Praxen durchgeführt (93%), zu 98% in QT- und zu 89% in ST-Praxen. Die restlichen wurden telefonisch geführt. In 87% der Fälle wurden die Gespräche von einer/einem MFK geführt (zu 97% in QT-Praxen und zu 76% in ST-Praxen), in 12% von einem/r Ärzt:in und in 1% der Fälle von Ärzt:in und MFK. Ein erstes Orientierendes Gespräch dauerte durchschnittlich 7,95 Minuten, die durchschnittliche Dauer über alle Gespräche lag bei 9,79 Minuten. Die Dauer der Gespräche unterschied sich in den Interventionsarmen kaum voneinander, 7,84 Minuten in QT und 8,06 Minuten in ST. N=376 Folgegespräche wurden geführt, überwiegend aufgrund neuer Anliegen in folgenden KID-PROTEKT-Anhaltsbögen.

Es ergeben sich teilweise signifikante Unterschiede zwischen den Interventionsarmen im Hinblick auf die Durchführung der Orientierenden Gespräche (Tabelle 13). Die Häufigkeit des Durchführungsorts unterscheidet sich signifikant zwischen Qualified Treatment und Supported Treatment Praxen ($p < 0,001$); der Effekt ist klein (Cramer's $V = 0,17$). Auch wer das Gespräch führte, unterscheidet sich signifikant ($p < 0,001$); mit einem mittleren Effekt (Cramer's $V = 0,32$). Der Unterschied in der Dauer des Orientierendes Gesprächs ist nicht signifikant.

Tabelle 13: Durchführung der Orientierenden Gespräche (N=1.556)

Kategorie		Angabe	Gesamt	Missing	QT	ST
Ort ¹					**, Cramer's V = 0,17 ²	
	In der Praxis	n (%)	1367 (93%)	90 (6%)	699 (98%)	668 (89%)
	Telefonisch	n (%)	99 (7%)		18 (3%)	81 (11%)
Durchführung ¹					**, Cramer's V = 0,32 ²	
	MFK	n (%)	1258 (87%)	105 (7%)	716 (97%)	542 (76%)
	Ärzt:in	n (%)	180 (12%)		17 (2%)	163 (23%)
	MFK und Ärzt:in	n (%)	13 (1%)		2 (<1%)	11 (2%)
Dauer (in min)					_3	
	Orientierende Gespräche (Erstgesprä- che)	M (SD) Range	7,95 (4,55) 1 - 45	85 (5%)	7,84 (4,53) 1 - 45	8,06 (4,58) 1 - 30
	Alle Gespräche (inkl. Folgege- spräche)	M (SD) Range	9,79 (7,07) 1 - 55	73 (5%)	9,90 (7,38) 1 - 55	9,69 (6,75) 1 - 50

Anmerkungen: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen; ¹ Bezieht sich auf das erste Orientierende Gespräch. ² χ^2 -Tests ** = signifikant mit $p < 0,01$; ³ t-tests ** = signifikant mit $p < 0,01$; - = nicht-signifikant

3.2.1.4 Anlass für ein Orientierendes Gespräch [Bedarfspopulation N=1.556]

Der Gesprächsanlass zum ersten Orientierenden Gespräch war nahezu immer das Ergebnis des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (96%), in 2% der persönliche Eindruck der/des MFK oder Ärzt:in, in unter 1% hat die Familie selbst nach Unterstützung gefragt und in weiteren 2% war es das Ergebnis des Fragebogens und der persönliche Eindruck des Praxispersonals (Tabelle 14).

Tabelle 14: Gesprächsanlass des ersten Orientierenden Gesprächs in Praxen (N=1.556)

Gesprächsanlass	Häufigkeit N (%)			
	Gesamt	Missings	QT	ST
Ergebnis KID-PROTEKT-Anhaltsbogen	1.454 (96%)		746 (98%)	708 (93%)
Persönlicher Eindruck MFK/Ärzt:in	34 (2%)		4 (1%)	30 (4%)
Familie hat selbst nach Unterstützung gefragt	6 (<1%)	36 (2%)	2 (<1%)	4 (1%)
Ergebnis KID-PROTEKT-Anhaltsbogen und persönlicher Eindruck MFK/Ärzt:in	26 (2%)		6 (1%)	20 (3%)
GESAMT	1.520 (98%)	36 (2%)	758 (49%)	762 (49%)

Der Anteil der Familien mit Folgegesprächen ist in Tabelle 15 dargestellt. Insgesamt bekamen N=376 Familien mindestens ein Folgegespräch. Zwei weitere Gespräche fanden mit N=66 Familien statt und drei weitere mit N=10.

Tabelle 15: Folgegespräche (N=376)

		Gesamt	QT	ST
Anteil Familien mit Folgegesprächen	Gesamt	376	203	173
	davon 1 weiteres Folgegespräch	300	165	135
	davon 2 weitere Folgegespräche	66	34	32
	davon 3 weitere Folgegespräche	10	4	6

3.2.1.5 Im Orientierenden Gespräch thematisierte Belastungen [Bedarfspopulation N=1.556]

Die thematisierten Belastungen in den Orientierenden Gesprächen waren in den meisten Fällen bezüglich der Alltagsbewältigung (35%), gefolgt von Lebenssituation (33%), Sonstigem (29%), Schwangerschaft und Geburt (28%), Kinder und Erziehung (20%). Partnerschaft war der seltenste Grund für eine Beratung (15%) (Tabelle 16).

Sonstige Belastungen waren in den gynäkologischen Praxen die am häufigsten thematisierte Belastung (37%), gefolgt von Alltagsbewältigung und Lebenssituation (jeweils 36%). Schwangerschaft und Geburt war eine weitere häufig genannte Belastung (32%). Seltener war die Partnerschaft oder Kinder und Erziehung ein genannter Faktor in den Orientierenden Gesprächen (jeweils 15%). In den pädiatrischen Praxen waren Belastungen bei der Alltagsbewältigung (34%) und bei der Lebenssituation (31%) am häufigsten. Am wenigsten genannt als Gesprächsthema in den Orientierenden Gesprächen wurden Belastungen im Bereich Partnerschaft (14%).

Tabelle 16: Im Orientierenden Gespräch thematisierte Belastungen (N=1.556)

Gründe für den Beratungsbedarf	Häufigkeit n (%)			
	Gesamt	Missings	QT	ST
Alltagsbewältigung	541 (35%)		268 (35%)	273 (35%)
Partnerschaft	224 (15%)	8 (1%)	102 (13%)	122 (16%)
Lebenssituation	505 (33%)		232 (30%)	273 (35%)
Schwangerschaft und Geburt	427 (28%)		213 (28%)	214 (28%)
Kinder und Erziehung	311 (20%)		134 (17%)	177 (23%)
Sonstiges	446 (29%)		217 (28%)	229 (29%)

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich - Bezieht sich auf das erste Orientierende Gespräch.

Zusammenfassung Psychosoziale Anamnese.

Die Teilnahmequote unter den angesprochenen Familien liegt insgesamt bei 92%, wobei innerhalb der Interventionsbedingungen QT und ST höhere Quoten zu verzeichnen sind als in der Regelversorgung: TAU: 81% vs. QT: 97% vs. ST: 94%.

Mindestens eine Belastung wurde bei N=3.103 Familien erkannt, was einer Belastungsquote von 37% entspricht. In der Regelversorgung TAU ist mit 49% eine höhere Quote festzustellen als bei QT (35%) und ST (32%). Mit 17% war die am häufigsten genannte Belastung „Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, freudlos gefühlt oder Erleben etwas sehr Belastendes“.

Die Orientierenden Gespräche wurden überwiegend in den Praxen durchgeführt (93%), zu 87% von einer/einem MFK, zu 12% von einem/r Ärzt:in und zu 1% von Ärzt:in und MFK. Der Gesprächsanlass zum ersten Orientierenden Gespräch war nahezu immer das Ergebnis des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens (96%). Im Durchschnitt dauerte ein erstes Orientierendes Gespräch 7,95 Minuten, die durchschnittliche Dauer über alle Gespräche lag bei 9,79 Minuten. Es ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Interventionsarmen und dem Durchführungsort sowie der durchführenden Berufsgruppe des Orientierenden Gesprächs.

Die thematisierten Belastungen in den Orientierenden Gesprächen betrafen in den meisten Fällen die Alltagsbewältigung (35%) und Lebenssituation (33%). In den gynäkologischen Praxen waren die am häufigsten thematisierten Belastungen die „Sonstigen Belastungen“ (37%), gefolgt von Alltagsbewältigung und Lebenssituation (jeweils 36%). Schwangerschaft und Geburt war eine weitere häufig genannte Belastung (32%). In den pädiatrischen Praxen waren Belastungen bei der Alltagsbewältigung (34%) und bei der Lebenssituation (31%) am häufigsten.

3.2.2 Ergebnisse zum Unterstützungsbedarf

3.2.2.1 Bedarfsquote nach Orientierenden Gesprächen [Bedarfspopulation N=1.556]

In Tabelle 17 wird die Einschätzung der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs aller Familien durch das Praxispersonal beschrieben. Die Belastungsintensität wurde in einem Drittel der Orientierenden Gespräche als mittel eingeschätzt. Geringe Belastung war in 22% der Fälle angegeben, sehr geringe in 19%. Eine hohe Belastung wurde in 20% der Gespräche dokumentiert, eine sehr hohe Belastungsintensität in 6%.

In 38% der Gespräche sah das Praxispersonal keinen Bedarf für Unterstützung. Ein mittlerer Bedarf wurde in 22% angegeben, hoher Bedarf in 16%, geringer Bedarf in 14% und sehr geringer Bedarf in 5% der Gespräche. Insgesamt wurde demnach ein intensiver Bedarf bei 48% der Orientierenden Gespräche festgestellt, kein bzw. geringer Bedarf ergab sich in 52% der Fälle. In den QT-Praxen gab es im Vergleich zu den ST-Praxen mehr Familien ohne dokumentierten Unterstützungsbedarf, intensiver Bedarf hingegen wurde öfter in ST-Praxen dokumentiert.

Tabelle 17: Einschätzung der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs (N=1.556)

Einschätzung zu		Häufigkeit N (%)			
		Gesamt	Missings	QT	ST
Belastungsintensität¹	Sehr hoch	91 (6%)	28 (2%)	42 (6%)	49 (6%)
	Hoch	309 (20%)		147 (20%)	162 (21%)
	Mittel	499 (33%)		243 (32%)	256 (33%)
	Gering	343 (22%)		149 (20%)	194 (25%)
	Sehr gering	286 (19%)		173 (23%)	113 (15%)
Unterstützungsbedarf¹	Sehr hoch	80 (5%)	37 (2%)	39 (5%)	41 (5%)
	Hoch	237 (16%)		95 (13%)	142 (18%)
	Mittel	340 (22%)		146 (20%)	194 (25%)
	Gering	208 (14%)		104 (14%)	104 (14%)
	Sehr gering	71 (5%)		43 (6%)	28 (4%)
	Kein Bedarf	575 (38%)		316 (42%)	259 (34%)
Falleinteilung nach Bedarf (N=1.573)²	Bedarf ohne Einschätzung	4 (1%)	25 (<1%)	4 (1%)	0
	Kein/geringer Bedarf	798 (52%)		434 (58%)	364 (46%)
	Intensiver Bedarf	746 (48%)		314 (42%)	432 (54%)

Anmerkungen: ¹Einschätzung aus dem ersten Orientierenden Gespräch. ²Einteilung über alle Orientierenden Gespräche zzgl. N=17 Familien, für die kein Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs vorlag, die aber in der Lotsensprechstunde waren und deren Bedarf deshalb als intensiv eingestuft wurde.

3.2.2.2 Bedarfsquote in der Lotsensprechstunde [Weiterleitungspopulation Lotsen N=176]

Die Einschätzung der Belastung und des Unterstützungsbedarfs der Babylots:innen-Fälle mit erfolgtem Clearing ist in Tabelle 18 dargestellt. Insgesamt wurde die Belastungsintensität der N=176 Fälle bei 43% der Familien als mittel, bei 36% als hoch und bei 10% als sehr hoch eingeschätzt. Bei 9% ergab sich eine geringe und bei 2% eine sehr geringe Belastung. Der Unterstützungsbedarf wurde in den meisten Fällen als mittel eingeschätzt (N=84; 49%), gefolgt von hohem Bedarf (29%). Bei 7% (N=12) ergab sich ein sehr hoher Unterstützungsbedarf. Bei 10% der Familien wurde ein geringer Bedarf und bei 2% ein sehr geringer Bedarf dokumentiert. Insgesamt wurde damit bei 84% aller Familien ein Bedarf festgestellt, der sich als intensiv kategorisieren lässt (Tabelle 18).

Tabelle 18: Einschätzung der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs durch den/die Babylots:in nach dem Clearing (N=176)

Einschätzungen	Kategorien	Häufigkeit n (%)	
		Gesamt	Missing
Belastungsintensität		173	3 (2%)
	Sehr hoch	17 (10%)	
	Hoch	63 (36%)	
	Mittel	74 (43%)	
	Gering	16 (9%)	
	Sehr gering	3 (2%)	
Unterstützungsbedarf		173	3 (2%)
	Sehr hoch	12 (7%)	
	Hoch	50 (29%)	
	Mittel	84 (49%)	
	Gering	18 (10%)	
	Sehr gering	4 (2%)	
	Kein Bedarf	5 (3%)	
Fallkategorisierung nach Bedarf		173	3 (2%)
	Kein/geringer Bedarf	27 (16%)	
	Intensiver Bedarf	146 (84%)	

3.2.2.3 Vergleich der Bedarfsquote Orientierende Gespräche und Lotsensprechstunde

Die Belastungssituation der Familien nach Einschätzung in den Orientierenden Gesprächen und nach Einschätzung in den Lotsensprechstunden ist in Tabelle 19 vergleichend dargestellt. Dabei stellen die Familien in den Lotsensprechstunden eine Teilmenge der Familien in den Orientierenden Gesprächen im ST dar. Grundsätzlich ist sowohl die Belastungsintensität als auch der Unterstützungsbedarf von Familien in den Lotsensprechstunden höher als in den Orientierenden Gesprächen.

Tabelle 19: Vergleich der Belastungssituation und des Unterstützungsbedarfs der Familien in Orientierenden Gesprächen und Lotsensprechstunden

Einschätzung zu		Häufigkeit N (%)					
		Orientierendes Gespräch			Lotsensprechstunde		
		Gesamt	Mis-sings	QT	ST	Gesamt	Mis-sings
Belastungsintensität¹	Sehr hoch	91 (6%)	28 (2%)	42 (6%)	49 (6%)	17 (10%)	3 (2%)
	Hoch	309 (20%)		147 (20%)	162 (21%)	63 (36%)	
	Mittel	499 (33%)		243 (32%)	256 (33%)	74 (43%)	
	Gering	343 (22%)		149 (20%)	194 (25%)	16 (9%)	
	Sehr gering	286 (19%)		173 (23%)	113 (15%)	3 (2%)	
Unterstützungsbedarf¹	Sehr hoch	80 (5%)	37 (2%)	39 (5%)	41 (5%)	12 (7%)	3 (2%)
	Hoch	237 (16%)		95 (13%)	142 (18%)	50 (29%)	
	Mittel	340 (22%)		146 (20%)	194 (25%)	84 (49%)	
	Gering	208 (14%)		104 (14%)	104 (14%)	18 (10%)	
	Sehr gering	71 (5%)		43 (6%)	28 (4%)	4 (2%)	
	Kein Bedarf	575 (38%)		316 (42%)	259 (34%)	5 (3%)	
Falleinteilung nach Bedarf (N=1.573)²	Bedarf ohne Einschätzung	4 (1%)		4 (1%)	0		
	Kein/geringer Bedarf	798 (52%)	25 (<1%)	434 (58%)	364 (46%)		
	Intensiver Bedarf	746 (48%)		314 (42%)	432 (54%)		
Fallkategorisierung nach Bedarf (N=176)³	Kein/geringer Bedarf					27 (16%)	3 (2%)
	Intensiver Bedarf					146 (84%)	

Anmerkungen: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. ¹ Einschätzung aus dem ersten Orientierenden Gespräch. ² Einteilung über alle Orientierenden Gespräche zzgl. N=17 Familien, für die kein Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs vorlag, die aber in der Lotsensprechstunde waren und deren Bedarf deshalb als intensiv eingestuft wurde. ³ Einschätzung aus dem ersten Babylotsenfall.

Zusammenfassung der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs.

Die Belastungsintensität der Familien wurde in den Orientierenden Gespräche am häufigsten als „mittel“ eingeschätzt (33%). 20% wurden als „hoch“ belastet und 6% wurden als „sehr hoch“ belastet eingeschätzt.

Beim Unterstützungsbedarf wurde in 38% der Fälle „kein“ bzw. „geringer“ Unterstützungsbedarf festgestellt. Bei 22% ergab sich ein „mittlerer“ Unterstützungsbedarf, bei 16% ein „hoher“ und bei 5% ein „sehr hoher“ Bedarf.

In der Einschätzung durch die Lots:innen ergab sich insgesamt eine etwas andere Verteilung. Die Belastungsintensität lag hauptsächlich bei „mittel bis sehr hoch“. Ein „intensiver“ Unterstützungsbedarf wurde bei 84% der Fälle gesehen. Nur in 16% der Fälle sahen die Babylots:innen „keinen/geringen“ Bedarf bei den Familien.

3.2.3 Ergebnisse Weiterleitungen

Weiterleitungen umfassen Informationen zu Hilfsangeboten und Anlaufstellen (Kontaktempfehlung) und/oder aktiv begleitete Überleitungen für Familien mit Unterstützungsbedarf. Weiterleitungen erfolgen in Abstimmung mit der Familie.

3.2.3.1 Weiterleitungen nach Orientierendem Gespräch [Weiterleitungspopulation NVF N=456]

Die Weiterleitungsquote der Familien mit Unterstützungsbedarf nach dem Orientierenden Gespräch ist in Tabelle 20 dargestellt. Insgesamt wurden N=456 (30%) der Familien nach einem Orientierenden Gespräch weitergeleitet, 81% davon hatten einen intensiven Unterstützungsbedarf. Keine Weiterleitung erfolgte bei 70% der Familien, davon hatten 33% intensiven Unterstützungsbedarf. Eine Weiterleitung erfolgte in den meisten Fällen in Form einer Kontaktempfehlung (55%). Eine Kontaktempfehlung und Überleitung erhielten 6% der Familien und 39% erhielten reine Überleitungen.

Im Studienarm QT erfolgten Weiterleitungen entweder als Kontaktempfehlungen (N=184, 95%) oder als Kombination aus Kontaktempfehlung und Überleitung (N=9, 5%). Im Studienarm ST erfolgten N=47 (21%) reine Kontaktempfehlungen, N=16 Weiterleitungen als Kombination aus Kontaktempfehlung und Überleitung und N=162 (72%) reine Überleitungen. Die reinen Überleitungen erfolgten fast ausschließlich in die Lotsensprechstunde (N=160, 99%).

Die Art der Weiterleitungen und der Interventionsarm stehen in einem Zusammenhang ($\chi^2=244,2$; $p<0,001$). Der Zusammenhang ist sehr stark (Cramer's $V=0,76$, $p<0,001$).

Familien erhielten durchschnittlich $M=1,64$ ($SD=1,14$) Kontaktempfehlungen/Überleitungen an Einrichtungen. Die Range pro Familie reichte von einer Einrichtung bis elf Einrichtungen. Bei intensivem Bedarf wurden durchschnittlich $M=1,97$ ($SD=1,49$) Einrichtungen empfohlen und bei keinem bzw. geringem Unterstützungsbedarf $M=1,57$ ($SD=1,04$).

Tabelle 20: Weiterleitungen nach Orientierendem Gespräch (N=1.556)

Kategorie	Häufigkeit N (%)			
	Kategorie	Gesamt	QT	ST
Weiterleitungsquote gemäß Orientierendem Gespräch (N=1.556)				
Familien ohne Weiterleitung	Gesamt	1.074 (70%)	551 (73%)	523 (67%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	697 (65%)	359 (65%)	338 (65%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	355 (33%)	174 (32%)	181 (35%)
Familien mit mind. einer Weiterleitung	Gesamt	456 (30%)	203 (27%)	253* (33%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	85 (19%)	64 (32%)	21 (8%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	369 (81%)	138 (68%)	231 (91%)
Missings		26		
Art der Weiterleitung gemäß Orientierendem Gespräch (N=456)			** Cramer's V=0,76¹	
Nur Kontaktempfehlung(en)	Gesamt	231 (55%)	184 (95%)	47 (21%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	68 (29%)	59 (32%)	9 (19%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	163 (71%)	125 (68%)	38 (81%)
Nur Überleitung(en)	Gesamt	162 (39%)	0 (0%)	162 (72%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	11 (7%)	0 (0%)	11 (7%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	151 (93%)	0 (0%)	151 (93%)
Kontaktempfehlung(en) in Kombination mit Überleitung(en)	Gesamt	25 (6%)	9 (5%)	16 (7%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	6 (24%)	0 (0%)	6 (38%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	10 (40%)	9 (100%)	10 (63%)
Missings		38	10	28

Anmerkung: Alle Angaben sind patientenbasiert (d.h. nur 1 Erhebungsinstrument pro Patient:in wird angegeben). Basis sind erfolgte bzw. nicht erfolgte Weiterleitungen in mindestens einem Orientierendem Gespräch. Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. *zzgl. N=17 Familien ohne Dokumentation in die Lotsensprechstunde weitergeleitet. ¹ χ^2 -Test ** = signifikant mit $p < 0,001$

Im Rahmen des Orientierenden Gesprächs hatten die Medizinischen Fachkräfte die Möglichkeit, auch freitextlich Angaben zur Kontaktempfehlung und/oder Überleitung zu

machen. Diese Option wurde nicht in allen Dokumentationen der Orientierenden Gespräche genutzt (Missings) oder es wurden auf einem Bogen mehrere Angaben gemacht (Mehrfachnennungen). Trotz dieser methodischen Einschränkungen gibt Tabelle 21 einen Überblick über Einrichtungen/Angebote, an die nach einem Orientierenden Gespräch weitergeleitet wurde.

Tabelle 21: Im Rahmen von Kontaktempfehlungen/Überleitungen dokumentierte Freitextangaben zu Einrichtungen/Angeboten (über alle Orientierenden Gespräche aggregiert)

Einrichtungs-/Angebots-Kategorie	Gesamt (N=764)	QT (N=415)	ST (N=349)	Originalnennungen in den Dokubögen (Auszug)
Babylotsen	234	-	234	„Babylotse“
Familienberatung	127	89	38	„Pro Familia“/ „proFamilia“
Betreuungs-/ Eltern-Kind-Angebote	59	47	12	„Kinderhaus“; „Omas Hilfedienst“; „Blauer Elefant“; „Notmütterdienst“; „Elterncafé“; „Familienpaten“
Mütter-/ Frauen-/ Schwangerenberatung	51	48	3	„Mütterberatung HH Nord“/ „Mütterberatung Hamburg Nord“; „Mütterberatung“
Sonstige Angebote	41	34	7	„Mediator“; „Ernährungsbroschüre“; „Tagesmutter empfohlen“
Elternschule/ Erziehungsberatung	37	32	5	„Erziehungsberatung Farmsen-Berne“
Kinder- und/oder Familienhilfzentrum	31	28	3	„Kifaz Barmbek Baasch“/ „Kinder u. Familienzentrum Barmbek Basch“
Allgemeine Beratung	25	18	7	„Diakonie Buchholz“; „Soziale Beratung in Buchholz“
Frühe Hilfen	24	21	3	„Frühe Hilfen“
Therapeutische/ medizinische Angebote	18	8	10	„psychiatrische Tagesklinik“; „Psychotherapeut der psychosozialen Beratungsstelle“; „Frau Hennig in Drochtersen Kinderpsychologin“
Beratung (peripartale) psych. Erkrankungen	17	12	5	„Schatten & Licht e.V.“/ „Licht & Schatten“; „Beratungsstelle Diakonie psychol. Berater Stade“
Beratung für Alleinerziehende	17	17	-	„Alleinerziehenden Treffpunkt Barmbek“; „ATB Hamburg“
Angebot für Eltern mit Migrationshintergrund	14	10	4	„Migrations- und Integrationsberatung“
Hebamme	18	13	5	„Hebammen Hamburg Nord“; „hebammensuche.de“ „Familienhebamme“; „Hebammensprechstunde“
Finanzielle/ Arbeitsberatung	14	8	6	„Schuldnerberatung“; „Beratungszentrum Arbeitslosen-Telefonhilfe“
Beratung Wohnungsangelegenheiten	12	12	-	„Hallo-Barmbek.de“; „Arbeitsagentur für Arbeit wg Wohnungssuche“
Schreiambulanz	10	7	3	„Schreiambulanz“
Haushaltshilfe	8	5	3	„Haushaltshilfe“; „Krankenkasse -> Haushaltshilfe“
Stillberatung	5	4	1	„Stillberatung“; Wochenbettstation UH Buchholz
Jugendamt	2	1	1	„Jugendamt“
Gesundheitsamt	1	1	-	„Gesundheitsamt Winsen“

Anmerkungen: Mehrfachnennungen und oder Missings möglich

3.2.3.2 Weiterleitungen in der Regelversorgung [Weiterleitungspopulation RV N=37; Interviewpopulation Familien mit telefonisch bestätigter Weiterleitung N=17]

Innerhalb des Studienarms TAU fand bei insgesamt N=54 Familien eine Weiterleitung statt, wobei 69% der Weiterleitungen aus der ärztlichen Dokumentation hervorgehen und 31% im Rahmen von Interviews ermittelt wurden (siehe Tabelle 22).

Die häufigsten Weiterleitungen waren in pädiatrischen Arztpraxen zu verzeichnen (PÄD: N=49 vs. GYN: N=5). Am häufigsten wurde dort die App „Hansebaby“ empfohlen, in der Ansprechpartner genannt werden (Kontaktempfehlungen, N=22). In der Gynäkologie wurde unter Angabe der Einrichtung nur jeweils eine Weiterleitung zur Schwangerschaftskonfliktberatung und zur Diakonie ausgesprochen. Zu den übrigen Einrichtungen, auf die gynäkologische Praxen verwiesen haben, wurde keine Angabe gemacht (N=3). Auch bei pädiatrischen Praxen wurde in N=12 Fällen keine Angabe zur Einrichtung vorgenommen (Tabelle 20).

Tabelle 22: Weiterleitungen im Studienarm TAU gesamt (N=54)

Kategorie	Häufigkeit N (%)
Anzahl Patienten mit Weiterleitungen	54
Ärztlich dokumentiert	37 (69%)
Angabe aus Interview	17 (31%)
Einrichtungen/Anlaufstellen	
Hansebaby-App	22
Mütterberatung	4
Jugendamt/Behörde	3
Keine Nennung der Weiterleitung	15
Sonstige Angebote¹	19

Anmerkung: Mehrere Einrichtungen pro Weiterleitung möglich. ¹ Einzelnennungen N=1 wurden unter „Sonstige Angebote“ zusammengefasst.

3.2.3.3 Weiterleitungsquoten

Der Anteil der Weiterleitungen an weiterführende Hilfen lag bei den im KID-PROTEKT-Anhaltbogen als belastet erkannten Familien studienarmübergreifend bei 17%. In TAU war eine geringere Weiterleitungsquote (6%) zu verzeichnen als bei Qualified Treatment (20%) und Supported Treatment (22%). Bei Betrachtung der Weiterleitungsquoten innerhalb der intensiv belasteten Familien ergab sich zwischen QT (44%) und ST (58%) ein höherer Unterschied. Die Weiterleitungsquote über alle Familien war bei QT (7%) und ST (7%) vergleichbar, bei TAU lag diese Quote bei 3%.

Tabelle 23: Weiterleitungsquoten

Kategorie	Quote%			
	Gesamt	TAU	QT	ST
Weiterleitungsquote (Anhaltsbogen) ¹	17% 527/3.103	6% 54/857	20% 203/1.002	22% 270*/1.244
Weiterleitungsquote (Intensiv-Fälle) ²	52% 386/750	-	44% 138/312	58% 248*/429
Weiterleitungsquote (Gesamt) ³	6% 527/8.458	3% 54/1.748	7% 203/2.825	7% 270*/3.885

Anmerkungen: ¹Anzahl weitergeleiteter Familien / Anzahl Familien mit mindestens einem auffälligen Fragebogen. ²Anzahl intensiv belasteter, weitergeleiteter Familien / Anzahl Familien mit intensivem Unterstützungsbedarf. ³ Anzahl weitergeleiteter Familien / Alle Familien. * N=17 Familien ohne Dokumentation Orientierendes Gespräch enthalten.

3.2.3.4 Weiterleitungen aus der Lotsensprechstunde [Weiterleitungspopulation Lotsen N=176]

Die Weiterleitungsquote der Familien mit Unterstützungsbedarf aus der Lotsensprechstunde ist in Tabelle 24 dargestellt. Insgesamt wurden 88% der Familien weitergeleitet, die in die Lotsensprechstunde kamen. Davon hatten 90% der Familien einen intensiven Unterstützungsbedarf. Keine Weiterleitung erfolgte bei N=20 (12%) Familien, davon hatten N=6 (30%) Familien einen intensiven Unterstützungsbedarf.

Eine Weiterleitung erfolgte in den meisten Fällen in Form einer Kontaktempfehlung (44%) oder einer Überleitung (33%), eine Kontaktempfehlung und Überleitung erhielten 23% der Familien.

Familien erhielten durchschnittlich M=2,64 (SD=2) Kontaktempfehlungen und/oder Überleitungen an Einrichtungen. Bei intensivem Bedarf wurden tendenziell mehr Weiterleitungen empfohlen (M=2,71; SD=2,05) als bei keinem bzw. geringem Unterstützungsbedarf (M=2,06; SD=1,48).

Tabelle 24: Weiterleitungen der Babyslots:innen-Fälle (N=176)

Kategorie	Häufigkeit N (%)	
	Gesamt	Missing
Weiterleitungen aus der Lotsensprechstunde		
Keine Weiterleitung erfolgt	Gesamt	20 (12%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	12 (60%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	6 (30%)
Weiterleitung erfolgt	Gesamt	153 (88%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	15 (10%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	138 (90%)
Art der Weiterleitung		
Nur Kontaktempfehlung(en)	Gesamt	70 (44%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	11 (16%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	58 (83%)
Nur Überleitung(en)	Gesamt	52 (33%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	3 (6%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	49 (94%)
Kontaktempfehlung(en) in Kombination mit Überleitung(en)	Gesamt	37 (23%)
	davon kein/geringer Unterstützungsbedarf	2 (5%)
	davon intensiver Unterstützungsbedarf	35 (95%)

Zusammenfassung Weiterleitungen.

Von den Praxen wurde nach einem Orientierenden Gespräch ein Drittel (30%) der Familien mit Unterstützungsbedarf in Hilfsangebote weitergeleitet, davon hatten 81% einen intensiven Unterstützungsbedarf. Unter den 70% der Familien, die keine Weiterleitung erhielten, wiesen 33% einen intensiven Unterstützungsbedarf auf. Hier ist ein entscheidender Unterschied zu den Weiterleitungen zu finden, die aus der Lotsensprechstunde resultierten. Insgesamt wurden fast 90% weitergeleitet, darunter hatten neun von zehn Familien einen intensiven Unterstützungsbedarf. Unter den Familien ohne Weiterleitung hatten hingegen nur 30% einen intensiven Unterstützungsbedarf.

Die Weiterleitung erfolgte nach einem Orientierenden Gespräch in den meisten Fällen mit einer Kontaktempfehlung (55%). Einige Familien erhielten ausschließlich eine Überleitung und ein weiterer Anteil beides kombiniert. Nach einer Lotsensprechstunde erhielten auch mehr Familien eine Kontaktempfehlung (44%), der Anteil einer Überleitung oder der Kombination aus beidem war jedoch um einiges größer als nach einem Orientierenden Gespräch. In ST-Praxen haben zudem 16-mal häufiger Überleitungen oder eine Kombination aus Kontaktempfehlung(en) und Überleitung(en) stattgefunden als in QT-Praxen. Auch die Weiterleitungsquote unter den Intensiv-Fällen unterscheidet sich stark mit 44% im Studienarm QT von 58% im Studienarm ST.

Die durchschnittliche Anzahl der empfohlenen Einrichtungen war bei der Lotsensprechstunde mit $M=2,64$ durchschnittlich höher als bei den Orientierenden Gesprächen ($M=1,64$).

Die erfassten Weiterleitungsquoten in QT- und ST-Praxen sind deutlich höher als in den TAU-Praxen. Mit Abstand die meisten Weiterleitungen in TAU-Praxen erfolgten zu einer App: Hansebaby – alle aus pädiatrischen Praxen.

3.2.4 Inferenzstatistische Prüfung des Hauptoutcomes Weiterleitungen

Zur Prüfung der Effektivität wurde ein logistisches gemischtes Regressionsmodell berechnet. Dabei wurde die Cluster-Struktur (Studien-ID der Praxis) im Modell berücksichtigt. Die abhängige Variable ist das Hauptoutcome Weiterleitung erfolgt (ja/nein). Unter Weiterleitung wird hier die Weiterleitung (Kontaktempfehlung und/oder Überleitung) aus dem Orientierenden Gespräch, nicht die der Babylots:innen verstanden. Als feste Effekte (unabhängige Variablen) wurden Studienarm (QT, ST, TAU) und die Anzahl an Belastungsfaktoren zum ersten Anhaltsbogen als Haupteffekte ins Modell aufgenommen. Als zufälliger Effekt wurde ein random Intercept (Praxis) zugelassen.

Teilstichprobe zur inferenzstatistischen Prüfung.

Insgesamt wurden $N=7.952$ Fälle in die inferenzstatistische Analyse eingeschlossen. Von den $N=7.952$ Familien gab mit $N=5.245$ (66%) die Mehrheit ein Alter zwischen 22 und 34 Jahren an, 30% waren 35 Jahre oder älter und nur 1% der Familien war unter 18 Jahre alt. Die Mehrheit der Familien hatte zum ersten Anhaltsbogen 1-2 Kinder (77%). Die durchschnittliche Anzahl an Belastungsfaktoren lag bei $M=0,57$ ($SD=1,12$).

Modellgüte.

Insgesamt klassifiziert das Modell 94,2% der Beobachtungen korrekt. Von den Familien, die weitergeleitet wurden, werden $N=125$ (67%) der Fälle von dem Modell richtig vorhergesagt. Von denjenigen, die nicht weitergeleitet wurden, werden $N=7.368$ (99%) korrekt vorhergesagt. Insgesamt ist das Modell besser darin, Fälle nicht-weitergeleiteter Familien vorherzusagen als Fälle weitergeleiteter Familien (Tabelle 25).

Das Modell ist insgesamt signifikant ($F(1,7948)=253,359$, $p<0,001$). Der Belastungsgrad der Familien, wie erhoben im Anhaltsbogen, hat den größten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eine Weiterleitung zu erhalten ($F(1,7948)=758,457$, $p<0,001$, $N=7.948$). Der Interventionsarm der Praxis hat ebenfalls einen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eine Weiterleitung zu erhalten mit $F(2,7948)=12,414$, $p<0,001$, $N=7.948$.

Tabelle 25: Klassifikation

Gesamtprozent korrekt = 94,2% ^a		Vorhergesagt	
		weitergeleitet	nicht weitergeleitet
Beobachtet			
weitergeleitet	Anzahl	125	397
	% in 'Beobachtet'	23,9%	76,1%
nicht weitergeleitet	Anzahl	62	7368
	% in 'Beobachtet'	0,8%	99,2%

Anmerkung: ^a Ziel: Weiterleitung finale Variable

Schätzung der Effekte.

Die Koeffizienten zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Studienarmen. 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. Die Anzahl der Belastungsfaktoren zum ersten Zeitpunkt ist signifikant ($t=27,54$, $p < 0,001$) und die Wahrscheinlichkeit für eine Weiterleitung wird mit jeder weiteren Belastung um das 2,723-fache erhöht (95% CI; 2,536 - 2,925) (Tabelle 26).

Der zufällige Effekt liegt bei $M = ,861$ (95% CI; 0,409 – 1,812; $p < 0,01$). Die Praxis-ID als Cluster-Struktur im Modell zu berücksichtigen ist relevant.

Tabelle 26: Feste Koeffizienten

Variable	Koeffizient	t	p	Odds ratio	Unterer Wert	Oberer Wert
Konstanter Term	-5,915	-14,024	0,000	0,003	0,001	0,006
Interventionsarm=ST^a	2,423	4,410	0,000	11,277	3,842	33,102
Interventionsarm=QT^a	2,370	4,416	0,000	10,700	3,737	30,641
Kontrollarm=TAU	0 ^b					
Anzahl Belastungsfaktoren	1,002	27,540	0,000	2,723	2,536	2,925

Anmerkungen: Wahrscheinlichkeitsverteilung: Binomial. Verknüpfungsfunktion: Logit. Ziel: Weiterleitung erfolgt. ^a Vergleich zur Referenzkategorie TAU ^b Dieser Koeffizient wurde auf den Wert null gesetzt, da er redundant ist.

Die marginal means bzw. Anteilswerte der drei Studienarme sind in Tabelle 27 dargestellt. Die marginal means bzw. Anteilswerte geben an, wie hoch der Anteil der einzelnen Studienarme an allen Weiterleitungen ist, der laut dem spezifizierten Modell zu erwarten ist. Die Anteilswerte der beiden Varianten der Interventionsarme sind deutlich höher als bei der Regelversorgung. Bei Qualified Treatment liegt der Anteil bei 4,8% ($M=0,048$; 95 % CI; 0,025 - 0,092). Bei Supported Treatment liegt der Anteil an Weiterleitungen bei 5,1% ($M=0,051$; 95 CI; 0,25 - 0,099). Bei TAU liegt der Anteil bei 0,5% ($M=0,005$; 95% CI; 0,002 - 0,011).

Tabelle 27: Schätzer

Studienarm	Mittelwert	Unterer Wert	Oberer Wert
ST	0,051	0,025	0,099
QT	0,048	0,025	0,092
TAU	0,005	0,002	0,011

Zusammenfassung inferenzstatistische Prüfung des Hauptoutcomes Weiterleitungen.

In der inferenzstatistischen Auswertung des Hauptoutcomes Weiterleitung wurden die beiden Varianten der neuen Versorgungsform (QT und ST) gegen die Regelversorgung (TAU) geprüft. Angenommen wurde, dass die neue Versorgungsform effektiver als die Regelversorgung ist und dass die Variante ST der Variante QT überlegen ist. In der Analyse wurden die Anzahl an Belastungsfaktoren sowie der zufällige Effekt der Praxis im Modell adjustiert.

Die Auswertung zeigt, dass beide Varianten der neuen Versorgungsform der Regelversorgung überlegen sind. Der Anteil an weitergeleiteten Familien ist im Vergleich zur Regelversorgung in beiden Versorgungsvarianten höher (hier vom Modell spezifizierte Werte: QT: 4,8%; ST: 5,1%; TAU:0,5%). Die Wahrscheinlichkeit, eine Weiterleitung zu erhalten, ist in der neuen Versorgungsform 10,7-fach (QT) bzw. 11,3-fach (ST) so hoch im Vergleich zur Regelversorgung. Im Vergleich zwischen QT und ST gibt es nur minimale Unterschiede im Anteil an Weiterleitungen. Die Anzahl an Belastungsfaktoren ist relevant für die Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung. Eine Zunahme um einen Belastungsfaktor geht mit einer 2,7-fach höheren Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung einher.

Insgesamt hat sich die Hypothese bestätigt, dass die neue Versorgungsform effektiver als die Regelversorgung ist. Es lässt sich jedoch keine Überlegenheit der Variante ST gegenüber der Variante QT belegen.

3.2.5 Ergebnisse Inanspruchnahme von Weiterleitungen [Interviewpopulation weitergeleitete Familien N=133]

Zur Ermittlung der Inanspruchnahmen in der neuen Versorgungsform wurden Familien, die im Orientierenden Gespräch eine Weiterleitung erhalten haben, telefonisch befragt, sofern deren schriftliches Einverständnis vorlag. In der TAU-Bedingung wurden alle Familien kontaktiert, die aufgrund des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens als belastet galten und ihr Einverständnis zur telefonischen Befragung erteilt hatten.

Im Rahmen des Projektes wurden insgesamt N=133 Familien mit Weiterleitung telefonisch befragt (siehe Tabelle 28). Danach haben insgesamt 26% der Befragten die empfohlene Unterstützung in Anspruch genommen und 71% haben diese nicht in Anspruch genommen. Bei ST ist mit 35% die höchste Inanspruchnahme zu verzeichnen. Bei TAU haben 15% und bei QT 18% der befragten Familien die Unterstützung in Anspruch genommen. Zu erkennen ist auch, dass in der Interventionsbedingung ST bei intensivem Bedarf mit 34% häufiger Unterstützung angenommen wurde als bei QT mit 11%.

Tabelle 28: Inanspruchnahme der befragten Familien mit Weiterleitung (N=133)

Inanspruchnahme		Häufigkeit n (%)					Lotsen ³
		Gesamt	Mis- sing	TAU	QT	ST	
Interviewte Familien mit Weiterleitung		133 (100%)	7	20 (100%)	44 (100%)	69 (100%)	56 (100%)
In Anspruch genommen	Gesamt	35 (26%)	3	3 (15%)	8 (18%)	24 (35%)	21 (38%)
	Intensiver Bedarf	26 (20%)	3	-	3 (7%)	23 (33%)	20 (36%)
Nicht in Anspruch genommen	Gesamt	95 (71%)	3	17 (85%)	34 (77%)	44 (64%)	34 (61%)
	Intensiver Bedarf	66 (50%)	3	-	22 (50%)	44 (64%)	34 (61%)
Inanspruch- nahmequote ¹ (intensiver Bedarf)		28% 26/92			12% 3/25	34% 23/67	36% 20/55
Inanspruch- nahmequote (Anhaltsbogen) ²		32% 35/121		30% 3/10	21% 8/42	39% 24/69	38% 21/56

Anmerkungen: ¹Anzahl intensiv belasteter, weitergeleiteter Familien mit Inanspruchnahme / Befragte, weitergeleitete Familien mit intensivem Unterstützungsbedarf ²Anzahl Familien mit Inanspruchnahme einer Weiterleitung / Befragte, weitergeleitete Familien mit mind. 1 auffälligen Fragebogen ³Befragte Familien mit Weiterleitung, die in einer Babyslots:innensprechstunde waren (ST)

Unter den befragten weitergeleiteten Familien mit mindestens einem auffälligen Fragebogen wurde eine Inanspruchnahmequote (Anhaltsbogen) von insgesamt 32% ermittelt. In ST ist die höchste Inanspruchnahmequote zu beobachten (ST: 39% vs. QT: 21% vs. TAU: 30%).

Die Inanspruchnahmequote bei intensiv belasteten weitergeleiteten Familien liegt bei 28%. Sie liegt in der ST-Gruppe deutlich höher (34%) als in der QT-Gruppe (12%).

3.2.6 Inferenzstatistische Prüfung der Inanspruchnahmen

Die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch weitergeleitete Familien wurde aufgrund der geringen Anzahl an erfolgreichen Weiterleitungen in TAU (N=3) inferenzstatistisch mit robusten Analysen geprüft und konservativ hinsichtlich der Signifikanzinterpretation bewertet.

Teilstichprobe zur inferenzstatistischen Prüfung Inanspruchnahme.

Die Analyse wurde an einer Teilstichprobe aller weitergeleiteten Familien durchgeführt. Von den N=522 weitergeleiteten Familien konnten N=133 für die telefonische Befragung zur Erfassung der Inanspruchnahme gewonnen und in die Analyse eingeschlossen werden. Von den N=133 befragten Familien war die eine Hälfte (52%) zwischen 22 und 34 Jahre alt und die

andere Hälfte (48%) älter als 35 Jahre. Die Mehrheit der Familien hatte zum ersten Anhaltbogen 1-2 Kinder (77%). Die durchschnittliche Anzahl an Belastungsfaktoren lag bei $M=2,36$ ($SD=1,95$).

Mittelwertsvergleich der Studienarme hinsichtlich Inanspruchnahme.

Der Chi-Quadrat-Test ergibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Weiterleitung und den Interventionsarmen, $\chi^2(2)=5,19, p=0,75$. Zur Interpretation der deskriptiv deutlichen Unterschiede bei gleichzeitig fehlender Signifikanz wurde eine Post-Hoc-Poweranalyse durchgeführt, die erkennen lässt, ob die geringe Stichprobengröße zur Nicht-Signifikanz führte: Die Post-Hoc-Poweranalyse mittels G*Power ergab, bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05 und einer Effektstärke von 0,2, eine Power (1- β Irrtumswahrscheinlichkeit) von 0,53. Das bedeutet, gäbe es einen Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme, wäre dieser Unterschied mit einer Wahrscheinlichkeit von 53% gefunden worden. Somit kann man davon ausgehen, dass die Stichprobengröße der Telefoninterviews ($N=133$) zu gering war, um einen signifikanten Unterschied zu finden.

Darüber hinaus wurden geringfügige Selektionseffekte der Teilstichprobe der $N=133$ weitergeleiteten Familien, die zur Inanspruchnahme telefonisch befragt wurde, gegenüber den $N=397$ weitergeleiteten, nicht-befragten Familien ermittelt (Tabelle 29). Mit jeweils schwachen Effektstärken unterscheiden sich die befragten weitergeleiteten Familien von den nicht-befragten weitergeleiteten Familien signifikant hinsichtlich des Alters (Interviewte Familien waren älter) und der Anzahl der Kinder (Befragte Familien hatten weniger Kinder). Hinsichtlich der Anzahl an Belastungsfaktoren unterschieden sich die Befragten nicht von den Nicht-Befragten.

Tabelle 29: Stichprobenmerkmale der un-/befragten weitergeleiteten Familien ($N=133$)

Angaben der Familien	Befragte weitergeleitete Familien ($N=133$)			Nicht-Befragte weitergeleitete Familien ($N=397$)			t	χ^2	Cramer's V
	n	%	M (SD)	n	%	M (SD)			
Alter Familien								8,121*	0,128
Unter 18	0	0%		1	0%				
18-21	3	2%		16	4%				
22-34	66	52%		242	63%				
35 oder älter	59	46%		124	32%				
Fehlende Angaben				9					
Anzahl Kinder im Haushalt								6,616*	0,110
Keine	21	16%		51	13%				
1-2 Kinder	100	77%		274	71%				
3 oder mehr Kinder	9	7%		59	15%				
Fehlende Angaben	0			8					

Belastungs- faktoren	130	2,36 (1,95)	392	2,22 (1,60)	0,828
---------------------------------	-----	----------------	-----	----------------	-------

Anmerkung: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. χ^2 -Test * = signifikant mit $p < 0,05$

Zusammenfassung Inanspruchnahmen.

Die Analyse zeigt, dass die Inanspruchnahmequote im Supported Treatment am höchsten ist (33%) und auch das Qualified Treatment einen höheren Wert aufweist (18%) als die Regelversorgung (15%).

Diese deskriptiven Unterschiede werden in einem Chi²-Mittelwertsvergleich jedoch nicht signifikant, was – ermittelt im Rahmen einer PostHoc-Poweranalyse – an der geringen Stichprobengröße liegen wird.

3.3 Kosten-Nutzen-Analyse der neuen Versorgungsform

Ein häufig angewendetes und anerkanntes Verfahren zur gesundheitsökonomischen Bewertung komplexer Interventionen ist die Kosten-Nutzwert-Analyse (Meier-Gräwe, 2014). Die Effizienz wird dabei in Form von Kosten pro Nutzwert oder Nutzwert pro ausgegebenen Euro angegeben.

Mehrkostenermittlung.

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 bildet in der Analyse die Baseline. Die Ermittlung der Mehrkosten der neuen Versorgungsform setzt deren inhaltliche Abgrenzung von der Regelversorgung voraus. Tabelle 30 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. Weiterhin beschränkt sich der Vergleich auf den Teilprozess des „Klärens (+ Informierens)“, 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 wahren.

Die Mehrkosten beziehen sich auf den im Projekt angefallenen Aufwand. Da die Vergütung der Lots:innen in KID-PROTEKT nicht patienten-/leistungsbezogen erfolgte, sondern den Personalkosten zugeordnet war, wurde hier der zeitliche Aufwand für den klärenden Gesprächsanteil durch die Personalkosten bewertet. Die durchschnittliche Dauer eines Lotsenerstgesprächs betrug im Projekt 53,93 Minuten (Babylotsen-Dokumentation). 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). Nach einem Aufschlag von 30% 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 nur in rund 25% der Fälle notwendig war (Abb. 3). Entsprechend ergeben sich fallbezogene Kosten von 20,00 € in QT und 33,03 € in ST.

Tabelle 30: Kostenermittlung der Mehrleistungen QT und ST

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

¹ Zugrunde gelegt sind hier Häufigkeiten bei 0% Dropout. Berechnungsgrundlage siehe Abbildung 3. ² Vergütungssatz für gesundheitliche Versorgungsleistungen KID-PROTEKT. ³ Aufwandsbasierte Kostenermittlung

Nutzwertbestimmung [Onlinepopulation Expert:innen N=54].

Für die Nutzwertenerhebung wurde eine selektive Stichprobe von N=111 Expert:innen gezogen. Es nahmen N=54 Expert:innen/Stakeholder (49% Rücklaufquote) teil, die Kenntnis vom Vorhaben und der neuen Versorgungsform hatten, wovon N=42 den Online-Fragebogen komplett ausfüllten.

In einer begleitenden E-Mail wurde der Link zur Onlinebefragung versendet und neben Datenschutzhinweisen und dem Einverständnis zur Teilnahme um Beantwortung gebeten. Nach 14 Tagen wurde mittels E-Mail an die Beantwortung erinnert.

Die Fragen zum Nutzen der Einzelprozesse setzten die Kenntnis der neuen Versorgungsformen voraus. In den Teilnehmerkreis einbezogen wurden deshalb: teilnehmende Ärzt:innen und medizinischen Fachkräfte aller Studienarme, Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats, Mitarbeiter:innen der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter am UKE, 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.

Im Rahmen der Bewertung der für das Erreichen des Hauptziels relevanten Teilziele erhielt die „Weiterleitung an Hilfen“ mit M=9,31 (SD=0,97) den höchsten Wert. Auch die „Einschätzung der psychosozialen Belastung“ (M=9,18) und die „Klärung des individuellen Unterstützungsbedarfs“ (M=9,09) wurden als wichtig bewertet. Als weniger wichtig wurden das „Monitoring der Nutzung durch die Betroffenen“ (M=7,59) und die sozialpädagogische Hilfeplanung (M=7,72) eingeschätzt. 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 auf dieser Basis ermittelten Nutzwerte betragen 13,08 für TAU, 26,51 für QT und 41,36 für ST (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Befragungsergebnisse und errechnete 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.

Für den Vergleich von Kosten und Nutzen werden die Mehrkosten der Interventionsarme QT und ST pro Fall durch die jeweilige Nutzwertdifferenz zu TAU (Tabelle 30) dividiert.

Pro Fall ergeben sich für die QT-Bedingung zusätzliche Kosten in Höhe von 1,50 € pro zusätzlichen Nutzwert (20 €/13,3) und für die ST-Bedingung belaufen sich die zusätzlichen Kosten pro Fall auf 1,17 € pro zusätzlichen Nutzwert (33,03 €/28,18) gegenüber der TAU-Bedingung.

Interpretation der Kosten-Nutzwert-Analyse.

Basierend auf der Einschätzung von Expert:innen ergibt sich, dass sowohl QT als auch ST dem TAU hinsichtlich des Nutzwertes überlegen sind. QT hat gegenüber TAU einen 2-mal größeren Nutzwert (26,44 QT zu 13,14 TAU). Bei ST liegt der Mehrwert gegenüber TAU bei einem 3-mal größeren Nutzwert (41,32 ST zu 13,14 TAU).

Übertragen in ein Kosten-Effektivitäts-Diagramm ist zu erkennen, dass sich die Graphen für QT und ST im ersten Quadranten befinden, da beide Interventionsarme einen Mehrwert (höheren Nutzwert) bieten, jedoch ebenfalls Mehrkosten verursachen. Je kleiner der Winkel zwischen der X-Achse und dem Graphen (α), desto besser ist das Verhältnis von Kosten zu Nutzen. Im Ergebnis ist daher die Variante der Versorgungsform ST der Versorgungsform QT zu bevorzugen. Nach Schöffski (2008) ist bei mehreren Alternativen im ersten Quadranten die Intervention mit der am weitesten rechts außen liegenden Geraden zu wählen. Auch nach diesem Ansatz ist die Intervention ST der Bedingung QT zu bevorzugen.

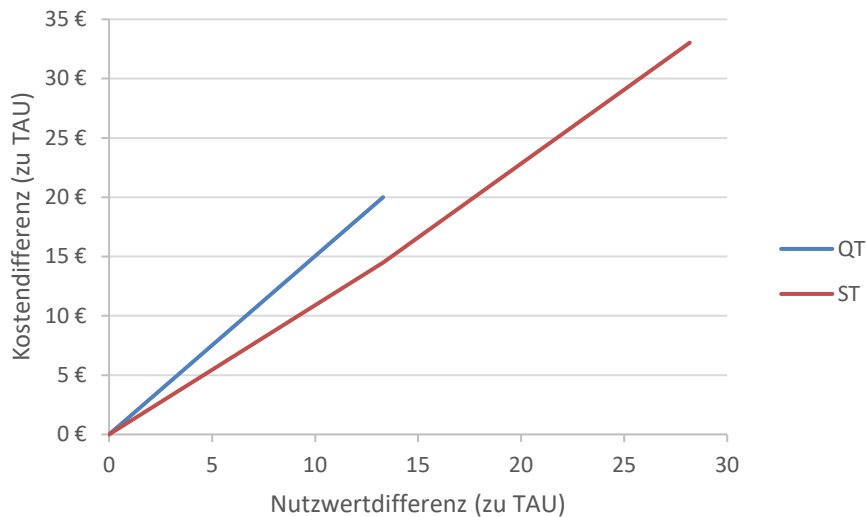


Abbildung 4: Kosten-Effektivitäts-Diagramm

Zusammenfassung Kosten-Nutzen-Analyse.

Basierend auf der Einschätzung des Nutzwertes durch Expert:innen sind QT und ST der Bedingung TAU überlegen. Die Regelversorgung diene in der Kosten-Nutzwertanalyse als Baseline. Der höhere Nutzwert von QT und ST wird durch höhere Kosten pro Fall gegenüber TAU begleitet. Insgesamt liegen die Kosten für ST über den Kosten für QT, gleichzeitig ist der Nutzwert von ST ebenfalls höher als der von QT.

Der Nutzwert von QT ist 2-mal höher als der von TAU und die fallbezogenen, pauschalieren Mehrkosten QT liegen bei 20 €. Der Nutzwert von ST ist 3-mal höher als der von TAU und die Mehrkosten pro Fall liegen bei 33,03 €.

Basierend auf dem zusätzlichen Nutzwert ist ST der anderen Variante der neuen Versorgungsform vorzuziehen. Basiert die Entscheidung nur auf den Kosten, so ist TAU zunächst die günstigste Variante. In Relation zu den höheren Nutzwerten ergeben sich höhere fallbezogene Mehrkosten von 1,50 € für QT und 1,17 € für ST. Die Ersparnis von ST gegenüber QT pro zusätzlichen Nutzwert gegenüber TAU beträgt 0,33 €. Damit ist die neue Versorgungsform Supported Treatment (ST) der Versorgungsform Qualified Treatment (QT) und beide sind wiederum der Regelversorgung hinsichtlich der Effizienz überlegen.

3.4 Sekundäre Outcomes

3.4.1 Nicht-Teilnehmer:innen KID-PROTEKT [Nicht-Teilnahme-Population N=1.119]

Insgesamt gab es N=739 Familien, die über das Projekt aufgeklärt wurden, aber nach der Ansprache nicht teilnahmen (Nicht-Teilnehmer:innen nach Ansprache). Auch konnten Familien zu verschiedenen anderen Zeitpunkten im Ablauf ihre Nicht-Teilnahme erklären; z.B. N=690 Familien, die nicht am Orientierenden Gespräch oder N=24 Familien, die nicht an der Beratung der Babylots:innen teilnahmen. Diese Familien hatten die Möglichkeit, über die Nicht-Teilnahme-Karte Gründe für ihre Nicht-Teilnahme anzugeben (Mehrfachnennungen möglich).

So wurden N=1.119 Gründe für eine Nicht-Teilnahme dokumentiert (Tabelle 32). Der häufigste Grund für eine Nicht-Teilnahme war über alle Studienarme hinweg „kein Interesse / Notwendigkeit wird nicht gesehen (TAU: N=192; 51%; QT: N=175; 50%, ST: N=260; 66%). Seltener wurde eine nicht ausreichend mögliche Verständigung als Grund genannt (N=151; 14%) oder angegeben, dass die Themen „zu persönlich/intim/privat“ (N=138; 12%) sind.

Tabelle 32: Gründe für eine Nicht-Teilnahme (N=1.119)

Gründe für die Nicht-Teilnahme	Häufigkeiten N (%)			
	Gesamt (N=1.119)	TAU (N=376)	QT (N=351)	ST (N=392)
Kein Interesse; Notwendigkeit wird nicht gesehen	627 (56%)	192 (51%)	175 (50%)	260 (66%)
Verständigung nicht ausreichend möglich	151 (14%)	84 (22%)	43 (12%)	24 (6%)
Sonstiges	144 (13%)	62 (17%)	61 (17%)	21 (6%)
Zu persönlich/intim/privat	138 (12%)	23 (6%)	48 (14%)	67 (17%)
Ohne Nennung von Gründen (nicht ausgefüllte Nicht-Teilnahmekarte)	14 (1%)	10 (3%)	2 (1%)	2 (1%)
Missings	45	5	22	18

In den Studienarmen der neuen Versorgungsform konnte zusätzlich weitergehend differenziert werden, ob das Angebot, einzelne Bestandteile davon oder die Teilnahme an der Evaluation abgelehnt wurde (Tabelle 33).

Tabelle 33: Ablehnung des Angebots, einzelner Bestandteile oder der Studienteilnahme in der neuen Versorgungsform (N=743)

Ablehnungen	Häufigkeit N (%)		
	Gesamt (N=743)	QT (N=351)	ST (N=392)
Ablehnung des Angebots oder einzelner Bestandteile			
Das Angebot insgesamt	288 (39%)	136 (39%)	152 (39%)
Der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen	45 (6%)	17 (5%)	28 (7%)
Das Orientierendes Gespräch	67 (9%)	44 (13%)	23 (6%)
Die Lotsensprechstunde	36 (5%)	-	36 (9%)
Ablehnung der Studienteilnahme			
Das Einwerfen des ausgefüllten Fragebogens in den Briefkasten	37 (5%)	18 (5%)	19 (5%)
Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme	170 (23%)	99 (28%)	71 (18%)
Lotsensprechstunde und Studienteilnahme	1 (<1%)	-	1 (<1%)
Unklar (keine Detailgründe)	3 (<1%)	1 (<1%)	2 (<1%)
Missings	96	36	60

Mehrfachantworten möglich

Die meisten der nicht-teilnehmenden Familien (N=288; 39%) gaben an, dass sie das gesamte Angebot ablehnen (QT: N=136, 39%; ST: N=152, 39%). Die Studienteilnahme wurde von N=170

Familien (23%) abgelehnt (QT: N=99, 28%; ST: N=71, 18%). Das OG wurde explizit in QT N=44-mal abgelehnt. Die Gründe hierfür waren N=26-mal kein Interesse/Notwendigkeit, N=7-mal sonstiges, N=5-mal zu persönlich/intim, N=3-mal Verständigung nicht ausreichend möglich und N=3-mal missing/keine Angabe. In ST wurde das OG N=23-mal abgelehnt. Als Gründe wurden genannt N=13-mal kein Interesse/Notwendigkeit, N=8-mal zu persönlich/intim, N=1-mal Verständigung nicht möglich und N=1-mal sonstiges. Die Lotsensprechstunde wurde N=36-mal abgelehnt, insbesondere, weil kein Interesse/keine Notwendigkeit bestand (N=28). Weitere Gründe waren N=5-mal sonstiges, N=1-mal Verständigung nicht ausreichend möglich, N=1-mal zu persönlich intim, N=1-mal missing/keine Angabe.

Zusammenfassung Nicht-Teilnahme-Analyse.

Insgesamt gab es N=1.119 Gründe für eine Nicht-Teilnahme. Der häufigste Grund für eine Nicht-Teilnahme an KID-PROTEKT stellte fehlendes Interesse bzw. mangelnde Notwendigkeit aus Sicht der Familien dar. Seltener Gründe waren eine nicht ausreichend mögliche Verständigung oder die Einordnung der Anliegen als zu persönlich/intime/privat. Wenn eine Ablehnung erfolgte, dann in 39% der Fälle das gesamte Angebot betreffend und nicht nur einzelne Bestandteile.

3.4.2 Akzeptanz und Machbarkeit

3.4.2.1 Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Mitarbeiter:innen [Interviewpopulation Praxen N=58]

Insgesamt wurden N=58 Mitarbeiter:innen aus allen teilnehmenden Praxen per Telefoninterviews zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt. Davon wurden N=21 Mitarbeiter:innen aus dem Studienarm QT, N=20 aus dem Studienarm ST und N=17 aus dem Studienarm TAU befragt. Insgesamt wurden den Mitarbeiter:innen 30 Fragen gestellt, die sie entweder auf einer Skala mit Schulnoten (1=sehr gut - 6=schlecht) mit ja oder nein oder mit einer freien Antwort beantworten konnten. Der Leitfaden des Interviews ist aufgeteilt in Fragen zur Akzeptanz und Machbarkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens, des Orientierenden Gesprächs, der Weiterleitung, der Lotsensprechstunde, den Schulungen/Projekttreffen und sonstige Fragen.

Akzeptanz und Machbarkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens.

Zur Akzeptanz und Machbarkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens wurden den Mitarbeiter:innen fünf Fragen gestellt. Die erste Frage war, wie die Integration des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens in den Arbeitsalltag gelungen ist. Dies wurde insgesamt (M=1,88, SD=0,68) und in allen drei Studienarmen QT (M=1,81, SD=0,68), ST (M=1,8, SD=1,06) und TAU (M=2,06, SD=1,06) als gut bewertet. Zusätzlich gaben N=5 Mitarbeiter:innen an, dass sich die Integration des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens in den Arbeitsalltag im Laufe des Projekts verbessert habe. Die Praktikabilität des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens wurde ebenfalls insgesamt (M=1,75, SD=0,74) und in allen drei Studienarmen QT (M=1,52, SD=0,51), ST (M=1,75, SD=0,79) und TAU (M=2,06, SD=0,85) durchschnittlich als gut bewertet. Jedoch nannten N=4 Mitarbeiter:innen zusätzlich, dass es Verständnisprobleme bei den Familien gab. Auch die Akzeptanz des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens bei den Familien wurde insgesamt (M=2,12, SD=0,62) und in allen drei Studienarmen QT (M=2,14, SD=0,65), ST (M=1,95, SD=0,6) und TAU (M=2,29, SD=0,59) durchschnittlich als gut bewertet. Zusätzlich nannten N=5 der befragten Mitarbeiter:innen, dass das Projekt sehr positiv bei den Familien aufgenommen wurde, während N=3 Mitarbeiter:innen zusätzlich angaben, dass die Familien abgeschreckt oder verunsichert von der Einverständniserklärung waren. Die Frage, ob der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt wurde, beantwortete die Mehrheit der befragten Mitarbeiter:innen mit ja (N=57, 98%). Im Studienarm QT (N=21, 100%) und TAU (N=17, 100%) beantworteten

alle die Frage mit ja und im Studienarm ST N=19 der befragten 20 Mitarbeiter:innen (95%). Jedoch nannten zusätzlich N=4 der Mitarbeiter:innen, dass einige Eltern skeptisch reagierten. Die letzte Frage zum KID-PROTEKT-Anhaltsbogen, wie hilfreich die Mitarbeiter:innen den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen in Bezug auf die Identifizierung von Familien mit psychosozialen Belastungen fanden, wurde nur den Mitarbeiter:innen aus den Studienarmen QT und ST gestellt. Dies wurde im Durchschnitt als gut bewertet (M=1,8, SD=0,71; QT: M=1,71, SD=0,72; ST: M=1,9, SD=0,72), jedoch nannten N=5 Mitarbeiter:innen zusätzlich, dass die Fragen im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen zu allgemein gestellt waren.

Akzeptanz und Machbarkeit des Orientierenden Gesprächs.

Die Fragen zur Akzeptanz und Machbarkeit des Orientierenden Gesprächs wurden von den Mitarbeiter:innen aus den Interventionsarmen QT (N=16) und ST (N=16) beantwortet. Die erste Frage, wie hilfreich der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch war, beantworteten die Mitarbeiter:innen durchschnittlich mit gut (M=1,69, SD=0,69; QT: M=1,63, SD=0,72; ST: M=1,75, SD=0,68). N=8 Mitarbeiter:innen merkten zusätzlich an, dass der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen eine Struktur bzw. Anhaltspunkte für das Orientierende Gespräch bietet. Die zweite Frage, wie leicht den Mitarbeiter:innen die Durchführung des Orientierenden Gesprächs fiel, wurde in beiden Studienarmen als gut bewertet (QT: M=1,75, SD=0,58; ST: M=1,88, SD=0,72). N=4 der befragten Mitarbeiter:innen nannten, dass es sich im Laufe des Projekts verbessert habe und weitere N=4 Mitarbeiter:innen gaben an, dass dies abhängig sei von der Familie. Die letzte Frage zum Orientierenden Gespräch, wie hilfreich die Mitarbeiter:innen das Orientierende Gespräch für die Familien beurteilen, wurde ebenfalls durchschnittlich als gut bewertet (M=1,88, SD=0,66; QT: M=1,75, SD=0,68; ST: M=2, SD=0,63). N=6 Mitarbeiter:innen gaben an, dass die Familien froh/dankbar über die Nachfrage gewesen sein.

Akzeptanz und Machbarkeit der Weiterleitungen.

Die Fragen zur Akzeptanz und Machbarkeit der Weiterleitungen wurden ebenfalls von den Mitarbeiter:innen aus den Studienarmen QT und ST beantwortet. Wie leicht den befragten Mitarbeiter:innen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote fiel, wurde insgesamt (M=2,22, SD=0,99) und im Studienarm ST (M=1,83, SD=0,86) als gut bewertet, während dies im Studienarm QT als befriedigend bewertet wurde (M=2,61, SD=0,98). N=6 Befragte gaben zusätzlich an, dass die Weiterleitung durch die Corona-Pandemie erschwert wurde. Die Frage, wie gut die Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen wurden, wurde insgesamt (M=2,08, SD=0,65) und in beiden Studienarmen (QT: M=1,94, SD=0,64; ST: M=2,22, SD=0,65) mit gut beantwortet. N=5 der befragten Mitarbeiter:innen gaben an, dass die meisten Familien froh und dankbar über die Vorschläge waren. Die Zufriedenheit mit den Anbindungsmöglichkeiten der Familien an Unterstützungsangebote wurde von den Mitarbeiter:innen im Durchschnitt als befriedigend bewertet (M=2,55, SD=0,89; QT: M=2,5, SD=1,1; ST: M=2,6, SD=0,63). N=3 der befragten Mitarbeiter:innen gaben zusätzlich an, dass es weniger Angebote in der Umgebung gibt. Die letzte Frage zu den Weiterleitungen, wie die Mitarbeiter:innen die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen bewerten, wurde sowohl insgesamt im Durchschnitt (M=2,13, SD=0,87) als auch in beiden Studienarmen QT (M=2,3, SD=0,85) und ST (M=1,93, SD=0,88) als gut bewertet. Jedoch nannten N=8 der befragten Mitarbeiter:innen, dass es wenige Rückmeldungen von den Einrichtungen gab.

Akzeptanz und Machbarkeit der Lotsensprechstunde.

Die Fragen zu der Akzeptanz und Machbarkeit der Lotsensprechstunde wurde von den Mitarbeiter:innen aus dem Studienarm ST beantwortet. Die Zusammenarbeit mit den Babylots:innen wurde im Durchschnitt mit sehr gut bewertet (M=1,05, SD=0,22). Zwei Mitarbeiter:innen

betonten zusätzlich, dass die Zusammenarbeit reibungslos ablief. Die Akzeptanz der Lotsensprechstunde bei den Familien wurde durchschnittlich mit gut bewertet ($M=1,6$, $SD=0,75$). $N=4$ der befragten Mitarbeiter:innen nannten zusätzlich, dass die Sprechstunde sehr gut angenommen wurde und $N=3$ Mitarbeiter:innen fügten hinzu, dass die Familien dankbar waren. Die Nützlichkeit der Lotsensprechstunde für die Familien wurde im Durchschnitt mit sehr gut bewertet ($M=1,25$, $SD=0,44$). $N=3$ Mitarbeiter:innen nannten, dass die Familien durch die Erfahrung und das Wissen der Babylots:innen gut unterstützt werden können.

Akzeptanz und Machbarkeit der Schulungen und Projekttreffen.

Die Schulungen im Vorfeld wurden von den Mitarbeiter:innen insgesamt ($M=1,55$, $SD=0,6$) und in den Studienarmen QT ($M=1,52$, $SD=0,6$) sowie ST ($M=1,58$, $SD=0,61$) mit gut beantwortet.

$N=7$ der befragten Mitarbeiter:innen betonten zusätzlich, dass die Schulung sehr hilfreich war. Dass die begleitenden Projekttreffen mit den Babylots:innen hilfreich waren, wurde von den Mitarbeiter:innen aus dem Studienarm ST als gut bewertet ($M=2,27$, $SD=0,96$). $N=5$ der befragten Mitarbeiter:innen konnten dies jedoch nicht beantworten, da sie nicht an den Projekttreffen teilgenommen haben. Die Fallbesprechungen mit den Babylots:innen wurden von den Mitarbeiter:innen mit sehr gut bewertet ($M=1,32$, $SD=0,48$). $N=4$ Mitarbeiter:innen nannten, dass die Zusammenarbeit sehr hilfreich war.

Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund.

Die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt wurde insgesamt ($M=2,91$, $SD=1,01$) und in allen drei Studienarmen QT ($M=3,24$, $SD=1,14$), ST ($M=2,67$, $SD=0,97$) und TAU ($M=2,73$, $SD=0,8$) als befriedigend bewertet. $N=10$ der befragten Mitarbeiter:innen gaben an, dass die Integration durch Sprachbarrieren erschwert wurde und $N=6$ Mitarbeiter:innen fügten hinzu, dass es hilfreich war, dass der Fragebogen in verschiedenen Sprachen verfügbar war.

Mehrwert und Nutzen/Aufwand für die Praxis.

Die Frage, ob die Mitarbeiter:innen einen Mehrwert für die Kinderarzt-/Frauenarztpraxis im Projekt KID-PROTEKT sehen, wurde von allen Befragten in den Studienarmen QT ($N=20$) und ST ($N=20$) mit ja beantwortet (100%). Zusätzlich nannten $N=13$ Mitarbeiter:innen, dass das Projekt hilfreich für belastete Familien sei, dazu nannten $N=11$ Mitarbeiter:innen, dass sich die Beziehung und der Kontakt zu den Familien verbessert habe. Die Mitarbeiter:innen schätzten insgesamt, dass sie im Durchschnitt $M=35,25$ Minuten ($SD=27,88$) zusätzlich für die Umsetzung des Projekts pro Tag aufwenden mussten, während im Studienarm QT $M=28,95$ Minuten pro Tag ($SD=19,31$) und im Studienarm ST $M=42,21$ Minuten pro Tag ($SD=34,23$) geschätzt wurden. $N=4$ Mitarbeiter:innen gaben jedoch an, dass dies abhängig sei von der Anzahl an Familien und dem Aufwand. Der Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen wurde sowohl insgesamt ($M=1,9$, $SD=0,67$) als auch 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. Jedoch nannten $N=5$ Mitarbeiter:innen zusätzlich, dass der administrative Aufwand hoch war.

Probleme und Herausforderungen.

Welche Probleme und Herausforderungen sich durch die Corona-Pandemie im Praxis-/Projektlauf ergeben haben, wurde von insgesamt $N=56$ Personen beantwortet (QT: $N=21$, ST: $N=18$, TAU: $N=17$). Am häufigsten wurde genannt, dass es keine Probleme durch die Corona-Pandemie gab ($N=25$, 45%). Es wurde dennoch von $N=13$ Personen (23%) als Schwierigkeit genannt, dass viele Unterstützungsangebote geschlossen oder nur online/telefonisch

erreichbar waren und N=5 Mitarbeiter:innen (9%) nannten, dass Dolmetscher:innen/Begleitpersonen nicht in der Praxis erlaubt waren. Die Frage, mit welchen praktischen Problemen die Mitarbeiter:innen konfrontiert waren und wie die Abläufe des Projekts KID-PROTEKT innerhalb der Praxis verbessert werden konnten, wurde insgesamt von N=57 Mitarbeiter:innen beantwortet (QT: N=21, ST: N=19, TAU: N=17). Die meisten gaben an, dass sie mit keinen Problemen konfrontiert waren (N=35, 61%). N=10 Mitarbeiter:innen (18%) nannten jedoch die Arbeitsaufteilung und Personalmangel als Problem und weitere N=6 Personen (11%) gaben Sprachbarrieren als Schwierigkeit an.

Involvierung der Ärzt:innen und Umsetzbarkeit in anderen Praxen.

Die Frage, ob die Kinder-/Frauenärzt:innen stärker im Projekt KID-PROTEKT involviert sein sollten, wurde insgesamt von N=11 Medizinischen Fachkräften (42%) mit „ja“ beantwortet, von N=14 (54%) mit nein und von einer Person (4%) mit „weiß nicht“. Im Studienarm QT wurde dies von N=7 Medizinischen Fachkräften (47%) mit ja beantwortet, von N=7 (47%) mit nein und von einer Person (7%) mit „weiß nicht“ und im Studienarm ST von N=4 Medizinischen Fachkräften (36%) mit ja und von N=7 (64%) mit nein beantwortet. N=9 Mitarbeiter:innen nannten zusätzlich, dass der Ablauf gut war, während N=7 Mitarbeiter:innen sich mehr Teilnahme an den Abläufen von den Ärzt:innen gewünscht hätten. Die Frage, für wie umsetzbar sie das Projekt für andere Kinder- bzw. Frauenarztpraxen in Hamburg und Umgebung halten, bewerteten die Mitarbeiter:innen insgesamt (M=1,73, SD=0,73) und auch in allen drei Studienarmen (QT: M=1,86, SD=0,85; ST: M=1,74, SD=0,73, TAU: M=1,56, SD=0,51) als gut. Die Frage, ob sich die Mitarbeiter:innen vorstellen können, dass das Projekt KID-PROTEKT auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Arztpraxis umgesetzt werden würde, wurde insgesamt (N=36, 67%) und in allen drei Studienarmen QT (71%), ST (56%) und TAU (73%) von den meisten mit ja beantwortet. N=13 der Befragten gaben noch zusätzlich an, dass sie sich die Durchführung auch ohne eine Bezahlung vorstellen könnten, während N=12 der Befragten angaben, dass der zusätzliche Aufwand auch bezahlt werden sollte.

Wichtigkeit der persönlichen Rolle und des Projekts insgesamt.

Die Wichtigkeit der persönlichen Rolle der befragten Person wurde insgesamt (M=2,16, SD=1,05) und in allen drei Studienarmen (QT: M=2,1, SD=1,02; ST: M=2,13, SD=1,09; TAU: M=2,27, SD=1,1) als gut bewertet. N=11 Mitarbeiter:innen nannten zusätzlich, dass die Hauptarbeit des Projekts bei den MFKs lag. Die Wichtigkeit des Projekts wurde insgesamt (M=1,42, SD=0,65) und in den Studienarmen ST (M=1,32, SD=0,58) und TAU (M=1,41, SD=0,62) als sehr gut bewertet. In dem Studienarm QT wurde sie als gut bewertet (M=1,52, SD=0,75). N=9 der Befragten betonten zusätzlich, dass das Projekt sehr wichtig sei. Die Frage an die Medizinischen Fachkräften, ob es irgendwelche Vor- oder Nachteile gab, die sich durch die Projektverantwortlichkeit ergeben haben, wurde insgesamt von N=33 Personen beantwortet. Die meisten von ihnen (N=19, 58%) gaben an, dass es keine Vor- oder Nachteile gab. N=8 der Befragten (24%) gaben an, dass sich die Beziehung zu den Familien durch das Projekt verbessert habe. N=4 Personen (12%) nannten den zusätzlichen Zeitaufwand als Nachteil.

Unterschiede zwischen den Angaben der Mitarbeiter:innen der Facharztgruppen.

In den gynäkologischen Praxen wurden insgesamt N=30 Mitarbeiter:innen per Telefoninterview zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt. Davon wurden N=9 Mitarbeiter:innen aus dem Studienarm QT, N=13 aus dem Studienarm ST und N=8 aus dem Studienarm TAU befragt. In den pädiatrischen Praxen wurden insgesamt N=28 Mitarbeiter:innen per Telefoninterview zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt. Davon wurden N=12 Mitarbeiter:innen aus dem Studienarm QT, N=7 aus dem Studienarm ST und N=9 aus dem Studienarm TAU befragt.

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Akzeptanz des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens.

Die erste Frage zur Akzeptanz und Machbarkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens, wie die Integration des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens in den Arbeitsalltag gelungen ist, wurde in den gynäkologischen Praxen in allen drei Studienarmen QT (M=2,11, SD=0,78), ST (M=2,08, SD=1,19) und TAU (M=2,25, SD=1,16) als gut bewertet, während die Frage in den pädiatrischen Praxen in den Studienarmen QT (M=1,58, SD=0,51) und TAU (M=1,88, SD=0,99) ebenfalls als gut bewertet wurde und in dem Studienarm ST (M=1,29, SD=0,49) als sehr gut. Die Praktikabilität des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens wurde in den gynäkologischen Praxen in den Studienarmen QT (M=1,78, SD=0,44) und ST (M=1,62, SD=0,87) durchschnittlich als gut bewertet und in dem Studienarm TAU als befriedigend (M=2,5, SD=0,93). In den pädiatrischen Praxen wurde die Praktikabilität des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens von den Mitarbeiter:innen etwas besser bewertet. In den Studienarmen ST (M=2, SD=0,58) und TAU (M=1,63, SD=0,52) wurde sie durchschnittlich als gut und in dem Studienarm QT als sehr gut bewertet (M=1,33, SD=0,49). Die Akzeptanz des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens bei den Familien wurde sowohl in den gynäkologischen als auch den pädiatrischen Praxen als gut bewertet, jedoch nannten in den pädiatrischen Praxen N=3 Mitarbeiter:innen zusätzlich, dass einige Familien von der Einverständniserklärung abgeschreckt waren, was in den gynäkologischen Praxen nicht genannt wurde. Die restlichen Fragen zur Akzeptanz und Machbarkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens wurde von den Mitarbeiter:innen in den gynäkologischen und pädiatrischen Praxen gleich bewertet.

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Akzeptanz des Orientierenden Gesprächs.

Die Frage zur Akzeptanz und Machbarkeit des Orientierenden Gesprächs, wie hilfreich der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch war, beantworteten die Mitarbeiter:innen aus den gynäkologischen Praxen in beiden Studienarmen QT (M=1,88, SD=0,64) und ST (M=1,9, SD=0,57) durchschnittlich mit gut, während die Mitarbeiter:innen in den pädiatrischen Praxen in dem Studienarm QT die Frage mit sehr gut beantworteten (M=1,38, SD=0,74).

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Akzeptanz der Weiterleitungen.

Die erste Frage zur Akzeptanz und Machbarkeit der Weiterleitungen, wie leicht den befragten Mitarbeiter:innen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote fiel, wurde in den gynäkologischen Praxen insgesamt (M=1,95, SD=0,89) als gut bewertet, während sie in den pädiatrischen Praxen insgesamt als befriedigend bewertet wurde (M=2,56, SD=1,03). In den pädiatrischen Praxen gaben N=4 Mitarbeiter:innen noch zusätzlich an, dass dies durch die Corona-Pandemie erschwert wurde. Die Zufriedenheit mit den Anbindungsmöglichkeiten der Familien an Unterstützungsangebote wurde von den Mitarbeiter:innen in den gynäkologischen Praxen insgesamt (M=2,35, SD=0,86) als gut bewertet, während sie in den pädiatrischen Praxen als befriedigend bewertet wurde (M=2,79, SD=0,9). N=3 der befragten Mitarbeiter:innen nannten zusätzlich, dass es wenige Angebote in der Umgebung gibt.

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Akzeptanz der Lotsensprechstunde.

Die Akzeptanz der Lotsensprechstunde bei den Familien wurde in den gynäkologischen Praxen durchschnittlich mit gut bewertet (M=1,77, SD=0,83), während sie in den pädiatrischen Praxen mit sehr gut (M=1,29, SD=0,49) bewertet wurde. Die restlichen Fragen zur Lotsensprechstunde wurden sowohl in den gynäkologischen als auch in den pädiatrischen Praxen mit sehr gut bewertet.

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Schulungen und Projekttreffen.

Die Frage, wie hilfreich die Fallbesprechungen mit den Babylots:innen waren, wurde von den Mitarbeiter:innen aus den gynäkologischen Praxen mit gut bewertet ($M=1,42$, $SD=0,51$), während sie in den pädiatrischen Praxen mit sehr gut ($M=1,14$, $SD=0,38$) bewertet wurde.

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen: Sonstige Fragen.

Wie gut Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt erreicht werden konnten, wurde in den gynäkologischen Praxen in allen drei Studienarmen als befriedigend bewertet, während sie in den pädiatrischen Praxen im Studienarm QT als ausreichend ($M=3,5$, $SD=1,31$) und im Studienarm ST als gut ($M=2,43$, $SD=0,79$) bewertet wurde.

Die Mitarbeiter:innen aus den gynäkologischen Praxen schätzten insgesamt, dass sie im Durchschnitt $M=32,24$ Minuten ($SD=26,45$) zusätzlich für die Umsetzung des Projekts pro Tag aufwenden mussten und die Mitarbeiter:innen aus den pädiatrischen Praxen schätzten $M=38,58$ Minuten ($SD=29,73$). Die Mitarbeiter:innen aus den gynäkologischen Praxen bewerteten die Frage, für wie umsetzbar sie das Projekt für andere Frauenarztpraxen in Hamburg und Umgebung halten, in allen drei Studienarmen (QT: $M=1,56$, $SD=0,73$; ST: $M=1,92$, $SD=0,79$, TAU: $M=1,71$, $SD=0,49$) als gut, während in den pädiatrischen Praxen in den Studienarmen ST ($M=1,43$, $SD=0,53$) und TAU ($M=1,44$, $SD=0,53$) die Frage mit sehr gut bewertet wurde.

Die Frage, ob sich die Mitarbeiter:innen vorstellen können, dass das Projekt KID-PROTEKT auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Arztpraxis umgesetzt werden würde, wurde sowohl in den gynäkologischen als auch pädiatrischen Praxen von der Mehrheit mit ja beantwortet. Jedoch nannten in den gynäkologischen Praxen $N=8$ Mitarbeiter:innen zusätzlich, dass der zusätzliche Aufwand bezahlt werden sollte, während in den pädiatrischen Praxen $N=10$ Mitarbeiter:innen zusätzlich angaben, dass das Projekt auch ohne Bezahlung umsetzbar sei.

Die Frage an die Medizinischen Fachkräften, ob es irgendwelche Vor- oder Nachteile durch die Projektverantwortlichkeit gab, wurde von den meisten Mitarbeiter:innen in den gynäkologischen und pädiatrischen Praxen damit beantwortet, dass es keine Vor- oder Nachteile gab. $N=5$ der Befragten in den gynäkologischen Praxen nannten jedoch, dass sich die Beziehung zu den Familien verbessert habe, was in den pädiatrischen Praxen nicht genannt wurde.

Zusammenfassung Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Mitarbeiter:innen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass sowohl der Einsatz des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens als auch das Orientierende Gespräch von den Mitarbeiter:innen in allen drei Studienarmen durchschnittlich als gut bewertet wurden.

Die Weiterleitung der Familien wurde in QT hingegen etwas schlechter bewertet als in ST. Die Frage, wie zufrieden die Mitarbeiter:innen mit den Anbindungsmöglichkeiten der Familien an Unterstützungsangebote sind, wurde von den Mitarbeiter:innen aus den Studienarmen QT und ST mit befriedigend bewertet und auch die Frage, wie leicht den Mitarbeiter:innen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote fiel, wurde im Studienarm QT als befriedigend bewertet.

Bei der Akzeptanz und Machbarkeit der Lotsensprechstunde hingegen wurden zwei von drei Fragen mit sehr gut bewertet und auch die Schulungen und Projekttreffen wurden von den Mitarbeiter:innen als gut bewertet.

Alle befragten Mitarbeiter:innen der neuen Versorgungsform sahen einen Mehrwert für die Praxis durch KID-PROTEKT und auch der Aufwand des Projekts im Verhältnis zum Nutzen wurde in allen drei Studienarmen als gut bewertet. Die Wichtigkeit des Projekts wurde in den Studienarmen ST und TAU als sehr gut und in dem Studienarm QT als gut bewertet und die Mehrheit der befragten Mitarbeiter:innen gab an, dass sie mit keinen Problemen im

Projektablauf konfrontiert war. Die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund wurde in allen drei Studienarmen mit befriedigend bewertet.

Insgesamt kann demnach die Akzeptanz und Machbarkeit des Projekts bei den Mitarbeiter:innen der Praxen als gut bewertet werden, nur die Weiterleitungen und die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund wurden teilweise als Herausforderung erlebt.

3.4.2.2 Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Familien [Interviewpopulation Familien N=804]

Teilnahme an den Telefon-Interviews.

Anhand der insgesamt N=804 geführten Telefoninterviews mit Familien ergeben sich folgende soziodemographische Merkmale (Tabelle 34). Das mittlere Alter der Befragten betrug 33,06 Jahre \pm 4,61. 96% der Befragten waren weiblich und der überwiegende Teil befand sich in einer festen Beziehung mit dem Kindsvater bzw. der Kindsmutter (95%). N=36 (5%) befragte Personen waren alleinstehend und N=45 (6%) alleinerziehend. Im Mittel lebten M=3,37 (SD=0,97) Personen in den befragten Haushalten. 88% der befragten Personen haben die deutsche Staatsbürgerschaft, 9% eine andere Staatsangehörigkeit und 3% eine doppelte Staatsbürgerschaft. N=112 Interviewteilnehmer:innen (14%) haben einen Migrationshintergrund. Außerdem haben 70% der Befragten Abitur, 22% einen Realschulabschluss und 5% einen Hauptschulabschluss. 2% haben einen anderen Schulabschluss, z.B. im Ausland erworben. 4% der befragten Familien haben keinen Berufsabschluss, 38% haben eine betriebliche bzw. schulische Berufsausbildung, 8% verfügen über einen Abschluss an einer Fachschule oder Fachhochschule und 46% der Befragten haben einen Universitätsabschluss. Zwei Drittel der Familien befand sich in Mutterschaftsurlaub oder Elternzeit, 14% waren voll erwerbstätig und 11% Teilzeit erwerbstätig. 6% waren nicht erwerbstätig, 1% befand sich in einer beruflichen Ausbildung und unter 1% ging einer geringfügigen Beschäftigung nach. Der Großteil der Befragten (85%) befindet sich in einem Angestelltenverhältnis, weitere 4% sind Beamte:innen, 5% selbstständig, 2% Auszubildende, ca. 1% ist Arbeiter:in oder mithelfende:r Familienangehörige:r und 3% sind noch nie erwerbstätig gewesen. Das Einkommen der interviewten Familien wurde von 1.000€ bis mehr als 5.000€ netto pro Monat unterteilt. Die Mehrheit der Befragten nannte ein netto Haushaltseinkommen zwischen 3.000 € (34%), 4.000 € (24%) und mehr als 5.000 € (25%).

Tabelle 34: Stichprobenbeschreibung der Telefoninterview-Teilnehmer:innen (N=804)

Kategorie		An- gabe	Gesamt N=804	TAU N=200	QT N=266	ST N=338
Alter (in Jahren)	Gültige Fälle	n	800	198	265	337
		M (SD)	33,06 (4,61)	32,50 (4,96)	33,24 (4,21)	33,24 (4,67)
		Range	18 - 49	18 - 43	20 - 45	18 - 49
	Missing	n (%)	4 (1%)	2 (1%)	1 (<1%)	1 (<1%)
Geschlecht	Männlich	n (%)	28 (4%)	10 (5%)	5 (2%)	13 (4%)
	Weiblich	n (%)	765 (96%)	188 (95%)	255 (98%)	322 (96%)
	Missing	n (%)	12 (1%)	2 (1%)	6 (2%)	3 (1%)
Beziehungs- status	In Beziehung mit Kindsvater/-mutter	n (%)	754 (95%)	186 (94%)	253 (96%)	315 (94%)
	In Beziehung mit anderem Partner:in	n (%)	6 (1%)	3 (2%)	1 (<1%)	2 (1%)
	Alleinstehend	n (%)	36 (5%)	9 (5%)	10 (4%)	17 (5%)
	Sonstiges	n (%)	2 (<1%)	0 (0%)	1 (<1%)	1 (<1%)
	Missing	n (%)	6 (1%)	2 (1%)	1 (<1%)	3 (1%)
Alleinerzie- hend	Ja	n (%)	45 (6%)	11 (6%)	13 (5%)	21 (6%)
	Nein	n (%)	745 (94%)	185 (94%)	248 (95%)	312 (93%)
	Sonstiges	n (%)	1 (<1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (<1%)
	Missing	n (%)	13 (2%)	4 (2%)	5 (2%)	4 (1%)
Personen im Haushalt	Gültige Fälle	N	800	198	265	337
		M (SD)	3,37 (0,97)	3,36 (0,94)	3,34 (0,92)	3,41 (1,02)
		Range	1 - 10	2 - 7	1 - 6	1 - 10
	Missing	n (%)	4 (1%)	2 (1%)	1 (<1%)	1 (<1%)
Staatsange- hörigkeit	Deutsch	n (%)	705 (88%)	179 (90%)	235 (89%)	291 (87%)
	Andere	n (%)	69 (9%)	16 (8%)	20 (7%)	34 (10%)
	Doppelte Staats- bürgerschaft	n (%)	25 (3%)	3 (2%)	10 (4%)	11 (3%)
	Missing	n (%)	5 (1%)	2 (1%)	1 (<1%)	2 (1%)
Migrations- hintergrund	Ja	n (%)	112 (14%)	29 (15%)	33 (13%)	50 (15%)
	Nein	n (%)	687 (86%)	169 (85%)	232 (88%)	286 (85%)
	Missing	n (%)	5 (1%)	2 (1%)	1 (<1%)	2 (1%)

Anmerkung: Prozenze ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen.

Insgesamt wurden N=804 Familien aus allen teilnehmenden Praxen per Telefoninterview zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt. Davon wurden N=266 Familien aus dem Studienarm QT befragt, N=338 Familien aus dem Studienarm ST und N=200 Familien aus dem Studienarm TAU. Insgesamt wurden den Familien 18 Fragen gestellt, die sie entweder auf einer Skala mit Schulnoten (1=sehr gut, 6=schlecht), mit ja oder nein oder mit einer freien Antwort beantworten konnten. Der Leitfaden des Interviews ist aufgeteilt in Fragen zur Akzeptanz und Machbarkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens, des Orientierenden Gesprächs mit der/dem MFK/Ärzt:in, des Beratungsgesprächs mit der/dem Babylots:in und der weiteren Beratung.

Bewertung des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens.

Das Vorgehen wurde seitens der Familien insgesamt (M=1,68, SD=0,79) und in allen drei Studienarmen QT (M=1,62, SD=0,73), ST (M=1,65, SD=0,73) und TAU (M=1,83) durchschnittlich als gut bewertet. Jedoch hätten sich N=gegeben hätte, während N=13 Familien nannten, dass es durch das Kind Probleme beim Ausfüllen des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens gab. Die zweite Frage, wie gut die Anliegen im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen zum Ausdruck kamen, wurde ebenfalls insgesamt (M=2,16, SD=0,94) und in allen drei Studienarmen QT (M=2,09, SD=0,92), ST (M=2,17, SD=1,02) und TAU (M=2,25, SD=0,81) durchschnittlich als gut bewertet. Es nannten jedoch N=56 Familien zusätzlich, dass sie keine Anliegen hatten, während N=15 Familien angaben, dass die Fragen nicht passend seien. Die Verständlichkeit des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens wurde insgesamt (M=1,3, SD=0,54) und in allen drei Studienarmen QT (M=1,24, SD=0,55), ST (M=1,34, SD=0,55) und TAU (M=1,33, SD=0,58) durchschnittlich als sehr gut bewertet. Es gaben N=4 Personen jedoch an, dass es Schwierigkeiten durch Sprachbarrieren gab. Die Frage, wie leicht den Familien das Ausfüllen des Anhaltsbogens fiel, wurde ebenfalls insgesamt (M=1,39, SD=0,67) und in allen drei Studienarmen QT (M=1,41, SD=0,67), ST (M=1,42, SD=0,71) und TAU (M=1,33, SD=0,58) als sehr gut bewertet. N=2 Familien gaben zusätzlich an, dass die Beantwortung schwierig für unbelastete Familien sei.

Bewertung des Orientierenden Gesprächs.

Das Orientierende Gespräch mit der/dem MFK/Ärzt:in wurde von den Familien insgesamt (M=2,03, S=1,18) und in beiden Studienarmen QT (M=2,03, SD=1,07) und ST (M=2,03, SD=1,27) als gut bewertet. N=12 Familien nannten zusätzlich, dass keine weitere Unterstützung nötig war. Wie wohl sich die Familien bei dem Gespräch gefühlt haben, beurteilten ebenfalls die Familien gesamt (M=1,7, SD=0,99) und in beiden Studienarmen (QT: M=1,6, SD=0,96; ST: M=1,79, SD=1) mit gut. N=7 Familien nannten jedoch zusätzlich, dass sie unzufrieden mit der/dem MFK/Ärzt:in seien. Die Zufriedenheit mit dem Gespräch wurde ebenfalls in beiden Studienarmen mit gut bewertet (QT: M=1,8, SD=1,11; ST: M=1,77, SD=1,15) und zusätzlich wurde von N=23 Familien genannt, dass keine weitere Unterstützung nötig war. Die Zufriedenheit mit den vorgeschlagenen Unterstützungsangeboten wurde in beiden Studienarmen QT (M=2,03, SD=1,19) und ST (M=1,83, SD=1,13) als gut bewertet, jedoch nannten N=20 Familien, dass sie das Angebot noch nicht in Anspruch genommen hätten. Die Mehrheit der Befragten insgesamt (63%) und in beiden Studienarmen QT (68%) und ST (59%) gaben an, dass sie sich eine weitere Betreuung durch die/den Berater:in wünschen würden. N=17 Personen gaben jedoch zusätzlich an, dass sie dies nur bei Bedarf tun würden. Als Verbesserungsvorschläge nannten N=12 Personen, dass der/die Berater:in gezieltere Fragen stellen sollte, um ein konkretes Unterstützungsangebot vorzuschlagen und N=11 Personen nannten, dass mehr Zeit für das Gespräch eingeplant werden sollte.

Bewertung des Beratungsgesprächs mit der/dem Babylots:in.

Das Beratungsgespräch mit der/dem Babylots:in wurde von den Familien aus dem Studienarm ST (N=46) durchschnittlich mit sehr gut bewertet (M=1,48, SD=0,86). N=5 Familien betonten

zusätzlich, dass das Gespräch sehr gut war. Wie zufrieden die Familien mit dem Gespräch mit der Babylots:in waren, wurde mit sehr gut bewertet ($M=1,43$, $SD=0,86$). Drei Familien nannten zusätzlich, dass die Babylots:innen sehr engagiert waren. Die Zufriedenheit mit dem Unterstützungsangebot, das von der/dem Babylots:in vorgeschlagen wurde, wurde mit gut bewertet ($M=1,7$, $SD=0,79$). $N=4$ Personen nannten jedoch, dass sie keine Rückmeldung von den Angeboten erhielten. Die meisten Befragten (67%) gaben an, dass sie sich eine weitere Betreuung durch den/die Babylots:in wünschen würden. $N=9$ Personen nannten zusätzlich, dass sie dies nur bei Bedarf in Anspruch nehmen würden. Zu den Verbesserungsvorschlägen der Lots:innensprechstunde gaben $N=6$ Personen an, dass sie sehr zufrieden waren und keine Verbesserung notwendig sei, während $N=3$ Personen angaben, dass der/die Babylots:in ausführlicher auf die individuelle Situation eingehen könnte.

Verbesserungsvorschläge für KID-PROTEKT.

Als Verbesserungsvorschläge für das Projekt KID-PROTEKT in den Kinder-/Frauenarztpraxen wurde am häufigsten genannt ($N=74$), dass mehr Aufklärung/Informationen in den Praxen nötig sei. Zusätzlich nannten $N=32$ Familien, dass sie das Projekt sinnvoll finden und es sehr positiv wahrgenommen haben und $N=26$ weitere Familien gaben an, dass einige Themen im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen fehlten oder die Formulierung nicht passend war.

Unterschiede zwischen den Angaben der Familien aus gynäkologischen und pädiatrischen Praxen.

Aus den gynäkologischen Praxen wurden insgesamt $N=295$ Familien per Telefoninterviews zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt, von denen $N=82$ Familien aus dem Studienarm QT, $N=138$ Familien aus dem Studienarm ST und $N=75$ Familien aus dem Studienarm TAU befragt wurden. Aus den pädiatrischen Praxen wurden insgesamt $N=509$ Familien per Telefoninterviews zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt. Davon wurden $N=184$ Familien aus dem Studienarm QT, $N=200$ Familien aus dem Studienarm ST und $N=125$ Familien aus dem Studienarm TAU befragt.

Die erste Frage, wie die Familien das Vorgehen beurteilen, in der Arztpraxis den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen auszufüllen, wurde sowohl in den gynäkologischen als auch pädiatrischen Praxen mit gut bewertet. Jedoch gaben in den pädiatrischen Praxen $N=13$ Familien zusätzlich an, dass sie beim Ausfüllen Probleme durch das Kind hatten, was in den gynäkologischen Praxen nicht genannt wurde. Auch die zweite Frage, wie gut die Anliegen im KID-PROTEKT-Anhaltsbogen zum Ausdruck kamen, wurde sowohl in den gynäkologischen als auch pädiatrischen Praxen mit gut bewertet. Jedoch nannten $N=44$ Familien aus den pädiatrischen Praxen zusätzlich, dass sie keine Anliegen hatten, während dies nur von $N=12$ Familien aus den gynäkologischen Praxen genannt wurde.

Alle drei Fragen zur Lots:innensprechstunde wurden in den gynäkologischen Praxen durchschnittlich mit sehr gut bewertet, während sie in den pädiatrischen Praxen mit gut bewertet wurden. Nur bei der Frage, wie zufrieden die Familien mit dem Unterstützungsangebot sind, das ihnen der/die Babylots:in vorgeschlagen hat, wurde von $N=4$ Familien aus den pädiatrischen Praxen zusätzlich genannt, dass sie keinen Termin/keine Rückmeldung bei den Angeboten erhalten haben, was in den gynäkologischen Praxen nicht genannt wurde.

Bei den Verbesserungsvorschlägen zu dem Projekt KID-PROTEKT gaben sowohl in den gynäkologischen Praxen ($N=32$) als auch in den pädiatrischen Praxen ($N=43$) die meisten an, dass mehr Aufklärung/Informationen in der Praxis nötig sei. Jedoch wurde von $N=18$ Familien aus den pädiatrischen Praxen genannt, dass sie den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen lieber zu Hause ausfüllen würden, was nur von $N=5$ Familien aus den gynäkologischen Praxen genannt wurde.

Zusammenfassung Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Familien.

Die befragten Familien bewerteten die Fragen zum KID-PROTEKT-Anhaltsbogen durchschnittlich in allen drei Studienarmen mit gut und die Verständlichkeit und das Ausfüllen des Anhaltsbogens sogar mit sehr gut. Auch alle Fragen zum Orientierenden Gespräch mit der/dem MFK/Ärzt:in wurden von den Familien in allen drei Studienarmen als gut bewertet und zwei von drei Fragen zum Beratungsgespräch mit der/dem Babylots:in wurden mit sehr gut bewertet. Die Mehrheit der Befragten würde sich sowohl durch die/den MFK als auch die/den Babylots:in eine weitere Beratung wünschen. Am häufigsten wurde von den befragten Familien jedoch als Verbesserungsvorschlag genannt, dass mehr Aufklärung/Information in der Praxis nötig sei. Unter Berücksichtigung des Verbesserungsvorschlags kann demnach die Akzeptanz und Machbarkeit seitens der Familien insgesamt als gut bewertet werden.

3.4.2.3 Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Babylots:innen [Interviewpopulation Babylots:innen N=6]

Insgesamt wurden N=6 Babylots:innen per Telefoninterview zur Akzeptanz und Machbarkeit befragt. Die Fragen wurden ebenfalls in Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) oder mit freien Antworten beantwortet. Es wurden Fragen zur Lotsensprechstunde, zur Kooperation und Akzeptanz und Machbarkeit gestellt.

Integration der Lotsensprechstunde in den Praxen.

Die erste Frage, wie gut sich die Lotsensprechstunde in gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen integrieren lässt, wurde von allen Befragten (N=6) damit beantwortet, dass dies abhängig von der Verfügbarkeit von Räumlichkeiten in der Praxis sei. Es gaben außerdem N=5 Babylots:innen (83%) an, dass es gut sei, wenn die Lotsensprechstunde innerhalb der Praxissprechzeiten stattfindet. N=4 der Befragten (67%) nannten, dass dies abhängig von der Haltung/Motivation der Praxismitarbeiter:innen gegenüber dem Projekt sei. Die zweite Frage, ob es Unterschiede zwischen den Frauen- und Kinderarztpraxen gibt, wurde von N=2 der Befragten (33%) damit beantwortet, dass es keine Unterschiede gibt, während N=2 weitere nannten, dass es in den gynäkologischen Praxen mehr Zeit gibt.

Herausforderungen aus Sicht der Praxen.

Welche Grenzen und Herausforderungen sich im Laufe des Projekts ergeben haben, wurde von N=3 Befragten (50%) damit beantwortet, dass es einen Personalwechsel gab und geschulte MFKs nicht mehr am Projekt beteiligt waren. Es nannten außerdem N=2 Personen (33%) Kontaktabbrüche als Schwierigkeit, während N=2 weitere Befragte die Zusammenarbeit zwischen den Babylots:innen und dem UKE angaben. Zu der Frage, welche Probleme und Herausforderungen sich durch die Corona-Pandemie ergeben haben, gaben N=5 Babylots:innen (83%) an, dass es mehr telefonische Beratung oder Beratung per Video gab. N=3 Personen (50%) nannten die Reduzierung von Unterstützungsangeboten als Schwierigkeit und N=3 weitere Befragte gaben an, dass keine Begleitpersonen in der Praxis erlaubt waren. Zusätzlich nannten noch N=3 Personen, dass es weniger Ansprachen und Fälle gab und sich die Beratungssituation verändert habe.

Unterschiede zum Orientierenden Gespräch und den Weiterleitungen.

Auf die Frage, welche Unterschiede es zwischen den Orientierenden Gesprächen und der Lotsensprechstunde gibt, antworteten alle Befragten (N=6), dass der zeitliche Rahmen unterschiedlich sei. N=5 der Befragten (83%) nannten, dass die Intensität/Tiefe der Gespräche sich

unterscheiden. Außerdem gaben noch N=2 Personen an (33%), dass das Orientierende Gespräch eher als Filter diene. Die Frage, welche Unterschiede die Befragten zwischen den Weiterleitungen der MFks/Ärzt:innen und den Weiterleitungen der Babylots:innen sehen, wurde von allen Befragten damit beantwortet, dass das Netzwerk der Babylots:innen besser sei, während N=5 Befragte (83%) nannten, dass die Weiterleitungen der Babylots:innen passgenauer seien. N=3 weitere Personen (50%) gaben den zeitlichen Aufwand als Unterschied an. Als Schwierigkeiten/Herausforderungen der Orientierenden Gespräche nannten alle Befragten (N=6) den zeitlichen Aufwand und die Umsetzung in der Praxis. N=2 Babylots:innen nannten zusätzlich als Herausforderung, einen vertraulichen Rahmen zu schaffen.

Fallbesprechungen und Projekttreffen.

Die Babylots:innen standen den ST-Praxen auch als fachliche Ansprechpartner:innen zur Verfügung. Ein gegenseitiger Austausch zu familienbezogenen Sachverhalten war über den gesamten Datenerhebungszeitraum nach Einverständnis der Familie im Einzelfall möglich.

Über einen Zeitraum von sechs Monaten (01.09.2020-28.02.2021) wurden zudem strukturierte Fallbesprechungen zu festgelegten Zeiten zwischen Babylots:innen und geschultem Praxispersonal durchgeführt und dokumentiert.

Es liegen Dokumentationen über N=51 strukturierte Fallbesprechungen vor (Tabelle 35), in denen insgesamt N=48 Fallbesprechungen und N=48 Kurzberatungen durchgeführt wurden. Die strukturierten Besprechungen dauerten im Durchschnitt 9,16 Minuten (SD=9,11). Die Teilnehmenden waren überwiegend medizinische Fachkräfte (N=37, 84%). Die Fallbesprechungen wurden entweder telefonisch (N=19, 58%) oder in der Praxis (N=14, 42%) durchgeführt. Häufige Themen waren Vernetzung (N=23, 50%), Rückmeldung der Babylots:innen (N=15; 33%) und Reflexion von Ansprache und Motivation (N=12, 26%). Die häufigsten Ursachen für die Absage von Fallbesprechungen waren keine Anliegen (N=6; 13%) und Zeitmangel seitens der Praxis (N=9; 24%).

Die Frage, wie die strukturierten Fallbesprechungen angenommen wurden, wurde von N=4 Befragten (67%) damit beantwortet, dass die Beteiligung und Inanspruchnahme gering waren. N=4 Babylots:innen gaben außerdem an, dass die Fallbesprechungen gut zum Austausch und zur Informationsvermittlung seien, während N=3 Befragte nannten, dass es wenig Besprechungsbedarf gab.

Die Frage, wie gut die begleitenden Projekttreffen angenommen wurden, wurde von allen befragten Babylots:innen damit beantwortet, dass die Beteiligung und Inanspruchnahme ebenfalls gering war. N=3 Personen (50%) nannten zusätzlich, dass der Austausch konstruktiv war, während N=2 Personen (33%) angaben, dass es Zeitmangel seitens der Praxis gab.

Tabelle 35: Fallbesprechungen Gesamt (N=51)

Kategorie		M (SD)	N %
Dauer		9,16 (9,11)	51 (100%)
Anzahl Fallbesprechungen		0,69 (0,72)	48 (100%)
Anzahl Kurzberatungen		0,19 (0,45)	48 (100%)
Teilnehmende	MFK		37 (84%)
	Ärzt:in		6 (14%)
	MFK und Ärzt:in		1 (2%)
	Fehlend		7
Ort	Telefonisch		19 (58%)
	In der Praxis		14 (42%)
	Fehlend		18
Themen	Vernetzung		23 (50%)
	Festigung und Erweiterung der Gesprächsführungskompetenz		2 (4%)
	Rückmeldung der Babylots:in		15 (33%)
	Reflexion von Ansprache und Motivation		12 (26%)
	Reflexion der eigenen Haltung und Grenzen		6 (13%)
Grund Ausfall	Kein Anliegen der Babylots:in/MFK		7 (19%)
	Kein Raum verfügbar		1 (3%)
	Zeitmangel seitens der Praxis		9 (24%)
	Zeitmangel seitens der/des Babylots:in		1 (3%)

Erreichbarkeit und Weitervermittlung der Familien.

Wie gut erreichbar die Mehrzahl der Familien war, um die Lotsensprechstunde durchzuführen, wurde im Durchschnitt von den Befragten mit gut bewertet ($M=2,33$, $SD = 0,52$). Die Frage, wie leicht den Befragten die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote fiel, wurde ebenfalls mit gut bewertet ($M=2,33$, $SD=0,82$). $N=2$ der Befragten (33%) gaben zusätzlich an, dass dies pandemiebedingt schwieriger war. Wie gut die Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen wurde, wurde auch durchschnittlich als gut bewertet ($M=1,67$, $SD=0,52$). $N=2$ Babylots:innen nannten zusätzlich, dass es wenige Kontaktabbrüche gab.

Aufwand und Nutzen.

Der erforderte Zeitaufwand im Verhältnis zum Nutzen der Lotsensprechstunde wurde von den Befragten als gut bewertet ($M=2,4$, $SD=0,55$). $N=2$ der Befragten nannten zusätzlich, dass ein telefonischer Kontakt auch häufig ausreichend sei. Die Frage, wie hilfreich die Befragten die Orientierenden Gespräche durch die MFKs/Ärzt:innen für die Familien beurteilen, wurde mit gut beantwortet ($M=1,67$, $SD=0,52$). Die Weiterleitung der Familien durch die Arztpraxis an die Lotsensprechstunde wurde ebenfalls mit gut beurteilt ($M=2$, $SD=0,63$). Eine Person nannte jedoch zusätzlich, dass dies unterschiedlich je nach Praxis sei, während eine weitere Person angab, dass es Skepsis/Unsicherheiten bei den Familien gab.

Kooperationen.

Sowohl die Zusammenarbeit mit den MFKs ($M=1,5$, $SD=0,55$) als auch die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen ($M=1,5$, $SD=0,55$) wurde mit gut bewertet. Eine Person nannte jedoch zusätzlich, dass es wenig Kontakt zu den Ärzt:innen gab, während eine weitere Person angab, dass die Ärzt:innen sehr bemüht waren. Die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen wurde ebenfalls mit gut bewertet ($M=2$, $SD=0$). Eine Befragte gab an, dass dies erschwert durch die Corona-Pandemie war und eine weitere Person nannte, dass dies abhängig von der Einrichtung sei.

Akzeptanz der Familien und Machbarkeit des Projekts.

Die Akzeptanz des Projekts bei den Familien wurde mit sehr gut bewertet ($M=1,33$, $SD=0,52$) und auch die Akzeptanz des Projekts bei den Arztpraxen wurde mit sehr gut bewertet ($M=1,4$, $SD=0,55$). Das Projekt KID-PROTEKT insgesamt wurde ebenfalls von den befragten Babylots:innen mit sehr gut bewertet ($M=1,33$, $SD=0,52$). Die Frage, ob sich die Befragten vorstellen könnten, dass das Projekt auch ohne Sonderbezahlung umgesetzt werden kann, wurde von den meisten ($N=3$, 50%) mit „unentschlossen“ beantwortet. Zwei Personen (33%) gaben ja an und eine Person (16%) nein. Drei der Befragten nannten zusätzlich, dass dies abhängig von der Arztpraxis sei, während eine Person angab, dass der Aufwand zu hoch sei. Die letzte Frage, ob die Ärzt:innen stärker in das Projekt involviert sein sollten, wurde von den meisten Befragten ($N=5$, 83%) mit nein beantwortet. Nur eine Person (16%) gab „unentschlossen“ an. $N=4$ der Befragten nannten zusätzlich, dass die Ärzt:innen bereits stark involviert und motiviert seien und $N=3$ Personen gaben an, dass die Motivation und das Interesse der Ärzt:innen wichtig sei.

Zusammenfassung Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Babylots:innen.

Aus Sicht der Babylots:innen war die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten für die Lotsensprechstunden in den Praxen das wichtigste Kriterium, um eine Lotsensprechstunde zu integrieren. Im Vergleich zu den Orientierenden Gesprächen komme es bei den Babylots:innensprechstunden zu einem intensiveren Gespräch und bezüglich der Weiterleitungen seien die Babylots:innen aufgrund ihres größeren Netzwerkes besser darin, passgenaue Weiterleitungen zu finden. Die Babylots:innen bewerteten die Inanspruchnahme und die Beteiligung an den begleiteten Projekttreffen als gering, wobei die Hälfte von ihnen auch keinen großen Besprechungsbedarf sah. Die Zusammenarbeit mit den MFKs, den Ärzt:innen und den kooperierenden Einrichtungen wurde als gut bewertet.

Die Akzeptanz des Projektes bei den Familien und den Praxen wurde aus Sicht der Babylots:innen mit sehr gut bewertet. Das Projekt insgesamt wurde von den Babylots:innen ebenfalls mit sehr gut bewertet. Dass Ärzt:innen stärker in das Projekt involviert sein sollten, empfindet nur eine/n Babylots:in.

3.4.3 Wirksamkeit der neuen Versorgungsform [Onlinepopulation Familien N=404]

Die sekundären Outcomes Selbstwirksamkeitserwartung, Lebenszufriedenheit und Depressivität zur Wirksamkeitsmessung wurden bei einer Teilstichprobe von Familien erhoben, die im Zeitraum vom 01.07.2020 bis zum 31.01.2021 telefonisch rekrutiert wurden (Stichtagsstichprobe).

Insgesamt gaben N=1.072 Familien im genannten Zeitraum ihr Einverständnis zur telefonischen Kontaktaufnahme, wovon N=404 für die Online-Befragung motiviert wurden (davon N=267 unbelastete und N=137 belastete Familien). Die Teilnehmer:innen waren überwiegend im Alter von 22 bis 34 Jahren (N=261, 65%), ein Drittel war älter als 35 Jahre (33%). Die meisten Familien hatten 1 bis 2 Kinder (73%), während N=82 (20%) der Familien angaben, keine Kinder zu haben. N=668 Familien lehnten die Online-Befragung nach dem Telefon-Interview ab bzw. nahmen nicht teil.

Sensitivitätsanalyse.

Beim Vergleich der N=404 Teilnehmer:innen mit den N=668 Familien, die nicht an der Befragung teilnahmen (Nicht-Teilnehmer:innen), ergeben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Alterskategorien, der Anzahl an Kindern im Haushalt und der Anzahl an Belastungsfaktoren (Tabelle 36).

Tabelle 36: Merkmale der befragten (N=404) und nicht-befragten Familien (N=668)

Angaben der Familien	Befragte Familien (N=404)			Nicht-befragte Familien (N=668)		t	χ^2
	n	%	M (SD)	n	%		
Alter Familien							1,78
Unter 18	2	0%		4	1%		
18-21	7	2%		19	3%		
22-34	261	65%		414	62%		
35 oder älter	131	33%		228	34%		
Fehlende Angaben	3			3			
Anzahl Kinder im Haushalt							5,47
Keine	82	20%		114	17%		
1-2 Kinder	293	73%		478	72%		
3 oder mehr Kinder	27	7%		70	11%		
Fehlende Angaben	2			6			
Belastungsfaktoren			0,68 (1,20)		0,72 (1,21)	0,51	

Anmerkung: Prozente ergeben möglicherweise nicht immer 100% durch Rundungen. χ^2 -Test * = signifikant mit $p < 0,05$

Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Die durchschnittliche SWE lag bei den belasteten Familien zum ersten Zeitpunkt bei $M=29,53$ ($SD=4,24$), bei den unbelasteten Familien bei $M=30,86$ ($SD=3,49$).

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt lag die durchschnittliche SWE der belasteten Familien bei $M=29,77$ ($SD=3,67$) und bei den unbelasteten Familien bei $M=30,96$ ($SD=3,49$). Der Differenzwert zwischen T1 und T0 beträgt $M=0,09$ ($SD=3,09$) bei den belasteten Familien und $M=0,07$ ($SD=2,99$) bei den unbelasteten Familien. Zum Zeitpunkt T0 zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsarmen ($p=0,295$) oder belasteten und unbelasteten Familien ($p=0,061$).

Tabelle 37: Selbstwirksamkeitserwartung der un-/belasteten Familien (N=404)

Gruppe		SWE ¹ T0 ²			SWE T1 ³			Diff. T1-T0
		n	M	SD	n	M	SD	M (SD)
Gesamt	Belastet	137	29,53	4,24	115	29,77	3,67	0,09 (3,09)
	Unbelastet	263	30,86	3,49	220	30,96	3,49	0,07 (2,99)
TAU	Belastet	25	30,32	4,76	20	29,45	4,24	-1,15 (3,91)
	Unbelastet	45	30,36	3,37	39	31,00	4,12	0,82 (3,63)
QT	Belastet	48	28,92	3,72	40	29,80	3,32	0,65 (3,11)
	Unbelastet	91	30,88	3,28	78	30,32	3,18	-0,59 (2,84)
ST	Belastet	64	29,69	4,39	55	29,87	3,76	0,13 (2,65)
	Unbelastet	127	31,02	3,68	103	31,43	3,43	0,29 (2,75)
Missings		4			9			

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. ¹ SWE = Selbstwirksamkeitserwartung. ² T0 = erster Messzeitpunkt. ³ T1 = ca. 6 Monate nach erster Befragung. * $p < 0,05$.

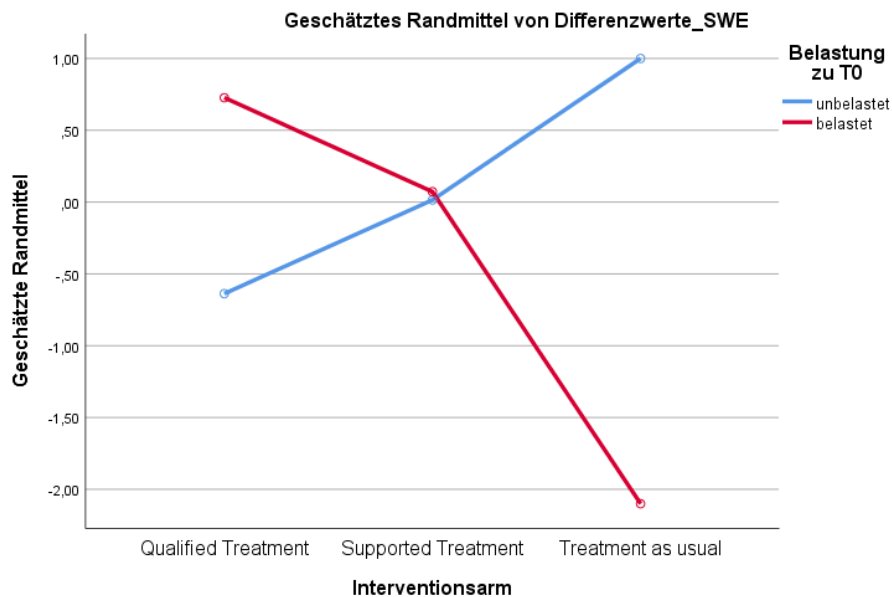


Abbildung 5 :Interaktionseffekt zwischen Interventionsarm und Belastung (SWE)

Bei Betrachtung der Differenzwerte der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen T0 und T1 zeigen sich keine Haupteffekte von Interventionsarm ($p=0,530$), Belastung ($p=0,197$) und Sozialstatus ($p=0,346$). Die Interaktion aus Interventionsarm und Belastung im Fragebogen ist signifikant ($F(2,333)=7,402$; $p<0,01$). Der Effekt ist klein ($\eta^2=0,45$). Der Zusammenhang zwischen der Veränderung der SWE von T0 zu T1 und der Belastung ist unterschiedlich je nach Studienarm. Bei belasteten und unbelasteten Familien aus ST ändert sich die SWE zwischen den Messzeitpunkten kaum. Bei QT nimmt die SWE bei den belasteten Familien im Mittel zu T1 zu ($M=0,65$; $SD=3,11$) und bei den unbelasteten ab ($M=-0,59$; $SD=2,84$). Bei TAU gibt es eine große Differenz zwischen unbelasteten und belasteten Familien. Belastete Familien aus TAU weisen die größte Abnahme der SWE auf ($M=-1,15$, $SD=3,91$).

Veränderung der Depressivität.

Die Depressivität gemessen mittels PHQ-9 lag zum ersten Zeitpunkt bei den belasteten Familien bei $M=8,04$ ($SD=4,02$) und bei den unbelasteten Familien bei $M=5,30$ ($SD=3,21$). Zum ersten Zeitpunkt war die Depressivität der belasteten Familien signifikant höher als die der unbelasteten ($p<0,001$). Sechs Monate später zu T1 lag die durchschnittliche Depressivität der unbelasteten Familien bei $M=5,16$ ($SD=3,56$) und bei den belasteten bei $M=7,98$ ($SD=4,60$). Der Differenzwert zwischen T1 und T0 lag bei den belasteten Familien bei $M=-0,21$ ($SD=4,33$) und bei den unbelasteten bei $M=-0,16$ ($SD=3,10$). Zu T0 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studienarmen ($p=0,980$). Die Depressivität war bei den belasteten Familien zu T0 signifikant höher als bei den unbelasteten ($p<0,001$).

Tabelle 38: Depressivität (PHQ-9) der un-/belasteten Familien (N=404)

Gruppe		PHQ-9 ¹ T0 ²			PHQ-9 T1 ³			Diff. T1 – T0 M (SD)
		n	M	SD	n	M	SD	
Gesamt	Belastet	137	8,04	4,02	113	7,98	4,60	-0,21 (4,33)
	Unbelastet	262	5,30	3,21	218	5,16	3,56	-0,16 (3,10)
TAU	Belastet	25	7,56	3,47	19	8,68	4,62	1,21 (3,14)
	Unbelastet	44	5,18	2,75	39	4,49	2,83	-0,74 (2,77)
QT	Belastet	48	8,29	4,14	39	8,77	5,13	0,13 (4,82)
	Unbelastet	91	5,30	3,31	78	5,72	4,14	0,31 (2,97)
ST	Belastet	64	8,03	4,17	55	7,18	4,11	-0,95 (4,24)
	Unbelastet	127	5,34	3,30	101	4,98	3,27	-0,30 (3,28)
Missings		5			14			

Anmerkungen: ¹ PHQ-9 = Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patienten. ² T0 = erster Messzeitpunkt. ³ T1 = ca. 6 Monate nach erster Befragung.* p<0,05.

Die Auswertung der Differenzwerte zeigt einen signifikanten Haupteffekt der Belastung ($F(2,330)=57,517$, $p<0,05$). Der Effekt ist klein ($\eta^2=0,02$). Bei den belasteten Familien ($M=-0,21$, $SD=4,33$) gibt es einen höheren Unterschied zwischen T1 und T0 als bei den unbelasteten ($M=-0,16$, $SD=3,10$).

Die wichtige Interaktion zwischen der Belastung und dem Interventionsarm ist signifikant ($F(2,330)=38,865$, $p<0,05$). Der Effekt ist als klein zu bewerten, $\eta^2=0,02$. Der Zusammenhang zwischen dem Differenzwert der Depressivität und der Belastung ist unterschiedlich je nach Interventionsarm. Bei QT zeigt sich bei belasteten und unbelasteten Familien kaum ein Unterschied zwischen beiden Messzeitpunkten. Im Studienarm ST nimmt die Depressivität sowohl bei belasteten ($M=-0,95$; $SD=4,24$) als auch unbelasteten Familien ($M=-0,30$; $SD=3,28$) leicht ab. Bei TAU zeigt sich der größte Unterschied zwischen belasteten und unbelasteten Familien. Belastete Familien aus TAU weisen eine höhere Depressivität zu T1 auf ($M=1,21$; $SD=3,14$), während unbelastete eine geringere Depressivität haben ($M=-0,74$; $SD=2,77$).

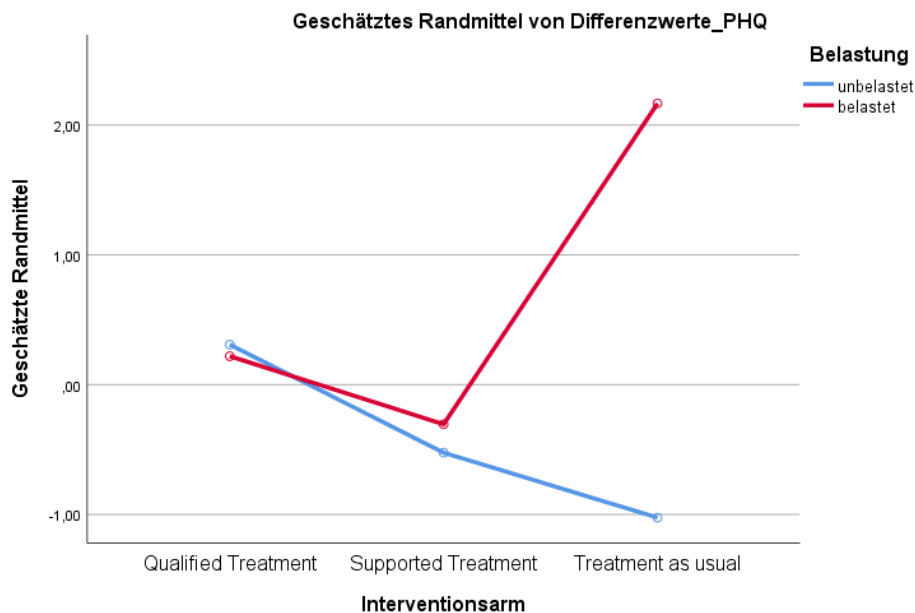


Abbildung 6: Interaktionseffekt zwischen Interventionsarm und Belastung (PHQ-9)

Lebenszufriedenheit.

Die Lebenszufriedenheit lag zum ersten Messzeitpunkt bei den belasteten Familien bei $M=57,30$ ($SD=35,37$), bei den unbelasteten bei $M=77,22$ ($SD=28,92$).

Tabelle 39: Lebenszufriedenheit der un-/belasteten Familien (N=404)

Gruppe		FLZ ^M T0 ²			FLZ ^M T1 ³			Diff. T1-T0
	n	M	SD	n	M	SD	M (SD)	
Gesamt	Belastet	137	57,20	35,37	117	57,31	37,36	-1,07 (27,23)
	Unbelastet	265	77,22	28,92	223	72,55	28,93	-5,20 (27,68)
TAU	Belastet	25	52,96	35,37	21	53,10	47,66	-4,71 (21,40)
	Unbelastet	45	77,93	29,30	40	74,80	28,31	-2,85 (27,25)
QT	Belastet	48	54,31	31,01	40	61,15	33,22	5,95 (29,97)
	Unbelastet	91	75,27	27,21	79	69,89	28,21	-5,10 (26,50)
ST	Belastet	64	61,06	38,45	56	56,14	36,29	-4,71 (26,57)
	Unbelastet	129	78,33	30,08	104	73,70	29,82	-5,88 (28,91)
Missings	2			64				

Anmerkungen: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. ¹ FLZ^M = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. ² T0 = erster Messzeitpunkt. ³ T1 = ca. 6 Monate nach erster Befragung. * $p < 0,05$.

Die Differenzwerte zwischen T1 und T0 liegen bei den belasteten Familien bei $M=-1,07$ ($SD=27,23$) und bei den unbelasteten bei $M=-5,20$ ($SD=27,68$). Zu T0 gibt es signifikante Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Familien ($p < 0,001$), jedoch nicht zwischen

den Interventionsarmen ($p=0,518$), wie aus Tabelle 37 hervorgeht. Bei der Auswertung der Differenzwerte zeigen sich keine signifikanten Haupteffekte des Interventionsarms ($p=0,093$) oder der Belastung ($p=0,843$). Auch die Interaktion aus Belastung und Interventionsarm ist nicht signifikant ($p=0,173$).

Zusammenfassung Wirksamkeit der neuen Versorgungsform.

Die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform wurde durch eine Prä-Post Messung von Selbstwirksamkeitserwartung, Depressivität und Lebenszufriedenheit von belasteten und unbelasteten Familien geprüft. Die Auswertung zeigt signifikante Interaktionseffekte bei den Outcomes Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität. Hier weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es bei QT und ST geringe bis keine Unterschiede in der Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität der belasteten Familien gibt. Bei TAU zeigt sich hingegen eine Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung und Zunahme der Depressivität zum zweiten Messzeitpunkt. Bei der Lebenszufriedenheit ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsarmen. Insgesamt lässt sich nicht nachweisen, dass die neue Versorgungsform die Selbstwirksamkeitserwartung, Depressivität oder Lebenszufriedenheit von belasteten Familien verbessert. Jedoch weisen die belasteten Familien aus TAU eine Verschlechterung der Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität auf, während die belasteten Familien aus der neuen Versorgungsform einen geringen bis keinen Unterschied aufweisen und somit in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität stabil bleiben.

3.4.4 Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit [Interviewpopulation Familien N=804]

Die Teilstichprobe des Projekts KID-PROTEKT, die sich zur Teilnahme am Interview und der Online-Befragung bereit erklärte, ließ sich mit einigen Angaben zur Bevölkerung in Deutschland aus dem Datenreport 2021 des Statistischen Bundesamtes und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Destatis, WZB, 2021) vergleichen.

Im bundesdeutschen Durchschnitt waren im Jahr 2019 die Mütter bei der Geburt des ersten Kindes 30,2 Jahre alt, was sich auch in der KID-PROTEKT Teilstichprobe wiederfinden ließ. Die meisten Teilnehmer:innen, die zum größten Teil weiblich (96%) und demnach Mütter oder Schwangere waren, gaben ein Alter zwischen 22 und 34 Jahren an (70%). Auch die Anzahl an Kindern der Familien passt zum Durchschnitt. Im Jahr 2019 lag der Durchschnitt in Deutschland bei 1,65 Kindern pro Familie und die Mehrheit der Interview-Teilnehmer:innen in KID-PROTEKT (77%) gab 1-2 Kinder im Haushalt an. Die Form der Familien war ebenfalls ähnlich zur Gesamtbevölkerung in Deutschland. Laut Datenreport leben 82% der Familien in einer Ehe oder einer Lebensgemeinschaft, während 95% der per Telefoninterview befragten Familien angaben, in einer Beziehung mit der Kindsmutter/dem Kindsvater zu sein. Lediglich die Alleinerziehenden sind in der KID-PROTEKT-Teilstichprobe etwas unterrepräsentiert. Während in der Gesamtbevölkerung alleinerziehende Mütter oder Väter 19% aller Eltern ausmachen, gaben nur 6% der per Telefoninterview befragten Familien an, alleinerziehend zu sein.

Als Schulabschluss gaben die meisten der per Telefoninterview befragten Familien (70%) die allgemeine Hochschulreife/Abitur an, was sich auch in der Gesamtbevölkerung erkennen lässt, in der 34% die Fachhochschul- oder Hochschulreife haben. Auch der berufliche Abschluss unterscheidet sich: Während in der KID-PROTEKT Stichprobe die meisten einen Abschluss an einer Universität oder Hochschule hatten (46%), ist in der Gesamtbevölkerung der häufigste berufliche Abschluss eine Lehre/Berufsausbildung (47%). Als berufliche Stellung gaben die meisten befragten Familien (85%) an, Angestellte:r zu sein, was in der Gesamtbevölkerung auf 65% zutrifft. Das Haushaltsnettoeinkommen lag 2018 durchschnittlich bei 3.661 Euro im Monat, was in der Stichprobe der per Telefoninterview befragten Familien wiederfinden von 24% angegeben wurde. Hinsichtlich der soziodemografischen Parameter der Schulbildung, der beruflichen Stellung und des Haushaltsnettoeinkommens lag in der KID-PROTEKT-

Interviewstichprobe somit ein Bias zugunsten der besser ausgebildeten und verdienenden Familien vor, der aus Studien mit freiwilliger Teilnahme bekannt ist (Geddes, 1990).

Unterschiede in Praxisart, -größe und Einzugsgebiet.

Bezogen auf die im Rahmen des Projekts erfolgten Weiterleitungen der Familien werden Subgruppen nach den Strukturparametern Praxisart, -größe und Einzugsgebiet analysiert. Hinsichtlich der Praxisart zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu den Weiterleitungen ($\chi^2=10,83$; $df=1$; $p<0,001$). Mit einem Cramer-V von 0,04 ist ein schwacher Effekt zu verzeichnen. Bei 8% der Familien in gynäkologischen Praxen erfolgte eine Weiterleitung, während in pädiatrischen Praxen 6% der Familien weitergeleitet wurden. Insgesamt war die Chance, als Familien in gynäkologischen Praxen weitergeleitet zu werden, $OR=1,38$ (95% $CI=1,14 - 1,67$) mal so hoch im Vergleich zu Familien aus pädiatrischen Praxen.

In Bezug auf die Praxisgröße ergibt sich ebenfalls ein signifikanter, jedoch schwacher Zusammenhang zu den Weiterleitungen ($\chi^2=61,33$; $df=1$; $p<0,001$; $V=0,09$). In großen Praxen wurden 8% der Familien weitergeleitet, wohingegen es sich bei einer kleinen Praxisgröße um 4% der Familien handelt. Die Chance, als Familie in einer großen Praxis weitergeleitet zu werden, war $OR=2,19$ (95% $CI=1,79 - 2,67$) mal so hoch gegenüber Familien aus kleinen Arztpraxen.

Innerhalb der Subgruppenanalyse des Einzugsgebiets lässt sich eine Abhängigkeit zu den Weiterleitungen feststellen ($\chi^2=4,56$; $df=1$), welche bei einem $p=0,033$ statistisch signifikant ist. Der Effekt ist mit einem Cramer-V=0,02 ebenfalls als schwach zu bezeichnen. Während 7% der Familien aus Praxen mit städtischem Einzugsgebiet weitergeleitet wurden, liegt dieser Anteil in ländlichen Regionen bei 6%. Mit einem $OR=0,80$ (95% $CI=0,65 - 0,98$) ist die Chance einer Weiterleitung bei Familien in ländlichen Einzugsgebieten geringer als in städtischen Regionen.

Tabelle 40: Unterschiede zwischen Weiterleitungen nach Strukturparametern (N=527)

Variable/ Ausprägung	N (%)	χ^2 (df)	p-Wert	Cramer-V	Odds Ratio (95% CI)
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 $p=0,05$

Belastungsquoten: Unterschiede in den Strukturmerkmalen.

Weitere Subgruppenanalysen nach den Strukturparametern Praxisart, -größe und Einzugsgebiet werden für die Belastung (mind. ein Belastungsfaktor vs. kein Belastungsfaktor) der Familien analysiert. Hinsichtlich der Praxisart zeigt sich ein statistisch signifikanter

Zusammenhang zu den Belastungen ($\chi^2=33,35$; $df=1$; $p<0,001$). Der Cramer-V von 0,06 entspricht einem schwachen Effekt. Bei 34% der Familien in pädiatrischen Praxen, die den Anhaltsbogen ausfüllten, wurde mindestens ein Belastungsfaktor angegeben, während in gynäkologischen Praxen 41% der Familien mindestens einen Belastungsfaktor angaben. Insgesamt war die Chance, als Familie in gynäkologischen Praxen mindestens einen Belastungsfaktor anzugeben, $OR=1,34$ (95% $CI=1,22 - 1,48$) mal so hoch im Vergleich zu Familien aus pädiatrischen Praxen.

In Bezug auf die Praxisgröße ergibt sich ebenfalls ein signifikanter, jedoch schwacher Zusammenhang zu den Weiterleitungen ($\chi^2=21,52$; $df=1$; $p<0,001$; $V=0,05$). In großen Praxen gaben 34% der Familien mindestens einen Belastungsfaktor an, wohingegen es sich bei einer kleinen Praxisgröße um 39% der Familien handelt. Die Chance, als Familie in einer großen Praxis mindestens einen Belastungsfaktor anzugeben, war $OR=0,81$ (95% $CI=0,74 - 0,88$) mal geringer gegenüber Familien aus kleinen Arztpraxen.

Innerhalb der Subgruppenanalyse des Einzugsgebiets lässt sich eine Abhängigkeit zu mindestens einer angegebenen Belastung feststellen ($\chi^2=15,90$; $df=1$), welche bei einem $p<0,001$ statistisch signifikant ist. Der Effekt ist mit einem Cramer-V=0,04 ebenfalls als schwach zu bezeichnen. Während 37% der Familien aus Praxen mit städtischem Einzugsgebiet mindestens einen Belastungsfaktor berichten, liegt dieser Anteil in ländlichen Regionen bei 33%. Mit einem $OR=0,82$ (95% $CI=0,74 - 0,90$) ist die Chance mindestens einen Belastungsfaktor zu berichten bei Familien in ländlichen Einzugsgebieten geringer als in städtischen Regionen.

Tabelle 41: Unterschiede zwischen Belastungsquoten

Variable/ Ausprägung	N (%)	χ^2 (df)	p-Wert	Cramer-V	Odds Ratio (95% CI)
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%)				

*signifikant bei $p=0,05$

Bedarfsquoten: Unterschiede in den Strukturmerkmalen.

Bei der Subgruppenanalyse des Unterstützungsbedarfs (intensiver Unterstützungsbedarf vs. kein/geringer Unterstützungsbedarf) und der Strukturparameter Praxisart, Praxisgröße und Einzugsgebiet ergeben sich folgende Ergebnisse: Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ergibt sich zwischen der Praxisart ($\chi^2=10,36$; $df=1$; $p=0,001$) und dem Unterstützungsbedarfs mit Cramer-V von 0,08, was einem schwachen Effekt entspricht. Bei den pädiatrischen Praxen waren 51% der Familien, deren Bedarf eingeschätzt wurde, intensiv belastet. Bei den gynäkologischen Praxen waren es 42%. Die Chance intensiven Bedarf aufzuweisen, war bei

gynäkologischen Praxen mit einem OR=0,70 (95% CI=0,57 – 0,88) geringer als bei pädiatrischen Praxen. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ergibt sich ebenfalls zwischen dem Zusammenhang von Praxisgröße und Unterstützungsbedarf ($\chi^2=19,06$; df=1; p<0,001). Dies entspricht bei einem Cramer-V=0,11 einem schwachen Effekt. Die Chance, dass eine Familie intensiven Unterstützungsbedarf aufweist, ist bei großen Praxen OR = 1,59 (95% CI=1,29 – 1,95) mal höher. Bei 41% der Familien in kleinen Praxen und 53% der Familien in großen Praxen, deren Bedarf eingeschätzt wurde, wurde ein intensiver Bedarf erkannt. Der Zusammenhang von Unterstützungsbedarf und Einzugsgebiet ist nicht signifikant ($\chi^2=1,98$; df=1; p=0,17). Bei 50% der Familien aus städtischen Praxen und 46% aus ländlichen Praxen wurde intensiver Unterstützungsbedarf festgestellt, wenn der Unterstützungsbedarf eingeschätzt wurde.

Tabelle 42: Unterschiede zwischen Bedarfsquoten

Variable/ Ausprägung	N (%)	χ^2 (df)	p-Wert	Cramer's V	Odds Ratio (95% CI)
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%)				
Einzugsgebiet					
Stadt	471 (50%)	1,98 (1)	0,17	0,04	0,86 (0,70 – 1,06)
Land	275 (46%)				

*signifikant bei p=0,05

Inanspruchnahmequoten: Unterschiede in den Strukturmerkmalen.

Bei der Subgruppenanalyse der Inanspruchnahme ergeben weder die Praxisart ($\chi^2=0,74$; df=1; p=0,41) noch die Praxisgröße ($\chi^2=0,13$; df=1; p=0,82) oder das Einzugsgebiet ($\chi^2=0,67$; df=1; p=0,46) signifikante Zusammenhänge. Der Effekt für die Parameter Praxisart (V=0,08), Praxisgröße (V=0,03) und Einzugsgebiet (V=0,07) ist schwach. Die Chance, die Weiterleitung in Anspruch genommen zu haben, ist für gynäkologische Praxen OR=1,42 (95% CI=0,64 – 3,16) mal höher als bei pädiatrischen Praxen. Die Chance, die Weiterleitung in Anspruch genommen zu haben, ist für große Praxen mit einem OR=0,85 (95% CI=0,35 – 2,07) geringer als bei kleinen Praxen. Die Chance, die Weiterleitung in Anspruch genommen zu haben, ist bei ländlichen Praxen OR=0,64 (95% CI=0,22 – 1,87) geringer als bei städtischen Praxen.

Tabelle 43: Unterschiede zwischen den Inanspruchnahmequoten

Variable/ Ausprägung	N (%)	χ^2 (df)	p-Wert	Cramer's V	Odds Ratio (95% CI)
Praxisart					
PÄD	21 (24%)	0,74 (1)	0,41	0,08	1,42

GYN	14 (31%)				(0,64 – 3,16)
Praxisgröße					
klein	9 (29%)	0,13 (1)	0,82	0,03	0,85
groß	26 (26%)				(0,35 – 2,07)
Einzugsgebiet					
Stadt	30 (28%)	0,67 (1)	0,46	0,07	0,64
Land	5 (20%)				(0,22 – 1,87)

*signifikant bei $p=0,05$

Unterschiede zwischen den Facharztgruppen bei der Durchführung der Orientierenden Gespräche.

Es ergeben sich teilweise signifikante Unterschiede zwischen den Facharztgruppen im Hinblick auf die Durchführung der Orientierenden Gespräche. Die Häufigkeit des Durchführungsorts unterscheidet sich signifikant zwischen pädiatrischen und gynäkologischen Praxen ($p<0,01$); der Effekt ist klein ($V=0,21$). In gynäkologischen Praxen wurden mehr telefonische Gespräche geführt (14%) als in den pädiatrischen Praxen (3%). Auch wer das Gespräch führte unterscheidet sich signifikant ($p<0,01$); der Effekt ist klein ($\Phi=0,14$). In gynäkologischen Praxen führte die Berufsgruppe der Ärzt:innen häufiger Gespräche als bei den pädiatrischen Praxen (18% vs. 9%). Die Dauer des ersten Orientierenden Gesprächs ist bei den gynäkologischen Praxen durchschnittlich länger ($M=8,50$; $SD=4,96$) als bei pädiatrischen Praxen ($M=7,69$; $SD=4,32$). Dieser Unterschied ist signifikant ($p<0,01$); der Effekt ist klein (Cohen's $d=0,17$). Die Dauer über alle Gespräche unterscheidet sich nicht zwischen den Facharztgruppen.

Zusammenfassung Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit.

Die untersuchte Teilstichprobe der Teilnehmer:innen von KID-PROTEKT ist in den meisten soziodemografischen Variablen vergleichbar mit den Angaben aus dem Datenreport des Statistischen Bundesamtes und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Destatis, WZB, 2021). Unter den Interview-Teilnehmer:innen ist der Anteil an alleinerziehenden Teilnehmer:innen geringer und der Bildungsgrad höher als in der Gesamtbevölkerung. Diese Selektionseffekte sind in den etwas höherschwelligen Interviewteilnahmen häufig zu finden und müssen nicht in der Grundgesamtheit vorhanden sein. Die Frage der Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Stichprobe lässt sich somit nicht endgültig beantworten. Jedoch stimmen die meisten Daten mit denen der Allgemeinbevölkerung überein. Der überdurchschnittliche Bildungsgrad lässt sich damit erklären, dass Antwortverweigerung mit geringerem Bildungsgrad positiv korreliert (Blasius & Reuband, 1995).

Das Ergebnis der Subgruppenanalysen zeigt, dass ein signifikanter Zusammenhang von Praxisart und Praxisgröße mit der Bedarfsquote sowie der Belastungsquote existiert. Der Effekt dieser Zusammenhänge ist jedoch schwach. Zusätzlich dazu ist bei der Belastungsquote der Zusammenhang mit dem Einzugsgebiet signifikant, ebenfalls mit einem schwachen Effekt. Bei den Weiterleitungen gab es signifikante Zusammenhänge mit allen Praxisparametern (Praxisart, -größe und Einzugsgebiet). Diese Zusammenhänge sind jedoch als schwach zu bewerten. Bei der Inanspruchnahmequote ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang mit den Praxisparametern.

3.5 Einflüsse durch die Corona-Pandemie

Im Frühjahr 2020 kam es während der Projektlaufzeit zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie (SARS-CoV-2). Die damit einhergehenden Auswirkungen auf das öffentliche Leben haben auch Einfluss auf den Projektverlauf von KID-PROTEKT genommen.

Pandemieverlauf in Deutschland.

Die erste Infektion mit dem neuartigen Coronavirus ist in Deutschland am 27.01.2020 registriert worden. Nach einem Anstieg der Infektionszahlen wurden im März 2020 erstmals landesweite Maßnahmen zur Kontrolle des Infektionsgeschehens getroffen. Der erste bundesweite Lockdown trat Mitte März 2020 in Kraft und dauerte bis Anfang Mai 2020 an. Eine Vielzahl von Einrichtungen blieb in diesem Zeitraum geschlossen, darunter Schulen, Kindertagesstätten, Sportstätten, Einzelhandelsläden, Gastronomiebetriebe und Kultureinrichtungen. Wo es möglich war, wurden Arbeitsplätze in das Homeoffice verlegt. Für Schul- und Kindergartenkinder wurde bei begründetem Bedarf eine Notbetreuung angeboten. Zur weiteren Minimierung der Kontakte wurden Kontaktbeschränkungen eingeführt. Während des harten Lockdowns galt, dass sich eine Person lediglich mit einer weiteren, nicht im eigenen Haushalt lebenden Person treffen durfte. Im April 2020 wurde zudem eine Maskenpflicht im öffentlichen Raum eingeführt, von der auch die Arztpraxen betroffen waren. Mit dem Sinken der Infektionszahlen im April wurden Anfang Mai unter anderem Schulen und Kindertagesstätten wieder geöffnet. Über den Sommer 2020 kam es zu weiteren Lockerungen. Im Herbst stiegen die Infektionszahlen wieder, woraufhin Anfang November ein „Teil-Lockdown“ mit erneuten Kontaktbeschränkungen und Schließungen von Sportstätten, Gastronomie und Kultureinrichtungen beschlossen wurde. Mitte Dezember wurde dieser zu einem harten Lockdown ausgeweitet. Ab Januar blieb auch der Regelbetrieb in Schulen und Kindertagesstätten wieder aus. In Hamburg durften die Schulen und Kindertagesstätten Mitte März 2021 wieder einen eingeschränkten Regelbetrieb aufnehmen, wobei in den Schulen ab diesem Zeitpunkt Wechselunterricht stattfand. Die beschriebenen Kontaktbeschränkungen und Maßnahmen zur Kontrolle des Infektionsgeschehens wirkten sich auch auf die Öffnung von familiären Unterstützungsangeboten nachteilig aus.

Notwendige Anpassungen des Studiendesigns.

Einen bedeutenden Einfluss auf die Projektdurchführung nahmen die vorherrschenden Bedingungen in den Arztpraxen, die sich im Zuge der COVID-19-Pandemie veränderten. Zum Schutz vor Infektionen wurden die Wartezeiten in den Arztpraxen auf ein Minimum reduziert und die Verweildauer vor Ort so gering wie möglich gehalten. Außerdem führte die Pandemie insgesamt zu einer Reduktion von Arztbesuchen. Die Erhebung der sekundären Outcomes (Selbstwirksamkeitserwartung, Depressivität und Lebenszufriedenheit), die als Befragung in den Arztpraxen geplant war, wurde entsprechend an die veränderten Gegebenheiten angepasst. Anstelle der geplanten Befragung vor Ort wurde eine telefonische und anschließend eine Online-Befragung zur Erhebung der sekundären Outcomes durchgeführt. Um in die geplante Prä-Post-Erhebung der N=504 Familien ausreichend unbelastete Familien einschließen zu können, wurde nach der Auswertung des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens in der Arztpraxis eine extra Einwilligungserklärung unter Angabe der Telefonnummer von psychosozial unbelasteten Familien in den Studienarmen QT und ST eingeholt. Zur Erhebung der Soziodemografie wurden die Familien zunächst telefonisch kontaktiert und erhielten im Anschluss einen Link zu einer Online-Umfrage, in der die sekundären Outcomes erfasst wurden.

Auftretende Herausforderungen aus Sicht der Arztpraxen.

Im Rahmen der mit den Arztpraxen geführten Interviews zur Projektevaluation wurde erhoben, welche Probleme und Herausforderungen sich aufgrund der COVID-19-Pandemie im

Praxis- bzw. Projektablauf ergeben haben. Von den N=56 befragten Praxismitarbeiter:innen, die diese Frage beantworteten, gaben N=25 (45%) an, dass sich keine großen Einschränkungen oder Probleme durch die Corona-Pandemie im Praxis- beziehungsweise Projektablauf ergeben haben. Fast die Hälfte der Personen, die diese Antwort gaben, waren Beschäftigte in Praxen der TAU-Bedingung (48%). Die befragten Mitarbeiter:innen aus gynäkologischen Praxen berichteten insgesamt häufiger von keinen Problemen oder Herausforderungen als diejenigen aus Kinderarztpraxen (Gynäkologie: 52%, Pädiatrie: 37%).

Von allen Befragten berichteten N=13 Mitarbeiter:innen (22%) jedoch, dass viele Unterstützungsangebote pandemiebedingt geschlossen oder nur telefonisch erreichbar waren. Dies wurde von zehn Praxismitarbeiter:innen im Interventionsarm QT und von drei aus dem Interventionsarm ST geäußert. Auch auf die Interviewfrage, wie leicht den Mitarbeiter:innen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote fiel, wurde von insgesamt sechs Mitarbeiter:innen aus dem Studienarm QT angegeben, dass die COVID-19-Pandemie die Weiterleitung an Unterstützungsangebote erschwerte.

Eine weitere in den Interviews genannte Herausforderung stellte dar, dass Babyslots:innen-sprechstunden ausgesetzt werden mussten und nur ein telefonischer oder Online-Kontakt zu den Babyslots:innen möglich war. Dies wurde von vier Praxismitarbeiter:innen aus dem Studienarm ST als Verlust dargestellt. Außerdem wurde von jeweils drei Befragten als Problem oder Herausforderung genannt, dass Familien seltener gekommen sind und die Maskenpflicht die Kommunikation mit den Familien durch beispielsweise fehlende Mimik erschwerte. Fünf Mitarbeiter:innen empfanden es als problematisch, dass aufgrund der Kontaktbeschränkungen keine Dolmetscher:innen oder Begleitpersonen bei den Arztbesuchen dabei sein konnten. Zeit- oder Personalmangel wurde insgesamt vier Mal als Herausforderung angegeben. Einmal wurden räumliche Schwierigkeiten als Problem genannt.

Veränderungen in den erhobenen Belastungen.

N=5 Praxismitarbeiter:innen berichteten im Rahmen der Interviews, dass aufgrund der COVID-19-Pandemie vermehrt psychosoziale Belastungen unter den Familien auftraten.

In den im Rahmen des Projekts geführten Orientierenden Gesprächen wurde „Corona“ im ersten Gespräch unter „sonstige Belastungen“ insgesamt in N=35 von N=1.547 Gesprächen angegeben (2%). Dies betraf N=23 Familien im Studienarm QT und N=12 Familien im Studienarm ST. In den in gynäkologischen Praxen geführten Gesprächen wurde eine pandemiebedingte Belastung 23 mal (5%) und in pädiatrischen Praxen 12 mal genannt (1%). Im Rahmen der Folgegespräche wurde „Corona“ als sonstige Belastungsart in N=13 von N=300 Gesprächen dokumentiert (4%). Als Gründe für die Belastung durch die COVID-19-Pandemie nannten die Familien unter anderem Belastungen durch den Lockdown, Geldsorgen aufgrund von Selbstständigkeit oder Kurzarbeit, die Notbetreuung in den Kindertagesstätten und eine Belastung aufgrund der Kinderbetreuung im Homeoffice. Außerdem wurden als Belastungen Einsamkeit und Isolation durch den Lockdown und die Kontaktbeschränkungen genannt. Von einer Schwangeren wurde „wegen Corona alleine bei der Geburt zu sein“ als Belastungsfaktor geäußert.

Neben den in den Orientierenden Gesprächen dokumentierten Belastungen wurden die von den Familien in den Arztpraxen ausgefüllten KID-PROTEKT-Anhaltsbögen herangezogen, um zu prüfen, ob sich die Anzahl der psychosozialen Belastungsfaktoren während der COVID-19-Pandemie veränderte. Anhand eines Mann-Whitney-U-Test wurde 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 KID-PROTEKT-Anhaltsbogen. Die Verteilungen der beiden Gruppen unterschieden sich voneinander (Kolmogorov-Smirnov $p < 0,05$). Es gab einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Anzahl der Belastungen im ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogen zwischen der Teilstichprobe vor Pandemiebeginn (MRang=4124,78) und nach Pandemiebeginn (MRang=4326,36). Die mit

dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnete Effektstärke zeigt jedoch nur einen schwachen Effekt ($U=8504646,000$, $Z=-4,602$, $p<0,001$, $r=-0,05$).

Zusätzlich wurde die Veränderung der Häufigkeiten von den einzelnen Belastungsfaktoren in den ersten Anhaltsbögen betrachtet. Für die Belastungsfaktoren „depressive Symptome oder belastende Erfahrung“ und „Belastung durch Schwangerschaft oder Geburt“ erhöhte sich die Anzahl der betroffenen Familien signifikant ($p<0,05$). Die Häufigkeit von depressiven Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Erschöpfung stieg von 15,7 Prozent ($N=4.080$) auf 18,5 Prozent ($N=4.281$). Vor allem in der Gruppe der Familien in gynäkologischen Praxen wurde im ersten KID-PROTEKT-Anhaltsbogen zur Pandemiezeit häufiger eine Belastung in Form von depressiven Symptomen im Vergleich zu vor der Pandemie angegeben (vor Pandemiebeginn: 21,0%, $N=735$; nach Pandemiebeginn: 29,6%, $N=1.404$).

In Bezug auf eine Belastung durch Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft zeigte ein Vergleich der Erhebungsergebnisse aus den Anhaltsbögen vor und während der Pandemie keinen signifikanten Unterschied. Auch die Belastung durch den Belastungsfaktor „Kindererziehung“ stieg, entgegen den Erwartungen, nicht signifikant an. Der Belastungsfaktor „Belastung aufgrund der Lebenssituation“, wie zum Beispiel Schulden, Arbeitslosigkeit oder eine schlechte Wohnsituation, zeigte eine leichte signifikante Verringerung in der Teilstichprobe während der Pandemie im Vergleich zur Teilstichprobe vor der Pandemie (vor Pandemiebeginn: 8,4%, $N=4087$; nach Pandemiebeginn: 6,9%, $N=4320$, $p<0,05$). Diese Ergebnisse stehen in Widerspruch zu den Erkenntnissen aus anderen, bereits in Deutschland durchgeführten Studien zur Situation von Familien während der COVID-19-Pandemie. Eine Mehrzahl von Studien fand eine hohe Belastung von Eltern durch die Kinderbetreuung aufgrund der Schließung von Kitas und Schulen.

Zusammenfassung Einflüsse durch Corona-Pandemie.

Die COVID-19-Pandemie beeinflusste KID-PROTEKT auf verschiedenen Ebenen. Durch Lockdowns und weitere Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens mussten die sekundären Outcomes über Telefoninterviews bzw. Onlinebefragungen erhoben werden. Problematisch war außerdem, dass viele der Unterstützungsangebote pandemiebedingt geschlossen waren und daher für Familien mit psychosozialen Belastungen nur telefonisch oder gar nicht erreichbar waren. Auch die Babylots:innensprechstunden konnten zeitweise nur telefonisch oder online angeboten werden. Somit erschwerte die Pandemie die Weiterleitungen an Unterstützungsangebote zum Teil gravierend, bei gleichzeitiger Zunahme von psychosozialen Belastungen der Familien.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluation

KID-PROTEKT prüfte die Effizienz, Effektivität sowie Akzeptanz und Machbarkeit einer neuen Versorgungsform. Speziell qualifiziertes Praxispersonal, insbesondere Medizinische Fachkräfte in Frauenarzt- und Kinder- und Jugendarztpraxen führten die psychosoziale Anamnese – bestehend aus KID-PROTEKT-Anhaltsbogen und Orientierendem Gespräch – durch und erarbeiteten mit psychosozial belasteten Familien mögliche Hilfen (Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Schuldnerberatung, Suchtberatung, Konfliktberatung u. a.), die in Anspruch genommen werden können. In einer spezifischen Variante dieser neuen Versorgungsform wurden die Medizinischen Fachkräften auf Wunsch von (sozial-)pädagogischen Fachkräften (Babylots:innen) unterstützt: beratend oder durch Fallübernahme.

Die Evaluation des Vorhabens beinhaltete eine 18-monatige Datenerhebung in 24 Arztpraxen (13 gynäkologische und 11 pädiatrische Praxen) in Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein und bezog Praxen verschiedener Größen und Einzugsgebiete mit ein. Ein clusterrandomisiertes Forschungsdesign ermöglichte die Messung der Effektivität (Weiterleitungen der belasteten Familien), der Effizienz (Kosten-Nutzwert-Analyse), der Akzeptanz und Machbarkeit aus Sicht der Familien und Mitarbeiter:innen der Praxen sowie der Babylots:innen. Darüber hinaus konnte in einem Prä-Post-Design sekundärer Outcomes wie Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Depressivität die Wirksamkeit der Versorgungsformen (Regelversorgung versus Neue Versorgungsform) ermittelt werden. In den 18 Monaten der Datenerhebung wurden insgesamt N=9.197 Familien in den Frauenarzt- und Kinder- und Jugendarztpraxen angesprochen und motiviert, am Screeningverfahren teilzunehmen.

Durch das niedrigschwellige Angebot in der Praxis und den geringen Aufwand für die Familien beim Ausfüllen des Anhaltsbogens verzeichnet die Studie eine hohe Teilnahmequote von bis zu 97%.

Psychosoziale Anamnesen. Belastungen und Unterstützungsbedarfe liegen bei einem Drittel der Familien vor.

33% aller Familien haben bereits beim ersten Ausfüllen des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens mindestens eine psychosoziale Belastung angegeben. „Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit oder Erleben etwas sehr Belastendes“ und „Belastung durch die Lebenssituation“ waren bei den Familien die am häufigsten genannten Belastungen, die Gesprächsanlass für ein erstes Orientierendes Gespräch mit der MFK oder der Ärzt:in waren. In den Orientierenden Gesprächen, welche mehrheitlich in den Praxisräumen stattfanden und im Mittel 8 Minuten dauerten, wurden vorrangig die Themen Alltagsbewältigung (35%) und Lebenssituation (33%) besprochen und der Unterstützungsbedarf der Familie gemeinsam abgewogen.

Die psychosoziale Anamnese der neuen Versorgungsform setzt sich aus dem systematischen Screening der Belastungen und dem Gespräch zwischen der MFK oder Ärzt:in und den Eltern zusammen, um die ermittelten Belastungen möglichen Schutzfaktoren oder bereits bestehenden Unterstützungsangeboten gegenüberzustellen und gemeinsam mit den Eltern abzuwägen, welcher Unterstützungsbedarf tatsächlich besteht und welche Hilfen für die familiäre Situation angemessen und sinnvoll sind. Denn selbst empirisch fundierte Screeninginstrumente können die Expertise der qualifizierten Fachkraft nicht ersetzen (Friedmann, 2016) und sind nur als Gesprächsanlass zu verstehen. Die verbindliche Abklärung des Unterstützungsbedarfs erfordert ein dokumentiertes Gespräch – möglichst mit beiden Elternteilen (Metzner & Pawils, 2021).

In der Variante Supported Treatment hatten die MFKs oder Ärzt:innen die Möglichkeit, die Babylots:innen zu kontaktieren und entweder eine Beratung zur Vermittlung der Familie (=Fallbesprechung/Kurzberatung, N=51) in Anspruch zu nehmen oder eine Fallübernahme durch die Babylots:innen zu veranlassen. Die Babylots:innen übernahmen N=176 Familien zur Fallbearbeitung nach den Orientierenden Gesprächen und schätzten in 84% dieser Familien

den Unterstützungsbedarf als intensiv ein. Damit wurde das Ziel der Unterstützung des medizinischen Praxispersonals bei intensiv belasteten Familien durch Einbezug der Babylots:innen voll erfüllt.

Weiterleitungen. Kontaktempfehlungen versus aktive Überleitungen der Familien.

Innerhalb der ärztlichen Beratung in der Regelversorgung oder des Orientierenden Gesprächs in der neuen Versorgungsform können als Weiterleitungen bei Unterstützungsbedarf entweder Kontaktempfehlungen (meist durch Ausgabe eines Informationsflyers) ausgesprochen oder die Familien übergeleitet werden. Bei der Überleitung wird ein Aufsuchen des Hilfsangebots durch Kontaktierung der Einrichtung gebahnt. Insbesondere Familien mit intensivem und vielfältigem Hilfebedarf profitieren von der begleiteten Überleitung, da deren mangelnde Ressourcen und hohen Belastungen häufig nicht zur Inanspruchnahme führen (Hintzpeter et al., 2014).

Die Auswertung des Hauptoutcomes Weiterleitung zeigt, dass beide Varianten der neuen Versorgungsform (Qualified und Supported Treatment) der Regelversorgung (Treatment as usual) überlegen sind. Der Anteil an Weiterleitungen von Familien ist im Vergleich zur Regelversorgung in beiden Versorgungsvarianten höher. Die Weiterleitungsquote insgesamt über alle Familien ist bei der neuen Versorgungsform bei 7% und bei der Regelversorgung bei 3%. Bei Betrachtung der Weiterleitungsquote innerhalb der intensiv belasteten Familien ergibt sich zwischen QT (44%) und ST (58) ein bemerkenswerter deskriptiver Unterschied, dass die Variante der Babylotsen-Unterstützung zu einer höheren Weiterleitungsquote führt. Der inferenzstatistische Vergleich zwischen den Varianten der neuen Versorgungsformen Qualified und Supported Treatment ergab keine Signifikanz zwischen den Unterschieden in der Weiterleitungsquote, so dass von einem zufälligen Unterschied ausgegangen werden muss.

Allerdings unterscheiden sich die Weiterleitungen inhaltlich: In der Regelversorgung war die Mehrzahl der Weiterleitungen Empfehlungen zur App „Hansebaby“, auf welcher Anlaufstellen in Hamburg zu finden sind. Eine Überleitung wurde nicht dokumentiert oder von den Familien in der Regelversorgung genannt. In der neuen Versorgungsform wurde knapp ein Drittel der Familien nach einem Orientierenden Gespräch weitergeleitet, davon hatte der Großteil einen intensiven Unterstützungsbedarf. Familien, die in der Lotsensprechstunde Beratung erhielten, wurden zu 88% weitergeleitet. Die Weiterleitung in QT erfolgte nach einem Orientierenden Gespräch in den meisten Fällen nur mit einer Kontaktempfehlung. Die Weiterleitung in ST bestand zu einem bedeutend höheren Anteil aus einer Überleitung oder der Kombination aus Überleitung und Kontaktempfehlung. Es zeigte sich gleichzeitig, dass die Anzahl an Belastungsfaktoren einer Familie relevant ist für die Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung. Erfreulicherweise geht die Zunahme der Belastungsfaktoren auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Weiterleitung einher in allen Studienarmen.

Es bleibt insgesamt festzustellen, dass die Weiterleitungen von belasteten Familien mit ermitteltem Unterstützungsbedarf in der neuen Versorgungsform deutlich, signifikant höher und inhaltlich differenzierter und über reine Kontaktempfehlungen hinausgehend als in der Regelversorgung waren.

Inanspruchnahmen der Weiterleitungen. Überleitungen der Babylots:innen führen zu höherer Inanspruchnahme.

Die Inanspruchnahmequoten der Kontaktempfehlungen oder Überleitungen lagen im Mittel bei einer Inanspruchnahme von 26% der empfohlenen Unterstützung. Die neue Versorgungsform ist der Regelversorgung überlegen und es zeigt sich, dass die Weitergabe reiner Kontaktdaten oder einer Datenbank mit Adressen (Kontaktempfehlungen), wie ausschließlich in der Regelversorgung und mehrheitlich in der Qualified Treatment Bedingung gegeben, für intensiv

belastete Familien nicht ausreichend ist, um tatsächlich in die Versorgung zu gelangen (Gesamt: TAU: 15%, QT: 18%, ST: 35%; Intensiver Bedarf: QT: 12%, ST: 34%).

Die Inanspruchnahmerate in der neuen Versorgungsform Variante Supported Treatment ist mit 35% im Vergleich zur Variante Qualified Treatment oder der Regelversorgung als hoch einzustufen.

Trotz der beeindruckenden deskriptiven Unterschiede zeigt die inferenzstatistische Auswertung der Inanspruchnahme keine signifikanten Unterschiede zwischen den Varianten der neuen Versorgungsform und der Regelversorgung auf und die Interpretation muss daher konservativ erfolgen. Inwieweit dieses Ergebnis auf eine Selektivität der Stichprobe zurückzuführen ist, müssen weitere Subgruppenanalysen klären. Das Projekt wurde schließlich überwiegend während der Corona-Pandemie umgesetzt, was Inanspruchnahmen generell erschwerte.

Es ergaben sich pandemiebedingte Einschränkungen in den Arztpraxen sowie bei den familiären Unterstützungsangeboten. Das Projekt konnte weiterhin umgesetzt werden, jedoch war pandemiebedingt insgesamt ein geringeres Patientenaufkommen in den Praxen festzustellen. Durch die Einschränkungen der Einrichtungen bleibt unklar, in welchem Maß Unterstützungsangebote in Anspruch genommen werden konnten und inwiefern dies die Inanspruchnahme beeinflusste.

Ähnlich dem Ergebnis der Weiterleitungen zeigt sich insgesamt, dass die Babylotsen-Unterstützung zu mehr Überleitungen statt reinen Kontaktempfehlungen führen und diese aktive Unterstützung der Familien durch die Babylots:innen ins Hilfesystem zu gelangen auch die Inanspruchnahme erhöht.

Gesundheitsökonomische Bewertung. Nutzwert des QT ist 2-mal höher, des ST ist 3-mal höher als die Regelversorgung

Basierend auf der Einschätzung vom N=54 Expert:innen und Stakeholdern zum jeweiligen Nutzwert der Versorgung für belastete Familien ist die neue Versorgungsform der Regelversorgung überlegen. Die Variante Supported Treatment der neuen Versorgungsform wird im Vergleich der höchste Nutzwert zur Zielerreichung zugeschrieben. Die ermittelten Kosten der Varianten der neuen Versorgungsform sind höher als die Regelversorgung und die Variante ST hat deutlich höhere Kosten als QT.

Quantifiziert zeigt sich, dass der Nutzwert von Qualified Treatments 2-mal höher ist als der Regelversorgung und die Mehrkosten bei 20€ je Fall liegen. Der Nutzwert des Supported Treatment ist 3-mal höher als der der Regelversorgung und die Mehrkosten pro Fall liegen bei 33,03€.

Die Versorgungsform Supported Treatment ist als effizienter als die neue Versorgungsform Qualified Treatment und beide sind effizienter als die Regelversorgung zu bewerten.

Akzeptanz und Machbarkeit. Familien und Praxispersonal nehmen die neue Versorgungsform gut an.

804 befragte Familien bewerteten den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen und die Orientierenden Gespräche der neuen Versorgungsform durchschnittlich als gut. Die partizipative Entwicklung des Bogens mit Hilfe des Nutzer:innenbeirats hat somit zu einer hohen Akzeptanz des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens beigetragen. Die Beratungsgespräche mit den Babylots:innen wurden besser als mit der MFK/Ärzt:in bewertet und eine Mehrheit der Befragten würde sich sowohl durch die MFK als auch die/den Babylots:in eine weitere Beratung wünschen. Am häufigsten wurde von den befragten Familien jedoch als Verbesserungsvorschlag genannt, dass mehr Aufklärung/Informationen in der Praxis erfolgt.

Alle zur neuen Versorgungsform befragten MFKs und Ärzt:innen sahen einen Mehrwert für die Praxis durch KID-PROTEKT und auch der Aufwand des Projekts im Verhältnis zum Nutzen

wurde als gut bewertet. Die Weiterleitung der Familien an Unterstützungsangebote wurde von den Mitarbeiter:innen der Variante QT als befriedigend und herausfordernd bewertet, während die Mitarbeiter:innen der Variante ST die Weiterleitungen der Familien als gut bewerteten. Da die Studie zeitlich in die Lockdownphasen der Corona-Pandemie fiel, in denen auch Unterstützungsangebote temporär geschlossen waren, könnten die mangelnden Weiterleitungsmöglichkeiten die schlechtere Bewertung in der QT-Bedingung erklären. In der Familien an die Lots:innen weiterzuleiten.

Wirksamkeit der neuen Versorgungsform.

Psychosozial belastete Familien wurden mit unbelasteten Familien hinsichtlich einer Veränderung ihrer Selbstwirksamkeit, ihrer Lebenszufriedenheit und ihrer Depressivität verglichen. Insgesamt lässt sich anhand der statistischen Prä-Post-Vergleiche nicht belegen, ob die neue Versorgungsform die Selbstwirksamkeitserwartung, Depressivität oder Lebenszufriedenheit von belasteten Familien verändert. Jedoch weisen die belasteten Familien der Regelversorgung eine Verschlechterung der Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität auf, während diese unter den Bedingungen der neuen Versorgungsform in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Depressivität stabil bleiben.

Nicht-Teilnahme an KID-PROTEKT.

Familien, die den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen nicht ausfüllen mochten und die Teilnahme an der neuen Versorgungsform ablehnten, sahen meistens keine persönliche Notwendigkeit und keinen Bedarf zur Teilnahme. Darüber hinaus hinderte eine nicht ausreichende Verständigungsmöglichkeit oder das Empfinden, dass die Anamnese zu persönlich und intim war, einige Familien an der Teilnahme. Wenn die Teilnahme an KID-PROTEKT abgelehnt wurde, wurde in 45% der Fälle das gesamte Angebot abgelehnt und nicht nur einzelne Bestandteile.

Übertragbarkeit der Ergebnisse.

Die Interview-Stichprobe der Teilnehmer:innen von KID-PROTEKT ist in den meisten soziodemographischen Variablen vergleichbar mit den Angaben aus dem Datenreport des Statistischen Bundesamtes und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Destatis, WZB, 2021). In der Substichprobe der Interview-Teilnehmer:innen ist der Anteil an alleinerziehenden Teilnehmer:innen geringer und der Bildungsgrad höher als in der Gesamtbevölkerung. Diese Selektionseffekte sind bei der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien (hier: Interviewteilnahmen nach schriftlicher Einverständniserklärung) häufig zu finden (Geddes, 1990).

Subgruppenanalysen zeigen, dass schwache, signifikante Unterschiede zwischen Praxisart, Praxisgröße und Einzugsgebiet bei der Weiterleitungsquote und der Belastungsquote, nicht jedoch der Inanspruchnahmequote bestehen. Die Randomisierung der Praxen erfolgte zwar unter Berücksichtigung verschiedener Strukturmerkmale wie Größe und Einzugsgebiet, durch die Auswahl der rekrutierten Praxen konnten jedoch nicht alle Kategorien genau gleich für alle Studienarme besetzt werden. Außerdem konnten möglicherweise relevante Strukturmerkmale, wie die Lage in einem sozialen Brennpunkt, nicht berücksichtigt werden.

In den inferenzstatistischen Modellprüfungen wurde die Variable Praxisart kontrolliert und mögliche konfundierende Effekte der Praxisgröße und Einzugsgebiet offensichtlich aufgrund der Clusterrandomisierung abgeschwächt. Es ist daher uneingeschränkt von einer Übertragbarkeit der Ergebnisse des Vorhabens auf die Versorgungsrealität auszugehen.

Limitationen.

Es wurde mit erhöhtem methodischen Aufwand ein naturalistischer Studienzugang für die Teilnehmerrekrutierung gewählt. Belasteten Familien sollte es so ermöglicht werden, möglichst niedrigschwellig und auch ohne Teilnahme an der Evaluation eine adäquate Versorgung zu erhalten. Die Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme erfolgte daher erst nach dem Orientierenden Gespräch. Aus Gründen des Datenschutzes bei Ansprache der Familien ohne schriftlichem Einverständniserklärung konnten daher nur wenige soziodemografische Variablen erhoben werden. Für die Gesamtstichprobe sind in Folge nur wenige soziodemografische Merkmale bekannt. Dass das Einverständnis zur Studienteilnahme in Absprache mit dem verantwortlichen Datenschutzbeauftragten erst zum Zeitpunkt des Orientierenden Gesprächs eingeholt wurde, führte zwar dazu, dass einige Variablen lediglich an Substichproben erhoben werden konnten.

Auch erfolgte die Erfassung der Inanspruchnahme bei einer Teilstichprobe der weitergeleiteten Familien, da nicht alle weitergeleiteten Familien einer Teilnahme an der telefonischen Befragung zustimmten oder erreichbar waren. Die Prä-Post Messung der sekundären Outcomes erfolgte entsprechend an einer Teilstichprobe von Familien, die ihr Einverständnis zur telefonischen Kontaktierung gaben.

Insgesamt konnte so jedoch eine maximal realitätsnahe Teilnahmerate für die Versorgungsform selbst ermittelt werden. Potentielle Stichprobenbias aufgrund der expliziten Einverständniserklärung zur Studienteilnahme wurden im Nachgang ermittelt und im Zuge der Datenanalysen, wie beispielsweise bei der inferenzstatistischen Prüfung der Inanspruchnahme, interpretiert.

Als Limitation ist darüber hinaus zu nennen, dass die Belastungsmessung anhand des noch nicht validierten KID-PROTEKT-Anhaltsbogens erfolgte, dessen Vorgängermodell „Wilhelm“ allerdings validiert vorliegt (Kolodziej, 2019). Eine psychometrische Testung bei Screeningverfahren ist gemeinhin nicht üblich/erforderlich und beschränkt sich, wie im Falle des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens, auf die Inhalts- und Konstruktvalidierung – für Risikoinventare zu psychosozialen Belastungen im Praxisalltag ist selbst diese Prüfung oft nicht gegeben.

Die partizipative Entwicklung des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens mit Unterstützung des Nutzer:innenbeirats führte dazu, dass die Belastungskategorien wenig differenziert und stark kategorisiert abgefragt wurden, um so Effekte durch sozial erwünschtes Antwortverhalten oder aus Schamgefühl möglichst zu vermeiden. Eine differenzierte Angabe der Belastungsgründe auf Grundlage des KID-PROTEKT-Anhaltsbogens war damit nicht möglich. Diese sowie die Belastungsintensität gehen ausschließlich aus der Dokumentation des Orientierenden Gesprächs (QT, ST) hervor und liegen damit für die Regelversorgung (TAU) nicht vor. Die Vergleichbarkeit der Kategorien: nicht/wenig belastet und intensiv belastet war daher zwischen der Kontroll- und den Interventionsbedingungen nicht gegeben.

Gleichermaßen wichen die Datenerhebungen der Weiterleitungen in TAU und in der neuen Versorgungsform methodisch voneinander ab, um in der Kontrollgruppe möglichst wenige externe Einflüsse wirken zu lassen. In der Kontrollbedingung wurde daher im Rahmen der Dokumentation nicht zwischen Kontaktempfehlungen und Überleitungen unterschieden. Eine Verzerrung in Bezug auf das Outcome Weiterleitungsquote ergab sich daraus jedoch nicht.

Darüber hinaus resultierte in der Regelversorgung TAU die Kenntnis über N=54 erfolgte Weiterleitungen zu zwei Dritteln aus der ärztlichen Dokumentation und zu knapp einem Drittel aus Angaben der Familien in Interviews, da die ärztliche Dokumentation der Weiterleitungen in den teilnehmenden Praxen trotz mehrfacher Erinnerung schlecht bis gar nicht erfolgte. Es wurden daher im Verlauf des Vorhabens belastete und unbelastete Familien, die Ihr Einverständnis erklärten und in der Regelversorgung betreut wurden, telefonisch um Angabe gebeten, ob sie eine Weiterleitung erhalten haben, um die Weiterleitungsquote auch im TAU-Studienarm empirisch ermitteln zu können.

Gesamtfazit der Evaluation KID-PROTEKT.

In der Regelversorgung der Frauen- und Kinderarztpraxen wurde nur ein geringer Anteil belasteter Familien in Hilfsangebote weitergeleitet. In Einzelfällen kam es zu Kontaktempfehlungen.

Die neue Versorgungsform setzt eine systematische Belastungsanamnese für alle Familien ein, die praktikabel aus Sicht der MFKs und Ärzt:innen ist und von den Eltern akzeptiert wird. Das Belastungsscreening dient als Gesprächsanlass für das Orientierende Gespräch zwischen dem qualifizierten Praxispersonal und den Familien, welches eine hohe Akzeptanz findet, innerhalb der Praxisräume in wenigen Minuten durchgeführt werden kann und damit auch als praktikabel bewertet wird.

Die neue Versorgungsform zeigt sich damit effektiver als die Regelversorgung, um unterstützungsbedürftige Familien ins Hilfesystem zu geleiten.

Die Varianten QT und ST unterscheiden sich hinsichtlich der Art der Weiterleitungen, da die MFKs/Ärzt:innen ohne Babylots:innen-Unterstützung (QT) zu 95% Kontaktempfehlungen gaben. Die Weiterleitung der belasteten Familien ins Hilfesystem wurde als schwieriger bewertet als in den Praxen mit einer Lotsensprechstunde. Im ST-Studienarm wurde in 79% der Fälle eine direkte Überleitung durchgeführt und damit 16-mal so oft Familien aktiv bei der Kontaktaufnahme mit Hilfsangeboten unterstützt. Das Praxispersonal bewertet in dieser Versorgungsform die Weiterleitungen als gut umsetzbar, was auf die Nutzung der Lotsensprechstunde zurückzuführen ist.

Auch hinsichtlich der Inanspruchnahmerate der Unterstützungsangebote unterscheiden sich die Varianten der neuen Versorgungsform: Im Supported Treatment (mit Lotsensprechstunde) liegt die Inanspruchnahmerate mit 38% mehr als doppelt so hoch wie im Qualified Treatment. Insbesondere intensiv belastete Familien benötigen eine aktive Überleitung statt einer einfachen Kontaktempfehlung, um im Hilfesystem Angebote in Anspruch nehmen zu können. Die aktive Begleitung/Überleitung intensiv belasteter Familien mit komplexen Problemlagen wird seitens der Praxen in der Regelversorgung wie auch im Qualified Treatment als schwierig bewertet. Eine Fallübernahme seitens der Lots:innen oder eine Kurzberatung zum komplexen Fall mit der Lots:in führte im Supported Treatment zu mehr aktiven Überleitungen und höherer Inanspruchnahme.

Empfehlungen.

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

Die Ergebnisse der KID-PROTEKT Evaluation sind eindeutig und evident im Hinblick auf die mangelhafte Unterstützung belasteter Familien in der aktuellen Regelversorgung der ambulanten Gynäkologie und Pädiatrie. Dabei ist verstärkend anzunehmen, dass die Ärzt:innen, die sich zur Teilnahme an KID-PROTEKT freiwillig bereit erklärten, bereits selektiv positiv zugunsten der psychosozialen Beratung eingestellt sind – auch in der Kontrollbedingung.

Die Regelversorgung in Frauenarzt- und Kinder- und Jugendarztpraxen sollte entsprechend um systematische psychosoziale Belastungsanamnesen durch qualifiziertes Praxispersonal erweitert werden, um die gesetzlichen Anforderungen des Präventionsgesetzes bestmöglich zu erfüllen.

Akronym: KID-PROTEKT
Förderkennzeichen: 01NVF17027

In Praxen mit einem hohen Anteil psychosozial belasteter Familien sollten (sozial-)pädagogische Fachkräfte die Praxisteams bei der Weiterleitung von komplex und intensiv belasteten Familien durch das Angebot von Lotsensprechstunden unterstützen, damit Überleitungen ins Hilfesystem sicher gelingen können.

5. Literaturverzeichnis

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7. Aufl.). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bundesärztekammer. (2008). *Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management*. Berlin: Bundesärztekammer.
- Chudzicka-Czupafa, A. & Zalewska-Lunkiewicz, K. (2020). Subjective well-being, general self-efficacy and coping with stress in former psychiatric patients preparing for the peer support role: an exploratory study. *Health Qual Life Outcomes* 18, 98. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01348-6>
- Dahmen, B., Konrad, K., Jahnen, L., Herpertz-Dahlmann, B. & Firk, C. (2019). Psychische Gesundheit von Teenagermüttern: Auswirkungen auf die nächste Generation. *Nervenarzt* 90, 243–250. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0661-7>
- Destatis, WZB (2021). Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: BpB, Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen 15. Juli 2021 von <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/Datenreport2021/datenreport2021-uebersicht.html>
- 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.
- Eickhorst, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Neumann, A., Schreier, A., Renner, I. & Sann, A. (2015). Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland–KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern: Studiendesign und analysepotential. *Soziale Passagen*, 7(2), 381–387. <https://doi.org/10.1007/s12592-015-0212-z>
- 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>
- Fernández-Valera, M.-M., Soler-Sánchez, M.-I., García-Izquierdo, M. & Meseguer de Pedro, M. (2019). Personal psychological resources, resilience and self-efficacy and their relationship with psychological distress in situations of unemployment. *International Journal of Social Psychology*, 34(2), 331–353. <https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1583513>
- Finis Siegler, B. (1997). *Ökonomik Sozialer Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T. & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babylose-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. *BMC Health Serv Res* 10, 112. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-112>
- Friedmann A. & Mall V. (2016). Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen. In: Mall V., Friedmann A. *Frühe Hilfen in der Pädiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_7
- Friedmann, A. K. (2019). Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Die Evaluation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung anhand

- eines Instruments zur Entscheidungsfindung (Disseration, Technische Universität München).
- Gebhardt, B. (2013). Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen: ZEFIR-Forschungsbericht 2. Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR), Ruhr-Universität Bochum (RUB).
- Geeraert, 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>
- Geddes, B. (1990). How the Cases You Choose Affect the Answers You Get: Selection Bias in Comparative Politics, *Political Analysis*, 1, S. 131–150.
- 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
- Gödecke, M. (2021). Bachelorarbeit, Gesundheitswissenschaften: Selbst- und Fremdeinschätzung von psychosozialen Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf – eine quantitative Studie in pädiatrischen und gynäkologischen Praxen.
- Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., Roth, B. & Schmid, M. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25(2), 89–99.
- Heinrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM): 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.
- Hollingsworth, L. D. (2004). Child custody loss among women with persistent severe mental illness. *Social Work Research*, 28(4), 199–209.
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073-1079.
- Kleinert, L. & Barth, M. (2015). Elternbeteiligung bei der Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs in der Pädiatrie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(2), 186–191. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0480-z>
- Kroenke K. & Spitzer R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals* 32(9), 509–21. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3928/0048-5713-20020901-06>

- 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), 774–788c.
- Kölch, M. & Schmid, M. (2014). Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. *Kinder psychisch kranker Eltern – Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 123–141). Weinheim: Beltz/Juventa.
- Kolodziej, D. (2019). Validierung eines Risikoinventars zur Einschätzung des elterlichen Unterstützungsbedarfs in der stationären Geburtshilfe. Unveröffentlichte Masterarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Bielefeld.
- 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* 3(1), 114–133. Berlin: Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-016>
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Sann, A. & Liel, C. (2020). Self-Reported Psychosocial Stress in Parents with Small Children. *Deutsches Ärzteblatt international*, 117(42), 709–716. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0709>
- Luszczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/JRPL.139.5.439-457>
- Meier-Gräwe, U. (2014). Kosten-Nutzen-Analyse im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte: "Perspektiven für Familien" (Nürnberg) und "TANDEM" (Fürth). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Metzner, F., Siefert, S. & Pawils, S. (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen: Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Befragung von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(2), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2495-4>
- Metzner, F. & Pawils, S. (2021). Väterliche Risiko- und Schutzfaktoren für Kindeswohlgefährdung und ihre Berücksichtigung in den deutschlandweit eingesetzten Risikoinventaren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(2), 98–114. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000094>
- Mutterschafts-Richtlinien. (2020). Gemeinsamer Bundesausschuss. Abgerufen 12. August 2021 von <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/>
- Naab, S., Kunkel, J., Fumi, M. & Voderholzer, U. (2017). Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Störungen im Jugendalter. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, 18(5), 26–32. <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1674-y>
- 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/>
- Nicolson, R. I. & Fawcett, A. J. (2007). Procedural learning difficulties: reuniting the developmental disorders? *TRENDS in Neurosciences*, 30(4), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2007.02.003>
- 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>
- Pollmann-Schult, M. (2013). Elternschaft und Lebenszufriedenheit in Deutschland. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 38(1), 59–84.

- Reim, J. (2021). Inanspruchnahme von Beratungs- und sonstigen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kinder. In: Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Eltern sein in Deutschland*. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut. <https://doi.org/10.36189/DJI232021>
- Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. *Gesundheitspsychologie*. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055.
- Rommel, A. & Prütz, F. (2017). Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 101–108. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-118>
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Schaunig-Busch, I., Klein, M. & Thomasius, R. (2013). Präventive Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Suchttherapie*, 14(1), 22–28.
- Schöffski O. (2008) Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen. In: Schöffski O., v. d. Schulenburg J.M.G. *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-49559-8_5
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40(2), 105–123.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik, 44. Beiheft: *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, 28–53. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. <https://doi.org/10.25656/01:3930>
- Thünen-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei (2019). Thünen-Landatlas. Abgerufen 20. Februar 2019 von <https://karten.landatlas.de/app/landatlas/>
- Šuljić, P., Sorta-Bilajac Turina, I., Sesar, Z., Šuljić, U., Dzakula, A., Bilajac, L., Vitale, K. & Mićović, V. (2018). Health status, lifestyle, use of health services, social capital and life satisfaction as predictors of mental health-comparative analysis of women that receive and do not receive public assistance in Croatia. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 421–432. <https://doi.org/10.24869/2018.421>
- Zangemeister, C. (2014). *Nutzwertanalyse in der Systemtechnik: Eine Methodik zur multidimensionalen Bewertung und Auswahl von Projektalternativen* (5. Aufl.). Norderstedt: Zangemeister & Partner.

6. Anhang

-

7. Anlagen

Anlage 1: Übersicht Erhebungsinstrumente

Anlage 2: Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs (Gynäkologie)

Anlage 3: Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs (Pädiatrie)

Anlage 4: Dokumentationsbogen der Babylotsensprechstunde

Anlage 5: Dokumentationsbogen Fallbesprechung & Kurzberatung

Anlage 6: Strukturbogen gynäkologische Praxis T0

Anlage 7: Strukturbogen pädiatrische Praxis T0

Anlage 8: Strukturbogen gynäkologische Praxis T1

Anlage 9: Strukturbogen pädiatrische Praxis T1

Anlage 10: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern (Qualified Treatment)

Anlage 11: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern (Supported Treatment)

Anlage 12: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern (Treatment as usual)

Anlage 13: Interviewleitfaden zur Befragung der MFks/Ärzt:innen (Qualified Treatment)

Anlage 14: Interviewleitfaden zur Befragung der MFks/Ärzt:innen (Supported Treatment)

Anlage 15: Interviewleitfaden zur Befragung der MFks/Ärzt:innen (Treatment as usual)

Anlage 16: Interviewleitfaden zur Befragung der Babylots:innen

Anlage 17: KID-PROTEKT Online-Befragung

Anlage 18: Nicht-Teilnahme-Karte (Qualified Treatment)

Anlage 19: Nicht-Teilnahme-Karte (Supported Treatment)

Anlage 20: Nicht-Teilnahme-Karte (Treatment as usual)

Anlage 21: Dokumentation Aufklärungsgespräche

Anlage 22: Dokumentation Weiterleitungen

Anlage 23: Auswertungsschema KID-PROTEKT Anhaltsbogen (Gynäkologie)

Anlage 24: Auswertungsschema KID-PROTEKT Anhaltsbogen (Pädiatrie)

Anlage 1: Übersicht Erhebungsinstrumente

Setting	Erhebungsinstrument	Referenz
Arztpraxis	KID-PROTEKT-Anhaltsbogen	Kapitel 2.6.1
	Dokumentation Weiterleitungen	Kapitel 2.6.2
	Dokumentationsbogen des Orientierenden Gespräch	Kapitel 2.6.3
	Dokumentationsbogen der Babylotsensprechstunde	Kapitel 2.6.4
	Dokumentationsbogen Fallbesprechung & Kurzberatung	Kapitel 2.6.5
Interviews	Akzeptanz und Machbarkeit: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern	Kapitel 2.6.6
	Akzeptanz und Machbarkeit: Interviewleitfaden zur Befragung der MFKs/Ärzt:innen	Kapitel 2.6.7
	Akzeptanz und Machbarkeit: Interviewleitfaden zur Befragung der Babylots:innen	Kapitel 2.6.8
	KID-PROTEKT Online-Befragung	Kapitel 2.6.9
	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ ^M)	
	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	
	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	
Sonstige	Nicht-Teilnahme-Karten	Kapitel 2.6.10
	Dokumentation Aufklärungsgespräch	

Anlage 2: Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs (Gynäkologie)

Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch (gynäkologische Praxis)

Datum des Orientierenden Gesprächs:	_____	Dauer:	_____ Minuten
Das Gespräch wurde geführt:	Wo? <input type="checkbox"/> in der Praxis <input type="checkbox"/> am Telefon	Von wem? <input type="checkbox"/> MFA <input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt	

Anlass des Gesprächs (Bitte nur eine Antwortmöglichkeit auswählen)

- Ergebnis KID-PROTEKT-Fragebogen
- Persönlicher Eindruck MFA / Ärztin / Arzt
- Folgegespräch
- Patientin hat selbst nach Unterstützung gefragt, Grund:

Im Orientierenden Gespräch thematisierte Art der Belastung (Mehrfachauswahl möglich)

- Alltagsbewältigung
- Partnerschaft
- Lebenssituation
- Schwangerschaft und Geburt
- Kinder und Erziehung
- Sonstiges: _____

Einschätzung der Belastung

- Sehr hoch
 Hoch
 Mittel
 Gering
 Sehr gering

Einschätzung des Unterstützungsbedarfs

- Unterstützungsbedarf vorhanden, und zwar
 - Sehr hoch
 - Hoch
 - Mittel
 - Gering
 - Sehr gering
- Kein Unterstützungsbedarf zu erkennen

Ist eine Weiterleitung erfolgt?

- Ja
 - Nein, weil
 - Patientin möchte keine Unterstützung
 - Patientin ist abgesichert durch familiäres / soziales Netzwerk oder professionelle Unterstützung
 - Sonstiges: _____
- Wenn „Ja“, bitte weiter auf nächster Seite**



**Nur auszufüllen, wenn:
„Ist eine Weiterleitung erfolgt?“ mit „Ja“ beantwortet wurde.**

Eine Kontaktempfehlung zu folgender/n Einrichtung/en wurde gegeben:

und / oder

Eine Überleitung zu folgender/n Einrichtung/en hat stattgefunden:

(Bitte spezifizieren Sie, was mit der Patientin vereinbart wurde)

1. Überleitung an: _____
 - Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert; Patientin meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung
 - Kontaktdaten der Patientin wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Patientin
 - Praxis vereinbart für die Patientin einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

2. Überleitung an: _____
 - Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert; Patientin meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung
 - Kontaktdaten der Patientin wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Patientin
 - Praxis vereinbart für die Patientin einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

3. Überleitung an: _____
 - Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert; Patientin meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung
 - Kontaktdaten der Patientin wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Patientin
 - Praxis vereinbart für die Patientin einen Termin bei der vermittelten Einrichtung



Anlage 3: Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs (Pädiatrie)



Studien-ID

Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch (pädiatrische Praxis)

Datum des Orientierenden Gesprächs:	_____	Dauer:	_____ Minuten
Das Gespräch wurde geführt:	Wo?	Von wem?	
	<input type="checkbox"/> in der Praxis <input type="checkbox"/> am Telefon	<input type="checkbox"/> MFA <input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt	

Anlass des Gesprächs (Bitte nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit auswählen)				
<input type="checkbox"/> Ergebnis KID-PROTEKT-Fragebogen <input type="checkbox"/> Persönlicher Eindruck MFA / Ärztin / Arzt <input type="checkbox"/> Folgegespräch <input type="checkbox"/> Familie hat selbst nach Unterstützung gefragt, Grund: _____				
Im Orientierenden Gespräch thematisierte Art der Belastung (Mehrfachauswahl möglich)				
<input type="checkbox"/> Alltagsbewältigung <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenssituation <input type="checkbox"/> Schwangerschaft und Geburt <input type="checkbox"/> Kinder und Erziehung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				
Einschätzung der Belastung				
<input type="checkbox"/> Sehr hoch <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Sehr gering				
Einschätzung des Unterstützungsbedarfs				
<input type="checkbox"/> Unterstützungsbedarf vorhanden, und zwar <input type="checkbox"/> Sehr hoch <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Sehr gering				
Ist eine Weiterleitung erfolgt?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil				
Wenn „Ja“, bitte weiter auf nächster Seite				
<input type="checkbox"/> Familie möchte keine Unterstützung <input type="checkbox"/> Familie ist abgesichert durch familiäres / soziales Netzwerk oder professionelle Unterstützung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				



Nur auszufüllen, wenn:
„Ist eine Weiterleitung erfolgt?“ mit „Ja“ beantwortet wurde.

Eine Kontaktempfehlung zu folgender/n Einrichtung/en wurde gegeben:

und / oder

Eine Überleitung zu folgender/n Einrichtung/en hat stattgefunden:

(Bitte spezifizieren Sie, was mit der Familie vereinbart wurde)

1. Überleitung an:

- Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert; Familie meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung
- Kontaktdaten der Familie wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Familie
- Praxis vereinbart für die Familie einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

2. Überleitung an:

- Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert; Familie meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung
- Kontaktdaten der Familie wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Familie
- Praxis vereinbart für die Familie einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

3. Überleitung an:

- Einrichtung wurde von Praxis vorinformiert; Familie meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung
- Kontaktdaten der Familie wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Familie
- Praxis vereinbart für die Familie einen Termin bei der vermittelten Einrichtung



Anlage 4: Dokumentationsbogen der Babylotsensprechstunde

Studien-ID

Falldokumentation Babylotse (bei Fallabschluss auszufüllen)

Falldauer:	_____ Minuten
Anzahl der Fallbesprechungen:	

Kontaktaufnahme	
<input type="checkbox"/> Vor der Geburt	<input type="checkbox"/> Nach der Geburt
Grund der Kontaktaufnahme (nur ein Kreuz setzen)	
<input type="checkbox"/> Meldung durch MFA nach orientierendem Gespräch	
<input type="checkbox"/> Touchpoint	
<input type="checkbox"/> Direktmeldung	
<input type="checkbox"/> Selbstmelder*in	
Ggfs. zusätzlich ankreuzen:	
<input type="checkbox"/> Kein Bedarf aus Sicht der Familie	
Kontaktabbruch	
<input type="checkbox"/> Kein Kontakt erfolgt	
<input type="checkbox"/> Kontaktabbruch durch Familie vor Clearing	

Ort des Clearings				
<input type="checkbox"/> Lotsensprechstunde	<input type="checkbox"/> Telefonisch			
<input type="checkbox"/> Babylotsen-Büro	<input type="checkbox"/> Anderer Ort			
<input type="checkbox"/> Hausbesuch				
Begründung wenn das Clearing nicht in der Lotsensprechstunde stattfand:				
<input type="checkbox"/> Lotsensprechstunde voll				
<input type="checkbox"/> Termin in Sprechstunde für Familie nicht möglich				
<input type="checkbox"/> Intensiver Unterstützungsbedarf				
<input type="checkbox"/> Konkretes Anliegen, kein Bedarf für ausführliches Clearing				
<input type="checkbox"/> Sonstiges				
Einschätzung der <u>Belastungssituation</u> zum Zeitpunkt des Clearings				
<input type="checkbox"/> Sehr hoch	<input type="checkbox"/> Hoch	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Gering	<input type="checkbox"/> Sehr gering

Einschätzung des Unterstützungsbedarfs zum Zeitpunkt des Clearings

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsbedarf vorhanden, und zwar | <input type="checkbox"/> Kein Unterstützungsbedarf zu erkennen |
| <input type="checkbox"/> Sehr hoch | <input type="checkbox"/> Kein Bedarf aus Sicht der Familie |
| <input type="checkbox"/> Hoch | <input type="checkbox"/> Kein Bedarf aus Sicht der Babylotsen |
| <input type="checkbox"/> Mittel | <input type="checkbox"/> Kein Bedarf aus Sicht der Familie und der Babylotsen |
| <input type="checkbox"/> Gering | |
| <input type="checkbox"/> Sehr gering | |

Einschätzung der Fallkategorie zum Zeitpunkt des Clearings (nur eine Nennung)

- Beratung
- Kurzfall
- Intensivfall
- Psychosoziale Kurzintervention

Ergebnis bei Fallabschluss (nur eine Nennung)

- Beratung
- Kurzfall
- Intensivfall
- Psychosoziale Kurzintervention

Ggts. zusätzlich ankreuzen:

- Kontaktabbruch durch Familie im Fallverlauf

Handelte es sich um eine aufsuchende Hilfe (d.h. außerhalb der Arztpraxis und des Hammer Steindamms)?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Bearbeitete Themen (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alltagsstrukturierung | <input type="checkbox"/> Erziehungsfragen |
| <input type="checkbox"/> Erweiterung / Aktivierung des persönlichen Netzwerkes | <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Beziehung |
| <input type="checkbox"/> Psychische / emotionale Belastungen der Eltern | <input type="checkbox"/> Finanzielle Angelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Abhängigkeitsbedingte Belastungen der Eltern | <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Partnerkonflikte | <input type="checkbox"/> Melderecht |
| <input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitung und -nachsorge | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Versorgung des Kindes und Geschwisterkinder | <input type="checkbox"/> Migration |
| <input type="checkbox"/> Frühgeborene / Behinderung oder Erkrankung des Kindes | <input type="checkbox"/> Koordination der am Fall Beteiligten |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Versorgung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Gab es im Verlauf Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung?

- Ja Nein
- Bestätigten sich im Fallverlauf die Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung?
- Ja
 Nein

Ist eine Überleitung durch Babylotsen an den ASD erfolgt?

- Ja Nein

Ist eine Weiterleitung erfolgt?

- Ja Nein, weil
- Wenn „Ja“, bitte weiter auf der nächsten Seite
- Patientin / Familie möchte keine Unterstützung
 Patientin / Familie ist abgesichert durch familiäres / soziales Netzwerk oder professionelle Unterstützung
 Sonstiges: _____

Eine Kontaktempfehlung zu folgender/n Einrichtung/en wurde gegeben:

Eine Überleitung zu folgender/n Einrichtung/en hat stattgefunden:

1. Überleitung an: _____

 1. Wahl 2. Wahl 3. Wahl 4. Wahl

Einrichtung wurde von Babylotsin vorinformiert; Patientin meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung

Kontaktdaten der Patientin wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Patientin

Babylotsin vereinbart für die Patientin einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

Gründe für die Alternativwahl (ab 2. Wahl)

Wegen mangelnder Ressourcen beim Überleitungspartner der 1. Wahl

Vorher gewählte(r) Überleitungspartner nicht zeitnah erreicht

Zu lange Wartezeit bei sonstigen/m Überleitungspartner

Sonstiges: _____

Institution(en) der vorherigen Wahl: _____

2. Überleitung an: _____

 1. Wahl 2. Wahl 3. Wahl 4. Wahl

Einrichtung wurde von Babylotsin vorinformiert; Patientin meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung

Kontaktdaten der Patientin wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Patientin

Babylotsin vereinbart für die Patientin einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

Gründe für die Alternativwahl (ab 2. Wahl)

Wegen mangelnder Ressourcen beim Überleitungspartner der 1. Wahl

Vorher gewählte(r) Überleitungspartner nicht zeitnah erreicht

Zu lange Wartezeit bei sonstigen/m Überleitungspartner

Sonstiges: _____

Institution(en) der vorherigen Wahl: _____

3. Überleitung an: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Wahl	2. Wahl	3. Wahl	4. Wahl

Einrichtung wurde von Babylotsin vorinformiert; Patientin meldet sich dort zwecks Terminvereinbarung

Kontaktdaten der Patientin wurden an Einrichtung übermittelt, diese meldet sich bei der Patientin

Babylotsin vereinbart für die Patientin einen Termin bei der vermittelten Einrichtung

Gründe für die Alternativwahl (ab 2. Wahl)

Wegen mangelnder Ressourcen beim Überleitungspartner der 1. Wahl

Vorher gewählte(r) Überleitungspartner nicht zeitnah erreicht

Zu lange Wartezeit bei sonstigen/m Überleitungspartner

Sonstiges: _____

Institution(en) der vorherigen Wahl: _____

Anlage 5: Dokumentationsbogen Fallbesprechung & Kurzberatung



Studien-ID

Fallbesprechung / Kurzberatung	
Datum: _____	Dauer: _____
Praxis ID: _____	
Anzahl Fallbesprechungen: _____	
Anzahl Kurzberatungen: _____	
<input type="checkbox"/> MFA	<input type="checkbox"/> Ärzt*in
<input type="checkbox"/> Telefonisch	<input type="checkbox"/> Persönlich
Themen	
<input type="checkbox"/> Vernetzung	<input type="checkbox"/> Reflexion von Ansprache und Motivation
<input type="checkbox"/> Festigung und Erweiterung der Gesprächsführungskompetenz	<input type="checkbox"/> Reflexion der eigenen Haltung und Grenzen
<input type="checkbox"/> Rückmeldung der Babylotsin	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Angebot hat nicht stattgefunden, weil ...	
<input type="checkbox"/> Kein Anliegen von Babylotsin/MFA	<input type="checkbox"/> Zeitmangel seitens Praxis
<input type="checkbox"/> Kein Raum verfügbar	<input type="checkbox"/> Zeitmangel seitens Babylotsin



Anlage 6: Strukturbogen gynäkologische Praxis T0

Schwangere	Jahreswert 2018
Anzahl* (Berechnungsgrundlage: _____):	
HBsAg-Screenings gemäß Laborabrechnung (Anzahl):	
Privatpatientinnen (geschätzter Anteil in %):	

* Bitte geben Sie an, welche Berechnungsgrundlage Sie gewählt haben. Als Vergleichswert geben Sie bitte auch die Anzahl HBsAg-Screenings an.

Welche Fremdsprachen führen im Praxisalltag häufig zu Verständigungsproblemen?

Sprache	Patientenanteil (Schätzwert in %)

Psychosoziale Beratung und Kooperationen

Psychosoziale Themen spielen in unserer Beratung eine Rolle.

- nein ja, und zwar folgende Themen:

Wir kooperieren mit oder engagieren uns in sozialen Einrichtungen/Diensten oder Qualitätszirkeln/Netzwerken.

- nein ja, und zwar:

Wir haben ein Verfahren zur Weiterleitung von Familien in Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendhilfe.

- nein ja

Wir führen eine Liste lokaler Unterstützungsangebote für Familien.

- nein ja

Haben Familien Unterstützungsbedarf,

wenden wir uns an: _____

untersuchen wir: _____

Von der Kooperation mit den Frühen Hilfen/der Jugendhilfe wünschen wir uns:

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Anlage 7: Strukturbogen pädiatrische Praxis T0



Strukturbogen - Hauptstandort
Pädiatrisches Studienzentrum

Patienten 0-12 Monate	2018	Vorsorgeuntersuchungen	2018
Anzahl		U2 (Anzahl)	
Anteil Privatpatienten (%)		U3 (Anzahl)	
		U4 (Anzahl)	
		U5 (Anzahl)	
		U6 (Anzahl)	

Welche Fremdsprachen führen im Praxisalltag häufig zu Verständigungsproblemen?

Sprache	Patientenanteil (Schätzwert in %)

Psychosoziale Beratung und Kooperationen

Psychosoziale Themen spielen in unserer Beratung eine Rolle.

- nein ja, und zwar folgende Themen:

Wir kooperieren mit oder engagieren uns in sozialen Einrichtungen/Diensten oder Qualitätszirkeln/Netzwerken.

- nein ja, und zwar:

Wir haben ein Verfahren zur Weiterleitung von Familien in Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendhilfe.

- nein ja

Wir führen eine Liste lokaler Unterstützungsangebote für Familien.

- nein ja

Haben Familien Unterstützungsbedarf,

wenden wir uns an:

unternehmen wir:

Von der Kooperation mit den Frühen Hilfen/der Jugendhilfe wünschen wir uns:

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Anlage 8: Strukturbogen gynäkologische Praxis T1



Strukturbogen zum Ende der Datenerhebung
Gynäkologische Praxis

Bitte teilen Sie uns die folgenden Kennzahlen basierend auf den Abrechnungsdaten Ihrer Praxis mit:

Grundgesamtheit Schwangere / Wöchnerinnen

		Anzahl
Anzahl Diagnosen „Feststellung einer Schwangerschaft“ (ICD Z32) im Zeitraum	01.01.2019 – 31.08.2019	
	01.09.2019 – 28.02.2021	
Anzahl „Untersuchung und Beratung der Wöchnerin“ (EBM-Ziffer 01815) im Zeitraum 01.09.2019 – 28.02.2021		

Bitte geben Sie uns eine Einschätzung zur Kassenzugehörigkeit Ihrer schwangeren Patientinnen:

Krankenkassenzugehörigkeit

Gesetzlich Versicherte	Patientenanteil (Schätzwert in %)
Anteil gesetzlich Versicherte gesamt	
Verteilung auf Kassen:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Bitte teilen Sie uns den aktuellen Stand (Februar 2021) bezogen auf Ihr Netzwerk mit:

Psychosoziale Beratung und Kooperationen

Wir kooperieren mit oder engagieren uns in sozialen Einrichtungen/Diensten oder Qualitätszirkeln/Netzwerken. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____
Wir haben ein Verfahren zur Weiterleitung von Familien in Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendhilfe. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wir führen eine Liste lokaler Unterstützungsangebote für Familien. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Familien Unterstützungsbedarf, wenden wir uns an: _____
unternehmen wir: _____
Von der Kooperation mit den Frühen Hilfen/der Jugendhilfe wünschen wir uns: _____

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Anlage 9: Strukturbogen pädiatrische Praxis T1



Strukturbogen zum Ende der Datenerhebung
Pädiatrische Praxis

**Nur auszufüllen, wenn sich seit Projektbeginn Änderungen ergeben haben
Praxis (Hauptstandort)**

Praxisname	_____
Straße, Hausnummer	_____
PLZ, Ort	_____
Praxisinhaber/innen bzw. Praxisträger	_____
Es handelt sich um	
<input type="checkbox"/> eine Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> eine Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> eine Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/> ein Medizinisches Versorgungszentrum
Anzahl Kassensitze: _____	Anzahl weiterer Standorte: _____

Bitte teilen Sie uns den aktuellen Personalstand (Februar 2021) mit:

Praxispersonal	Anzahl	davon in Vollzeit
Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin:		
Medizinische Fachangestellte:		
Hebamme:		
(Kinder-)Krankenschwester:		
Sonstige:		

Zusatzqualifikationen	Anzahl	davon in Vollzeit
Praxismanager/in:		
Familienhebamme:		
FGKIKP:		
Sonstige:		

Nur bei einem Wechsel der Projektverantwortlichkeiten auszufüllen

Projektverantwortliche / Kontaktdaten bei Projektende

Arzt/Ärztin (Name):	_____	
E-Mail:	_____	Telefon: _____
MFA (Name):	_____	
E-Mail:	_____	Telefon: _____
Vertretung (Name):	_____	
E-Mail:	_____	Telefon: _____

Bitte teilen Sie uns die folgenden Kennzahlen basierend auf den Abrechnungsdaten Ihrer Praxis mit:

Vorsorgeuntersuchungen im Zeitraum 01.09.2019 – 28.02.2021

Untersuchung	Anzahl (01.09.2019-28.02.2021)
U2	
U3	
U4	
U5	
U6	

Bitte geben Sie uns eine Einschätzung zur Kassenzugehörigkeit Ihrer schwangeren Patientinnen:

Krankenkassenzugehörigkeit

Gesetzlich Versicherte	Patientenanteil (Schätzwert in %)
Anteil gesetzlich Versicherte gesamt	
Verteilung auf Kassen:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Bitte teilen Sie uns den aktuellen Stand (Februar 2021) bezogen auf Ihr Netzwerk mit: Psychosoziale Beratung und Kooperationen

Wir kooperieren mit oder engagieren uns in sozialen Einrichtungen/Diensten oder Qualitätszirkeln/Netzwerken.

nein ja, und zwar:

Wir haben ein Verfahren zur Weiterleitung von Familien in Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen/Jugendhilfe.

nein ja

Wir führen eine Liste lokaler Unterstützungsangebote für Familien.

nein ja

Haben Familien Unterstützungsbedarf, wenden wir uns an:

unternehmen wir:

Von der Kooperation mit den Frühen Hilfen/der Jugendhilfe wünschen wir uns:

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Anlage 10: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern (Qualified Treatment)



Studien-ID:

Sosci-Code:

KID-Protekt

Interviewleitfaden zur Befragung von Eltern mit Unterstützungsbedarf Qualified Treatment

Datum des Interviews

Sprachliche Verständigungsprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiterleitung erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

Einleitung:

Guten Tag, mein Name ist XXX und ich bin Mitarbeiter/-in am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Spreche ich mit Frau/Herr XX?

Sie haben in Ihrer Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis vor kurzem einen Fragebogen vom Projekt „KID-PROTEKT“ ausgefüllt und einer Teilnahme zugestimmt. Um das Projekt bewerten und verbessern zu können, möchten wir Sie heute zu Ihrer Meinung befragen. Die Befragung dauert nur ein paar Minuten. Im Anschluss möchten wir Sie zu einer Online-Befragung einladen. Haben Sie kurz Zeit teilzunehmen?

Filterfrage: Erinnern Sie sich noch daran, dass Sie in der Kinderarztpraxis einen Fragebogen zu Kid-Protekt ausgefüllt haben? Und eventuell vom Arzt oder der medizinischen Fachangestellten darauf angesprochen wurden?

Wenn Nein: Dann würden wir Ihnen gerne einige Fragen stellen, um herauszufinden wie Familien grundsätzlich am besten von Unterstützungsangeboten profitieren. Wären Sie damit einverstanden jetzt an der Befragung teilzunehmen? [Fragebogen ab persönliche Angaben starten]

Wenn Ja: Gerne würde Ihnen dann einige Fragen zu dem Projekt stellen. [Fragebogen normal durchgehen]

Bitte vergeben Sie zu folgenden Fragen Schulnoten von 1-6 - eine 1 bedeutet dabei sehr gut und 6 sehr schlecht!

1. Wie beurteilen Sie das Vorgehen, in der Kinderarztpraxis/ Frauenarztpraxis einen Fragebogen auszufüllen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

2. Wie gut kommen Ihre Anliegen im Fragebogen zum Ausdruck?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

3. Wie verständlich finden Sie den Fragebogen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

4. Wie leicht viel Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens?

Sehr leicht	leicht	Leichte Schwierigkeiten	schwer	Nur mit Hilfe möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

5. Haben Sie mit der medizinischen Fachangestellten oder dem Arzt/der Ärztin über den Fragebogen gesprochen?

Mit MFA	Mit Arzt	Weiß nicht	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/Arzt erfolgt ist:

6. Wie hilfreich fanden Sie das Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt erfolgt ist:

7. Wie wohl haben Sie sich bei dem Gespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt gefühlt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt erfolgt ist:

8. Wie zufrieden sind mit dem Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

9. Wie zufrieden sind Sie mit dem Unterstützungsangebot, das Ihnen die medizinische Fachangestellte/der Arzt vorgeschlagen hat?


1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

10. Nehmen Sie das Unterstützungsangebot wahr?


ja	nein	noch nicht	manchmal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Anm., Verb?*

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

11. Ist es ein Unterstützungsangebot, das sich langfristig in Ihren Alltag integrieren lässt?

ja	nein	weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/ Arzt erfolgt ist:

12. Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie in Bezug auf die Beratung der medizinischen Fachangestellten/des Arztes?



Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/Arzt erfolgt ist:

13. Würden Sie sich eine weitere Betreuung durch die/den BeraterIn wünschen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------



**14. Verbesserungsvorschläge für das Projekt „KID-PROTEKT“ in der Kinderarztpraxis/
Frauenarztpraxis**



Gerne würden wir Ihnen noch weitere Fragen stellen, um herauszufinden wie Familien am besten von Unterstützungsangeboten profitieren. Sind Sie damit einverstanden?

Zunächst würden wir gerne einige persönliche Angaben erfragen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrem Namen ausgewertet werden!

Persönliche Angaben:

1. Wie alt sind Sie:

2. Welches Geschlecht haben Sie:

- Männlich Weiblich Divers

3. Was trifft auf Sie zu hinsichtlich Ihrer Partnerschaft?

Sind Sie

- In einer festen Beziehung mit dem Kindsvater/der Kindsmutter
 In einer festen Beziehung mit einem anderen Partner
 Alleinstehend
 Sonstiges:
 Keine Angabe

4. Sind Sie alleinerziehend:

- Ja
 Nein
 Sonstiges:
 Keine Angabe

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingerechnet?

Personen

6. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind jünger als 14 Jahre?

Personen

7. Welche Staatsangehörigkeiten besitzen Sie?

8. Seit wann leben Sie in Deutschland?

- Seit meiner Geburt
- Seit: zuvor:

9. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
(bei mehreren Abschlüssen, bitte nur den höchsten)

Sind Sie

- Schüler/-in und besuchen eine allgemeinbildende Schule
- von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

Haben Sie einen

- Haupt-/Volksschul-/Ersten Allgemeinen Schulabschluss (ESA)
- Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule (POS)
- Abitur, allgemeine / fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS)
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule
- Anderen Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)/Sonstiges:

10. Welche beruflichen Abschlüsse haben Sie?

Sind Sie

- noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in
- ohne Berufsabschluss und nicht in Ausbildung

Haben Sie

- eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- eine beruflich-schulischen Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
- einen Abschluss einer Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
- einen Abschluss an einer Fachhochschule, Ingenieurschule
- einen Abschluss an einer Universität oder Hochschule
- Einen anderen Ausbildungsabschluss (z.B. im Ausland erworben)/Sonstiges:

11. In welcher Erwerbssituation befinden Sie sich?

Sind Sie

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Minijob
- Gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig
- In Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung
- In einer beruflichen Ausbildung/Lehre
- Nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler/-innen, Rentner/-innen ohne Nebenverdienst)
- Sonstiges, nämlich:

12. Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

(Wenn derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, bitte die letzte berufliche Stellung)

Sind/waren Sie

- Angestellte/r
- Arbeiter/in
- Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in)
- Selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern
- Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter
- Mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)
- Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in)
- Noch nie erwerbstätig gewesen
- Sonstiges, nämlich:

Bei Angestellten oder Arbeitern: Nehmen Sie eine Führungsaufgabe wahr?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget, Strategie)
- Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen von Aufgaben)
- Nein
- Keine Angabe

13. Wir möchten in unserer Studie die Angaben aus verschiedenen Einkommensgruppen vergleichen. Es würde uns helfen, wenn Sie uns mitteilen, in welche Gruppe das monatliche Nettoeinkommen* Ihres Haushalts gehört

- Bis 1000 €
- 1000 € bis 1500 €
- 1500 € bis 2000 €
- 2000 € bis 3000 €
- 3000 € bis 4000 €
- 4000 € bis 5000 €
- Mehr als 5000 €
- Keine Angabe

Freitextfeld:

*Zum Nettoeinkommen gehört die Summe der Einkünfte aller im Haushalt lebenden Personen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben)

*Vielen Dank, dass Sie uns die bisherigen Fragen beantwortet haben – dies hilft uns sehr. Die restlichen Fragen werden durch eine kurze Online-Umfrage erhoben. Über Ihre Teilnahme daran würden wir uns freuen. Wenn Sie teilnehmen möchten, werden wir Ihnen den Link im Anschluss an dieses Telefonat und nochmal 6 Monate später schicken. Das Ausfüllen dauert jeweils nur ca. 5-10 Minuten. Dürfen wir Ihnen den Link per Mail schicken?**

*Als Dankeschön für die Teilnahme an der Online-Befragung erhalten Sie von uns einen Drogerie-Gutschein im Wert von 5€. Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir Ihnen diesen per Post zuschicken, nennen Sie uns bitte Ihre Adresse.***

*Wenn die Mail-Adresse nicht genannt wird, können wir den Link auch per Post schicken

**Die Postadresse wird ausschließlich für die Zusendung des Gutscheins und ggf. des Links genutzt, anschließend wird diese vernichtet

Anlage 11: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern (Supported Treatment)



Studien-ID:
SoSci-Code:

KID-Protekt Interviewleitfaden zur Befragung von Eltern mit Unterstützungsbedarf Supported Treatment

Datum des Interviews

Sprachliche Verständigungsprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiterleitung erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Lotsensprechstunde	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

Einleitung:

Guten Tag, mein Name ist XXX und ich bin Mitarbeiter/-in am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Spreche ich mit Frau/Herr XX?

Sie haben in Ihrer Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis vor kurzem einen Fragebogen vom Projekt „KID-PROTEKT“ ausgefüllt und einer Teilnahme zugestimmt. Um das Projekt bewerten und verbessern zu können, möchten wir Sie heute zu Ihrer Meinung befragen. Die Befragung dauert nur ein paar Minuten. Im Anschluss möchten wir Sie zu einer Online-Befragung einladen. Haben Sie kurz Zeit teilzunehmen?

Filterfrage: Erinnern Sie sich noch daran, dass Sie in der Kinderarztpraxis einen Fragebogen zu Kid-Protekt ausgefüllt haben? Und eventuell vom Arzt oder der medizinischen Fachangestellten darauf angesprochen wurden?

Wenn Nein: Dann würden wir Ihnen gerne einige Fragen stellen, um herauszufinden wie Familien grundsätzlich am besten von Unterstützungsangeboten profitieren. Wären Sie damit einverstanden jetzt an der Befragung teilzunehmen? [Fragebogen ab persönliche Angaben starten]

Wenn Ja: Gerne würde Ihnen dann einige Fragen zu dem Projekt stellen. [Fragebogen normal durchgehen]

Bitte vergeben Sie zu folgenden Fragen Schulnoten von 1-6 - eine 1 bedeutet dabei sehr gut und 6 sehr schlecht!

1. Wie beurteilen Sie das Vorgehen, in der Kinderarztpraxis/ Frauenarztpraxis einen Fragebogen auszufüllen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

2. Wie gut kamen Ihre Anliegen im Fragebogen zum Ausdruck?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

3. Wie verständlich fanden Sie den Fragebogen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

4. Wie leicht viel Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens?

Sehr leicht	leicht	Leichte Schwierigkeiten	schwer	Nur mit Hilfe möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

5. Haben Sie mit der medizinischen Fachangestellten oder dem Arzt/der Ärztin über den Fragebogen gesprochen?

Mit MFA	Mit Arzt	Weiß nicht	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten oder dem Arzt erfolgt ist:

6. Wie hilfreich fanden Sie das Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten oder dem Arzt erfolgt ist:

7. Wie wohl haben Sie sich bei dem Gespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt gefühlt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten oder dem Arzt erfolgt ist:

8. Wie zufrieden sind Sie mit dem Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

9. Wie zufrieden sind Sie mit dem Unterstützungsangebot, das Ihnen die medizinische Fachangestellte/der Arzt vorgeschlagen hat?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der Babylotsin erfolgt ist:

10. Wie hilfreich fanden Sie das Beratungsgespräch mit der Babylotsin?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der Babylotsin erfolgt ist:

11. Wie zufrieden sind Sie mit dem Beratungsgespräch mit der Babylotsin?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

12. Wie zufrieden sind Sie mit dem Unterstützungsangebot, das Ihnen die Babylotsin vorgeschlagen hat?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

13. Nehmen Sie das Unterstützungsangebot wahr?

ja	nein	noch nicht	manchmal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

14. Ist es ein Unterstützungsangebot, das sich langfristig in Ihren Alltag integrieren lässt?

ja	nein	weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der Babylotsin erfolgt ist:

15. Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie in Bezug auf die Babylotsensprechstunde?

Anm., Verb?

Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/dem Arzt erfolgt ist:

16. Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie in Bezug auf die Beratung der medizinischen Fachangestellten/des Arztes?



Nur wenn ein Beratungsgespräch mit der medizinischen Fachangestellten/Arzt erfolgt ist:

15. Würden Sie sich eine weitere Betreuung durch die/den BeraterIn wünschen?

ja

nein

weiß nicht

Anm., Verb?

Nur wenn ein Kontakt mit den Babylotsen bestand:

17. Würden Sie sich eine weitere Betreuung durch den Babylotsen wünschen?

ja

nein

weiß nicht

Anm., Verb?

18. Verbesserungsvorschläge für das Projekt „KID-PROTEKT“ in der Kinderarztpraxis/
Frauenarztpraxis



Gerne würden wir Ihnen noch weitere Fragen stellen, um herauszufinden wie Familien am besten von Unterstützungsangeboten profitieren. Sind Sie damit einverstanden?

Zunächst würden wir gerne einige persönliche Angaben erfragen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrem Namen ausgewertet werden!

Persönliche Angaben:

1. Wie alt sind Sie:

2. Welches Geschlecht haben Sie:

- Männlich Weiblich Divers

3. Was trifft auf Sie zu hinsichtlich Ihrer Partnerschaft?

Sind Sie

- In einer festen Beziehung mit dem Kindsvater/der Kindsmutter
 In einer festen Beziehung mit einem anderen Partner
 Alleinstehend
 Sonstiges:
 Keine Angabe

4. Sind Sie alleinerziehend:

- Ja
 Nein
 Sonstiges:
 Keine Angabe

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingerechnet?

Personen

6. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind jünger als 14 Jahre?

Personen

7. Welche Staatsangehörigkeiten besitzen Sie?

8. Seit wann leben Sie in Deutschland?

- Seit meiner Geburt
 Seit: zuvor:

9. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

(bei mehreren Abschlüssen, bitte nur den höchsten)

Sind Sie

- Schüler/-in und besuchen eine allgemeinbildende Schule
 von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

Haben Sie..

- Haupt-/Volksschul-/Ersten Allgemeinen Schulabschluss (ESA)

- Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule (POS)
- Abitur, allgemeine / fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule
- Anderen Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)/Sonstiges:

10. Welche beruflichen Abschlüsse haben Sie?

Sind Sie

- noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in
- ohne Berufsabschluss und nicht in Ausbildung

Haben Sie

- eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
- einen Abschluss einer Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
- einen Abschluss an einer Fachhochschule, Ingenieurschule
- einen Abschluss an einer Universität oder Hochschule
- Einen anderen Ausbildungsabschluss (z.B. im Ausland erworben)/Sonstiges:

11. In welcher Erwerbssituation befinden Sie sich?

Sind Sie

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Minijob
- Gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig
- In Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung
- In einer beruflichen Ausbildung/Lehre
- Nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler/-innen, Rentner/-innen ohne Nebenverdienst)
- Sonstiges, nämlich:

12. Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

(Wenn derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, bitte die letzte berufliche Stellung)

Sind/waren Sie

- Angestellte/r mit
- Arbeiter/in
- Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in)
- Selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern

- Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter
- Mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)
- Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in)
- Noch nie erwerbstätig gewesen
- Sonstiges, nämlich:

13. Bei Angestellten oder Arbeitern: Nehmen Sie eine Führungsaufgabe wahr?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget, Strategie)
- Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen von Aufgaben)
- Nein
- Keine Angabe

14. Wir möchten in unserer Studie die Angaben aus verschiedenen Einkommensgruppen vergleichen. Es würde uns helfen, wenn Sie uns mitteilen, in welche Gruppe das monatliche Nettoeinkommen* Ihres Haushalts gehört

- Bis 1000 €
- 1000 € bis 1500 €
- 1500 € bis 2000 €
- 2000 € bis 3000 €
- 3000 € bis 4000 €
- 4000 € bis 5000 €
- Mehr als 5000 €
- Keine Angabe

Freitextfeld:

*Zum Nettoeinkommen gehört die Summe der Einkünfte aller im Haushalt lebenden Personen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben)

*Vielen Dank, dass Sie uns die bisherigen Fragen beantwortet haben – dies hilft uns sehr. Die restlichen Fragen werden durch eine kurze Online-Umfrage erhoben. Über Ihre Teilnahme daran würden wir uns freuen. Wenn Sie teilnehmen möchten, werden wir Ihnen den Link im Anschluss an dieses Telefonat und nochmal 6 Monate später schicken. Das Ausfüllen dauert jeweils nur ca. 5-10 Minuten. Dürfen wir Ihnen den Link per Mail schicken?**

*Als Dankeschön für die Teilnahme an der Online-Befragung erhalten Sie von uns einen Drogerie-Gutschein im Wert von 5€. Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir Ihnen diesen per Post zuschicken, nennen Sie uns bitte Ihre Adresse.***

**Wenn die Mail-Adresse nicht genannt wird, können wir den Link auch per Post schicken*

Anlage 12: Interviewleitfaden zur Befragung der Eltern (Treatment as usual)



Studien-ID:
Sosci-Code:

KID-Protpekt Interviewleitfaden zur Befragung von Eltern mit Unterstützungsbedarf Bedingung TAU

Datum des Interviews

Sprachliche Verständigungsprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiterleitung erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

Einleitung:

Guten Tag, mein Name ist XXX und ich bin Mitarbeiter/-in am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Spreche ich mit Frau/Herr XX?

Sie haben in Ihrer Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis vor einigen Monaten einen Fragebogen vom Projekt „KID-PROTEKT“ ausgefüllt und einer Teilnahme zugestimmt. Um das Projekt bewerten und verbessern zu können, möchten wir Sie heute zu Ihrer Meinung befragen. Die Befragung dauert nur ein paar Minuten. Im Anschluss möchten wir Sie zu einer Online-Befragung einladen. Haben Sie kurz Zeit teilzunehmen?

Filterfrage: *Erinnern Sie sich noch daran, dass Sie in der Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis einen Fragebogen zu Kid-Protpekt ausgefüllt haben?*

Wenn Nein: Dann würden wir Ihnen gerne einige Fragen stellen, um herauszufinden wie Familien grundsätzlich am besten von Unterstützungsangeboten profitieren. Wären Sie damit einverstanden jetzt an der Befragung teilzunehmen? [Fragebogen ab persönliche Angaben starten]

Wenn Ja: Gerne würde Ihnen dann einige Fragen zu dem Projekt stellen. [Fragebogen normal durchgehen]

Bitte vergeben Sie zu folgenden Fragen Schulnoten von 1-6 - eine 1 bedeutet dabei sehr gut und 6 sehr schlecht!

1. Wie beurteilen Sie das Vorgehen, in der Kinderarztpraxis/ Frauenarztpraxis einen Fragebogen auszufüllen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

2. Wie gut kamen im Fragebogen Ihre Anliegen zum Ausdruck?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

3. Wie verständlich fanden Sie den Fragebogen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

4. Wie leicht viel Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens?

Sehr leicht	leicht	Leichte Schwierigkeiten	schwer	Nur mit Hilfe möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

5. Haben Sie mit dem Arzt/ der Ärztin über den Fragebogen beim Arztgespräch gesprochen?

ja nein teilweise

Anm., Verb?

6. Wie hilfreich fanden Sie das Gespräch mit dem Arzt/ der Ärztin in Bezug auf Ihre Anliegen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

7. Wie zufrieden sind Sie mit dem Beratungsgespräch mit dem Arzt/ der Ärztin in Bezug auf Ihre Anliegen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anm., Verb?

8. Hat der Arzt Ihnen ein Unterstützungsangebot empfohlen oder Sie an ein Unterstützungsangebot weitergeleitet?

ja nein weiß nicht

✍ Anm., Verb?

Nur wenn im Arztgespräch eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

9. Wie hilfreich finden Sie die Weiterleitung durch den Arzt an ein Unterstützungsangebot?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✍ Anm., Verb?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

10. Dürfen wir fragen um welches Unterstützungsangebot es sich handelt?

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

11. Nehmen Sie das Unterstützungsangebot wahr?

ja	nein	noch nicht	manchmal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*✍ Anm., Verb?**

Nur wenn eine Weitervermittlung an ein Unterstützungsangebot stattgefunden hat:

12. Ist es ein Unterstützungsangebot, das sich langfristig in Ihren Alltag integrieren lässt?

ja	nein	weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✍ Anm., Verb?

**12. Verbesserungsvorschläge für das Projekt „KID-PROTEKT“ in der Kinderarztpraxis/
Frauenarztpraxis**



Gerne würden wir Ihnen noch weitere Fragen stellen, um herauszufinden wie Familien am besten von Unterstützungsangeboten profitieren. Sind Sie damit einverstanden?

Zunächst würden wir gerne einige persönliche Angaben erfragen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrem Namen ausgewertet werden!

Persönliche Angaben:

1. Wie alt sind Sie:

2. Welches Geschlecht haben Sie:

- Männlich Weiblich Divers

3. Was trifft auf Sie zu hinsichtlich Ihrer Partnerschaft?

Sind Sie

- In einer festen Beziehung mit dem Kindsvater/der Kindsmutter
 In einer festen Beziehung mit einem anderen Partner
 Alleinstehend
 Sonstiges:
 Keine Angabe

4. Sind Sie alleinerziehend:

- Ja
 Nein
 Sonstiges:
 Keine Angabe

5. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingerechnet?

Personen

6. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind jünger als 14 Jahre?

Personen

7. Welche Staatsangehörigkeiten besitzen Sie?

8. Seit wann leben Sie in Deutschland?

- Seit meiner Geburt
 Seit: zuvor:

9. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
(bei mehreren Abschlüssen, bitte nur den höchsten)

Sind Sie

- Schüler/-in und besuchen eine allgemeinbildende Schule
 von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss

Haben Sie..

- Haupt-/Volksschul-/Ersten Allgemeinen Schulabschluss (ESA)
 Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule (POS)
 Abitur, allgemeine / fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS),
Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule
 Anderen Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)/Sonstiges:

10. Welche beruflichen Abschlüsse haben Sie?

Sind Sie

- noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in
 ohne Berufsabschluss und nicht in Ausbildung

Haben Sie

- eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
 eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
 einen Abschluss einer Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie
 einen Abschluss an einer Fachhochschule, Ingenieurschule
 einen Abschluss an einer Universität oder Hochschule
 Einen anderen Ausbildungsabschluss (z.B. im Ausland erworben)/Sonstiges:

11. In welcher Erwerbssituation befinden Sie sich?

Sind Sie

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Minijob
- Gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig
- In Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung
- In einer beruflichen Ausbildung/Lehre
- Nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/-innen oder Studierende, die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständler/-innen, Rentner/-innen ohne Nebenverdienst)
- Sonstiges, nämlich:

12. Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer Haupterwerbstätigkeit?

(Wenn derzeit nicht oder nicht mehr berufstätig sind, bitte die letzte berufliche Stellung)

Sind/waren Sie

- Angestellte/r mit
- Arbeiter/in
- Beamtin/Beamter (auch Anwärter/in)
- Selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern
- Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter
- Mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)
- Auszubildende/r (auch Praktikant/in, Volontär/in)
- Noch nie erwerbstätig gewesen
- Sonstiges, nämlich:

13. Bei Angestellten oder Arbeitern: Nehmen Sie eine Führungsaufgabe wahr?

- Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget, Strategie)
- Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen von Aufgaben)
- Nein
- Keine Angabe

14. Wir möchten in unserer Studie die Angaben aus verschiedenen Einkommensgruppen vergleichen. Es würde uns helfen, wenn Sie uns mitteilen, in welche Gruppe das monatliche Nettoeinkommen* Ihres Haushalts gehört

- Bis 1000 €
- 1000 € bis 1500 €
- 1500 € bis 2000 €
- 2000 € bis 3000 €
- 3000 € bis 4000 €
- 4000 € bis 5000 €
- Mehr als 5000 €
- Keine Angabe

Freitextfeld:

*Zum Nettoeinkommen gehört die Summe der Einkünfte aller im Haushalt lebenden Personen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben)

Vielen Dank, dass Sie uns die bisherigen Fragen beantwortet haben – dies hilft uns sehr. Die restlichen Fragen werden durch eine kurze Online-Umfrage erhoben. Über Ihre Teilnahme daran würden wir uns freuen. Das Ausfüllen dauert nur ca. 5-10 Minuten. Dürfen wir Ihnen den Link per Mail schicken?

*Als Dankeschön für die Teilnahme erhalten Sie von uns einen Drogerie-Gutschein im Wert von 5€. Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir Ihnen diesen per Post zuschicken, nennen Sie uns bitte Ihre Adresse.***

**Die Postadresse wird ausschließlich für die Zusendung des Gutscheins und ggf. des Links genutzt, anschließend wird diese vernichtet

Anlage 13: Interviewleitfaden zur Befragung der MFKs/Ärzt:innen (Qualified Treatment)



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Datum:	
Interviewer:	
Befragte:	
Praxis:	

Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

1. Fragebogen

1. Wie ist Ihnen die Integration des KID-PROTEKT Fragebogens in den Arbeitsalltag gelungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des KID-PROTEKT Fragebogens? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie bewerten Sie die Akzeptanz des KID-PROTEKT Fragebogens bei den Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wurde der Fragebogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt?		
Ja	Nein	unentschlossen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen in Bezug auf die Identifizierung von Familien mit psychosozialen Belastungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Orientierende Gespräche

Bei Ärzten: Haben Sie Orientierende Gespräche geführt? Wenn Nein, überspringen

6. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie leicht viel Ihnen die Durchführung des Orientierenden Gesprächs? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie hilfreich beurteilen Sie das Orientierende Gespräch für die PatientInnen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Weiterleitung

9. Wie leicht viel Ihnen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie gut wurden Ihre Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit den Anbindungsmöglichkeiten der PatientInnen an Unterstützungsangebote der Jugendhilfe? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


12. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen (Jugendhilfe etc.)? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Schulungen/Fallbesprechungen/Projekttreffen

13. Wie hilfreich beurteilen Sie die Schulungen im Vorfeld der Projektdurchführung für Ihre Arbeit mit den Patientinnen/Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


5. Abschließende Fragen zum Projekt


14. Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt „KID-PROTEKT“ erreicht werden? <i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Sehen Sie einen Mehrwert für Ihre Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis im Projekt „KID-PROTEKT“?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	

16. Wie viele Zeit pro Tag mussten Sie zusätzlich für die Umsetzung des Projekts „KID-PROTEKT“ aufwenden? Bitte schätzen Sie.
Ca. _____ (= ____ Minuten)

17. Wie bewerten Sie den Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Welche Probleme und Herausforderungen haben sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben?


19. Mit welchen praktischen Problemen waren oder sind Sie konfrontiert? Wie könnten die Abläufe des Projekts „KID-PROTEKT“ innerhalb Ihrer Praxis verbessert werden?


20. MFA: Könnte die Kinderärzt*in/Frauenärzt*in im Projekt „KID-PROTEKT“ stärker involviert sein?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Wenn ja, inwiefern?		

21. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg & Umgebung? <i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt „KID-PROTEKT“ auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis umgesetzt werden würde?

ja nein weiß nicht

Wenn nein, warum nicht?

--	--

23. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts?

Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1 2 3 4 5 6

--	--

24. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“)

Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1 2 3 4 5 6

--	--

25. MFA: Gab es irgendwelche Vor- oder Nachteile, die sich durch Ihre Verantwortlichkeit im Projekt ergeben haben?

Vielen Dank für das Gespräch!

Anlage 14: Interviewleitfaden zur Befragung der MFKs/Ärzt:innen (Supported Treatment)



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
 Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Datum:	
Interviewer:	
Befragte:	
Praxis:	

Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

1. Fragebogen

1. Wie ist Ihnen die Integration des KID-PROTEKT Fragebogens in den Arbeitsalltag gelungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des KID-PROTEKT Fragebogens? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie bewerten Sie die Akzeptanz des KID-PROTEKT Fragebogens bei den Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wurde der Fragebogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt?		
Ja	Nein	unentschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen in Bezug auf die Identifizierung von Familien mit psychosozialen Belastungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Orientierende Gespräche

Bei Ärzten: Haben Sie Orientierende Gespräche geführt? Wenn Nein, überspringen

6. Wie hilfreich fanden Sie den Fragebogen als Grundlage für das Orientierende Gespräch? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie leicht viel Ihnen die Durchführung des Orientierenden Gesprächs? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie hilfreich beurteilen Sie das Orientierende Gespräch für die PatientInnen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Weiterleitung

9. Wie leicht viel Ihnen die Weitervermittlung der Familien an Unterstützungsangebote? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie gut wurden Ihre Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden sind Sie mit den Anbindungsmöglichkeiten der PatientInnen an Unterstützungsangebote der Jugendhilfe? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen (Jugendhilfe etc.)? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lotsensprechstunde

13. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der Babyslotsin?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie bewerten Sie die Akzeptanz der Lotsensprechstunde bei den Patientinnen/Familien?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie bewerten Sie die Nützlichkeit der Lotsensprechstunde für die Patientinnen/Familien?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Schulungen/Fallbesprechungen/Projekttreffen


16. Wie hilfreich beurteilen Sie die Schulungen im Vorfeld der Projektdurchführung für Ihre Arbeit mit den Patientinnen/Familien?					
<i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie hilfreich beurteilen Sie die begleitenden Projekttreffen mit den Babyslotsinnen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie hilfreich beurteilen Sie die Fallbesprechungen mit der Babyslotsin? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


6. Abschließende Fragen zum Projekt


19. Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt „KID-PROTEKT“ erreicht werden? <i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Sehen Sie einen Mehrwert für Ihre Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis im Projekt „KID-PROTEKT“?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	

21. Wie viele Zeit pro Tag mussten Sie zusätzlich für die Umsetzung des Projekts „KID-PROTEKT“ aufwenden? Bitte schätzen Sie.	
Ca. _____ (= ____ Minuten)	

22. Wie bewerten Sie den Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Welche Probleme und Herausforderungen haben sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben?


24. Mit welchen praktischen Problemen waren oder sind Sie konfrontiert? Wie könnten die Abläufe des Projekts „KID-PROTEKT“ innerhalb Ihrer Praxis verbessert werden?


25. MFA: Könnte die Kinderärzt*in/Frauenärzt*in im Projekt „KID-PROTEKT“ stärker involviert sein?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Wenn ja, inwiefern?		

26. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg & Umgebung?

Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt „KID-PROTEKT“ auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis umgesetzt werden würde?

ja	nein	weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		

28. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts?

Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“)

Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



30. MFA: Gab es irgendwelche Vor- oder Nachteile, die sich durch Ihre Verantwortlichkeit im Projekt ergeben haben?



Vielen Dank für das Gespräch!

Anlage 15: Interviewleitfaden zur Befragung der MFKs/Ärzt:innen (Treatment as usual)



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

HAMBURG

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Datum:	
Interviewer:	
Befragte:	
Praxis:	

Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

1. Fragebogen

1. Wie ist Ihnen die Integration des KID-PROTEKT Fragebogens in den Arbeitsalltag gelungen? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewerten Sie die Praktikabilität des KID-PROTEKT Fragebogens? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie bewerten Sie die Akzeptanz des KID-PROTEKT Fragebogens bei den Familien? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wurde der Fragebogen von der Mehrheit der Eltern ohne Skepsis oder Zögern ausgefüllt?		
Ja	Nein	unentschlossen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Abschließende Fragen zum Projekt


5. Wie gut konnten Familien mit Migrationshintergrund in dem Projekt „KID-PROTEKT“ erreicht werden?

Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sehen Sie einen Mehrwert für Ihre Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis im Projekt „KID-PROTEKT“?

ja nein



7. Wie viele Zeit pro Tag mussten Sie zusätzlich für die Umsetzung des Projekts „KID-PROTEKT“ aufwenden? Bitte schätzen Sie.


Ca. _____ (= ____ Minuten)


8. Wie bewerten Sie den Aufwand des Projekts im Verhältnis zu seinem Nutzen?

Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Welche Probleme und Herausforderungen haben sich durch die Corona-Pandemie im Praxis- bzw. Projektablauf ergeben?



<p>10. Mit welchen praktischen Problemen waren oder sind Sie konfrontiert? Wie könnten die Abläufe des Projekts „KID-PROTEKT“ innerhalb Ihrer Praxis verbessert werden?</p>
<p></p>


<p>11. MFA: Könnte die Kinderärzt*in/Frauenärzt*in im Projekt „KID-PROTEKT“ stärker involviert sein?</p>
<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ja, inwiefern?</p>

<p>12. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg & Umgebung?</p>
<p><i>Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i></p>
<p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>

<p>13. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt „KID-PROTEKT“ auch ohne Sonderbezahlung für die durchführende Kinderarztpraxis/Frauenarztpraxis umgesetzt werden würde?</p>
<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn nein, warum nicht?</p>

14. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“) <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. MFA: Gab es irgendwelche Vor- oder Nachteile, die sich durch Ihre Verantwortlichkeit im Projekt ergeben haben?


Vielen Dank für das Gespräch!

Anlage 16: Interviewleitfaden zur Befragung der Babylots:innen



Interviewleitfaden für Babylotsen zur Befragung zum Projekt „KID-Protekt“

Datum des Interviews	
Interviewer*in	
Befragte*r	
Dauer des Interviews	
Seit wann als BL tätig	
Praxen	

Bitte vergeben Sie zu folgenden Fragen Schulnoten von 1-6 – eine 1 bedeutet dabei sehr gut und eine 6 sehr schlecht!

Umsetzbarkeit der Lotsensprechstunde:

1a. Wie gut lässt sich die Lotsensprechstunde in gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen integrieren?

1b. Gibt es Unterschiede zwischen Frauen- und Kinderarztpraxen?



2a. Welche Grenzen und Herausforderungen haben sich im Laufe des Projekts ergeben?

2b. Welche Probleme und Störungen im Ablauf haben sich durch Corona ergeben?



3. Wie gut erreichbar war die Mehrzahl der Patient*innen um die Lotsensprechstunde durchzuführen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Wie leicht viel Ihnen die Weitervermittlung der Familien?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. Wie gut wurden Ihre Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6. Wie beurteilen Sie den erfordernten Zeitaufwand im Verhältnis zum Nutzen der Babylotsensprechstunde?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Orientierende Gespräche und Weiterleitungen:

7. Wo sehen Sie Unterschiede zwischen den Orientierenden Gesprächen und der Lotsensprechstunde? (Worin sehen Sie den größten Unterschied qualitativ?)



8. Welche Unterschiede sehen Sie zwischen den Weiterleitungen der MFAs/Ärzt*innen und den Weiterleitungen der Babylotsinnen?



9. Welche Schwierigkeiten oder Herausforderungen sehen Sie bei der Durchführung der Orientierenden Gespräche durch die MFA/Ärzt*innen?



10. Wie hilfreich beurteilen Sie die Orientierenden Gespräche durch MFAs/Ärzt*innen für die Patient*innen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11. Wie beurteilen Sie die Weiterleitung der Patienten durch die Arztpraxis an die Lotsensprechstunde?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kooperation mit den Praxen und Einrichtungen

12a. Wie wurden die begleitenden Projekttreffen von den MFAs/Ärzten angenommen?

12b. Wie wurden die zusätzlich angebotenen Fallbesprechungen angenommen?



13. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den MFAs?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Arzt*innen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



15. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Akzeptanz und Verbesserungsvorschläge

16. Wie beurteilen Sie die Akzeptanz des Projektes bei den Familien?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17. Wie beurteilen Sie die Akzeptanz des Projektes bei den Arztpraxen?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Wie beurteilen Sie das Projekt „KID-Protekt“ insgesamt?

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



19. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt auch ohne Sonderbezahlung umgesetzt werden kann?

ja	nein	unentschieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



20. Sollte der Arzt/die Ärztin stärker in das Projekt involviert sein?

ja

nein

unentschlossen



Haben Sie Verbesserungswünsche oder -vorschläge?

Abschließende Anmerkungen, Anregungen, etc.?



Anlage 17: KID-PROTEKT Online-Befragung



Studien-ID:

KID-Protekt Online-Befragung

Filterfrage: Wie stark leiden Sie unter der aktuellen Corona-Situation?

- 1 Gar nicht
- 2 Kaum
- 3 Etwas
- 4 Stark
- 5 Sehr stark

FLZ-M

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen an wie wichtig die verschiedenen Lebensbereiche für Sie sind und wie zufrieden Sie mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens sind. Versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung die letzten 4 Wochen zu berücksichtigen.

Fragen zur Lebenszufriedenheit					
Wie wichtig sind Sie Ihnen...	Unwichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	Ziemlich wichtig	Sehr wichtig
	1	2	3	4	5
1. Freunde/ Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Freizeitgestaltung/ Hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Einkommen/ finanzielle Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beruf/ Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Familienleben/ Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Partnerschaft/Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen zur Lebenszufriedenheit					
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit...	Unzufrieden	Eher unzufrieden	Eher zufrieden	Ziemlich zufrieden	Sehr zufrieden
	1	2	3	4	5
9. Ihren Freunden/ Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ihrer Freizeitgestaltung/Ihren Hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ihrem Einkommen/ Ihrer finanziellen Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ihrem Beruf/ Ihrer Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ihrer Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ihrem Familienleben/ Ihren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ihrer Partnerschaft/ Ihrer Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur SWE

Nun möchte ich Ihnen einige Aussagen vorlesen, die die Art und Weise beschreiben, wie Sie mit Schwierigkeiten umgehen. Bitte sagen Sie mir, wie sehr die folgenden Aussagen jeweils auf Sie zutreffen auf einer Skala von 1 bis 4. 4 ist dabei Stimmt genau und 1 ist Stimmt nicht.

Fragen zum Umfang mit Schwierigkeiten				
	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
	1	2	3	4
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen, glaube ich, dass ich gut mit Ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

Im Folgenden werde ich Ihnen einige Aussagen vorlesen, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt. Bitte sagen Sie mir wie oft Sie sich jeweils in den letzten 2 Wochen so gefühlt haben!

Fragen zu Ihrem seelischen Wohlbefinden				
Ich hatte/war...	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedergeschlagen, schwermütig, hoffnungslos,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
müde oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weniger Appetit oder übermäßiges Bedürfnis nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von mir selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, mich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meine Bewegungen oder Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde Oder „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass ich lieber tot wäre oder ich mir Leid zufügen möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 18: Nicht-Teilnahme-Karte (Qualified Treatment)



Studien-ID

Was wird abgelehnt? (Bitte nur eine der fünf Antwortmöglichkeiten auswählen.)

Ablehnung des Angebots oder einzelner Bestandteile

- Das Angebot insgesamt
- Der Fragebogen grundsätzlich
- Das Orientierende Gespräch

Ablehnung der Studienteilnahme

- Das Einwerfen des ausgefüllten Fragebogens in den Briefkasten
(Im Falle von Fragebögen ohne Gesprächsanlass)
- Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme
(Im Falle von Fragebögen mit Gesprächsanlass)

Grund der Ablehnung (Bitte nur eine der vier Antwortmöglichkeiten auswählen.)

- Verständigung nicht ausreichend möglich
- Zu persönlich / intim / privat
- Kein Interesse / Notwendigkeit wird nicht gesehen
- Sonstiges:



Anlage 19: Nicht-Teilnahme-Karte (Supported Treatment)



Studien-ID

Was wird abgelehnt? (Bitte nur eine der sechs Antwortmöglichkeiten auswählen.)

Ablehnung des Angebots oder einzelner Bestandteile

- Das Angebot insgesamt
- Der Fragebogen grundsätzlich
- Das Orientierende Gespräch
- Die Lotsensprechstunde

Ablehnung der Studienteilnahme

- Das Einwerfen des ausgefüllten Fragebogens in den Briefkasten
(Im Falle von Fragebögen ohne Gesprächsanlass)
- Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme
(Im Falle von Fragebögen mit Gesprächsanlass)

Grund der Ablehnung (Bitte nur eine der vier Antwortmöglichkeiten auswählen.)

- Verständigung nicht ausreichend möglich
- Zu persönlich / intim / privat
- Kein Interesse / Notwendigkeit wird nicht gesehen
- Sonstiges:



Anlage 20: Nicht-Teilnahme-Karte (Treatment as usual)



Studien-ID

Ablehnung der Studienteilnahme

Grund der Ablehnung (Bitte nur eine der vier Antwortmöglichkeiten auswählen.)

- Verständigung nicht ausreichend möglich
- Zu persönlich / intim / privat
- Kein Interesse / Notwendigkeit wird nicht gesehen
- Sonstiges:

© Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.
KID-FO Nicht-Teilnahme-Karte TAU (02-0) – Freigabe: PD Dr. S. Pawlils (14.08.2019)



Anlage 21: Dokumentation Aufklärungsgespräche



Erfassung Aufklärungsgespräche (abrechnungsrelevant!)

Zur Dokumentation der durchgeführten Aufklärungsgespräche nutzen Sie bitte jeweils die Studien-ID mit der Endung -A (max. 1 je Patient).
Ausgefüllte Formulare werfen Sie bitte in den KID-PROTEKT-Briefkasten.

Erfassungszeitraum:
Der Erfassungszeitraum endet, wenn der Bogen vollständig beibehalten ist, spätestens jedoch zum Ende eines jeden Quartals.

Unterschrift projektverantwortliche/r Mitarbeiter/in: _____

Praxisstempel

Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A

Bitte wenden →



Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A
Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A	Studien-ID -A



Anlage 22: Dokumentation Weiterleitungen

Ärztliche Beratung bei psychosozialen Problemen – Empfehlung weiterführender Hilfen

Erfassungszeitraum:

von _____

bis _____

Praxisstempel

Studien-ID	Empfohlene Einrichtung(en)
Studien-ID	
Studien-ID	
Studien-ID	
Studien-ID	
Studien-ID	
Studien-ID	
Studien-ID	
Studien-ID	



Anlage 23: Auswertungsschema KID-PROTEKT Anhaltsbogen (Gynäkologie)

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"/> über 34 Jahre
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1–2 Kinder <input type="checkbox"/> 3–4 Kinder <input type="checkbox"/> 5 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 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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Partnerschaft ... z. B. durch: Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft / Trennung?	<input type="checkbox"/> ja	<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"/> 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"/> 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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges Gibt es andere belastende Umstände, für die Sie sich Entlastung wünschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

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

Anlage 24: Auswertungsschema KID-PROTEKT Anhaltsbogen (Pädiatrie)

Zu welcher Untersuchung sind Sie 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"/>	Ist die Mutter jünger als 18 Jahre, erfolgt ein orientierendes Gespräch mit ihr.	
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1-2 Kinder	<input type="checkbox"/>			
Sind Sie alleinarziehend?	<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"/>	Setzt die Familie bei einem oder mehreren Fragen ein Kreuz bei „ja“, erfolgt ein orientierendes Gespräch.			
Lebenssituation ... z. B. durch: Schulden / Arbeitslosigkeit / schlechte Wohnsituation / fehlende Krankenversicherung / fehlende Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>				
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				