

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
Förderkennzeichen:	01VSF19039
Akronym:	P.A.T.H.
Projekttitel:	Pädiatrie und Frühe Hilfen: Evaluation einer komplexen Intervention zur sektorenübergreifenden Versorgung psychosozial belasteter Familien
Autor*innen:	Michael Barth, Manuela Glattacker, Sabine Horstmann, Cindy Höhn, Klaus Kaier, Gloria Metzner, Ilona Renner, Christian Schlett, Nora Schroeder, Juliane van Staa
Förderzeitraum:	1. August 2020 – 31. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis	4
1.	Zusammenfassung.....	5
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele	7
3.1.	Hintergrund	7
3.2.	Ziele, Fragestellungen & Hypothesen.....	8
4.	Projektdurchführung	10
4.1.	Beschreibung der Intervention	10
4.2.	Beschreibung der Projektdurchführung	11
4.2.1.	Erfahrungen mit der Rekrutierung.....	11
5.	Methodik	12
5.1	Studiendesign und Zielpopulation	12
5.2	Quantitative Befragung der Familien und Praxispädiater*innen	13
5.2.1	Befragung der Familien	13
5.2.2	Befragung der Praxispädiater*innen	16
5.2.3	Auswertungsmethoden zur Prüfung der Hypothesen	16
5.3	Gesundheitsökonomische Evaluation.....	18
5.4	Telefoninterviews	20
5.5	Beobachtungsstudie.....	22
6.	Projektergebnisse.....	23

6.1	Quantitative Befragung der Familien und Praxispädiater*innen.....	23
6.1.1.	Stichprobenbeschreibung	23
6.1.2.	Ergebnisse der vorbereitenden Analysen	29
6.1.3.	Ergebnisse der Hypothesenprüfungen	30
6.2	Gesundheitsökonomische Evaluation	35
6.3	Telefoninterviews.....	40
6.3.1	Erreichte Fallzahlen und Beschreibung der Stichproben.....	40
6.3.2	Ergebnisse	42
6.4	Beobachtungsstudie	57
6.4.1.	Erreichte Fallzahl und Beschreibung der Stichprobe.....	57
6.4.2	Ergebnisse	58
7.	Diskussion der Projektergebnisse	62
7.1	Befragung der Familien und Praxispädiater*innen	62
7.2	Gesundheitsökonomische Evaluation	64
7.3	Telefoninterviews	65
7.4	Beobachtungsstudie	67
7.5	Triangulation	68
7.6	Gesamtdiskussion	69
7.7	Limitationen und Stärken der Studie.....	70
7.7.1	Herausforderungen und Limitationen	70
7.7.2	Stärken der Studie.....	73
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	74
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	75
10.	Literaturverzeichnis.....	75
11.	Anhang	81
12.	Anlagen.....	81

Allgemeine Lesehinweise

Es werden alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen. Dafür wird im Folgenden das „Gender-Sternchen“ verwendet oder die Ansprache beider Geschlechter ausformuliert. Unter dem Begriff „Familie“ werden Eltern bzw. Sorgeberechtigte und deren Kind(er) verstanden.

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BVKJ	Berufsverbände der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.
BIÖG	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IG	Interventionsgruppe
IQZ	Interdisziplinäre Qualitätszirkel
KG	Kontrollgruppe
NWP	Netzwerkpartner*innen
KV-BW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PATH	Pediatric Attention to Help
PSB	Psychosoziale Belastung
SEVERA	Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erwartete Wirkungskette der PATH-Intervention	9
Abbildung 2: Studiendesign der PATH-Studie.....	13
Abbildung 3: Kostenstruktur	19
Abbildung 4: Flow-Chart der teilnehmenden Familien der PATH-Studie und Stichproben zur Analyse des primären und des sekundären Outcomes.	24
Abbildung 5: Vorhergesagter Anteil belasteter Familien, die mindestens ein Angebot der FH in Anspruch genommen hat in IG und KG.....	31
Abbildung 6: Deskription der in Anspruch genommenen Angebote der FH in IG und KG.	32
Abbildung 7: Vorhergesagter Anteil der als belastet identifizierten Familien in IG und KG. ..	33
Abbildung 8: Vorhergesagter Anteil belasteter Familien, die über Angebote der FH informiert wurden in IG und KG.	34
Abbildung 9: Vorhergesagter Anteil belasteter und zur Inanspruchnahme FH motivierter Familien in IG und KG.....	35
Abbildung 10: Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive der Krankenkassen.....	36
Abbildung 11: Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive des Gesundheitssystems.....	37
Abbildung 12: Jährliche Kosten der PATH-Intervention aus Perspektive der Krankenkassen Baden-Württembergs.....	40

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner	6
Tabelle 2: Outcomes und Hypothesen der PATH-Evaluation.	9
Tabelle 3: Operationalisierung der Endpunkte, Datenquellen und Messzeitpunkte.	15
Tabelle 4: Variablen, die in die Bildung des Propensity-Scores eingingen.	17
Tabelle 5: Fallzahlen Familien.	24
Tabelle 6: Stichprobe a zu H1, H2b & H2c: Inanspruchnahme, Informierung & Motivierung (N=103).....	25
Tabelle 7: Stichprobe a zur H2a: Identifikation psychosozial belasteter Familien (N=293). ...	27
Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung der Praxispädiater*innen der PATH-Studie (N = 29). ...	28
Tabelle 9: Angaben der Praxispädiater*innen zur Vertrautheit und Vernetzung mit den Frühen Hilfen.	29
Tabelle 10: Stichprobe Familien.....	40
Tabelle 11: Belastungen der Familien laut Interview.	41
Tabelle 12: Stichprobe Praxispädiater*innen.	42
Tabelle 13: Psychosoziale Belastung der teilnehmenden Familien im Elternfragebogen zum Zeitpunkt t1.	57
Tabelle 14: Thematische Dokumentation.	58
Tabelle 15: Beobachtete Strategien zur Evokation von Elternschilderungen.	59
Tabelle 16: Hinweise aus den Gesprächsanalysen auf potentielle familiäre Belastungen.....	62

1. Zusammenfassung

Hintergrund: In Deutschland lebt etwa ein Fünftel der Familien mit kleinen Kindern unter psychosozial belastenden Bedingungen, welche die gesunde Entwicklung des Kindes gefährden können. Präventive Unterstützungsangebote, wie die Angebote der Frühen Hilfen, können dazu beitragen, solche negativen Folgen abzumildern. Allerdings sind gerade Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf oftmals schwer zu erreichen. Um diesem sog. Präventionsdilemma entgegenzuwirken und die Vermittlung psychosozial belasteter Familien in Angebote der Frühen Hilfen zu verbessern, wurde die PATH-Intervention entwickelt. Diese umfasst eine Schulung für Praxispädiater*innen sowie interdisziplinäre Qualitätszirkel zur Förderung der Vernetzung zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts war die Wirksamkeitsevaluation der PATH-Intervention.

Methodik: Die Studie setzte ein prospektives, quasiexperimentelles, kontrolliertes, längsschnittliches Mixed-Methods-Design um. Dabei wurden Familien von N=15 Praxispädiater*innen, die an der PATH-Intervention teilgenommen hatten (Interventionsgruppe, IG), mit Familien von N=14 Praxispädiater*innen ohne Teilnahme an der PATH-Intervention (Kontrollgruppe, KG) verglichen. Die Hypothesen waren, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien, die Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen (primäres Outcome), in der IG höher ist als in der KG. Ebenso sollte der Anteil belasteter Familien, die als solche von den Praxispädiater*innen identifiziert, über Angebote der Frühen Hilfen informiert sowie zu deren Inanspruchnahme motiviert werden (sekundäre Outcomes), in der IG höher sein als in der KG. Datengrundlage zur Überprüfung dieser Hypothesen bildeten quantitative Befragungen von Familien (Online-Fragebogen zu 3 Messzeitpunkten) und Praxispädiater*innen (Papierfragebogen). Es wurden binär logistische Regressionsanalysen mit Propensity-Score Adjustierung berechnet. Zudem wurden die Akzeptanz der Intervention bei allen Beteiligten (Familien, Praxispädiater*innen, Netzwerkpartner*innen) mittels qualitativer Telefoninterviews, das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis mittels gesundheitsökonomischer Analysen von Routinedaten sowie die Treatmentintegrität mittels videogestützter Beobachtungen evaluiert.

Ergebnisse: Es nahmen N=457 Familien an der Online-Befragung zum ersten Messzeitpunkt teil. Deskriptiv zeigte sich, dass in der IG ein größerer Anteil psychosozial belasteter Familien Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nahmen (IG: 70% vs. KG: 52%). Das Ergebnis wurde inferenzstatistisch nicht signifikant. Hypothesenkonform wurde in der IG ein größerer Anteil belasteter Familien als solche erkannt (IG: 42% vs. KG: 21%) und über Angebote der Frühen Hilfen informiert (IG: 87% vs. KG: 63%). Der deskriptiv erkennbare Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Motivierung der Familien zur Inanspruchnahme (IG: 44% vs. KG: 30%) wurde statistisch nicht signifikant. Die Akzeptanz der PATH-Intervention war bei allen Beteiligten hoch. Das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis erweist sich insbesondere dann als positiv, wenn Praxispädiater*innen viele Aufklärungsgespräche durchführen. Die Ergebnisse der Beobachtung zur Umsetzung der Intervention in der Praxis liefern Hinweise zur Optimierung der PATH-Intervention.

Diskussion: Es konnte gezeigt werden, dass die PATH-Intervention die Überleitung psychosozial belasteter Familien mit kleinen Kindern aus der niedergelassenen Pädiatrie in Angebote der Frühen Hilfen tendenziell verbessert. Diese Wirkung zeigte sich bei allen vier Outcomes deskriptiv, hinsichtlich der Identifikation und Informierung auch in einem statistisch signifikanten Gruppenunterschied. Die Akzeptanz der Intervention war bei allen Beteiligten hoch, was eine günstige Voraussetzung zur flächendeckenden Implementierung der PATH-Intervention ist. Dabei ist eine zielgerichtete Ausrollung der PATH-Intervention (Praxen mit einem hohen Anteil psychosozial belasteter Familien) für ein positives Kosten-Effektivitäts-Verhältnis von Bedeutung.

2. Beteiligte Projektpartner

In der folgenden Tabelle 1 sind die am Projekt beteiligten Partner aufgeführt.

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Konsortialführung	Verantwortlichkeiten
<p>Nationales Zentrum Frühe Hilfen im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)</p> <p>Ansprechpartnerin: Ilona Renner Tel. 0221 8992 355 ilona.renner@nzhf.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Projektleitung - Rekrutierung Arztpraxen / Familien - Studienmonitoring - Qualitative Datenerhebung (Interviews) - Qualitative Datenauswertung (Interviews) - Datentriangulation - Koordination Fachbeirat
<p>Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA)</p> <p>Ansprechpartnerin: PD Dr. Manuela Glattacker Tel. 0761 270 36940 manuela.glattacker@uniklinik-freiburg.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ethikvotum - Quantitative Datenerhebung (Fragebögen Familien und Ärzte) - Datenmanagement - Quantitative Datenauswertung - Qualitative Datenerhebung (Beobachtung) - Qualitative Datenauswertung (Beobachtung) - Datentriangulation - Gesundheitsökonomische Analyse
<p>Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg</p> <p>Ansprechpartnerin: Julia Raisch Haldenhausstraße 11, 72770 Reutlingen Tel. 07121 917-2156 Julia.Raisch@kvbwue.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der Rekrutierung von Arztpraxen in Baden-Württemberg - Daten zum Modellprojekt für die gesundheitsökonomische Evaluation - Rückmeldung zu Zwischenergebnissen - Teilnahme an Fachbeiratssitzungen
<p>AOK Baden-Württemberg</p> <p>Ansprechpartner: Hubert Ortwein Presselstraße 19 - 70191 Stuttgart Tel. 0711 2593-221 Hubert.Ortwein@bw.aok.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Datenlieferung für die gesundheitsökonomische Evaluation - Rückmeldung zu Zwischenergebnissen - Teilnahme an Fachbeiratssitzungen
<p>Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Bayern (BKVJ-Landesverband Bayern)</p> <p>Ansprechpartner: Dr. Gabi Haus Hans-Mielich-Str. 35 81543 München Tel. 089 661097 gabi.haus@t-online.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der Rekrutierung von Arztpraxen in Bayern - Teilnahme an Fachbeiratssitzungen
<p>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau</p> <p>Ansprechpartner: Michael Zimmer Weißensteinstraße 70-72 34131 Kassel Tel. 0561 785-12948 Michael.zimmer@svlfg.de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rückmeldung zu Zwischenergebnissen - Teilnahme an Fachbeiratssitzungen

Konsortialführung	Verantwortlichkeiten
Knappschaft Ansprechpartnerin: Ines Rückhardt Knappschaftstraße 1 44799 Bochum Tel. 0234 304-14103 ines.rueckhardt@kbs.de	<ul style="list-style-type: none"> - Rückmeldung zu Zwischenergebnissen - Teilnahme an Fachbeiratssitzungen
29 Arztpraxen in Baden-Württemberg und Bayern	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierung Familien für die quantitativen Erhebungen - Rekrutierung Familien für die qualitativen Erhebungen (nur Baden-Württemberg) - Teilnahme an den qualitativen Interviews (nur Baden-Württemberg) - Teilnahme an der videogestützten Beobachtung (nur Baden-Württemberg)
Netzwerkpartner Frühe Hilfen in Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den qualitativen Interviews

3. Projektziele

3.1. Hintergrund

In Deutschland lebt etwa ein Fünftel der Familien mit kleinen Kindern unter belastenden Lebensumständen (Ulrich et al., 2023b). Psychosoziale Belastungsfaktoren – wie bspw. Armut, ein Alleinerziehendenstatus (Renner et al., 2023b; van Staa & Renner, 2024) oder die psychische Erkrankung eines Elternteils (van Staa & Renner, 2022) – können sich negativ auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder auswirken (Kuntz et al., 2018). Dies vor allem dann, wenn familiäre Belastungsfaktoren kumuliert auftreten. So weisen bereits Säuglinge und insbesondere Kleinkinder, die in einem belasteten Familienumfeld aufwachsen, sehr viel häufiger eine Entwicklungsverzögerung auf als Kinder in weniger belasteten Kontexten (Renner et al., 2023b). Darüber hinaus ist auch das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter erhöht (Sabates et al., 2015; Egle et al., 2016).

Sehr früh ansetzende, präventive Unterstützungsangebote, die bspw. darauf abzielen, die elterlichen Alltags- und Erziehungskompetenzen zu stärken, können dazu beitragen, solche negativen Folgen eines Aufwachsens in belasteten Familienumfeldern abzumildern (Layzer et al., 2001; Sweet & Appelbaum 2004; Kliem & Sandner, 2021). Da in der sensiblen ersten Lebensphase von 0 bis 3 Jahren die Grundsteine für die weitere Entwicklung des Kindes gelegt werden, kann eine sehr früh ansetzende Unterstützung der Familien ein hohes Wirkpotential haben (Heckman, 2006; Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2014). Investitionen in frühzeitige Familienunterstützung werden deshalb aus gesundheitsökonomischer Perspektive dringend empfohlen (Maier-Gräwe & Wagenknecht, 2011). Hier setzen die Frühen Hilfen in Deutschland an (Renner et al., 2018). Mit zunächst der Bundesinitiative, dann der Bundesstiftung wurden die Frühen Hilfen seit 2012 bundesweit flächendeckend ausgebaut und in kommunalen Netzwerken koordiniert (Paul et al., 2018; Sann et al., 2022). Die Frühen Hilfen umfassen Angebote, die allen Schwangeren und Eltern mit kleinen Kindern offenstehen, richten sich aber mit speziellen Angeboten, wie bspw. der längerfristig aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch Familienhebammen oder den regionalen Fachstellen der Frühen Hilfen, insbesondere an Familien in Belastungslagen.

Gerade Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf sind aber oftmals schwer mit Präventionsangeboten zu erreichen (van Staa & Renner, 2020; Ulrich et al., 2023a). Um diesem sogenannten Präventionsdilemma (Bauer, 2005) entgegenzuwirken und die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten durch Familien zu stärken, die besonders von früher Unterstützung profitieren können, wurde von den Frühen

Hilfen von Beginn an eine enge Zusammenarbeit mit Praxispädiater*innen angestrebt (Renner, 2010). 98% aller Familien mit Säuglingen und Kleinkindern nutzen die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (Schmidtke et al., 2018) und den Ärzt*innen wird generell ein hohes Vertrauen entgegengebracht. Praxispädiater*innen sind demnach die idealen Partner*innen, um das Präventionsdilemma zu entschärfen, indem sie junge Familien mit psychosozialen Belastungen früh identifizieren und für eine Nutzung der Frühen Hilfen gewinnen.

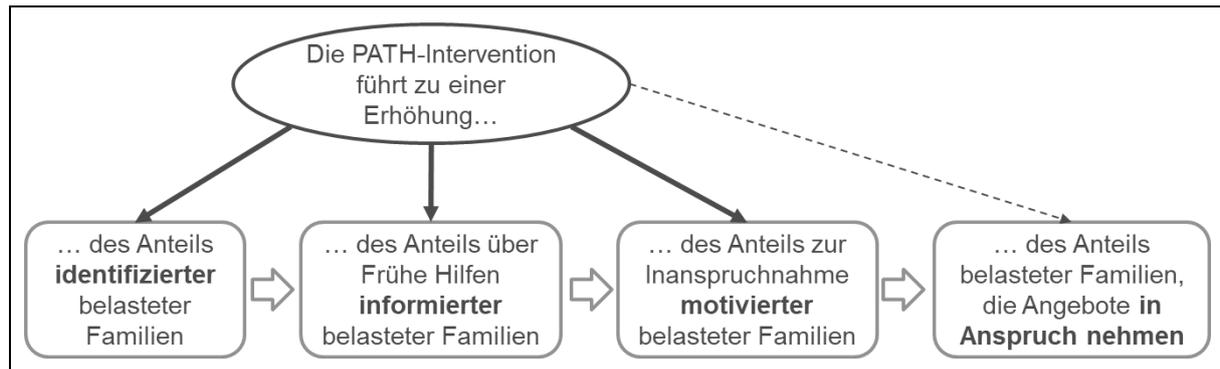
Die Relevanz der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zum Wohle junger Familien ist unmittelbar einleuchtend und wird vielfach postuliert (Kuruvilla et al., 2018; Renner et al., 2018). Um die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe zu stärken, wurden für beide Sektoren gesetzliche Regelungen getroffen: Im Präventionsgesetz, das seit 2015 in Kraft ist, wurde explizit der Auftrag formuliert, Familien im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) bei Bedarf über regionale Unterstützungsangebote zu informieren (SGB V 24d, §26). Im Bundeskinderschutzgesetz (BMFSFJ), seit 2012 in Kraft, und mit Gründung der Bundesstiftung Frühe Hilfen ist eine Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gesetzlich verankert.

Während die interprofessionelle Zusammenarbeit zunächst noch von wechselseitiger Skepsis geprägt war, sehen inzwischen 77 % der Praxispädiater*innen die Frühen Hilfen als Entlastung für ihre berufliche Tätigkeit (Renner et al., 2019). Dennoch wird die praktische Umsetzung von den Professionen oftmals als schwierig empfunden: Noch fehlt vielfach ein vertieftes Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen, Kompetenzen und Zugänge in ärztlicher Praxis und Kinder- und Jugendhilfe. Es gilt, eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames „Fallverständnis“ aufzubauen. Viele Praxispädiater*innen wünschen sich auch mehr Kenntnisse über das kommunale Unterstützungsangebot für junge Familien und mehr Kompetenzen in der Belastungsansprache und Motivierung der Familien (van Staa & Renner, 2019).

In diesem Kontext entwickelte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg die PATH-Intervention (Pediatric Attention To Help; siehe Abschnitt 4.1). Diese umfasst eine spezielle Schulung der Praxispädiater*innen und die Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln Frühe Hilfen (IQZ) und setzt sich folgende Ziele (Siebolds et al., 2016): Praxispädiater*innen sollen psychosoziale Belastungsfaktoren und Unterstützungsbedarfe identifizieren, regionale Unterstützungsmöglichkeiten kennen und beides mit Hilfe von Gesprächsführungstechniken mit den Familien besser besprechen können (Identifizieren, Informieren und Motivieren). Dies soll im Ergebnis dazu beitragen, dass Familien mit Unterstützungsbedarf vermehrt in passende Angebote der Frühen Hilfen vermittelt werden (Siebolds et al., 2016). Seit der Implementierung der PATH-Intervention 2010 in Baden-Württemberg steht den dort tätigen Praxispädiater*innen eine Teilnahme daran offen. Dagegen wurde die PATH-Intervention in Bayern (bislang noch) nicht implementiert. Eine wissenschaftliche Evaluation der PATH-Intervention stand bis heute noch aus. Diese Lücke schließt das geförderte Projekt PATH.

3.2. Ziele, Fragestellungen & Hypothesen

Ziel des Projekts war die Wirksamkeitsevaluation der PATH-Intervention. Die zentrale Fragestellung lautete: Verbessert die PATH-Intervention die Überleitung psychosozial belasteter Familien von der kinderärztlichen Praxis in Angebote der Frühen Hilfen? Um die PATH-Intervention zu evaluieren, wurden zwei Gruppen miteinander verglichen: die Interventionsgruppe (IG) umfasste Familien, die von Praxispädiater*innen aus Baden-Württemberg betreut wurden, die an der PATH-Intervention teilgenommen hatten; die Kontrollgruppe (KG) bestand aus Familien, die von Praxispädiater*innen aus Bayern betreut wurden, die nicht an der PATH-Intervention teilgenommen hatten. Die Annahme war, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien, die Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen, in der IG höher ist als in der Vergleichsgruppe (KG). Zudem sollte in der IG ein höherer Anteil psychosozial belasteter Familien von ihrer*ihrem Praxispädiater*in als belastet erkannt, über Angebote der Frühen Hilfen informiert und zu deren Inanspruchnahme motiviert werden. Diese erwartete Wirkung der PATH-Intervention auf die Identifikation, Information und Motivierung psychosozial belasteter Familien durch die Praxispädiater*innen und auf die Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen durch psychosozial belastete Familien ist in Abbildung 1 dargestellt.



Anmerkung: gestrichelte Linie = indirekte Wirkung der PATH-Intervention auf die Erhöhung des Anteils von Familien, die Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen, über Identifikation, Informierung und Motivierung; durchgezogenen Linie = direkte Wirkung der PATH-Intervention auf die Erhöhung des Anteils von Familien, die als belastet identifiziert, über Angebote der Frühen Hilfen informiert und zur Inanspruchnahme motiviert wurden.

Abbildung 1: Erwartete Wirkungskette der PATH-Intervention

Für die Implementierung der PATH-Intervention und zur Sicherstellung ihrer Wirksamkeit sind auch die Akzeptanz der Intervention bei den beteiligten Akteur*innen, die Kosten-Effektivität sowie die Treatmentintegrität von Bedeutung. Es wurde deshalb angenommen, dass die Akzeptanz der PATH-Intervention bei allen Beteiligten (Interviews mit Praxispädiater*innen der IG, Familien der IG und Netzwerkpartner*innen aus Kreisen mit IG-Praxen) hoch ist und das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis der PATH-Intervention als positiv bewertet werden kann. Mittels videogestützter Beobachtung wurde ferner die Umsetzung der in der PATH-Intervention erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten durch die Praxispädiater*innen unter Praxisbedingungen untersucht (Treatmentintegrität). Die untersuchten Outcomes und aufgestellten Hypothesen sind in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2: Outcomes und Hypothesen der PATH-Evaluation.

	OUTCOME	HYPOTHESE
Primärer Endpunkt		
	Inanspruchnahme Früher Hilfen durch belastete Familien	H1: Der Anteil psychosozial belasteter Familien, die mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen, ist in der IG höher als in der KG.
Sekundäre Endpunkte		
	Identifikation belasteter Familien	H2a: Der Anteil psychosozial belasteter Familien, die als solche identifiziert werden, ist in der IG höher als in der KG.
	Informierung belasteter Familien	H2b: Der Anteil psychosozial belasteter Familien, die über mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen informiert werden, ist in der IG höher als in der KG.
	Motivierung zur Inanspruchnahme Früher Hilfen	H2c: Der Anteil psychosozial belasteter Familien, die zur Inanspruchnahme von mindestens einem Angebot der Frühen Hilfen motiviert werden, in der IG höher ist als in der KG.
	Akzeptanz der PATH-Intervention	H3: Die Akzeptanz der PATH-Intervention ist bei alle beteiligten Akteuren - Praxispädiater*innen, psychosozial belastete Familien, Netzwerkpartner*innen - hoch.

	Kosten-Effektivitätsverhältnis	H4: Die Kosten der PATH-Intervention sind angemessen. Das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis der PATH-Intervention ist insgesamt als positiv zu bewerten.
	Treatmentintegrität: Beobachtung der Umsetzung der in der PATH-Intervention erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten durch die Praxispädiater*innen unter Praxisbedingungen.	

4. Projektdurchführung

4.1. Beschreibung der Intervention

Die PATH-Intervention, wie sie in Baden-Württemberg seit 2010 umgesetzt wird, umfasst zwei zentrale Elemente: interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ) und ein eintägiges Schulungsprogramm für Praxispädiater*innen.

An den Interprofessionellen Qualitätszirkeln Frühe Hilfen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg nehmen Praxispädiater*innen und Fachkräfte der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Frühen Hilfen, sowie Angehörige weiterer Berufsgruppen (z.B. Gynäkolog*innen, Psychotherapeut*innen) regelmäßig teil (zwei- bis viermal jährlich). Speziell geschulte Moderationstandems, bestehend aus Praxispädiater*innen und Mitarbeiter*innen der Kinder- und Jugendhilfe, leiten die IQZ (Siebolds et al., 2016). Anhand von strukturierten, anonymisierten Fallbesprechungen zu belasteten Familien soll ein gemeinsames Fallverständnis entwickelt werden (siehe Anlage 27, IQZ_Fallgeschichten und Anlage 28, IQZ_Familienfallkonferenz). Hierbei wird besprochen und abgewogen, inwieweit Angebote der Frühen Hilfen vor Ort individuell passende Unterstützungsmöglichkeiten bieten. Durch die regelmäßige Teilnahme an den IQZ sollen die Teilnehmenden einen Überblick über die Vielfalt medizinischer und psychosozialer Unterstützungsangebote für junge Familien erwerben und unterschiedliche Berufsfelder und ihre jeweiligen Perspektiven, Handlungsabläufe und -möglichkeiten kennenlernen. Dadurch sollen der fachliche Austausch sowie die Kooperation und Vernetzung auf Augenhöhe verbessert werden.

Neben den Qualitätszirkeln umfasst die PATH-Intervention eine einmalige, eintägige Schulung (seit 2022 von der Bundesstiftung Frühe Hilfen finanziert), in der die Praxispädiater*innen in klinischer Fallfindung und der Technik des motivierenden Elterngesprächs fortgebildet werden (Siebolds & Münzel, o.J.) (siehe Anlage 22, Programm_Schulung; Anlage 23, Schulung_Fallfindung; Anlage 24, Schulung_Motivierendes_Elterngespräch; Anlage 25, Vortrag_Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen).

Die klinische Fallfindung basiert auf der ärztlichen Einschätzung, ob bei einer Familie psychosoziale Belastungen vorliegen. Hinweise auf psychosoziale Belastungen können insbesondere durch Beobachtung und im Elterngespräch gewonnen werden. Ist sich die*der Praxispädiater*in sicher, dass Belastungen vorliegen, die Unterstützung bedürfen, so erfolgt im Rahmen des motivierenden Elterngesprächs die Informierung über Angebote der Frühen Hilfen und im Bedarfsfall die Motivierung zur Inanspruchnahme dieser Angebote. Ist sich die*der Praxispädiater*in bezüglich der Belastungssituation der Familie unsicher, steht den Praxispädiater*innen der „Postnatale Erhebungsbogen 'Frühe Hilfen'“ der KV-BW (Siebolds et al 2016, Siebolds 2020a) (siehe Anlage 26, Postnataler_Erhebungsbogen_Fruehe_Hilfen_Kinderärzte) zur Verfügung, um wahrgenommene Hinweise auf psychosoziale Belastungen gemeinsam mit der Familie zu besprechen. Dieser Bogen und seine Anwendung sind Bestandteile der PATH Schulung. Die Schwerpunkte der Schulung liegen somit auf (1) spezifischen Aspekten der Gesprächsführung des*der Praxispädiater*in zur Evokation von elterlichen Sichtweisen (z.B. offene Fragen, narrative Aufforderungen zur Schilderung der Lebensumstände und aktives Zuhören); (2) Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung zur Förderung der elterlichen Veränderungsbereitschaft durch Herstellen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre (Joining) und gemeinsames Herausarbeiten veränderungsrelevanter Themen (Williams & Wright, 2014); (3) Informieren zu Angeboten der Frühen Hilfen oder anderen infrage kommenden Hilfen; (4) Klären der elterlichen Änderungsintentionen bezüglich der Nutzung von Frühen Hilfen und (5), unter Beachtung der elterlichen Entscheidungsverantwortung, Bestärkung und Unterstützung der Familien, Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch zu nehmen.

4.2. Beschreibung der Projektdurchführung

Die Ansprache der Praxispädiater*innen der IG, erfolgte im ersten Schritt durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV-BW), im Weiteren unterstützt durch das Projektbüro des NZFH. Die Rekrutierung der Praxispädiater*innen der KG erfolgte unter Mitwirkung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Bayern (BVKJ-Landesverband Bayern). Die Rekrutierung der Netzwerkpartner*innen erfolgte ebenfalls durch die KV-BW und das Projektbüro des NZFH.

Zu Beginn des Projekts erhielten die teilnehmenden Arztpraxen eine Einweisungsschulung per Videokonferenz (siehe Anlage 19, PATH_Einweisungsschulung_IG und Anlage 20, PATH_Einweisungsschulung_KG). Die Praxispädiater*innen der IG nahmen zusätzlich an einer einstündigen digitalen Kurzschulung zur Auffrischung der Interventionsinhalte teil (Compliance Supervision) (siehe Anlage 21, PATH_Compliance_Supervision_Arbeitsblätter). Alle Kinderarztpraxen wurden mit den zur Rekrutierung der Familien erforderlichen Unterlagen ausgestattet (siehe Anlage 1, Teilnahme-Information Eltern und Anlage 2, Einwilligungserklärung Eltern). Während der Rekrutierungsphase informierten die Pädiater*innen alle Eltern, die mit ihrem Kind zu einer U3-U7-Früherkennungsuntersuchung in die Praxen kamen, über die Studie und holten bei Eltern, die Interesse bekundeten, eine schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme ein. Dabei erfolgte eine enge Begleitung der Arztpraxen durch das Projektbüro des NZFH (Studien-Monitoring). Dieses Studien-Monitoring diente einerseits dazu, bei Bedarf offene Fragen der Arztpraxen klären zu können und andererseits die Rekrutierung zu steuern und die Praxen um eine intensiviertere Ansprache der Familien zu bitten (z.B. bzgl. Teilnahme an der Beobachtungsstudie, siehe Abschnitt 4.2.1.). Der Rücklauf der Einwilligungserklärungen der Familien wurde dokumentiert und daran anschließend die Versendung des Online-Fragebogens an die Familien (Abschnitt 5.2.1) ausgelöst. Die Befragung der Praxispädiater*innen (Abschnitt 5.2.2) fand zum einen direkt nach der U-Untersuchung mit einer teilnehmenden Familie statt (Arztfragebogen, der für jede teilnehmende Familie auszufüllen war), und zum anderen am Ende der Rekrutierungsphase (Confounder-Bogen). Die Telefoninterviews mit Familien, IG-Praxispädiater*innen und Netzwerkpartner*innen (Abschnitt 5.4.), die videogestützten Beobachtungen bei Praxispädiater*innen der IG (Abschnitt 5.5) sowie die gesundheitsökonomischen Analysen (Abschnitt 5.3) erfolgten parallel zur quantitativen Befragung der Familien. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Praxispädiater*innen 90€ für die Teilnahme an der Einweisungsschulung, 60€ für die Teilnahme an der Compliance Supervision, 60€ pro rekrutierter Familie und 60€ für die Teilnahme am qualitativen Interview (IG). Die Familien erhielten für die vollständige Teilnahme an der Fragenbogenerhebung (Beantwortung zu allen drei Messzeitpunkten) eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30€. Die am qualitativen Interview teilnehmenden Familien erhielten zusätzlich 30€ als Aufwandsentschädigung.

4.2.1. Erfahrungen mit der Rekrutierung

Im Projekt gab es an verschiedenen Stellen erhebliche Rekrutierungsschwierigkeiten. Zum einen gestaltete sich die Rekrutierung der Kinderarztpraxen schwierig. Aufgrund der pandemischen Situation zu Beginn des Projekts und der daraus resultierenden erhöhten Arbeitsbelastung der Praxispädiater*innen, konnten die Kooperationsvereinbarungen mit den teilnehmenden Arztpraxen nur mit Verzögerung und mit einer reduzierten Fallzahl an Praxispädiater*innen geschlossen werden. Aufgrund der erschwerten Rekrutierungsbedingungen konnte das geplante Matching der Praxispädiater*innen der IG und KG nach Geschlecht und regionalen Merkmalen der Arztpraxis (ländlich vs. städtisch und sozioökonomisches Umfeld) nicht umgesetzt werden (sog. retrospektiver Matched-Pair-Ansatz). Zur Kontrolle von potentiellen Unterschieden zwischen den Gruppen hinsichtlich dieser basalen Merkmale erfolgte in den Analysen eine statistische Adjustierung (Propensity Score Adjustierung, siehe Abschnitt 5.2.3.). Darüber hinaus verlief die Rekrutierung von Familien für den Studienabschnitt der videogestützten Beobachtungen nur sehr schleppend. Gründe hierfür können am erhöhten Informations- und Aufklärungsaufwand der Praxen für diese Teilstudie und an einer möglicherweise bestehenden Zurückhaltung der Teilnehmer*innen gegenüber Videoaufzeichnungen liegen. Auch könnte in einigen Praxen der Grund für die Videoaufzeichnung (Beobachtung des ärztlichen Verhaltens zur Evaluation der PATH-Intervention), den Eltern nicht hinreichend vermittelt worden sein. Aufgrund dieser erschwerten Rekrutierung für die Beobachtungsstudie wurde im Oktober 2021 das Einschlusskriterium für die Familien von ursprünglich 3 auf 2 psychosoziale Belastungen (gemäß dem psychosozialen Belastungsindex, PSB-Score) herabgesetzt, das Rekrutierungsende von ursprünglich 31.12.2021 auf 31.03.2022 verlängert und die Kontaktierung der Praxen durch das Studien-Monitoring intensiviert. Die Rekrutierung für die

qualitativen Telefoninterviews verlief insgesamt plangemäß. Jedoch war eine bewusste Fallauswahl aufgrund der geringen Anzahl zur Verfügung stehender Teilnehmenden nur eingeschränkt möglich, weswegen auch hier die Einschlusskriterien für die Familien adaptiert wurden (arztseitige Einschätzung als belastet *oder* mit Unterstützungsbedarf). Dagegen verlief die Gewinnung von Familien für den Studienabschnitt der quantitativen Befragung mittels Online-Fragebogen sehr gut. Zu allen Messzeitpunkten konnte die angestrebte Fallzahl übertroffen werden (s. Abschnitt 6.1.1).

5. Methodik

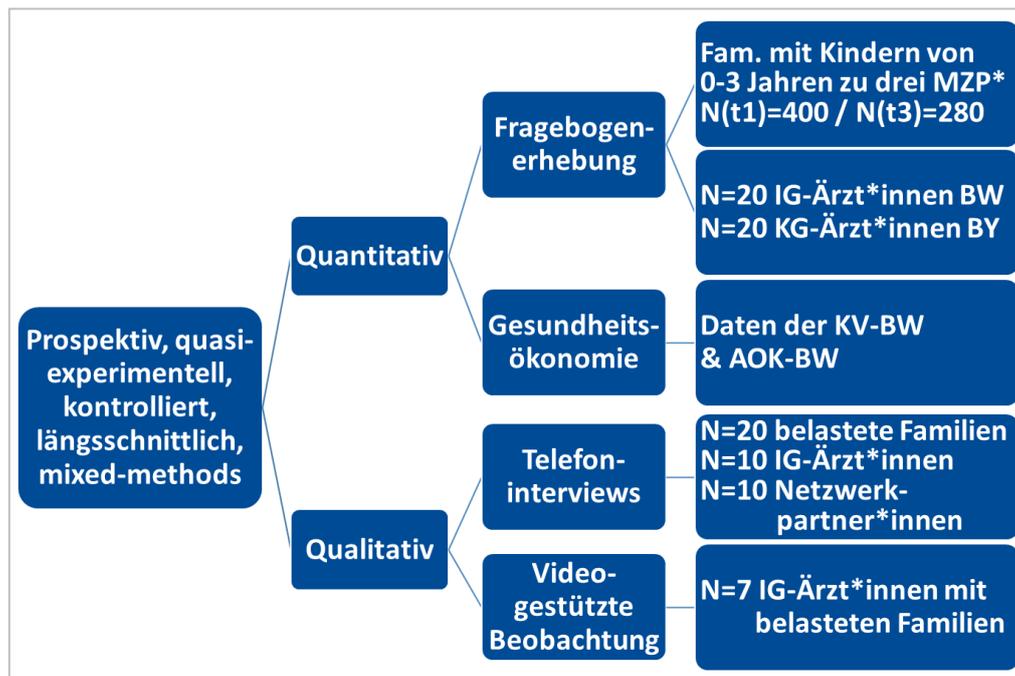
5.1 Studiendesign und Zielpopulation

Die PATH-Studie war als eine prospektive quasi-experimentelle Evaluationsstudie mit kontrolliertem (matched-pair Ansatz), longitudinalem Mixed-Methods Design konzipiert (Campbell et al., 2000). Sie umfasste sowohl quantitative als auch qualitative Methoden. Dabei wurden verschiedene Datenerhebungszugänge (Fragebogen, Interviews, videogestützte Beobachtungen, Routinedaten) und verschiedene Datenquellen (Familien mit Kindern von 0-3 Jahren, Praxispädiater*innen, Netzwerkpartner*innen der Frühen Hilfen, KV-BW, AOK Baden-Württemberg) genutzt.

Die Zielpopulation des Forschungsprojekts setzte sich aus den drei Akteursgruppen zusammen, die an der PATH-Intervention beteiligt sind: Praxispädiater*innen, Familien mit kleinen Kindern (0-3 Jahre) und Netzwerkpartner*innen der Frühen Hilfen (zu den Einschlusskriterien für die einzelnen Studienabschnitte siehe Abschnitte 5.2, 5.4 und 5.5). Für alle drei Gruppen war eine schriftlich unterzeichnete Einverständniserklärung (informed consent) Voraussetzung für die Studienteilnahme.

In Abbildung 2 ist das Studiendesign mit allen Studienabschnitten zur Veranschaulichung dargestellt. Die quantitative Datenerhebung umfasste die Befragung von Familien und Praxispädiater*innen mittels Fragebogen zur Überprüfung des primären und der sekundären Outcomes, sowie gesundheitsökonomische Analysen von Routinedaten der KV-BW und AOK Baden-Württemberg zur Evaluation der Kosten-Effektivität der PATH-Intervention. Unter den qualitativen Methoden kamen einerseits Telefoninterviews mit Familien, Praxispädiater*innen und Netzwerkpartner*innen zum Einsatz, um deren Akzeptanz der Intervention zu evaluieren. Zum anderen wurden videogestützte Beobachtungen der U-Untersuchungen durchgeführt, um die Treatmentintegrität der IG-Praxispädiater*innen zu untersuchen. Die qualitativen Studienteile (Interviews, Beobachtungen) sollten auch einem vertieften Verständnis der auf Basis der quantitativen Daten gewonnenen Studienergebnisse dienen. Die verschiedenen Studienabschnitte hatten mit ihrer jeweiligen Forschungsfrage eine eigene thematische Schwerpunktsetzung, die übergeordnete Forschungsfrage nach der Effektivität der PATH-Intervention bildete die gemeinsame Klammer. Die Integration der Daten erfolgte am Ende des Forschungsprojekts auf der Ergebnisebene, indem die Ergebnisse gegenübergestellt und gemeinsam diskutiert wurden.

Die PATH-Studie wurde zwischen August 2020 bis Ende Dezember 2023 durchgeführt (inklusive kostenneutraler Verlängerung von 5 Monaten). Die Rekrutierung der Familien erfolgte zwischen Juni 2021 und April 2022. Die Daten wurden zwischen Juni 2021 und November 2022 erhoben.



*MZP=Messzeitpunkt; N=Anzahl Teilnehmender; t1=erster Messzeitpunkt bis zu 7 Tagen nach der U-Untersuchung; t3=dritter Messzeitpunkt 6 Monate nach der U-Untersuchung; IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe; BW=Baden-Württemberg; BY=Bayern; KV=Kassenärztliche Vereinigung.

Abbildung 2: Studiendesign der PATH-Studie.

5.2 Quantitative Befragung der Familien und Praxispädiater*innen

5.2.1 Befragung der Familien

Stichprobe und angestrebte Fallzahl

Einschlusskriterium für die Familien war, dass sie von einer* einem Praxispädiater*in der IG bzw. KG betreut werden und mit ihrem Kind eine U3 – U7 besucht haben (= U-untersuchungen für das Zielalter der Kinder von 0 – 3 Jahren). Eine Studienteilnahme war in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Italienisch oder Türkisch möglich. Die Fallzahlkalkulation (berechnet mit dem Programm G*Power) war auf die Hypothesenprüfung des primären Outcomes ausgerichtet und basierte auf einer Teststärke von 0.80, einem Signifikanzniveau von 5% und dem erwarteten Effekt, dass 50% der IG-Familien im Vergleich zu 10% der KG-Familien mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen nutzen würden. Für den Nachweis eines signifikanten Effekts zwischen den Gruppen IG und KG auf dem primären Outcome wurden zum dritten Messzeitpunkt (t3) mindestens N = 42 psychosozial belastete Familien benötigt. Unter der Annahme, dass etwa 15% der teilnehmenden Familien unter psychosozial belasteten Bedingungen leben, war zum dritten Messzeitpunkt eine Stichprobengröße von insgesamt N = 280 teilnehmende Familien (42 Familien/15%) erforderlich. Da von einem Dropout von 30% ausgegangen wurde, wurde eine Fallzahl von insgesamt N = 400 Familien (280 Familien/70%) zum ersten Messzeitpunkt angestrebt.

Datenerhebung und Messzeitpunkte

Die quantitative Befragung der Familien fand zu drei Messzeitpunkten statt und wurde als Online-Umfrage über das webbasierte Softwaretool REDCap (Harris et al., 2009 & 2019) implementiert. Teilnahmebereite Eltern erhielten zu jedem Messzeitpunkt einen individuellen Link an ihre E-Mail-Adresse geschickt, mit welchem sie an der Online-Befragung teilnehmen konnten. Dieser Link war jeweils für sieben Tage gültig. Der erste Messzeitpunkt sollte bis zu 7 Tage nach einer U-Untersuchung (U3-U7) in der kinderärztlichen Praxis stattfinden (t1), der zweite Messzeitpunkt 6 Wochen nach der U-Untersuchung (t2) und der dritte Messzeitpunkt 6 Monate nach der U-Untersuchung (t3). Der Fragebogen wurde in vier Sprachen angeboten (Deutsch, Arabisch, Türkisch und Italienisch) und sollte zu jedem Messzeitpunkt vom gleichen Elternteil ausgefüllt werden. Die deutschsprachigen Fragebögen aller Messzeitpunkte befinden sich in der Anlage (siehe Anlage 3 – 5, Elternfragebogen t1, t2, t3).

Operationalisierung der Endpunkte

Erfassung der psychosozialen Belastung

Die Zielgruppe der Frühen Hilfen und damit auch der Evaluationsstudie der PATH-Intervention sind *psychosozial belastete* Familien. Die Erfassung psychosozialer Belastungen erfolgte in Anlehnung an die Studie KID 0-3 (Eickhorst et al., 2016; Renner et al., 2023a über einen Index (PSB-Score). Indizes sind dadurch gekennzeichnet, dass sie verschiedene Indikatoren besitzen, die die Ausprägung auf dem zu erfassenden Konstrukt, der latenten Variablen, erklären (Bühner, 2021). Der eingesetzte Index misst die psychosoziale Belastung einer Familie (latente Variable) demnach anhand einer Vielzahl verschiedener Belastungsfaktoren (Indikatoren), die zur psychosozialen Belastung einer Familie beitragen können. Hierfür wurden im familienseitigen Online-Fragebogen zu t1 23 verschiedene (potentielle) Belastungen erfragt (siehe Anlage 6, Tabelle Operationalisierung der psychosozialen Belastung). Diese 23 Belastungsfaktoren können in fünf Bereiche unterteilt werden: „Lebenssituation der Familie“, „Persönliche Voraussetzungen für die Bewältigung der Fürsorgeanforderungen“, „Psychische Gesundheit“, „Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber dem Kind“, „Besondere Fürsorgeanforderungen durch das Kind“, und „Problematisches Fürsorgeverhalten“. Im Abgleich der Werte einer Familie auf den einzelnen Belastungen mit den zugehörigen Grenzwerten (siehe Anlage 6) wurde dann bestimmt, wie viele Belastungsfaktoren eine Familie aufweist. Die Summe an vorliegenden Belastungsfaktoren einer Familie bildete deren PSB-Score. Bei einem PSB-Score von 1 wurde von einer mindestens geringfügigen Belastung ausgegangen, bei einem PSB-Score von 3 oder mehr wurde wie in vorangegangenen Studien eine mindestens erhebliche psychosoziale Belastung der Familie angenommen (Clauß et al., 2014; Lorenz et al., 2020). Diese Kategorisierung diente als Grundlage zur Bestimmung der Analysetichprobe für die jeweilige Fragestellung.

Angebote der Frühen Hilfen

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Familien zu 14 verschiedenen Hilfeangeboten befragt, wovon 7 in die Hypothesenprüfung eingingen. Diese 7 Hilfsangebote stellen zentrale Angebote der Frühen Hilfen dar und erfüllen die vom Projektteam vorab definierten Kriterien:

Das Angebot...

1. richtet sich insbesondere auch an Familien in Belastungslagen/ mit Belastungen,
2. richtet sich *auch* (aber nicht zwingend ausschließlich) an Familien mit Kindern von 0-3 Jahren,
3. ist psychosozial ausgerichtet,
4. ist im lokalen Sozialraum verankert und bietet damit die Möglichkeit einer Vernetzung zwischen den Angeboten im Sozialraum,
5. ist vom Arzt / von der Ärztin vermittelbar, d.h. es kann vom Arzt / von der Ärztin direkt empfohlen werden und
6. ist nicht krankenkassenfinanziert.

Die Hypothesenprüfung erfolgte demnach für die folgenden 7 Angebote:

- regionale Fachstellen der „Frühen Hilfen“ bzw. Koordinierende Kinderschutzzstellen „KoKi“
- längerfristige regelmäßige Betreuung durch eine Familienhebamme oder eine*n Kinderkrankenpfleger*in über die reguläre Wochenbettbetreuung hinaus (bis zu 12 Monate)
- mehrmalige ehrenamtliche Besuche (längerfristige, regelmäßige Unterstützung zuhause durch eine*n Ehrenamtliche*n, z.B. eine Familienpatin)
- Beratungsangebote in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle (z.B. zu Entwicklung, Trennung, allgemeinen Erziehungsfragen)
- spezielle Beratungsangebote (z.B. zum Schreien / Schlafen / Füttern des Kindes)
- spezielle Angebote für z.B. für Alleinerziehende, Migrantinnen bzw. Migranten
- Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum (z.B. Elterncafé).

Die Operationalisierung der Endpunkte Inanspruchnahme, Informierung und Motivierung bezog sich auf diese 7 Angebote der Frühen Hilfen. Die Erfassung dieser Endpunkte wurde durch die einleitende Frage gefiltert, ob der Familie das erfragte Angebot bekannt ist („Mir sind [Angebot X] bekannt.“, Antwortkategorien Ja/Nein). Nur im Falle des Bekanntseins des Angebots wurde die Familie dazu befragt, ob die*der Praxispädiater*in sie darüber informiert und zur Inanspruchnahme motiviert hat, und ob sie das Angebot genutzt hat.

Primärer Endpunkt

Die Inanspruchnahme Früher Hilfen durch psychosozial belastete Familien (Hypothese 1) wurde über die dichotome Frage operationalisiert, ob die Familie das erfragte Angebot genutzt hat oder nicht („Ich habe dieses Angebot genutzt.“, Antwortoptionen: Ja/Nein). Eine Inanspruchnahme lag vor, wenn eine Familie bis zu 6 Monate nach der U-Untersuchung (t3) mindestens eines der sieben Angebote der Frühen Hilfen (zu mindestens einem der drei Messzeitpunkte) genutzt hatte. Keine Inanspruchnahme lag vor, wenn eine Familie bis zu 6 Monate nach der U-Untersuchung die Nutzung der oben genannten Angebote zu allen Messzeitpunkten verneint hatte. Wurden zu allen Messzeitpunkten keine Angaben zur Nutzung der sieben Angebote gemacht (fehlende Werte), konnte das Outcome nicht gebildet und die Familie nicht in die Analyse des primären Endpunkts einbezogen werden.

Sekundäre Endpunkte

Gemäß Hypothese 2a war der sekundäre proximale Endpunkt die Identifikation von psychosozial belasteten Familien durch die Praxispädiater*innen. Zur Prüfung des erwarteten Gruppenunterschieds wurden zwei Datenquellen miteinander in Bezug gesetzt, über die die psychosoziale Belastung der Familien erfragt wurde: die Familien und der*die Praxispädiater*in. Im familienseitigen Online-Fragebogen wurden die oben genannten Belastungen erfragt, auf deren Basis für jede Familie ein PSB-Score ermittelt wurde. Im Rahmen der arztseitigen Befragung unmittelbar nach der U-Untersuchung wurde der*die Praxispädiater*in gebeten einzuschätzen, ob die Familie psychosozial belastet ist („Schätzen Sie die Familie als psychosozial belastet ein?“). Die Antwortoption war dichotom (ja/nein). Wenn der*die Arzt*in eine Familie, für die auf Basis des Online-Fragebogens mindestens ein Belastungsfaktor (PSB ≥ 1 , mind. geringfügig belastet) ermittelt wurde, als psychosozial belastet einschätzte, galt die Familie als vom Arzt identifiziert.

Gemäß den Hypothesen 2b und 2c waren die sekundären proximalen Endpunkte der Anteil der psychosozial belasteten Familien, die von den Praxispädiater*innen über die Angebote der Frühen Hilfen informiert und zu deren Inanspruchnahme motiviert wurden. Im Rahmen der familienseitigen Online-Befragung wurde zu allen Messzeitpunkten erfragt, ob der*die Praxispädiater*in die Familie über das jeweilige Angebot informiert hat („Die Kinderärztin/ Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.“, Antwortoptionen: Ja/Nein). Die Motivierung der Familien zur Inanspruchnahme eines Angebots der Frühen Hilfen wurde darüber operationalisiert, dass die Familien gefragt wurden, ob der*die Praxispädiater*in eine Nutzung des Angebots konkret empfohlen hat („Die Kinderärztin/ Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.“, Antwortoptionen: Ja/Nein). Eine Informierung bzw. Motivierung der Familien durch die Praxispädiater*innen lag vor, wenn eine Familie bis zu 6 Monate nach der U-Untersuchung (t3) über mindestens eines der oben genannten sieben Angebote der Frühen Hilfen informiert wurde bzw. zur Inanspruchnahme von mindestens einem der sieben Angebote motiviert wurde.

Eine Übersicht über die Operationalisierung der Endpunkte, Datenquellen und Erhebungszeitpunkte bietet Tabelle 3.

Tabelle 3: Operationalisierung der Endpunkte, Datenquellen und Messzeitpunkte.

Variable	Datenquelle	Operationalisierung	t1	t2	t3
Inanspruchnahme	Familien	Ich habe dieses Angebot genutzt. (ja/nein)	x	x	x
Identifikation psychosozial belasteter Fam.	Familien	PSB-Index	x		
	Praxispädiater*innen	Schätzen Sie die Familie als psychosozial belastet ein? (ja/nein)	x		
Informierung	Familien	Die Kinderärztin/ Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. (ja/nein)	x	x	x

Motivierung	Familien	Die Kinderärztin/ Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. (ja/nein)	x	x	x
-------------	----------	---	---	---	---

Anmerkung: Fam. = Familie, PSB = Psychosoziale Belastung.

Neben den primären und sekundären Endpunkten wurden Angaben zur Soziodemographie, die Zufriedenheit mit genutzten Angeboten der Frühen Hilfen, Gründe für die Nicht-Nutzung von Angeboten, die Intention das erfragte Angebot noch zu nutzen, die Zufriedenheit mit dem Ausmaß erhaltener Informationen, das Selbstwirksamkeitserleben sowie Belastungen aufgrund der Corona Pandemie erhoben. Die vollständigen Inhalte der familienseitigen (deutschsprachigen) Fragebögen zu den drei Messzeitpunkten sind in Anlage 3 – 5 dargestellt.

5.2.2 Befragung der Praxispädiater*innen

Stichprobe und angestrebte Fallzahl

Für die IG wurden Praxispädiater*innen rekrutiert, die ihren Praxissitz in Baden-Württemberg haben. Einschlusskriterium war die Teilnahme an mindestens zwei IQZ Frühe Hilfen in den letzten zwei Jahren sowie an der Interventionsschulung der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV-BW) oder an einer vergleichbaren Schulung zum Thema Frühe Hilfen bzw. Versorgung psychosozial belasteter Familien. Für die KG-Praxispädiater*innen wurden keine spezifischen Einschlusskriterien formuliert. Die angestrebte Fallzahl für die Stichprobe der Praxispädiater*innen betrug jeweils $n = 20$ pro Gruppe (IG/KG).

Datenerhebung und Messzeitpunkte

Die teilnehmenden Praxispädiater*innen beider Gruppen (IG und KG) füllten nach jeder U-Untersuchung mit einer am Projekt teilnehmenden Familie einen kurzen Papier-Fragebogen zur Einschätzung der familiären Belastungssituation aus (siehe Anlage 7, Arztfragebogen IG-Version und Anlage 8, Arztfragebogen KG-Version). Zur Prüfung der Hypothese 2a (der Anteil identifizierter psychosozial belasteter Familien ist in der IG höher als in der KG) sollten die Ärzt*innen angeben, ob sie die Familie als psychosozial belastet einschätzen oder nicht. Im Falle einer als psychosozial belastet eingeschätzten Familie folgten weitere Fragen zum Ausmaß der Belastung und der Ansprache der wahrgenommenen Belastung. Unabhängig von der Belastungseinschätzung wurde gefragt, ob die Praxispädiater*innen bei der Familie einen Bedarf für zusätzliche Unterstützungsangebote sehen.

Am Ende der Rekrutierungsphase füllten die Praxispädiater*innen einmalig einen Papier-Fragebogen zu Merkmalen ihrer Person und zur Beschreibung der kinderärztlichen Praxis (den sog. Confounder-Fragebogen; siehe Anlage 9, Confounderbogen) aus. Zum einen wurden damit basale, von der Intervention unabhängige Merkmale der Praxispädiater*innen (z.B. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung) und der Praxis (z.B. die Art der Praxis: Einzel- oder Gemeinschaftspraxis) erhoben, hinsichtlich derer sich die beiden Gruppen ähneln sollten. Zur statistischen Kontrolle von eventuellen Unterschieden zwischen den Gruppen, da das geplante Matching nicht erfolgreich realisiert werden konnte (s. Abschnitt 4.2.1.), wurden diese erfassten Variablen in der sogenannten Propensity-Score Adjustierung herangezogen (s. ff. Abschnitt 5.2.3.). Zum anderen beinhaltete der Confounder-Bogen Fragen zu Themen wie z.B. dem Erkennen psychosozialer Belastungen, der Vertrautheit mit dem Konzept der Frühen Hilfen und dem Ausmaß der Vernetzung der Praxis mit Angeboten der Frühen Hilfen. Hinsichtlich dieser Merkmale wurden Unterschiede zwischen den Gruppen erwartet.

5.2.3 Auswertungsmethoden zur Prüfung der Hypothesen

Den Auswertungen gingen umfangreiche Qualitätsprüfungen der Daten voraus (z.B. Plausibilitätsprüfungen der Wertebereiche der Daten), um eine valide Datengrundlage für die Analysen zu gewährleisten. Über das Pseudonym (Identifikationsnummer), das für jede teilnehmende Familie vergeben wurde, konnten die familienseitigen Daten der Selbstauskunft im Online-Fragebogen zu den drei Messzeitpunkten mit den Daten der ärztlichen Einschätzung zur familiären Belastungssituation für die Auswertungen zusammengeführt werden. Auf diese Weise wurde ein Gesamtdatensatz erstellt, welcher Daten dieser beiden Datenquellen und über alle Messzeitpunkte hinweg umfasste.

Die Grundlage zur Prüfung der primären Hypothese der Inanspruchnahme Früher Hilfen bildete die Stichprobe der Familien, für die auf Basis ihrer Selbstauskunft ein PSB-Score von mindestens 3 ermittelt wurde (mindestens erheblich belastet) und für die das primäre Outcome gebildet werden konnte (s. Abschnitt 5.2.1. für die Operationalisierung). Diese Stichprobe wurde ebenfalls zur Prüfung der sekundären Outcomes der Informierung und Motivierung zu Inanspruchnahme herangezogen. Diese angelegte Mindestgrenze an Belastungsfaktoren begründet sich darin, dass ab 3 oder mehr Belastungsfaktoren die familiäre Belastungslage für die kindliche Entwicklung wahrscheinlich bedeutsam ist und die Familie Unterstützungsbedarf aufweist, für die die Frühen Hilfen passende Hilfeangebote bieten. Zur Prüfung der Hypothese der Identifikation psychosozial belasteter Familien wurden alle Familien betrachtet, für die auf Basis ihrer Selbstauskunft ein PSB-Score von mindestens 1 ermittelt wurde (mindestens geringfügig belastet). Diese Belastungsgrenze begründet sich darin, dass eine durch die PATH-Intervention verbesserte Identifikation psychosozialer Belastungen bei den IG-Praxispädiater*innen auch dann beurteilbar sein sollte, wenn eine Familie geringfügig belastet ist, d.h. mindestens einen psychosozialen Belastungsfaktor aufweist.

Vorbereitung der Auswertungen

Analyse fehlender Werte

Im Vorfeld der Hypothesentestungen wurde der Anteil fehlender Werte im familienseitigen Fragebogen ermittelt, die Ursachen fehlender Werte analysiert und eventuelle Unterschiede hinsichtlich des Fehlens zwischen den Gruppen untersucht. Hierfür wurden die fehlenden Werte auf dem primären Outcome der Inanspruchnahme als zentraler Endpunkt der Studie betrachtet. Zum einen wurde der Anteil fehlender Werte auf dem primären Outcome für die Gesamtstichprobe und pro Gruppe bestimmt. Zum anderen wurde geprüft, ob es substanzielle Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. In einem zweistufigen Verfahren wurde analysiert, ob es a) Hinweise darauf gibt, dass das Fehlen auf dem primären Outcome nicht zufällig ist (Ursache des Fehlens) und ob sich b) das nicht zufällige Fehlen auf die Ergebnisse auswirken könnte.

Design-Effekt

Da jeweils mehrere der teilnehmenden Familien von den gleichen Praxispädiater*innen betreut wurden, sind die Daten nicht unabhängig, sondern liegen in sogenannten Clustern vor. Diese Datenstruktur legt die Verwendung von Mehrebenenmodellen zur Hypothesenprüfung nahe. Zur Prüfung, ob Mehrebenenmodelle notwendig sind, wurde der Design-Effekt (Muthen & Satorra, 1995) für das primäre Outcome und die sekundären Outcomes bestimmt. Dabei wurde vorab eine Grenze des Design-Effekts von $> 1,1$ angelegt (Lai & Kwok, 2015), wonach die Anwendung von Mehrebenenmodellen erforderlich ist.

Propensity-Score Adjustierung

Zur Kontrolle von eventuellen Unterschieden zwischen den Gruppen IG und KG auf Ebene der Praxispädiater*innen und der Familien hinsichtlich potentiell konfundierender Merkmale wurde ein Propensity-Score gebildet. Dieser bestand aus familien- und arztseitigen Variablen und einer studienbezogenen Variable (Zeit zwischen U-Untersuchung und Beantwortung des ersten Online-Fragebogens [t1] in Tagen). Diese Variablen beschreiben basale, interventionsunabhängige Merkmale, d.h. es wurde kein Einfluss der PATH-Intervention auf diese Variablen angenommen. Insgesamt bestand der Propensity-Score aus 12 Variablen, die in Tabelle 4 dargestellt sind. Die Adjustierung von eventuellen Unterschieden zwischen den Gruppen erfolgte durch den Einbezug des Propensity-Scores als Kontrollvariable in den logistischen Regressionsanalysen der Hypothesenprüfungen (Vansteelandt & Daniel, 2014).

Tabelle 4: Variablen, die in die Bildung des Propensity-Scores eingingen.

Datenquelle	Variable
Familienseitiger Online-Fragebogen	Alter des Kindes (in Monaten)
	Geschlecht des Kindes
	Geschlecht des antwortenden Elternteils

	Migrationsstatus
	Einkommen des Haushalts (binär: < 3000 € vs. ≥ 3000 €)
Studienbezogen	Bearbeitungsverzögerung des Fragebogens (in Tagen)
Arztseitiger Confounder-Fragebogen	Alter des*der Praxispädiater*in
	Geschlecht des*der Praxispädiater*in
	Berufserfahrung als Praxispädiater*in
	Berufserfahrung in einer niedergelassenen Praxis
	Art der Praxis (Einzel- vs. Gemeinschaftspraxis)
	Anzahl durchgeführter U-Untersuchungen im Monat

Analyse der primären und sekundären Outcomes

Die Hauptanalysen des primären Outcomes der Inanspruchnahme und der sekundären Outcomes (Identifikation, Informierung, Motivierung) erfolgten nach dem gleichen statistischen Vorgehen, das in dem vorab veröffentlichten Studienprotokoll im Detail beschrieben wurde (Metzner et al., 2022). Zur Analyse der Outcomes wurden binäre logistische Regressionsanalysen berechnet. Zur Kontrolle potentiell konfundierender Merkmale wurde eine Propensity-Score Adjustierung vorgenommen. Um die Zugehörigkeit der Familien zu den sie behandelnden Pädiater*innen (und die damit einhergehende Abhängigkeit der Daten) zu berücksichtigen, wurden die logistischen Regressionsanalysen zur Hypothesenprüfung als Mehrebenenmodelle berechnet, in denen die Zugehörigkeit der Familien zu ihren Pädiater*innen als zufälliger Effekt einbezogen wurde.

Wie ebenfalls im Studienprotokoll im Detail beschrieben, wurde die Robustheit des in der Hauptanalyse ermittelten Ergebnisses für das primäre Outcome (Inanspruchnahme Früher Hilfen) mit Hilfe von Sensitivitätsanalysen überprüft. Die erste Sensitivitätsanalyse (SA) bestand darin, die Hypothesenprüfung ohne Propensity-Score Adjustierung vorzunehmen (SA1). Das heißt, im Gegensatz zur Hauptanalyse wurde in dieser Sensitivitätsanalyse nicht für potentiell konfundierende Merkmale kontrolliert. Die zweite Sensitivitätsanalyse (SA2) sah eine Complete Cases Analyse vor. In dieser wurden nur Familien einbezogen, für die die Informationen zum Outcome der Inanspruchnahme vollständig vorlagen. Dies war der Fall, wenn eine Familie an allen drei Messzeitpunkten an der Befragung teilgenommen und Angaben zur Inanspruchnahme Früher Hilfen gemacht hat oder wenn eine Familie nicht an allen Messzeitpunkten teilgenommen hat, zu den Zeitpunkten, an denen sie teilgenommen hat, aber angab, mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen genutzt zu haben. In der dritten Sensitivitätsanalyse (SA3) wurde die Inanspruchnahme anhand der Anzahl der in Anspruch genommenen Angebote der Frühen Hilfen operationalisiert (anstelle des Anteils an Familien, die mindestens ein Angebot in Anspruch genommen haben). Somit stellte das Outcome in der SA3 eine Zählvariable dar, die kodierte, wie viele der sieben Angebote der Frühen Hilfen von einer Familie in Anspruch genommen wurden (Min.: 0, Max.: 7). In der vierten Sensitivitätsanalyse (SA4), der Time-to-Event-Analyse, wurde die Zeit berücksichtigt, bis die Inanspruchnahme eines der sieben Angebote der Frühen Hilfen bejaht wurde. Die Zeit wurde über die Anzahl der Tage zwischen der U-Untersuchung (Rekrutierung) und dem individuellen Bearbeitungszeitpunkt des Fragebogens (Angabe zur Inanspruchnahme) operationalisiert. Bei dieser Analyse ist allerdings zu beachten, dass nur die Zeit bis zur Bearbeitung des Fragebogens einbezogen werden kann und nicht die Zeit bis zu dem interessierenden Ereignis (der Inanspruchnahme eines Angebots der Frühen Hilfen). Alle Analysen wurden mit Hilfe des Programms SPSS Statistics (IBM, Version 29) durchgeführt.

5.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Folgenden wird ein deskriptives Kostenmodell zur Abschätzung der zusätzlichen Kosten der PATH-Intervention skizziert (siehe Abbildung 3). Das Kostenmodell beinhaltet zahlreiche Annahmen und Ver-

einfachungen, die als solche gekennzeichnet sind, und kalkuliert die Kosten der PATH-Intervention unter Alltagsbedingungen aus zwei Perspektiven: (1) aus Perspektive der Krankenkassen, sowie (2) aus Perspektive des Gesundheitssystems.

(1) Aus Perspektive der Krankenkasse:

Aus Perspektive der Krankenkassen entstehen jährliche Kosten in Höhe von 45€ pro teilnehmendem*r Praxispädiater*in für die Teilnahme an den Qualitätszirkeln Frühe Hilfen (3 IQZ pro Jahr x 1 Moderator*in x 150€ Erstattung von Seiten der Krankenkassen für Moderator*innen / 10 Teilnehmende = 45€ pro Teilnehmenden pro Jahr). Wir gehen dabei von einer mittleren Größe der Qualitätszirkel von 10 Teilnehmenden und 1 Moderator*in¹ aus. Moderator*innen erhalten eine Erstattung in Höhe von 150€ je Sitzung (KVBW, 2023b).

(2) Aus Perspektive des Gesundheitssystems:

Die Kosten aus Perspektive des Gesundheitssystems enthalten zunächst alle bereits dargelegten Kosten (aus Perspektive der Krankenkassen). Zusätzlich entstehen seitens der Praxispädiater*innen im Zuge der Teilnahme an der PATH-Intervention folgende Kosten: Voraussetzung zur Teilnahme an der PATH-Intervention ist von ärztlicher Seite sowohl die einmalige Schulung zu Beginn, als auch die jährliche Teilnahme an den Qualitätszirkeln (Hoffmann, 2020; Euper et al., 2020; KVBW, 2023a). Für die einmalige ganztägige Schulung zu Beginn entstehen für die Praxispädiater*innen keine Kosten.² Für die einmalige Schulung ist mit einem Tag Arbeitsausfall zu rechnen. Die Kosten je Tag Arbeitsausfall werden nach der Humankapitalmethode bestimmt und betragen für das Jahr 2021 343,95€ je Tag (BAuA, 2023), was im Folgenden als Referenz herangezogen wird. Schlussendlich erhalten die Praxispädiater*innen für die einmalige Schulung 10 Fortbildungspunkte sowie die Genehmigung, die Fallfindungen (Pseudo-GOP 99615; Erstattung in Höhe von 10€ für die Identifikation von Familien in Belastungslagen) und das Aufklärungsgespräch (Pseudo-GOP 99616; Erstattung in Höhe von 20€ für das Führen eines motivierenden Elterngesprächs zur Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen) extrabudgetär abzurechnen (KVBW, 2023a).

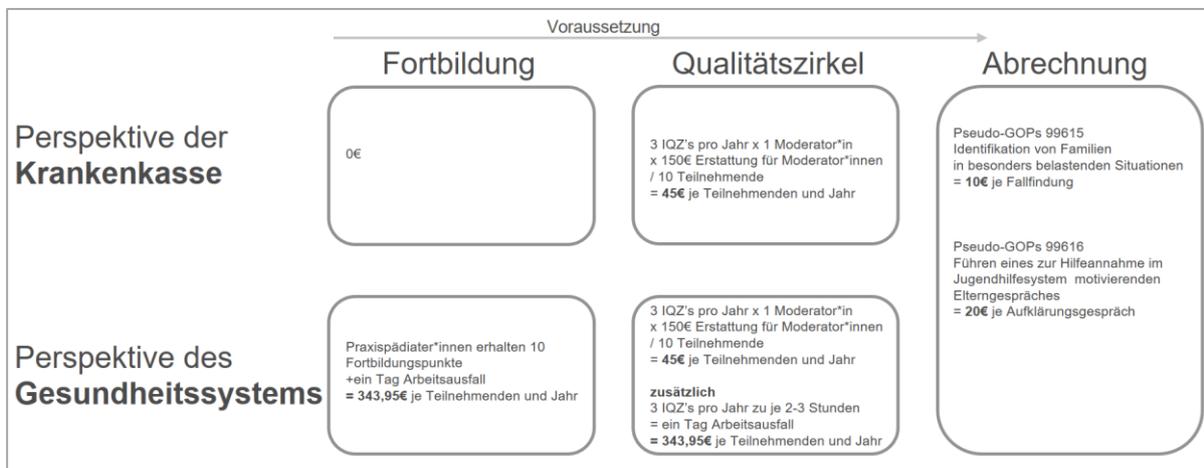


Abbildung 3: Kostenstruktur

Für die Teilnahme an den Qualitätszirkeln erhalten die Praxispädiater*innen keine Erstattungen, sondern lediglich Fortbildungspunkte. Im Folgenden wird von einer mittleren Anzahl von 3 Teilnahmen pro Jahr und Praxispädiater*in ausgegangen, was insgesamt einem Tag Arbeitsausfall entspricht (343,95€ nach der Humankapitalmethode für das Jahr 2021). Zudem fallen auch aus Perspektive des Gesundheitssystems die oben genannten Kosten der Qualitätszirkel an (45€ pro Teilnehmenden pro Jahr).

¹ In Baden-Württemberg wird derzeit nur eine Moderator*in mit 150€ entlohnt, da eine zweite Moderator*in aus der Jugendhilfe unentgeltlich (da innerhalb der Arbeitszeit) die Moderation übernimmt.

² In Baden-Württemberg werden die Kosten der Fortbildung seit 2022 von der Bundesstiftung Frühe Hilfen übernommen.

Im Rahmen von der gesundheitsökonomischen Evaluation werden Kosten der Intervention schlussendlich auch mit dem Nutzen der Interventionen in Relation gesetzt: Basierend auf den Ergebnissen für diese Analytestichprobe von Familien mit PSB ≥ 0 bezüglich der Endpunkte "zusätzliche Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen" sowie den Studienergebnissen der quantitativen Befragung der Familien bezüglich des Endpunkts "korrekt identifizierten Familie mit psychosozialen Hilfebedarf" erfolgt die Bestimmung inkrementeller Kosten-Effektivitäts-Verhältnisse (ICER).

Die gesundheitsökonomische Evaluation basiert auf einem rein deskriptiven Kostenmodell. Der Berechnungszeitraum bestimmt sich analog zur Erhebung und Auswertung der Endpunkte "zusätzliche Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen" sowie "korrekt identifizierten Familie mit psychosozialen Hilfebedarf". Direkte und indirekte Kosten werden entsprechend der beiden Perspektiven ("Krankenkassen" und "Gesundheitssystem") gewählt und kritisch diskutiert. Da in der prospektiven Studie keine dezidierte Erhebung relevanter Marker des Ressourcenverbrauchs angedacht war, stützen sich die Kostenwerte größtenteils auf die vorhandene Literatur.

5.4 Telefoninterviews

Stichprobe und angestrebte Fallzahl

Die Akzeptanz der PATH-Intervention wurde in allen drei beteiligten Akteursgruppen überprüft: IG-Praxispädiater*innen, Familien, die von IG-Praxispädiater*innen betreut wurden, sowie Netzwerkpartner*innen.

*Praxispädiater*innen*

An den Interviews nahmen Praxispädiater*innen der IG teil, die zusätzlich zur quantitativen Erhebung Interesse am Interview bekundet hatten. Aufgrund der reduzierten Anzahl der beteiligten Arztpraxen (s. Abschnitt 4.2.1.) wurden von 12 interessierten Praxispädiater*innen $n = 10$ um ihre Teilnahme gebeten. Um eine möglichst breite Stichprobe mit entsprechender Vielfalt an Einstellungen, Arbeitsweisen und Patientenklientel zu befragen, wurde entschieden, aus Gemeinschaftspraxen jeweils nur ein*e Ärzt*in zu befragen. Die Auswahl erfolgte somit, soweit wie möglich, nach dem Prinzip der bewussten Fallauswahl (nach ärztlichem Erfahrungshintergrund im Kontext Früher Hilfen, z.B. Dauer der Netzwerkzugehörigkeit, Rolle im Netzwerk).

Familien

Für die Interviews wurden Familien befragt, die von einem*einer Praxispädiater*in der IG betreut wurden. Einschlusskriterium war das Vorliegen von mindestens 2 Belastungsfaktoren gemäß familienseitigem Fragebogen zu t1 (s. Abschnitt 5.2.1. für die Operationalisierung). Unter allen Familien mit > 2 Belastungsfaktoren und bekundetem Teilnahmeinteresse am Interview erfolgte eine zweistufige Auswahl: Mit erster Priorität wurden Familien eingeladen, die von ihrer Praxispädiater*in im Arztfragebogen als belastet eingeschätzt wurden. Mit zweiter Priorität wurden Familien eingeladen, für die laut Arztfragebogen ein Unterstützungsbedarf gesehen wurde. Mithilfe dieser bewussten Fallauswahl anhand der Angaben im Familien- und Arztfragebogen sollte die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass bei diesen Familien Frühe Hilfen-spezifische Beratungsgespräche stattgefunden haben und somit geeignetes Datenmaterial zur Überprüfung der familienseitigen Akzeptanz der PATH-Intervention generiert werden kann. Es wurde angestrebt $n = 20$ Familien zu interviewen.

*Netzwerkpartner*innen (NWP)*

Die Netzwerkpartner*innen sind kommunale Netzwerk-Koordinierende oder andere Akteure aus dem sozialen Sektor bzw. der Kinder- und Jugendhilfe. Alle NWP stammten aus regionalen Kreisen mit mindestens einer IG-Praxis. Es erfolgte eine bewusste Fallauswahl, indem gezielt NWP mit umfangreichem Erfahrungshintergrund im Kontext IQZ bzw. Frühe Hilfen für das Interview angefragt wurden (z.B. anhand der Dauer der IQZ-Teilnahme oder der Rolle im Netzwerk). Bevorzugt wurden NWP rekrutiert, die im IQZ vertreten (Moderator*innen oder regelmäßige IQZ Teilnahme) oder im Netzwerk koordinierend tätig sind. Auf diese Weise sollte sichergestellt werden, dass die Gesprächspartner*innen fundiert Auskunft zu den IQZ und den Kooperationen mit Praxispädiater*innen geben können. Die angestrebte Fallzahl waren $n = 10$ NWP.

Datenerhebung und Messzeitpunkte

Die Fragestellung zur Akzeptanz der PATH-Intervention wurde mit problemzentrierten, teilstrukturierten Leitfadeninterviews (Witzel, 1982 & 2000) untersucht, da es sich um eine konkrete Problemstellung handelt, zu der bereits Vorwissen bzw. Vorannahmen vorlagen (Renner et al., 2019; van Staa & Renner, 2019). Pro Zielgruppe wurde ein spezifischer, teilstrukturierter Leitfaden entwickelt (Helfferich, 2005). Die Leitfäden für die Familien und die Praxispädiater*innen wurden so angelegt, dass sie ein umfassendes Bild des ärztlichen Beratungs- und Informationsgesprächs, der Arzt-Familie-Interaktion und der daran anschließenden weiteren Entscheidungsprozesse und Abläufe liefern. Der Leitfaden für die Praxispädiater*innen enthielt außerdem Nachfragen zu den Instrumenten der PATH Intervention und einen Themenblock zu den IQZ (insb. Wahrnehmung und Bewertung des Nutzens). Die Leitfäden für die Netzwerkpartner*innen nahmen vor allem die interprofessionelle Kooperation mit Praxispädiater*innen und die IQZ in den Blick (siehe Anlage 10, Leitfaden Familien; 11, Leitfaden Praxispädiater*innen; 12, Leitfaden Netzwerkpartnerinnen). Die Reihenfolge der Themenblöcke konnte von den Interviewer*innen je nach thematischem Verlauf des Gesprächs variabel gehandhabt werden. Die ersten beiden Interviews dienten in allen drei Gruppen als Testlauf. Mit Einwilligung der Interviewpartner*innen wurden die Audioaufnahmen dieser Probeinterviews an das NZFH übermittelt, um daran den Leitfaden und seine Anwendung auf Kohärenz, Verständlichkeit und Passgenauigkeit zu überprüfen. Anschließend erfolgten kleinere Anpassungen. Da diese nur geringfügig waren und keine zentralen Fragestellungen berührten, sind die sechs Probeinterviews in die Datenanalyse eingeflossen. Als zeitlicher Umfang für die Interviews wurde eine Dauer von ca. 30 bis 60 Minuten angenommen. Die Durchführung der Interviews erfolgte telefonisch zwischen dem 01. März und dem 16. Juni 2022.

Auswertungsmethoden

Von allen Interviews wurden Audioaufnahmen angefertigt, welche anschließend wörtlich transkribiert wurden. Es erfolgte eine einfache Transkription mit Fokus auf dem semantischen Inhalt der Interviews und einer guten Lesbarkeit (Dresing & Pehl, 2018). Die Interviews wurden mit der Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, bei der eine Kombination aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung erfolgen kann (Stamann et al., 2016; Kuckartz, 2018). Für alle drei Interview-Gruppen wurden separate Kategoriensysteme entwickelt. Die Datenanalyse folgte dem systematischen Vorgehen, wie es von Kuckartz (2018) vorgeschlagen wird. Die Entwicklung der Hauptkategorien erfolgte zunächst deduktiv auf Grundlage der Fragestellungen sowie anhand von Vorwissen. Diese erste Grobstruktur der Kategoriensysteme orientierte sich an den zentralen Themenbereichen der jeweiligen Leitfäden. Anschließend wurden die deduktiven Hauptkategorien anhand des Interviewmaterials induktiv und schrittweise in weitere Haupt- und Subkategorien ausdifferenziert, wobei nach der Strategie der Subsumtion vorgegangen wurde (Schreier, 2014). Die gebildeten Kategorien sind inhaltlich-thematischer Art, es handelt sich dabei vornehmlich um „natürliche Kategorien“, die sich eng am Datenmaterial orientieren (Schreier, 2014; Kuckartz, 2018). In bestimmten Dimensionen wurde in der Analyse die Perspektive einer evaluativen Inhaltsanalyse eingenommen und es wurden evaluative Kategorien gebildet, die eine Einschätzung bzw. Beurteilung des Materials durch die Forschenden enthalten (nominal in den Ausprägungen „positiv“ und „negativ“, z.B. in familienseitigen Einstellungen zur Belastungsansprache). Die entwickelten Kategoriensysteme bestehen somit aus einer Kombination von überwiegend inhaltlich-strukturierten (thematischen) und evaluativen Kategorien (Schreier, 2014, Kuckartz, 2018) (siehe Anlage 13; 14; 15). Das gesamte Datenmaterial wurde anhand der entwickelten Kategoriensysteme codiert. Das auf diese Weise vollständig thematisch strukturierte Material wurde im Anschluss kategorienbasiert ausgewertet, indem für jede Kategorie die zugeordneten Textstellen gesichtet und nach verbindenden Sinneinheiten analysiert und interpretiert wurden. Die Ausarbeitung der Kategoriensysteme, die Codierung und die Analyse der Daten erfolgte mithilfe der QDA Software MAXQDA 2022 (Release 22.1.1) (Kuckartz, 2010).

Die Datenanalyse wurde von drei Personen durchgeführt. Die Kategoriensysteme wurden im Forschungsteam entwickelt und fortlaufend diskutiert und angepasst. Das Gütekriterium der Reliabilität wurde erfüllt, indem über eine Zweitcodierung und die Überprüfung der Interrater-Reliabilität ein „intersubjektiv-konsensuales Textverständnis“ (Schreier 2014) sichergestellt wurde. Hierzu wurden 10% des Datenmaterials zweit-kodiert und Kappa sowie die prozentuale Übereinstimmung bestimmt; je 50% des Materials wurden zusätzlich „gegengecheckt“, um das Kategoriensystem bei Bedarf zu überarbeiten. Nach Anpassung der formalen Abweichungen ergab sich eine Übereinstimmung zwischen Erst- und Zweitkodiererin von mehr als 70% in allen drei Gruppen ($K \geq 0.72$). Diese Werte liegen im erwartbaren Bereich und können als zufriedenstellend bis gut bewertet werden (Greve & Wentura,

1997). Inhaltliche Abweichungen in der Zuordnung zum Kategoriensystem wurden im Forschungsteam diskutiert, bis Konsens gefunden wurde.

Die Auswertung der Hauptfragestellung zur Akzeptanz der PATH-Intervention wurde für die Praxispädiater*innen im Hinblick auf (1) die Akzeptanz der in der Schulung vorgestellten Inhalte und Instrumente und deren Anwendung im ärztlichen Beratungsgespräch sowie (2) im Hinblick auf den wahrgenommenen Nutzen der Interprofessionellen Qualitätszirkel analysiert. Bei den Familien wurde analysiert, wie die Belastungsansprache und Informierung bzw. Motivierung zu Frühen Hilfen in der Kinderarztpraxis erlebt und bewertet wird. Bei den Netzwerkpartner*innen konzentrierte sich die Auswertung zur Akzeptanz auf die Wahrnehmung und Bewertung der Interprofessionellen Qualitätszirkel, insbesondere hinsichtlich der Kooperation mit Praxispädiater*innen und der Vermittlung von Familien durch Praxispädiater*innen.

5.5 Beobachtungsstudie

Stichprobe und angestrebte Fallzahl

An der videogestützten Beobachtung nahmen Praxispädiater*innen der IG und von diesen betreuten Familien mit psychosozialer Belastung teil. Das Einschlusskriterium für diesen Studienabschnitt war die Zustimmung der Eltern zur Videoaufzeichnung der zeitlich nächsten regulären U-Untersuchung des Kindes bei ihrer*ihrem Praxispädiater*in (U4 oder U5). Die Wahl von U4 (3./4. Lebensmonat) und U5 (6./7. Lebensmonat) war zum einen dem Anspruch geschuldet, belastete Familien möglichst frühzeitig den Frühen Hilfen zuzuführen, und zum anderen der Häufigkeit von kindlichen Regulationsstörungen (Papousek et al., 2012) und postpartalen depressiven Episoden (Kindler & Künster, 2013; Pawlis et al., 2022) in diesem Entwicklungszeitfenster, woraus sich familiäre Belastungen ergeben können. Ein weiteres Einschlusskriterium war das Vorliegen von 2 Belastungsfaktoren, die anhand des Elternfragebogens der quantitativen Befragung zum ersten Messzeitpunkt ermittelt wurden (siehe Abschnitt 5.2.1. für die Operationalisierung). Angestrebt wurden 14 videogestützte Beobachtungen von sieben Pädiater*innen mit jeweils zwei U-Untersuchungen.

Datenerhebung und Messzeitpunkte

Die Überprüfung der Treatmentintegrität erfolgte mittels ethnographischer Fallstudien (Barth, 2015; Kelle, 2010 & Somm et al., 2018). Als Erhebungsverfahren wurden videogestützte Beobachtungen der U-en sowie eine Nachbefragung von Eltern und Praxispädiater*innen verwendet.

Die videogestützte Beobachtung erfolgte in den kinderärztlichen Praxen der IG. Die Kamera wurde hierfür vorab im Untersuchungsraum installiert und auf die Babyloge und soweit möglich auf den Arzt-schreibtisch ausgerichtet (Knoblauch et al., 2012). Sie wurde von der Beobachterin vor und nach der Untersuchung in Anwesenheit der Eltern an- und ausgeschaltet. Während der U-Untersuchung war die Beobachterin nicht im Raum. Nach der jeweiligen U-Untersuchung erfolgte ein kurzes Nachgespräch mit Eltern und Praxispädiater*innen zu ihren Einstellungen gegenüber den Frühen Hilfen, zu einem eventuell bestehenden Hilfebedarf, zum Einfluss der Beobachtung auf das eigene Verhalten bzw. auf das des Gegenübers und bei Praxispädiater*innen noch zum Zeitpunkt der Schulung und der Häufigkeit der Teilnahme an IQZ.

Die videogestützte Beobachtung fand mit jeder teilnehmenden Familie einmalig statt. Der Beobachtungszeitraum lag zwischen Oktober 2021 und März 2022.

Auswertungsmethoden

Wenn die Praxispädiater*innen ihre Belastungseinschätzung den Eltern mitgeteilt oder veränderungsrelevante Themen benannt haben, lag der Untersuchungsfokus der Beobachtungsstudie auf der Dokumentation der besprochenen Themen und der Evaluation der von den Praxispädiater*innen gezeigten Umsetzung der o.g. fünf Schulungsinhalte (Treatmentintegrität, siehe Abschnitt 4.1). Bei einer den Eltern nicht explizit mitgeteilten Belastungseinschätzung oder fehlenden Benennung eines veränderungsrelevanten Themas und somit einer ausbleibenden Beratung zu Angeboten der Frühen Hilfen verschob sich der Fokus auf den vorgelagerten Prozess der ärztlichen Informationsgewinnung. Die Beobachtung konzentrierte sich in diesen Fällen auf die ärztliche Evokation von Elternerzählungen sowie den ärztlichen Reaktionen auf Elternanliegen. Die beiden Handlungen fungieren in diesem Fall als Proxy-Indikatoren zur Beurteilung der Treatmentintegrität.

In einem ersten Schritt wurden entlang des Untersuchungsverlaufs die in der U-Untersuchung besprochenen Themenbereiche von jeweils von zwei unabhängigen Beobachter*innen dokumentiert (Chapman et al., 2015). Als Beobachtungsraster wurden aus dem pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (Barth & Mall, 2015) die Kategorien Familienanamnese, Auffälligkeiten beim Kind, Belastungen der Hauptbezugsperson, Eltern-Kind-Interaktion, Regulationsstörungen und Anzeichen postpartaler Depression verwendet. Mit diesen Kategorien werden auch die Inhalte des ggf. im Rahmen der PATH-Intervention zu verwendenden „Postnatalen Erhebungsbogen 'Frühe Hilfen'“ für Praxispädiater*innen der KVBW mit abgedeckt (siehe Anlage 26, Postnataler_Erhebungsbogen_Fruehe_Hilfen_Kinderärzte). Dokumentiert wurden (1) die in der U-Untersuchung angesprochenen Themen, (2) wer von den Akteur*innen das Thema initiiert hat und (3) ob dieses Thema von einer der beiden Akteur*innen als Belastung, Auffälligkeit oder Sorge markiert wurde. Die Dokumentationsschemata zeigen Anlage 16, Dokumentationsschema U-Untersuchung und Anlage 17, Dokumentation der ärztlichen Informationen). In einem zweiten Schritt wurden aus den dokumentierten Themenbereichen erstens diejenigen Gesprächssequenzen ausgewählt und transkribiert (siehe Anlage 18, Transkriptionssystem), in denen ärztliche Fragen auf das Evozieren von Elternschilderungen aus der familiären Alltagspraxis, die Eltern-Kind-Interaktion oder wahrgenommene Belastungen abgezielt haben. Zweitens wurden Gesprächssequenzen transkribiert, in denen Eltern die Themen setzten. Hier stand im Mittelpunkt wie Eltern ihre Anliegen in den U-Untersuchungen platziert haben und wie ärztlicherseits darauf reagiert wurde. Bei den ärztlichen Reaktionen wurde analysiert, inwieweit sie in den U-Untersuchungen die Elternanliegen und -perspektiven i.S. der Schulung aufgegriffen haben. Im dritten Schritt wurde, falls vorliegend, untersucht, ob über Frühe Hilfen informiert, motivierende Gesprächsführung gezeigt und eventuelle Perspektivendifferenzen bezüglich eines Nutzens von Frühen Hilfen bearbeitet wurden (Siebolds, 2020a). Der zweite und dritte Schritt erfolgte mit der Methodik der Gesprächsanalyse (Deppermann, 2008) unter Berücksichtigung der spezifischen Ablauflogik von U-Untersuchungen (Kelle & Ott 2012; Barth, 2016). Dabei wurde sequenzanalytisch untersucht, welchen Themen die Akteur*innen in ihren wechselseitig vollzogenen Äußerungen initiierten und inwieweit sie diese im weiteren Gesprächsverlauf vertieft haben (Spranz-Fogasy, 2010; Linell et al., 1988). Auf dieser Datengrundlage wurde die Funktionalität ärztlicher Gesprächsführung beschrieben (Bohnsack, 2013) und in Bezug auf die Schulungsinhalte evaluiert.

Anhand von zehn videoaufgezeichneten U-Untersuchungen aus früheren durchgeführten Studien wurde für die Dokumentationsschemata (siehe Anlage 16 und 17) eine Interraterreliabilität von .90 - .94 bestimmt. Die Gespräche wurden von zwei Projektmitarbeitenden analysiert. Drei längere Transkriptionsausschnitte wurden im größeren Projektteam gemeinsam diskutiert. Mit zwei externen Wissenschaftler*innen erfolgte eine Re-Analyse von Transkripten zweier U-Untersuchungen in Hinblick auf die Funktionalität von ärztlichen Evokationen.

6. Projektergebnisse

6.1 Quantitative Befragung der Familien und Praxispädiater*innen

6.1.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen N=29 Praxispädiater*innen aus Baden-Württemberg (IG: n=15) und Bayern (KG: n=14) an der PATH-Studie teil. Die angestrebte Fallzahl von n=20 pro Gruppe wurde aufgrund der erschwerten Rekrutierungsbedingungen (Abschnitt 4.2.1.) somit nicht erreicht. Von den im Rekrutierungszeitraum (Ende Juni 2021 bis Mitte April 2022) 735 angesprochenen Familien (IG: n=358, KG: n=377) unterzeichneten 549 Familien (IG: n=251, KG: n=298) eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme. An der ersten Online-Befragung (t1) nahmen N=457 Familien teil (siehe Abbildung 4, Flow-Chart). Dies entspricht einer Teilnahmequote von 62,2%.

Befragung der Familien – Fallzahl und Stichprobenbeschreibung

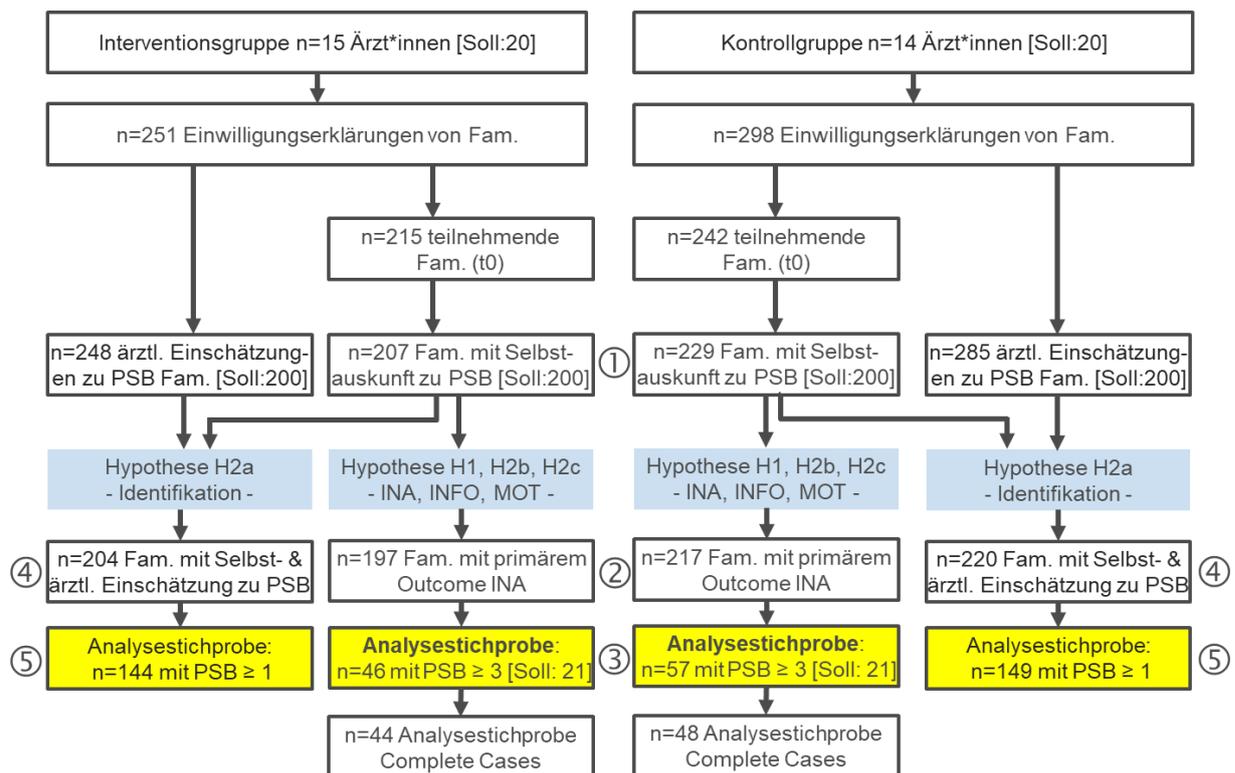
In der familienseitigen Befragung wurde die angestrebte Fallzahl zu allen Messzeitpunkten übertroffen, wie anhand der folgenden Tabelle 5 ersichtlich wird. Sowohl in der IG als auch in der KG nahmen bis zum letzten Messzeitpunkt mehr Familien an der Online-Befragung teil als unter der Annahme eines Dropouts von 30% angenommen wurde. So nahmen von den zu t1 n=215 teilnehmenden Familien der IG noch 83,7% an der letzten Befragung teil. In der KG waren es zum letzten Messzeitpunkt 88,0% der initial 242 teilnehmenden Familien. Dies entspricht einem Dropout von maximal 16,3%. Obwohl

der Fragebogen in vier verschiedenen Sprachen angeboten wurde, wurde er bis auf eine Ausnahme ausschließlich in deutscher Sprache ausgefüllt (99,8% Deutsch, 0,2% Türkisch).

Tabelle 5: Fallzahlen Familien.

Messzeitpunkt	Angestrebte Fallzahl			Tatsächlich erreichte Fallzahl		
	Gesamt	IG	KG	Gesamt	IG	KG
t1	400	200	200	457	215	242
t2	372	186	186	410	191	219
t3	280	140	140	393	180	213

Im Folgenden werden die beiden für die Hypothesenprüfungen zugrunde gelegten Stichproben (Familien mit $PSB \geq 3$ [H1, H2b, H2c] und Familien mit $PSB \geq 1$ [H2a]) beschrieben. Da die Ermittlung des PSB-Scores pro Familie eine Voraussetzung zum Einbezug der Familie in die Prüfung der Hypothesen war, wurden von den zu t1 teilnehmenden Familien nur jene in die Analysen einbezogen, für die ein PSB-Score ermittelt werden konnte. Dies führte zu einer geringfügigen Reduktion der Stichprobengröße ① (siehe Abbildung 4, Flow-Chart).



Anmerkungen: n = Größe der Teilstichprobe, PSB = Psychosoziale Belastung, Fam. = Familien, INA = Inanspruchnahme, INFO = Informierung, MOT = Motivierung. Ein Großteil der Familien, die ihre Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme erteilt hatten (Zeile 2), nahmen am Online-Fragebogen teil (IG = 86%, KG = 81%) (Zeile 3), auf dessen Basis für die meisten Familien die PSB bestimmt werden konnte (Zeile 4). Praxispädiater*innen schätzten die PSB von fast allen Familien ein, die eine Einwilligungserklärung unterzeichnet hatten. Somit lagen für mehr Familien ärztliche Einschätzungen zu ihrer PSB vor als Selbstauskünfte (Zeile 4).

Abbildung 4: Flow-Chart der teilnehmenden Familien der PATH-Studie und Stichproben zur Analyse des primären und des sekundären Outcomes.

In Bezug auf die Hypothesenprüfung des primären Outcomes der Inanspruchnahme (INA; Hypothese H1) wurden nur jene Familien betrachtet, für die das primäre Outcome der INA gebildet werden konnte. Dies traf auf $n = 414$ Familien ② zu. Für die Haupt- und Sensitivitätsanalysen zur INA und auch für die Hypothesenprüfungen der beiden sekundären Outcomes Informierung (INFO; Hypothese H2b) und Motivierung (MOT; Hypothese H2c) galt, dass nur Familien mit mindestens erheblicher psychosozialer Belastung, also einem PSB-Score ≥ 3 eingeschlossen wurden. Die Analysestichprobe zu den Hypothesen H1, H2b und H2c umfasste somit $N=103$ Familien ③, mit $n=46$ in der IG und $n=57$ in der KG.

Tabelle 6 gibt einen Überblick über soziodemographische Merkmale dieser Stichprobe pro Gruppe (IG, KG). Die Kinder, mit denen die Eltern bei der U-Untersuchung vorstellig wurden, waren in der IG etwas jünger ($M=9,6$ [$SD=8,6$]) als in der KG ($M=11,1$ [$SD=9,4$]). In beiden Gruppen waren Mädchen etwas häufiger vertreten als Jungen (IG: 52,2% vs. 47,8%; KG: 56,1% vs. 43,9%). Das Alter des antwortenden Elternteils war mit $M=33,2$ Jahren ($SD=4,9$) in der IG leicht höher als in der KG ($M=30,9$ [$SD=5,8$]). In beiden Gruppen nahmen jeweils fast immer die Mütter an der Befragung teil (IG: 95,7%; KG: 94,7%). In der IG waren im Vergleich zur KG weniger Eltern alleinerziehend (IG: 9,5%; KG: 15,8%). Die Hälfte der Eltern der IG ($n= 23$ [50,0%]) gaben das Abitur als höchsten Schulabschluss an, wobei dies in der KG nur bei 31,6% der Eltern ($n=18$) der Fall war. In dieser Gruppe wurde ein Realschulabschluss am häufigsten genannt ($n=22$ [38,6%]).

Hinsichtlich des Ausmaßes an psychosozialen Belastungen zum Messzeitpunkt t1 zeigte sich für diese Analysestichprobe folgendes Bild: Gemäß dem Einschlusskriterium (siehe oben) lag die Anzahl der Belastungsfaktoren bei mindestens 3. Bei einer Stichprobengröße von 103 Familien mit einem PSB-Score von ≥ 3 bedeutet dies, dass 23,6% der Familien der Gesamtstichprobe (siehe ①) mindestens erhebliche psychosoziale Belastungen aufwiesen. Im Mittel hatten die Familien einen PSB-Score von 4,0 ($SD=1,3$). Das Maximum lag bei 10 Belastungsfaktoren, wobei nur einzelne Familien 7 oder mehr Belastungsfaktoren aufwiesen. Knapp 80% der Stichprobe hatten 3 ($n=40$ [38,8%]) oder 4 ($n=42$ [40,8%]) Belastungsfaktoren. Die Belastungsfaktoren „Zweifel an der erzieherischen Kompetenz“ (61,2%) und „Schwierigkeiten sich in das Kind einzufühlen“ (50,5%) kamen mit Abstand am häufigsten vor, gefolgt von dem Faktor „Ungeplante Schwangerschaft“ (35,3%) (siehe Anhang 1, Häufigkeiten Risikofaktoren Analysestichprobe H2a).

Tabelle 6: Stichprobe a zu H1, H2b & H2c: Inanspruchnahme, Informierung & Motivierung (N=103).

Merkmals ^b	IG (n = 46)	KG (n = 57)
Alter Kind (Monate), <i>M (SD)</i>	9.6 (8.6)	11.1 (9.4)
Geschlecht Kind		
weiblich	24 (52.2)	32 (56.1)
männlich	22 (47.8)	25 (43.9)
Alter Elternteil (Jahre), <i>M (SD)</i>	33.2 (4.9)	30.9 (5.8)
Geschlecht Elternteil		
weiblich	44 (95.7)	54 (94.7)
männlich	2 (4.3)	3 (5.3)
Anzahl Kinder im Haushalt , <i>M (SD)</i>	2.0 (1.1)	1.7 (1.0)
Anzahl Kinder im Haushalt je Alter , <i>M (SD)</i>		
Anzahl Kinder 0-1 Jahre	0.7 (0.6)	0.7 (0.6)
Anzahl Kinder 1-2 Jahre	0.2 (0.4)	0.2 (0.5)
Anzahl Kinder 2-3 Jahre	0.3 (0.4)	0.3 (0.5)
Anzahl Kinder 3-4 Jahre	0.2 (0.4)	0.1 (0.3)
Anzahl Kinder 4-13 Jahre	0.7 (0.9)	0.3 (0.6)
Anzahl Kinder 14-17Jahre	0.0 (0.2)	0.1 (0.3)
Alleinerziehend		
ja	4 (9.5)	9 (15.8)
nein	38 (90.5)	48 (84.2)
Migrationsstatus		
ja	10 (21.7)	9 (15.8)
nein	36 (78.3)	48 (84.2)
Höchster Schulabschluss		
keinen Schulabschluss	0	1(1.8)
Hauptschulabschluss	1 (2.2)	9 (15.8)
Realschulabschluss	17 (37.0)	22 (38.6)

Merkmal ^b	IG (n = 46)	KG (n = 57)
Fachhochschulreife	5 (10.9)	5 (8.8)
Abitur/Hochschulreife	23 (50.0)	18 (31.6)
Sonstiges	0	2 (3.5)
Höchster beruflicher Abschluss		
(noch) keinen beruflichen Abschluss	8 (17.4)	8 (14.0)
Abschluss einer Lehre	9 (19.6)	16 (28.1)
Abschluss an Berufsfachschule	5 (10.9)	8 (14.0)
Meister-/Technikerausbildung	4 (8.7)	7 (12.3)
Hochschulabschluss	19 (41.3)	17 (29.8)
Sonstiges	1 (2.2)	1 (1.8)
Aktuelle berufliche Situation		
erwerbstätig	12 (26.1)	12 (21.1)
in Mutterschutz	5 (10.9)	6 (10.5)
in Elternzeit	23 (50.0)	33 (57.9)
nicht erwerbstätig ^c	6 (13.0)	3 (5.3)
arbeitslos	0	3 (5.3)
Nettohaushaltseinkommen		
< 500 Euro	2 (4.3)	4 (7.0)
500 bis < 1300 Euro	0	6 (10.5)
1300 bis < 2000 Euro	7 (15.2)	11 (19.3)
2000 bis < 3000 Euro	21 (45.7)	17 (29.8)
≥ 3000 Euro	16 (34.8)	19 (33.3)
Bezug von staatlichen Leistungen^d		
ja	6 (13.0)	13 (22.8)
nein	40 (87.0)	44 (77.2)

Anmerkungen: ^a Stichprobe zur Hypothesenprüfung H1, H2b & H2c = umfasst Fam., für die PSB-Score & primäres Outcome der Inanspruchnahme gebildet werden konnte; ^b Einheit der Angaben = Anzahl (Prozentsatz) der Teilnehmenden, sofern nicht anders angegeben; die angegebenen Mittelwerte & Standardabweichungen basieren in beiden Stichproben jeweils auf min. 98.5% der Werte (fehlende Werte ≤ 1.5%); die Anzahl fehlender Werte bei kategorialen Variablen geht aus der Differenz der Stichprobengröße der Gruppe (z.B. IG=46) und der Summe der Familien mit Angaben auf dieser Variable hervor (z.B. Alleinerziehend: ja=4, nein=38, Summe=42, 46-42=4 fehlende Werte); ^c nicht erwerbstätig z.B. Betreuung von Kindern, Angehörigen; ^d Staatl. Leistungen = Arbeitslosengeld II., Sozialgeld (SGB II), Sozialhilfe (SGB XII), Rente bei voller oder teilweiser Erwerbsminderung; N = Stichprobengröße, n = Größe der Teilstichprobe, PSB-Index = Index psychosozialer Belastungen, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Für die Prüfung der Hypothese H2a des sekundären Outcomes der Identifikation psychosozial belasteter Familien durch die Praxispädiater*innen wurden neben den familienseitigen Daten auch die Angaben der Ärzt*innen benötigt. Für n=538 Familien lag eine ärztliche Einschätzung der psychosozialen Belastung der Familien vor (IG: n=248, KG: n=285). Zur Beantwortung der Identifikationsfragestellung musste sowohl das ärztliche Urteil zur psychosozialen Belastung einer Familie als auch ein PSB-Score für die Familie vorliegen. Diese Schnittmenge umfasste N=424 Familien ④. Für die Prüfung der Hypothese H2a wurden jene Familien einbezogen, für die zum Messzeitpunkt t1 ein PSB-Score von ≥ 1 ermittelt wurde, d.h. mindestens geringfügig psychosozial belastet waren, was eine Analysestichprobe von N=293 ⑤ ergab (IG: n=144, KG: n=149).

In Tabelle 7 sind soziodemographischen Merkmale dieser Stichprobe dargestellt, aufgeteilt nach Gruppe. Hinsichtlich des Alters und Geschlechts der Kinder, mit denen die Eltern bei der U-Untersuchung waren, und auch hinsichtlich des Alters des antwortenden Elternteils waren sich die beiden Gruppen sehr ähnlich. In der IG waren im Vergleich zur KG weniger Eltern alleinerziehend (IG: 3,8%; KG: 8,4%). Einen Migrationsstatus wiesen rund 20% der Eltern in beiden Gruppen auf (IG: n=34 [23,8%]; KG: n=30 [20,1%]). Hinsichtlich des höchsten Schulabschlusses gaben 51,5% (n=74) der Eltern der IG das Abitur an, wohingegen es in der KG 35,8% (n=53) waren und weitere 33,6% (n=50) einen Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss nannten. Der Anteil von Familien mit einem hohen Nettohaushaltseinkommen von ≥ 3000 Euro war in der IG mit 55,2% höher als in der KG mit 41,2%.

Hinsichtlich des Ausmaßes an psychosozialen Belastungen zum ersten Messzeitpunkt (T1) zeigte sich für diese Analysestichprobe folgendes Bild: Gemäß dem Einschlusskriterium wiesen die Familien mindestens 1 Belastungsfaktor auf. Bei einer Stichprobengröße von 293 Familien mit einem PSB-Score von ≥ 1 bedeutet dies, dass 67,2% der Familien der Gesamtstichprobe (siehe ①) mindestens geringfügig

psychosozial belastet waren. Im Mittel wurde für diese Familien ein PSB-Score von 2,4 (SD=1,5) ermittelt. Das Maximum lag bei 10 Belastungsfaktoren, wobei 7 oder mehr Belastungsfaktoren nur auf einzelne Familien zurückgingen. Jeweils ungefähr ein Drittel der Stichprobe hatte 1 Belastungsfaktor (n=99 [33,8%]) oder 2 Belastungsfaktoren (n=89 [30,4%]). Auch in dieser Analysestichprobe kamen die Belastungsfaktoren „Zweifel an der erzieherischen Kompetenz“ (39,6%), „Schwierigkeiten sich in das Kind einzufühlen“ (30,4%) und „Ungeplante Schwangerschaft“ (23,4%) am häufigsten vor (siehe Anhang 2, Häufigkeiten Risikofaktoren Analysestichprobe H1, H2b, H2c).

Insgesamt waren die beiden für die Hypothesenprüfungen zugrunde gelegten Stichproben hinsichtlich der beschriebenen soziodemographischen Merkmale recht vergleichbar. Jeweilige Unterschiede zwischen den Gruppen IG und KG wurden in den Analysen mit Hilfe der Propensity-Score Adjustierung statistisch kontrolliert (s. Abschnitt 5.2.3).

Tabelle 7: Stichprobe a zur H2a: Identifikation psychosozial belasteter Familien (N=293).

Merkmal ^b	IG (n = 144)	KG (n = 149)
Alter Kind (Monate), <i>M (SD)</i>	8.7 (8.2)	10.2 (8.5)
Geschlecht Kind		
weiblich	76 (52.8)	68 (45.6)
männlich	68 (47.2)	81 (54.4)
Alter Elternteil (Jahre), <i>M (SD)</i>	33.4 (4.6)	32.0 (5.5)
Geschlecht Elternteil		
weiblich	133 (92.4)	141 (94.6)
männlich	11 (7.6)	8 (5.4)
Anzahl Kinder im Haushalt , <i>M (SD)</i>	1.9 (1.0)	1.7 (0.9)
Anzahl Kinder im Haushalt je Alter , <i>M (SD)</i>		
Anzahl Kinder 0-1 Jahre	0.8 (0.6)	0.7 (0.5)
Anzahl Kinder 1-2 Jahre	0.2 (0.5)	0.2 (0.5)
Anzahl Kinder 2-3 Jahre	0.2 (0.4)	0.2 (0.4)
Anzahl Kinder 3-4 Jahre	0.2 (0.4)	0.2 (0.4)
Anzahl Kinder 4-13 Jahre	0.5 (0.7)	0.2 (0.5)
Anzahl Kinder 14-17Jahre	0.1 (0.3)	0.1 (0.3)
Alleinerziehend		
ja	5 (3.8)	12 (8.4)
nein	128 (96.2)	131 (91.6)
Migrationsstatus		
ja	34 (23.8)	30 (20.1)
nein	109 (76.2)	119 (79.9)
Höchster Schulabschluss		
keinen Schulabschluss	0	1 (0.7)
Hauptschulabschluss	7 (4.9)	26 (17.6)
Realschulabschluss	42 (29.2)	50 (33.6)
Fachhochschulreife	16 (11.1)	16 (10.8)
Abitur/Hochschulreife	74 (51.4)	53 (35.8)
Sonstiges	5 (3.5)	2 (1.4)
Höchster beruflicher Abschluss		
(noch) keinen beruflichen Abschluss	13 (9.0)	11 (7.5)
Abschluss einer Lehre	29 (20.1)	42 (28.6)
Abschluss an Berufsfachschule	14 (9.7)	21 (14.3)
Meister-/Technikerausbildung	13 (9.0)	22 (15.0)
Hochschulabschluss	68 (47.2)	48 (32.7)
Sonstiges	7 (4.9)	3 (2.0)
Aktuelle berufliche Situation		
erwerbstätig	26 (18.1)	23 (15.4)
in Mutterschutz	13 (9.0)	18 (12.1)
in Elternzeit	92 (63.9)	98 (65.8)
nicht erwerbstätig ^c	13 (9.0)	5 (3.4)
arbeitslos	0	5 (3.4)
Nettohaushaltseinkommen		
< 500 Euro	3 (2.1)	4 (2.7)
500 bis < 1300 Euro	2 (1.4)	9 (6.1)

Merkmal ^b	IG (n = 144)	KG (n = 149)
1300 bis < 2000 Euro	17 (11.9)	22 (14.9)
2000 bis < 3000 Euro	42 (29.4)	52 (35.1)
≥ 3000 Euro	79 (55.2)	61 (41.2)
Bezug von staatlichen Leistungen^d		
ja	10 (7.0)	20 (13.5)
nein	133 (93.0)	128 (86.5)

Anmerkungen: ^a Stichprobe zur Hypothesenprüfung H2a = umfasst Fam., für die PSB-Index & ärztliche Einschätzung zur psychosozialen Belastungslage der Fam. vorliegt; ^b Einheit der Angaben = Anzahl (Prozentsatz) der Teilnehmenden, sofern nicht anders angegeben; die angegebenen Mittelwerte & Standardabweichungen basieren in beiden Stichproben jeweils auf min. 98.5% der Werte (fehlende Werte ≤ 1.5%); die Anzahl fehlender Werte bei kategorialen Variablen geht aus der Differenz der Stichprobengröße der Gruppe (z.B. IG=144) und der Summe der Familien mit Angaben auf dieser Variable hervor (z.B. Allein-erziehend: ja=5, nein=128, Summe=133, 144-133=11 fehlende Werte); ^c nicht erwerbstätig z.B. Betreuung von Kindern, Angehörigen; ^d Staatl. Leistungen = Arbeitslosengeld II., Sozialgeld (SGB II), Sozialhilfe (SGB XII), Rente bei voller oder teilweiser Erwerbsminderung; N = Stichprobengröße, n = Größe der Teilstichprobe, PSB-Index = Index psychosozialer Belastungen, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Befragung der Praxispädiater*innen – Fallzahl und Stichprobenbeschreibung

Die IG umfasste N=15 Praxispädiater*innen aus Baden-Württemberg, die im Mittel 52,9 Jahre alt (SD=8,0) waren. Es waren nahezu gleich viele männliche wie weibliche Praxispädiater*innen vertreten (n=8 [53,3%] vs. n=7 [46,7%]). Die Ärzt*innen hatten durchschnittlich 22,1 Jahre Berufserfahrung (SD=8,9) und waren rund 14 Jahre (M=13,7 Jahre [SD=8,0]) in einer niedergelassenen Praxis tätig. Etwas mehr als die Hälfte arbeitete in einer Berufsausübungsgemeinschaft (n=8 [53,3%]). Die Ärzt*innen berichteten, dass sie durchschnittlich ca. 65 U-Untersuchungen (M=64,8 [SD=34,5]) pro Monat während des Rekrutierungszeitraums durchgeführt hatten.

Die N=14 KG-Praxispädiater*innen aus Bayern waren mit 52,7 Jahren (SD=10,0) ähnlich alt wie die Ärzt*innen der IG. Unter den KG-Ärzt*innen waren es etwas mehr Frauen als Männer (n=8 [57,1%] vs. n=6 [42,9%]). Sie hatten durchschnittlich 22,3 Jahre (SD=8,7) Berufserfahrung und berichteten ca. 16 Jahre (M=15,9 [SD=8,7]) als niedergelassene*r Praxispädiater*in tätig zu sein. In einer Berufsausübungsgemeinschaft arbeiteten 50% (n=7) der Ärzt*innen. Mit durchschnittlich ca. 86 U-Untersuchungen (M=86,4 [SD=44,5]) pro Monat führten die KG-Praxispädiater*innen mehr U-Untersuchungen während der Rekrutierungszeit durch als die Ärzt*innen der IG (siehe Tabelle 8).

Insgesamt waren sich die beiden Gruppen der Praxispädiater*innen hinsichtlich der beschriebenen soziodemographischen Merkmale ähnlich. In Bezug auf die Anzahl durchgeführter U-Untersuchungen lag der Unterschied zwischen den Gruppen bei 10 Prozentpunkten. Solche Unterschiede zwischen den Gruppen wurden in den Analysen durch den Einbezug eines Propensity-Scores statistisch kontrolliert (s. Abschnitt 5.2.3).

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung der Praxispädiater*innen der PATH-Studie (N = 29).

Merkmal	IG (n = 15)	KG (n = 14)
Alter (Jahre), M (SD)	52.9 (8.0)	52.7 (10.0)
Geschlecht, n (%)		
weiblich	7 (46.7)	8 (57.1)
männlich	8 (53.3)	6 (42.9)
Berufserfahrung als Praxispädiater*in (Jahre), M (SD)	22.1 (8.9)	22.3 (8.7)
Tätigkeit in niedergelassener Praxis (Jahre), M (SD)	13.7 (8.0)	15.9 (8.7)
Praxisart, n (%)		
Einzelpraxis	6 (40.0)	5 (35.7)
Berufsausübungsgemeinschaft	8 (53.3)	7 (50.0)
Angestellte*r	1 (6.7)	2 (14.3)
Anzahl U-Untersuchungen pro Monat^a, M (SD)	64.8 (34.5)	86.4 (44.5)

Anmerkungen: ^a Anzahl der durch die*den Praxispädiater*in durchgeführten U-Untersuchungen während des Rekrutierungszeitraums; N = Stichprobengröße, n = Größe der Teilstichprobe, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Da die PATH-Intervention die Vertrautheit der Praxispädiater*innen mit dem Konzept und den Angeboten der Frühen Hilfen sowie deren interprofessionelle Vernetzung fördern sollte, sollten IG-Praxispädiater*innen im Vergleich zur KG diesbezüglich höhere Werte aufweisen. Erwartungskonform unterschieden sich die IG- von den KG-Praxispädiater*innen hinsichtlich ihrer Einschätzung zur Vertrautheit mit den Frühen Hilfen. Der Unterschied betrug 0,5 Skalenpunkte (IG: $M=3,3$ [$SD=0,7$] vs. KG: $M=2,9$ [$SD=0,5$]). Auch hinsichtlich der Vernetzung der Praxen mit Angeboten der Frühen Hilfen unterschieden sich die Gruppen in der erwarteten Weise mit höheren Werten in der IG. Dieser Unterschied betrug 0,8 Skalenpunkte (IG: $M=3,1$ [$SD=0,6$] vs. KG: $M=2,4$ [$SD=1,0$]). Wie in Tabelle 9 zu sehen ist, gab es aber auch in der KG viele Praxispädiater*innen, die angaben, zumindest „ziemlich“ vertraut mit dem Konzept der Frühen Hilfen zu sein ($n=11$; 78,5%) und die von einer starken Vernetzung ihrer Praxis berichteten ($n=9$; 64,3%). Insgesamt wiesen die IG-Praxispädiater*innen ein höheres Ausmaß an Vertrautheit und Vernetzung mit den Frühen Hilfen auf als die Praxispädiater*innen der KG, wenngleich diese Unterschiede nicht sehr groß ausfielen. Dies zeigte sich auch darin, dass 8 von 14 Praxispädiater*innen der KG (57,1%) auch an einer Fortbildung zu den Frühen Hilfen bzw. zu Unterstützungsangeboten für psychosozial belastete Familien teilgenommen hatten und 78,6% regelmäßig an Austauschformaten wie z.B. Stammtischen oder Qualitätszirkeln teilnehmen, bei denen eine Vernetzung mit Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe adressiert wird.

Tabelle 9: Angaben der Praxispädiater*innen zur Vertrautheit und Vernetzung mit den Frühen Hilfen.

Merkmal ^a	IG (n = 15)	KG (n = 14)
Vertrautheit mit dem Konzept der Frühen Hilfen		
gar nicht	-	-
ein wenig	-	-
einigermaßen	2 (13,3)	3 (21,4)
ziemlich	6 (40,0)	10 (71,4)
voll und ganz	7 (46,7)	1 (7,1)
Vernetzung der Praxis mit Angeboten der Frühen Hilfen		
gar nicht	-	1 (7,1)
ein wenig	-	2 (14,3)
einigermaßen	2 (13,3)	2 (14,3)
stark	9 (60,0)	9 (64,3)
sehr stark	4 (26,7)	-

Anmerkungen: ^a Einheit der Angaben = Anzahl (Prozentsatz) der Teilnehmenden; N = Stichprobengröße, n = Größe der Teilstichprobe, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe.

6.1.2. Ergebnisse der vorbereitenden Analysen

Analyse fehlender Werte

Von den 457 Familien, die begonnen hatten, den Online-Fragebogen zu t1 zu bearbeiten, wiesen nur 35 (8%) fehlende Werte auf dem primären Outcome auf. Der entsprechende Anteil fehlender Werte in der IG (7%; 15) und der KG (8%; 20) fiel sehr ähnlich aus. Die anschließende Analyse der Ursache der fehlenden Werte ergab Hinweise auf nicht komplett zufälliges Fehlen der Werte. Ob eine Familie die Bearbeitung des Fragebogens vor den Angaben zum primären Outcome abbrach, hing von Merkmalen der Familie ab (z.B. waren männliches Geschlecht, nicht Deutsch als Muttersprache oder ein Migrationshintergrund mit dem Abbruch der Bearbeitung des Fragebogens assoziiert). Bei einem vergleichbaren Anteil fehlender Werte in beiden Gruppen stellen Zusammenhänge von Merkmalen mit dem Fehlen auf dem primären Outcome allerdings nur dann eine potentielle Gefährdung (i.S. einer Verzer-

rung) der Hauptanalyse dar, wenn die entsprechenden Merkmale in der IG und KG einen unterschiedlich starken Zusammenhang mit dem Outcome aufweisen. Da dies für keines der Merkmale, die einen Zusammenhang mit dem Fehlen auf dem primären Outcome aufwiesen, der Fall war, gingen aus der Analyse fehlender Werte keine Hinweise auf eine potentielle Verzerrung der Hauptanalyse aufgrund fehlender Werte hervor. Die Analyse fehlender Werte führte somit zu dem Ergebnis, dass nur wenige fehlende Werte auf dem primären Outcome vorlagen, sich der diesbezügliche Anteil an fehlenden Werten zwischen den Gruppen nicht wesentlich unterschied und der in der Hauptanalyse zentrale Vergleich zwischen der IG und KG vom Anteil fehlender Werte auf dem primären Outcome nicht tangiert wurde.

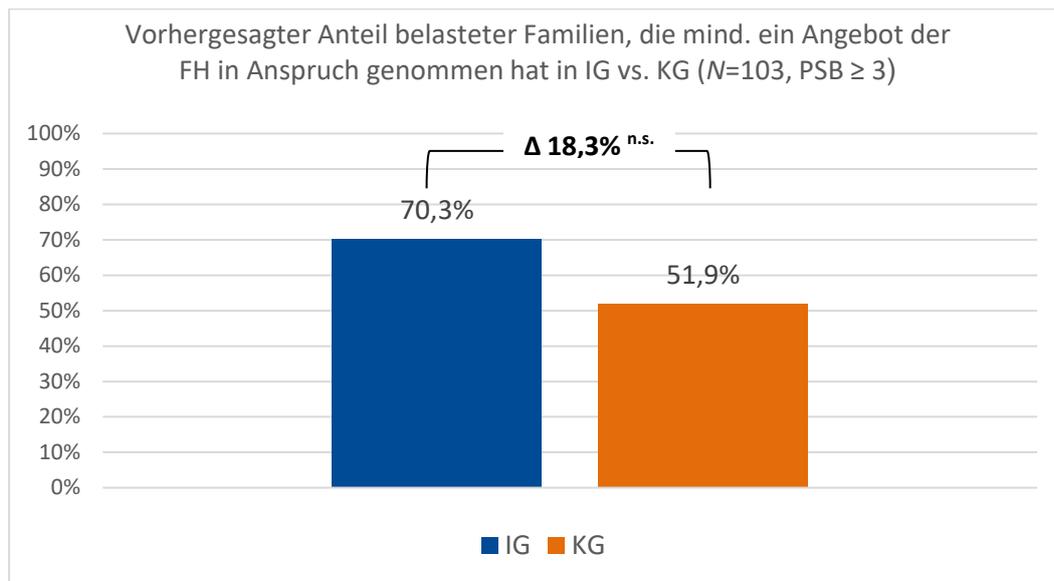
Design Effekt

Da jeweils mehrere Familien von den gleichen Praxispädiater*innen behandelt wurden, waren die Daten der Familien nicht unabhängig voneinander, sondern lagen in Clustern vor. Aufgrund der zu erwartenden Abhängigkeit der Daten wurde vorab für jedes der Outcomes der Design-Effekt berechnet, um zu prüfen ob die Verwendung von Mehrebenenmodellen angebracht ist. Der Design-Effekt für die Outcomes der Identifikation ($d_{eff} = 2,56$), Informierung ($d_{eff} = 1,31$) und Motivierung ($d_{eff} = 1,28$) lagen jeweils über dem vorab definierten Cut-Off von 1,1 (Lai & Kwok, 2015), sodass für die Analyse dieser Outcomes Mehrebenenmodelle indiziert waren. Für das Outcome der Inanspruchnahme konnte der Design-Effekt in Bezug auf die Analysetichprobe nicht berechnet werden (nicht positiv definierte Hesse-Matrix). Aufgrund der gegebenen Cluster-Struktur und im Sinne eines einheitlichen Vorgehens in der Prüfung aller Outcomes, wurden auch für dieses Outcome Mehrebenenmodelle berechnet.

6.1.3. Ergebnisse der Hypothesenprüfungen

1. Primäres Outcome: Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen durch psychosozial belastete Familien

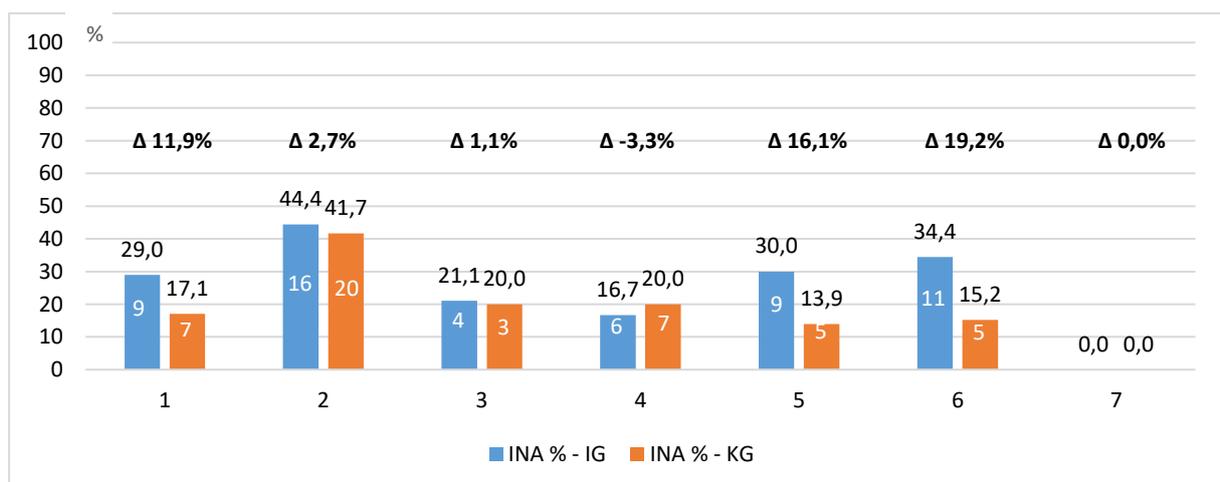
Es wurde die Hypothese (1) geprüft, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien, die mindestens eines der sieben Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch genommen hat, in der IG höher ist als in der KG. Die Hauptanalyse basierte auf $N = 103$ Familien mit einem PSB-Score ≥ 3 . Deskriptiv zeigte sich, dass in der IG 32 der 46 Familien (69,6%) mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen in Anspruch genommen hatten, in der KG traf dies auf 30 der 57 Familien (52,6%) zu. Rein deskriptiv unterschieden sich die Gruppen somit um 16,9 Prozentpunkte. Im Rahmen der Hauptanalyse, die außer einer Berücksichtigung der Cluster-Struktur der Daten eine Propensity-Score Adjustierung vornahm, unterschied sich die IG von der KG hinsichtlich des Anteils der Inanspruchnahme von mindestens einem Angebot der Frühen Hilfen um 18,3 Prozentpunkte. Die Prüfung dieses Gruppenunterschieds ergab, dass sich die Gruppen statistisch nicht signifikant in ihrer Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen unterschieden ($OR = 2,19$ [$p = ,077$]). Die im Rahmen der Hauptanalyse vorhergesagten Häufigkeiten der Inanspruchnahme betragen 70,3% für Familien der IG und 51,9% für Familien der KG (Abbildung 5).



Anmerkung: FH = Frühe Hilfen; n.s. = nicht signifikant ($p > ,05$).

Abbildung 5: Vorhergesagter Anteil belasteter Familien, die mindestens ein Angebot der FH in Anspruch genommen hat in IG und KG.

In der Betrachtung der einzelnen in Anspruch genommenen Angebote pro Gruppe zeigte sich, dass der deskriptiv erkennbare Unterschied vor allem auf drei Angebote zurückzuführen ist. So wurden die „Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum“ (Δ = Differenz IG-KG; Δ = 19,2%), „spezielle Beratungsangebote zum Schreien/Füttern/Schlafen des Kindes“ (Δ = 16,1%) und die „regionalen Fachstellen Frühen Hilfen bzw. koordinierende Kinderschutzstellen“ (Δ = 11,9%) häufiger von Familien der IG in Anspruch genommen als von Familien der KG (Abbildung 6). Hinsichtlich der anderen vier Angebote unterschieden sich die Gruppen nur geringfügig mit $< 3\%$. Das Angebot einer längerfristigen Betreuung durch eine Familienhebamme wurde in beiden Gruppen am häufigsten genutzt, während „Spezielle Angebote für z.B. für Alleinerziehende, Migrantinnen bzw. Migranten“ weder von Familien der IG noch der KG genutzt wurden.



1. Regionale Fachstellen der „Frühen Hilfen“ bzw. Koordinierende Kinderschutzstellen „KoKi“
2. Längerfristige regelmäßige Betreuung durch eine Familienhebamme
3. Mehrmalige ehrenamtliche Besuche (z.B. durch eine/n Familienpaten/in)
4. Beratungsangebote in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle
5. Spezielle Beratungsangebote (z.B. zum Schreien/ Schlafen/ Füttern des Kindes)
6. Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum
7. Spezielle Angebote für z.B. für Alleinerziehende, Migrantinnen bzw. Migranten

Anmerkungen: INA=Inanspruchnahme, IG=Interventionsgruppe, KG=Kontrollgruppe, Δ=Differenz IG-KG. Absolute Häufigkeiten in den Balken. Stichproben pro Angebot: Angebot 1: N=72 (IG: n=31; KG: n=41), Angebot 2: N=84 (IG: n=36; KG: n=48), Angebot 3: N=34 (IG: n=19; KG: n=15), Angebot 4: N=71 (IG: n=36; KG: n=35), Angebot 5: N=66 (IG: n=30; KG: n=36), Angebot 6: N=65 (IG: n=32; KG: n=33). Unterschiede im Umfang der Stichproben je Angebote gehen darauf zurück, dass nur dann nach einer Inanspruchnahme gefragt wurde, wenn eine Familie zuvor angab, das Angebot zu kennen.

Abbildung 6: Deskription der in Anspruch genommenen Angebote der FH in IG und KG.

Für das primäre Outcome wurden zur Überprüfung der Robustheit des in der Hauptanalyse ermittelten Ergebnisses vier Sensitivitätsanalysen (SA) berechnet. Die SA1 ohne Propensity-Score Adjustierung erbrachte ein mit der Hauptanalyse vergleichbares Ergebnis, was für die Robustheit der Ergebnisse spricht. In dieser Sensitivitätsanalyse zeigte sich ein Gruppenunterschied von 16,9% Prozentpunkten (IG: 69,5% vs. KG: 52,6%), der nicht signifikant war (OR = 2,05 [p = ,087]).

Die weiteren Sensitivitätsanalysen bekräftigten ebenfalls die Ergebnisse der Hauptanalyse. In die Complete Cases Analyse (SA2) gingen N=92 Familien (IG: n=44, KG: n=48) mit einem PSB-Score von ≥ 3 ein. Die Analyse erbrachte einen nicht signifikanten Gruppenunterschied für das Outcome der Inanspruchnahme in Höhe von 14,2% (OR=1.93 [p=,178]).

In der SA3 ging das Outcome der Inanspruchnahme als Zählvariable ein, womit die Anzahl der in Anspruch genommenen Angebote beschrieben wird (Range = 0-7). In dieser Analyse (N = 103 Familien mit PSB-Score ≥ 3) zeigte sich ein signifikanter Unterschied (B=0,46; p=,026) zwischen den Gruppen dahingehend, dass Familien der IG (M=1.25) im Mittel 0,46 Angebote mehr in Anspruch nahmen als Familien der KG (M=0,78).

In der Time-to-Event Analyse (SA4) wurde die Zeit bis zur individuellen Angabe einer Inanspruchnahme eines Angebots betrachtet. Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Zeitpunkt der Inanspruchnahme dem Zeitpunkt der Bearbeitung des Fragebogens entspricht und nicht dem realen Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Angebots. Der Gruppenunterschied in dieser Analyse (N = 103 Familien mit PSB-Score ≥ 3) wies auf eine höhere Inanspruchnahme von mindestens einem Angebot der Frühen Hilfe in der IG im Vergleich zur KG hin, wurde aber nicht signifikant (HR=1,33; p=,302).

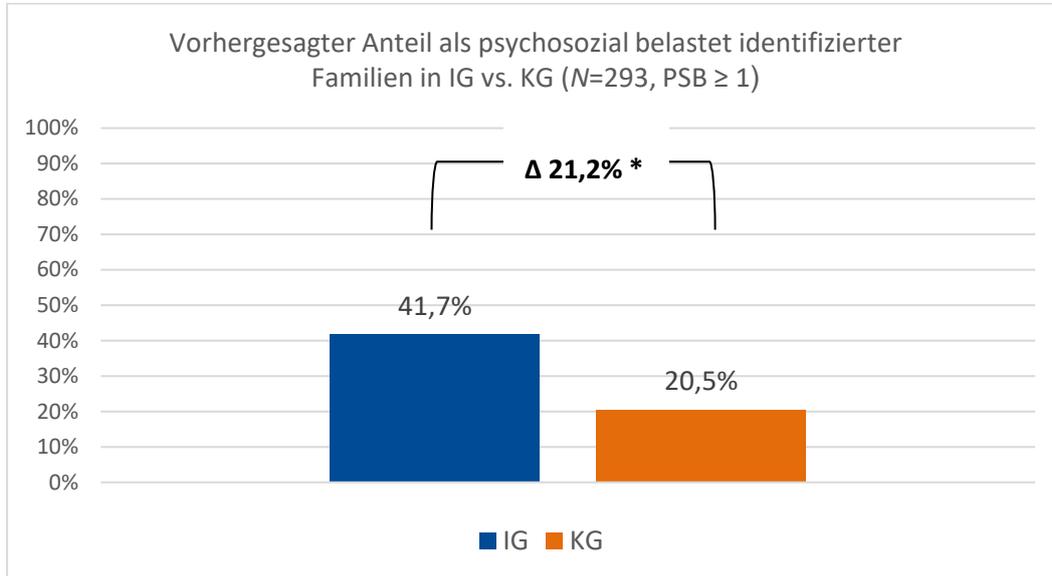
► Zusammenfassung – Primäres Outcome Inanspruchnahme.

Die Ergebnisse zeigen auf deskriptiver Ebene, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien (PSB ≥ 3 zu t1), die mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen in Anspruch genommen haben, in der IG höher ist als in der KG. Die Prüfung des Gruppenunterschieds ergab jedoch, dass sich die Gruppen statistisch nicht signifikant in ihrer Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen unterscheiden.

2. Sekundäres Outcome: Identifikation psychosozial belasteter Familien

Es wurde die Hypothese (H2a) geprüft, dass der durch die Praxispädiater*innen identifizierte Anteil psychosozial belasteter Familien in der IG höher ist als in der KG. Die Analyse basierte auf N=293 Familien mit einem PSB-Score von ≥ 1 . Deskriptiv zeigte sich, dass in der IG 60 von 144 Familien (42%) als psychosozial belastet identifiziert wurden, in der KG waren es 34 der 149 Familien (23%). Der Gruppenunterschied betrug somit 19 Prozentpunkte. Im Rahmen der logistischen Regressionsanalyse mit Propensity-Score Adjustierung unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich des Anteils identifizierter

belasteter Familien um 21,2 Prozentpunkte. Die auf Basis dieses Analysemodells vorhergesagten Häufigkeiten ergaben, dass in der IG 41,7% der belasteten Familien auch von der*dem Praxispädiater*in als belastet eingeschätzt wurden, wohingegen es in der KG 20,5% waren (Abbildung 7). Die Prüfung des Gruppenunterschieds zeigte einen erwartungskonformen statistisch signifikanten Unterschied zwischen IG und KG (OR = 2,77 [p = ,020]).



Anmerkung: * signifikant bei $p < ,05$.

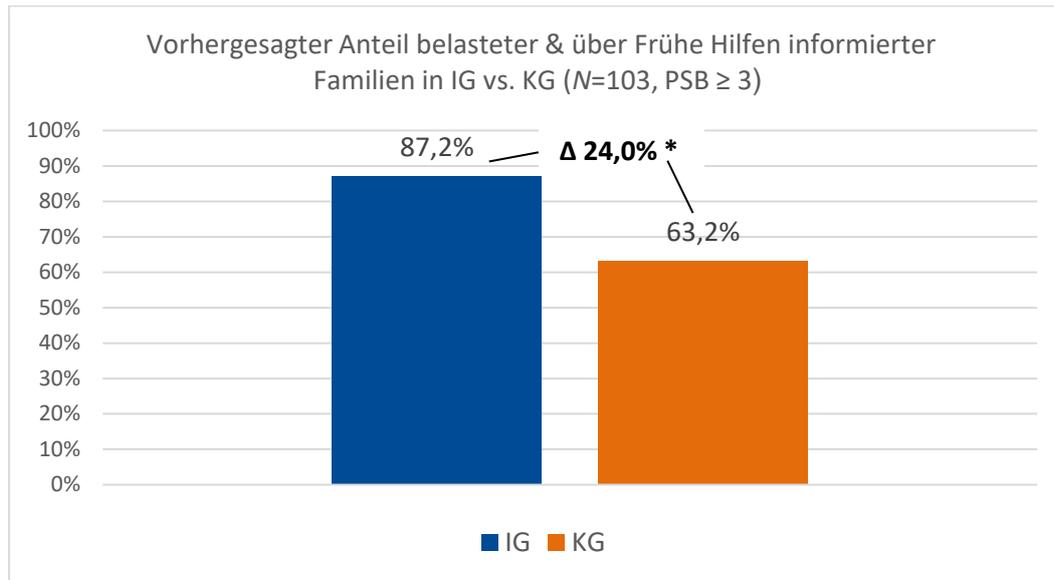
Abbildung 7: Vorhergesagter Anteil der als belastet identifizierten Familien in IG und KG.

► Zusammenfassung – Sekundäres Outcome Identifikation.

Die inferenzstatistischen Prüfungen zeigen einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen IG und KG von 21 Prozentpunkten. In Einklang mit der Hypothese H2a wird in der IG ein höherer Anteil psychosozial belasteter Familien (PSB \geq 1 zu t1) von ihrer*ihrem Praxispädiater*in als belastet identifiziert als in der KG.

3. Sekundäres Outcome: Informierung psychosozial belasteter Familien

In der Analyse des sekundären Outcomes der Informierung wurde die Hypothese (H2b) geprüft, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien, der über Angebote der Frühen Hilfen informiert wird, in der IG höher ist als in der KG. Die zugrunde gelegte Stichprobe basierte analog zum primären Outcome auf N=103 Familien, die zu t1 einen PSB-Score \geq 3 aufwiesen. Insgesamt zeigte sich eine hohe Informierung psychosozial belasteter Familien durch die Praxispädiater*innen. Deskriptiv wurden in der IG 40 der 46 Familien (87%) über Angebote der Frühen Hilfen informiert, in der KG waren es 37 der 57 Familien (65%). Es zeichnete sich also ein Gruppenunterschied von 22 Prozentpunkten ab. Die Überprüfung der Hypothese mittels logistischer Regression mit Propensity-Score-Adjustierung ergab einen Gruppenunterschied hinsichtlich des Anteils informierter belasteter Familien von 24,0 Prozentpunkten. Gemäß den vorhergesagten Häufigkeiten dieses Analysemodells informierten die IG-Praxispädiater*innen mit 87,2% mehr belastete Familien als die KG-Ärzt*innen mit 63,2% (Abbildung 8). Die Prüfung des Gruppenunterschieds erbrachte einen erwartungskonformen statistisch signifikanten Unterschied zwischen IG und KG (OR=3,97; $p=,027$).



Anmerkung:: * signifikant bei $p < ,05$.

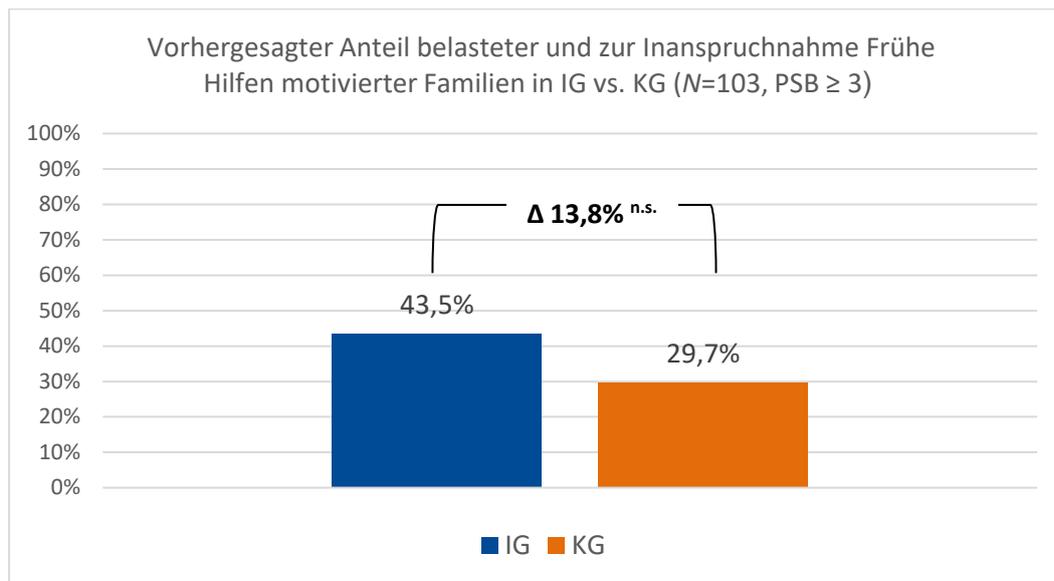
Abbildung 8: Vorhergesagter Anteil belasteter Familien, die über Angebote der FH informiert wurden in IG und KG.

► Zusammenfassung – Sekundäres Outcome Informierung.

Die Ergebnisse zeigen einen erwartungskonformen statistisch signifikanten Gruppenunterschied zwischen IG und KG von 24 Prozentpunkten. In Einklang mit der Hypothese H2b ist der Anteil psychosozial belasteter Familien (PSB ≥ 3 zu t1), die über mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen von ihrer*ihrem Praxispädiater*in informiert wurden, in der IG höher als in der KG.

4. Sekundäres Outcome: Motivierung psychosozial belasteter Familien

In Hypothese H2c wurde angenommen, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien, die zur Inanspruchnahme von mindestens einem Angebot der Frühen Hilfen motiviert wurden, in der IG höher als in der KG ist. Generell fiel die Quote belasteter Familien, die zur Inanspruchnahme Früher Hilfen motiviert wurde, im Vergleich zum Anteil der informierten Familien deutlich geringer aus. Die deskriptiven Daten zeigten, dass in der IG 21 der 46 Familien (46%) zur Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen motiviert wurden, wohingegen es in der KG 17 der 57 Familien (30%) waren, was einen Unterschied von 16 Prozentpunkten ergibt. Im Rahmen der logistischen Regressionsanalyse mit Propensity-Score Adjustierung (N = 103 mit PSB-Score ≥ 3 zu t1) unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich des Anteils motivierter belasteter Familien um 13,8 Prozentpunkte. Die auf Basis dieses Analysemodells vorhergesagten Häufigkeiten motivierter belasteter Familien betragen 43,5% in der IG und 29,7% in der KG (Abbildung 9). Die Prüfung des Gruppenunterschieds erwies sich als statistisch nicht signifikant (OR=1,82 [p=,246]).



Anmerkung: n.s. = nicht signifikant ($p > ,05$).

Abbildung 9: Vorhergesagter Anteil belasteter und zur Inanspruchnahme FH motivierter Familien in IG und KG.

► Zusammenfassung – Sekundäres Outcome Motivierung.

Die Ergebnisse zeigen auf deskriptiver Ebene, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien (PSB ≥ 3 zu t1), die zur Inanspruchnahme von mindestens einem Angebot der Frühen Hilfen von ihrer*ihrem Praxispädiater*in motiviert wurden, in der IG höher ausfällt als in der KG. Die Prüfung des Gruppenunterschieds ergab jedoch, dass sich die Gruppen statistisch nicht signifikant unterscheiden.

6.2 Gesundheitsökonomische Evaluation

1. Kosten je zusätzlicher von den Praxispädiater*innen über die Angebote der Frühen Hilfen informierter und zur Hilfeannahme motivierter belasteter Familie

Ein erstes Ergebnis besteht in der Ermittlung der Kosten je zusätzlicher von den Praxispädiater*innen über die Angebote der Frühen Hilfen informierter und zur Hilfeannahme motivierter belasteter Familie. Praxispädiater*innen können bei der Krankenkasse ein Aufklärungsgespräch abrechnen. Ausgehend von der Annahme, dass im Rahmen eines solchen Gesprächs die Information über Unterstützungsangebote und die Motivierung, diese Angebote in Anspruch zu nehmen, erfolgt, werden die Kosten für ein solches Aufklärungsgespräch mit den Kosten je zusätzlicher über die Angebote der Frühen Hilfen informierter und zur Hilfeannahme motivierter belasteter Familie gleichgesetzt. Gemäß den Daten der KV-BW wurden zwischen 2015 und 2019 608 Fallfindungen (GOP 99615) und 590 Aufklärungsgespräche (GOP 99616) zur Abrechnung eingereicht (KVBW, 2023c). Daher gehen wir im Folgenden davon aus, dass allgemein 1,03 Fallfindungen je Aufklärungsgespräch durchgeführt werden.

(1) Die Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive der Krankenkassen

Ausgehend von den bisherigen Ausführungen gestalten sich die mittleren Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive der Krankenkassen wie in Abbildung 10 dargestellt.

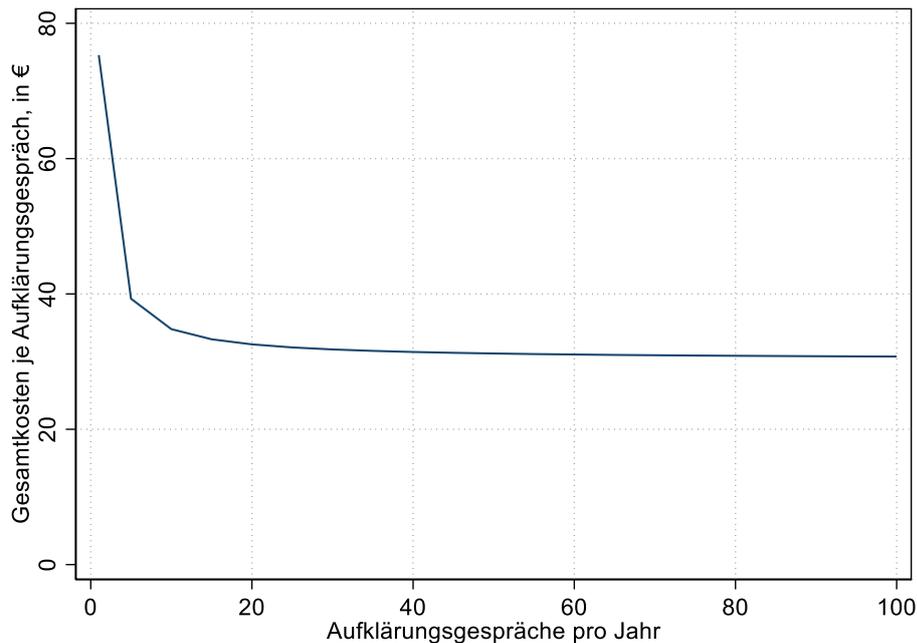


Abbildung 10: Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive der Krankenkassen

Die in Abbildung 10 enthaltenen Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch bestehen aus den tatsächlichen Erstattungen für das Aufklärungsgespräch (20€), den angenommenen Erstattungen für 1,03 Fallfindungen (10€) je Aufklärungsgespräch, sowie aus dem jährlichen Fixkostenanteil (45€ Kosten für die jährlichen Qualitätszirkel). Führt ein*e Praxispädiater*in nur ein Aufklärungsgespräch pro Jahr, so fallen für die Krankenkasse 20€ Kosten für das Aufklärungsgespräch, 10,30 € für die Fallfindung und 45€ direkte Kosten für die jährlichen Qualitätszirkel an (insgesamt also 75,3€). Je mehr Aufklärungsgespräche pro Jahr durchgeführt werden, desto geringer fällt der jährliche Fixkostenanteil (45€ Kosten für die jährlichen Qualitätszirkel) ins Gewicht.

Unter der Annahme von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr ist aus Perspektive der Krankenkassen von Kosten in Höhe von 32€ je zusätzlichem Aufklärungsgespräch auszugehen.

► Zusammenfassung – Kosten aus Perspektive der Krankenkassen

Je mehr Aufklärungsgespräche pro Jahr durchgeführt werden, desto geringer fällt der jährliche Fixkostenanteil (45€ Kosten für die jährlichen Qualitätszirkel) ins Gewicht. Unter der Annahme von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr ist von Kosten in Höhe von 32€ je zusätzlichem Aufklärungsgespräch auszugehen.

(2) Die Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive des Gesundheitssystems

In Abbildung 11 werden die mittleren Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive des Gesundheitssystems dargestellt. Hierbei ist zu beachten, dass für die nun hinzukommenden Kosten für die einmalige Schulung zu Beginn eine weitere Annahme getroffen werden muss: Die mittlere Dauer, die die Praxispädiater*innen an der PATH-Intervention teilnehmen. Sollten Praxispädiater*innen beispielsweise nach 2 Jahren beschließen, nicht weiter teilzunehmen, also keine weiteren Qualitätszirkel mehr zu besuchen, verteilt sich der Fixkostenanteil für die einmalige Schulung zu Beginn (343,95€ Kosten für den Tag Arbeitsausfall) auf nur zwei Jahre.

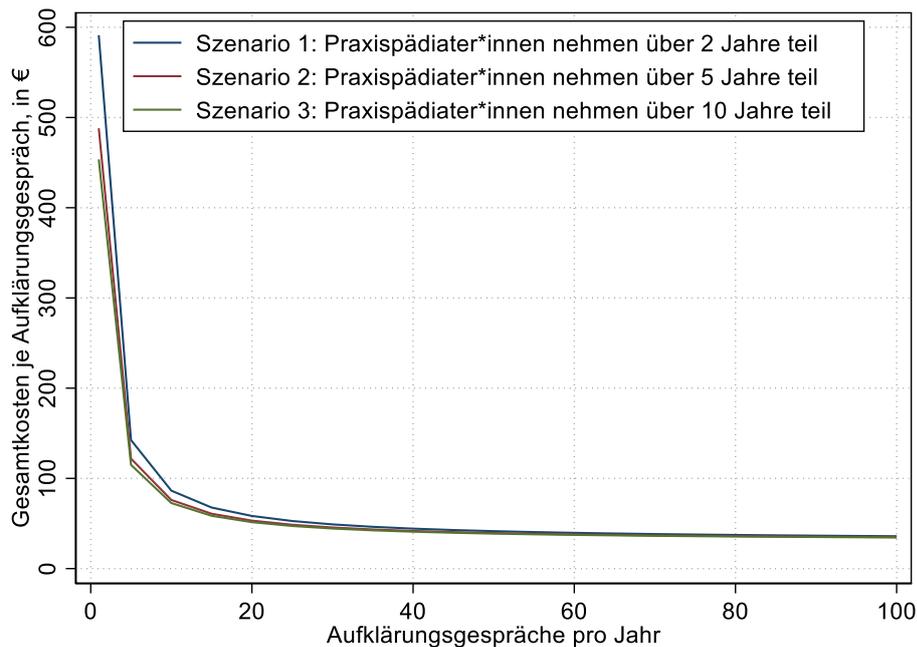


Abbildung 11: Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch aus Perspektive des Gesundheitssystems.

Da bezüglich der mittleren Dauer, die die Praxispädiater*innen an der PATH-Intervention teilnehmen, keine Vorerfahrungen vorliegen werden in Abbildung 11 drei Szenarien visualisiert: In Szenario 1 nehmen die Praxispädiater*innen über zwei Jahre an der PATH-Intervention teil; in Szenario 2 nehmen die Praxispädiater*innen über fünf Jahre an der PATH-Intervention teil und in Szenario 3 nehmen die Praxispädiater*innen über zehn Jahre an der PATH-Intervention teil.

Macht eine Praxispädiater*in nur ein Aufklärungsgespräch pro Jahr, so fallen neben 20€ Kosten für das Aufklärungsgespräch, 10,30€ für Fallfindung und 45€ direkten Kosten für die jährlichen Qualitätszirkel auch ein Tag Arbeitsausfall (343,95€) für die Qualitätszirkel an. Zudem fällt der Tag Arbeitsausfall (343,95€) für die initiale Fortbildung ins Gewicht.

Unter der Annahme von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr und einer mittleren Dauer der Teilnahme von 5 Jahren ist aus Perspektive des Gesundheitssystems von Kosten in Höhe von 43€ je zusätzlichem Aufklärungsgespräch auszugehen.

► Zusammenfassung – Kosten aus Perspektive des Gesundheitssystems

Aus Gesundheitssystemperspektive wird auch der Arbeitsausfall während der Teilnahme an den Qualitätszirkeln und der initialen Fortbildung berücksichtigt. Im Mittel ist mit Kosten in Höhe von 43€ je zusätzlichem Aufklärungsgespräch zu rechnen.

2. Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen

Ausgehend von den im vorangegangenen Abschnitt ermittelten Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch (32€ [Krankenkasse] sowie 43€ [Gesundheitssystem]) werden im Folgenden unter Berücksichtigung der Ergebnisse der quantitativen Befragung der Familien (primäres Outcome der Inanspruchnahme) die Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen ermittelt. Für die hier berichteten gesundheitsökonomischen Analysen wurde, im Gegensatz zu den Auswertungen des primären Outcomes der quantitativen familienseitigen Befragung, die Gesamtstichprobe der Familien herangezogen, für die ein PSB-Score ermittelt werden konnte ($PSB \geq 0$). Dies begründet sich darin, dass diese Population mehr dem Praxisalltag entspricht, in dem die Praxispädiater*innen die in der PATH-Intervention erlernten Fertigkeiten nicht nur bei „erheblich“ belasteten Familien anwenden. Da die Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme nicht direkt zu ermitteln sind, treffen wir die Annahme, dass bei den relevanten Patient*innen in der Interventionsgruppe jeweils ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Die erhöhte Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten in der Interventions-

im Vergleich zur Kontrollgruppe, die sich in den Ergebnissen der quantitativen Befragung fand, impliziert deshalb auch eine entsprechende Erhöhung an Aufklärungsgesprächen in der Interventionsgruppe.

Gemäß den Ergebnissen für diese Analysetichprobe von Familien mit $PSB \geq 0$ ist aufgrund der PATH-Intervention mit einer Erhöhung der Inanspruchnahme um 18,1 Prozentpunkte ($p=.001$) zu rechnen. Bezieht man diesen Effektschätzer auf die zusätzlichen Kosten je Aufklärungsgespräch (32€) ergeben sich aus Perspektive der Krankenkassen Kosten in Höhe von 177€ ($32\text{€}/0.181=177\text{€}$) je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen. Aus der Perspektive des Gesundheitssystems lassen sich die Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen in Höhe von 238€ ($43\text{€}/0.181=238\text{€}$) ermitteln. Dieser Wert wird gemeinhin als inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) bezeichnet.

Diese Schätzungen beziehen sich auf das oben geschilderte Szenario von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr und einer mittleren Dauer der Teilnahme an den IQZs von 5 Jahren. Bei einer geringeren Anzahl von Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr und/oder einer geringeren Dauer der Teilnahme an den IQZs erhöhen sich die Kosten entsprechend der in Abbildung 10 und 11 aufgezeigten Skalierung. Führt ein*e Praxispädiater*in beispielsweise nur ein einziges Aufklärungsgespräch im Jahr durch, ergeben sich aus Perspektive des Gesundheitssystems Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen in Höhe von 416€ ($75,3\text{€}/0.181=416\text{€}$).

► Zusammenfassung – Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen

Aus Perspektive der Krankenkassen ergeben sich Kosten in Höhe von 177€ je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen. Aus der Perspektive des Gesundheitssystems lassen sich die Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen in Höhe von 238€ ermitteln.

3. Kosten je zusätzlicher von Praxispädiater*innen korrekt identifizierten Familie mit psychosozialen Hilfebedarf

Gemäß den Studienergebnissen der quantitativen Befragung der Familien (sekundäres Outcome der Identifikation, siehe Abschnitt 6.1.3.) ist aufgrund der PATH-Intervention mit einer Erhöhung der Anzahl als psychosozial belastet identifizierter Familien ($PSB \geq 1$) um 21,2 Prozentpunkte ($p=.020$) zu rechnen. Bezieht man diesen Effektschätzer auf die zusätzlichen Kosten je Aufklärungsgespräch (32€) ergeben sich aus Perspektive der Krankenkassen Kosten in Höhe von 151€ ($32\text{€}/0.212=151\text{€}$) je zusätzlicher korrekt identifizierter Familie. Aus der Perspektive des Gesundheitssystems lassen sich die Kosten je zusätzlicher korrekt identifizierter Familie in Höhe von 203€ ($43\text{€}/0.212=203\text{€}$) ermitteln. Dieser Wert wird gemeinhin als inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (ICER) bezeichnet.

Diese Schätzungen beziehen sich auf das oben geschilderte Szenario von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr und einer mittleren Dauer der Teilnahme an den IQZs von 5 Jahren. Bei einer geringeren Anzahl von Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr und/oder einer geringeren Dauer der Teilnahme erhöhen sich die Kosten entsprechend der in Abbildung 10 und 11 aufgezeigten Skalierung. Führt eine Praxispädiater*in beispielsweise nur ein einziges Aufklärungsgespräch im Jahr durch, ergeben sich aus Perspektive des Gesundheitssystems Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme der Frühen Hilfen in Höhe von 355€ ($75,3\text{€}/0.212=355\text{€}$).

► Zusammenfassung – Kosten je zusätzlicher von Praxispädiater*innen korrekt identifizierten Familie mit psychosozialen Hilfebedarf

Aus Perspektive der Krankenkassen ergeben sich Kosten in Höhe von 151€ je zusätzlicher korrekt identifizierter Familie. Aus der Perspektive des Gesundheitssystems lassen sich die Kosten je zusätzlicher korrekt identifizierter Familie in Höhe von 203€ ermitteln.

4. Budget-Impact-Analyse

Eine Budget-Impact-Analyse ist eine quantitative Bewertung der finanziellen Auswirkungen einer neuen Gesundheitstechnologie oder -maßnahme auf das Gesundheitssystem. Im vorliegenden Fall werden die Budget-Impact-Analysen zur PATH Intervention auf die Perspektive der Krankenkassen und

das Land Baden-Württemberg durchgeführt. Dies geschieht zur Annäherung möglicher Gesamtkosten der PATH Intervention für die Krankenkassen in Baden-Württemberg.

In einem ersten Szenario (Budget Impact Analyse 1: NZFH Prävalenzschätzung) beziehen wir uns auf die NZFH-Prävalenzschätzung, nach der in Baden-Württemberg 13% der Familien mit Kindern unter 3 Jahren (=43.108 Kinder insgesamt) in belasteten Lebenssituationen leben (KVBW, 2023c). Würden all diese Kinder einmal im Jahr ein Aufklärungsgespräch erhalten, würde dies jährliche Gesamtkosten in Höhe von 1.379.456€ ($32€ \cdot 43.108 = 1.379.456$) bedeuten.

In einem zweiten Szenario (Budget Impact Analyse 2: Sozialpädiatrisches Gespräch) beziehen wir uns auf Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg aus dem Jahr 2019 bei Kindern der Jahrgänge 2016-2019. Hier gab es 15.147 Kinder, bei denen mindestens einmal das Sozialpädiatrische Gespräch (GOP 04355) abgerechnet wurde. Basierend auf dem Anteil AOK-Versicherter an der Gesamtzahl der Einwohner Baden-Württembergs (etwa 41%) (KVBW, 2023a; KVBW, 2023b)) lässt sich daraus eine mögliche Gesamtzahl von 37.226 abgerechneten sozialpädiatrischen Gesprächen ableiten.³ Unter der Annahme, dass in Zukunft genauso viele Aufklärungsgespräche geführt werden, wie es im Jahr 2019 Kinder mit Sozialpädiatrischen Gesprächen gab, erhält man jährliche Gesamtkosten in Höhe von 1.191.232€ ($32€ \cdot 37.226 = 1.191.232$).

In einem dritten Szenario (Budget Impact Analyse 3: Arztfragebogen) werden die Angaben der Praxispädiater*innen im Arztfragebogen (siehe Anlage 9, Confounderbogen) in die Überlegungen einbezogen. Gemäß den Daten des Arztfragebogens führen die an der PATH-Intervention teilnehmenden Praxispädiater*innen im Mittel 64,8 U-Untersuchungen im Monat durch. Bezogen auf die Familien, die zu einer U3-U7a in die Praxis kommen, besteht laut Einschätzungen der IG-Praxispädiater*innen bei 27,07% eine psychosoziale Belastung und für 46,53% der Familien sehen sie einen Bedarf für zusätzliche Unterstützungsangebote. Hieraus lässt sich die von ärztlicher Seite eingeschätzte Notwendigkeit von 98 Aufklärungsgesprächen je Jahr ableiten. Bezieht man den Umstand mit ein, dass sich die im Arztfragebogen abgefragte Anzahl durchgeführter U-Untersuchungen auf alle U-Untersuchungen bezieht, wir für die PATH-Intervention allerdings nur die U3 bis zur U7 betrachten, ergibt sich hieraus die von ärztlicher Seite eingeschätzte Notwendigkeit von 41 Aufklärungsgesprächen ($98 \cdot 5/12$) je Jahr. Ausgehend von 1073 ambulant tätigen Praxispädiater*innen in Baden-Württemberg (Euper et al., 2020), erhält man jährliche Gesamtkosten in Höhe von 1.407.776€ ($41 \cdot 32€ \cdot 1073 = 1.407.776$).

Diese drei Szenarien der Budget Impact Analyse beziehen sich auf das oben geschilderte Szenario von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr. Bei einer geringeren Anzahl von Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr erhöhen sich die Kosten entsprechend der in Abbildung 10 aufgezeigten Skalierung. Zudem erscheint es wenig realistisch, dass alle Praxispädiater*innen Baden-Württembergs an der PATH-Intervention teilnehmen. In Abbildung 12 gehen wir weiterhin davon aus, dass jede*r teilnehmende Praxispädiater*in 35 Aufklärungsgespräche im Jahr durchführt, der Anteil teilnehmender Ärzt*innen in Baden-Württemberg variiert allerdings zwischen 20% und 80%.

► Zusammenfassung – Budget-Impact-Analyse

Die Gesamtkosten der PATH-Intervention aus Perspektive der Krankenkassen variiert stark mit der Annahme bezüglich des Anteils teilnehmender Praxispädiater*innen. Nehmen 20% aller Praxispädiater*innen an der PATH Intervention teil, ergeben sich Jährliche Gesamtkosten in Höhe von 240 Tsd. € bis 280 Tsd. € (je nach Szenario). Nehmen hingegen 80% aller Praxispädiater*innen an der PATH Intervention teil, ergeben sich Jährliche Gesamtkosten in Höhe von 950 Tsd. € bis 1.12 Mio. € (je nach Szenario).

³ Anmerkung: Ausgehend von 1073 Praxispädiater*innen in Baden-Württemberg ergibt sich hieraus auch die Zahl von 35 Gesprächen je Praxispädiater*in und Jahr. Diese Zahl wurde auch in der vorangegangenen Kostenanalyse als Basisszenario genutzt.

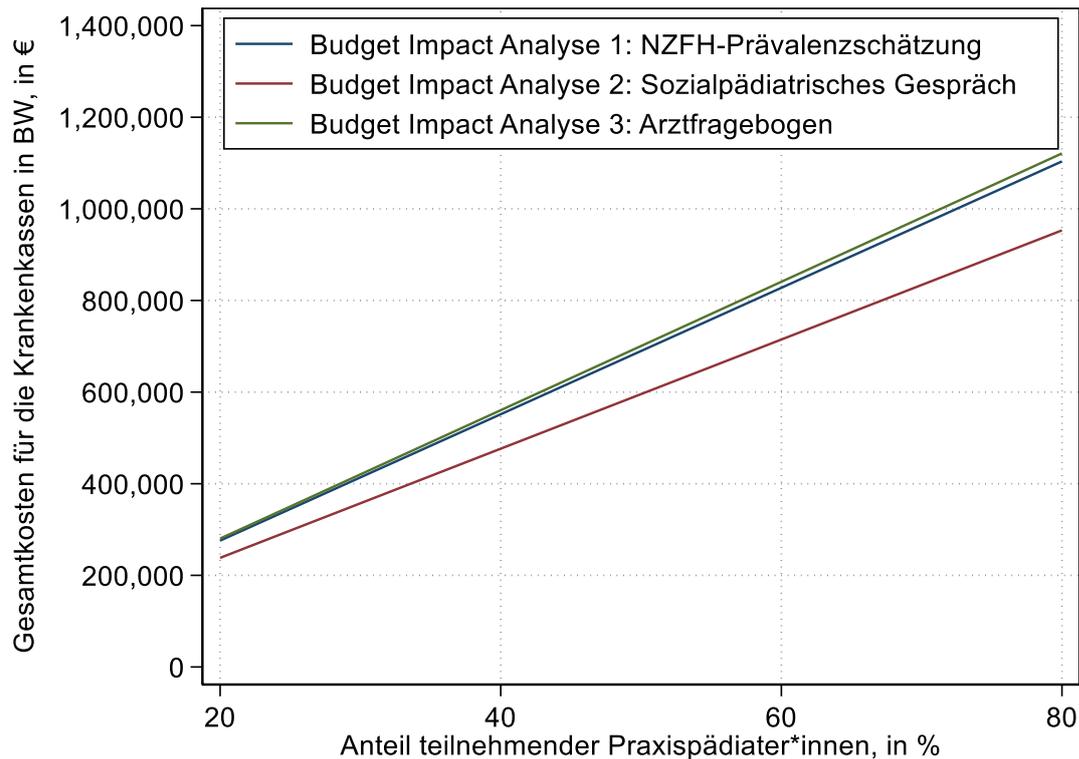


Abbildung 12: Jährliche Kosten der PATH-Intervention aus Perspektive der Krankenkassen Baden-Württembergs.

6.3 Telefoninterviews

6.3.1 Erreichte Fallzahlen und Beschreibung der Stichproben

Familien

Die angestrebte Fallzahl von $n = 20$ Familien wurde erreicht. Die Interviews mit den Familien hatten (exklusive Begrüßung und Einführung) eine Dauer von durchschnittlich ca. 25 Minuten (Minimum 8:22 min, Maximum 41:23 min). Der unterschiedliche zeitliche Umfang der Familien-Interviews hing insbesondere damit zusammen, dass einige Familien bei sich selbst wenig bis keine Belastungen wahrnahmen bzw. nur wenig über entsprechende Gespräche in der Kinderarztpraxis berichten konnten, was zu einer Verkürzung der Interviews führte.

Bei allen Teilnehmenden handelte es sich um die Mutter. Die Befragten waren im Schnitt 34,9 Jahre alt und hatten 2,2 Kinder. Die Kinder, auf die sich die Mütter in den Interviews bezogen haben, waren durchschnittlich etwa 1,5 Jahre alt (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Stichprobe Familien.

Merkmal	IG (n = 20)
Alter, M (SD)	34.9 (5.39)
Anzahl Kinder, M (SD)	2.2 (1.04)
Alter des Zielgruppenrelevanten Kindes, n (%)	
Jünger als 1 Jahr	5 (25.0)
1 bis unter 2 Jahre	10 (50.0)
2 bis unter 3 Jahre	5 (25.0)
Dauer des Betreuungsverhältnisses in der Praxis, n (%)	
Bis zu 1 Jahr	7 (35.0)
2 bis 3 Jahre	4 (20.0)

4 bis 10 Jahre	7 (35.0)
> 10 Jahre	2 (10.0)

Etwa die Hälfte der Mütter waren bereits seit 4 Jahren oder länger in der Kinderarztpraxis, teils schon mit einem älteren Geschwister. Alle Familien wiesen mind. 2 Belastungsmerkmale (PSB ≥ 2) gemäß dem familienseitigen Fragebogen zu t1 auf. Der Großteil der Stichprobe (n=16) konnte mit Familien erster Priorität gefüllt werden, die auch aus ärztlicher Sicht (im Arztfragebogen) als belastet eingeschätzt wurden, bei den übrigen Familien wurde laut Arztfragebogen ein Unterstützungsbedarf gesehen (Einschlusskriterien). Auch im Rahmen der Interviews berichtete die Mehrheit der Mütter von Belastungen, die sie meist auch in der kinderärztlichen Praxis thematisiert hatten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Belastungen der Familien laut Interview.

Belastungen berichtet und in Kinderarztpraxis thematisiert	Belastungen berichtet, nicht in Kinderarztpraxis thematisiert	Keine Belastungen berichtet
12 Mütter (#1, #2, #4, #5, #6, #7, #9, #10, #13, #15, #18, #16)	2 Mütter (#11, #12)	6 Mütter (#3, #8, #14, #17, #19, #20)
Kindbezogene Belastungen (6 Mütter): - 4x Belastendes Schrei-/Schlafverhalten (#7, #9, #13, #18) - 1x Entwicklungsverzögerung (#13) - 1x Behinderung oder Erkrankung des Kindes (#4) - 1x Problematisches Sozialverhalten (#15) Elterliche / familiäre Belastungen (9 Mütter): - 5x Mehrere (kleine) Kinder (#4, #5, #6, #10, #16) - 1x Ungeplante Schwangerschaft (#2) - 2x Doppelbelastung Beruf & Familie (#1, #5) - 2x Partnerschaftskonflikte (#9, #15) - 1x Anzeichen Depression (#13) - 3x Starke Erschöpfung (#13, #9, #10) - 2x Überforderung (#2, #13) - 3x Fehlende soz. Unterstützung (#4, #5, #6) - 5x Unsicherheit in Elternrolle (#1, #2 #9, #12, #16)	1x Impulsivität (#11) 1x Dichte Geburtenfolge mit möglicher (selbstvermuteter) postpartaler Depression (#12)	

Bei sechs von zwölf Müttern, die eine Besprechung von Belastungen in der Kinderarztpraxis berichteten, wurden kindbezogene Belastungen thematisiert, wobei es sich in vier Fällen um belastendes Schrei- bzw. Schlafverhalten handelte. Neun Mütter gaben an, dass sie über familiäre Belastungen bzw. Belastungen in der Elternrolle gesprochen haben. Fünf Mütter befanden sich u.a. deshalb in einer Belastungssituation, weil sie mehrere (drei oder vier) Kinder zu versorgen haben. Die geschilderten Belastungen stehen nicht immer mit dem jüngsten Kind im Zusammenhang, sondern können sich auch durch die älteren Geschwisterkinder bzw. die parallele Versorgung von Kindern unterschiedlichen Alters, z.B. auch durch Geschwisterrivalitäten ergeben. Weitere in der Kinderarztpraxis thematisierte familiäre Belastungen sind z.B. mangelnde soziale Unterstützung, Partnerschaftskonflikte, Doppelbelastung durch Familie und Beruf, starke Erschöpfung und Überforderung sowie Unsicherheit in der Elternrolle (z.B. mangelnde Geduld, Überfürsorglichkeit). Bei den übrigen acht Müttern kam es laut eigener Aussage zu keinem Gespräch über Belastungen mit der Kinderärzt*in, zwei dieser Mütter berichten jedoch im Interview von vorliegenden Belastungen.

Auffällig ist, dass die Mütter (ebenso wie die Praxispädiater*innen) auch Belastungen ansprechen, die vom PSB *nicht* erfasst werden. Dabei handelt es sich neben den bereits benannten Belastungen durch

ältere Geschwisterkinder (s.o.) insbesondere um (Regulations-)Störungen im Bereich Schlafen und Füttern, um Erkrankungen oder Behinderungen von Geschwisterkindern oder anderen Familienangehörigen oder um Belastungen gut situierter Familien (Schlett et al., 2024).

Praxispädiater*innen

Die angestrebte Fallzahl von $n = 10$ Praxispädiater*innen der IG wurde erreicht. Die Interviews hatten (exklusive Begrüßung und Einführung) eine Dauer von durchschnittlich ca. 51 Minuten (Minimum 36:48 min, Maximum 72:43 min), was auch mit der unterschiedlichen zeitlichen Verfügbarkeit der Ärzt*innen zusammenhing. Bei den Befragten handelte es sich zu je 50% um Männer und Frauen. Die Teilnehmenden waren im Schnitt seit 13,6 Jahren (SD 9,06) als niedergelassene Pädiater*innen tätig. Bei der Hälfte der Befragten handelte es sich um IQZ Moderator*innen, die übrigen Befragten gaben an, regelmäßig an den IQZ teilzunehmen (Einschlusskriterium) (siehe Tabelle 12). Die Schulung der KVBW lag bei den meisten Praxispädiater*innen mehrere Jahre zurück.

Tabelle 12: Stichprobe Praxispädiater*innen.

Merkmal	IG (n = 10)
Geschlecht, n (%)	
weiblich	5 (50.0)
männlich	5 (50.0)
Tätigkeit in niedergelassener Praxis (Jahre), M (SD)	13.6 (9.06)
IQZ Moderator, n (%)	
ja	5 (50.0)
nein	5 (50.0)

Netzwerkpartner*innen

Die angestrebte Fallzahl von $n = 10$ Netzwerkpartner*innen aus Kreisen mit IG-Praxen wurde erreicht. Alle Befragten waren weiblich. Die Interviews hatten (exklusive Begrüßung und Einführung) eine Dauer von durchschnittlich ca. 47 Minuten (Minimum 28:14 min, Maximum 68:19 min), was neben der zeitlichen Verfügbarkeit der Interviewpartnerinnen auch mit der Nähe zur PATH-Intervention zusammenhing (z.B. Erfahrungshintergrund IQZ). Alle Befragten waren weiblich, überwiegend seit mehr als 10 Jahren in den Frühen Hilfen tätig und hatten leitende oder koordinierende Funktionen. Bei zwei Netzwerkpartnerinnen handelte es sich um Kinderärztinnen im Gesundheitsamt. Fünf Netzwerkpartnerinnen haben oder hatten eine Moderatorenfunktion im IQZ. Vier weitere Netzwerkpartnerinnen nahmen regelmäßig an den IQZ teil, ohne eine leitende Rolle zu haben (Einschlusskriterium). Eine Netzwerkpartnerin nahm nicht an den IQZ teil.

6.3.2 Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Telefoninterviews für alle drei Zielgruppen in thematischer Gliederung vorgestellt. Zunächst geht es um die Beratungsgespräche in der kinderärztlichen Praxis und um die Interventionselemente (1.) Identifikation und Ansprache von Belastungen (inkl. dem Instrument (2.) Postnataler Erhebungsbogen) sowie (3.) Informierung, Motivierung und Vermittlung (inkl. dem Schulungsinhalt (4.) Motivierende Gesprächsführung). Die Ergebnisse basieren insbesondere auf der Analyse der Familien- und Ärzt*innen-Interviews. Im Anschluss geht es um (5.) die IQZ und deren zentrale Nutzendimensionen aus Sicht der befragten Ärzt*innen und Netzwerkpartnerinnen.

1. Identifikation von Belastungen und Belastungsansprache

Mütterliche Grundhaltungen zur Belastungsansprache

Hinsichtlich der Ansprache psychosozialer Themen in der Kinderarztpraxis zeigen die interviewten Mütter mehrheitlich eine offene Grundhaltung. Erwartet wird ein ärztliches Interesse an der allgemeinen Situation der Familie und eine Sensibilität auch für elterliche Sorgen und Belastungen: „*Offenheit*

und dass der sich auch in meine Situation einfühlen kann.“ [#F4]. Betont wird die Bedeutung des besonderen Vertrauensverhältnisses: *„Also, man hat auch das Gefühl, man kann mit sämtlichen alltäglichen Problemen zu ihm kommen und ja, er hilft“* [#F2]. Die ärztliche Empathiefähigkeit ist ein wichtiger Aspekt sowohl für die Auswahl, als auch für die langfristige Bindung an eine Praxis. Die interviewten Mütter scheinen größtenteils ein Bewusstsein dafür zu haben, dass für die gesunde Entwicklung ihres Kindes neben medizinischen Aspekten auch familiäre Kontextfaktoren wichtig sind, weshalb Kinderärzt*innen mehrheitlich auch in diesem Bereich als relevante Ansprechpartner*innen angesehen werden. So sagt eine Mutter, dass sie mit ihrem Kinderarzt *„schon auch viel über dieses Thema Familienalltag [redet], weil das ja eigentlich total eng verknüpft ist mit der gesunden Entwicklung der Kinder [...] und ich es eigentlich auch von Ärzten erwarte [...]“* [#F6]. Auch die interviewten Praxispädiater*innen haben überwiegend den Eindruck, dass Familien von ihnen Beratung über die medizinische Untersuchung und Behandlung ihres Kindes hinaus erwarten – *„das Psychosoziale ist unglaublich wichtig geworden.“* [#P9].

Einige Mütter berichten jedoch, dass es bei ihnen bislang in der Kinderarztpraxis noch nicht zu einer Belastungsansprache gekommen ist und größtenteils sind bei diesen Müttern auch im Interviewverlauf keine (gravierenden) Belastungen erkennbar. Bei diesen Müttern zeigen sich andere Einstellungsmuster. So wird in der Kinderarztpraxis z.B. stark auf das Kind und medizinische Aspekte fokussiert, die Möglichkeit der Ansprache eigener oder familiärer Belange rückt hier nicht ins Bewusstsein.

Also für mich ist die Kinderärztin eigentlich für das Wohl des Kindes zuständig, und ich sage mal für das medizinische Wohl des Kindes. Ich hätte sie jetzt nicht als erste Adresse gesehen für mich oder für die Gesamtsituation. [#F12]

Diese eltern- bzw. mütterseitige Fokussierung auf das Kind wird teilweise auch von den Ärzt*innen bestätigt, jedoch insbesondere mit Blick auf Familien mit Migrationshintergrund oder sozioökonomisch schwächer gestellte Familien, *„die diese Erwartungshaltung gar nicht so sehr haben, wo wir uns das dann wünschen würden, dass da mehr wäre.“* [#P3]. Außerdem zeigt sich bei Müttern ohne Belastungsansprache teilweise eine Relativierung potentieller Belastungen in der Mutterrolle, auch unter Verweis auf den eigenen Erfahrungshintergrund. Herausforderungen im Umgang mit dem kleinen Kind werden als bewältigbar beschrieben und nicht als belastend markiert.

Das ist mein drittes Kind. Da bin ich eigentlich relativ entspannt [...] Also ich würde sagen, es gibt schon Momente, die anstrengend sind, keine Frage. Wenn der Kleine mal wieder die ganze Nacht wach ist und dann um 5 Uhr morgens schon aufsteht zum Beispiel. Das ist schon anstrengend, aber belastend würde ich das jetzt nicht nennen. [#F20]

Einige der Mütter ohne Belastungsansprache berichten auf Nachfrage der Interviewerin, dass solche Situationen bzw. Herausforderungen auch (kurz) in der Kinderarztpraxis thematisiert wurden. Hier zeigt sich ein Zusammenhang mit ärztlichen Normalisierungen, was von den Müttern bereits als hilfreich oder ausreichend erlebt wurde.

Wir haben natürlich darüber geredet, [...] dass die viel schreit und dass das manchmal sehr anstrengend und fordernd sein kann. [...] Wir haben uns schon verstanden gefühlt und die Ärzte meinten auch, "Halten Sie durch, das sind diese Dreimonatskoliken. Das geht vorüber, und wir wissen, dass das anstrengend ist." [#F3]

Hinweise darauf, dass die Mütter ohne Belastungsansprache mit dem Umfang des ärztlichen Eingehens auf ihre Herausforderungen bzw. Belastungen nicht zufrieden waren, finden sich nicht.

Evokation von Elternschilderungen und Joining

Bei über der Hälfte der befragten Mütter kam es zu einer Belastungsansprache. Ein wesentlicher Inhalt der zur PATH Intervention gehörenden ärztlichen Fortbildung ist das Erlernen von Gesprächstechniken zur Evokation elterlicher Belastungsschilderungen. In einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre soll der Familie die ärztliche Wahrnehmung, Anerkennung und Sorge gespiegelt werden (Joining). Um Eltern anzuregen, ihre Sichtweisen, Sorgen, Belastungen und bisherigen Bewältigungsstrategien mitzuteilen, sollen die Ärzt*innen ‚aktiv zuhören‘, offene Fragen stellen und neugierig sein. Von der in der PATH Schulung empfohlenen Einstiegsfrage „Wie geht’s?“, von den Müttern auch umschrieben mit Fragen danach, wie sie „klarkommen“ [#F5] oder ob sie „alles gut meistern“ [#F4] können, berichten sowohl die Praxispädiater*innen als auch die Mütter: *„er ist auch wirklich an der allgemeinen Situation interessiert. Ja, wie es einem eben geht mit dem Kind auch“* [#F9]. Werden diese Fragen entsprechend

gerahmt und zu wahrgenommenen Belastungsanzeichen in Beziehung gesetzt, kann damit die Schilderung von Elternanliegen angestoßen werden. Die befragten Mütter berichten mehrheitlich, dass sie sich in den Gesprächen hinsichtlich ihrer Belastungen öffnen konnten.

Sie hat mich angesprochen, hat gefragt: Wie geht es Ihnen? Sie schauen etwas müde aus oder eben dass es [...] einfach viel ist mit drei Kindern. Und dann ist es schon ein bisschen aus mir herausgebrochen [...]. [#F10]

Anhand der ärztlichen Aussagen entsteht der Eindruck, dass die Praxispädiater*innen diese Frage bewusst stellen und den Eltern aktiv sowie mit Geduld und Aufmerksamkeit zuhören.

Ich frage als allererstes immer, wie geht es Ihnen? Ich frage nicht, wie geht es dem Kind, sondern ich frage als erstes, wie geht es Ihnen? Und dann sagen sie erst immer, gut. Und dann nach einer kurzen Pause, eigentlich geht es mir gar nicht gut. Und dann weiß ich, jetzt ist sozusagen der Moment gekommen, wo man aufmerksam sein muss [...]. [#P9]

Identifikation von Belastungen

Übereinstimmend berichten sowohl die befragten Mütter, als auch die Praxispädiater*innen, dass die Initiative zur Belastungsansprache überwiegend von den Ärzt*innen ausgeht oder sich wechselseitig im Gespräch ergibt. Das Stellen von spezifischen, aber auch offenen Fragen scheint ein zentrales Instrument zu sein, um sich der Belastungslage einer Familie zu nähern. Die Fragen lassen sich größtenteils den folgenden Themenfeldern zuordnen: Fragen nach dem Befinden der Eltern bzw. insbesondere der Mutter, Fragen zum Schlafen, Schreien und Füttern, direkte Fragen nach Belastungen bzw. Unterstützungsbedarfen, Fragen zum sozialen Netzwerk (hier Berührungspunkt zu Ressourcen) und Fragen zur allgemeinen Lebenssituation der Familie, teilweise auch zur sozioökonomischen Situation. Ausgehend von den Schilderungen der befragten Pädiater*innen werden die Fragen überwiegend offen gestellt und die Eltern zum Erzählen angeregt, indem bestimmte, potenziell belastungsrelevante Themenbereiche erfragt werden, z.B. „wie denn die Nächte sind [...] oder wie es mit Beikost klappt [...]. Und dann kommen so nach und nach auch die Themen meistens, die es zu besprechen gibt.“ [#P6]. Es entsteht der Eindruck, dass die Situation der Familie ganzheitlich und mit aufmerksamem Blick für potenzielle Belastungen betrachtet wird: „Dann auch eben dieser systemische Blick: Was belastet? [...] Habe ich es mit einer Belastungssituation zu tun?“ [P#5]

Wenn ich Auffälligkeiten hab in der Entwicklung [...] auch der emotionalen Entwicklung und dann versuche ich so ein bisschen schon während der Vorsorge, woher könnte es kommen. Ist es eine familiär belastete Situation durch innerfamiliäre Probleme, sind es die Lebensverhältnisse die schwierig sind, sozio-ökonomisch vielleicht, oder hat das Kind von seinem Temperament her oder die Eltern von sich aus wenig Ressourcen [...]. [#P10]

Im Kontext Belastungserkennen wird von nahezu allen befragten Praxispädiater*innen auch die Beobachtung der Eltern-Kind- bzw. insbesondere der Mutter-Kind-Interaktion angesprochen. Hieraus der können die Ärzt*innen offenbar vor allem Hinweise auf elterliche Unsicherheiten und mangelnde Elternkompetenzen herauslesen, die aus Ärzt*innensicht ein wichtiger Indikator für Belastungen und Unterstützungsbedarfe sein können.

Und dann als nächstes, wenn ich in die Untersuchung gehe, dann natürlich so mein erster Eindruck, Einblick: wie ist die Interaktion mit dem Kind? Wie wirken die Eltern jetzt, total unsicher einfach? [#P3]

Einige Praxispädiater*innen betonen in den Interviews außerdem die wichtige Rolle ihrer ärztlichen Intuition beim Einschätzen einer Belastungssituation. Das ärztliche ‚Bauchgefühl‘ scheint immer ‚mitzulaufen‘ und wird zuweilen explizit über Instrumente wie den Erhebungsbogen gestellt (s. hierzu auch Abschnitt 1.5.1).

[...] bereits wenn man hereinkommt, teilt sich atmosphärisch etwas mit. [...] Mein Instrument, das ist mehr oder weniger meine Person und meine Professionalität. Die ist immer die ganze Zeit da, wenn ich so in Kontakt gehe. [#P8]

Als wichtig geben die Ärzt*innen außerdem auch Hinweise von Seiten der Medizinischen Fachgesellschaften (MFA) an, die bei der Vorbereitung des Kindes Belastungsanzeichen wahrnehmen und weitergeben können, oder auch Hinweise aus der Geburtsklinik (mündlich oder über Eintragungen im U-Heft).

In zwei Fällen berichten die Mütter, dass sie die Belastungsansprache selbst initiiert haben. Auch bei der elternteiligen Ansprache von Belastungen kommt der empathischen ärztlichen Haltung eine besondere Bedeutung zu, damit die Mütter ihre Themen platzieren können. So sagt eine Mutter, dass sie ihre Belastung eigeninitiativ ansprechen konnte, da sie „*wusste, dass der das auch ernst nimmt und darauf eingeht, was er eben dann auch getan hat.*“ [#F15]

Bewertung der Belastungsansprache durch die Familien

Insgesamt wird deutlich, dass die Ansprache psychosozialer Belastungen, der Ablauf der Gespräche und die ärztliche Haltung von den Müttern überwiegend als ausgesprochen positiv erlebt und bewertet werden. Die Mütter betonen das ‚Menschliche‘ oder ‚Emotionale‘ in den Gesprächen und eine Mutter sagt exemplarisch, dass sie „*alles sagen [konnte], was man auf dem Herzen hatte [...] Man hat sich gut aufgehoben gefühlt*“ [#F4]. Die Schilderungen der Mütter verdeutlichen, dass sie sich von ihren Kinderärzt*innen mit ihren eigenen Sorgen und Themen ernstgenommen fühlen.

[...] nicht nur, wie nur einfach halt die U-Untersuchung gemacht, sondern halt dann nachgefragt, wie es einem auch menschlich geht, das fand ich gut, dass da geguckt wird [...]. [#F1]

Familiäre Ressourcen und Lösungsstrategien

In der zur PATH Intervention gehörenden Schulung werden die Praxispädiater*innen darin geschult, familiäre Ressourcen und bisherige Bewältigungsstrategien der Eltern zu erheben bzw. familiäre Lösungsstrategien auszuloten. Die befragten Praxispädiater*innen geben an, dass sie die Eltern zum familiären Umgang mit Belastungssituationen beraten und Unterstützungsmöglichkeiten im näheren (familiären) Umfeld erfragen. Dabei zeigt sich ein Zusammenhang mit der Art der jeweiligen Belastung: Ärzt*innen und Mütter berichten übereinstimmend, dass bei kindbezogenen Herausforderungen im Bereich Regulationsstörungen (Schreien, Schlafen, Füttern), aber teilweise auch bei Entwicklungs- und Erziehungsthemen, eine ärztliche Beratung stattfindet, wie die Belastung oder Problematik familienseitig im Umgang mit dem Kind abgemildert werden kann.

Dass die Kinder in der Zeit viel Nähe brauchen und dass eine Tragehilfe, also zum Beispiel ein Tragetuch oder eine Trage eben gut ist für das Kind in der Zeit. Dass es einfach Nähe hat. Das wurde uns geraten. [#F3]

Nehmen die Ärzt*innen hingegen Belastungsanzeichen in Form einer (mütterlichen) Erschöpfung oder Überlastung wahr, wird nach dem näheren familiären und sozialen Umfeld gefragt und nach Personen, die möglicherweise unterstützen und entlasten können.

Mehrere Male diese Frage kam, ob mein Mann Urlaub nehmen kann. [#F13]

Die ärztliche Beratung zu familiären Ressourcen und Lösungsstrategien scheint häufig im Zusammenhang mit einer Strategie des Zuwartens bzw. der Folgebeobachtung zu stehen, was ein Arzt wie folgt beschreibt: „*Also ich denke, in vielen Fällen geht es auch einfach um Folgebeobachtung [...] Man sieht die dann in einem Monat wieder und kann nochmal drüber sprechen, was sich jetzt geändert hat.*“ [#P4]. Auch einige Mütter berichten, dass ihre Belastungslage in der Kinderarztpraxis mehrfach thematisiert wurde. Das mehrmalige Nachfragen bzw. Wiederaufgreifen von Belastungsthemen bei Folgeterminen wird von den Müttern ebenfalls positiv aufgenommen bzw. sogar erwartet.

Es war aber auch so, dass der Kinderarzt dann im Gespräch danach auch nochmal nachgefragt hatte, ob das jetzt okay ist so wie es ist oder ob ich da auch nochmal irgendwie in irgendeiner Form vielleicht doch Hilfe brauchen würde, so [...]. Also, ich fand es angemessen [...]. [#F15]

Die Erhebung familiärer Ressourcen und die ärztliche Beratung zu familiären Lösungsstrategien erfolgt (interventionskonform) in der Regel, *bevor* über Angebote wie die Frühen Hilfen informiert wird und stellt meist einen Übergang zwischen den beiden Interventions-Phasen ‚Identifikation von Belastungen‘ und ‚Informierung‘ dar. Kristallisiert sich in dieser Übergangsphase heraus, dass die ärztliche Beratung, familiäre Bewältigungsstrategien und / oder die Aktivierung von Ressourcen nicht ausreichen, um die Belastungslage abzumildern, wird im nächsten Schritt über die Frühen Hilfen informiert.

Wir versuchen, das ist quasi noch ein Schritt vor Frühen Hilfen, versuchen wir mal zu schauen, welche Ressourcen sind da? Also wer kann entlasten und zum Beispiel auch mal tagsüber mit

dem Kind spazieren gehen, sodass die Mutter sich hinlegen kann und schlafen kann zum Beispiel. Ja, und das versuchen wir mit einzubinden. [#P6]

Es zeigt sich aber auch, dass zuweilen bereits das ärztliche Beratungsgespräch entlastend wirken kann, wenn die mütterlichen Belastungen arztseitig bestätigt werden und die Mütter darüber Anerkennung erfahren. Eine Mutter erzählt exemplarisch:

[...] ich fand es schön, dass ich da gehört wurde und dass sie es angesprochen hat, also allein das hat mir richtig gutgetan [...]. Und eben auch die Bestätigung zu hören, ja es ist einfach schwer, es ist eine anstrengende Zeit und die Mamas leisten da viel [...], einfach ein Wahrnehmen, ein Wertschätzen, hat mir sehr, sehr geholfen. [#F10]

Reicht die Aktivierung von Ressourcen, die ärztliche Beratung und ggf. Wertschätzung bereits aus, um die Belastungslage zu reduzieren, kann der Interventionsprozess mit der Identifikation der Belastung und dem ärztlichen Beratungsgespräch bereits abgeschlossen sein, ohne dass es in der Folge zu einer Informierung über Angebote der Frühen Hilfen kommt.

Konträre Erfahrungen

Unter den Familieninterviews findet sich nur ein konträrer Erfahrungsbericht einer Mutter, bei der es zu einer mehrfachen, zunächst von ihr positiv bewerteten Thematisierung ihrer akuten Belastungssituation kam, ohne dass jedoch aus ihrer Sicht kinderärztlich angemessen darauf reagiert wurde: „*Ich habe mich jedes Mal wieder sehr gesehen gefühlt, weil er jedes Mal [...] gefragt hat, wie denn jetzt die Situation ist, das Schreien und das Schlafen. Aber ich glaube er hat nicht das Ausmaß, in dem wir uns befunden haben, verstanden.*“ [#F9]. Für diese Mutter war die ärztliche Beratung nicht weitreichend genug bzw. zu wenig fachspezifisch: „*Aber die [Anm.: Ideen] hätte ich jetzt auch von einem Freund so bekommen können [...]. So, haben Sie es auch schonmal, mit [...] nicht mehr abends Stillen probiert, sondern mit der Flasche eher.*“ [#F9]. Hier klingt bereits durch, dass diese Ratschläge von der Mutter als wenig hilfreich empfunden wurden. Rückblickend hätte sie sich von ihrem Arzt eine frühzeitigere Information über und Vermittlung in professionelle Unterstützungsangebote gewünscht, wovon sie sich mehr Hilfestellung erwartet hätte: „*Und ich glaube eine frühere Aufklärung noch seitens des Kinderarztes und dann Weiterleitung an weitere Stellen, Hilfsorganisationen oder Angebote wäre hilfreich gewesen auf jeden Fall.*“ [#F9]. Abgesehen von diesen Ausführungen finden sich hinsichtlich der Belastungsansprache in den Interviews jedoch kaum kritische Aussagen. Lediglich bei zwei Müttern, die ihre*n Praxispädiater*in eher nicht als Ansprechpartner*in für eigene Belastungen ansehen und bei denen es auch noch nicht zu einer Thematisierung von Belastungen gekommen ist scheint in den Schilderungen verhaltene Kritik durch. So empfindet eine dieser Mütter die Gespräche bzw. Fragen ihres Kinderarztes im psychosozialen Kontext als eher unspezifisch:

Direkt spricht er es nicht an. Er verallgemeinert es, muss ich ganz ehrlich sagen. Er sagt, gibt es noch Fragen oder gibt es Probleme irgendwo? [...] Gut, wie schläft er, fragt er schon. Aber so dieses, wie kommen Sie im Alltag zurecht, dass er das direkt fragt, so nicht. [#F11]

Inwiefern diese „verallgemeinernde“ Belastungsansprache eventuell mit dazu beiträgt, dass diese Mutter mit ihrem Kinderarzt bisher noch nicht über Belastungen gesprochen hat, lässt sich anhand der mütterlichen Aussagen nicht erschließen.

► Zusammenfassung – Familien: Akzeptanz Belastungsansprache

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz der befragten Mütter, mit ihrer*ihrem Praxispädiater*in über potenzielle Belastungsfaktoren zu sprechen. Die ärztliche Haltung und das ärztliche Vorgehen im Kontext Belastungsansprache werden überwiegend positiv bewertet. Die Mütter können sich öffnen und ihre Anliegen schildern.

► Zusammenfassung – Praxispädiater*innen: Akzeptanz Schulungsinhalte

Die in der Schulung vermittelten Inhalte zu den Phasen Evokation von Elternschilderungen, Joining und Erhebung familiärer Ressourcen scheinen von den geschulten IG-Ärzt*innen umgesetzt zu werden. Sie finden sich sowohl in den Schilderungen der befragten Ärzt*innen, als auch der Familien wieder.

2. Praxispädiater*innen: Einsatz und Bewertung des ‚Postnatalen Erhebungsbogens Kinderärzte „Frühe Hilfen“ zur Identifikation von belasteten Familien und zur Belastungsansprache

Der postnatale Erhebungsbogen soll Praxispädiater*innen dabei unterstützen, potenzielle Belastungen von Familien wahrzunehmen, einzuordnen und anzusprechen (siehe Anlage 26, Postnataler_Erhebungsbogen_Fruehe_Hilfen_Kinderärzte). Der Bogen ist obligatorisch anzuwenden für die Abrechnung der Fallfindung mit der KV-BW. In der zur PATH Intervention gehörenden Schulung werden die teilnehmenden Praxispädiater*innen zum Erhebungsbogen geschult. Die Ergebnisse zeigen, dass der Bogen von den befragten Ärzt*innen nur vereinzelt und insgesamt selten eingesetzt wird. Bei den Befragten lassen sich hinsichtlich des Erhebungsbogens zwei unterschiedliche Grundhaltungen bzw. Anwendungsweisen erkennen. In den überwiegenden Fällen wird der Bogen grundsätzlich gar nicht eingesetzt. Einzelne Befragte geben an, den Bogen zwar zu nutzen, jedoch auch nur selten bzw. selektiv für spezifische Situationen.

Selektiver Einsatz des Erhebungsbogens

Gemäß PATH Intervention soll der Erhebungsbogen dann in der Fallfindung zum Einsatz kommen, wenn ärztlicherseits eine Unsicherheit darüber besteht, ob bei einer Familie eine Belastungssituation vorliegt, bei der interveniert werden muss. Von den interviewten Praxispädiater*innen gibt explizit ein Befragter an, entsprechend zu verfahren: *„also ich muss ganz ehrlich sagen, den Bogen setze ich nicht sofort ein [...]. Wenn die Belastung relativ klar erkenntlich ist, dann [...] nehme [ich] nicht sofort den kompletten Bogen sondern [...] ich lote das ein bisschen weiter aus erstmal für mich, ohne das jetzt standardisiert zu machen.“* [#P3]. Vom Einsatz des Bogens verspricht er sich, *„einfach strukturiert die Belastung der Familie zu erfassen“* [#P3]. Seinen gezielten aber eher seltenen Einsatz des Bogens begründet der Arzt auch mit dem für die Bearbeitung notwendigen Zeitaufwand: *„Das machen wir jetzt nicht bei jeder Vorsorge, weil es halt einfach auch schon viel Zeit kostet.“* [#P3]. Eine weitere Ärztin nutzt den Erhebungsbogen zwar gelegentlich, bearbeitet diesen jedoch nicht wie intendiert zusammen mit der Familie, sondern geht ihn für sich (*„eher im Kopf“* [#1]) durch.

Gründe gegen den Einsatz des Erhebungsbogens

Für den Nicht-Einsatz des Erhebungsbogens lassen sich verschiedene Gründe ableiten. So betonen die Praxispädiater*innen etwa, dass sie eigene, routinierte Abläufe entwickelt haben: *„mein Gefühl, das Miteinander, die Schwingungen [...] vielmehr noch als im Fragebogen schaue ich mir diese Familien einfach genauer an.“* [#P1]. Es wird deutlich, dass die eigenen Routinen für die Identifikation und das Ansprechen von Belastungen für zielführender gehalten werden. Dem eigenen ‚Bauchgefühl‘ und der Beobachtung von Eltern und Kind wird ein sehr hoher Wert beigemessen, ähnlich auch bei folgender Ärztin:

Also wenn ich ganz ehrlich bin, dann ist das überwiegend so eine Art Intuition. Ich weiß, dass es diesen Fragebogen gibt, aber Teil dieses Fragebogens ist bei mir sowieso mit in der Anamnese Erhebung. [...] und dann beobachte ich auch einfach manchmal nur die Kinder [...] oder wenn ich beobachte, wie Mutter und Kind sich verhalten beim Anziehen oder Ausziehen [...] Und das sind die Dinge, die dann für mich auch ausschlaggebend sind. [#P10]

Ein Arzt äußert sich insgesamt eher kritisch zum Einsatz von Fragebögen, dem damit verbundenen formalisierten Vorgehen und sieht auch potenzielle negative Effekte auf Seiten der Familien: *„Ich könnte jetzt vor einem Patienten irgendeinen Fragebogen abarbeiten, das kommt meistens nicht so gut [...] Ist das jetzt was ganz Schlimmes?“* [#P5]. Auch dieser Arzt hält sein eigenes, erfahrungsbasiertes Vorgehen für geeigneter.

Wenn man ganz lange im Geschäft ist, dann hangle ich mich nicht so an Fragebögen entlang. Dann läuft das natürlich eben viel unerschwerter. Und das ist natürlich in vielen Fällen für die Familien oft angenehmer [...]. [...] der Einstieg läuft ja eher über ganz normale Fragen zum Befinden des Kindes. Aber auch mal so: 'Ihr Kind schläft schlecht, wie kommen Sie denn damit zu recht?' Und das sind dann immer die ganz hilfreichen Fragestellungen. [#P5]

(Nicht-)Einsatz des Bogens für die Abrechnung über Selektivvertrag

Die Abrechenbarkeit der Beratungsgespräche über den Selektivvertrag stellt für die meisten der befragten Pädiater*innen keinen Nutzungsanreiz dar.⁴ Hauptgrund hierfür ist der zu geringe Patient*innenkreis, für den die Abrechnung infrage käme: Der Selektivvertrag wird als „zu klein“ und als „Papier-tiger“ [#P8] bezeichnet; große Kassen wie die AOK, „wo wir eben, würde ich sagen, 80% unserer Kinder haben“ [#P9], sind nicht vertreten und gerade „die Patienten, die wirklich Bedarf haben, sind selten in diesen Selektivverträgen eingeschrieben“ [#P3]. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird daher – auch aufgrund des Aufwands, die relevanten Patient*innen bzw. Kassen herauszufinden – als ungünstig empfunden. Ein Arzt spricht in diesem Zusammenhang von „Verwaltungshürden“ [#P5] und eine Ärztin resümiert:

Da muss ich halt ganz ehrlich sagen, der Aufwand rauszukriegen, welche Kasse mich da auch mal unterstützen täte und was dann dabei rumkommt, dafür muss man einfach auch aufwiegen [...] die paar zehn Euro ist mir der Aufwand dann nachher nicht wert [...] das ist einfach nicht ausge-reift. [#P1]

Hinzu kommt, dass Gespräche auch anders abgerechnet werden können (z.B. über sozialpädiatrische Gesprächsziffern), ohne dass dies mit großen finanziellen Einbußen einherginge („vielleicht statt 20 nur 14 Euro unterm Strich“ [#P4]). Insbesondere Ärzt*innen mit vielen Fortbildungen stehen diverse Abrechnungsmöglichkeiten zur Verfügung, weshalb der Selektivvertrag für sie „überhaupt keine Rolle“ [#P8] spiele. Als weitere Hürde kann hinzukommen, dass es als wenig vertrauenerweckend und somit als nicht beziehungsförderlich eingeschätzt wird, in einem psychosozialen Beratungskontext nicht nur, einen ganzen Zettel“ [#P5] auszufüllen (siehe oben), sondern auch noch die für die Abrechnung notwendige Unterschrift der Eltern einzuholen:

Ich will in dieser Situation nicht den Eltern den Stift in die Hand drücken müssen und sagen müs-sen bitte unterschreib, dass wir das jetzt [...] über diesen Vertrag laufen lassen können [...] Ent-weder will ich Erfolg haben und eine Verbindung mit den Eltern aufbauen, aber wenn ich dann mit Abrechnungssachen komme [...] das ist für viele in diesem Moment nicht der richtige Weg [...] Die wollen Vertrauen und dann sollst du schon wieder was unterschreiben [...] das verbietet sich einfach in dem Moment [#P10].

► Zusammenfassung – Praxispädiater*innen: Akzeptanz Instrument postnataler Erhebungsbogen

Die Ergebnisse zeigen eine geringe Akzeptanz des Erhebungsbogens, der nicht oft eingesetzt wird. Ei-gene entwickelte Routinen, Beobachtung und Intuition werden für das Belastungserkennen als zielfüh-render eingeschätzt. Weitere Hürden für den Einsatz sind der zeitliche Aufwand und mögliche negative Auswirkungen auf Seiten der Familien. Die Abrechnungsmöglichkeit der Fallfindung über den Selektiv-vertrag stellt insbesondere aufgrund des eingeschränkten Patient*innenkreises und aufgrund alternativer Abrechnungsmöglichkeiten, bspw. über das sozialpädiatrische Gespräch, eher keinen Einsatz-grund für den Bogen dar.

3. Informierung über Angebote, Motivierung und Vermittlung

Wahrnehmung und Akzeptanz der Informierung, Motivierung und Vermittlung

Vierzehn Mütter geben an, in der Kinderarztpraxis über Frühe Hilfen bzw. Unterstützungsangebote für Familien informiert worden zu sein. Dabei zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit der Belastungsan-sprache: Nahezu alle Mütter mit einer Thematisierung von Belastungen wurden auch über Angebote informiert. Die sechs Mütter, die nicht über Angebote informiert worden sind, berichten hingegen fast alle, dass auch keine Belastungen in der Kinderarztpraxis besprochen wurden. Weiterhin hängt auch die Art und Weise, wie über Angebote informiert wird (Ausführlichkeit bzw. Intensität, Häufigkeit, Kon-kretheit) mit der Belastungslage der Familie zusammen, was konform mit der Intervention ist.

⁴ Die geringe Nutzung der Abrechnungsmöglichkeiten durch die befragten Praxispädiater*innen deckt sich mit den Abrechnungszahlen der KV Baden-Württemberg. Demnach rechnen nur wenige Praxispädiater*innen die Fallfindung tatsächlich ab (s. Abschnitt 6.2).

Bei den interviewten Müttern zeigt sich generell eine hohe Akzeptanz für die Information über Unterstützungsmöglichkeiten durch Praxispädiater*innen. Mütter in akuten Belastungslagen reagieren teils mit großer Erleichterung oder Dankbarkeit.

Erstmal verstanden und dann war ich einfach sofort dafür Ohr, weil ich gedacht habe, ja toll, da ist jemand, der kann nachvollziehen, wie es mir geht und was ich brauche. Und dadurch [...] fand ich mich einfach erstmal aufgehoben. [#F5]

Dies wird auch von den interviewten Netzwerkpartnerinnen bestätigt, die die von Praxispädiater*innen vermittelten Mütter ebenfalls als ‚dankbar‘ und motiviert wahrnehmen.

Also ganz viele Familien oder Eltern sind auch super dankbar, dass der Kinderarzt ihnen den Tipp gegeben hat, dass es uns quasi gibt. [...] also meistens ist es schon, dass die Familien [...] das auch gerne annehmen. [#N8]

Wie in dieser Aussage anklingt, rührt die von den Eltern empfundene Dankbarkeit auch daher, dass Eltern zuvor nicht (ausreichend) über Frühe Hilfen bzw. Unterstützungsangebote informiert waren. Einen hohen Informationswert der ärztlichen Information über Angebote bzw. die Berechtigung zu deren Inanspruchnahme bestätigen auch die Mütter selbst. Die Informationslage zu Frühen Hilfen scheint insgesamt eher gering zu sein.

Von Frühen Hilfen habe ich vorher nicht gehört. Nur seit Geburt meiner Tochter bei Kinderärztin. [#F13]

Auch von den Praxispädiater*innen wird berichtet, dass Familien häufig zuvor nicht über Frühe Hilfen informiert waren. Plädiert wird artzseitig für eine frühzeitige Information der Eltern.

Also tatsächlich, was ich immer wieder feststelle ist, dass Patienten nicht wissen, was Frühe Hilfen sind. Ich denke, das muss man mehr publik machen [...] was sind Frühe Hilfen, das würde ich mir mehr wünschen, dass das vielleicht schon in der Schwangerschaft den Eltern erklärt wird. [#P9]

Neben dem hohen Informationsgehalt spielt für die Mütter auch das besondere Vertrauensverhältnis zu ihrer / ihrem Praxispädiater*in eine Rolle. Hervorgehoben wird „diese Vertrautheit“ [#F4] in Gesprächen mit der Ärztin bzw. dem Arzt, über die den Eltern offenbar auch mögliche Bedenken im Zusammenhang mit einer Inanspruchnahme genommen werden können.

Denn man hat ja meistens Vertrauen zu seinem Kinderarzt. Weil, der behandelt dein Kind und du gehst davon aus, dass er es gut behandelt. Und wenn er sieht, da ist ein Problem, das er selbst nicht behandeln kann [...] Dass er dann aber dieses gute Zureden und dieses Vertrauen nutzen kann, um den Eltern die Angst zu nehmen, sich wirklich diese Hilfe zu nehmen. [#F7]

In keinem Interview finden sich Hinweise, dass die Mütter im Kontext der ärztlichen Information über Angebote bzw. der Angebotsempfehlung Druck verspürt hätten. In der Wahrnehmung der Mütter haben die Praxispädiater*innen ihre elterliche Entscheidungshoheit hinsichtlich der Inanspruchnahme respektiert.

Und ich habe mich da zu keinem Zeitpunkt unter Druck gesetzt gefühlt oder dass er da irgendwie dann enttäuscht wäre, wenn ich das nicht mache. Oder mir dann in Zukunft bei anderen Themen nicht mehr helfen würde. Sondern er hat es mir freigestellt, er hat mir die Hilfen aufgezeigt, die er mir geben kann als Arzt, was für ihn möglich ist. Und für mich war das also völlig, ja, freie Wahl quasi. [#F18]

Auch die Praxispädiater*innen selbst betonen die zentrale Rolle, die das Einverständnis und die Veränderungsbereitschaft der Familien bei der Vermittlung in Angebote spiele. Ein Arzt benennt dies als grundlegende Voraussetzung: „Die Eltern müssen einverstanden sein. Ich entscheide nicht über ihren Kopf hinweg.“ [#P5]. Analog hierzu nehmen auch die befragten Netzwerkpartnerinnen die von Praxispädiater*innen vermittelten Familien in der Regel als gut motiviert war.

Wenn der Kinderarzt empfiehlt, setzt er die nicht unter Druck. Es ist einfach ein Angebot. Es ist ein freiwilliges Angebot. [#N5]

Art und Weise der Informierung, Motivierung und Vermittlung

Ausgehend von den ärztlichen und mütterlichen Schilderungen der Beratungsgespräche lassen sich die Informierung, Motivierung und Vermittlung nicht klar voneinander abgrenzen bzw. gehen oft ineinander über. Die ärztlichen Schilderungen zeigen, dass die Spannweite der übermittelten Informationen und der konkreten Vorgehensweisen breit ist und von der einfachen Übergabe von Flyern über das Mitteilen konkreter Namen bzw. Ansprechpartner bis hin zur – eher seltenen – Unterstützung bei der Kontaktaufnahme reichen kann. Dabei zeigt sich ein Zusammenhang mit der Belastungslage der Familien: Je stärker bzw. dringlicher die Problemlage einer Familie ist, umso intensiver erfolgt meist die ärztliche Beratung zu Unterstützungsangeboten.

(Frühe Hilfen) Flyer werden von einigen Praxispädiater*innen offenbar häufig eingesetzt, um Familien über die Angebote zu informieren (auch präventiv, siehe hierzu weiter unten). Jedoch wird diese Art der Information nicht von allen Ärzt*innen für zielführend gehalten – es wird betont, dass es wichtig sei, den Familien konkrete Ansprechpartner*innen zu nennen. Ein ‚zu viel‘ an Informationen könne überfordern und die eigenständige Kontaktaufnahme seitens der Familien erschweren. Zum Teil wird daher auch eigenes Material zusammengestellt, um den Familien konkrete Kontaktdaten mitgeben zu können.

[...] ich muss sagen ich komme ein bisschen ab von diesen Flyern, weil ich merke, dass die Leute das teilweise gar nicht mehr lesen. Ich habe jetzt meine eigenen persönlichen Anlaufstellen auf einem einzigen DINA-4 Zettel [...] und habe das Gefühl, das ist ein bisschen einfacher [...]. Aber ich gebe immer das konkret mit, weil sonst verläuft es im Sand. [...] Die kriegen immer was ausgedruckt und angemarkert. [#P1]

Eine Unterstützung bei der Kontaktaufnahme wird aus arbeitsorganisatorischen Gründen eher selten angeboten, „weil das einfach nicht gut leistbar ist. [...] das ist aufwendig. [...] das versuche ich an Motivation eben zu erzeugen, dass man eine Telefonnummer wählt, um da eben halt auf ein Hilfsangebot eben einzugehen.“ [#P2]. Die ärztliche Unterstützung scheint auf diejenigen Familien beschränkt zu werden, bei denen Schwierigkeiten mit der eigenständigen Kontaktaufnahme erwartet werden, oder auf besonders dringliche Fälle.

Also, das mache ich eher bei Familien, wo ich denke, aus der sprachlichen Barriere klappt das nicht. Dann mache ich es aber auch so, dass ich frage, ob ich anrufen kann und einen Termin vereinbaren. Aber selten. [#P6]

Übereinstimmend mit den ärztlichen Schilderungen fallen auch die mütterlichen Erfahrungsberichte über die Art und Weise, wie sie in der Kinderarztpraxis über Angebote Früher Hilfen informiert wurden, sehr unterschiedlich aus und auch hier ist ein Zusammenhang mit der jeweiligen Belastungssituation erkennbar. Die Mütter zeigen insgesamt eine hohe Akzeptanz des ärztlichen Vorgehens. Bei fünf Müttern erfolgte die Information über Frühe Hilfen eher allgemein, es fand keine ausführlichere Beratung oder Bezugnahme auf spezifische Angebote statt, z.B. wurde „einfach [ein] Flyer mitgegeben“ [#F3]. Mehrheitlich wurden bei diesen Müttern zuvor auch keine Belastungen thematisiert. Bei neun Müttern erfolgte die Information über Unterstützungsangebote konkreter bzw. intensiver. Bei allen diesen Müttern wurden zuvor akute Belastungssituationen besprochen und der Prozess endete hier nicht mit der Information, sondern ging über in eine Empfehlung und Motivierung zur Inanspruchnahme bis hin zur direkten Vermittlung. Den Müttern wurde:

- entweder mindestens ein konkretes Angebot (Früher Hilfen) genannt bzw. empfohlen:
Sie hat mir auch Unterlagen gegeben, wo stand, wie ich diese Dorfhelferin bekomme [...] Und das hat sie mir alles erzählt. Und ich fand das gut. Mir ging da wirklich alles durch das Herz. [#F4]
- oder es wurde wiederholt und mit Rückfrage zur Inanspruchnahme an die Frühen Hilfen verwiesen:
[...] das mit den Frühen Hilfen, das spricht er jedes Mal an [...] da ist er schon beharrlich und fragt immer wieder nach. Ob ich da auch angerufen hab. Und wenn nicht, dann okay, dann aber bis zum nächsten Mal. Also, er ist da schon dabei [...] [#F2]
- oder es wurde wiederholt und mit Rückfrage zur Inanspruchnahme an die Frühen Hilfen verwiesen und direkt in der Praxis ein erster Kontakt hergestellt, so dass die Informierung und Motivierung in die Vermittlung übergang:
'Frau [NAME], aus unserer Sicht ist es sehr wichtig, dass Sie Hilfe zu sich nehmen, holen.' [...]

Und zweites Mal wieder. Und die haben gefragt: 'Haben Sie kontaktiert mit Frühen Hilfen?' Ich habe gesagt 'Nein, ich habe es nicht geschafft.' oder ich hatte diese Kraft nicht. Und dritte Mal haben sie gesagt, 'Wenn Sie einverstanden sind, machen wir das für Sie.' Und da habe ich gesagt 'Ja, machen Sie das bitte gerne.' [...] Sie hat selber angerufen [...]. [#F13]

Eine intensive Informierung bzw. Motivierung zur Inanspruchnahme ist jedoch auch bei Müttern in Belastungslagen nicht immer notwendig. Exemplarisch sei hier das Beispiel einer durch das problematische Schlafverhalten ihres Säuglings stark belasteten Mutter angeführt, deren Veränderungsabsicht bereits im Vorhinein sehr hoch war: Die Mutter, die erkennbar über eine hohe Steuerungskompetenz (vgl. Neumann & Renner, 2016) verfügt, hat ihren Praxispädiater proaktiv auf Hilfen angesprochen. Trotz thematisierter Belastungslage kam es hier nur zu einem kurzen Informationsgespräch über die regionale Fachstelle Früher Hilfen:

Er hat mir nur kurz und knapp eben gesagt, wer die Frühen Hilfen sind und wo die ihren Sitz haben. [...] und [...] dass ich mich da mal telefonisch oder auch per Mail mit denen in Verbindung setzen kann, denen mein Anliegen schildern kann und die mir dann sagen, inwiefern sie mir weiterhelfen können. [#F18]

Diese kurze Informierung und Nennung von Ansprechpartnern und Kontaktwegen war bei dieser Mutter offenbar ausreichend. Es kam in der Folge mütterlicherseits zur eigenständigen Kontaktierung der Frühen Hilfen (und in der Folge zur Inanspruchnahme). Die Gegenüberstellung der beiden Familienbeispiele #F13 und #F18 bestätigt, dass Praxispädiater*innen ihr jeweiliges Vorgehen im Kontext Informierung, Motivierung und Vermittlung neben der jeweiligen Belastungslage auch an die wahrgenommene Veränderungsbereitschaft sowie Selbststeuerungsfähigkeit der individuellen Familie anpassen scheinen.

Eine Motivierung ist zudem auch dann (vorerst) nicht nötig, wenn Praxispädiater*innen bereits sehr früh und präventiv über Angebote informieren – zu einem Zeitpunkt, zu dem (noch) keine akute Belastungslage vorliegt, wovon Familien und Praxispädiater*innen übereinstimmend berichten.

[...] also auch schon ohne, dass überhaupt Bedarf da ist, weil wir den Flyer schon ausgeben, bei der U3 oder U4, eins von beidem. Und zu jedem Flyer, den wir ausgeben, sagen wir auch noch was dazu, [...] und zeigen eben die Themen auf, um die es gehen kann. [...] Das heißt, die Frühen Hilfen werden schon erwähnt, bevor überhaupt Themen da sind und wenn dann die Themen da sind, kann man nochmal darauf zurückgreifen. [#P6]

Auch die rein präventiv informierten Mütter zeigen eine hohe Akzeptanz für diese frühzeitige Information – es wird darin sogar ein Vorteil gesehen gegenüber einer Informierung erst im ‚Bedarfsfall‘, da man sich auf diese Weise in Ruhe mit potenziellen Themen vertraut machen könne:

Das fand ich gut, dass man gleich am Anfang, also sage ich mal nicht erst, wenn es benötigt wird und man irgendwie schon total verzweifelt ist. Sondern dass man schon von Anfang an die Infos da hat. [#F7]

► Zusammenfassung – Familien: Akzeptanz Informierung, Motivierung, Vermittlung

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz der befragten Mütter, von ihrer Praxispädiater*in über Frühe Hilfen informiert und ggf. und vermittelt zu werden. Das an die jeweilige Belastungslage angepasste ärztliche Vorgehen wird als angemessen empfunden. In der Wahrnehmung der Mütter akzeptieren die Ärzt*innen ihre elterliche Entscheidungshoheit.

4. Praxispädiater*innen: Motivierende Gesprächsführung

Im Kontext Informierung und Motivierung von Familien werden die Praxispädiater*innen in der Schulung der KV-BW mit der Technik der motivierenden Gesprächsführung vertraut gemacht (siehe Anlage 24, Schulung_Motivierendes_Elterngespräch). Die Äußerungen der befragten Ärzt*innen, die auf diese Schulungsinhalte eingehen, sind insgesamt positiv. Die Befragten sprechen davon, sich mithilfe der gelernten Inhalte den Familien besser nähern zu können und hierfür geeignete „Handwerkszeuge“ [#7] vermittelt bekommen zu haben. So beschreibt eine Ärztin, dass ihr das vermittelte Wissen dabei helfe, ein Bewusstsein für die Gefühle und möglichen Barrieren der Familien zu entwickeln und die Familien in geeigneter Art und Weise anzusprechen und zu beraten:

Wie komme ich an so Patienten ran und was für Kulturen oder was für Hemmschwellen gibt es auf vielen Ebenen für die Patienten? Wie fühlt sich der Patient, wenn ich herantrete und was für Möglichkeiten habe ich? Das ist alles ganz toll dargestellt worden und fand ich wirklich gut, also ich habe viel mitgenommen. [#P1]

Die Aussagen einiger Ärzt*innen lassen zudem erkennen, dass derartige, für die pädiatrische Arbeit als wichtig erachtete Inhalte bzw. Techniken in der medizinischen Ausbildung zu kurz kommen, weshalb entsprechende Schulungen gerne genutzt werden, um sich in diesem Bereich weiter zu bilden.

Grundsätzlich ist es ja so, dass wir Mediziner in solchen Dingen wie Gesprächsführung, was wir ja eigentlich ständig machen, gar nicht ausgebildet sind. [...] Also so Sachen wie Gesprächsführung, Interaktion, das spielt ja eigentlich keine Rolle und dann ist eigentlich jedes Angebot, was einem ein bisschen hilft weiterzukommen / Das sind dann Angebote, wo man auch wirklich davon profitiert, weil wir nur in ganz geringem Ausmaß wirklich strukturierte Schulungen da hatten. [#P4]

Die motivierende Gesprächsführung wird – wie intendiert – eingesetzt und als hilfreich empfunden, wenn Empfehlungen für Unterstützungsangebote ausgesprochen werden und die Familie eine andere Sicht auf ihren Unterstützungsbedarf bzw. die Inanspruchnahme hat, als die Ärztin bzw. der Arzt.

Trotz der positiven Bewertung der Schulungsinhalte zur motivierenden Gesprächsführung wird jedoch auch deutlich, dass die befragten Ärzt*innen eine einmalige Schulung in diesem Themenfeld als nicht so nachhaltig ansehen, sondern ein längeres Einüben bzw. gegebenenfalls auch Wiederholungen bzw. Auffrischungen als notwendig erachten. Es wird darauf hingewiesen, wie lange es braucht, bis Fortbildungsinhalte tatsächlich ihren Niederschlag in den Praxisalltag finden:

[...] das ist aber ne gängige Erfahrung, die ich mit Fortbildungen habe, dass ich nach der Fortbildung ist der Blick geschärft und man hat sich Dinge vorgenommen. Die Umsetzung kommt aber erst Monate, vielleicht Jahre später. [...] bis man das umsetzen kann ist es ein sehr sehr langer Weg, der dann mit viel Übung und mit viel Lernen einhergeht und der dann natürlich bei vielen auch lebenslang immer weitergeht. [#P7]

Ein Arzt erwähnt in diesem Kontext auch den zeitlichen Umfang der Schulung und betont, dass man „von so einer einzelnen Veranstaltung“ nicht zu viel erwarten könne: „Das ist dann vielleicht ein Mosaikstein, ja. Aber jetzt nicht irgendwie sowas Entscheidendes.“ [#P4]. Zusammenfassend legen die Hinweise der Ärzt*innen den Schluss nahe, dass für Schulungsinhalte wie Gesprächsführungstechniken ein einmaliger Input als eher nicht ausreichend angesehen wird, sondern Wiederholungen bzw. ein Einüben erforderlich sind, um sie im Praxisalltag gut umsetzen zu können.

► Zusammenfassung – Praxispädiater*innen: Akzeptanz Motivierende Gesprächsführung

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz der motivierenden Gesprächsführung. Motivierende Gesprächstechniken werden als hilfreich bewertet, ihr effektiver Einsatz erfordert jedoch ein langes Einüben.

5. IQZ

Bei der Analyse der Akzeptanz der IQZ als Teil der PATH-Intervention werden die Perspektiven der Praxispädiater*innen sowie der Netzwerkpartnerinnen gegenübergestellt. Grundsätzlich zeigt sich in beiden Akteursgruppen eine sehr hohe Akzeptanz der IQZ als zentrales Instrument der Vernetzung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, die sich größtenteils auf ähnliche wahrgenommene Nutzendimensionen gründet.

Kooperation, Vernetzung und ‚professionsübergreifende Verantwortungsgemeinschaft‘

Sowohl die befragten Praxispädiater*innen, als auch die Netzwerkpartnerinnen gehen grundlegend auf die gefestigte Kooperation und intensivere Vernetzung zwischen den Sektoren ein und nehmen damit Bezug auf die Ausgangsidee, die den IQZ zugrunde liegt. Die Zusammenarbeit der beiden Sektoren habe sich verbessert, das gegenseitige Vertrauen und die wechselseitige Wertschätzung seien gewachsen. Betont werden die allgemein positiven Auswirkungen auf das „Klima zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe“ [#N7] und auf das Miteinander beider Akteursgruppen im jeweiligen Kreis bzw. Netzwerk, da die „Zusammenarbeit viel fruchtbarer geworden“ [P#10] sei. Anhand einiger Aussagen

ist zudem zu erkennen, dass sich bei den Befragten, wie intendiert, die Haltung einer ‚professionsübergreifenden Verantwortungsgemeinschaft‘ zu entwickeln scheint. Bei Praxispädiater*innen meint dies das Bewusstsein, Familien in Belastungslagen nicht nur medizinisch helfen zu können.

[...] es ist ja auch interdisziplinäre Versorgung eben von komplexen Situationen von Leuten, die Hilfe brauchen. [...] Und das ist für mich ein weiteres Fortkommen. In dieser ambulanten Versorgungsstruktur. [#P2]

Die IQZ seien ein geeignetes Forum für die interdisziplinäre Versorgung von Familien, denn „dort treffen sich ja einfach die ganzen Menschen in [STADT], die Hilfsangebote geben“ [#P6]. Gerade die langfristig angelegte Perspektive der IQZ machen diese aus Sicht der Befragten so wertvoll.

Je öfter man die Menschen trifft, desto besser wird man vernetzt und desto besser funktioniert es und desto besser kann man sich vorstellen, wie man [...] den Kindern und Eltern helfen kann. [#P7]

Dabei bringe die Verantwortungsgemeinschaft aus Sicht der Befragten nicht nur ‚Versorgungs-Vorteile‘ für die psychosozial belasteten Familien, sondern auch Vorteile für die Ärzt*innen selbst bzw. für ihren persönlichen Arbeitskontext: Beratungsleistungen und insbesondere die Motivation der Familien könnten innerhalb der Gemeinschaft abgegeben werden an Fachkräfte, die hierfür über spezifischere Kompetenzen verfügen. Eine Ärztin spricht in diesem Zusammenhang von einer „enorme[n] Erleichterung“, wenn sie schwierige Fälle nach dem ersten „Anreißen“ der Unterstützungsthematik an ihr bekannte Ansprechpartner*innen im Netzwerk verweisen könne: „diese mühsame Arbeit, diese Überzeugungsarbeit dann im Detail, wenn man das delegieren kann, dann hat man unheimlich viel an Zeit gewonnen.“ [#P10]. Auch die Netzwerkpartnerinnen nehmen wahr, dass Praxispädiater*innen die Frühen Hilfen „auch als eine Unterstützung ihrer Arbeit“ erleben und „dass die Ärzte wirklich verstanden haben, dass das ein Angebot ist, das sie entlastet.“ [#N7].

Auch aus der Perspektive der Netzwerkpartnerinnen wird der Kooperation mit Praxispädiater*innen ein hoher Stellenwert eingeräumt. Praxispädiater*innen werden in den meisten Interviews als sehr wichtige Ansprech- und Kooperationspartner*innen beschrieben. Die Befragten sehen hierbei vor allem Gewinne in der Identifikation von belasteten Familien: Der Zugang erfolge in der Kinderarztpraxis besonders niederschwellig und selbstverständlich, „weil die Familien da ja eh hingehen“ [#N8]. Zudem könne in der Kinderarztpraxis eine große Bandbreite an Belastungen auffallen, denn „alles, was es im Leben gibt, kommt auch bei den Kinderärzten an“ [#N7]. Ein weiterer Vorteil bestehe in dem frühzeitigen Zugang zu Familien: Praxispädiater*innen könnten „sehr viel früh erkennen“ [#N6] und belastete Familien daher besonders frühzeitig dem Hilfesystem zuführen. Auch die in der Regel langfristige Betreuung der Familien in der Kinderarztpraxis und der kontinuierliche Kontakt im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen macht Praxispädiater*innen aus Netzwerkpartnerinnensicht zu wertvollen Kooperationspartner*innen. Mit Blick auf die Bildung von Vertrauensverhältnissen wird hier ein entscheidender Unterschied zum System der Frühen Hilfen gesehen: Praxispädiater*innen würden „die Familie über lange Zeit vertrauensvoll begleiten“, während die Fachkräfte der Frühen Hilfen „im Endeffekt Partner von außen“ seien und nur „einzelne punktuelle Momente [haben], wo wir die Kinder und die Familie erleben“ [#N10]. In der langfristigen Betreuung werden Vorteile im Erkennen von Belastungen gesehen, was auch von den befragten Ärzt*innen bestätigt wird:

Und die andere Sache ist natürlich, dass wir als Kinderärzte die Leute ja sehr lange betreuen [...] Und dann hat man natürlich auch ein Wissen über die Familie insgesamt [...] und [wir] sind dann manchmal auch schon vor der Geburt vorbereitet, dass das vielleicht schwierig werden wird. [#P9]

Eine Netzwerkpartnerin zieht insgesamt das Fazit, dass die Praxispädiater*innen „schon ein gutes Gefühl [haben], wer Hilfe braucht. Und die schicken sie uns [...]“. [#N7].

Kosten-Nutzen Verhältnis aus Sicht der Praxispädiater*innen

Die Teilnahme an den IQZ wird von den befragten Ärzt*innen als lohnenswert und gewinnbringend empfunden. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird positiv bewertet, da aus den IQZ viel Hilfreiches und Nützliches für den eigenen Praxisalltag gezogen werden könne. Eine Ärztin berichtet, dass sie „jedes Mal [...] was Neues lernt, auf jeden Fall“ [#P10] und ein Arzt resümiert:

Also ich habe sicherlich einen großen Profit insgesamt für meine eigene Fachlichkeit und mein Sicherheitsgefühl bei der Arbeit und meine eigene Kompetenz. [#P8]

Im Verhältnis zu diesem sehr hoch bewerteten ‚Nutzen‘ werden die ‚Kosten‘ in Form des zeitlichen Aufwands für die Teilnahme von den Befragten überwiegend als gering empfunden:

Also es erweitert definitiv meinen Horizont und gibt einfach Hilfestellung in vielen Bereichen, die ja in der Praxis eine große Rolle spielen [...] Der Nutzen ist riesig letztendlich für den eher geringen Aufwand. [#P4]

Nutzen aus Sicht der Netzwerkpartnerinnen

Aus Sicht der Netzwerkpartnerinnen hat die Einrichtung der IQZ dazu geführt, dass der Kontakt zu den dort teilnehmenden Ärzt*innen besonders gut sei. Um diese Kooperationsbeziehungen langfristig aufrechtzuerhalten, müssten sie jedoch kontinuierlich gepflegt werden, was zeit- und ressourcenintensiv sei. Gleichzeitig wird dieses Investment jedoch als sehr lohnenswert und wertvoll eingeschätzt. In der Beurteilung der Kooperationsbeziehungen insgesamt und der Rolle der IQZ für die Vernetzung von Kinder- und Jugendhilfe und niedergelassener Pädiatrie wird aber auch ein wahrgenommenes Ungleichgewicht hinsichtlich der Vernetzungsverantwortung deutlich. Die befragten Netzwerkpartnerinnen sehen sich eher in der Pflicht, die Initiative aufrechtzuerhalten, was auch im Zusammenhang mit einer allgemeinen ärztlichen Zeitknappheit gesehen wird:

Man muss dranbleiben. Man muss so als Frühe Hilfen immer wieder dran bleiben bei den Kinderärzten [...]. Unser Gefühl: Man verliert schnell den Kontakt, denn die Angebote werden aus den Augen verloren [...]. Die Wahrnehmung ist, die haben Lust, die haben Interesse, aber es ist ein Zeitproblem [...]. [#N6]

Eine weitere Netzwerkpartnerin fühlt sich dafür verantwortlich die IQZ zu beleben und sich dafür einzusetzen, das Ärzt*innen an den Treffen teilnehmen – ihre Erfahrung ist, „dass die Jugendhilfe immer noch die medizinische Seite sehr umwerben muss, dass sie kommen“ und dass die Teilnahme von den Ärzt*innen als aufwändig bzw. „als Belastung“ [#F7] empfunden wird. Hier zeigt sich somit eine Diskrepanz zu den befragten Praxispädiater*innen, die den Aufwand für ihre Teilnahme überwiegend als gering beschreiben.

Zentrale Nutzendimensionen der IQZ

Der Nutzen der IQZ lässt sich für beide Akteurs-Seiten in vier verschiedene zentrale Dimensionen ausdifferenzieren (die hier dargestellte Reihenfolge der Dimensionen sagt nichts über ihre Bedeutung aus). Die Analyse zeigt, dass die Einschätzungen von Praxispädiater*innen und Netzwerkpartnerinnen insgesamt sehr ähnlich ausfallen und sich in drei Viertel der Kategorien gleichen.

Networking

Die IQZ werden als gutes Forum für den Aufbau persönlicher Netzwerke beschrieben. Gerade das regelmäßige Zusammentreffen der unterschiedlichen Professionen im IQZ, „voneinander zu wissen und voneinander zu hören“ [#N6], stelle einen Vorteil dar. Das Networking wird als wertvoll beschrieben, weil durch die persönliche Kenntnis von Ansprechpartner*innen die fallbezogene Kontaktaufnahme im Berufsalltag erleichtert werden könne. Die zwischenmenschliche Ebene helfe dabei, sich gegenseitig besser einzuschätzen, zu wissen, „wie tickt der Andere“ [#P8]. Arbeitsabläufe würden dadurch beschleunigt und vereinfacht.

Und es hilft, persönlich Menschen zu kennen, mit denen man dann arbeitet. Also es ist einfach für mich deutlich einfacher, bei den Frühen Hilfen anzurufen und dann einfach auch schon bekannt zu sein und schneller voranzukommen. [#P1]

Analog sprechen auch die Netzwerkpartnerinnen vom großen Nutzen persönlicher Kontakte: Der Austausch sei „unkomplizierter und einfacher“ [#N10] und eventuell vorhandene Berührungspunkte oder Hemmschwellen, Kontakt zu Ärzt*innen aufzunehmen, würden sinken:

Ich sag dann immer, ein Hörer ist leichter / [...] man fragt geschwind nach, wenn man jemanden persönlich kennt durch diese Treffen. [#N2]

Systemgrenzen überwinden

Die zweite Nutzendimension der IQZ bezieht sich auf den Abbau von Systemgrenzen durch ein wechselseitiges Verständnis der unterschiedlichen ‚Sprachen‘ der Systeme. ‚Sprache‘ ist in diesem Kontext zu verstehen als Synonym für Kommunikationsverhalten und Herangehensweisen und umfasst auch Denkweisen, Abläufe, Vorgehensweisen und die Begrenzungen des jeweils anderen Systems. Nach Aussage beider Akteursgruppen trage der regelmäßige Austausch in den IQZ zu einem besseren Nachvollziehen anderer Einschätzungen und Handlungen bei und es gäbe dadurch „weniger Missverständnisse“ [#N7]. Ein Arzt sagt exemplarisch:

[...] dadurch, [... dass wir [...] eben uns besser in unserer Arbeitsweise kennengelernt haben, entwickelt man natürlich auch immer wieder viel Verständnis, was ist machbar und nicht machbar. [#P5]

Ähnlich sprechen auch die Netzwerkpartnerinnen davon, dass die IQZ „ganz viel [...] auch fachlich gebracht“ hätten, durch „gegenseitiges Verständnis, Sichtweisen, Einschätzung“ [#N9].

Nützlicher ‚anderer Blick‘ auf die Familien

Der nützliche ‚andere Blick‘ auf die Familien meint das Kennenlernen anderer Sichtweisen und Perspektiven in der psychosozialen Versorgung von Familien. So spricht ein Arzt davon, „den Input einfach von verschiedenen Leuten zu kriegen und [...] über den Tellerrand rauszugucken.“ [#P2]. Die IQZ werden als geeignetes Forum beschrieben, um in den Austausch über Fälle (belastete Familien) zu kommen und es sind insbesondere die interdisziplinären Fallbesprechungen, die von beiden Seiten als besonders gewinnbringend wahrgenommen werden (siehe Anlage 27, IQZ_Fallgeschichten und Anlage 28, IQZ_Familienfallkonferenz). Eine Netzwerkpartnerin beschreibt diesen Prozess exemplarisch wie folgt:

[...] dass wir immer erstmal den Fall schildern lassen und dann gucken, welcher Eindruck entsteht einmal auf der medizinischen Seite, dann bei sozialpädagogischen Fachkräften. Was für ein Bauchgefühl stellt sich ein, wenn man dem so zuhört? Was für Sorgen werden da aktiviert? [#N7]

Für die Praxispädiater*innen sind bei eigenen Fallvorstellungen insbesondere Rückmeldungen aus der Jugendhilfe, aber auch von anderen Mediziner*innen oder anderen Fachkräften wichtig. Dies helfe dabei, eigene Einschätzungen und eigenes Handeln zu reflektieren, ggf. neu zu bewerten oder zu neuen Lösungswegen zu kommen. Ärzt*innen haben in ihrem Berufsalltag oft eher wenig Gelegenheit zu kollegialem Austausch und können das Rückversichern eigener Entscheidungen und Vorgehensweisen als entlastend erleben.

Und da finde ich zum Beispiel die Frühen Hilfen einfach auch eine riesen Unterstützung. Weil man nochmal rücksprechen kann, weil man nochmal ein Feedback bekommt und auch andere Ärzte und andere erfahrene Personen mit einem da einfach Dinge austauschen, Wege austauschen, Möglichkeiten besprechen, die man vielleicht noch gar nicht bedacht hat oder vielleicht auch einen einfach mal nur bekräftigen: So hätte ich es auch gemacht [...] [#P1]

Auch die Netzwerkpartnerinnen nehmen es so wahr, dass die an den IQZ teilnehmenden Praxispädiater*innen Interesse an ihren Einschätzungen haben. Und auch jenseits der Besprechung eigener Fälle können die Ärzt*innen Hilfreiches für ihren Praxisalltag mitnehmen, da durch die IQZ offenbar generell ein stärkeres Bewusstsein für psychosoziale Themen geschaffen wird.

[...] dass man aus den Erfahrungen von anderen lernt, und dass man beispielhaft dann auch für seine eigenen Patienten an den Beispielen lernt, dass man sensibilisiert wird finde ich ganz wichtig, dass man sensibilisiert zu bestimmten Themen. [#P3]

Zudem wird deutlich, dass der ‚nützliche andere Blick‘ in beide Richtungen funktioniert: Praxispädiater*innen sehen es auch als Vorteil an, die ärztliche Perspektive in die Frühen Hilfen einzubringen, „dass wir Input aus den Praxen geben können“ [#P5]. Auch die befragten Netzwerkpartnerinnen schätzen den ärztlichen bzw. medizinischen Blick auf die Familien, gerade wenn Einschätzungen über Familien bzw. Belastungslagen divergent sind. So wird etwa berichtet, dass Praxispädiater*innen auch Dinge auffallen, die in der Kinder- und Jugendhilfe vielleicht eher unbemerkt bleiben:

*Also wir haben auch von den Mediziner*innen sehr viel gelernt. Dinge, die wir völlig falsch, auch naiv [...] es gibt wirklich Risikofaktoren, die wir deutlich übersehen. [#N7]*

*Praxispädiater*innen: Angebote und Strukturen kennenlernen*

Das Kennenlernen von (konkreten) Angeboten der Frühen Hilfen stellt für die befragten Praxispädiater*innen einen weiteren zentralen Nutzen dar – die IQZ werden als eine sehr wichtige, für manche Ärzt*in sogar einzige Quelle beschrieben, um lokales Angebotswissen zu erlangen.

Hilfen stellen sich vor: Was tun sie eigentlich? [...] Ja, oder was gibt es für Anlaufstellen für bestimmte Probleme? [...] An solche Dinge komme ich persönlich nur ran durch diesen IQZ, in dem man sich halt da weiterhilft und immer jemand mit dazu kommt und sich vorstellt. [#P1]

Der Austausch in den IQZ erleichtert den Praxispädiater*innen das Zurechtfinden in den als komplex erlebten Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe. So spricht ein Arzt von der „Sozialpädiatrie mit ihren ganzen Verästelungen und ihren verschiedenen Ansprechpartnern, unterschiedlichen Trägern, Hilfen, Unterstützungen“ und bezeichnet die IQZ als einen „gute[n] Ort, wo man so alles ein bisschen hat.“ [#P4]. Durch das in den IQZ erlangte Wissen über lokale Unterstützungsangebote fühlen sich die Ärzt*innen offenbar sicherer in der Beratung und können belastete Familien passgenauer – und auch zeiteffektiver – informieren und vermitteln.

Wo ich mich persönlich immer freue, ich habe meine Struktur und ich weiß, wen ich anrufe, ich weiß, wie ich sie weiterschicke [...] [#P9]

Netzwerkpartnerinnen: Mehr vermittelte und gut motivierte Familien

Für die Netzwerkpartnerinnen manifestiert sich dieses in den IQZ erlangte Angebotswissen der Praxispädiater*innen in einem weiteren zentralen Nutzen: Eltern mit Unterstützungsbedarf könnten von den teilnehmenden Ärzt*innen besser über Angebote informiert und zur Inanspruchnahme motiviert werden, es wird von einer „Verbesserung von Weitervermittlung in die Frühen Hilfen“ [#N6] berichtet. Zum Teil wird auch festgestellt, dass die in den IQZ vertretenen Praxispädiater*innen *mehr* Familien in die Frühen Hilfen vermitteln, als nicht teilnehmende Ärzt*innen.

[...] die Kinderärzte, die natürlich im IQZ sind, die schicken natürlich in deutlich höherem Maße an die Frühen Hilfen, weil sie da einfach nochmal anders Werbung machen können und einfach nochmal anders ne Idee von uns haben. [#N9]

Die vermittelten Familien werden von den Netzwerkpartnerinnen meist als durch die Praxispädiater*innen gut motiviert wahrgenommen. Es überwiegt die Einschätzung, dass die Eltern von den Ärzt*innen nicht unter Druck gesetzt, sondern allenfalls „fürsorglich überredet“ [#N7] werden.

*[...] wenn der Kinderarzt uns empfiehlt, dann kommen die Leute in der Regel an und rufen an.
[...] Die Motivation ist in fast allen Fällen hoch, wenn sich die Familien dann bei uns melden.
[#N5]*

Dennoch habe die ärztliche Empfehlung aber auch eine gewisse Verbindlichkeit bzw. Autorität und somit hohe Wirkkraft, weil Praxispädiater*innen (auch aufgrund der oft jahrelangen Betreuung, s. oben) „schon die Vertrauten in den Familien sind“ [#N10]. Dieses Vertrauen wirke sich auch positiv auf die Akzeptanz der Inanspruchnahme Früher Hilfen aus.

Die [Anm.: Motivation] ist hoch [...] Also das ist praktisch, wenn der Kinderarzt sagt, das hat zu erfolgen, dann wird marschiert. [...]. Die rufen an und sagen, der Doktor soundso hat mich geschickt. Der findet, dass ich das brauch. [#N9]

► Zusammenfassung – Praxispädiater*innen & Netzwerkpartnerinnen: Akzeptanz der IQZ

Die Ergebnisse zeigen bei den befragten Praxispädiater*innen und Netzwerkpartnerinnen eine hohe Akzeptanz der IQZ als Teil der PATH-Intervention. Hervorgehoben werden die positiven Auswirkungen auf Kooperationsstrukturen und Vernetzung. Für beide Akteursgruppen kristallisieren sich ähnliche Nutzendimensionen heraus: das Networking, das Überwinden von Systemgrenzen und der ‚nützliche andere Blick‘ auf Familien. Für Praxispädiater*innen stellt zudem das Kennenlernen von konkreten Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe einen zentralen Nutzen dar, für Netzwerkpartnerinnen ein (höherer) Anteil gut motivierter, vermittelter Familien.

6.4 Beobachtungsstudie

6.4.1. Erreichte Fallzahl und Beschreibung der Stichprobe

Anstelle der angestrebten 7 Praxispädiater*innen nahmen 5 der 15 IG-Praxispädiater*innen an der Beobachtungsstudie teil. Aufgrund der erschwerten Rekrutierung für diesen Studienabschnitt (s. Abschnitt 4.2.1) wurden insgesamt 8 anstelle 14 U-Untersuchungen aufgezeichnet. Unter den fünf teilnehmenden Praxen waren zwei Einzel- und drei Gemeinschaftspraxen. Vier der Praxen befinden sich im urbanen und eine im ländlichen Raum. Von den fünf Praxispädiater*innen haben vier die eintägige Schulung absolviert, die bei ihnen drei Jahre oder länger zurücklag. Ein*e Pädiater*in hatte die Fortbildung zur PATH-Intervention noch nicht absolviert, nahm jedoch regelmäßig an den IQZ teil. Ein Merkmal dieser Gemeinschaftspraxis ist, dass eine ärztliche Kollegin in der PATH-Intervention geschult ist und eine sozialpädagogische Fachkraft eines freien Trägers der Frühen Hilfen zweimal wöchentlich in der Praxis Beratungen anbietet. Die Praxispädiater*innen nahmen regelmäßig an den IQZ teil, die je nach Region zwischen zwei- bis viermal jährlich stattfanden. Eigene Fälle hatten die Praxispädiater*innen in den jeweiligen regionalen IQZ nach eigener Auskunft bisher nicht (3 von 5 Praxispädiater*innen) oder selten eingebracht (ein Fall in den letzten drei Jahren).

In der Nachbefragung bekundeten Praxispädiater*innen wie Eltern eine positive Einstellung zu Frühen Hilfen. Einen akuten Hilfebedarf äußerten die Eltern hier nicht. Einen Einfluss der Beobachtung auf das eigene Verhalten verneinten beide Gruppen, beschrieben jedoch die*der Gesprächspartner*in zu Beginn der U als etwas gehemmter bzw. zurückhaltender als sonst.

Aus drei Praxen lagen jeweils eine, aus einer zwei und aus einer drei beobachtete Untersuchungen vor. Dokumentiert wurden vier U4-Untersuchungen und vier U5-Untersuchungen. Alle acht Familien waren in den Praxen bereits mit älteren Kindern bekannt, die z. T. von einer anderen Praxispädiater*in in der Praxis betreut wurden. Die beobachteten Familien gaben im Online-Fragebogen zu t1 zwei bis fünf psychosoziale Belastungen an (Tabelle 13). Diese Elternangaben waren den Praxispädiater*innen nicht bekannt.

Tabelle 13: Psychosoziale Belastung der teilnehmenden Familien im Elternfragebogen zum Zeitpunkt t1.

Fall	Beengte Wohnverhältnisse	Partnerschaftskonflikte	Fehlende soz. Unterstützung	Zweifeln an der eigenen erzieherischen Kompetenz	Negative Kindheitserfahrungen	Ärgerneigung	Depression oder Angst	Negative Attribution	Perinatale Probleme	Negative Affektivität	Behinderung oder Erkrankung einzufrühen	Tendenz zur Überreaktion	PSB-Gesamt
F1	k.A.		x							x			2
F2			x		x			x		x			4
F3			x		x	x					x		4
F4			x			x				x			3
F5	x		x			x	x	x					5
F6	x	x								x			3
F7	x			x									2
F8				x					x				2

Anmerkungen.: Ärgerneigung = PSB Bereich „C: Psychische Gesundheit der Eltern, Faktor „Impulsivität/ Ärgerneigung“; Behinderung oder Erkrankung in Bezug auf das Kind.

Gemäß Arztfragebogen waren zu t1 sechs Familien unbelastet, je eine Familie wurde als gering (F6) bzw. mittelmäßig (F7) belastet eingestuft. Einen geringen Unterstützungsbedarf sahen die Praxispädiater*innen bei zwei Familien (F1, und F6) und einen mittleren Unterstützungsbedarf bei einer Familie (F7). Im Nachgespräch zu den videoaufgezeichneten U-Untersuchungen (ca. vier Wochen nach t1) waren für die Praxispädiater*innen die Familien F5 und F7 belastet. Im Fall F5 war die*der Praxispädiater*in der Ansicht, dass die Familie von Frühen Hilfen profitieren könnte, jedoch die Familie keine Unterstützung annehmen würde. Bei F7 bestand aus ärztlicher Sicht kein Bedarf an Frühen Hilfen.

6.4.2 Ergebnisse

1. Identifizierte Themenbereiche

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die in den acht U-Untersuchungen angesprochenen Themenbereiche. Es ist diejenige Akteur*in gekennzeichnet, die*der das Thema initiiert hat und es ist indiziert, welche der Themen durch wen als Belastung, Auffälligkeit oder Sorge markiert wurden.

Tabelle 14: Thematische Dokumentation.

Fall	U	Kat. I Familien- anam- nese	Kat. II Auffälligkeiten beim Kind	Kat. III Eltern-Kind- Interaktion	Kat. IV Be- lastung Be- zugsperson	Kat. V Belastung durch Co- vid-19	Kat. VI Ressourcen
F1	4		PP_M				
F2	5		PP_M				
F3	5		PP_M	M	M_M		
F4	4		M_M	PP_M	M_M		
F5	4	M_M	PP_M	M_M	PP_PP		PP
F6	5		PP_M			M_M	
F7	5	M	M_M	M_M	PP_PP		
F8	4	M	PP_M				

M = mütterliche Initiative; PP = ärztliche Initiative; PP_M = überwiegend ärztliche Initiative mit mütterlichen Antworten, die teilweise neue Themen setzen. Die tiefergestellten Indices zeigen Themen, die von Müttern (M) oder Praxispädiater*innen (PP) als Belastung, Auffälligkeit oder Sorge markiert werden.

Zur aktuellen familiären Situation (**Kategorie I**) stellten die Praxispädiater*innen keine Fragen. Gründe hierfür könnten sein, dass Familien in den Praxen seit längerem bekannt waren, oder sich die Praxispädiater*innen bei den vorausgegangenen U-Untersuchungen bereits über die familiäre Situation informiert hatten.

Aus pädiatrischer Sicht waren Wachstum und Entwicklung (**Kategorie II**) des Kindes die dominanten Themen („*E:erstmal schauen wir die Gewichtskurve an: (...) Das ist der e::rste Schritt*“). Die in den Somatogrammen dokumentierten Werte für Gewicht, Größe und Kopfumfang wurden in Relation zu jeweiligen Normwerten beurteilt und den Müttern rückgemeldet. Aus ärztlicher Sicht verläuft die körperliche Entwicklung bei allen acht Säuglingen perzentilenkonform. Anhand der Gewichtskurve wurde auch die Ernährung der Kinder besprochen. Gab es Schwierigkeiten oder mütterliche Unsicherheiten bei der Nahrungsumstellung war aus ärztlicher Sicht der bisherige Gewichtsverlauf ein Indikator dafür, wie „entspannt“ die Umstellung angegangen werden kann („*=also vom (.) GedEIHEN her (.) wir müssen uns (.) keine Sorgen machen (.) Das heißt also, (.) bitte GANZ entspannt [ok]*“). Weitere Themen in Kategorie II waren mütterliche Fragen zur motorischen Entwicklung (F1, F2, F4) und Hinweise auf Schlafprobleme (F3, F4, F7) oder Schreiphasen (F5, F7).

Die von den Müttern angesprochenen Themen zur **Eltern-Kind-Interaktion (Kategorie III)** waren Probleme mit der Figur des Kindes (F3), ein für die Mutter anstrengendes kindliches Bedürfnis nach körperlicher Nähe (F4) und Väter, die das Kind nicht beruhigen können (F5, F7).

In F5 sprach die*der Praxispädiater*in eine mütterliche Erschöpfung an (**Kategorie IV**) und fragte nach familiärer Unterstützung für die Mutter (**Kategorie VI**). In F7 konstatiert die*der Praxispädiater*in eine mütterliche Belastung als Folge der familiären Situation mit zwei älteren chronisch kranken Kindern und einem Säugling. Familiäre Konflikte im Zusammenhang mit Covid-19 (**Kategorie V**) wurden von einer Mutter bei elterlichen Unstimmigkeiten zum Impfen der älteren Kinder angesprochen.

In keiner der U-Untersuchungen wurde der „Postnatale Erhebungsbogen 'Frühe Hilfen'“ der KVBW oder ein anderes Befragungsinstrument zur Belastungserfassung oder -klärung verwendet. Auch waren in keiner der U-Untersuchungen Frühe Hilfen oder andere Unterstützungsangebote ein Thema. Somit

konzentrieren sich die weiteren Analysen auf ärztliche Evokationen von Elternerzählungen und den Umgang mit mütterlichen Anliegen.

2. Ärztliche Evokationsstrategien

Tabelle 15 gibt einen Überblick über beobachtete Evokationen in Gesprächseröffnungen (1), bei Fragen zu kindlichen Präferenzen, Sorgen (2) und Belastungen (3).

Table 15: Beobachtete Strategien zur Evokation von Elternschilderungen.

Fall	PP	PSB ¹	Ärztl. Einschätzung n. beob. U ²	(1) Gesprächseröffnungen		(2) Fragen nach Präferenzen und Sorgen		(3) Gezielte Belastungsansprache
				Wie geht's?	unmittelbar kindbezogene Handlungen der PP	Was macht es gerne?	Irgendwelche Sorgen?	
F1	1	2	unbelastet		TA F1_1 ³			
F2	2	4	unbelastet		TA F2_1		TA F2_2	
F3	3	4	unbelastet	TA F3_1			TA F3_2	
F4	3	3	unbelastet	TA F4_1		TAF4_2	TA F4_3	
F5	4	5	belastet	TA F5_1				TA F5_2
F6	4	3	unbelastet		TA F6_1		TA F6_1	
F7	4	2	belastet		TA F7_1			
F8	5	2	unbelastet	TA F8_1			TA F8_1	

1 = Anzahl psychosozialer Belastungen im Elternfragebogen

2 = Von Beobachterin nach der U erfragt

3 = Bezeichnet die analysierten Transkripte (TA) der einzelnen Fallkonstellationen F1 bis F8. Die Indizes _1 oder _2 bezeichnen die zeitliche Abfolge der jeweiligen TA.

(1) Gesprächseröffnungen

Beobachtet wurden die zwei Eröffnungsvarianten (a) unmittelbar auf das Kind bezogene ärztliche Handlungen und (b) die Begrüßung „wie geht's?“. Bei der ersten Variante richteten sich die Praxispädiater*innen direkt an die auf der Untersuchungsliege liegenden Säuglinge, beginnen mit den körperlichen Untersuchungen und stellen dabei Entscheidungs- oder Deklarativsatzfragen, die von den Müttern auf das Kind bezogen wurden.

Transkriptionsausschnitt (F1_1)

8 A: (.) Gut. Heute ist der Vorsorgetermin. [ja] Drehen wir dich erstmal ein Stück rum. (dreht das Kind auf der Liege) Gibt's heut Fragen?

9 M: (atmet hörbar ein) Äh:: (..) er=er=er. (.) Ah zum einen, er hat vielleicht noch, ist hier oben noch bisschen (unv.) (1) Er hat ja so diese Schuppenflechte [ja] (..) und dann heißt es immer, man soll es mit Olivenöl einreiben vor dem Baden, oder [ja] ist das falsch?

Auf die ärztliche Frage „wie geht's“ antworteten die Mütter mit „gut“, „alles gut, danke“ oder „gut, alles gut“ worauf zweimal ein ärztliches Nachhaken erfolgte („Ja?“). Das mit der Nachfrage einhergehende Angebot zur Schilderung eventueller Anliegen griffen die Mütter nicht auf. In ihren Antworten wiederholten sie ihre Einschätzung und hoben hervor, dass alles normal bzw. nichts außergewöhnlich sei. Die Praxispädiater*innen richteten dann ihre Aufmerksamkeit auf das Kind (TA F4_1).

Transkriptausschnitt F4_1

6	A: Wie geht's Ihnen, wie geht's dem (Name des Kindes)?
7	M: Gut. Alles gut.
8	A: Ja?
9	M: =ja. Er entwickelt sich ganz prächtig, glaube ich.
10	A: (1) Dann gucken wir mal geschwind das Gewicht an: und so:, hat sie schon alles gemessen?

(2) Fragen nach mütterlichen Sorgen und kindlichen Präferenzen

Nach mütterlichen Sorgen („Gibt's irgendwelche Sorgen?“) wurden nach der Gesprächseröffnung oder während der körperlichen Untersuchung gefragt. Auf die Frage antworteten die Mütter zunächst mit nein (z.B. „Nee, gar nichts“), um dann nach einer kurzen Pause oder im Verlauf, etwas zur Entwicklung des Kindes oder einer körperlichen Symptomatik anzumerken. Dabei deuteten einige Mütter auch sie Belastendes an. So berichtete die Mutter F3, dass ihre Tochter beim Sitzen nach „10 Sekunden“ umfällt. Obgleich eine aus ärztlicher Sicht für das Alter normale Reaktion („das ist normal“), griff die Mutter das Thema wieder auf und benannte die „Masse“ des Kindes als Grund für das Umfallen. Nach einer weiteren Normalisierung der kindlichen Entwicklung („das is manchmal so, ..., dass die mehr Masse bewegen müssen... sobald sie dann raus sind, wird das wieder weniger mit der Masse“... „sie macht's gut“) sagte die Mutter, dass für sie die Figur des Kindes „der helle Wahnsinn“ ist. Diese Bemerkung veranlasste die*den Praxispädiater*innen das Thema nochmals aufzugreifen („ja, also gut“) und es dann mit der Empfehlung, auf die Ernährung des Kindes zu achten und es nicht „vollzustopfen, beendetete.

Auf die Frage „Was macht er gerne“ zählte die Mutter „gucken“, „strampeln“ und „rumgetragen werden“ auf und fügte dann an, dass er „ganz viel Körperkontakt“ brauche und „allein schlafen gar nicht gehe“. Auf die anschließende Frage „Und machen Sie sich Sorgen wegen irgendwas?“ reagierte die Mutter etwas verzögert und mit der Interjektion „Na:“ zeigte sie an, dass der Begriff „Sorgen“ ihr Anliegen nicht trifft und ergänzte mit Impetus, dass das Kind „EWig rumgetragen werden muss, bis es schläft“. Die ärztliche Anschlussfrage („Meinen Sie, es könnte was (.) äh Gefährliches dahinterstecken?“) verneinte die Mutter (Nö ...Nö nö). Mit der ärztlichen Bemerkung „Sie haben ja auch schon Erfahrung. (.) Es ist ja auch (2) meistens ganz normal. (1) Solange Sie es aushalten. [ja] (2). GUT. Dann guck ich dich mal geschwind an“ umkreiste die*der Praxispädiater*innen das Thema nochmal, bevor es dann mit dem Diskurspartikel „GUT“ (Betz, 2017) beendet und zur körperlichen Untersuchung übergegangen wurde.

(3) Fragen zu mütterlicher Belastung und Selbstfürsorge

Die*der Praxispädiater*in spiegelte der Mutter gleich zu Beginn der U-Untersuchung, dass sie ihr müde erscheint und interpretiert die Müdigkeit als eine typische und vorübergehende Begleiterscheinung von nächtlichen Schreiphasen und der Versorgung von zwei Kleinkindern. Gegen Ende der U-Untersuchung appellierte sie an die Mutter, aktiv nach Entspannungsphasen zu suchen und mehr auf ihre Kräfte zu achten. Sie benannte mögliche Unterstützerinnen („eine Oma, die Tante oder sowas“) und empfahl, „einfach mal spazieren (zu)gehen“. Die Mutter schilderte, dass Erholungsphasen wegen einer väterlichen Hilflosigkeit im Umgang mit dem schreienden Kind für sie schwer umzusetzen sind. Die zuvor von ihr angedeuteten Schreiphasen wurden hierbei als heftige Schreiatacken („so, wie er Schreiatacken hat“) bezeichnet, die manchmal nur mit Hilfe der mütterlichen Brust unterbrochen werden konnten. Ärztlicherseits wurde die beruhigende Wirkung des Stillens bestätigt und eine generell „intensivere“ Bindung eines Säuglings an die Mutter als an den Vater benannt. Auf einen erneuten ärztlichen Hinweis doch für kleine Auszeiten zu sorgen, berichtete die Mutter, dass die Oma sich montags um den älteren Sohn kümmere und sie diese Auszeit auch dringend braucht. Sie schlief da nicht nur „ganz viel, ja (lacht)“ und „lieg da echt überwiegend flach“, sondern war auch gereizt, wenn ihr

„der Montag ... fehlt (1) dann bin i:ch (...) schlecht drauf. (lacht)“. Nach der die Mutter entlastenden Rückmeldung, dass die Gereiztheit nachvollziehbar ist („ja, das glaube ich“), nahm die*der Praxispädiater*in mit der Frage wann der „Große in die (...) in den Kindergarten kommt“ einen letzten Themenwechsel vor.

3. Funktionalität ärztlicher Strategien

In allen acht U-Untersuchungen lag der Fokus auf Wachstum und Entwicklung des Kindes. Zur Komplettierung ihres Wissenstandes über das Kind und zur Verifikation des kindlichen Entwicklungsverlaufs entsprechend pädiatrischen Kriterien verwendeten die Praxispädiater*innen bevorzugt Entscheidungs- („Aber Rollen kann sie?“) und Deklarativsatzfragen („Alles ganz normal?“). Beide Fragetypen präferieren Zustimmungsoptionen (Spranz-Fogasy, 2010). Sie haben zur Konsequenz, dass wenn die Mütter auf diese Frage nicht mit einer bevorzugten Antwort reagieren können oder wollen, sie dies mit einem sog. minimal response Marker und einer Negation, wie bspw. „(..) Äh:m nein“, anzeigen müssen. Inwieweit sie dann zu Wort kamen, hing stark von den ärztlichen Reaktionen ab. So fanden sich in den Transkripten wiederholt Stellen, wo Mütter unmittelbar durch ärztliche Initiativen unterbrochen wurden.

Die in der PATH-Schulung empfohlene Frage „wie geht’s“ (Siebolds, 2020a) war kein Garant dafür, dass Mütter ihr momentanes Befinden mitteilten. Die Platzierung dieser rituellen Frage zu Beginn einer U-Untersuchung ließ außer Acht, dass für die Mütter in dieser Phase die Untersuchung des Kindes im Mittelpunkt stand. Die frühe Thematisierung einer mütterlichen Erschöpfung (F5, Tabelle 15) wurde dadurch erleichtert, dass die Wachstumsparameter erst im Verlauf der U erhoben wurden und somit der gemeinsame Fokus noch weniger auf das Kind ausgerichtet war. Ausschlaggebend war jedoch, dass durch reflektierendes Zuhören der*des Praxispädiater*in die Erschöpfung zum Thema wurde. Dessen Wiederaufnahme und das Ansprechen von Unterstützungsmöglichkeiten gegen Ende der U-Untersuchung fungierte zugleich als „Türöffner“ für das Erwähnen weiterer Belastungsmomente. Allerdings zeigte sich hier, dass durch die Fokussierung auf das Thema Erschöpfung die von der Mutter erwähnten Hinweise auf eine frühkindliche Regulationsstörung mit einer dysfunktionalen Interaktion zwischen Vater und Kind nicht exploriert wurden.

Zu einer vergleichbaren Konsequenz führte auch eine mehr oder weniger schematische Anwendung ärztlicher Sorgefragen. Hatten diese keinen klaren Bezug auf die vorausgegangene mütterliche Themensetzung und wurden sie zudem als Entscheidungsfragen formuliert, führten sie zu Fehlkategorisierungen der mütterlichen Anliegen oder Missverständnissen. Allerdings wurden mütterliche Sorgen und Anliegen auch meist nur angedeutet oder mit einem Verlegenheitslachen kaschiert, so dass deren Relevanz nicht unmittelbar ersichtlich wurde und mittels Präzisierungsfragen hätten exploriert werden müssen. Präzisierungsfragen fanden sich bei Fragen zur Entwicklung und hatten oftmals eine Normalisierung des Geschilderten zur Folge. Diese Kommentare konnten die Mütter beruhigen und Unsicherheiten verringern („A:l:so Entwicklungsmeilensteine haben wir gut erreicht ...“). Hingegen unterbanden Normalisierungen, generelle Kompetenzzuschreibungen oder instruierendes Informieren mütterliche Ausführungen über sie potentiell Belastendes.

Wie Tabelle 16 zeigt, ließen sich im Textkorpus verschiedene Hinweise auf Belastungen identifizieren. Von den vier Müttern, die in den U-Untersuchungen eigene Belastungen angedeutet hatten, beschrieben sich im Elternfragen (PSB) drei (F3, F4, F5) als depressiv belastet (siehe Tabelle 13). Von den drei Müttern (F5, F6, F7), die auf ein problematisches Co-Parenting hinwiesen, hatten zwei Mütter (F5, F6) im Elternfragen die Belastungsmerkmale „Partnerschaftskonflikte“ angegeben. Von den drei Müttern (F4, F5, F7), die Probleme bei der frühkindlichen Verhaltensregulation ansprachen, gab die Mutter F4 im Elternfragebogen an, dass sie „Schwierigkeiten habe, sich in das Kind einzufühlen“. Eine Mutter (F3), bei der sich in der U-Untersuchung ein Hinweis auf negative Affekte gegenüber ihrem Kind zeigte, berichtete dies auch im Elternfragebogen. Diese Korrespondenzen zwischen Beobachtung und den ca. vier Wochen zuvor gemachten Angaben im Elternfragebogen (PSB \geq 3) deuten darauf hin, dass bei vier Müttern konstant mehrfache Belastungen vorgelegen haben könnten.

Tabelle 16: Hinweise aus den Gesprächsanalysen auf potentielle familiäre Belastungen.

	Mütterliche Belastung	Problematisches Co-Parenting	Frühkindliche Verhaltensregulation	Negative Affekte gegenüber Kind	PSB
F1					2
F2					4
F3	X			X	4
F4	X		X		3
F5	X	X	X		5
F6		X			3
F7	X	X	X		2
F8					2

X = mütterliche Themensetzungen; X̲ = ärztliche Themensetzung

7. Diskussion der Projektergebnisse

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der quantitativen Studienabschnitte (Befragung der Familien und Praxispädiater*innen [7.1], gesundheitsökonomische Evaluation [7.2]) und der qualitativen Studienabschnitte (Telefoninterviews [7.3], videogestützte Beobachtung [7.4]) im Einzelnen diskutiert. Daran anschließend folgt eine Gesamtdiskussion der Ergebnisse der PATH-Studie sowie die Benennung von Limitationen.

7.1 Befragung der Familien und Praxispädiater*innen

Primäres Outcome: Inanspruchnahme Früher Hilfen durch psychosozial belastete Familien

Die primäre Hypothese, dass der Anteil mindestens erheblich psychosozial belasteter Familien (PSB ≥ 3 zu t1), die Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nehmen, in der IG größer ist als in der KG, konnte inferenzstatistisch nicht bestätigt werden. Das Signifikanzniveau von 5% ($p=.05$) wurde mit 8% ($p=.077$) unter den a priori festgelegten Annahmen zu Power und Effektgröße jedoch nur knapp verfehlt. Dementsprechend zeigte sich deskriptiv, dass in der IG, wie erwartet, ein größerer Anteil psychosozial belasteter Familien Angebote der Frühen Hilfen in Anspruch nahmen. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen betrug 18 Prozentpunkte (IG: 70% vs. KG: 52%).

Eine differenzierte Betrachtung der Nutzung der einzelnen Angebote der Frühen Hilfen ließ erkennen, dass der Unterschied vor allem auf drei Angebote zurückzuführen ist: Psychosozial belastete Familien der IG nutzten häufiger die Angebote der Regionalen Fachstellen Frühe Hilfen, spezifische Angebote zum Schreien, Füttern, Schlafen des Kindes sowie Angebote in Familien- und Stadtteilzentren. Für diese Angebote lag die Inanspruchnahme in der IG zwischen 12-19% höher als in der KG. Bei den anderen Angeboten der Frühen Hilfen gab es keine substantiellen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Inanspruchnahme.

In der ebenfalls im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Studie „KID-PROTEKT“ wurde eine neue Versorgungsform evaluiert, die ähnlich wie die PATH-Intervention zum Ziel hatte, psychosozial belastete Familien aus der niedergelassenen Pädiatrie, aber auch psychosozial belastete Schwangere aus der Gynäkologie im Bedarfsfall in Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen zu vermitteln. Die Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen stellte in beiden Studien ein Outcome dar. Die Evaluation der KID-PROTEKT Studie erbrachte kein statistisch signifikantes Ergebnis zugunsten der neuen Interventionsform. Deskriptiv ergab sich aber zwischen der Interventionsgruppe mit einer intensiveren Betreuung durch eine sozialpädagogische Fachkraft und der Kontrollgruppe ein Unterschied in der Inanspruchnahmequote von 20 Prozentpunkten (ST: 35% vs. KG: 15%). Wenngleich dieser Gruppenunterschied in der Inanspruchnahme ähnlich hoch ist wie jener der PATH-Studie (18 Prozentpunkte), müssen die Unterschiede zwischen diesen beiden Studien berücksichtigt werden. Neben unterschiedlichen Stichproben und Messzeitpunkten, bezieht sich ein Unterschied auf die Kontrollgruppen. Während für Familien in der KID-PROTEKT Kontrollgruppe eine Inanspruchnahmequote von lediglich 15% festgestellt wurde, zeigte sich in der PATH-Studie eine hohe Inanspruchnahmequote von knapp über 50% der Familien der Kontrollgruppe. Aufgrund des hohen Anteils von Familien in der Kontrollgruppe,

die ein Angebot der Frühen Hilfen in Anspruch nahmen, war es in der PATH-Studie für die Interventionsgruppe schwieriger als in der KID-PROTEKT-Studie, den Anteil an Inanspruchnahme in der Kontrollgruppe zu übertreffen. Nichtsdestotrotz geben die Ergebnisse beider Studien, PATH und KID-PROTEKT, Hinweise darauf, dass mit den in den Studien umgesetzten Interventionen ein Zuwachs der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten der Frühen Hilfen durch belastete Familien erzielt werden kann.

Sekundäres Outcome: Identifikation psychosozial belasteter Familien

Hinsichtlich des sekundären Outcomes der Identifikation konnte die Hypothese bestätigt werden, dass der Anteil an mindestens geringfügig psychosozial belasteten Familien ($PSB \geq 1$ zu t_1), die von den Praxispädiater*innen als belastet identifiziert werden, in der IG (42%) signifikant höher ist als in der KG (21%). Der Unterschied beträgt 21 Prozentpunkte. Eine belastete Familie, die von einer*inem Praxispädiater*in betreut wurde, die*der an der PATH-Intervention teilgenommen hat, wurde doppelt so häufig von ihrer*ihrem Ärzt*in als belastet erkannt, als eine Familie, die von einer*inem Praxispädiater*in versorgt wurde, die*der nicht an der PATH-Intervention teilnahm. Dies verdeutlicht den Nutzen der PATH-Intervention hinsichtlich der Sensibilisierung für und der Identifikation von familiären Belastungsfaktoren und geht konform mit internationalen Studien, die ebenfalls zeigen konnten, dass Interventionen für Praxispädiater*innen, die auf das Erkennen und die Ansprache von psychosozialen Belastungen von Familien abzielen, zu Verbesserungen diesbezüglich führten (Dubowitz, 2014; Palinkas et al., 2023).

Die Bedeutsamkeit der Sensibilisierung der Praxispädiater*innen für psychosoziale Belastungsfaktoren von Familien mit kleinen Kindern ist vor dem Hintergrund der potentiell weitreichenden negativen Folgen auf die kindliche Entwicklung von hoher Bedeutung. Verschiedene Studien weisen jedoch darauf hin, dass Praxispädiater*innen zum Teil nicht hinreichend für weniger medizinische oder weniger gravierende Belastungen wie Überforderung und Ängste der Eltern sensibilisiert sind (Haas et al., 2019) und psychosoziale Stressoren auf Seiten der Eltern zwar angesprochen, aber selten ausreichend vertieft werden (Krippel et al., 2014). Die Ergebnisse einer deutschlandweit repräsentativen Befragung von Praxispädiater*innen zeigten, dass Praxispädiater*innen bei Familien vor allem solche Belastungsfaktoren wahrnehmen, die „offensichtlicher“ zu erkennen sind wie z.B. einen niedrigen Bildungsstand oder Alleinerziehenden-Status (van Staa & Renner, 2019). Auf Basis der Selbstauskunft der Familien waren dagegen sowohl in der repräsentativen Studie KID 0-3 (Lorenz et al., 2020a; Ulrich et al., 2023a) als auch in der PATH-Studie vor allem die Belastungsfaktoren „Zweifel an der eigenen erzieherischen Kompetenz“ und „Schwierigkeiten sich in das Kind einzufühlen“ häufig. Das Erkennen solcher Faktoren setzt eine differenziertere Betrachtung des Familiensystems und angemessene Fragetechniken voraus, was die Praxispädiater*innen in der PATH-Intervention mit ihren Elementen der Schulung und den IQZ Frühe Hilfen (z.B. über regelmäßige Fallbesprechungen, siehe Anlage 27, IQZ_Fallgeschichten und Anlage 28, IQZ_Familienfallkonferenz) erlernen. Das vorliegende Ergebnis weist darauf hin, dass die PATH-Intervention dazu beigetragen hat, die Praxispädiater*innen für die psychosozialen Belastungen von Familien zu sensibilisieren.

Sekundäres Outcome: Informierung psychosozial belasteter Familien über Angebote der Frühen Hilfen

Die Studienergebnisse legen den Schluss nahe, dass sich die PATH-Intervention nicht nur positiv auf die Identifikationsrate belasteter Familien auswirkt, sondern auch auf die Informierung betroffener Familien. Die Hypothese, dass der Anteil mindestens erheblich belasteter Familien ($PSB \geq 3$ zu t_1), die über mindestens ein Angebot der Frühen Hilfen von ihrer*ihrem Praxispädiater*in informiert wurden, in der IG (87%) signifikant höher ist als in der KG (63%), konnte ebenfalls bestätigt werden. Absolut betrachtet war der Anteil informierter belasteter Familien in beiden Gruppen hoch. Dieses Ergebnis zeigt zum einen, dass die Praxispädiater*innen grundsätzlich ihrer Verantwortung nachkommen, psychosozial belastete Familien über Unterstützungsangebote zu informieren, wie es im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (SGB V [§24d, §26]) formuliert ist. Zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass deutlich mehr Familien über Angebote der Frühen Hilfen informiert wurden, wenn sie von einer*inem Praxispädiater*in betreut wurden, die*der an der PATH-Intervention teilnahm. Ein weiteres Ergebnis, das mit dem höheren Anteil informierter Familien in der IG assoziiert sein könnte, ist, dass 85% der IG-Praxispädiater*innen angaben, mit dem Konzept der Frühen Hilfen gut vertraut zu sein und ihre Praxis mit Angeboten der Frühen Hilfen stark bis sehr stark vernetzt sei. Dies unterstreicht den Nutzen der PATH-Intervention hinsichtlich der Kenntnis von Angeboten der Frühen Hilfen und Vernetzung mit Akteur*innen der Kinder- und Jugendhilfe, was sich wiederum positiv auf

die Informierung psychosozial belasteter Familien auszuwirken scheint. Ebenso fanden Renner und Kolleg*innen (2019), dass Praxispädiater*innen, die an Netzwerktreffen zur Versorgung psychosozial belasteter Familien teilnahmen, besser über Unterstützungsangebote Bescheid wissen und häufiger der Ansicht waren, zu wissen, wie sie belasteten Familien helfen können.

Sekundäres Outcome: Motivierung psychosozial belasteter Familien zur Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen

Die Hypothese, dass der Anteil mindestens erheblich belasteter Familien ($PSB \geq 3$ zu t_1), die zur Inanspruchnahme von mindestens einem Angebot der Frühen Hilfen motiviert wurden, in der IG höher ist als in der KG, konnte nicht bestätigt werden. Obwohl kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen unter den a priori festgelegten Annahmen festgestellt werden konnte, zeichnete sich deskriptiv ein höherer Anteil zur Inanspruchnahme motivierter Familien in der IG (44%) im Vergleich zu KG (30%) ab. Prinzipiell wurden sowohl in der IG als auch in der KG nur halb so viele belastete Familien zur Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen motiviert wie informiert. Zum einen können diese Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass die Motivierung zur Inanspruchnahme durch die*den Praxispädiater*in nicht in allen Fällen ein notwendiger Schritt im Prozess der Vermittlung psychosozial belasteter Familien in passende Angebote der Frühen Hilfen ist. Wie es auch in den Schulungsunterlagen der PATH-Intervention beschrieben wird, gibt es auch Familien, die intrinsisch motiviert sind, etwas an ihrer Belastungslage zu verändern und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen, ihnen aber oft die nötigen Informationen fehlen. Daher kann die Informierung belasteter Familien über passende Angebote in manchen Fällen also schon ausreichend sein und es bedarf keiner zusätzlichen Motivierung zur Inanspruchnahme des Angebots. Damit lässt die geringere Quote motivierter Familien im Vergleich zu informierten Familien keinen Rückschluss auf die Fertigkeiten der Ärzt*innen zu, sondern deckt sich mit dem theoretisch erwarteten und auch in den Schulungsinhalten der PATH-Intervention beschriebenen niedrigeren Anteil an belasteten Familien, für die eine Motivierung zur Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote erforderlich ist.

Zum anderen weisen die Ergebnisse aber auch auf ein Optimierungspotential der PATH-Intervention hin. So ist die Motivierung zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Vergleich zur reinen Informationsvermittlung, die niederschwellig gestaltet werden kann, ein komplexer Prozess, der mitunter leichter gelingen kann, wenn die Praxispädiater*innen über geeignete Gesprächsführungsfertigkeiten verfügen. Zwar ist die Vermittlung von Techniken der motivierenden Gesprächsführung fester Bestandteil der Schulung der PATH-Intervention, jedoch kann kritisch diskutiert werden, ob der zeitliche Umfang der Schulung (1 Tag) für die Vermittlung und das Einüben dieser Gesprächstechniken angemessen ist. Diese Einschätzung wurde auch von Praxispädiater*innen im Rahmen der qualitativen Interviews der PATH-Studie geäußert.

Strukturelle Gegebenheiten des Praxisalltags könnten die Umsetzung motivierender Gesprächstechniken ebenfalls erschwert haben. Mit Hilfe der motivierenden Gesprächsführung erfragt der*die Pädiater*in die Perspektive seitens der Familie. Dies erfordert ein Zeitfenster, welches oftmals in den hochstrukturierten U-Untersuchungen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung steht (Barth, 2016). Demgegenüber gibt es aber auch Studien, die zeigen, dass Techniken wie sie in der motivierenden Gesprächsführung eingesetzt werden (z.B. arztseitige Einladungen an die Eltern über ihre Sorgen zu sprechen), auch den Nutzen des Gesprächs erhöhen können, ohne dessen Dauer notwendigerweise zu verlängern (Levetown, 2008).

7.2 Gesundheitsökonomische Evaluation

Mittels des vorgestellten Kostenmodells konnte aufgezeigt werden, in welcher Höhe die Kosten je zusätzlichem Aufklärungsgespräch ausgestaltet sind. Mittels der gewählten Annahme von 35 Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr und einer mittleren Dauer der Teilnahme an den IQZ von 5 Jahren sind die Kosten als durchaus moderat anzusehen (32€ aus Perspektive der Krankenkasse und 43€ aus Perspektive des Gesundheitssystems). Gerade im Hinblick auf die direkt sichtbaren Kosten (die Abrechnungen in Höhe von 20€ für das Aufklärungsgespräch und 10€ für die Fallfindung) erscheint der in die Kostenkalkulation miteinbezogene Aufwand aus Schulung und Qualitätszirkeln als durchaus vertretbar. Werden allerdings je Praxispädiater*in und Jahr nur sehr wenige Aufklärungsgespräche durchgeführt, fällt der jährliche Fixkostenanteil stärker ins Gewicht und die Kosten je Aufklärungsgespräch steigen entsprechend an.

Ebenso sieht es bei der Abschätzung der Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und den Kosten je zusätzlicher von Praxispädiater*innen als psychosozial belastet identifizierten Familien aus. Die hier aufgezeigten Kosten-Wirksamkeits-Relationen bewegen sich solange in einem vertretbaren Bereich, solange nicht Praxispädiater*innen an der PATH-Intervention teilnehmen, die im Praxisalltag kaum die Möglichkeit haben, Aufklärungsgespräche durchzuführen.

Bei der Durchführung der gesundheitsökonomischen Evaluation war eine Reihe von Annahmen notwendig, die das Ergebnis und dessen Interpretation maßgeblich beeinflussen. Zudem wurde über die genannten Annahmen hinaus nicht zwischen gesetzlich- und privatversicherten Familien unterschieden. Des Weiteren basieren eine Reihe von Input-Daten aus Quellen einer einzigen Krankenkasse (der AOK Baden-Württemberg), was die Generalisierbarkeit der Erkenntnisse auf alle Versicherte in Baden-Württemberg erschwert. Nicht berücksichtigt werden in der Analyse die möglichen Einsparungen auf Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die PATH-Intervention. Durch eine frühe Überleitung in die Frühen Hilfen können eventuelle Kosten im medizinischen Bereich (bspw. für die Ergotherapie und/oder das Sozialpädiatrische Gespräch) eingespart werden.

Eine zentrale Erkenntnis lässt sich aus den Ergebnissen ableiten: Die Kostenstruktur der PATH-Intervention bedeutet, dass die Intervention dann günstiger ist, wenn die Praxispädiater*innen im Praxisalltag die Möglichkeit haben, viele Aufklärungsgespräche durchzuführen. Bei einer geringeren Anzahl von Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr ist die PATH-Intervention ökonomisch äußerst unvorteilhaft. Je zielgerichteter man beim Ausrollen der PATH-Intervention vorgeht, desto höher kann später die Anzahl an Aufklärungsgesprächen je Praxispädiater*in und Jahr ausfallen, was die Kosteneffektivität der gesamten Intervention maßgeblich verbessert. Dadurch, dass die Teilnahme an der PATH-Intervention freiwillig gestaltet ist, löst sich diese Problematik aber möglicherweise ganz von selbst: Praxispädiater*innen mit vielen für die Fallfindung und Aufklärungsgespräche in Frage kommende psychosozial belasteten Familien in ihren Praxen haben wahrscheinlich ein erhöhtes Interesse an der Teilnahme an der PATH-Intervention. Denn auch aus individuell ökonomischem Kalkül der Praxispädiater*innen ist die Teilnahme an Schulung und Qualitätszirkeln bei einer geringen Zahl an abgerechneten Aufklärungsgesprächen und Fallfindungen wenig lukrativ.

7.3 Telefoninterviews

Die Ergebnisse der qualitativen Telefoninterviews weisen hypothesenkonform auf eine hohe Akzeptanz der PATH Intervention bei allen drei beteiligten Akteursgruppen hin.

Familien: Die Bedeutung des Zugangs zu Familien über das Gesundheitssystem wird im Kontext Früher Hilfen auch vor dem Hintergrund des besonderen Vertrauensverhältnisses von Familien zu ihren Kinderärzt*innen diskutiert (Renner et al., 2018). Die Interviews mit den Müttern weisen genau in diese Richtung. Es überwiegt die Erwartungshaltung, mit der*dem Praxispädiater*in auch über familiäre Belastungen sprechen zu können und die Mütter betonen die vertraute Ebene. Die konkrete Belastungsansprache in der Kinderarztpraxis wird überwiegend sehr positiv erlebt. Gleiches gilt für die Informierung über Unterstützungsangebote, die für die Familien in der Regel einen hohen Neuigkeitswert hat. Diese Ergebnisse lassen sich in bestehende Befunde anderer Studien einordnen. So zeigte die Erreichbarkeitsstudie des NZFH (van Staa & Renner, 2020), dass insbesondere belastete Familien oft wenig über Unterstützungsangebote informiert sind und der Informierung sowie ggf. Vermittlung über Vertrauenspersonen – wie z.B. Praxispädiater*innen – eine wichtige Rolle zukommen kann. Denn gerade Familien in Belastungslagen müssen oft verschiedene Barrieren überwinden, um Hilfen annehmen zu können, und haben Sorge vor Stigmatisierung (Opp, 2016; Geene, 2015; Tschöpe-Scheffler & Wirtz 2008; Vogel Campanello, 2018). Der ‚selbstverständliche‘, universelle Zugang über kinderärztliche Praxen kann einen stigmatisierungsfreien Weg darstellen. Eine Barriere kann jedoch entstehen, wenn Eltern sich bzgl. einer potenziellen Hilfeannahme unter Druck gesetzt fühlen (Hippmann et al., 2022). Die Schilderungen der interviewten Mütter verdeutlichen, dass die geschulten IG Ärzt*innen hierbei sensibel vorgehen, keinen Druck aufbauen und die elterliche Entscheidungshoheit akzeptieren.

Praxispädiater*innen: Ausgehend von den übereinstimmenden Schilderungen der befragten Ärzt*innen und der Familien, gelingt es den Praxispädiater*innen offenbar, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen (Joining). Mit Hilfe von offenen Fragen, Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion und ärztlicher Intuition werden familiäre Belastungen ermittelt. Der Erhebungsbogen aus der zur Intervention gehörenden Schulung spielt für das Belastungserkennen eine untergeordnete Rolle und wird wenig

genutzt, da eigene, etablierte Vorgehensweisen und Routinen für zielführender gehalten werden (geringe Akzeptanz des Erhebungsbogens). Schulungsinhalte wie die motivierende Gesprächsführung sind aus Sicht der befragten Praxispädiater*innen hilfreich, um Gespräche über Belastungen und Unterstützungsangebote gut führen zu können, und kommen in der medizinischen Ausbildung zu kurz. Es wurde jedoch auch angemerkt, dass eine eintägige, einmalige Schulung als nicht so nachhaltig angesehen wird und die vermittelten Inhalte wiederholt bzw. dauerhaft eingeübt werden müssten, um sie im Praxisalltag gut und effektiv anwenden zu können.

Das konkrete ärztliche Vorgehen bei der Informierung über Frühe Hilfen und ggf. der Motivierung und Vermittlung steht im Zusammenhang mit der familiären Belastungssituation, der wahrgenommenen Veränderungsbereitschaft einer Familie sowie ihrer Steuerungskompetenz (Neumann & Renner, 2016) und ist damit interventionskonform.

Auch wenn die Ärzte-Interviews eine hohe Akzeptanz für das Führen von psychosozialen Beratungsgesprächen belegen, ist aus anderen Studien bekannt, dass eine Reihe von Kontextfaktoren sich limitierend bzw. erschwerend auf die Versorgung psychosozial belasteter Familien auswirken können. So kam die Studie ZuFa Pädiatrie des NZFH 2019 zu dem Ergebnis, dass die Versorgung psychosozial belasteter Familien für die große Mehrheit der befragten Kinderärzt*innen eine Herausforderung darstellt und sich aus ärztlicher Sicht insbesondere fehlende zeitliche Ressourcen und eine nicht angemessene Vergütung erschwerend auswirken (van Staa & Renner, 2020; Renner et al., 2020). Auch in den Interviews finden sich Hinweise, die in diese Richtung deuten. Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Belastungsansprache kann angesichts voller Praxen und der begrenzten Zeit, die für U-Untersuchungen zur Verfügung steht, herausfordernd sein, „*der Zeitdruck ist das, was am schlimmsten ist*“ [#P10]. Es wird betont, dass insbesondere in der psychosozialen Versorgung eine angemessene Gesprächszeit notwendig ist, „*dass man mit den Eltern auf eine Ebene kommt, dass die sich auch öffnen bezüglich ihrer Stimmung und Schwierigkeiten, das braucht [...] so eine ruhige, entspannte Eingangssituation, keine Hektik*“ [P#8]. Und auch wenn der Erhebungsbogen, mit dessen Einsatz die Gespräche über den Selektivvertrag abrechenbar wären, kaum eingesetzt wird, ist das Thema Vergütung – gerade in Hinblick auf die benötigte Zeit – für die befragten Ärzt*innen relevant, insbesondere wenn sie viele derartige Beratungsgespräche führen, denn „*das kann man nicht verlangen in der Häufigkeit, wie das eben notwendig ist, dass man das eben einfach tut und nichts dafür kriegt oder wenig dafür kriegt.*“ [#2].

Die an der qualitativen Evaluation der PATH-Intervention teilnehmenden Praxispädiater*innen der Interventionsgruppe lassen insgesamt ein hohes Engagement für das Themenfeld der Frühen Hilfen erkennen. Es wird eine hohe und teilweise auch zunehmende Relevanz psychosozialer Aspekte für den Praxisalltag gesehen, da manche Ärzt*innen „*immer mehr und mehr so Fälle haben, die ja auch viel Zeit in Anspruch nehmen.*“ [PP #9]. Dies deckt sich mit einem Ergebnis aus der NFZH Studie ZuFa Pädiatrie, in der jeweils ca. drei Viertel der befragten Praxispädiater*innen für ihre Praxis eine Zunahme des Anteils psychosozial belasteter Familien konstatieren und angeben, dass die Frühen Hilfen eine Entlastung für ihre berufliche Tätigkeit sind (Renner et al., 2022).

Für die IQZ ist in den Ärzte-Interviews eine hohe Akzeptanz erkennbar, die sich insbesondere auf die gefestigteren, persönlichen Kooperationsbeziehungen mit der Kinder- und Jugendhilfe, die verbesserte Angebotskenntnis und das Kennenlernen anderer Blickwinkel im Rahmen von Fallbesprechungen gründet. Von den IG-Ärzt*innen wird das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Interventions-Teilnahme (insb. der zeitliche Aufwand für die Teilnahme an den IQZ) daher überwiegend sehr positiv bewertet (siehe Abschnitt 6.3.2). Gleichzeitig vermuten jedoch sowohl die befragten Ärzt*innen, als auch die Netzwerkpartnerinnen, dass nicht alle Praxispädiater*innen das Thema psychosoziale Versorgung von Familien ähnlich relevant finden. Die kinderärztliche Bereitschaft zur Vernetzung mit den Frühen Hilfen sei personenabhängig und hänge mit der grundsätzlichen Haltung der jeweiligen Ärztin bzw. des jeweiligen Arztes zusammen. Bei fehlender persönlicher Relevanz des Themas nehmen beide Akteursgruppen an, dass Zeit- und Vergütungsaspekte stärker ins Gewicht fallen und für die Ärzt*innen zu einer Teilnahme-Hürde werden könnten, da Netzwerk- und Fallarbeit „*nicht kosteneffizient*“ [PP #7] seien. Die fehlende Honorierung könne somit an einer IQZ-Teilnahme hindern. Übereinstimmend wird von einer mühsamen Gewinnung neuer IQZ Teilnehmender berichtet, es sei „*schwierig, junge Ärzte da nachzukriegen*“ [NWP #7].

Netzwerkpartnerinnen: Bei den befragten Netzwerkpartnerinnen zeigt sich eine hohe Akzeptanz für die IQZ, Praxispädiater*innen werden als wichtige Kooperationspartner wahrgenommen. Die beschrie-

benen Nutzendimensionen ähneln denen der Ärzt*innen (siehe oben). In der Wahrnehmung der Netzwerkpartnerinnen können Praxispädiater*innen Familien außerdem gut zur Inanspruchnahme von Frühen Hilfen motivieren, wozu neben den oft langjährig gewachsenen Vertrauensbeziehungen zwischen Ärzt*innen und Eltern auch das in den IQZ erlangte Angebotswissen beitrage. Zum Teil wird von einer verbesserten Vermittlung durch an den IQZ teilnehmende Ärzt*innen berichtet.

7.4 Beobachtungsstudie

Von den fünf teilnehmen Praxispädiater*innen wurden zwei von acht Müttern als belastet eingeschätzt. Die vorhandene soziale Unterstützung sahen sie bei allen Familien als ausreichend an und eine Beratung über Hilfsangebote blieb in allen acht Fällen aus. Dieses Vorgehen war mit der PATH-Intervention insoweit konform, dass mit Müttern, die aus ärztlicher Sicht unbelastet oder belastungskompensiert erscheinen, nicht über Hilfsangebote gesprochen werden muss. In Anbetracht dieser Befunde kann die Beobachtungsstudie zur Umsetzung und Durchführung der beiden Interventionselemente „Beratung psychosozial belasteter Familien zu Hilfsangeboten“ und „Überleitung in Unterstützungsangebote“ keine Aussagen machen. Auch kann das ärztliche Vorgehen bei der Fallfindung psychosozial belasteter Familien mit einem Hilfebedarf (siehe Abschnitt 4.1) empirisch nicht beurteilt werden, da sich die Praxispädiater*innen entweder sicher waren, dass aus ihrer Sicht keine Belastungen vorlagen, oder aber eine eventuell vorhandene Unsicherheit nicht zum Anlass nahmen, diese den Müttern mitzuteilen und mit ihnen die wahrgenommenen Hinweise zu besprechen (Siebolds, 2020b). Damit verbleiben als Proxy-Indikatoren für die Treatmentintegrität die Art und Weise, wie die Akteur*innen einzelne Themen an- und besprechen und ob die sich daraus ggf. ergebenden Hinweise auf familiäre Belastungen als Grundlage für eine Fallfindung hinreichend exploriert wurden.

Die PATH-Intervention setzt voraus, dass die Praxispädiater*innen durch ihre klinische Expertise zu einer Ersteinschätzung von kindlicher Versorgung und familiärer Situation gelangen (Siebolds, 2020a & 2020b). Wie diese Einschätzung zustande kommt ist nicht Gegenstand der Schulung. Es ist das ärztliche „Bauchgefühl“, das hier den Ausschlag gibt (Stolper et al., 2011). Dieses „Bauchgefühl“ wird durch Beobachtungen bei vorausgegangenen Praxiskontakten der Familie und meist allgemeinen Kenntnissen über deren soziales Milieu mit den damit typischerweise assoziierten Belastungen und Ressourcen geprägt (Somm et al., 2018) und ist im Praxisalltag ein effektives Mittel zur Komplexitätsreduktion (Gigerenzer, 2007). Für eine klinische Fallfindung i.S. der PATH-Intervention ist jedoch die Evokation von Elternschilderungen aus der familiären Lebenspraxis zwingend erforderlich. Für deren Gelingen müssen ärztliche Typisierungen von Familien insoweit offen sein, dass sie nicht nur durch klinische Beobachtungen und Befunde, sondern auch durch elterliche Themensetzungen in Frage gestellt werden können. Damit die Eltern ihre Anliegen platzieren können, müssen ihnen hierfür geeignete Spielräume eröffnet und gewährt werden (Somm et al., 2022; Barth, 2015). Im Anschluss sind dann die geschilderten Anliegen i.S. der Schulung hinsichtlich ihrer Relevanz für die Entwicklung des Kindes oder die familiäre Lebenspraxis sowie in Fällen mit einer problematisch erlebten familiären Lebenspraxis in Frage kommende Hilfen mit den Eltern zu erörtern (Siebolds, 2020a). Hierfür zielt die Schulung auf die Vermittlung geeigneter Gesprächsstrategien ab (Siebolds, 2020a).

In den dokumentierten U-Untersuchungen ließ sich eine korrespondierende ärztliche Gesprächsführung nur in Ansätzen beobachten. Die Praxispädiater*innen wandten selten funktionale Strategien zur Evokation von Elternschilderungen an und die Mütter nutzten die wenigen Möglichkeiten nicht oder nur ansatzweise für Schilderungen aus der familiären Lebenspraxis. Somit unterblieb ein Ansprechen von potentiell belastenden Anliegen. Das Ausbleiben von ärztlichen Fragen zur aktuellen familiären Situation könnte darin begründet sein, dass die Familien in den Praxen seit längerem bekannt waren oder sich die Praxispädiater*innen bei den vorausgegangenen U-Untersuchungen bereits über die familiäre Situation informiert hatten. Beobachtet wurde, dass die Mütter, die ihnen zu Beginn einer U-Untersuchung angebotene Gelegenheit zur Schilderung eigener Anliegen, nicht nutzten. Dies könnte beispielsweise darin begründet sein, dass ihre Aufmerksamkeit vor allem auf die Untersuchung ihres Kindes gerichtet war. Ein anderes Beobachtungsergebnis war, dass die von den Müttern meist nur angedeuteten Anliegen ärztlicherseits rasch normalisiert wurden. Gepaart mit relativ häufigen Unterbrechungen der Mütter unterbanden die ärztlichen Normalisierungen gerade begonnene mütterliche Schilderungen. Dieses Muster zeigte sich auch bei mütterlichen Themensetzungen, die diese in ihren Antworten vornahmen. Die beobachtete Neigung zur Normalisierung korreliert mit einer als unproblematisch eingeschätzten kindlichen Entwicklung, dient der Beruhigung verunsicherter Mütter und be-

stätigt sie in der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder. Allerdings geht damit das Risiko einer selektiven Wahrnehmung elterlicher Kompetenzen und familiärer Lebenswelten einher, wodurch Hinweise auf familiäre Belastungen oder einen Unterstützungsbedarf weniger in den ärztlichen Blick geraten oder ein Besprechen in einem mit in der PATH-Intervention eigentlich zu meidenden sog. sustain talk (Miller & Rollnick, 2015) unterbunden werden. Dieses Risiko wird zusätzlich erhöht, da die Mütter für sie schwierige Themen oft nur andeuten oder an unerwarteten Stellen im Gesprächsverlauf einbringen. Diese im Rahmen einer U teilweise schwer zu identifizierenden Themensetzungen bedürfen einer ärztlichen Nachfrage. Eine solche responsive Initiative (Linell et al., 1988) würde es den Müttern erleichtern, ihre Zurückhaltung abzulegen und ihnen anzeigen, dass sie auch in einer U des Kindes ihre Anliegen ansprechen können (Somm et al., 2022). Obgleich Nachfragen und Spiegeln zu den Schulungsinhalten der PATH-Intervention zählen (Siebolds 2020a; Siebolds & Münzel, o.J.), wurden diese Gesprächstechniken in den dokumentierten U-en selten beobachtet.

Die im Rahmen dieser Studie gewonnen Befunde gelten primär für die beobachteten Fallkonstellationen. Die teilnehmenden Praxispädiater*innen zeichnet eine positive Einstellung gegenüber Frühen Hilfen aus. Die von ihnen realisierte Rekrutierung der acht Familien für diese Beobachtungsstudie ist zudem ein Hinweis auf ein gutes Vertrauensverhältnis der Praxispädiater*innen zu diesen Familien. Über mögliche Selektionseffekte bei den Rekrutierungen durch die Praxen können anhand der vorliegenden Informationen keine Aussagen getroffen werden. Dass die drei Interventionselemente der PATH-Intervention (Fallfindung psychosozial belasteter Familien, Beratung dieser Familien zu Hilfsangeboten, Überleitung in passgenaue Unterstützungsangebote) bei diesen Fallkonstellationen nicht beobachtet wurden, bedeutet nicht, dass die Praxispädiater*innen die Intervention bzw. einzelne Elemente bei anderen Familien nicht anwenden. Wobei in diesem Zusammenhang aber berücksichtigt werden sollte, dass eine mehrere Jahre zurückliegende eintägige Schulung einer komplexen Intervention (Siebolds, 2020a) eine eher geringe Treatmentstärke erwarten lässt (Forrester et al., 2018)

7.5 Triangulation

Beobachtung – Interviews

Während in der Beobachtungsstudie kaum Gesprächsführungstechniken bzw. Fragestellungen zur Evokation von Elternschilderungen beobachtet werden konnten, berichteten in der Interviewstudie einige Mütter von entsprechenden ärztlichen Fragen und sich daraus entwickelnden Gesprächen über Belastungen und Unterstützungsbedarfe (sowie zum Teil auch über Hilfsangebote). Diese mütterlichen Erzählungen lassen sich in Einklang mit den in den Interviews genannten ärztlichen Schilderungen bringen, wie in Situationen mit vermuteter familiärer Belastung konkret vorgegangen wird. Interviews stellen jedoch immer eine Rekonstruktion der subjektiven Perspektive dar. Diese subjektive Selbstsicht kann verzerrt sein und muss sich nicht zwangsläufig mit dem realen Verhalten decken. Hier ergänzen die Beobachtungen die Selbstauskunft der Ärzt*innen und Mütter in den Interviews dahingehend, dass es sich dabei um eine objektive Methode handelt. Mittels der Beobachtungen konnten die geschilderten Vorgehensweisen nicht beobachtet werden.

Ein Grund für die konträren Ergebnisse der Interviews und der Beobachtung zu den ärztlichen Gesprächstechniken könnte sein, dass die Familien den Ärzt*innen schon länger bekannt waren und arztseitig von einer unbelasteten Familiensituation ausgegangen wurde. Auch ist denkbar, dass Gespräche über Belastungen möglicherweise bereits zu früheren Terminen stattgefunden haben. In den Interviews haben sich die Mütter nicht zwangsläufig auf die letzte U-Untersuchung bezogen, sondern auch von anderen Praxisbesuchen berichtet. Hierauf deutet das Interview mit einer Mutter hin, die an beiden Studienteilen teilgenommen hat. In der beobachteten U-Untersuchung kam es bei dieser Mutter zu keiner Belastungsansprache. Im Interview berichtete die Mutter jedoch davon, dass bereits in der U2 über kindbezogene Belastungen gesprochen und auch über entsprechende Unterstützungsangebote informiert wurde. Da sich diese Belastungen jedoch nach den ersten Lebenswochen des Kindes wieder abgeschwächt hatten, war nach Auskunft der Mutter keine weitergehende Beratung oder Unterstützung mehr nötig. Im Telefoninterview wirkte die Mutter aktuell unbelastet, so dass die Nichtthematisierung von Belastungen in der beobachteten U-Untersuchung interventionskonform erscheint.

Quantitative Erhebung – Interviews

Die quantitativen Analysen zeigten, dass ein höherer Anteil von Eltern über Angebote der Frühen Hilfen informiert als motiviert wurde; der Gruppenunterschied ist bei der Information signifikant, bei der Motivation jedoch nicht. Für diesen Befund lassen sich aus dem qualitativen Datenmaterial der Interviews verschiedene Erklärungsansätze ableiten. So liefern die Schilderungen der interviewten Mütter Hinweise dafür, dass manche Eltern bereits von sich aus eine hohe Veränderungsbereitschaft mitbringen. Bei diesen Familien scheint es ausreichend zu sein, über Angebote der Frühen Hilfen zu informieren bzw. entsprechendes Informationsmaterial auszuhändigen. Die Familien kümmern sich dann eigeninitiativ um alle weiteren Schritte und ‚benötigen‘ keine weitere Motivierung seitens der Praxispädiater*in, um diesbezüglich aktiv zu werden (siehe z.B. #F18).

Des Weiteren wird in den Interviews sowohl mütterlicher- als auch ärztlicherseits zum Teil von einer präventiven Information über Angebote berichtet. Die Informierung erfolgt in diesen Fällen frühzeitig und ‚für den Bedarfsfall‘, falls sich die Belastungssituationen zukünftig verstärken bzw. neue Belastungssituationen auftreten sollten. Auch in diesen Fällen erscheint es wenig zielführend, die Eltern bereits zu diesem frühen Zeitpunkt zur Inanspruchnahme zu motivieren, da dies in der aktuellen Situation keine unmittelbare Handlungsrelevanz hätte.

Andererseits deuten die Interviews darauf hin, dass die Praxispädiater*innen in Fällen, in denen die Mütter bzw. Eltern wenig Eigenmotivation und / oder Eigeninitiative zeigen und akute Belastungssituationen vorliegen, ihre Strategien zur Motivierung der Mütter entsprechend zu intensivieren scheinen (siehe z.B. #F13, #F2). Damit würden sich die Praxispädiater*innen insgesamt interventionskonform verhalten, indem sie ihr jeweiliges Verhalten bedarfsgerecht an die individuelle Belastungslage, Veränderungsbereitschaft sowie Steuerungskompetenz der Familie anzupassen scheinen.

7.6 Gesamtdiskussion

Es besteht ein breiter internationaler Konsens darüber, dass ohne eine verbesserte Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer Sektoren die Ziele der Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (World Health Organization, 2015) bis 2030 nicht zu erreichen sind. In diesem Sinne wurden Gelingensbedingungen für eine Stärkung sektorenübergreifender Vernetzung und Kooperation identifiziert, wie bspw. bereits 2011 in den zehn Modellprojekten Frühe Hilfen in Deutschland (Renner & Heimeshoff, 2011) oder 2018 im Rahmen der internationalen Case Studies, an denen neben den Frühen Hilfen in Deutschland auch Regierungsprogramme aus 11 weiteren Ländern beteiligt waren (Kuruvilla et al., 2018).

Obwohl die Annahme, dass eine verbesserte Vernetzung und Kooperation verschiedener Sektoren die Gesundheit von Eltern und Kinder stärken kann, aktuellen politischen Empfehlungen zur Gesundheitsförderung zugrunde liegt (bspw. BMFSFJ, 2023), gibt es bis heute nur wenig empirische Evidenz dazu, ob diese Annahme überhaupt zutreffend ist. Die Evaluation der PATH-Intervention trägt dazu bei, diese Forschungslücke zu schließen.

Das Ziel der PATH Intervention ist eine verbesserte Überleitung von psychosozial belasteten Familien mit kleinen Kindern aus der kinderärztlichen Praxis in Angebote der Frühen Hilfen vor Ort. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die bewährte Struktur der ärztlichen Qualitätszirkel und themenspezifischen Kurzschulungen um den Aspekt der Vernetzung und Kooperation (insbesondere) mit der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort ergänzt und erweitert. Damit ist die PATH Intervention als ein Baustein einer nationalen Strategie zur Förderung der kindlichen Gesundheit und gerechter Entwicklungschancen zu verstehen.

Mit einem quasiexperimentellen Design hat die Evaluation erstens geprüft, inwieweit die Intervention wirkt. Dabei wurden sowohl die Inanspruchnahme, als auch die einzelnen Überleitungsvoraussetzungen (Identifikation, Informierung, Motivierung) in den Blick genommen. Zweitens wurde untersucht, inwieweit die Voraussetzungen für eine bundesweit flächendeckende Umsetzung der PATH Intervention gegeben sind. Dabei standen die Fragen nach der Akzeptanz der PATH Intervention bei Praxispädiater*innen, Netzwerkpartner*innen und Eltern im Fokus, sowie die Umsetzung der Interventionsinhalte unter Praxisbedingungen und das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis der Intervention.

1. Wirkung: Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass die PATH Intervention die Überleitung von psychosozial belasteten Familien von der kinderärztlichen Praxis in Angebote der Frühen Hilfen tendenzi-

ell verbesserte. Diese Wirkung wurde bei allen vier Endpunkten (Inanspruchnahme, Identifikation, Informierung, Motivierung) deskriptiv mit mindestens 14 Prozentpunkten (Motivierung) bis maximal 24 Prozentpunkten (Informierung) Gruppenunterschied nachgewiesen. Bei der Identifikation und der Informierung erreichten die Effekte das a priori festgelegte Signifikanzniveau von $p \leq 0.05$.

2. Voraussetzungen für eine bundesweit flächendeckende Implementierung: Die Interviews mit Probanden aus allen Beteiligengruppen zeigten eine hohe Akzeptanz der PATH Intervention. Die Beobachtung der Interventions-Umsetzung gibt darüber hinaus Anhaltspunkte dafür, in welche Richtung die Weiterentwicklung der Intervention weisen sollte. Die Kosten der Intervention sind nach der gesundheitsökonomischen Evaluation vertretbar, insbesondere dann, wenn die Intervention gezielt von Praxispädiater*innen umgesetzt wird, die einen hohen Anteil psychosozial belasteter Familien in ihrem Patient*innenstamm haben.

7.7 Limitationen und Stärken der Studie

Im Folgenden werden zunächst Herausforderungen und Limitationen der PATH-Studie im Allgemeinen sowie hinsichtlich der eingesetzten Methoden diskutiert. Abschließend werden die Stärken der Studie skizziert.

7.7.1 Herausforderungen und Limitationen

Rekrutierungsschwierigkeiten

Aufgrund der erschwerten Rekrutierungsbedingungen, vor allem aufgrund der pandemischen Situation (SARS-CoV-2) zum Zeitpunkt der Studie, konnten weniger Praxispädiater*innen für die PATH-Studie gewonnen werden als ursprünglich geplant (statt der geplanten 40 Arztpraxen haben sich 29 beteiligt). Deshalb war kein Matching der Praxispädiater*innen der IG und KG hinsichtlich Alter, Geschlecht und Praxismerkmalen möglich. Dies konnte jedoch auf der Analyseebene durch die Propensity-Score-Adjustierung statistisch kontrolliert werden. Für die Gewinnung von Familien zur Studienteilnahme hatten die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der kinderärztlichen Praxen jedoch keine negativen Konsequenzen. So konnten über die teilnehmenden Praxispädiater*innen sogar mehr Familien als a priori in der Fallzahlplanung kalkuliert in die Studie eingeschlossen werden, sodass die Stichprobengröße zu allen Messzeitpunkten erreicht bzw. sogar übertroffen wurde, was eine solide Basis für die statistischen Analysen darstellte.

Interpretation der Interventionseffekte

Repräsentativität der Kontrollgruppe

Ein Selektionsbias, insbesondere bei den teilnehmenden Praxispädiater*innen der KG, lässt sich nicht ausschließen. Während die Ärzt*innen der IG aufgrund der Einschlusskriterien schon per definitionem eine besondere Nähe zu den Frühen Hilfen aufweisen (mussten), sollten die Praxispädiater*innen der KG aus Bayern idealerweise weniger Bezug zu den Frühen Hilfen aufweisen. Tatsächlich waren aber auch die Praxispädiater*innen der KG mit dem Konzept der Frühen Hilfen gut vertraut, nahmen an Fortbildungen und Austauschformaten zum Thema Unterstützungsangebote für psychosozial belastete Familien teil und berichteten, dass ihre Praxis mit den kommunalen Angeboten der Frühen Hilfen vernetzt sei. Da alle Teilnehmer*innen gemäß den Anforderungen der Wissenschaftsethik umfassend über Ziele und Themen der Studie informiert wurden, haben sich möglicherweise auch in der KG eher Ärzt*innen mit einer grundsätzlichen Affinität zu den Frühen Hilfen an der Studie beteiligt. Vor diesem Hintergrund sind die durchweg deskriptiv und z.T. auch inferenzstatistisch signifikant besseren Ergebnisse der Interventionsgruppe als deutliche Hinweise auf die Effektivität der PATH-Intervention zu bewerten.

Repräsentativität der Familienstichprobe

Ein weiterer Diskussionspunkt betrifft die an der PATH-Studie teilnehmenden Familien. So muss kritisch betrachtet werden, inwieweit die Familienstichprobe repräsentativ für Familien mit kleinen Kindern in Deutschland ist. Zieht man die soziodemographischen Merkmale der Familien der Repräsentativbefragung KID 0-3 aus dem Jahr 2022 (Renner et al., 2023b; Ulrich et al., 2023a) heran, fällt auf, dass in beiden Studien – sowohl in KID 0-3 als auch in PATH – mit deutlicher Mehrheit vor allem die Mütter an den Befragungen teilnahmen (KID 0-3: 91,6% vs. PATH: 93,8%). Dies kann darin begründet sein, dass

es insbesondere die Mütter waren, die mit ihren Kindern in die kinderärztlichen Praxen zu den U-Untersuchungen kamen (vermutlich als Hauptbezugsperson des Kindes, was für die Beantwortung der Studien-Fragestellungen wünschenswert war). Sowohl die Stichproben von KID 0-3 (2022), als auch von PATH weisen im Vergleich mit dem Mikrozensus 2021 einen Bias nach Soziallage (formaler Bildungsabschluss) und Migrationsstatus (deutsche Sprachkenntnisse) auf. Wenngleich der elternteilige Fragebogen in der PATH-Studie in vier Fremdsprachen angeboten wurde, wurde diese Möglichkeit von den Familien nicht genutzt. Eine seltene Nutzung fremdsprachiger Fragebögen zeigte sich auch in der KID 0-3 Studie, was die Schwierigkeit verdeutlicht, nicht-deutschsprachige Familien für eine Studienteilnahme zu gewinnen. Der Vergleich der soziodemographischen Merkmale der Familien dieser beiden Studien liefert insgesamt Hinweise darauf, dass in der PATH-Studie eine relativ typische, wenn auch vor allem deutschsprachige und formal höher gebildete Stichprobe von Familien mit kleinen Kindern erreicht werden konnte.

Auffrischungsschulung der Interventionsinhalte

Der Interventionseffekt könnte dadurch beeinflusst worden sein, dass die IG-Praxispädiater*innen zu Beginn der Studie eine einstündige digitale Schulung zur Auffrischung der Interventionsinhalte erhielten. Dies könnte die Aussagekraft der Evaluationsergebnisse über die alltägliche Praxis der Praxispädiater*innen einschränken, sollte aber vor dem Hintergrund der Dauer dieser Schulungen nicht überbewertet werden.

Hawthorne-Effekt

Wie bei allen wissenschaftlichen Studien könnte es insbesondere durch das studienbegleitende Monitoring der Praxen bei den teilnehmenden Praxispädiater*innen (sowohl der IG, als auch der KG) zum sog. Hawthorne-Effekt gekommen sein, sodass die Ärzt*innen allein aufgrund ihrer Studienteilnahme ihr Verhalten veränderten. Wie die Nachbefragung der videogestützten Beobachtung zeigte, die womöglich den größten studienbezogenen Eingriff in den Praxisalltag darstellte, berichteten die Familien jedoch kein gegenüber bisherigen Konsultationen verändertes Verhalten ihrer*ihres Praxispädiater*in. Darüber hinaus betrifft der Hawthorne-Effekt die Interventions- und Kontrollgruppe gleichermaßen, so dass durch diesen potenziellen generellen Effekt keine Verzerrung der Hypothesenprüfungen und der gefundenen Interventionseffekte anzunehmen ist.

Limitationen der eingesetzten Methoden

*Hinsichtlich der Operationalisierung der Endpunkte der quantitativen Befragung der Familien und Praxispädiater*innen gibt es folgende Limitationen:*

In Bezug auf das primäre Outcome muss einschränkend festgehalten werden, dass die Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen ausschließlich familienseitig erhoben wurde. Das heißt, die Inanspruchnahmeraten basieren auf der Auskunft und dem Erinnerungsvermögen des antwortenden Elternteils und nicht auf objektiven Dokumentationen der tatsächlichen Inanspruchnahme.

Das Ausmaß der psychosozialen Belastung einer Familie wurde über einen Index operationalisiert, der 23 verschiedene Belastungsindikatoren umfasst. Die Verwendung eines solchen additiven Index stellt eine gängige Methode zur Erfassung multipler familiärer Risikofaktoren dar (Sabates & Dex, 2015). Der in der PATH-Studie verwendete PSB-Index wurde bereits in den großen repräsentativen Studien KID 0-3 (Lorenz et al., 2020a & 2020b; Renner et al., 2023a) eingesetzt und umfasst Belastungsmerkmale, die sich empirisch als Vorhersagefaktoren für Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsauffälligkeiten und Kindeswohlgefährdung erwiesen haben (Kindler, 2010). Gleichzeitig kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass Familien Belastungsfaktoren aufweisen, die in diesem Index nicht abgebildet werden, worauf die qualitativen Interviewergebnisse hindeuten (s. Abschnitt 6.3.1). Dies schränkt die Reliabilität dieses Instruments ein. Da mit dem PSB-Index nicht alle potentiell möglichen Belastungsfaktoren erfasst werden, können damit zwar Familien mit psychosozialen Belastungen verlässlich erkannt werden, aber nicht unbelastete Familien. Somit wurde unter der Fragestellung der Identifikation psychosozial belasteter Familien vor allem ein Zugewinn an Sensitivität durch die PATH-Intervention bei den Praxispädiater*innen überprüft, jedoch nicht ein Zugewinn an Spezifität durch die Intervention.

Darüber hinaus muss zwischen dem Vorliegen von Belastungsfaktoren und der subjektiv erlebten Belastung einer Familie unterschieden werden. Die erhobenen Belastungsindikatoren müssen nicht

zwangsläufig zu einer subjektiv erlebten Belastung führen. Mit der Erfassung psychosozialer Belastungen mit Hilfe des PSB-Indexes kann also nur eine Aussage darüber getroffen werden, dass Risikofaktoren vorliegen, die in familiären Belastungen resultieren können, jedoch nicht, ob diese Faktoren tatsächlich auch zu erlebten Belastungen bei den Familien führten. Resiliente Familien können potentielle Belastungsfaktoren anders erleben, bewerten und mit diesen umgehen im Vergleich zu Familien, die keine oder nur wenige Schutzfaktoren aufweisen. Über welche Ressourcen die Familie verfügt und wie diese Schutzfaktoren Belastungsmerkmale kompensieren, stand jedoch nicht im Fokus der PATH-Studie.

Hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellung zur Identifikation psychosozial belasteter Familien muss zudem kritisch diskutiert werden, dass die psychosoziale Belastung einer Familie bei den beiden in die Analyse eingeflossenen Datenquellen unterschiedlich operationalisiert wurde. Während elternseitig der PSB-Index verwendet wurde, wurde dem*der Praxispädiater*in eine globale Frage zur familiären Belastungseinschätzung gestellt. Im Gegensatz zu der Operationalisierung psychosozialer Belastung über einen Index, beruhte das ärztliche Urteil auf den Erfahrungen der*des Praxispädiater*in (z.B. „normale“ Herausforderungen in bestimmten Lebensphasen mit kleinen Kindern) und auf einem ganzheitlicheren Bild auf das Familiensystem (z.B. Ressourcen, Schutzfaktoren). In das Urteil der Praxispädiater*innen könnten also auch andere Belastungsfaktoren eingeflossen sein, die nicht im Index erfasst wurden, es können Belastungsfaktoren unterschiedlich gewichtig in das Urteil eingeflossen sein oder die*der*Praxispädiater*in wog die Belastungen gegenüber bekannten Ressourcen der Familien ab. Dies schränkt die Vergleichbarkeit dieser beiden Arten zur Operationalisierung familiärer psychosozialer Belastungen ein.

Hinsichtlich der Operationalisierung der sekundären Endpunkte Informierung und Motivierung zur Inanspruchnahme bestehen dahingehend Limitationen, dass diese Konstrukte jeweils mit einem nicht-validierten Ein-Item-Maß erhoben wurden, was die Reliabilität der Messung einschränkt. Die Erfassung des Outcomes der Informierung erfolgte über die dichotome Abfrage, ob die*der Praxispädiater*in die Familie über das jeweilige Angebot informiert habe. Dabei wurde nicht weiter konkretisiert, was unter einer Informierung verstanden wird (z.B. Erwähnung im Gespräch, Aushändigung eines Flyers), da dies in der Praxis sehr unterschiedlich erfolgen kann. Die Auslegung dessen, was als Informierung verstanden wurde, unterlag somit dem antwortenden Elternteil. Die Operationalisierung des Outcomes der Motivierung zur Inanspruchnahme muss ebenfalls kritisch diskutiert werden. Ob ein*e Praxispädiater*in eine Familie zur Inanspruchnahme motiviert hat, wurde darüber erfragt, ob arztseitig eine konkrete Empfehlung zur Inanspruchnahme des jeweiligen Angebots ausgesprochen wurde. Dabei ist nicht auszuschließen, dass die „Empfehlung“ zur Nutzung eines Angebots nur einen Teil im komplexen Prozess der Motivierung von Familien ausmacht und durchaus noch weitere Aspekte in diesem Prozess relevant sind (z.B. Betonung des voraussichtlichen Nutzens für die Familie), die somit unberücksichtigt blieben.

Hinsichtlich der gesundheitsökonomischen Analysen müssen folgende Limitationen benannt werden:

Zur Abschätzung der zusätzlichen Kosten der PATH-Intervention wird auf ein rein deskriptives Kostenmodell zurückgegriffen, das zahlreiche Annahmen und Vereinfachungen beinhaltet, die als solche gekennzeichnet sind. Besonders zu nennen ist dabei die Annahme bezüglich der im Mittel durchgeführten Aufklärungsgespräche pro Praxispädiater*in und Jahr sowie die Anzahl notwendiger Fallfindungen je Aufklärungsgespräch. Auch die Bestimmung der Kosten je Tag Arbeitsausfall der Praxispädiater*innen nach der Humankapitalmethode kann kritisch hinterfragt werden, da hier die Annahme zugrunde liegt, dass Praxispädiater*innen im Falle der Nichtteilnahme an der Schulung gearbeitet hätten. Bei der Ermittlung der Kosten je zusätzlicher Inanspruchnahme treffen wir die Annahme, dass bei den relevanten Patient*innen in der Interventionsgruppe jeweils ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Bei der Abschätzung der Gesamtkosten der PATH-Intervention aus Perspektive der Krankenkassen (Budget-Impact-Analyse) bleibt die große Unbekannte, wie hoch der Anteil der an der PATH-Intervention teilnehmenden Ärzt*innen in Baden-Württemberg wirklich sein könnte. Die von uns gewählte Spannweite von 20% bis 80% dient der Illustration, da hierzu keinerlei Vorinformationen vorliegen.

Hinsichtlich der qualitativen Telefoninterviews mit den drei Akteursgruppen der PATH-Intervention gibt es folgende Limitationen:

Selektivität der Stichproben (Familien und Praxispädiater*innen): Die Teilnehmenden der quantitativen Befragung konnten zusätzlich der Teilnahme an den qualitativen Telefoninterviews zustimmen.

Die in der quantitativen Diskussion beschriebene Selektivität der Stichproben gilt somit auch für die qualitative Teilstudie, hier jedoch möglicherweise in besonderem Maße. Zwar wurde die Teilnahme an den Interviews zusätzlich incentiviert, erforderte jedoch ein höheres zeitliches Engagement für die Teilnehmenden und das Führen eines persönlichen Gesprächs. Bei persönlich geführten Interviews besteht zudem immer ein Interviewereinfluss, die Erhebungsdaten sind nie unabhängig von der durchführenden Person. Es wurde jedoch versucht, den Interviewer Bias durch verschiedene Maßnahmen möglichst gering zu halten (s. Abschnitt 7.7.2).

Eine weitere Limitation besteht darin, dass die Interviews für alle drei Akteursgruppen nur mit Befragten aus der Interventionsgruppe durchgeführt wurden, nicht mit Teilnehmenden aus der Kontrollgruppe, so dass hier keine Vergleiche durchgeführt werden können.

Hinsichtlich der videogestützten Beobachtung sollen folgende Punkte kritisch diskutiert werden:

Das dreistufige Rekrutierungsprocedere für den Studienabschnitt der videogestützten Beobachtung – Information durch die Arztpraxen, das Vorliegen von mindestens 2 Belastungsfaktoren anhand des Elternfragebogens der quantitativen Befragung, Zustimmung zur Videoaufzeichnung der nächsten Früherkennungsuntersuchung – erwies sich für die Familien als hochschwierig. Somit kann eine Selbstselektion der Familien nicht ausgeschlossen werden, bei denen für die Beobachter*innen offenblieb, inwieweit familiäres Belastungserleben für eine Studienteilnahme ausschlaggebend war. Die familienseitige Rekrutierung hatte auch zur Folge, dass das Gesprächsverhalten nur bei einer geringeren Anzahl von geschulten IG-Praxispädiater*innen dokumentiert werden konnte. In zukünftigen Studien zur Treatmentintegrität der PATH-Intervention sollten daher auch arztseitige Rekrutierungsstrategien berücksichtigt werden. Angesichts der Ergebnisse aus der Beobachtungsstudie zum Gesprächsverhalten der geschulten Praxispädiater*innen ergibt sich als weitere Limitation, dass keine Beobachtungen aus der ärztlichen Kontrollgruppe zum Vergleich vorliegen.

7.7.2 Stärken der Studie

Das Studiendesign der PATH-Studie stellte eine gute Grundlage dar, um komplexe Interventionen wie die PATH-Intervention nach wissenschaftlich profunden Standards überprüfen zu können (Cambell et al., 2000). So wurde einerseits ein kontrolliertes Design mit zwei Gruppen umgesetzt, um die Effektivität der PATH-Intervention valide testen zu können. Dafür konnte eine nahezu gleich große Kontrollgruppe an Praxispädiater*innen zum Vergleich mit der Interventionsgruppe gewonnen werden. Andererseits konnten mittels der drei umgesetzten Messzeitpunkte längsschnittliche Daten der Familien über ein halbes Jahr hinweg erhoben werden und das mit einer sehr hohen Teilnahmebereitschaft zu allen Erhebungszeitpunkten. Zudem wurden in der PATH-Studie sowohl quantitative als auch qualitative Methoden und verschiedene Datenzugänge genutzt, was eine umfassende Evaluation der PATH-Intervention ermöglichte. Quantitativ wurden sowohl Fragebögen (familienseitig und arztseitig) eingesetzt als auch Routinedaten ausgewertet; qualitativ boten die Interviews und die videogestützte Beobachtung die Möglichkeit Einblicke in den Praxisalltag und die subjektive Sicht der beteiligten Stakeholder zu erhalten. Darüber hinaus ist aus methodischer Sicht hervorzuheben, dass die statistischen Analysen auf einer umfangreichen Stichprobengröße basierten, die die a priori kalkulierte Anzahl an teilnehmenden Familien sogar übertraf. Zudem wurden mit statistischen Kontrollen und Sensitivitätsanalysen die Ergebnisse abgesichert.

Mit Blick auf die Interviews ist aus methodischer Sicht hervorzuheben, dass die Interviews durch ein unabhängiges Forschungsinstitut von erfahrenen Interviewerinnen durchgeführt wurden. Die Interviewerinnen wurden im Vorfeld von der NZFH Projektleitung umfassend auf die Erhebungsinstrumente (Leitfäden) geschult, um eine einheitliche Durchführung der Interviews zu gewährleisten. Zusätzlich wurden von den ersten durchgeführten Interviews die Audiomitschnitte von der Projektleitung angehört, um u.a. die Qualität und Einheitlichkeit der Interviews zu überprüfen. Es erfolgten kleinere Rückmeldungen an die Interviewenden. All diese Faktoren sollten dazu geführt haben, dass ein Bias seitens der Interviewenden geringgehalten werden konnte.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Frühen Hilfen sind bundesweit flächendeckend ausgebaut, die Finanzierung ist durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen dauerhaft gesichert. Das NZFH unterstützt seit dem Jahr 2007 als zuverlässiger Partner die Akteure der Frühen Hilfen aus Bund, Ländern und Kommunen, ist bundesweit bestens vernetzt und blickt auf eine langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit zurück.

2010 hat das NZFH gemeinsam mit der KVBW die PATH Intervention auf den Weg gebracht. Die zunächst als Modellprojekt erprobte Intervention wurde in der Folge allen Ärzt*innen sowie Netzwerkpartner*innen in Baden-Württemberg angeboten. Insgesamt haben zwischen 2014 und 2024 bislang rund 400 Praxispädiater*innen an der Schulung teilgenommen. An den Interprofessionellen Qualitätszirkeln Frühe Hilfen (IQZ) in Baden-Württemberg nehmen jährlich zwischen ca. 120 und 220 Ärzt*innen teil.

Nach der Modellphase in Baden-Württemberg starteten das NZFH und die KVBW Ende des Jahres 2014 die bundesweite Ausweitung. Inzwischen gibt es in mehreren Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) einzelne ausgebildete IQZ-Moderierende, die vor Ort einen IQZ Frühe Hilfen durchführen. Insgesamt wurden bislang bundesweit 43 Ärzt*innen ausgebildet, die im Tandem mit ihren Partner*innen aus der Kinder- und Jugendhilfe weitere Moderationstandems ausbilden konnten. Im Unterschied zur PATH Intervention in Baden-Württemberg werden in den anderen Bundesländern keine spezifischen Schulungen angeboten, über die Ausbildung der Moderator*innen wird jedoch sichergestellt, dass die Schulungsinhalte in die IQZ integriert werden (siehe Anlage 29, IQZ_Fallfindung und Anlage 30, IQZ_Motivierendes Elterngespräch).

Die Evaluationsergebnisse zur Wirkung der Intervention und den Chancen der Implementierung ermutigen dazu, diesen Prozess der Ausweitung und Verstetigung weiter voran zu bringen, um die Intervention perspektivisch bundesweit flächendeckend anbieten zu können.

Damit die PATH Intervention breit und nachhaltig ausgerollt werden kann, müssen verschiedene Möglichkeiten der ärztlichen Honorierung mitgedacht werden. Es ist bekannt, dass Kinder- und Jugendärzt*innen den Frühen Hilfen zunehmend offen gegenüberstehen und das psychosoziale Versorgungsangebot der Frühen Hilfen als eine Entlastung für ihre Tätigkeit als Ärzt*in sehen (Renner et al., 2019). Dennoch werden reine Apelle zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ohne dazu passende Vergütungsstrukturen nicht dauerhaft erfolgreich sein. In Anbetracht des zunehmenden Arbeitsdrucks in den Praxen, des Ärztemangels gerade in ländlichen Räumen und engeren finanziellen Spielräumen wird der Nutzen für die ärztliche Versorgung psychosozial belasteter Familien den Aufwand, der mit einer regelmäßigen Teilnahme an den IQZ und den Schulungen, verbunden ist, nicht dauerhaft kompensieren können.

In den Kommunen und Bundesländern gibt es jeweils unterschiedliche Kooperationsvoraussetzungen, die durch angepasste Vergütungsregelungen ein Stück weit angeglichen werden könnten. In der PATH Intervention wurde eine ärztliche Vergütung über Selektivverträge mit mehreren kleineren Krankenkassen erprobt. Diese Abrechnungsmöglichkeit nur für einzelne Krankenkassen erwies sich jedoch als nicht praktikabel und als wirtschaftlich nicht umsetzbar.

Vielversprechender und nachhaltig erscheint eine Übernahme in die Regelversorgung bspw. mittels Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), um eine flächendeckende und kassenwettbewerbsfreie Teilnahme für Kinder- und Jugendärzt*innen wirtschaftlich realisieren und allen Betroffenen anbieten zu können. Hierüber könnten verbindliche Qualitätsanforderungen und Aufgaben für teilnehmende Ärzt*innen geregelt und mittels Einführung entsprechender Positionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) honoriert werden.

Ein bundesweit flächendeckendes Angebot dieser umfassend wirksamkeitsevaluierten, von allen Beteiligten hoch akzeptierten und kosten-effektiven Intervention wäre ein Baustein zur Verbesserung der Bedingungen des chancengerechten Aufwachsens von Kindern in Deutschland.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Veröffentlichungen:

Metzner, G., Horstmann, S., Barth, M., Giesler, J.M., Jünemann, S., Kaier, K., Schlett, C., Schroeder, N., Siebolds, M., Sinss, F., van Staa, J., Glattacker, M., & Renner, R. (2022). Evaluation of a cross-sectoral care intervention for families with psychosocial burden: a study protocol of a controlled trial. *BMC Health Services Research*, **22**, 475. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07787-9>

Schlett, C., Metzner, G., Höhn, C., Giesler, J.M., Barth, M., Kaier, K., van Staa, J., Horstmann, S., Jünemann, S., Siebolds, M., Renner, I. & Glattacker, M. (2024). Identifikation psychosozial belasteter Familien in pädiatrischen Praxen: Ergebnisse zur Wirksamkeit der PATH(Pediatric Attention To Help)-Intervention. *Bundesgesundheitsbl* 67, 1394–1404 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03962-x>

Eingereichte Veröffentlichungen:

- a) *Publikation zum primären Outcome der Inanspruchnahme Früher Hilfen:*
Glattacker, M., Schlett, C., Metzner, G., van Staa, J., Höhn, C., Horstmann, S., Jünemann, S., Barth, M., Giesler, J.M., Kaier, K., Siebolds, M., Tassoni, A., Renner, I. (under review). Cross-sectoral care for families with psychosocial burden: Effectiveness of the PATH intervention

Geplante Veröffentlichungen:

- b) *Publikation zur Interviewstudie (Akzeptanz der PATH-Intervention):*
van Staa, J., Jünemann, S., Metzner, G., Glattacker, M., Renner, I. (2025): „Da ist jemand, der kann nachvollziehen, wie es mir geht und was ich brauche.“ Zur familialen Akzeptanz der Kooperation von Pädiatrie und Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- c) *Publikation zu den gesundheitsökonomischen Analysen der PATH-Intervention:*
Gesundheitsökonomische Evaluation der PATH-Intervention: Eine Kosten-Effektivitäts-Analyse

10. Literaturverzeichnis

Barth, M. (2015). Die rekursive Herstellung von Normalität als handlungsleitende Rahmung der Arzt-Eltern-Interaktion in den ersten pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, **35**(1), 39-52.

Barth, M. (2016) Das pädiatrische Elterngespräch und Frühe Hilfen Eine Übersicht über Grenzen der Belastungsansprache in Früherkennungsuntersuchungen. *Bundesgesundheitsbl* 59(10), 1315-1322.

Barth, M. & Mall, V. (2015). Pädiatrischer Anhaltsbogen. Zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6). In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.).

Bauer, U. (2005). Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Belzer, F., Kleinert, L., Buchholz, A., Mall, V. & Barth, M. (2015). Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. *Prävention und Gesundheitsförderung*, **10**(4), 314-319.

Betz, E. (2017). Diskursmarker aus konversationsanalytischer Sicht: Prosodisch integriertes ja am Beginn von responsiven Turns. In H. Blühdorn, A. Deppermann, H. Helmer & T. Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen* (S. 183-206). Verlag für Gesprächsführung.

Blankenstein, O., Rintisch, W., Buchholz, T., Lüder, S., Bartzky, R., Kolbow, D. & Dame, C. (2021). Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie auf die Früherkennungs-Untersuchungen bei Kindern. *Klinische Pädiatrie*, **233**(02), 94-95.

Akronym: P.A.T.H.

Förderkennzeichen: 01VSF19039

BMFSFJ (2023). Nationaler Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“
<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/nationaler-aktionsplan-kinderchancen/kindern-und-jugendlichen-bessere-zugaenge-geben-202814>, zugegriffen am 27.06.2024

Bohnsack, R. (2013). Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Sozialforschung. Leske & Budrich.

Bühner, M. (2021). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. (4. Aufl.). Pearson.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2023, 22. September). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019. <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/pdf/Kosten-2019.pdf>

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P. & Spiegelhalter, D. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694–6.

Chapman, A.L., Hadfield, M. & Chapman, C.J. (2015). Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. *Journal Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45(3), 201-205.

Claus, D., Deutsch, J., Krol, I., Haase, R., Willard, P., Müller-Bahlke, T., Mauz-Körholz, C., & Körholz, D. (2014). Frühe Hilfe für Familien und Frühgeborene - Zugangswege und Unterstützungen aus dem Gesundheitsbereich. *Klinische Pädiatrie*, 226(4), 243-247.

Commer, A. (2015). Mehr Therapieerfolg durch Motivierende Gesprächsführung – Gelungene Kommunikation im logopädischen Kontext. *Forum Logopädie*, 23(5), 18-21.

Deppermann, A. (2008). Gespräche analysieren. Eine Einführung. Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) (2020). Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Abschlussbericht des NRW-Modellprojektes der DGKJ. www.dgkj.de/sozialepraeventionabschlussbericht

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende (8. Auflage). Eigenverlag.

Dubowitz, H. (2014). The Safe Environment for Every Kid (SEEK) model: Helping promote children's health, development, and safety: Seek offers a practical model for enhancing pediatric primary care. *Child Abuse & Neglect*, 38(11). 1725-1733.

Dubowitz, H., Finkelhor, D., Zolotor, A., Kleven, J. & Davis, N. (2022). Addressing adverse childhood experiences in primary care: challenges and considerations. *Pediatrics*, 149(4). e2021052641

Egle, U.T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsbl* 59(10). 1247–1254.

Eickhorst, A., Brand, C., Schreier, A., Renner, I., Neumann, A. & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsbl Schwerpunktheft: Frühe Hilfen in Deutschland – Chancen und Herausforderungen*, H 10, 1217 – 1280

Forrester, D., Westlake, D., Killian, M., Antonopoulou, V., McCann, M., Thurnham, A., Thomas, R., Waits, C., Whittaker, C. & Hutchison, D. (2018). A randomized controlled trial of training in Motivational Interviewing for child protection. *Children and Youth Services Review*, 88. 180-190.

Geene, R. (2015): Familie als Setting der Gesundheitsförderung.

<https://www.gesundheitlichechancengleichheit.de/service/meldungen/familie-als-setting-der-gesundheitsfoerderung/> (21.06.2018)

Gigerenzer, G. (2007). *Gut feelings: The intelligence of the unconscious*. Penguin Publishing Group.

Greve, W. & Wentura, D. (1997). *Wissenschaftliche Beobachtung: eine Einführung*. Beltz.

Akronym: P.A.T.H.

Förderkennzeichen: 01VSF19039

Haas, S., Antony, G., Bengough, T., Weigl, M. & Unger, T. (2019). Ergebnisbericht: Frühe Hilfen - Sensibilisierung des niedergelassenen medizinischen Bereichs. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und der Bundesgesundheitsagentur.

Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377–381.
<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>

Harris, P.A., Taylor, R., Minor, B.L., Elliot, V., Fernandez, M., O’Neal, L., McLead, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J. & Duda, S.N. (2019). The REDCap Consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics*, 95, 103208.
<https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>

Heckman, J.J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312, 1900–1902. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929559/#R22>

Helfferich, C. (2005). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hippmann, F., Jürgensen, M., Cytera, C. & Thyen, U. (2022). „So unter Druck gesetzt zu werden, das hab’ ich nicht gedacht.“ Fördernde und hemmende Einflüsse auf Zugangswege zu den Frühen Hilfen aus Sicht der Eltern. *ZGN - Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 226(05), 333 – 338.
<https://doi.org/10.1055/a-1890-3577>

Hoffmann, T. (2020). Die Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen - ein systemübergreifender Vernetzungsansatz. *Dialog Erziehungshilfe des Bundesverbandes für Erziehungshilfe e.V. (AFET)*, 3, 30-34.

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/bundeskinderschutzgesetz/das-bundeskinderschutzgesetz-86268>

https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Modellprojekte_in_den_Laendern_Nachdruck2014_low.pdf

<https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/bundesstiftung-fruehe-hilfen/>

Kelle, H. (2010). Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 23-39). Leske & Budrich.

Kelle, H. & Ott, M. (2012). Interaktionsdynamiken in der Triade Kind-Eltern-Arzt in Kindervorsorgeuntersuchungen. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen* (S. 89-106) Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsbl* 53 (10), 1073-1079.

Kindler, H. & Künster, A.K. (2013). Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen und Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen: Gefährdungslagen und Frühe Hilfen* (S.8-13).

Kliem, S. & Sandner, M. (2021). Prenatal and Infancy Home Visiting in Germany: Effects of a Randomized Controlled Trial on Child and Maternal Outcomes at Age 7. *Pediatrics*, 148(2), e2020049610.

Knoblauch, H., Schnettler, B., Raab, J. & Soeffner, H.G. (2012). *Video Analysis: Methodology and Methods. Qualitative Audiovisual Data Analysis in Sociology* (3. Aufl.). Peter Lang.

Krippeit, L., Belzer, F., Martens-Le Bouar, H., Mall, V. & Barth, M. (2014). Communicating psychosocial problems in German well-child visits. What facilitates, what impedes pediatric exploration? A qualitative study. *Patient Education and Counseling* 97(2), 88–94.

Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3., aktualisierte Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Akronym: P.A.T.H.

Förderkennzeichen: 01VSF19039

Kuckartz, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Beltz Juventa.

Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(3), 19–36.

Kuruville, S. & Hinton, R. (2018). Business not as usual: How multisectoral collaboration can lead to transformative change for health and sustainable development. *British Medical Journal*, 363, k4786, 3- 12.

KVBW - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023a): Anzahl Fallfindungen (GOP 99615) und Aufklärungsgespräche (GOP 99616), die zwischen 2015 und 2019 zur Abrechnung eingereicht wurden. Interne Kommunikation mit der KV-BW.

KVBW - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023b): Erstattungshöhe der Moderator*innen. Interne Kommunikation mit der KV-BW.

KVBW - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023c): Frühe Hilfen. <https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/fruehe-hilfen/> (22.09.2023)

KVBW - Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2023d): NZFH-Prävalenzschätzung. interne Kommunikation mit der KV-BW.

Lai, M.H.C. & Kwok, O. (2015). Examining the rule of thumb of not using multilevel modeling: the “design effect smaller than two” rule. *The Journal of Experimental Education*, 83(3), 423–38.

Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L. & Price, C. (2001). National evaluation of family support programs. Final report vol. A: The meta-analysis. DHHS.

Levetown, M., & American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics (2008). Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5), e1441–e1460. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0565>

Linell, P., Gustavsson, L. & Juvonen, P. (1988). Interactional dominance in dyadic communication: a presentation of initiative-response analysis. *Linguistics*, 26(3), 415-442.

Lorenz, S., Ulrich, S.M., Kindler, H. & Liel, C. (2020a). Wie viele Familien in Deutschland sind in welchem Ausmaß psychosozial belastet? Ein Vergleich verschiedener Klassifizierungsverfahren zur Einschätzung des frühen Hilfebedarfs. *Kindheit Entwicklung*, 29(3), 128–37.

Lorenz, S., Ulrich, S.M., Sann, A., & Liel, C. (2020b). Selbstberichtete psychosoziale Belastungen von Eltern mit Kleinkindern: Ergebnisse der Studie "Kinder in Deutschland - KID 0-3". *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(42), 709–16.

Maier-Gräwe, U. & Wagenknecht, I. (2011). Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt "Guter Start ins Kinderleben". In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Materialien zu Frühen Hilfen.

Mangiapane, S., Zhu, L. & Schulz, M. (2020). Ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Früherkennung und Impfungen. *Bundesgesundheitsbl* 64(12), 1551-1558.

Metzner, G., Horstmann, S., Barth, M., Giesler, J.M., Jünemann, S., Kaier, K., Schlett, C., Schroeder, N., Siebolds, M., Sinss, F., van Staa, J., Glattacker, M. & Renner, I. (2022). Evaluation of a cross-sectoral care intervention for families with psychosocial burdens: a study protocol of a controlled trial. *BMC Health Services Research*, 22(1), 475. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07787-9>

Miller, R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing*. Lambertus.

Muthén, B., & Satorra, A. (1995). Complex Sample Data in Structural Equation Modeling. *Sociological Methodology*, 25, 267-316.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften u. Union der deutschen Akademien der Wissenschaften, 2014.

Neumann, A. & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsbl* 59, 1281–1291.

Akronym: P.A.T.H.

Förderkennzeichen: 01VSF19039

Nitschke, N. & Siefert, S. (2022). Ergebnisbericht: Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor (KID-PROTEKT).

Opp, G. (2016). Moderne Kindheit. Neue Risiken – Neue Präventionskonzepte. In B. Gebhard, A. Seidel, A. Sohns & S.Möller-Dreischer (Hrsg.), *Frühförderung mittendrin - in Familie und Gesellschaft*. (S. 23-31). Kohlhammer.

Palinkas, L.A., Belanger, R., Newton, S., Saldana, L., Landsverk, J. & Dubowitz, H. (2023). Assessment of Adoption and Early Implementation Barriers and Facilitators of the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *ACADEMIC PEDIATRICS*, 23 (7), 1434–1445.

Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2012). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Huber.

Paul, M., Backes, J., Renner, I. & Scharmanski, S. (2018). Vom Aktionsprogramm über die Bundesinitiative zur Bundesstiftung Frühe Hilfen. *JuKiP - Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 07 (04), 157–161. <https://doi.org/10.1055/a-0635-2600>

Pawils, S., Kochen, E., Weinbrenner, N., Loew, V., Döring, K., Daehn, D., Martens, C., Kaczmarek, P. & Renneberg, B. (2022). Postpartale Depression – wer kümmert sich? Versorgungszugänge über Hebammen, Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin. *Bundesgesundheitsbl* 65(6), 658-667.

Renner, I. & Heimeshoff, V. (2011). Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. In *Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (Hrsg.).

Renner, I., Scharmanski, S., van Staa, J., Neumann, A. & Paul, M. (2018a). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. *Bundesgesundheitsbl* 61, 1225-235. doi:10.1007/s00103-018-2805-0

Renner, I., Saint, V., Neumann, A., Ukhova, D., Horstmann, S., Böttinger, U., Dreibus, M., Kerl-Wienicke, A., Wulff, P., Paul, M. & Thaiss, H.M. (2018b). Improving psychosocial services for vulnerable families with young children: strengthening links between health and social services in Germany. *British Medical Journal*. *BMJ*, 363, k4786, 32 – 39.

Renner, I., van Staa, J., Backes, J. & Paul, M. (2019). Die Frühen Hilfen aus Sicht der Pädiatrie - Erkenntnisse aus einer bundesweit repräsentativen Studie. *Kinderärztliche Praxis*, 90(5), 330–335.

Renner, I., Chakraverty, D., Hänel, M., Lux, U., Neumann, A. & Ulrich, S. M. (2023a): Design und Methoden der NZFH-Studie zu Familien mit kleinen Kindern. In *Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)*(Hrsg.), *Faktenblatt 1 zur Studie Kinder in Deutschland 0-3 2022*. <https://doi.org/10.17623/NZFH:KiD-2022-FB1>

Renner, I., Neumann, A., Hänel, M., Chakraverty, D., Ulrich, S.M. & Lux, U. (2023b): Wie geht es kleinen Kindern in Deutschland? Gesundheit und Entwicklung. In *Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)*(Hrsg.), *Faktenblatt 3 zur Studie Kinder in Deutschland 0-3 2022*.

Sabates, R. & Dex, S. (2015). The impact of multiple risk factors on young children’s cognitive and behavioural development. *Children & Society*, 29(2), 95–108.

Sann, A., Küster, E.-U., Pabst, C. & Peterle, C. (2022). Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland. Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017). *Materialien zu Frühen Hilfen, Band 14, NZFH*.

Schlett, C., Metzner, G., Höhn, C., Giesler, J.M., Barth, M., Kaier, K., van Staa, J., Horstmann, S., Jünnemann, S., Siebolds, M., Renner, I. & Glattacker, M. (2024). Identifikation psychosozial belasteter Familien in pädiatrischen Praxen: Ergebnisse zur Wirksamkeit der PATH(Pediatric Attention To Help)-Intervention. *Bundesgesundheitsbl* 67, 1394–1404 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03962-x>

Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 68–77.

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15(1), Art. 18.

Akronym: P.A.T.H.

Förderkennzeichen: 01VSF19039

Siebolds, M., Münzel, B., Müller, R., Häußermann, S., Paul, M. & Kahl, C. (2016). Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbl* 59(10), 1310-1314.

Siebolds, M. & Münzel, B. (o.J.). Schulungsunterlagen zur Ausbildung der Moderatorentandems für IQZ sowie für Instrumente der Fallfindung und des motivierenden Elterngesprächs. Unpublished.

Siebolds, M. (2020a). NZFH PATH Studie Info Schulung CF MEG Mod Ausbildung Vers 1 RVS 16.7.2020. Unpublished.

Siebolds, M. (2020b). Präsentation „Ausbildungsworkshop“. Webinar vom 03.12.2020. Unpublished.

Somm, I., Hajart, M. & Mallat, A. (2018). Grenzen der Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns. *Personale Kompetenz in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen*. Springer.

Somm, I., Hajart, M., & Mallat, A. (2023). Vermittlung medizinischer Handlungsempfehlungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00939-z>

Spranz-Fogasy, T. (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In A. Deppermann, U. Reitemeier, R. Schmitt & T. Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Studien zur Deutschen Sprache* (52) (S.27-116). Narr.

Stamann, C., Janssen, M. & Schreier, M. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 17(3), Art. 16.

Stolper, E., Van de Wiel, M. & Van Royen, P. (2011). Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 197–203.

Sweet, M. A. & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435–1456.

Tschöpe-Scheffler, S. & Wirtz, W. (2008). Familienbildung – institutionelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. In M. Heitkötter, T. Rauschenbach & A. Diller (Hrsg.), *Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen - aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen* (S. 157–179). Deutsches Jugendinstitut.

Ulrich, S.M., Chakraverty, D., Hänelt, M., Holzer, M., Lux, U., Renner, I. & Neumann, A. (2023a). Wie geht es Familien mit kleinen Kindern in Deutschland? Ein Fokus auf psychosoziale Belastungen von Familien in Armutslagen. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)(Hrsg.), *Faktenblatt 2 zur Studie »Kinder in Deutschland 0-3 2022«*. <https://doi.org/10.17623/NZFH:KiD-2022-FB2>

Ulrich, S.M., Renner, I., Lux, U., Walper, S. & Löchner, J. (2023b). Familien mit erhöhtem elterlichem Stress und Konfliktpotential: Eine Zielgruppe für psychosoziale Unterstützungsangebote? *Gesundheitswesen*, 85(05). 436-443. doi: 10.1055/a-1867-4415

van Staa, J. & Renner, I. (2019). Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.), *Kompakt*. <https://doi.org/10.17623/NZFH:K-KPFHZuFa>

van Staa, J. & Renner, I. (2020). „Man will das einfach selber schaffen“ – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)(Hrsg.), *Kompakt*. <https://doi.org/10.17623/NZFH:K-SBIFH-AEE>

Van Staa, J. & Renner, I. (2022). Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Elternrolle. *Psychotherapeut*, 67, 4–12.

Van Staa, J. & Renner, I. (2024). „Es ist halt ein ganz anderes Leben, was man da führt“. Perspektiven alleinerziehender Mütter mit kleinen Kindern und Implikationen für eine bedarfsgerechte Unterstützung. *ZSE*, 44(1), 74-90.

Vansteelandt, S., & Daniel, R. M. (2014). On regression adjustment for the propensity score. *Statistics in medicine*, 33(23), 4053–4072. <https://doi.org/10.1002/sim.6207>

Akronym: P.A.T.H.

Förderkennzeichen: 01VSF19039

Vogel Campanello, M. (2018). Ich hatte zuerst Angst, wenn ich eine Familienbegleitung in Anspruch nehme, dass das heisst, ich versage, ich bin keine gute Mutter (...). Mutterschaft und Fürsorge unter erschwerten Bedingungen. Soziale Passagen. Journal für Empirie und Theorie, 10, 67-84.

Williams, A.A. & Wright, K.S. (2014). Engaging families through motivational interviewing. Pediatric Clinics of North America 61(5), 907–21.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen: Campus Verlag.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung – Theories, Methods, Applications, 1(1), 1–9.

World Health Organisation (2015). The Global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030). www.everywomaneverychild.org/global-strategy.

11. Anhang

Anhang-Nr.	Name des Anhangs
1	Häufigkeiten Risikofaktoren Analysestichprobe H2a
2	Häufigkeiten Risikofaktoren Analysestichprobe H1, H2b, H2c

12. Anlagen

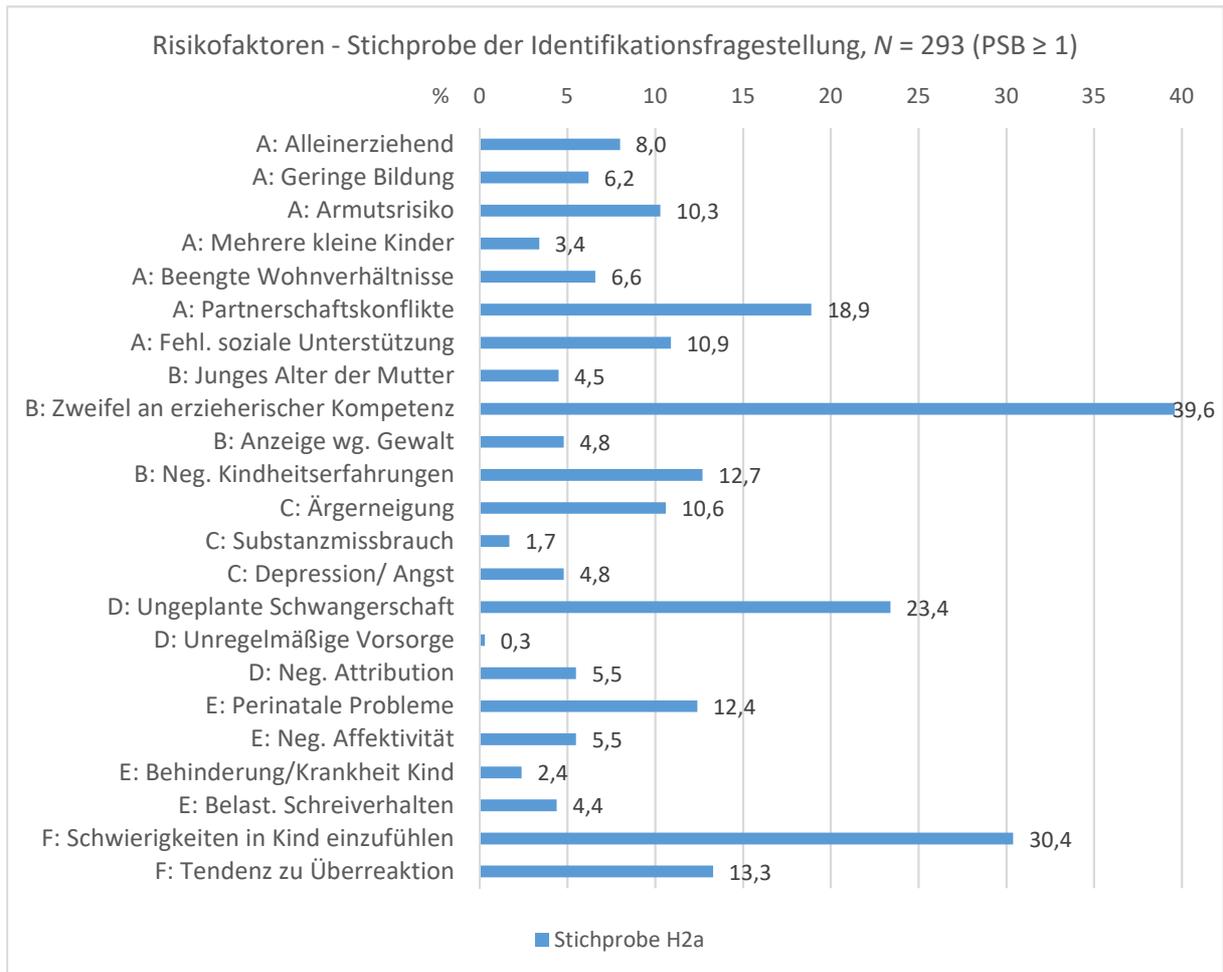
Anlage-Nr.	Name der Anlage
1	Teilnahme-Information Eltern
2	Einwilligungserklärung Eltern
3	Elternfragebogen-t1
4	Elternfragebogen-t2
5	Elternfragebogen-t3
6	Tabelle Operationalisierung der psychosozialen Belastung
7	Arztfragebogen IG-Version
8	Arztfragebogen KG-Version
9	Confounderbogen
10	Leitfaden Familien
11	Leitfaden Praxispädiater_innen
12	Leitfaden Netzwerkpartnerinnen
13	Kategoriensystem Familien
14	Kategoriensystem Praxispädiater_innen
15	Kategoriensystem Netzwerkpartnerinnen
16	Dokumentationsschema U-Untersuchung
17	Dokumentation ärztliche Informationen
18	Transkriptionssystem Beobachtungen

Akronym: P.A.T.H.

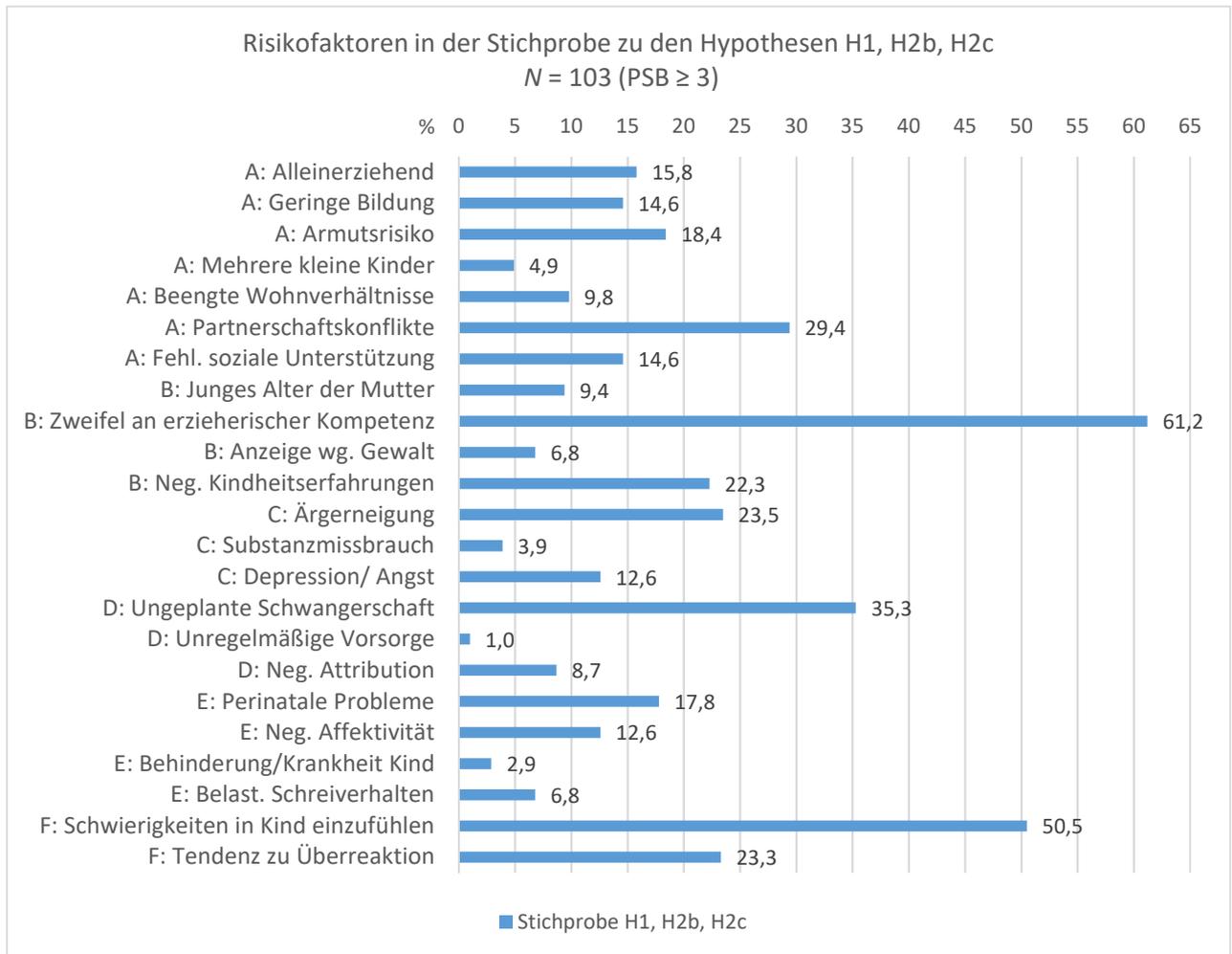
Förderkennzeichen: 01VSF19039

19	PATH_Einweisungsschulung_IG
20	PATH_Einweisungsschulung_KG
21	PATH_Compliance_Supervision_Arbeitsblätter
22	Programm_Schulung
23	Schulung_Fallfindung
24	Schulung_Motivierendes_Elterngespräch
25	Vortrag_Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen
26	Postnataler_Erhebungsbogen_Fruehe_Hilfen_Kinderärzte
27	IQZ_Fallgeschichten
28	IQZ_Familienfallkonferenz
29	IQZ_Fallfindung
30	IQZ_Motivierendes Elterngespräch

Häufigkeiten der Risikofaktoren in der Stichprobe zur Hypothesenprüfung der H2a: Identifikation.



Häufigkeiten der Risikofaktoren in der Stichprobe zur Hypothesenprüfung der H1, H2b und H2c: Inanspruchnahme, Informierung & Motivierung.





Sektion Versorgungsforschung und
Rehabilitationsforschung (SEVERA)

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Forschungsprojekt „P.A.T.H. - Pädiatrie und Frühe Hilfen¹“

INFORMATIONEN FÜR DIE ELTERN

April 2021

Liebe Eltern,

Mütter und Väter werden mit Ihren Sorgen oft allein gelassen. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie dazu einladen, zur Verbesserung der Situation von Familien beizutragen.

Was können Sie tun?

Wir möchten Sie um Ihre Teilnahme an unserem Forschungsprojekt bitten, welches wir Ihnen im Folgenden gerne kurz erläutern möchten. Ihre Kinderärztin bzw. Ihr Kinderarzt wird die einzelnen Punkte mit Ihnen besprechen und Sie können sich bei Fragen jederzeit an sie oder ihn wenden.

Wer führt das Forschungsprojekt durch?

Das Projekt P.A.T.H. wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Es wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) geleitet. Die Durchführung des Projekts erfolgt in Zusammenarbeit mit der Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) und dem Zentrum Klinische Studien (ZKS) des Universitätsklinikums Freiburg.

Worum geht es bei diesem Forschungsprojekt?

Um Eltern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren besser zu unterstützen, wurde die P.A.T.H.-Maßnahme entwickelt. Hierbei werden Kinderärztinnen und Kinderärzte darin geschult, Hilfebedarf von Familien zu erkennen und über unterstützende Angebote der sog. „Frühen Hilfen“ (z.B. Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Elternkurse) zu informieren.

In unserem Forschungsprojekt wird nun untersucht, wie gut Kinderärztinnen oder Kinderärzte Familien bei Bedarf über die Frühen Hilfen informieren und in diese weitervermitteln. Es wird auch untersucht, wie diese Angebote von den Familien angenommen werden.

¹Vollständiger Projekttitel: P.A.T.H. – Pädiatrie und Frühe Hilfen: Evaluation einer komplexen Intervention zur sektorenübergreifenden Versorgung psychosozial belasteter Familien

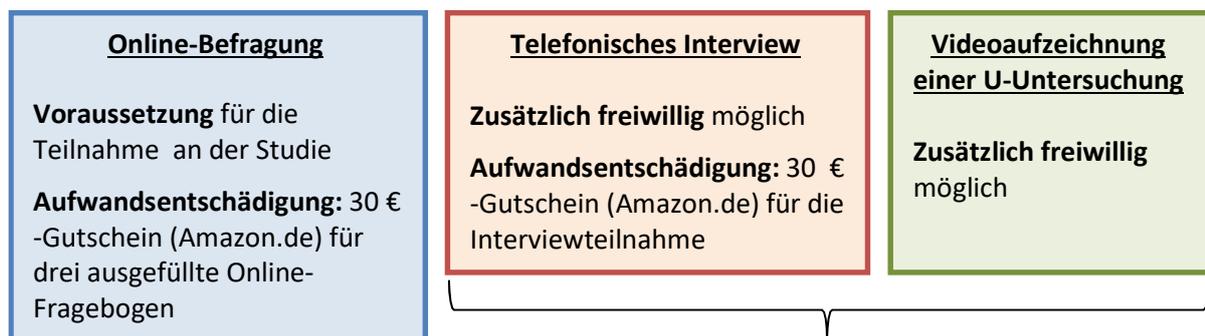
Wer kann teilnehmen?

An dem Forschungsprojekt können alle Eltern teilnehmen, die mit ihrem Kind zu einer Früherkennungsuntersuchung, sogenannte U-Untersuchung (U3-U7), kommen und eine der folgenden Sprachen sprechen: Deutsch, Arabisch, Italienisch und Türkisch.

Wie läuft das Forschungsprojekt ab und welche Daten werden erhoben?

Im Projekt P.A.T.H. werden sowohl Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren als auch Kinderärztinnen und Kinderärzte befragt.

Die Datenerhebung der Familien erfolgt über drei verschiedene Wege:



Die Teilnahme am Interview und der Videoaufzeichnung ist keine Voraussetzung, um an der Studie teilzunehmen. **Wir würden uns aber freuen, wenn Sie bereit wären auch an diesen beiden Studienabschnitten teilzunehmen.** Die Durchführung erfolgt dann mit einer Auswahl der teilnahmebereiten Familien (s. Informationen S. 3).

Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte noch einmal genauer beschrieben.

Online-Befragung:

- Wer?** Alle Eltern, die zur U3-U7 kommen
- Was?** In der Online-Befragung geht es z.B. darum, wie Sie die aktuelle Situation in der Familie und mit Ihrem Kind erleben, und wie die letzte U-Untersuchung bei Ihrer Kinderärztin oder Ihrem Kinderarzt war. Außerdem erheben wir einige persönliche Informationen, wie z.B. Alter, Geschlecht.
- Wann?** Die Online-Befragung findet zu drei Zeitpunkten statt: innerhalb der ersten Woche nach der U-Untersuchung, etwa sechs Wochen später und sechs Monate nach der U-Untersuchung. Die Fragen sollen zu allen Zeitpunkten vom selben Elternteil beantwortet werden.
- Dauer?** ca. 20 - 30 Minuten pro Fragebogen
- Wie?** Um Ihnen den Link zum Online-Fragebogen zukommen zu lassen, benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse, welche wir in der Einwilligungserklärung erfragen. Die Online-Fragebögen können Sie sowohl am Smartphone als auch am PC ausfüllen.

Wichtig! Ihre Kinderärztin bzw. Ihr Kinderarzt erhält zu keinem Zeitpunkt Auskunft über die von Ihnen getätigten Angaben! Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Ihre Kinderärztin bzw. Ihr Kinderarzt füllt ebenfalls einen kurzen Fragebogen zur U-Untersuchung mit Ihrer Familie aus.

Telefonisches Interview:

- Wer?** 20 ausgewählte Eltern, die der Interviewteilnahme zustimmen. Die Auswahl erfolgt durch die Forschungseinrichtung (SEVERA) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht des Kindes.
- Was?** Im Interview geht es darum, ob und wie Ihre Kinderärztin oder Ihr Kinderarzt Sie über die Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen aufgeklärt hat, und wie Sie diese Angebote bewerten, sofern Sie sie genutzt haben.
- Dauer?** ca. eine Stunde
- Wie?** Auf der Einwilligungserklärung können Sie vermerken, ob Sie an der Interviewteilnahme interessiert sind. Sie erhalten dann noch einmal eine gesonderte Information und schriftliche Einwilligung zu diesem Studienabschnitt durch das NZFH.

Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung:

- Wer?** 14 ausgewählte Familien, die der Videoaufzeichnung im Rahmen der U3 oder U4 zustimmen. Die Auswahl erfolgt ebenfalls durch die Forschungseinrichtung (SEVERA).
- Was?** Die Videoaufzeichnung der U-Untersuchung dient dazu, zu überprüfen, wie Kinderärztinnen bzw. -ärzte Familien unterstützen und über Hilfsangebote aufklären. Im Anschluss an die Videoaufzeichnung werden Sie als Eltern durch eine Mitarbeiterin der SEVERA kurz dazu befragt, wie Sie die U-Untersuchung erlebt haben.
- Wann?** Die Videoaufzeichnung erfolgt in der nächsten U-Untersuchung (U4 oder U5).
- Dauer?** Die Videoaufzeichnung erfolgt im Rahmen der regulären U-Untersuchung. Hierdurch entsteht Ihnen kein zusätzlicher Zeitaufwand. Die kurze Nachbefragung dauert etwa 5-10 Minuten.

Hinweise zum Datenschutz:

Um Ihre Daten bestmöglich zu schützen und die Vertraulichkeit Ihrer Angaben zu wahren, werden verschiedene Maßnahmen getroffen. In diesem Abschnitt erhalten Sie genauere Informationen darüber, wie wir den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten sicherstellen (Pseudonymisierung, Art der Aufbewahrung, Weiterleitung und Vernichtung der Daten), über die Freiwilligkeit Ihrer Teilnahme und Ihre Rechte als Studienteilnehmerin bzw. Studienteilnehmer.

Pseudonymisierung:

Alle Ihre Daten werden vertraulich behandelt und alle Datenschutzbestimmungen werden streng eingehalten. Um die Vertraulichkeit Ihrer Studienteilnahme zu sichern, bekommen Sie eine Forschungsnummer (ID-Nummer) zugeordnet. Diese ID-Nummer wird auf all Ihren

Forschungsdaten (d.h. Online-Fragebogen, schriftliches Protokoll der Videoaufzeichnung, Nachbefragung der Videoaufzeichnung) vermerkt. Durch die Zuordnung einer Forschungsnummer sind alle Forschungsdaten und Auswertungen, die darauf basieren, „pseudonymisiert“, d.h. die Mitarbeitenden der wissenschaftlichen Einrichtung können keine Namen zuordnen. Eventuell vorkommende personenbezogene Angaben (z.B. Nennung des Namens oder Wohnorts) in der Videoaufzeichnung werden im schriftlichen Protokoll gelöscht, so dass dieses ohne Kenntnis des Namens ausgewertet wird.

Die Zuordnung Ihrer personenbezogenen Angaben (Name, E-Mail-Adresse) zu Ihrer ID-Nummer erfolgt über eine sogenannte Zuordnungsliste, die im Projektbüro des NZFH geführt und aufbewahrt wird. Die Zuordnungsliste ist nötig, um im Falle eines Widerrufs eine Zuordnung der teilnehmenden Person zu ihren Daten zu ermöglichen und diese zu löschen.

Aufbewahrung von Daten:

Forschungsdaten und personenbezogene Daten werden, wo es umsetzbar ist, im Sinne des Trennungsgebots (vgl. § 27 Abs. 3 S. 2 BDSG und § 13 Abs. 2 S. 2 LDSG B-W) getrennt voneinander aufbewahrt.

Die personenbezogenen Daten (Einwilligungserklärungen und Zuordnungsliste) werden in einem verschlossenen Schrank im NZFH aufbewahrt.

Die Programmierung der Online-Fragebögen übernimmt das ZKS am Universitätsklinikum Freiburg. Die elterlichen Angaben des Online-Fragebogens werden vom ZKS in einer Datenbank (REDCap) auf einem Server des Klinikrechenzentrums erfasst und gespeichert. Die E-Mail-Adressen der Teilnehmenden und die zugehörigen ID-Nummern werden ebenfalls innerhalb dieser Datenbank gespeichert, jedoch getrennt von den Forschungsdaten und mit eingeschränkten Zugriffsrechten. Damit die Mitarbeitenden der SEVERA Ihre Online-Daten auswerten können, werden diese zunächst auf ein gesichertes Laufwerk innerhalb des Unikliniknetzes gespeichert, auf welches nur die Projektmitarbeitenden des ZKS und der SEVERA Zugriff haben. Diese Daten werden gelöscht, sobald die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der SEVERA Ihre Forschungsdaten auf einem gesicherten internen Projektlaufwerk in der SEVERA gespeichert haben. Auf diesem Laufwerk werden alle Forschungsdaten gespeichert.

Auch die Kinderärztin oder der Kinderarzt füllt einen kurzen Fragebogen zur U-Untersuchung mit Ihrer Familie aus. Dieser Fragebogen erhält die gleiche ID-Nummer wie die Fragebögen, die Sie selbst ausfüllen, und wird ebenfalls auf dem gesicherten Projektlaufwerk abgespeichert. Die Papierversion des Fragebogens wird in einem verschlossenen Schrank in der SEVERA aufbewahrt.

Ein Sonderfall sind die Videoaufzeichnungen der U-Untersuchungen, da sie gleichzeitig personenbezogene und Forschungsdaten enthalten. Hier ist eine räumliche Trennung nicht möglich. Diese sensiblen Daten werden ebenfalls auf dem gesicherten Projektlaufwerk in der SEVERA aufbewahrt.

Weiterleitung von Daten:

Die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt soll nur dann einen kurzen Fragebogen zur U-Untersuchung mit Ihrer Familie ausfüllen, wenn Sie auch an der Studie teilnehmen. Deshalb ist es nötig, dass Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt darüber informiert ist, ob Sie sich zur Studienteilnahme bereit erklärt haben oder nicht. Die Medizinische Fachangestellte, bei der Sie die ausgefüllte Einwilligungserklärung abgeben, wird deshalb kurz in Ihrer Einwilligung nachschauen, ob Sie teilnehmen möchten und die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt darüber informieren.

Um die Interviewdurchführung und Videoaufzeichnung zu ermöglichen, ist die Weiterleitung von Daten nötig. Anhand von Auswahlkriterien (z.B. Alter des Kindes) und auf Basis der Ergebnisse des ersten Online-Fragebogens, wählen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter der SEVERA Familien für die Interviewdurchführung bzw. Videoaufzeichnung aus. Die SEVERA leitet anschließend dem NZFH per datenschutzkonform verschlüsselter E-Mail eine Liste mit den ID-Nummern der Eltern weiter, die für diese beiden Studienabschnitte in Frage kommen. **Im Falle einer Interviewdurchführung** nimmt das NZFH anschließend Kontakt zu den teilnahmebereiten Familien auf, um noch einmal über das Interview zu informieren und die schriftliche Einwilligung einzuholen. **Im Falle der Videoaufzeichnung** leitet das NZFH die Namen der Familien, die diesem Studienabschnitt zugestimmt haben, die entsprechende ID-Nummer sowie die Kontaktdaten der Praxis, an die Familie angebunden ist, an eine Mitarbeiterin der SEVERA weiter. Diese nimmt Kontakt zur kinderärztlichen Praxis auf, um einen Termin für die Videoaufzeichnung im Rahmen der folgenden U-Untersuchung zu vereinbaren.

Die Übermittlung dieser Daten zwischen NZFH und SEVERA erfolgt über E-Mails mit verschlüsselten Dokumentenanhängen. Die Weitergabe des Passwortes für das verschlüsselte Dokument erfolgt auf einem zweiten, getrennten Weg (z.B. per Telefon). Darüber hinaus erfolgt keine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte.

Forschungsdaten werden ausschließlich in anonymisierter Form mit anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen für Forschungszwecke ausgetauscht und in Forschungsberichten oder weiteren Veröffentlichungen verwendet. Im Falle einer Veröffentlichung sind somit keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Das NZFH erhält ein Nutzungsrecht an den Forschungsdaten, d.h. die SEVERA stellt dem NZFH die **Daten in anonymisierter Form, d.h. ohne ID-Nummern** zur Verfügung.

Vernichtung von personenbezogenen und Forschungsdaten:

Die Zuordnungsliste und die unterschriebenen Einwilligungserklärungen werden nach Abschluss des Projekts ein Jahr im NZFH aufbewahrt, bevor sie vernichtet werden (voraussichtlich August 2024). Die digital gespeicherte Videoaufnahme wird ebenfalls ein Jahr nach Projektende gelöscht, da sie personenbezogene Daten enthält. Die personenbezogenen Daten (Name der Familie, Kontaktdaten der kinderärztlichen Praxis), die das NZFH der Projektmitarbeiterin der SEVERA für die Durchführung der Videoaufzeichnung der U-Untersuchung zur Verfügung stellt, werden in der SEVERA solange auf dem gesicherten Laufwerk gespeichert, bis die Datenerhebung dieses Studienabschnitts beendet ist (voraussichtlich Ende Dezember 2021). Unmittelbar im Anschluss werden diese personenbezogenen Daten gelöscht.

Die Forschungsdaten werden nach Projektende für zehn Jahre unzugänglich für Unbefugte am Universitätsklinikum Freiburg aufbewahrt, bevor sie vernichtet werden.

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an der P.A.T.H.-Studie ist **freiwillig**. Die Einwilligung zur Studienteilnahme kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO). Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an das Projektbüro des NZFH (Kontakt s.u.). Im Falle einer Nicht-Zustimmung zur Teilnahme oder einer späteren Zurücknahme Ihrer Zustimmung werden Ihnen **keinerlei Nachteile** entstehen. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten zum Zweck der Durchführung des beschriebenen Forschungsvorhabens. Sie sind dazu weder gesetzlich noch vertraglich verpflichtet.

Ihre Rechte:

- Sie haben das Recht, Auskunft über die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten und eine unentgeltliche Kopie Ihrer personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 EU-DSGVO)
- Sie haben das Recht, eine Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn diese unvollständig oder falsch sein sollten (z.B. bei Namensänderungen) (Art. 16 EU-DSGVO)
- Sie haben das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (z.B. aufgrund der bestrittenen Richtigkeit der Daten) zu verlangen (Art. 18 EU-DSGVO)
- Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO), d.h. Sie sind befugt, die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten in einem gängigen und maschinenlesbaren Format (z.B. csv-Datei) zu erhalten und das Recht, diese Daten einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung zu stellen.
- Sie haben das Recht auf Löschung der Daten (Art. 17 EU-DSGVO, s. Ausführungen im nächsten Abschnitt)

Die Betroffenenrechte sind **gegenüber dem Projektbüro des NZFH (Kontakt s.u.) geltend zu machen**, da hier mittels der Zuordnungsliste Ihre ID-Nummer herausgesucht werden kann. Die zuständige Mitarbeiterin des NZFH gibt die ID-Nummer an die datenverarbeitungsverantwortliche Stelle (SEVERA) weiter, wo die Umsetzung der Rechte erfolgt. Im Falle der Berichtigung personenbezogener Daten erfolgt die Umsetzung direkt durch die Mitarbeiterin des NZFH, da diese Daten im NZFH aufbewahrt werden. Im Falle eines Widerrufs wird Ihre Einwilligungserklärung und Ihre Eintragung in der Zuordnungsliste vernichtet.

Zudem haben Sie ein **datenschutzrechtliches Beschwerderecht** bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt (Art. 77 EU-DSGVO). Die für die Uniklinik Freiburg zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
 Hausanschrift: Königstrasse 10 a, 70173 Stuttgart
 Postanschrift: Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
 Internetseite: <https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/>

Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich außerdem an den **Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Freiburg** wenden:

Herr Helwig Opel
 Breisacher Str. 153, 79110 Freiburg
 E-Mail: datenschutz@uniklinik-freiburg.de
 Tel: 0761/270-20670

Bezüglich Ihres Rechtes auf Löschung der Daten gelten folgende Regelungen:

Ein Recht auf Löschung der Daten (Art. 17 EU-DSGVO) besteht solange die Forschungsdaten noch nicht verarbeitet wurden (14 Tage nach Videoaufzeichnung oder Ausfüllen des

Fragebogens). Dieses Recht findet nach der Datenverarbeitung keine Anwendung, da dann Aufbewahrungsfristen diesem Recht entgegenstehen (Art. 17 Abs. 3d EU-DSGVO). Diese Aufbewahrungsfristen dienen dem Ziel, die Korrektheit der durchgeführten Auswertungen überprüfen zu können. Im Falle eines Widerrufs innerhalb von 14 Tagen werden die personenbezogenen Daten vernichtet (Vernichtung der Einwilligungserklärung und Löschung der Eintragung in der Zuordnungsliste im NZFH) und die Forschungsdaten gelöscht. Bei Widerruf nach 14 Tagen werden die personenbezogenen Daten vernichtet, wodurch eine Anonymisierung der Forschungsdaten erreicht wird. Die Forschungsdaten werden dann anonym verarbeitet.

Bezüglich der Videoaufzeichnung haben Sie das Recht, die Aufnahme während oder im Anschluss an die U-Untersuchung direkt vom Aufnahmegerät löschen zu lassen. Grundsätzlich gilt, dass die Videoaufnahme unmittelbar von der Videokamera gelöscht wird, sobald das Video auf dem Projektlaufwerk in der SEVERA gespeichert wurde. 14 Tage nach der Videoaufzeichnung werden die Daten ausgewertet. Bei Widerruf nach 14 Tagen wird die digital gespeicherte Videoaufzeichnung gelöscht. Das schriftliche Protokoll (Transkript) der Videoaufzeichnung, das keinerlei personenbezogene Angaben enthält, wird dann anonym verarbeitet.

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Zustimmung an der Videoaufzeichnung nachträglich zurück zu ziehen, aber dennoch weiter an der Studie (Online-Fragebogenerhebung) teilzunehmen. In diesem Fall wird die Einwilligungserklärung entsprechend der regulären einjährigen Aufbewahrungsfrist einbehalten.

Ansprechperson für Studienteilnehmende:

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen rund um die Projektteilnahme an das Projektbüro des NZFH:

Frau Susanne Jünemann: ☎ 0221-8992 463, E-Mail: susanne.juenemann@nzfh.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Maarweg 149-161, 50825 Köln

Projektverantwortliche:

Verantwortlich im Sinne des Art. 13 Abs. 1a der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (Maarweg 149-161, 50825 Köln, www.nzfh.de, Ansprechpartnerin: Ilona Renner, ilona.renner@nzfh.de).

Projektleitung:

Frau Ilona Renner: ☎ 0221-8992 355, E-Mail: ilona.renner@nzfh.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Maarweg 149-161, 50825 Köln

Zuständige wissenschaftliche Projektmitarbeitende des NZFH:

Dr. Sabine Horstmann: ☎ 0221–8992 612, E-Mail: sabine.horstmann@nzfh.de

Dr. Frank Sinß: ☎ 0221-8992 331, E-Mail: frank.sinss@nzfh.de

Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Maarweg 149 – 161, 50825 Köln

Die Verantwortung der wissenschaftlichen Umsetzung und Auswertung liegt bei:

Dr. Manuela Glattacker: ☎ 0761-270 36940, E-Mail: manuela.glattacker@uniklinik-freiburg.de,
Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Versorgungsforschung und
Rehabilitationsforschung, Hugstetter Straße 49, 79106 Freiburg

Zuständige Projektmitarbeitende der wissenschaftlichen Umsetzung (SEVERA):

M. Sc. Gloria Metzner: ☎ 0761-270 74480, E-Mail: gloria.metzner@uniklinik-freiburg.de

Dr. Cindy Höhn: ☎ 0761-270 73590, E-Mail: cindy.hoehn@uniklinik-freiburg.de

Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung,
Hugstetter Straße 49, 79106 Freiburg

Bitte um Einwilligung

Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie der Teilnahme an diesem Projekt zustimmen, bitten wir Sie, die beigefügte Einwilligung zu unterschreiben und bei der Medizinischen Fachangestellten in der kinderärztlichen Praxis abzugeben. Die zweite Einwilligung verbleibt bei Ihnen, damit Sie jederzeit nachlesen können, in was Sie eingewilligt haben, und auch dieses Informationsschreiben können Sie zum nochmaligen Nachlesen behalten.

Für Ihre Teilnahme danken wir Ihnen ganz herzlich!



Sektion Versorgungsforschung und
Rehabilitationsforschung (SEVERA)

Gefördert durch:



Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Forschungsprojekt „P.A.T.H. - Pädiatrie und Frühe Hilfen¹“

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR ELTERN

April 2021

Ich bin über Inhalt und Ablauf des Forschungsprojekts „P.A.T.H. - Pädiatrie und Frühe Hilfen“ informiert worden. Es wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH; Projektleitung Ilona Renner) geleitet und zusammen mit der Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA; Projektleitung Dr. Manuela Glattacker) und dem Zentrum Klinische Studien (ZKS) des Universitätsklinikums Freiburg durchgeführt. Ich habe zusätzlich zu einem persönlichen Aufklärungsgespräch eine schriftliche Information zum Forschungsprojekt erhalten, diese gelesen und verstanden.

Mir wurde mitgeteilt, dass

- meine Teilnahme freiwillig ist und mir durch eine Nicht-Teilnahme keine Nachteile entstehen.
- ich nur an der Studie teilnehmen kann, wenn ich der Online-Befragung zustimme.
- ich außerdem einer Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung zustimmen kann und Interesse an einer Interviewbefragung bekunden kann. Im Falle der Nichtzustimmung zur Videoaufzeichnung der U-Untersuchung oder eines nachträglichen Widerrufs der Zustimmung kann ich dennoch an der Studie (Online-Befragung) teilnehmen.
- die Möglichkeit, nicht jedoch die Garantie besteht, dass meine Kinderärztin bzw. mein Kinderarzt und wir als Familie im Rahmen der nächsten U-Untersuchung gefilmt werden, sofern ich diesem Studienabschnitt zugestimmt habe.
- meine Daten vertraulich behandelt und alle Datenschutzbestimmungen streng eingehalten werden.
- die Information, ob ich an der Studie teilnehme oder nicht, in meiner kinderärztlichen Praxis bekannt ist. Die Kinderärztin oder der Kinderarzt erhält jedoch zu keinem Zeitpunkt Auskunft über meine Angaben in der Online-Befragung.

¹Vollständiger Projekttitel: P.A.T.H. – Pädiatrie und Frühe Hilfen: Evaluation einer komplexen Intervention zur sektorenübergreifenden Versorgung psychosozial belasteter Familien

- meine Forschungsdaten (Online-Fragebogen, schriftliches Protokoll der Videoaufzeichnung und Nachbefragung der Videoaufzeichnung) mit einer Forschungsnummer (ID-Nummer) versehen (Pseudonymisierung) und ohne Kenntnis des Namens ausgewertet werden.
- meine Forschungsdaten (Online-Fragebogen, schriftliches Protokoll der Videoaufzeichnung und Nachbefragung der Videoaufzeichnung) und personenbezogenen Daten (Einwilligungserklärung und Zuordnungsliste) getrennt voneinander aufbewahrt werden. Eine Ausnahme stellt die Videoaufzeichnungen dar, die sowohl Forschungsdaten als auch personenbezogene Daten enthält. Diese sensiblen Daten werden auf einem gesicherten Laufwerk in der SEVERA gespeichert, auf welches nur die Projektmitarbeitenden der SEVERA Zugriff haben.
- meine Daten in der Online-Befragung in einer Datenbank (REDCap) auf einem Server des Klinikrechenzentrums erfasst und gespeichert werden und anschließend auf einem gesicherten Projektlaufwerk in der SEVERA abgespeichert werden, wo die Datenauswertung erfolgt.
- meine E-Mail-Adresse ebenfalls in der Datenbank (REDCap) gespeichert wird, jedoch getrennt von meinen Forschungsdaten und mit eingeschränkten Zugriffsrechten.
- die SEVERA eine Auswahl der für die Interviewbefragung und Videoaufzeichnung der U-Untersuchung in Frage kommenden Familien vornimmt und eine Liste mit den entsprechenden ID-Nummern als verschlüsselten Dokumentenanhang per E-Mail an das NZFH weiterleitet. Das Passwort zum Öffnen des Anhangs wird auf einem getrennten Weg (z.B. Telefon) mitgeteilt.
- ich, wenn ich von der SEVERA für eine Interviewbefragung ausgewählt wurde, und auf dieser Einwilligungserklärung Interesse an der Interviewdurchführung bekundet habe, noch einmal separat vom NZFH kontaktiert werde, um über diesen Studienabschnitt aufgeklärt zu werden.
- sofern ich dem Studienabschnitt „Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung“ in dieser Einwilligungserklärung schriftlich zustimme, und ich von der SEVERA für eine solche ausgewählt werde, mein Name und die Kontaktdaten der behandelnden Kinderärztin bzw. des behandelnden Kinderarztes an eine Mitarbeiterin der SEVERA weitergeleitet werden. Diese Mitarbeiterin nimmt dann Kontakt zur Praxis auf, um einen Termin für die U-Untersuchung, die gefilmt wird, zu planen.
- ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der zuständigen Ansprechperson im Projektbüro des NZFH (s.u.) widerrufen kann.
- ich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten sowie ein Recht auf Löschung meiner Daten habe. Die Fristen zur Löschung meiner Forschungsdaten habe ich der Studieninformation entnommen. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Rechte beim Projektbüro des NZFH geltend machen kann.
- meine Einwilligungserklärung vernichtet und mein Name aus der Zuordnungsliste gelöscht wird, wenn ich mich dazu entschieße, meine Zustimmung zur Studienteilnahme insgesamt zu widerrufen. Wurden meine Forschungsdaten bereits verarbeitet, sind diese dadurch anonymisiert und können nicht mehr auf meine Person zurückgeführt werden.
- alle personenbezogenen Daten ein Jahr und alle Forschungsdaten zehn Jahre nach Projektende vernichtet werden. Sofern ich am Studienabschnitt „Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung“ teilnehme, werden mein Name und die Kontaktdaten meiner

kinderärztlichen Praxis für die Dauer der Durchführung dieses Studienabschnitts auf dem gesicherten Laufwerk in der SEVERA gespeichert und anschließend gelöscht.

- Forschungsdaten ausschließlich in anonymisierter Form mit anderen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen für Forschungszwecke ausgetauscht und in Forschungsberichten oder weiteren Veröffentlichungen verwendet werden. Im Falle einer Veröffentlichung sind somit keine Rückschlüsse auf meine Person möglich.
- das NZFH ein Nutzungsrecht an den Forschungsdaten (ohne ID-Nummer) erhält.
- ich ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung erhalte.

Bitte füllen Sie alle drei Kästen aus.

Teilnahme an der Online-Befragung

- Ich stimme** der Teilnahme an der Online-Befragung **zu**.

Name, Vorname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

- Ich stimme** der Teilnahme an der Online-Fragebogenerhebung **NICHT zu**.

Gründe für die Nicht-Teilnahme (Freiwillige Angaben zu statistischen Zwecken, die uns helfen, Ihre Entscheidung zu verstehen und künftige Studien u.U. besser gestalten zu können):

- Ich habe kein Interesse an dem Thema.
- Ich habe keine Zeit für die Teilnahme.
- Ich fühle mich zu stark belastet, um an der Befragung teilzunehmen.
- Sonstige Gründe: _____

Teilnahme an der Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung

- Ich stimme der Teilnahme an der Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung zu.
- Ich stimme der Teilnahme an der Videoaufzeichnung einer U-Untersuchung **NICHT zu**.

Interesse an einem telefonischen Interview

- Ich habe Interesse daran, ein Interview zu führen und bin bereit, dass mich das NZFH diesbezüglich noch einmal kontaktiert.
- Ich habe **KEIN** Interesse daran, ein Interview zu führen und bin **NICHT** bereit, dass mich das NZFH diesbezüglich noch einmal kontaktiert.

Ansprechperson für Studienteilnehmende:

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen rund um die Projektteilnahme und im Falle eines Widerrufs Ihrer Studienteilnahme an das Projektbüro des NZFH:

Frau Susanne Jünemann: ☎ 0221-8992 463, E-Mail: susanne.juenemann@nzfh.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Maarweg 149-161, 50825 Köln

Projektverantwortliche:

Projektleitung:

Frau Ilona Renner: ☎ 0221-8992 355, E-Mail: ilona.renner@nzfh.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Maarweg 149-161, 50825 Köln

Zuständige wissenschaftliche Projektmitarbeitende des NZFH:

Dr. Sabine Horstmann: ☎ 0221-8992 612, E-Mail: sabine.horstmann@nzfh.de
Dr. Frank Sinß: ☎ 0221-8992 331, E-Mail: frank.sinss@nzfh.de
Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Maarweg 149 – 161, 50825 Köln

Die Verantwortung der wissenschaftlichen Umsetzung und Auswertung liegt bei:

Dr. phil. Manuela Glattacker: ☎ 0761-270 36940, E-Mail: manuela.glattacker@uniklinik-freiburg.de,
Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Versorgungsforschung und
Rehabilitationsforschung, Hugstetter Straße 49, 79106 Freiburg

Zuständige Projektmitarbeiterinnen der wissenschaftlichen Umsetzung (SEVERA):

M. Sc. Gloria Metzner: ☎ 0761-270 74480, E-Mail: gloria.metzner@uniklinik-freiburg.de
Dr. phil. Cindy Höhn: ☎ 0761-270 73590, E-Mail: cindy.hoehn@uniklinik-freiburg.de
Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung,
Hugstetter Straße 49, 79106 Freiburg

1. Befragung von Familien mit Kindern bis 3 Jahre¹

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilnehmen!

Heute bitten wir Sie, den ersten von drei Fragebögen auszufüllen. Es werden Ihnen einige Fragen zu Ihnen, Ihrem Kind, Ihrer familiären Situation und zu Hilfeangeboten für Familien mit kleinen Kindern gestellt. Da es im Fragebogen auch um Schwierigkeiten geht, die es in Familien mit kleinen Kindern geben kann, empfinden Sie vielleicht einige Fragen als wenig passend für Sie und Ihre Familie. Trotzdem bitten wir Sie, alle Fragen zu beantworten.

Falls Sie mehrere Kinder haben: Alle Fragen zu „Ihrem Kind“ beziehen sich auf das Kind, mit dem Sie bei der U-Untersuchung waren, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen. In der Regel kann nur eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht uns um Ihre persönliche Sicht der Dinge.

Wenn Sie eine Antwort ändern wollen, klicken Sie einfach die passende Antwort an. Über "Zurück" und „Weiter“ können Sie Ihre gemachten Angaben nochmal ansehen und ändern, bevor Sie den Fragebogen abschicken.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 20-30 Minuten. Am besten nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen an einem Stück aus. Wenn Sie die Bearbeitung unterbrechen müssen, ist dies möglich. Hinweise, wie Sie nach einer Unterbrechung mit der Befragung fortfahren können, erhalten Sie beim Speichern Ihrer Antworten.

Falls Sie die Befragung am Smartphone ausfüllen, kann es hilfreich sein, die Ansicht zu drehen.

Vielen Dank!

¹ Die Befragung der Familien wurde als Online-Umfrage über das webbasierte Softwaretool REDCap (Harris et al., 2009; 2019) implementiert. Aufgrund der damit verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. Design, Verzweigungslogik) sah die Befragung in der digitalen Umsetzung optisch anders aus als hier dargestellt. Die hier dargestellten Inhalte entsprechen aber wortwörtlich der Online-Umfrage, die die Familien erhielten.

Teil 1: Fragen zu Ihrer Lebenssituation

Im ersten Teil dieser Befragung möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation zu beantworten. Diese Informationen benötigen wir, um die Lebenswelt Ihres Kindes besser verstehen zu können.

Die ersten Fragen beziehen sich auf **Ihre Person**.

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Welches Geschlecht haben Sie? weiblich männlich divers

Welche Lebenssituation trifft derzeit auf Sie zu?

3. Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft? Ja Nein
4. Leben Sie gemeinsam mit Ihrem Partner /Ihrer Partnerin in einem Haushalt? Ja Nein
5. Ist Ihr Partner/Ihre Partnerin leiblicher Elternteil Ihres Kindes? Ja Nein
6. Sind Sie alleinerziehend? Ja Nein
7. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter

In Deutschland

In einem anderen Land

Welches?

Vater

In Deutschland

In einem anderen Land

Welches?

Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

Seit meiner Geburt

Seit

(Jahreszahl)

Falls Sie nicht in Deutschland geboren wurden:

Ich bin aus meinem Herkunftsland geflüchtet.

ja nein

Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

ja nein

Falls Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

sehr gering

gering

mittelmäßig

gut

sehr gut

Haben Sie ...?

die deutsche Staatsangehörigkeit

eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis

eine befristete Aufenthaltserlaubnis

Zu den Fragen unter 7: In Anlehnung an: Schenk et al., 2006. Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49, 853-860.

8. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Bei einem ausländischen Abschluss bitte den ähnlichsten Abschluss wählen oder ihn unter „sonstiger Abschluss“ ergänzen.

- | | |
|---|--------------------------|
| (noch) keinen Schulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Förderschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertigen Abschluss | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiger Abschluss | _____ (bitte benennen) |

9. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie? Bei einem ausländischen Abschluss bitte den ähnlichsten Abschluss wählen oder ihn unter „sonstiger Abschluss“ ergänzen.

- | | |
|---|--------------------------|
| (noch) keinen beruflichen Ausbildungsabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Abschluss einer Lehrausbildung („Lehre“) oder Vorbereitungsdienst für den Mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung | <input type="checkbox"/> |
| Berufsqualifizierenden Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens | <input type="checkbox"/> |
| Meister-/Technikerausbildung oder gleichwertigen Fachschulabschluss; Abschluss einer zwei- oder dreijährigen Schule des Gesundheitswesens, einer Fachakademie oder einer Berufsakademie | <input type="checkbox"/> |
| Hochschulabschluss (an einer Fachhochschule, Kunsthochschule oder Universität) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiger Abschluss | _____ (bitte benennen) |

10. Welche berufliche Situation trifft überwiegend auf Sie zu?

- erwerbstätig, einschließlich Teilzeitjob/Minijob (nicht in Elternzeit)
- in Mutterschutz
- in Elternzeit, komplett oder anteilig (bei genereller Erwerbstätigkeit)
- nicht erwerbstätig (z.B. Betreuung von Kindern und Angehörigen, in Rente, in Ausbildung usw.)
- arbeitslos (mit oder ohne Bezug von ALG I bzw. ALG II / Harz IV)

11. Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der nachfolgend genannten staatlichen Leistungen erhalten?

- ➔ Arbeitslosengeld II (Hartz-IV)
- ➔ Sozialgeld (nach SGB II)
- ➔ Sozialhilfe (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen nach SGB XII)
- ➔ Rente aufgrund von voller oder teilweiser Erwerbsminderung

ja nein

12. Wie hoch ist das ungefähre monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts (also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben)?

- unter 500 Euro
- 500 bis unter 1300 Euro
- 1300 bis unter 2000 Euro
- 2000 bis unter 3000 Euro
- 3000 oder mehr Euro

13. Wie groß ist die gesamte Wohnfläche Ihrer Wohnung in Quadratmeter?

_____ qm

14. Wie viele Personen leben derzeit in Ihrem Haushalt (Sie selbst und die Kinder miteingeschlossen)? _____ Personen

15. Wie viele dieser Personen sind Kinder und Jugendliche (also jünger als 18 Jahre)? ____ Personen

- ➔ Davon Kinder im Alter von 0-11 Monaten: _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 1 Jahr (12-23 Monate): _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 2 Jahren (24-35 Monate): _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 3 Jahren (36-47 Monate): _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 4-13 Jahren: _____ Kind(er)
- ➔ Davon Jugendliche im Alter von 14-17 Jahren: _____ Jugendliche(r)

Teil 2: Fragen zu Schwangerschaft, Geburt und zu Ihrem Kind

In den nächsten Fragen geht es um die Schwangerschaft und die Geburt Ihres Kindes. Anschließend folgen Fragen zu Ihrem Kind.

16. Bei der letzten U-Untersuchung mit Ihrem Kind haben Sie sich zur Teilnahme an dieser Befragung bereit erklärt. Um welche U-Untersuchung handelte es sich dabei?

- U3 U4 U5 U6 U7

17. Wann ist Ihr Kind geboren? _____ Monat _____ Jahr

18. Ist Ihr Kind ein Junge oder ein Mädchen? Junge Mädchen

19. In welcher Beziehung stehen Sie zum Kind?

- Ich bin die leibliche Mutter
 Ich bin der leibliche Vater
 Ich bin _____ (bitte benennen)

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 20. War die Schwangerschaft geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d.h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Lag das Geburtsgewicht Ihres Kindes unter 2500 Gramm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung oder eine schwere Erkrankung festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Haben Sie / Hat die leibliche Mutter während der Schwangerschaft die Vorsorgeuntersuchungen bei der Frauenärztin / beim Frauenarzt / bei der Hebamme regelmäßig wahrgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 25. (Bei weiblichem Elternteil/Filter): Sind Sie zurzeit schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die Beantwortung von einigen der folgenden Fragen ist vom Alter und Entwicklungsstand Ihres Kindes abhängig. Gerade jüngere Kinder werden viele Fähigkeiten erst entwickeln.

Bitte beantworten Sie die Fragen für Zeiten, in denen Ihr Kind gesund war und keine sonstigen außergewöhnlichen Ereignisse vorkamen.

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

Mein Kind ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
... ist meist fröhlich und zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist oft sehr trotzig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat oft Wutanfälle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist häufig tagsüber schlecht gelaunt, z.B. weint und quengelt viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist schwer zu trösten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kübler, E. (2014). Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter. Entwicklung und Validierung eines Screening-Instruments zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Inaugural-Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität (LMU).

	Ja	Nein
Schreit und weint Ihr Kind manchmal insgesamt mehr als 3 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:		
Kommt das Schreien / Weinen an 3 oder mehr Tagen pro Woche vor?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Schreien / Weinen schon seit 3 Wochen oder länger zu beobachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch das Schreien / Weinen Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 3: Fragen zu Ihnen als Eltern

[EBI-Fragebogen (5 von 12 Subskalen) aus dem Testverfahren Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) in der deutschen Fassung nach Tröster (2011); kein Abdruck möglich, da lizenzpflichtiges Instrument]

Zur Erinnerung, falls Sie mehrere Kinder haben: Alle Fragen zu „Ihrem Kind“ beziehen sich auf das Kind, mit dem Sie bei der U-Untersuchung waren, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben.

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen.

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Manchmal schreit mein Kind nur, um mich zu ärgern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich es eigentlich richtig finde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich koche häufig innerlich vor Wut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt viele Dinge in meinem Leben, die mich ärgern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Menschen, die zeitweise die Betreuung meines Kindes übernehmen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir Sorgen um mein Kind mache, habe ich genügend Menschen, die ich um Rat fragen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle Frage 1 & 2: Engfer A. (1984). Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. Universität München.

Quelle Frage 5 & 6: Tröster H. & Lange, S. (2019). Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Anforderungen, Belastungen und Ressourcen. Wiesbaden: Springer.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre Gefühle als Eltern beziehen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob und in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme völlig zu
Probleme der Kindererziehung sind leicht zu lösen, wenn man verstanden hat, wie das eigene Handeln die Kinder beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde ein gutes Vorbild für andere junge Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, die sich einer Mutter/einem Vater stellen, lassen sich in der Regel lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfülle meine persönlichen Erwartungen daran, wie ich mich um mein Kind kümmere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn jemand erkennen kann, was meinem Kind auf dem Herzen liegt, dann bin ich das.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter/ Vater bin, dann fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter/ ein guter Vater zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In Anlehnung an Miller, Y. (2001). Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertation. Braunschweig: Technische Universität.

<i>Filter: Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft?</i>	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Fast immer	Immer
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Erfahrungen in einer Partnerschaft.						
Wie oft kam es <u>im letzten halben Jahr</u> zu lautstarken Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft denken Sie, dass die Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin im Allgemeinen gut laufen	<input type="checkbox"/>					
Können Sie sich auf Ihren Partner/Ihre Partnerin verlassen?	<input type="checkbox"/>					

Wurden Sie oder der andere Elternteil jemals wegen eines Gewaltdelikts angezeigt?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie oder der andere Elternteil <u>im letzten Jahr</u> einmal Schwierigkeiten, einer Verpflichtung nachzukommen, weil Sie Alkohol oder Drogen konsumiert hatten? (z.B. zur Arbeit zu gehen oder Ihr Kind zu versorgen)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf **Ihre eigene Kindheit**. Wie sehr treffen diese auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
In meiner Kindheit habe ich viel Liebe erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde daheim oft ungerecht behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern haben mich oft hart bestraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Engfer A. (1984). Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. Universität München.

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gefühle und Ihre Stimmung in der letzten Zeit.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Englische Version: Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4); Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Wie stark hat Sie die Corona-Virus-Pandemie (COVID-19) im Laufe <u>der letzten 4 Wochen</u> in verschiedenen Lebensbereichen belastet?					
Die Corona-Virus-Pandemie belastete ...	Gar nicht	gering	mäßig	stark	sehr stark
... unsere familiäre Situation	<input type="checkbox"/>				
... unsere finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>				
... unsere berufliche Situation	<input type="checkbox"/>				
... mein psychisches Befinden	<input type="checkbox"/>				
... meine körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

COVID-19-Belastungs-Screener (SEVERA)

Teil 4: Fragen zu Unterstützung und Hilfeangeboten

Es gibt spezielle Angebote, um Familien mit kleinen Kindern zu unterstützen. Uns interessiert, welche der folgenden Angebote Sie kennen, ob Sie dazu von Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt informiert wurden und ob Sie diese genutzt haben.

1.	a) Mir sind regionale Fachstellen der „Frühen Hilfen“ bzw. Koordinierende Kinderschutzzstellen „KoKi“ bekannt.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.			
	<i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt.			
	<i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>			
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot aufzusuchen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot aufsuchen würde. 			
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen.			
<i>Ja / Nein</i>			

2.	a) Mir ist das Angebot eines einmaligen Willkommensbesuchs für Familien mit Babys (Besuch, bei dem Sie Informationen über Angebote für Eltern Ihrer Gemeinde bekommen) bekannt.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt.		
	<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
	<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

3.	a) Mir ist das Angebot der längerfristigen regelmäßigen Betreuung durch eine Familienhebamme oder eine/n Kinderkrankenpfleger/in über die reguläre Wochenbettbetreuung hinaus (bis zu 12 Monate) bekannt.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		

b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem genutzten Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="checkbox"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="checkbox"/> Die Familienhebamme bzw. der/die Kinderkrankenpfleger/in war zu stark ausgelastet. <input type="checkbox"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="checkbox"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="checkbox"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="checkbox"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="checkbox"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="checkbox"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="checkbox"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="checkbox"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="checkbox"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

4.	a) Mir ist das Angebot mehrmaliger ehrenamtlicher Besuche (längerfristige, regelmäßige Unterstützung zuhause durch eine/n Ehrenamtliche/n, z.B. eine Familienpatin) bekannt. <i>Ja / Nein</i> <i>Falls Ja:</i>
----	---

b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

5.	a) Mir sind Beratungsangebote in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle (z.B. zu Entwicklung, Trennung, allgemeinen Erziehungsfragen) bekannt. <i>Ja / Nein</i>	
	<i>Falls Ja:</i> b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i> <i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>

	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		

6.	a) Mir sind spezielle Beratungsangebote (z.B. zum Schreien/ Schlafen/ Füttern des Kindes) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
	<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
	<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<i>Falls Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

7.	a) Mir sind Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum (z.B. Elterncafé) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		

	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

8.	<p>a) Mir sind spezielle Angebote für z.B. für Alleinerziehende, Migrantinnen bzw. Migranten bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p> <p>Falls Ja:</p>		
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot, Migrantinnen bzw. Migranten informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		

	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

9.	<p>a) Mir sind Telefon- bzw. Onlineberatungen (z.B. Elterntelefon, „Nummer gegen Kummer“, bke-elternberatung.de) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p> <p>Falls Ja:</p>		
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. 		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

10.	<p>a) Mir sind Kurse für Eltern (z.B. „Starke Eltern-starke Kinder“, STEP-Konzept, „Kinder im Blick“) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>
		<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 	

	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
--	---

11.	<p>a) Mir sind Eltern-Kind-Gruppen (z.B. Still-, Krabbelgruppen) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p> <p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>
		<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	
	<p><i>Falls d) Nein:</i></p> <p>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme: Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 	
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	

12.	<p>a) Mir sind Angebote zur Frühförderung (z.B. bei Entwicklungsverzögerung oder angeborener Beeinträchtigung) bekannt.</p>
-----	--

<i>Ja / Nein</i>		
Falls Ja:		
b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	Falls Ja: Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	Falls Nein: Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
Falls d) Ja: Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
Falls d) Nein: Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme: Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
Falls Nein: Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

13.	a) Mir ist das Angebot der Hebammenhilfe nach der Geburt (bis zu 12 Wochen) bekannt. (Inanspruchnahme über die Krankenkasse) <i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>

14.	a) Mir sind medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt (z.B. Rückbildungskurs) bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

Im Folgenden geht es um spezielle Angebote während ihrer aktuellen Schwangerschaft:

	Filter: Wenn Frage nach aktueller Schwangerschaft bejaht (Soziodemographie Item 12)
15.	a) Mir sind Schwangerschaftsberatungsstellen bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

	Filter: Wenn Frage nach aktueller Schwangerschaft bejaht (Soziodemographie Item 12)
16.	a) Mir sind Geburtsvorbereitungskurse bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein, aktuell noch zu früh, aber ich habe es vor / Nein, ich habe es auch nicht vor</i>

Sie sind am Ende der Befragung angekommen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Den Link zum zweiten Fragebogen erhalten Sie in 6 Wochen per E-Mail.

Hinweis: Die Inhalte der Befragung stammen teilweise aus dem Fragebogen "KID 0-3, Kinder in Deutschland" des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Maarweg 149-161, 50825 Köln

2. Befragung von Familien mit Kindern bis 3 Jahre¹

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilnehmen!

Heute bitten wir Sie, den zweiten von drei Fragebögen auszufüllen. Es werden Ihnen erneut einige Fragen zu Ihrer Person und zu Hilfeangeboten für Familien mit kleinen Kindern gestellt. Möglicherweise kommen Ihnen einige Fragen aus der ersten Befragung bekannt vor. Bitte beantworten Sie dennoch alle Fragen. Für uns ist es wichtig zu erfahren, ob es Veränderungen seit der letzten Befragung gab, z.B. über welche Hilfeangebote Sie zwischenzeitlich informiert wurden oder welche Angebote Sie genutzt haben.

Falls Sie mehrere Kinder haben: Alle Fragen zu „Ihrem Kind“ beziehen sich auf das Kind, mit dem Sie bei der U-Untersuchung waren, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen. In der Regel kann nur eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht uns um Ihre persönliche Sicht der Dinge.

Wenn Sie eine Antwort ändern wollen, klicken Sie einfach die passende Antwort an. Über "Zurück" und „Weiter“ können Sie Ihre gemachten Angaben nochmal ansehen und ändern, bevor Sie den Fragebogen abschicken.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 10-20 Minuten. Am besten nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen an einem Stück aus. Wenn Sie die Bearbeitung unterbrechen müssen, ist dies möglich. Hinweise, wie Sie nach einer Unterbrechung mit der Befragung fortfahren können, erhalten Sie beim Speichern Ihrer Antworten.

Falls Sie die Befragung am Smartphone ausfüllen, kann es hilfreich sein, die Ansicht zu drehen.

Vielen Dank!

¹ Die Befragung der Familien wurde als Online-Umfrage über das webbasierte Softwaretool REDCap (Harris et al., 2009; 2019) implementiert. Aufgrund der damit verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. Design, Verzweigungslogik) sah die Befragung in der digitalen Umsetzung optisch anders aus als hier dargestellt. Die hier dargestellten Inhalte entsprechen aber wortwörtlich der Online-Umfrage, die die Familien erhielten.

Teil 1: Fragen zu Ihrer Lebenssituation

Im ersten Teil dieser Befragung möchten wir Sie erneut bitten, einige Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation zu beantworten.

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Welches Geschlecht haben Sie? weiblich männlich divers
3. (Bei weiblichem Elternteil/Filter): Sind Sie zurzeit schwanger? Ja Nein

4. Haben Sie seit der U-Untersuchung, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben, die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt gewechselt?
 ja nein
5. Wie oft waren Sie seit der U-Untersuchung, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben, mit Ihrem Kind bei Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt?
 gar nicht
 1-2 Mal
 3-4 Mal
 5-6 Mal
 7 Mal oder mehr

6. *Filter: Wenn 5 = „gar nicht“, dann weiter mit COVID-Belastungs-Screener*

Was war der Grund für Ihren Besuch bzw. Ihre Besuche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Durchführung einer weiteren U-Untersuchung.
- Mein Kind wurde geimpft.
- Mein Kind war akut krank z.B. Fieber, Husten, Bauchschmerzen.
- Mein Kind hatte einen Unfall / eine Verletzung.
- Mein Kind hat eine chronische Erkrankung/ Behinderung.
- Ich hatte Fragen zur Entwicklung meines Kindes.
- Sonstiger Anlass: _____

Wie stark hat Sie die Corona-Virus-Pandemie (COVID-19) im Laufe <u>der letzten 4 Wochen</u> in verschiedenen Lebensbereichen belastet?					
Die Corona-Virus-Pandemie belastete ...	Gar nicht	gering	mäßig	stark	sehr stark
... unsere familiäre Situation	<input type="checkbox"/>				
... unsere finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>				
... unsere berufliche Situation	<input type="checkbox"/>				
... mein psychisches Befinden	<input type="checkbox"/>				
... meine körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

COVID-19-Belastungs-Screener (SEVERA)

Teil 2: Fragen zu Unterstützung und Hilfeangeboten

Es gibt spezielle Angebote, um Familien mit kleinen Kindern zu unterstützen. Wir möchten Sie erneut fragen, welche der folgenden Angebote Sie kennen, ob Sie dazu von Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt informiert wurden und ob Sie diese genutzt haben.

1.	a) Mir sind regionale Fachstellen der „Frühen Hilfen“ bzw. Koordinierende Kinderschutzzstellen „KoKi“ bekannt.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	<i>Ja / Nein</i>		
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
	<i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme: Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot aufzusuchen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot aufsuchen würde. 		
	<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

2.	a) Mir ist das Angebot eines einmaligen Willkommensbesuchs für Familien mit Babys (Besuch, bei dem Sie Informationen über Angebote für Eltern Ihrer Gemeinde bekommen) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>			
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>			
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 			
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>			

3.	a) Mir ist das Angebot der längerfristigen regelmäßigen Betreuung durch eine Familienhebamme oder eine/n Kinderkrankenpfleger/in über die reguläre Wochenbettbetreuung hinaus (bis zu 12 Monate) bekannt.	
	<i>Ja / Nein</i>	
Falls Ja:		

b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem genutzten Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Die Familienhebamme bzw. der/die Kinderkrankenpfleger/in war zu stark ausgelastet. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

4.	a) Mir ist das Angebot mehrmaliger ehrenamtlicher Besuche (längerfristige, regelmäßige Unterstützung zuhause durch eine/n Ehrenamtliche/n, z.B. eine Familienpatin) bekannt. <i>Ja / Nein</i> Falls Ja:
----	---

b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

5.	a) Mir sind Beratungsangebote in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle (z.B. zu Entwicklung, Trennung, allgemeinen Erziehungsfragen) bekannt. <i>Ja / Nein</i>	
<i>Falls Ja:</i>		
b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>

	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		

6.	a) Mir sind spezielle Beratungsangebote (z.B. zum Schreien/ Schlafen/ Füttern des Kindes) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
	<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
	<i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme: Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<i>Falls Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

7.	a) Mir sind Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum (z.B. Elterncafé) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		

	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

<p>8.</p>	<p>a) Mir sind spezielle Angebote für z.B. für Alleinerziehende, Migrantinnen bzw. Migranten bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot, Migrantinnen bzw. Migranten informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p> <p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	

	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

9.	<p>a) Mir sind Telefon- bzw. Onlineberatungen (z.B. Elterntelefon, „Nummer gegen Kummer“, bke-elternberatung.de) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>
		<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

10.	<p>a) Mir sind Kurse für Eltern (z.B. „Starke Eltern-starke Kinder“, STEP-Konzept, „Kinder im Blick“) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>Falls Ja:</p>		
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		

	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
--	---

11.	<p>a) Mir sind Eltern-Kind-Gruppen (z.B. Still-, Krabbelgruppen) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	Falls Ja:		
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i></p> <p>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme: Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		

12.	<p>a) Mir sind Angebote zur Frühförderung (z.B. bei Entwicklungsverzögerung oder angeborener Beeinträchtigung) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
-----	--	--	--

Falls Ja:		
b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
<i>Falls Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

13.	a) Mir ist das Angebot der Hebammenhilfe nach der Geburt (bis zu 12 Wochen) bekannt. (Inanspruchnahme über die Krankenkasse) <i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>

14.	a) Mir sind medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt (z.B. Rückbildungskurs) bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

Im Folgenden geht es um spezielle Angebote während ihrer aktuellen Schwangerschaft:

	Filter: Wenn Frage nach aktueller Schwangerschaft bejaht (Item 3, Teil 1)
15.	a) Mir sind Schwangerschaftsberatungsstellen bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

	Filter: Wenn Frage nach aktueller Schwangerschaft bejaht (Item 3, Teil 1)
16.	a) Mir sind Geburtsvorbereitungskurse bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein, aktuell noch zu früh, aber ich habe es vor / Nein, ich habe es auch nicht vor</i>

Sie sind am Ende der Befragung angekommen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Den Link zum dritten und letzten Fragebogen erhalten Sie in 4 Monaten per E-Mail.

3. Befragung von Familien mit Kindern bis 3 Jahre¹

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilnehmen!

Heute bitten wir Sie, den dritten und letzten Fragebogen auszufüllen. Es werden Ihnen erneut einige Fragen zu Ihrer Person, Ihrem Kind, Ihrer familiären Situation und zu Hilfeangeboten für Familien mit kleinen Kindern gestellt. Da es im Fragebogen auch um Schwierigkeiten geht, die es in Familien mit kleinen Kindern geben kann, empfinden Sie vielleicht einige Fragen als wenig passend für Sie und Ihre Familie. Möglicherweise kommen Ihnen auch einige Fragen aus den letzten beiden Befragungen bekannt vor. Bitte beantworten Sie dennoch alle Fragen. Für uns ist es wichtig zu erfahren, ob sich in Ihrer Lebenssituation etwas verändert hat.

Falls Sie mehrere Kinder haben: Alle Fragen zu „Ihrem Kind“ beziehen sich auf das Kind, mit dem Sie bei der U-Untersuchung waren, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen. In der Regel kann nur eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht uns um Ihre persönliche Sicht der Dinge.

Wenn Sie eine Antwort ändern wollen, klicken Sie einfach die passende Antwort an. Über "Zurück" und „Weiter“ können Sie Ihre gemachten Angaben nochmal ansehen und ändern, bevor Sie den Fragebogen abschicken.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 20-30 Minuten. Am besten nehmen Sie sich etwas Zeit und füllen Sie den Fragebogen an einem Stück aus. Wenn Sie die Bearbeitung unterbrechen müssen, ist dies möglich. Hinweise, wie Sie nach einer Unterbrechung mit der Befragung fortfahren können, erhalten Sie beim Speichern Ihrer Antworten.

Falls Sie die Befragung am Smartphone ausfüllen, kann es hilfreich sein, die Ansicht zu drehen.

Vielen Dank!

¹ Die Befragung der Familien wurde als Online-Umfrage über das webbasierte Softwaretool REDCap (Harris et al., 2009; 2019) implementiert. Aufgrund der damit verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. Design, Verzweigungslogik) sah die Befragung in der digitalen Umsetzung optisch anders aus als hier dargestellt. Die hier dargestellten Inhalte entsprechen aber wortwörtlich der Online-Umfrage, die die Familien erhielten.

Teil 1: Fragen zu Ihrer Lebenssituation

Im ersten Teil dieser Befragung möchten wir Sie erneut bitten, einige Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation zu beantworten. Diese Informationen benötigen wir, um die Lebenswelt Ihres Kindes besser verstehen zu können.

Die ersten Fragen beziehen sich auf **Ihre Person**.

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Welches Geschlecht haben Sie? weiblich männlich divers

Welche Lebenssituation trifft derzeit auf Sie zu?

3. Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft? Ja Nein
 4. Leben Sie gemeinsam mit Ihrem Partner /Ihrer Partnerin in einem Haushalt? Ja Nein
 5. Ist Ihr Partner/Ihre Partnerin leiblicher Elternteil Ihres Kindes? Ja Nein
 6. Sind Sie alleinerziehend? Ja Nein
7. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Bei einem ausländischen Abschluss bitte den ähnlichsten Abschluss wählen oder ihn unter „sonstiger Abschluss“ ergänzen.
- | | |
|---|--------------------------|
| (noch) keinen Schulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Förderschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertigen Abschluss | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiger Abschluss | _____ (bitte benennen) |

8. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie? Bei einem ausländischen Abschluss bitte den ähnlichsten Abschluss wählen oder ihn unter „sonstiger Abschluss“ ergänzen.

(noch) keinen beruflichen Ausbildungsabschluss

Abschluss einer Lehrausbildung („Lehre“) oder Vorbereitungsdienst für den Mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung

Berufsqualifizierenden Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule, Abschluss einer einjährigen Schule des Gesundheitswesens

Meister-/Technikerausbildung oder gleichwertigen Fachschulabschluss; Abschluss einer zwei- oder dreijährigen Schule des Gesundheitswesens, einer Fachakademie oder einer Berufsakademie

Hochschulabschluss (an einer Fachhochschule, Kunsthochschule oder Universität)

Sonstiger Abschluss

_____ (bitte benennen)

9. Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der nachfolgend genannten staatlichen Leistungen erhalten?

- ➔ Arbeitslosengeld II (Hartz-IV)
- ➔ Sozialgeld (nach SGB II)
- ➔ Sozialhilfe (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen nach SGB XII)
- ➔ Rente aufgrund von voller oder teilweiser Erwerbsminderung

ja nein

10. Wie groß ist die gesamte Wohnfläche Ihrer Wohnung in Quadratmeter?

_____ qm

11. Wie viele Personen leben derzeit in Ihrem Haushalt (Sie selbst und die Kinder miteingeschlossen)? _____ Personen

12. Wie viele dieser Personen sind Kinder und Jugendliche (also jünger als 18 Jahre)? ____ Personen

- ➔ Davon Kinder im Alter von 0-11 Monaten: _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 1 Jahr (12-23 Monate): _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 2 Jahren (24-35 Monate): _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 3 Jahren (36-47 Monate): _____ Kind(er)
- ➔ Davon Kinder im Alter von 4-13 Jahren: _____ Kind(er)
- ➔ Davon Jugendliche im Alter von 14-17 Jahren: _____ Jugendliche(r)

13. Haben Sie seit der U-Untersuchung, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben, die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt gewechselt?

- ja nein

15. Wie oft waren Sie seit der U-Untersuchung, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben, mit Ihrem Kind bei Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt?

- gar nicht
 1-2 Mal
 3-4 Mal
 5-6 Mal
 7 Mal oder mehr

16. *Filter: Wenn 15 = „gar nicht“, dann weiter mit Teil 2*

Was war der Grund für Ihren Besuch bzw. Ihre Besuche? (Mehrfachnennungen möglich)

- Durchführung einer weiteren U-Untersuchung.
 Mein Kind wurde geimpft.
 Mein Kind war akut krank z.B. Fieber, Husten, Bauchschmerzen.
 Mein Kind hatte einen Unfall / eine Verletzung.
 Mein Kind hat eine chronische Erkrankung/ Behinderung.
 Ich hatte Fragen zur Entwicklung meines Kindes.
 Sonstiger Anlass: _____

Teil 2: Fragen zu Schwangerschaft, Geburt und zu Ihrem Kind

In den nächsten Fragen geht es um die Schwangerschaft und die Geburt Ihres Kindes. Anschließend folgen Fragen zu Ihrem Kind.

17. Wann ist Ihr Kind geboren? _____ Monat _____ Jahr

18. Ist Ihr Kind ein Junge oder ein Mädchen? Junge Mädchen

	Ja	Nein
19. War die Schwangerschaft geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d.h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

21. Lag das Geburtsgewicht Ihres Kindes unter 2500 Gramm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

22. Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung oder eine schwere Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

23. Haben Sie / Hat die leibliche Mutter während der Schwangerschaft die Vorsorgeuntersuchungen bei der Frauenärztin / beim Frauenarzt / bei der Hebamme regelmäßig wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

	Ja	Nein
24. (Bei weiblichem Elternteil/Filter): Sind Sie zurzeit schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Beantwortung von einigen der folgenden Fragen ist vom Alter und Entwicklungsstand Ihres Kindes abhängig. Gerade jüngere Kinder werden viele Fähigkeiten erst entwickeln.

Bitte beantworten Sie die Fragen für Zeiten, in denen Ihr Kind gesund war und keine sonstigen außergewöhnlichen Ereignisse vorkamen.

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

Mein Kind ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
... ist meist fröhlich und zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist oft sehr trotzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat oft Wutanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steigert sich häufig in große Aufregung hinein bis es völlig erschöpft ist (z.B. wenn es wütend ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist häufig tagsüber schlecht gelaunt, z.B. weint und quengelt viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist schwer zu trösten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kübler, E. (2014). Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter. Entwicklung und Validierung eines Screening-Instruments zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Inaugural-Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität (LMU).

	Ja	Nein
Schreit und weint Ihr Kind manchmal insgesamt mehr als 3 Stunden am Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:		
Kommt das Schreien / Weinen an 3 oder mehr Tagen pro Woche vor?“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Schreien / Weinen schon seit 3 Wochen oder länger zu beobachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Sehr
Wie stark fühlen Sie sich durch Schreien / Weinen Ihres Kindes belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 3: Fragen zu Ihnen als Eltern

[EBI-Fragebogen (5 von 12 Subskalen) aus dem Testverfahren Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) in der deutschen Fassung nach Tröster (2011); kein Abdruck möglich, da lizenzpflichtiges Instrument]

Zur Erinnerung, falls Sie mehrere Kinder haben: Alle Fragen zu „Ihrem Kind“ beziehen sich auf das Kind, mit dem Sie bei der U-Untersuchung waren, bei der Sie der Teilnahme an dieser Befragung zugestimmt haben.

Bitte geben Sie im Folgenden an, inwieweit die Aussagen auf Sie zutreffen.

	Trifft genau zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Manchmal schreit mein Kind nur, um mich zu ärgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich außer mir bin, fasse ich mein Kind manchmal härter an, als ich es eigentlich richtig finde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich koche häufig innerlich vor Wut.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt viele Dinge in meinem Leben, die mich ärgern.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt genügend Menschen, die zeitweise die Betreuung m. K. übernehmen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mir Sorgen um mein Kind mache, habe ich genügend Menschen, die ich um Rat fragen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle Frage 1 & 2: Engfer A. (1984). Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. Universität München.

Quelle Frage 5 & 6: Tröster H. & Lange, S. (2019). Eltern von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Anforderungen, Belastungen und Ressourcen. Wiesbaden: Springer.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Ihre Gefühle als Eltern beziehen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob und in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	Stimme völlig zu
Probleme der Kindererziehung sind leicht zu lösen, wenn man verstanden hat, wie das eigene Handeln die Kinder beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde ein gutes Vorbild für andere junge Eltern abgeben, die lernen wollen, gute Eltern zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, die sich einer Mutter/einem Vater stellen, lassen sich in der Regel lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfülle meine persönlichen Erwartungen daran, wie ich mich um mein Kind kümmere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn jemand erkennen kann, was meinem Kind auf dem Herzen liegt, dann bin ich das.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich bedenke, wie lange ich schon Mutter/ Vater bin, dann fühle ich mich mit dieser Rolle sehr vertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich über alle notwendigen Fertigkeiten verfüge, um meinem Kind eine gute Mutter/ ein guter Vater zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In Anlehnung an Miller, Y. (2001). Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertation. Braunschweig: Technische Universität.

<i>Filter: Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft?</i>	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Fast immer	Immer
Die folgenden Fragen beziehen sich auf Erfahrungen in einer Partnerschaft.						
Wie oft kam es <u>im letzten halben Jahr</u> zu lautstarken Auseinandersetzungen zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?	<input type="checkbox"/>					
Wie oft denken Sie, dass die Dinge zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin im Allgemeinen gut laufen	<input type="checkbox"/>					
Können Sie sich auf Ihren Partner/Ihre Partnerin verlassen?	<input type="checkbox"/>					

Wurden Sie oder der andere Elternteil jemals wegen eines Gewaltdelikts angezeigt?	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie oder der andere Elternteil <u>im letzten Jahr</u> einmal Schwierigkeiten, einer Verpflichtung nachzukommen, weil Sie Alkohol oder Drogen konsumiert hatten? (z.B. zur Arbeit zu gehen oder Ihr Kind zu versorgen)	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf **Ihre eigene Kindheit**. Wie sehr treffen diese auf Sie zu?

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft vollkommen zu
In meiner Kindheit habe ich viel Liebe erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde daheim oft ungerecht behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Eltern haben mich oft hart bestraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Engfer A. (1984). Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. Universität München.

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Gefühle und Ihre Stimmung in der letzten Zeit.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Englische Version: Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4); Deutsche Version: © Prof. Dr. Bernd Löwe, 2015, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Wie stark hat Sie die Corona-Virus-Pandemie (COVID-19) im Laufe <u>der letzten 4 Wochen</u> in verschiedenen Lebensbereichen belastet?					
Die Corona-Virus-Pandemie belastete ...	Gar nicht	gering	mäßig	stark	sehr stark
... unsere familiäre Situation	<input type="checkbox"/>				
... unsere finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>				
... unsere berufliche Situation	<input type="checkbox"/>				
... mein psychisches Befinden	<input type="checkbox"/>				
... meine körperliche Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
	0	1	2	3	4

COVID-19-Belastungs-Screener (SEVERA)

Teil 4: Fragen zu Unterstützung und Hilfeangeboten

Es gibt spezielle Angebote, um Familien mit kleinen Kindern zu unterstützen. Wir möchten Sie erneut fragen, welche der folgenden Angebote Sie kennen, ob Sie dazu von Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt informiert wurden und ob Sie diese genutzt haben.

1.	a) Mir sind regionale Fachstellen der „Frühen Hilfen“ bzw. Koordinierende Kinderschutzzstellen „KoKi“ bekannt.		
	<i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.			
<i>Ja / Nein</i>			
d) Ich habe dieses Angebot genutzt.			
<i>Ja / Nein</i>			
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>			
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)			
<ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot aufzusuchen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot aufsuchen würde. 			
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen.			
<i>Ja / Nein</i>			

2.	a) Mir ist das Angebot eines einmaligen Willkommensbesuchs für Familien mit Babys (Besuch, bei dem Sie Informationen über Angebote für Eltern Ihrer Gemeinde bekommen) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>			
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 			
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>			

3.	a) Mir ist das Angebot der längerfristigen regelmäßigen Betreuung durch eine Familienhebamme oder eine/n Kinderkrankenpfleger/in über die reguläre Wochenbettbetreuung hinaus (bis zu 12 Monate) bekannt.	
	<i>Ja / Nein</i> Falls Ja:	

	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem genutzten Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="checkbox"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="checkbox"/> Die Familienhebamme bzw. der/die Kinderkrankenpfleger/in war zu stark ausgelastet. <input type="checkbox"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="checkbox"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="checkbox"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="checkbox"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="checkbox"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="checkbox"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="checkbox"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="checkbox"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="checkbox"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		

4.	<p>a) Mir ist das Angebot mehrmaliger ehrenamtlicher Besuche (längerfristige, regelmäßige Unterstützung zuhause durch eine/n Ehrenamtliche/n, z.B. eine Familienpatin) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p> <p><i>Falls Ja:</i></p>
----	--

	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>			
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 			
<i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>			

5.	a) Mir sind Beratungsangebote in einer Familien- oder Erziehungsberatungsstelle (z.B. zu Entwicklung, Trennung, allgemeinen Erziehungsfragen) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	<i>Falls Ja:</i>		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>

	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		

6.	a) Mir sind spezielle Beratungsangebote (z.B. zum Schreien/ Schlafen/ Füttern des Kindes) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		
	<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
	<i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme: Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
	<i>Falls Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		

7.	a) Mir sind Angebote im Familien- oder Stadtteilzentrum (z.B. Elterncafé) bekannt. <i>Ja / Nein</i>		
	Falls Ja:		
	b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert. <i>Ja / Nein</i>	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i>
	c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen. <i>Ja / Nein</i>		
	d) Ich habe dieses Angebot genutzt. <i>Ja / Nein</i>		

	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>
	<p><i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i></p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

8.	<p>a) Mir sind spezielle Angebote für z.B. für Alleinerziehende, Migrantinnen bzw. Migranten bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>Falls Ja:</p>		
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot, Migrantinnen bzw. Migranten informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>		
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>		

	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

9.	<p>a) Mir sind Telefon- bzw. Onlineberatungen (z.B. Elterntelefon, „Nummer gegen Kummer“, bke-elternberatung.de) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p> <p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht. <i>Ja / Nein</i></p>
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde.
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>

10.	<p>a) Mir sind Kurse für Eltern (z.B. „Starke Eltern-starke Kinder“, STEP-Konzept, „Kinder im Blick“) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...</p> <p><i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>
		<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</p> <p>Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 	

	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
--	---

11.	<p>a) Mir sind Eltern-Kind-Gruppen (z.B. Still-, Krabbelgruppen) bekannt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>Falls Ja:</p>	
	<p>b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	<p><i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren... <i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i></p>
		<p><i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>
	<p>c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p>d) Ich habe dieses Angebot genutzt.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	
	<p><i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot?</p> <p><i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i></p>	
	<p><i>Falls d) Nein:</i></p> <p><i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. ○ Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. ○ Es gab hier keine freien Plätze. ○ Mir fehlte dafür die Zeit. ○ Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. ○ Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. ○ Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. ○ Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. ○ Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. ○ Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. ○ Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. ○ Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 	
	<p><i>Falls d) Nein:</i> Ich habe es noch vor, dieses Angebot zu nutzen.</p> <p><i>Ja / Nein</i></p>	

12.	<p>a) Mir sind Angebote zur Frühförderung (z.B. bei Entwicklungsverzögerung oder angeborener Beeinträchtigung) bekannt.</p>
-----	--

	<i>Ja / Nein</i>	
	Falls Ja:	
b) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mich über dieses Angebot informiert.	<i>Falls Ja:</i> Die Informationen dazu waren...	<i>Falls Nein:</i> Ich hätte mir Informationen über dieses Angebot gewünscht bzw. gebraucht.
<i>Ja / Nein</i>	<i>zu viel / genau richtig / zu wenig</i>	<i>Ja / Nein</i>
c) Die Kinderärztin / Der Kinderarzt hat mir konkret empfohlen, dieses Angebot zu nutzen.		
<i>Ja / Nein</i>		
d) Ich habe dieses Angebot genutzt.		
<i>Ja / Nein</i>		
<i>Falls d) Ja:</i> Wie zufrieden waren Sie mit dem Angebot? <i>Sehr zufrieden/ Eher zufrieden/ Weder zufrieden noch unzufrieden/ Eher unzufrieden/ Sehr unzufrieden</i>		
<i>Falls d) Nein:</i> <i>Gründe für (antizipierte) Nicht-Inanspruchnahme:</i> Was waren Ihre Gründe, dieses Angebot <u>nicht</u> zu nutzen? (Mehrfachnennung möglich)		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In meiner Umgebung gibt es das Angebot nicht. <input type="radio"/> Aufgrund der Corona-Virus-Pandemie gibt es das Angebot aktuell nicht. <input type="radio"/> Es gab hier keine freien Plätze. <input type="radio"/> Mir fehlte dafür die Zeit. <input type="radio"/> Unsere Familie hat keine Probleme, wofür es ein solches Angebot braucht. <input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass uns dieses Angebot helfen wird. <input type="radio"/> Das Angebot passt nicht zu mir und meiner Familie. <input type="radio"/> Ich bin mir unsicher, ob ich umsetzen kann, was mir in dem Angebot vorgeschlagen wird. <input type="radio"/> Ich habe Sorge, dass mir jemand vorschreiben will, was ich mit meinem Kind zu tun und zu lassen habe. <input type="radio"/> Ich bin der Meinung, dass ich alles mit meinem Kind alleine schaffen muss. <input type="radio"/> Es ist mir peinlich, das Angebot zu nutzen. <input type="radio"/> Meine Familie und Freundinnen/ Freunde fänden es nicht gut, wenn ich dieses Angebot nutzen würde. 		
<i>Falls Nein:</i> Ich habe es noch vor , dieses Angebot zu nutzen.		
<i>Ja / Nein</i>		

13.	a) Mir ist das Angebot der Hebammenhilfe nach der Geburt (bis zu 12 Wochen) bekannt. (Inanspruchnahme über die Krankenkasse)
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

14.	a) Mir sind medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt (z.B. Rückbildungskurs) bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

Im Folgenden geht es um spezielle Angebote während ihrer aktuellen Schwangerschaft:

	Filter: Wenn Frage nach aktueller Schwangerschaft bejaht (Teil 2, Frage 24)
15.	a) Mir sind Schwangerschaftsberatungsstellen bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein</i>

	Filter: Wenn Frage nach aktueller Schwangerschaft bejaht (Teil 2, Frage 24)
16.	a) Mir sind Geburtsvorbereitungskurse bekannt.
	<i>Ja / Nein</i>
	Falls Ja:
	b) Ich habe dieses Angebot genutzt.
	<i>Ja / Nein, aktuell noch zu früh, aber ich habe es vor / Nein, ich habe es auch nicht vor</i>

Sie sind am Ende der Befragung angekommen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Dies war die letzte Befragung des Forschungsprojekts "Kinderärztliche Praxen und Frühe Hilfen". Wenn Sie an allen drei Befragungen teilgenommen haben, erhalten Sie in den kommenden Tagen einen 30 € - Gutschein von Amazon.de per E-Mail.

Operationalisierung der psychosozialen Belastung (familienseitig)

Belastungsfaktor	Beschreibung	Anzahl Items	Inhalte der Items	Scoring	Grenzwert
A) Lebenssituation der Familie					
Alleinerziehend/ Stieffamilie	Bezugsperson lebt getrennt oder mit neuem Partner (Lorenz et al., 2020)	3	Partnerschaft, gleicher Haushalt, leiblicher Elternteil	Nein = 0, Ja = 1; $0 \leq \sum(\text{Items}) \leq 3$	= 0
Niedrige Bildung	Eltern besitzen keinen beruflichen Abschluss und höchstens Haupt- oder Realschulabschluss (Lorenz et al., 2020)	2	Beruflicher Abschluss, Schulabschluss (>5 Jahre)	Nein = 0, Ja = 1; $0 \leq \sum(\text{Items}) \leq 2$	= 0
Armutrisiko	Bezug staatlicher Sozialleistungen (SGB II) (Lorenz et al., 2020)	1	Bezug staatlicher Sozialleistungen in den letzten 12 Monaten	Nein = 0, Ja = 1	= 1
Mehrere kleine Kinder	Im Haushalt leben drei oder mehr Kinder im Alter von 0-36 Monaten (Lorenz et al., 2020)	3	Anzahl Kinder < 1 Jahr, < 2 Jahre, < 3 Jahre	Anzahl Kinder < 3 Jahre	≥ 3
Beengte Wohnverhältnisse	$\leq 24,6 \text{ m}^2$ Wohnfläche pro Person (Lorenz et al., 2020; OECD, no date; Sagner, 2021)	4	Wohnfläche, Anzahl Personen im Haushalt, Anzahl Kinder < 18 Jahren, Anzahl Kinder zw. 14-17 Jahren	$\text{Wohnfläche}/(1 + 0.7*(\text{Personen im Haushalt} - 1 \text{ inkl. Kinder} \geq 14 \text{ Jahren}) + 0.5*(\text{Kinder} < 14 \text{ Jahren}))$	$\leq 24,6 \text{ m}^2$
Partnerschaftskonflikte	Häufige partnerschaftliche Auseinandersetzungen (Schauer & Ruf-Leuschner, 2013)	1	Häufigkeit lautstarker partnerschaftlicher Auseinandersetzungen im letzten halben Jahr	Nie = 1 Selten = 2 Manchmal = 3 Häufig = 4 Fast immer = 5 Immer = 6	≥ 4
Fehlende soziale Unterstützung	keine oder zu wenig soziale Unterstützung für eine zeitweise Betreuung des Kindes oder bei Fragen/Problemen (Tröster, 1999)	2	Es gibt genügend Menschen für zeitweise Betreuung des Kindes? Es gibt genügend Menschen für Rat bei Sorgen um das Kind?	Trifft genau zu = 0 Trifft eher zu = 1 Trifft eher nicht zu = 2 Trifft gar nicht zu = 3 $0 \leq \sum(\text{Items}) \leq 6$	≥ 5

Belastungsfaktor	Beschreibung	Anzahl Items	Inhalte der Items	Scoring	Grenzwert
B) Persönliche Voraussetzungen für die Bewältigung der Fürsorgeanforderung					
Junges Alter der Mutter	Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ≤ 21 Jahre alt (Lorenz et al., 2020)	3	Die leibliche Mutter beantwortet den Fragebogen, Alter, besuchte U-Untersuchung	Im Falle der leiblichen Mutter: Alter der Mutter bei Geburt errechnet ü. Alter – regulärer Zeitpunkt der U-Untersuchung	≤ 21
Zweifel an der eigenen erzieherischen Kompetenz	Unsicherheit, den elterlichen Anforderungen in Erziehung und Betreuung des Kindes gewachsen zu sein (Eltern-Belastungs-Inventar EBI - Skala Elterliche Kompetenz, Tröster, 2011)	4	Einige Dinge in der Erziehung sind schwerer als erwartet, Mutter/Vater zu sein ist schwieriger als erwartet, Unsicherheit den Anforderungen gewachsen zu sein, mit einigen Aufgaben nicht gut zurecht kommen	Trifft genau zu = 5 Trifft eher zu = 4 Nicht sicher = 3 Trifft eher nicht zu = 2 Trifft gar nicht zu = 1 $4 \leq \sum(\text{items}) \leq 20$	≥ 11
Anzeige wegen Gewaltdelikt	Ein Elternteil wurde jemals wegen eines Gewaltdelikttes angezeigt (Lorenz et al., 2020)	1	Anzeige wegen Gewaltdelikt	Nein = 0, Ja = 1	= 1
Negative Kindheitserfahrungen	Ungerechte Behandlungen, harte Bestrafungen oder mangelnde Erfahrung von Liebe in der eigenen Kindheit (Fragebogen zur Erfassung der Erziehungseinstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter EMKK, Engfer, 1984; Engfer & Codreanu, 1984)	3	Wenig Liebe in Kindheit erfahren, oft ungerecht behandelt, oft hart bestraft worden sein	Trifft vollkommen zu = 3 Trifft eher zu = 2 Trifft eher nicht zu = 1 Trifft überhaupt nicht zu = 0 $0 \leq \sum(\text{items}) \leq 9$	≥ 5

Belastungsfaktor	Beschreibung	Anzahl Items	Inhalte der Items	Scoring	Grenzwert
C) Psychische Gesundheit der Eltern					
Impulsivität/ Ärgerneigung	Bezugsperson ist oft innerlich wütend/verärgert (EMKK, Engfer, 1984; Engfer & Codreanu, 1984)	2	oft wütend, verärgert über viele Dinge	Trifft genau zu = 3 Trifft eher zu = 2 Trifft eher nicht zu = 1 Trifft gar nicht zu = 0 $0 \leq \sum(\text{items}) \leq 6$	≥ 4
Hinweise auf Substanzmissbrauch	Schwierigkeiten im Laufe des letzten Jahres, Verpflichtungen aufgrund von Alkohol- oder Drogenkonsum nachzukommen (Löwe et al., 2002)	1	Schwierigkeiten Verpflichtungen nachzukommen aufgrund Alkohol- oder Drogenkonsum	Nein = 0, Ja = 1	= 1
Depression oder Angst	Symptome einer Depression oder Angststörung (Patient Health Questionnaire – PHQ-4, Löwe et al., 2010)	4	Wenig Interesse/ Freude an Tätigkeiten, Niedergeschlagenheit/ Schwermut/ Hoffnungslosigkeit, Nervosität/ Ängstlichkeit/ Anspannung, unkontrollierte Sorgen	Überhaupt nicht = 0 An einzelnen Tagen = 1 An mehr als der Hälfte der Tage = 2 Beinahe jeden Tag = 3 $0 \leq \sum(\text{items}) \leq 12$	≥ 6
D) Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber dem Kind					
Ungeplante Schwangerschaft	Schwangerschaft war nicht geplant (Lorenz et al., 2020)	1	Geplante Schwangerschaft	Nein = 0, Ja = 1	= 0
Unregelmäßige Vorsorge	Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wurden nicht regelmäßig wahrgenommen (Lorenz et al., 2020)	1	Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrgenommen	Nein = 0, Ja = 1	= 0
Negative Attribution	Einschätzung, dass das Kind manchmal nur schreien würde, um Eltern zu provozieren (EMKK, Engfer, 1984; Engfer & Codreanu, 1984)	1	Wahrnehmung, dass das Kind manchmal nur schreit, um Eltern zu provozieren (zu „ärgern“)	Trifft genau zu = 3 Trifft eher zu = 2 Trifft eher nicht zu = 1 Trifft gar nicht zu = 0	≥ 2

Belastungsfaktor	Beschreibung	Anzahl Items	Inhalte der Items	Scoring	Grenzwert
E) Besondere Fürsorgeanforderung durch das Kind					
Perinatale Probleme	Frühgeburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche oder Geburtsgewicht unter 2500 g (Lorenz et al., 2020)	2	Frühgeburt, Geburtsgewicht < 2500g	Nein = 0, Ja = 1 $0 \leq \sum(\text{items}) \leq 2$	≥ 1
Negative Affektivität	Negative Emotionalität und/oder häufige Wutz- bzw. Trotzanfälligkeiten (EMKK, Engfer, 1984; Engfer & Codreanu, 1984)	6	Kind ist selten fröhlich, ist oft sehr trotzig, hat oft Wutanfälle, steigert sich häufig in große Aufregung hinein, häufig schlecht gelaunt, schwer zu trösten	Trifft vollkommen zu = 4 Trifft eher zu = 3 Trifft eher nicht zu = 2 Trifft überhaupt nicht zu = 1 $6 \leq \sum(\text{items}) \leq 24$	≥ 15
Behinderung oder Erkrankung	Das Kind hat eine Behinderung oder schwere Erkrankung (Lorenz et. al, 2020)	1	Behinderung oder eine schwere Erkrankung	Nein = 0, Ja = 1	= 1
Belastendes Schreiverhalten	Belastendes Schreiverhalten (Wessel et al., 1954)	3	Kind schreit für mehr als 3 Stunden/Tag an 3 oder mehr Tagen/Wochen über 3 oder mehr Wochen	Nein = 0, Ja = 1 $0 \leq \sum(\text{items}) \leq 3$	= 3
F) Problematisches Fürsorgeverhalten					
Schwierigkeiten, sich in das Kind einzufühlen	Beeinträchtigung in der emotionalen Beziehung zum Kind; Schwierigkeiten, die Bedürfnisse des Kindes zuverlässig einzuschätzen (EBI Skala Bindung, Tröster, 2011)	4	Schwierigkeiten sich in das Kind einzufühlen; Schwierigkeiten die Bedürfnisse des Kindes einzuschätzen; Wunsch besser nachzuempfinden, was im Kind vorgeht; Gefühl für Nähe zum Kind dauert länger	Trifft genau zu = 5 Trifft eher zu = 4 Nicht sicher = 3 Trifft eher nicht zu = 2 Trifft gar nicht zu = 1 $4 \leq \sum(\text{items}) \leq 20$	≥ 11
Tendenz zur Überreaktion	Bezugsperson fasst Kind manchmal härter an, als sie es für richtig empfindet (EMKK, Engfer, 1984; Engfer & Codreanu, 1984)	1	Härteres Anfassen des Kindes	Trifft genau zu = 3 Trifft eher zu = 2 Trifft eher nicht zu = 1 Trifft gar nicht zu = 0	≥ 2

Referenzen:

- Engfer, A. (1984). Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. München: Universität.
- Engfer, A., & Codreanu, N. (1984). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erhebung der Einstellung von Müttern mit Kindern im Kleinkindalter. Institut für Humanwissenschaften: Psychologie, Paderborn.
- Lorenz, S., Ulrich, S.M., Sann, A., & Liel, C. (2020). Selbstberichtete psychosoziale Belastungen von Eltern mit Kleinkindern: Ergebnisse der Studie "Kinder in Deutschland - KID 0-3". Dtsch Arztebl Int., 117(42):709–16.
- Löwe, B., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/pdf_Material/PHQ_Komplett_Fragebogen1.pdf. Zugriff: 16 Feb. 2022.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K. et al. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord., 122(1-2):86–95.
- OECD. 'What are equivalence scales? OECD project on income distribution and poverty. <https://www.oecd.org/els/soc/OECD-Note-EquivalenceScales.pdf>. Zugriff: 16 Feb. 2022.
- Sagner, P. (2021). Wer wohnt wie groß? IW-Kurzbericht 11/2021. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Schauer, M., & Ruf-Leuschner, M. (2013). KINDEX (Interview): Pränatale Erfassung psychosozialer Risiken für eine gesunde Entwicklung – Der Konstanzer INDEX: Universität Konstanz. URL: <https://www.babyforum-landkreis-konstanz.de/de/aktuelles/KINDEX-Interview.pdf>. Zugriff: 16 Feb. 2022.
- Tröster, H. (1999). Anforderungen und Belastungen von Müttern mit anfallskranken Kindern. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 8:53–64.
- Tröster, H. (2011). Eltern-Belastungs-Inventar (EBI). Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. 1st ed. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Wessel, M.A., Cobb, J.C, Jackson, E.B., Harris, G. S., Jr., & Detwiler, A.C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics, 14(5):421–35.



***Fragebogen zur ärztlichen Einschätzung der familiären Belastungssituation
Interventionsgruppe***

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach Abschluss der U-Untersuchung mit einer an der P.A.T.H.-Studie teilnehmenden Familie.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Schätzen Sie die Familie als psychosozial belastet ein?

- Nein ➡ **Bitte weiter mit Frage 6!**
 Ja

**2. Wie stark schätzen Sie die psychosoziale Belastung der Familie ein?**

- geringe Belastung
 mittelmäßige Belastung
 starke Belastung
 äußerst starke Belastung

3. Wie würden Sie die Familie gemäß der Schulung zu „Fallfindung und motivierendem Elterngespräch“ beschreiben?

- „grüne Familie“ (die Familie ist ratsuchend und informiert)
 „gelbe Familie“ (die Familie ist ratsuchend, aber nicht informiert)
 „rote Familie“ (die Familie ist nicht ratsuchend und nicht informiert)

4. Haben Sie die wahrgenommenen Belastungen der Familie angesprochen?

- Ja ➡ **Bitte weiter mit Frage 5!**
 Nein ➡ **Bitte weiter mit Frage 6!**

5. Wie gut gelang es Ihnen, die wahrgenommenen Belastungen mit den Eltern in der U-Untersuchung zu besprechen?

- sehr gut
 eher gut
 mittelmäßig
 eher schlecht
 sehr schlecht

6. Wie schätzen Sie den Bedarf für zusätzliche Unterstützungsangebote bei dieser Familie ein?

- kein Bedarf
 geringer Bedarf
 mittelmäßiger Bedarf
 großer Bedarf



***Fragebogen zur ärztlichen Einschätzung der familiären Belastungssituation
Kontrollgruppe***

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach Abschluss der U-Untersuchung mit einer an der P.A.T.H.-Studie teilnehmenden Familie.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Schätzen Sie die Familie als psychosozial belastet ein?

- Nein ➡ **Bitte weiter mit Frage 5!**
 Ja

**2. Wie stark schätzen Sie die psychosoziale Belastung der Familie ein?**

- geringe Belastung
 mittelmäßige Belastung
 starke Belastung
 äußerst starke Belastung

3. Haben Sie die wahrgenommenen Belastungen der Familie angesprochen?

- Ja ➡ **Bitte weiter mit Frage 4!**
 Nein ➡ **Bitte weiter mit Frage 5!**

4. Wie gut gelang es Ihnen, die wahrgenommenen Belastungen mit den Eltern in der U-Untersuchung zu besprechen?

- sehr gut
 eher gut
 mittelmäßig
 eher schlecht
 sehr schlecht

5. Wie schätzen Sie den Bedarf für zusätzliche Unterstützungsangebote bei dieser Familie ein?

- kein Bedarf
 geringer Bedarf
 mittelmäßiger Bedarf
 großer Bedarf



Nationales Zentrum
Frühe Hilfen



Gefördert durch:



Fragebogen zur Beschreibung der kinderärztlichen Praxis

Im Folgenden möchten wir Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrer Person und Ihrer praktischen Tätigkeit sowie zu einigen strukturellen Merkmalen Ihrer kinderärztlichen Praxis stellen. Diese Informationen benötigen wir, um die Stichprobe der an der P.A.T.H.-Studie teilnehmenden Ärztinnen bzw. Ärzte und deren Praxen besser beschreiben zu können. Diese Beschreibung erfolgt selbstverständlich in anonymer Form.

Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und beantworten Sie alle Fragen. In der Regel kann nur eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte antworten Sie jeweils so, wie es für Sie und Ihre Praxis zutrifft. Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 5 Minuten dauern.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Zunächst geht es um Ihre Person und Ihre kinderärztliche Praxis.

1. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

2. Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich männlich divers

3. Wie lange sind Sie schon als Kinderärztin bzw. Kinderarzt tätig?

Seit _____ Jahr(en)

4. Wie lange sind Sie schon als Kinderärztin bzw. Kinderarzt in einer niedergelassenen Praxis tätig?

Seit _____ Jahr(en)

5. In welchem beruflichen Kontext arbeiten Sie?

Ich bin ...

selbstständig niedergelassene/r Ärztin bzw. Arzt in einer Einzelpraxis.

niedergelassene/r Ärztin bzw. Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Wenn zutreffend: Wie viele Ärztinnen bzw. Ärzte sind in Ihrer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (inkl. Ärztinnen bzw. Ärzte in Weiterbildung)?

_____ Ärztinnen bzw. Ärzte

Angestellte bzw. Angestellter in einer niedergelassenen Praxis.

Auf der folgenden Seite geht es weiter. →

In den folgenden Fragen geht es um Merkmale der Familien, die in Ihre Praxis kommen, und um verschiedene Aspekte Ihrer kinderärztlichen Tätigkeit.

6. Wie schätzen Sie die Lebensverhältnisse der Familien ein, die in Ihre Praxis kommen?

Die Familien, die meine/unsere Praxis aufsuchen, kommen ...

- ... überwiegend aus schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen
- ... zu etwa gleichen Teilen aus schwierigen wie aus gesicherten sozioökonomischen Verhältnissen
- ... überwiegend aus gesicherten sozioökonomischen Verhältnissen

7. Wie viele U-Untersuchungen führen Sie im Monat etwa durch?

ca. _____ U-Untersuchungen

**8. Bezogen auf Familien, die zu einer U3-U7a in Ihre Praxis kommen:
Wie groß schätzen Sie den Anteil an Familien ein, bei denen psychosoziale Belastungen bestehen, die für die weitere kindliche Entwicklung bedeutsam sind?**

ca. _____ % der Familien

9. Wie groß schätzen Sie den Anteil der psychosozial belasteten Familien ein, für die zusätzliche Unterstützungsangebote hilfreich wären?

ca. _____ % der psychosozial belasteten Familien

10. Wie sicher fühlen Sie sich darin, psychosozial belastete Familien zu erkennen?

- sehr unsicher
- unsicher
- eher unsicher
- teils/ teils
- eher sicher
- sicher
- sehr sicher

11. Verwenden Sie einen Fragebogen zur Abklärung psychosozialer Belastungen bei Familien? Ja

Falls Ja: Welchen Fragebogen nutzen Sie? _____

 Nein**12. Wie sicher fühlen Sie sich darin, psychosozial belastete Familien zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu motivieren?** sehr unsicher unsicher eher unsicher teils/ teils eher sicher sicher sehr sicher**13. Haben Sie bereits an einer Fortbildung zum Themenbereich Frühe Hilfen/ Unterstützungsangebote für psychosozial belastete Familien teilgenommen?** Ja, und zwar (bitte spezifizieren): _____ Nein**14. Wie gut sind Sie mit dem Konzept Frühe Hilfen vertraut?** gar nicht ein wenig einigermaßen ziemlich voll und ganz

15. In welchem Maß ist Ihre Praxis mit Angeboten der Frühen Hilfen vernetzt?

- gar nicht
- ein wenig
- einigermaßen
- stark
- sehr stark

16. Nehmen Sie regelmäßig an Austauschformaten (z.B. Stammtische, Qualitätszirkel o.ä.) teil, bei denen auch die Vernetzung mit Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe adressiert wird?

- Ja, und zwar (bitte spezifizieren): _____
- Nein

17. Verfügt Ihre Praxis über besondere Angebote für psychosozial belastete Familien (z.B. sozialpädagogische Beratungsstunden in der Praxis)?

- Ja, und zwar (bitte spezifizieren): _____
- Nein

18. Hat Ihre Praxis während der Teilnahme an der PATH-Studie an anderen wissenschaftlichen Studien teilgenommen?

- Ja, und zwar (bitte spezifizieren): _____
- Nein

***Vielen Dank für die Bearbeitung dieses Fragebogens
und Ihre Unterstützung des PATH-Projektes!***

Zielgruppe Eltern

– Interview-Leitfaden –

Im Rahmen der Evaluation der P.A.T.H.-Intervention des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen/BZgA (NZFH) führt Univation 40 qualitative Interviews durch. Befragt werden Familien, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Netzwerkpartner. Für die drei Gruppen werden jeweils eigene Interviewleitfäden entwickelt. Die geplante Interviewdauer liegt bei den Eltern bei ca. 45 Minuten.

Es handelt sich hierbei um **teilstrukturierte Leitfäden**. Es wird stets so vorgegangen, dass pro übergeordneter Frage bzw. Themenblock zunächst mit narrativer Interviewform gestartet wird, d.h. mit einer erzählungsgenerierenden, offenen Einstiegsfrage, bei der die interviewte Person frei erzählt und selbst die Themen anspricht, die eine hohe persönliche Relevanz besitzen. Die Interviewenden stellen dabei nur Aufrechterhaltungsfragen. Sollte der Erzählfluss stocken und relevante Themen noch nicht (ausreichend) angesprochen werden, wird im weiteren Verlauf strukturierter nachgefragt (problemzentriertes Interview).

1 Leitfaden Eltern

Zeitungfang: grau = optional

Dauer	Thema/Fragen
5	Zum Projekt, Interview und Datenschutz, Hinweis auf die NZFH Website
	Vorstellung:
	Ich bin X, ich werde das Interview mit Ihnen heute durchführen.
	Projekt:
	<i>Teilnehmende sind über das Projekt und Interview bereits informiert. Bei Bedarf folgende Information zur Erinnerung bringen:</i>
	Über Ihre Kinderärztin bzw. Ihren Kinderarzt haben Sie von dem Projekt „Kinderärztliche Praxen und Frühe Hilfen“ erfahren. Vielen Dank, dass Sie daran teilnehmen. Mit Ihrer Beantwortung der Online-Befragung haben Sie schon einen wichtigen Beitrag zur Studie gemacht. Heute würden wir gerne mit Ihnen über Ihre letzten Besuche bei Ihrer Kinderärztin bzw. Ihrem Kinderarzt sprechen und mehr darüber erfahren, was dort besprochen wurde, wie Sie das Gespräch erlebt haben und wie es dann weiterging.
	Interview:
	Ich werde Ihnen im Laufe des Gesprächs einige Fragen stellen. Sie können frei entscheiden, ob Sie die Fragen beantworten möchten oder nicht. Sie können gerne auch eigene Themen in das Gespräch einbringen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind.
	Datenschutz:
	Wir zeichnen das Gespräch digital auf. Dies hilft uns bei der Verschriftlichung Ihrer Aussagen. Die Aufnahmen werden nicht weitergegeben und nach Erstellung eines schriftlichen Protokolls gelöscht. Die Auswertung selbst erfolgt anonymisiert. Keiner wird später erkennen können, wer eine Aussage gemacht hat. In Berichten steht dann bspw. «eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer sagt, dass».
	Haben Sie noch Fragen, bevor wir anfangen?
	AUFNAHME STARTEN

Dauer	Thema/Fragen
	<p>Die Informationen zum Datenschutz wurden Ihnen im Vorfeld zugeschickt und heute von mir erneut kurz erläutert.</p> <p>Sind Sie mit der Verwendung Ihrer Angaben wie beschrieben einverstanden und nehmen Sie freiwillig am Interview teil?</p>
5	<p>Eröffnungsfragen/Warm-Up</p> <p>Erzählen Sie doch zu Beginn ein bisschen über sich: Wie alt sind Sie und wie viele Kinder haben Sie? Falls mehrere Kinder in der Altersspanne 0-3 Jahre: In unserem Gespräch soll es um das Kind gehen, auf das Sie sich auch in der Online-Befragung bezogen haben. Wer gehört noch zu Ihrem Haushalt? (um herauszufinden, ob die Mutter mit einem Partner / dem Vater der Kinder zusammenlebt) Sind Sie berufstätig oder noch in Elternzeit? Welchen Beruf üben Sie (und Ihr Partner) aus?</p>
	<p>Jetzt würde ich gerne mit Ihnen über das Thema Kinderarzt sprechen. Welche Eigenschaften eines Kinderarztes/einer Kinderärztin sind Ihnen grundsätzlich wichtig?</p> <p>Wie lange sind Sie schon bei Ihrer derzeitigen Kinderärztin/ Ihrem derzeitigen Kinderarzt? Warum gehen Sie mit Ihrem Kind gerade zu diesem Arzt/ dieser Ärztin? Bitte erzählen Sie mehr zu Ihren Erfahrungen.</p>
10	<p>Thematisierung der Belastung in der U-Untersuchung</p> <p>Ich würde jetzt gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen bei der Kinderärztin/ beim Kinderarzt sprechen. Bitte denken Sie sich einmal zurück an die letzten Praxis-Besuche mit Ihrem Kind, um das es in dieser Befragung geht. Können Sie mir erzählen, worum es bei diesen Terminen ging?</p> <p>Mögliche Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ U-Untersuchung/ sonstiger Termin ○ Welche U-Untersuchung war das? ○ Worum ging es bei diesen Terminen? Was wurde dort alles besprochen? <p>Ging es bei einem der letzten Besuche auch um Themen, die über das rein Medizinische bzw. die gesundheitliche Entwicklung Ihres Kindes hinausgingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ging es auch um Verhaltensweisen oder Eigenschaften Ihres Kindes, die für Sie als Mutter/ Vater besonders herausfordernd oder belastend sind? ○ Ging es auch um Sie als Mutter/ Vater, Ihre familiäre Situation und die Anforderungen im Familienalltag? <p>Wenn nein, aber falls hier bereits von Informationen zu Hilfsangeboten erzählt wird, die der Arzt überreicht hat: möglichst nicht direkt Abschnitt EXIT, sondern explorieren, warum der Arzt diese Informationen ausgehändigt hat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was glauben Sie, warum hat der Arzt Ihnen diese Infos gegeben? Was war der Anlass dafür? Mögliche Nachfrage: <ul style="list-style-type: none"> ○ Meinen Sie, dass diese Infos allen Eltern gegeben werden, oder gab es dafür einen bestimmten Grund? <p>Falls dann noch Belastungen angesprochen werden: weiter mit den folgenden Fragen. Falls keine Belastungen angesprochen werden: weiter mit Abschnitt „Lösungsmöglichkeiten und Hilfsangebote mit der Frage: Können Sie mir bitte erzählen wie das abgelaufen ist (die Information über Angebote)?</p>

Dauer	Thema/Fragen
	<p>Wenn ja: Hat die Kinderärztin / der Kinderarzt einen Fragebogen oder ähnliches genutzt bzw. ausgefüllt, als er mit Ihnen über diese Themen gesprochen hat?</p> <p>Wenn ja: Erinnern Sie sich noch, bei was für einem Termin bzw. Besuchsanlass beim Kinderarzt das thematisiert wurde?</p>
	<p>Ansprache der Belastungssituation</p> <p>Bitte erzählen Sie, wann und wie es dazu gekommen ist, dass dieses Thema angesprochen wurde und wie es dann weiterging.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <p>Haben Sie das selbst angesprochen oder die Ärztin/ der Arzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was waren die Gründe, dass Sie dieses Thema bei Ihrem Kinderarzt angesprochen haben, was haben Sie sich davon erwartet oder erhofft? oder: Was glauben Sie, warum hat Ihr Kinderarzt dieses Thema angesprochen? ○ Was war der Anlass, dass der Arzt Ihnen das alles erzählt hat, oder denken Sie, das wird allen Eltern gesagt?
	<p>Bitte erzählen Sie mehr dazu, wie Sie sich dabei gefühlt haben, als dieses Thema angesprochen wurde, und wie Sie den weiteren Gesprächsverlauf empfunden haben.</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie das genauso gesehen wie Ihr Arzt/ Ihre Ärztin, oder hatten Sie eine andere Sichtweise der Situation? ○ Konnten Sie frei und offen über dieses Thema sprechen? Woran lag das? ○ Haltung der Kinderärztin/ des Kinderarztes/ Gespräch „auf Augenhöhe“? Fühlten Sie sich ernstgenommen? ○ Wieviel Zeit und Raum gab es, um über dieses Thema zu sprechen?
10	<p>Lösungsmöglichkeiten und Hilfsangebote</p> <p>Wurden in dem Gespräch auch über Lösungswege für diese Situation gesprochen? Worüber genau haben Sie gesprochen?</p> <p>Hat die Ärztin/ der Arzt mit Ihnen darüber gesprochen, <u>wie Sie selbst</u> die Situation meistern können, also was Sie zuhause bzw. in der Familie machen können? Bitte erzählen Sie mehr dazu.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie vielleicht mit Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt konkrete Schritte vereinbart, die Sie selbst umsetzen können? Welche? ○ Haben Sie im Rahmen <u>mehrerer</u> Untersuchungen darüber gesprochen, wie Sie mit der Situation weiterkommen, also hat Ihre Ärztin/ Ihr Arzt beim nächsten Termin nochmal nachgefragt? Bitte erzählen Sie mehr dazu. <p>Hat die Ärztin/ der Arzt mit Ihnen auch darüber gesprochen, welche <u>Unterstützungsmöglichkeiten und Angebote für Familien es in Ihrer Gemeinde/ Stadt</u> für Ihre Situation gibt, also wo Sie sich evtl. Hilfe und Unterstützung holen können?</p> <p>Wenn nein: Hätten Sie sich das gewünscht? → weiter Abschnitt D) Hilfsangebote wurden nicht gemacht</p> <p>→ Wenn ja: Können Sie mir bitte erzählen wie das abgelaufen ist?</p> <p>Wenn ja: Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wie war die Haltung Ihrer Ärztin/ Ihres Arztes Ihnen gegenüber? Erzählen Sie bitte mehr dazu.</p> <p>Wenn ja: Wurden Ihnen eine Anlaufstelle/ Koordinierungsstelle für Familien bzw. Frühe Hilfen genannt, oder wurde Ihnen bereits ein konkretes Angebot vorgeschlagen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p>

Dauer	Thema/Fragen
	<ul style="list-style-type: none"> Wie konkret waren die Informationen über das Angebot? (Hat die Ärztin/ der Arzt einen Ansprechpartner (namentlich) genannt? Kontaktdaten mitgeteilt? Flyer ausgehändigt?)
	Wenn ja: Welche konkreten Angebote wurden genannt?
	Wenn ja: Wurde Ihnen Unterstützung bei der Kontaktaufnahme angeboten? (z.B. mit Ihnen zusammen dort anzurufen, Sie dort „anzukündigen“ o.ä.)
	Wenn nein: Hätten Sie sich das gewünscht?
	Wie groß war spontan Ihr Interesse, bei so einem Angebot mitzumachen? Welche Gründe gab es dafür?
	Alternativ falls aktuell kein Bedarf: Wie groß war spontan Ihr Interesse, bei so einem Angebot mitzumachen, falls sich mal ein Bedarf dafür ergeben sollte?
	Welche <u>Erwartungen</u> hatten Sie an das Angebot? Was haben Sie sich <u>darunter vorgestellt</u> ?
	<u>Mögliche Nachfrage:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> Was dachten Sie darüber, wie das Angebot zu Ihnen, Ihrer Familie und Ihrer Situation passt? Als wie hilfreich haben Sie sich das vorgestellt?
	Hatten Sie <u>Bedenken/ Einwände</u> gegen das Angebot und wenn ja, welche? Also gab es irgendwas, das aus Ihrer Sicht dagegensprach, so ein Angebot anzunehmen?
	Konnte die Kinderärztin/ der Kinderarzt diese Bedenken ausräumen? Wie/ warum ist ihr/ ihm das (nicht) gelungen?
	Hatten Sie das Gefühl, dass Sie ganz frei selbst entscheiden können, ob Sie das Angebot annehmen, oder haben Sie eine gewisse Form von Druck verspürt? Woran lag das?
	Was haben Sie mit Ihrer Kinderärztin/ Kinderarzt zum Thema Rückmeldung zum Angebot vereinbart?
	<u>Mögliche Nachfrage:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> Hat er / sie darum gebeten, ihr/ ihm Rückmeldung zu geben, ob Sie das Angebot in Anspruch genommen haben und wie es Ihnen damit ging?
	Bitte erzählen Sie, wie es nach diesem Gespräch mit Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt (zu Belastungen und Lösungsmöglichkeiten bzw. Unterstützungsangeboten) weiter ging und was Sie ggf. in dieser Richtung unternommen haben.
	Haben Sie bereits Kontakt zu den empfohlenen oder auch anderen Angeboten / den genannten Ansprechpartnern aufgenommen oder planen Sie das noch? (wenn noch nicht beantwortet)
	Alternativ falls aktuell kein Bedarf: Würden Sie denn ein solches Angebot annehmen, falls sich ein Bedarf dafür ergibt, oder sehen Sie das eher nicht für sich?
	Wenn ja: Alternative B)
	Wenn nein: Alternative C)
	→ weiter Alternative A), B) oder C)
10	Alternative A): Hilfsangebot ANGENOMMEN
	Sie haben also mit dem Angebot X/ mit der Person X, (ggf.: auf das/ die Ihre Ärztin/ Ihr Arzt hingewiesen hat), Kontakt aufgenommen. Beschreiben Sie mir doch bitte, wie Sie dabei vorgegangen sind und wie es dann weiterging.
	Wenn unklar: Haben Sie das vorgeschlagene Angebot/ Person aufgesucht/ kontaktiert, oder sich selbst etwas anderes gesucht?
	Wenn anderes gesucht:
	Aus welchem Grund haben Sie sich ein anderes Angebot gesucht anstatt den Vorschlag Ihrer Ärztin/ Ihres Arztes anzunehmen?
	Woher war Ihnen dieses andere Angebot bekannt?

Dauer	Thema/Fragen
	<p>Gab es irgendwelche Schwierigkeiten oder Probleme im weiteren Verlauf? Bitte erzählen Sie davon.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie lange hat es gedauert, bis Sie das Angebot beginnen konnten? ○ Nachfragen: Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme, Erreichbarkeit, Kapazität, Terminvergabe etc.
	<p>Wie fanden Sie denn das Angebot insgesamt? Können Sie mir erzählen, was Sie dort gemacht haben und was Ihnen das gebracht hat?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fanden Sie, dass das Angebot zu Ihnen und Ihrer Familie/ Ihrem Kind passte? Bitte erzählen Sie warum Sie es für (un)passend hielten. ○ Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? Wenn nein, warum nicht?
	<p>Was läuft jetzt evtl. besser (in Elternrolle, in der Familie, mit dem Kind)? Können Sie bitte Beispiele dafür nennen?</p>
	<p>Würden Sie bei Bedarf erneut auf dieses oder ein ähnliches bzw. weiterführendes Angebot zurückgreifen oder haben Sie das vielleicht sogar schon gemacht? Bitte erzählen Sie warum.</p>
	<p>Würden Sie das Angebot anderen Familien/ Eltern weiterempfehlen?</p>
	<p>Was kennen Sie ansonsten noch für Angebote für Familien und woher kennen Sie diese Angebote?</p>
	<p>Welche davon haben Sie evtl. schon genutzt und wann war das (bzw. mit welchem Kind)?</p>
	<p>Alternative B): Hilfsangebot noch NICHT in Anspruch genommen, aber GEPLANT (BZW. OFFEN FÜR EINE NUTZUNG BEI BEDARF)</p>
	<p>Aus welchen Gründen haben Sie das Angebot, das Ihnen Ihre Kinderärztin/ Ihr Kinderarzt empfohlen hat, bisher noch nicht in Anspruch genommen?</p> <p>Oder warum kam das bisher für Sie nicht infrage?</p>
	<p>Wann, in welchen Situationen oder unter welchen Voraussetzungen könnten Sie sich vorstellen, so ein Angebot zu nutzen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wann planen Sie, das Angebot zu nutzen? ○ Mehr Zeit ○ Finanzielle Mittel ○ Kinderbetreuung ○ Probleme mit der Mobilität etc.
	<p>Und würden Sie dann genau dieses Angebot zu nutzen oder würden Sie selbst nochmal nach Alternativen schauen?</p>
	<p>Was kennen Sie denn für Angebote für Familien und woher kennen Sie diese? Was haben Sie evtl. schon genutzt und wann war das (bzw. mit welchem Kind)?</p>
	<p>Alternative C): Hilfsangebot NICHT ANGENOMMEN und auch NICHT GEPLANT BZW. NICHT OFFEN FÜR NUTZUNG</p>
	<p>Aus welchen Gründen sind Sie der Empfehlung des Arztes / der Ärztin nicht gefolgt/ haben das Angebot nicht in Anspruch genommen? Was war für Ihre Entscheidung wichtig?</p>
	<p>Was wäre aus Ihrer Sicht ein besser passendes Angebot gewesen?</p>
	<p>Hatten Sie sonstige Bedenken oder Befürchtungen in Zusammenhang mit dem konkreten Angebot oder mit solchen Angeboten im Allgemeinen? Bitte erzählen Sie mehr dazu!</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p>

Dauer	Thema/Fragen
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einmischung in Privates ○ Bewertung der eigenen Familie/ nahestehende Person ○ negative Erfahrungen bzw. Negatives gehört ○ Bedenken zum Anbieter
	<p>Was muss passieren/ sich ändern oder welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Sie das Angebot vielleicht doch noch nutzen?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mehr Zeit ○ Finanzielle Mittel ○ Kinderbetreuung ○ Probleme mit der Mobilität etc.
	Haben Sie stattdessen etwas anderes gemacht oder genutzt? Was genau?
	Was kennen Sie denn für Angebote für Familien und woher kennen Sie diese?
	Was haben Sie evtl. schon genutzt und wann war das (bzw. mit welchem Kind?)
	Alternative D): Hilfsangebote wurden NICHT gemacht
	Haben Sie mit Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt etwas zum Abschluss des Gesprächs vereinbart? Worüber haben Sie noch gesprochen?
	Hätten Sie sich gewünscht, dass Ihre Kinderärztin/ Ihr Kinderarzt Sie über Angebote für Familien informiert/ Ihnen Angebot empfiehlt? Warum / warum nicht?
	Wenn nein: Wer wäre hierfür aus Ihrer Sicht ein besser geeigneter Ansprechpartner?
	Kennen Sie denn Angebote für Familien aus anderen Zusammenhängen (ggf.: Woher)? Was haben Sie evtl. schon genutzt und wann war das (bzw. mit welchem Kind?)
EXIT	Keine Belastung wahrgenommen oder angesprochen
	Gibt es bestimmte Themen oder Situationen mit Ihrem Kind, in Ihrem Familienalltag oder in Ihrer persönlichen Situation als Mutter/ Vater, die Sie vielleicht als besonders belastend oder herausfordernd erleben? Bitte erzählen Sie mehr davon oder nennen Beispiele.
	Wenn ja: Was erwarten Sie in diesem Zusammenhang von Ihrer Kinderärztin/ Ihrem Kinderarzt?
	Mögliche Nachfragen:
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Besteht Wunsch / Erwartung, mit Kinderärztin/ Kinderarzt auch über solche Themen/ Lösungsmöglichkeiten zu sprechen? Warum/ warum nicht? ○ Woran könnte es liegen, dass solche Themen (bisher) nicht zur Sprache kamen? ○ Wer wäre hierfür aus Ihrer Sicht ein (besser) geeigneter Ansprechpartner?
	In jeder Gemeinde gibt es auch Angebote für Familien, in denen Eltern z.B. Beratung und Unterstützung erhalten.
	Hätten Sie sich gewünscht, dass Ihr Kinderarzt / Ihre Kinderärztin Sie über solche Unterstützungsangebote für Familien informiert? Warum ja / warum nicht?
	Kennen Sie denn Angebote für Familien und woher? Was haben Sie evtl. schon genutzt und wann bzw. mit welchem Kind?
	Abschluss
	Bitte nennen Sie einen Aspekt aus dem Gespräch, der für Sie besonders wichtig war.
	Möchten Sie noch abschließend etwas ergänzen?
	Dank und Verabschiedung

Zielgruppe Kinderärzt*innen

– Interview-Leitfaden –

Im Rahmen der Evaluation der P.A.T.H.-Intervention des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen/BZgA (NZFH) führt Univation 40 qualitative Interviews durch. Befragt werden Familien, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Netzwerkpartner. Für die drei Gruppen werden jeweils eigene Interviewleitfäden entwickelt. Die geplante Interviewdauer für diesen Leitfaden liegt bei ca. 45 Minuten.

Es handelt sich hierbei um **teilstrukturierte Leitfäden**. Es wird stets so vorgegangen, dass pro übergeordneter Frage bzw. Themenblock zunächst mit narrativer Interviewform gestartet wird, d.h. mit einer erzählungsgenerierende, offene Einstiegsfrage, bei der die interviewte Person frei erzählt und selbst die Themen anspricht, die eine hohe persönliche Relevanz besitzen. Die Interviewenden stellen dabei nur Aufrechterhaltungsfragen. Sollte der Erzählfluss stocken und relevante Themen noch nicht (ausreichend) angesprochen werden, wird im weiteren Verlauf strukturierter nachgefragt (problem-zentriertes Interview).

1 Leitfaden Kinderärzt*innen

Zeitungfang: grau= optionale Fragen

Dauer in Minuten	Thema/Fragen
5	Zur Evaluation, Interview und Datenschutz, Hinweis auf die NZFH Website, Abschlusskonferenz und -bericht im Sommer 2023, werden per E-Mail informiert
	Vorstellung:
	Ich bin X, ich werde das Interview mit Ihnen heute durchführen.
	Projekt:
	Vielen Dank, dass Sie am PATH Projekt, Pädiatrie und Frühe Hilfen, teilnehmen und sich auch für dieses Interview bereit erklärt haben. Mit dem Interview wollen wir gerne mehr über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Fortbildung, den IQZ, und insgesamt zu Ihrem Praxisalltag im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen erfahren. <i>Teilnehmende sind über das Projekt und Interview bereits informiert. Bei Bedarf folgende Information zur Erinnerung bringen:</i>
	Um Eltern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren besser zu unterstützen, wurden die Fortbildung zu Fallfindung und motivierendem Elterngespräch der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Interdisziplinäre Qualitätszirkel (IQZ) entwickelt. Hierbei werden Sie als Kinderärztinnen und Kinderärzte darin geschult, Unterstützungsmöglichkeiten für Familien zu erkennen und über Angebote der sogenannten „Frühen Hilfen“ (z. B. Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Elternkurse) zu informieren und wie Sie diese Leistungen abrechnen können.
	Interview:
	Ich werde Ihnen im Laufe des Gesprächs einige Fragen stellen. Wir freuen uns, wenn Sie diese beantworten. Sie können und sollen aber gerne – zwischendurch oder am Ende – eigene Themen in das Gespräch einbringen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind.

Dauer in Minuten	Thema/Fragen
	<p>Datenschutz:</p> <p><i>Erneut erklären:</i></p> <p>Wir zeichnen das Gespräch digital auf. Dies hilft uns bei der Verschriftlichung Ihrer Aussagen. Die Aufnahmen werden nicht weitergegeben und nach Erstellung eines schriftlichen Protokolls gelöscht. Die Auswertung selbst erfolgt anonymisiert. Keiner wird später erkennen können, wer eine Aussage gemacht hat. In Berichten wird stehen bspw. «eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer sagt, dass».</p> <p>Haben Sie noch Fragen, bevor wir anfangen?</p> <p>Aufnahme starten</p> <p>Die Informationen zum Datenschutz wurden Ihnen im Vorfeld zugeschickt und heute von mir erneut kurz erläutert.</p> <hr/> <p>Sind Sie mit der Verwendung Ihrer Angaben wie beschrieben einverstanden und nehmen Sie freiwillig an der Befragung teil?</p>
7	<p>Eröffnungsfragen/Warm-Up</p> <p>Zunächst möchte ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen:</p> <p>Wie lange sind Sie bereits als niedergelassene*r Kinderärzt*in tätig?</p> <p>Wie lässt sich die sozio-ökonomische Lage der von Ihnen betreuten Familien einordnen? (möglichst prozentual einschätzen lassen)</p> <p>Wann haben Sie an einer Fortbildung zum Thema Vermittlung in Frühe Hilfen teilgenommen und wer hat diese angeboten? (ggf. nach alternativer Fortbildung zum Thema Versorgung psychosozial belasteter Familien / Frühe Hilfen; Kurzschulung: Dr. Siebolds)</p>
12	<p>Umsetzung der Beratungsgespräche</p> <p>Kommen wir nun zu Ihren Kontakten mit belasteten Familien in Ihrem Berufsalltag. Denken Sie sich bitte einmal in eine beispielhafte Situation ein und schildern, woran Ihnen die Belastungen von Familien auffallen und wie Sie dann vorgehen.</p> <hr/> <p>Nennen Sie bitte ein konkretes Beispiel aus Ihrem Praxisalltag, bei dem Sie sich von Beginn an sicher über die Belastungssituation bzw. den Unterstützungsbedarf der Familie waren, die Familie diese Einschätzung aber <i>nicht</i> geteilt hat oder einer Hilfeannahme eher skeptisch gegenüberstand.</p> <p>Nennen Sie mir bitte noch ein konkretes Beispiel aus Ihrem Praxisalltag, bei dem Sie sich von Beginn an eher unsicher waren, ob Bedarf an Frühen Hilfen besteht.</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie kommen Sie zu der Einschätzung, dass eine Familie psychosozial belastet ist? ○ Setzen Sie hierfür bestimmte Instrumente ein? (Anamnesebogen, motivierende Gesprächsführung, Fallfindungsbogen, strukturierte Fragebögen oder Interviewleitfäden zur Erfassung von familiären Belastungen o.ä.) ○ Wenn ja, in welchen Fällen entscheiden Sie sich, ein Instrument zu nutzen? <hr/> <p>Findet die Ansprache von Belastungen während der U-Untersuchungen statt oder zu anderen Anlässen?</p> <hr/> <p>Wie viel Zeit können Sie sich in Ihrem Praxisalltag für die Beratung zu psychosozialen Themen nehmen?</p> <hr/> <p>Was ist Ihr Eindruck, inwiefern erwarten die Familien Hilfe und Beratung über die medizinische Untersuchung und Behandlung hinaus?</p> <p>Können Sie ablehnende und offene Familien gegenüber den Angeboten der Frühen Hilfen charakterisieren? (ggf. soziodemografische Unterschiede)</p>

Dauer in Minuten	Thema/Fragen
	<p>Bitte beschreiben Sie mir, ob und wie Sie die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten bzw. Ressourcen der Familien bzgl. ihrer Belastungen in Ihre Beratungsgespräche einbinden.</p> <p>Mögliche Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Geben Sie den Familien bspw. ‚Hausaufgaben‘ zum nächsten Termin bei Ihnen mit?
5	<p>Vermittlung und Passung von Hilfsangeboten</p> <p>Wenden wir uns nun den Hilfsangeboten zu, die Sie psychosozial belasteten Familien machen. Versetzen Sie sich bitte noch einmal in die Gesprächssituationen mit belasteten Familien zurück: wie entscheiden Sie, ob Sie auf ein Hilfsangebot hinweisen und wie geht es dann weiter?</p> <p>Können Sie mir bitte ein konkretes Beispiel aus Ihrem Praxisalltag nennen?</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Händigen Sie konkrete Informationen aus? ○ Leisten Sie Unterstützung bei der Kontaktaufnahme? ○ Gibt es Hürden auf Seiten der Familie? ○ Gibt es Hürden auf Seiten der Angebote? ○ Gibt es Besonderheiten in Bezug auf Familien mit Migrationshintergrund? ○ Inwiefern und von wem bekommen Sie Rückmeldung, ob das Angebot genutzt wurde, passt bzw. geholfen hat? <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es aus Ihrer Sicht passende Angebote für die Problemlagen, die Familien in Ihrer Praxis haben? Oder fehlen bestimmte Angebote für bestimmte Problemlagen? ○ Bringen Sie Hilfsangebote sofort zur Sprache, wenn Sie die Belastungen thematisieren, oder nutzen Sie dafür einen weiteren Termin (separat oder U-Untersuchung)? ○ Wohin vermitteln Sie belastete Familien (direkt in Hilfen oder Anlaufstelle)?
3	<p>Erfahrungen mit der Fortbildung</p> <p>Jetzt würde ich gerne nochmal auf Ihre Teilnahme an der Fortbildung ... <i>(je nach genutzter Fortbildung)</i> zu sprechen kommen. Schildern Sie mir doch einmal, wie Sie davon erfahren haben und was Sie motiviert hat, daran teilzunehmen.</p> <p>Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was waren Ihre konkreten Erwartungen an die Fortbildung? ○ War die Veranstaltung das, was Sie erwartet bzw. gebraucht haben? ○ Was war für Sie der größte Vorteil, der sich aus der Teilnahme an der Fortbildung ergeben hat? (z.B. besseres Erkennen von Familien mit Unterstützungsbedarf, bessere Kommunikation mit den Familien, Kennenlernen von Instrumenten)
3	<p>IQZ und Vernetzung</p> <p>Kommen wir nun zu den Interdisziplinären Qualitätszirkeln. Wie oft fand der IQZ seit Anfang 2020 statt, wie oft haben Sie daran teilgenommen und wie haben Sie ihn erlebt?</p> <p>In welcher Form fand er statt (in Präsenz oder digital, hybrid) und wie fanden Sie das?</p> <p>Wie läuft in der Regel der IQZ ab und welche Themen werden dort behandelt?</p> <p>Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was sind andere Inhalte neben Fallbesprechungen? ○ Bringen Sie auch selbst Fälle ein, die dann besprochen werden? ○ Welche Berufsgruppe stellt in der Regel Fälle vor? <p>Welchen Nutzen ziehen Sie aus der Teilnahme am IQZ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (Z.B. bessere Kenntnisse der Angebote, persönliche Kontakte zur Kinder- und Jugendhilfe, Austausch über Fälle / Lernen aus Erfahrungen anderer usw.)

Dauer in Minuten	Thema/Fragen
	Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie an die Organisatoren der Qualitätszirkel?
5	<p>Bewertung Kosten/Nutzen Fortbildung und IQZ</p> <p>Wenn Sie an den Aufwand denken, der Ihnen durch Ihre Teilnahme an der Fortbildung und dem IQZ entsteht, und an den Nutzen, den Sie daraus eventuell für Ihre tägliche Arbeit ziehen können: Wie bewerten Sie dann insgesamt das Kosten-Nutzen-Verhältnis? „Lohnt“ sich die Teilnahme für Sie?</p> <p>Welche Rollen spielen dabei die Abrechnungsmöglichkeiten? (Machen Sie das?) Mögliche Nachfragen (<i>wenn nicht bereits darauf eingegangen</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Rolle spielt dabei die erweiterte Möglichkeit, anschließend über Selektivverträge mit Krankenkassen abzurechnen? ○ Gibt es Barrieren wie bspw. die Eingeschränktheit des Personenkreises oder die Höhe der Abrechnung? <p>Würden Sie die Teilnahme an der Fortbildung und dem IQZ anderen Kolleg*innen empfehlen? Was könnte noch nicht teilnehmende Ärzt*innen überzeugen, sich an der Intervention zu beteiligen?</p>
5	<p>Abschluss</p> <p>Haben Sie Wünsche und Anregungen? Was könnte Sie noch dabei unterstützen, Gespräche mit Familien zu Belastungen und Hilfemöglichkeiten noch besser zu führen? Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden, um die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugend*ärztinnen mit den Anbietern von Hilfsangeboten zu erleichtern?</p> <p>Dank und Verabschiedung</p>

Zielgruppe Netzwerkpartner*innen

– Interview-Leitfaden –

Im Rahmen der Evaluation der P.A.T.H.-Intervention des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen/BZgA (NZFH) führt Univation 40 qualitative Interviews durch. Befragt werden Familien, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Netzwerkpartner (NWP). Für die drei Gruppen werden jeweils eigene Interviewleitfäden entwickelt. Die geplante Interviewdauer für die NWP liegt bei ca. 50 Minuten.

Es handelt sich hierbei um einen teilstrukturierten Leitfaden. Es wird stets so vorgegangen, dass pro übergeordneter Frage bzw. Themenblock zunächst mit narrativer Interviewform gestartet wird, d.h. mit einer erzählgenerierenden, offenen Einstiegsfrage, bei der die interviewte Person frei erzählt und selbst die Themen anspricht, die eine hohe persönliche Relevanz haben. Die Interviewenden stellen dabei nur Aufrechterhaltungsfragen. Sollte der Erzählfluss stocken und relevante Themen noch nicht (ausreichend) angesprochen werden, wird im weiteren Verlauf strukturierter nachgefragt (problem-zentriertes Interview).

1 Leitfaden Netzwerkpartner*innen

Zeitungfang: grau = optionale Fragen

Dauer in Min.	Thema/Fragen
5	Zur Evaluation, Interview und Datenschutz, Info zur Ergebnisrückmeldung per E-Mail (Bericht 2023), Hinweis auf die NZFH Website, Abschlusskonferenz im Sommer 2023
	Vorstellung: Ich bin X, ich werde das Interview mit Ihnen heute durchführen.
	Projekt: Vielen Dank, dass Sie sich für dieses Interview bereit erklärt haben. Heute wollen wir gerne mehr über Ihre persönlichen Erfahrungen mit den IQZ, mit den Kooperationen mit den Kinderärzt*innen sowie mit der Vermittlung von Familien im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen erfahren. <i>Teilnehmende sind über das Projekt und Interview bereits informiert. Bei Bedarf folgende Information zur Erinnerung bringen:</i> Um Eltern mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren besser zu unterstützen, wurde das Programm „Prävention durch Kooperation –Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen“ entwickelt. Hierbei werden Kinderärztinnen und Kinderärzte darin geschult, Unterstützungsmöglichkeiten für Familien zu erkennen und über Angebote der sogenannten „Frühen Hilfen“ (z. B. Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Familienhebammen, Elternkurse) zu informieren. Gemeinsam mit Ihnen – den Netzwerkpartner*innen – nehmen die Ärzt*innen regelmäßig an den Interprofessionellen Qualitätszirkeln (kurz IQZ) teil.
	Interview: Ich werde Ihnen im Laufe des Gesprächs einige Fragen stellen. Wir freuen uns, wenn Sie diese beantworten. Sie können und sollen aber gerne – zwischendurch oder am Ende – eigene Themen in das Gespräch einbringen, die aus Ihrer Sicht wichtig sind.

Dauer in Min.	Thema/Fragen
	<p>Datenschutz:</p> <p>Wir zeichnen das Gespräch digital auf. Dies hilft uns bei der Verschriftlichung Ihrer Aussagen. Die Aufnahmen werden nicht weitergegeben und nach Erstellung eines schriftlichen Protokolls gelöscht. Die Auswertung selbst erfolgt anonymisiert. Keiner wird später erkennen können, wer eine Aussage gemacht hat. In Berichten wird stehen bspw. «eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer sagt, dass».</p> <p>Haben Sie noch Fragen, bevor wir anfangen?</p> <p>AUFNAHME STARTEN</p> <p>Die Informationen zum Datenschutz wurden Ihnen im Vorfeld zugeschickt und heute von mir erneut kurz erläutert.</p> <p>Sind Sie mit der Verwendung Ihrer Angaben wie beschrieben einverstanden und nehmen Sie freiwillig an der Befragung teil?</p>
5	<p>Eröffnungsfragen/Warm-Up</p> <p>Zunächst möchte ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen:</p> <p>Welche Rolle haben Sie in Ihrer Organisation und wie lange sind Sie schon in den Frühen Hilfen tätig?</p> <p>Inwiefern haben Sie mit der Vermittlung von Familien in die Angebote der Frühen Hilfen zu tun?</p> <p>Wenn koordinierend tätig: Welche Stellen koordinieren Sie? (nach dieser Frage entscheidet sich, ob Alternative A oder B gewählt wird)</p>
10	<p>Die Frühen Hilfen</p> <p>Wir wissen, dass die Netzwerke immer jeweils ein bisschen anders organisiert sind. Wie genau ist es bei Ihnen? Welche Einrichtungen/ Akteure sind dabei und wie arbeiten Sie mit den anderen Partnern der Frühen Hilfen zusammen?</p> <p>Welche Kooperationen sind für Sie in den Frühen Hilfen besonders wichtig und aus welchen Gründen?</p> <p>Wie bewerten Sie die vorhandenen Kooperationen mit Kinderärzt*innen? Was läuft gut, was weniger gut?</p>
15	<p>Alternative A) Vermittelnde Stellen: Arbeit mit den Familien und Ärzt*innen</p> <p>Wenden wir uns nun der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien zu. Können Sie mir schildern, wie diese in der Regel zu Ihnen kommen bzw. durch wen vermittelt?</p> <p>Welche Familien kommen bei Ihnen an, mit welchen Problemlagen?</p> <p>Mögliche Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch Familien mit Migrationshintergrund? <p>Welche Rolle spielen die Kinder*ärztinnen bei der Anbindung von Familien an die Frühen Hilfen?</p> <p>Wie hat sich die Zusammenarbeit mit Kinderärzt*innen in den letzten Jahren entwickelt?</p> <p>Und wenn Sie speziell an Familien denken, die von Kinderärzt*innen an Sie vermittelt wurden, wie lassen sich diese Familien und ihre Problemlagen charakterisieren?</p> <p>Wie häufig kommen die von Kinderärzt*innen vermittelten Familien bereits mit einer konkreten Angebotsempfehlung des Kinderarztes / der Kinderärztin zu Ihnen?</p> <p>Wie passgenau ist die kinderärztliche Empfehlung aus Ihrer Sicht?</p> <p>Wenn eine Familie von einem Kinderarzt / einer Kinderärztin an Sie vermittelt wurde, wie geht es dann weiter? Wie ist der weitere Ablauf, wie läuft die Vermittlung in konkrete Angebote?</p>

Dauer in Min.	Thema/Fragen
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falls es hier Corona-bedingt zu Veränderungen kam, schildern Sie bitte den „normalen“ Ablauf und den Ablauf unter „Corona-Bedingungen“. ○ Wurden in der Zeit der Pandemie weniger Familien durch Kinderärzte an Sie vermittelt als sonst? ○ Kam es während der Pandemie zu Einschränkungen bei den familienunterstützenden Angeboten in Ihrem Netzwerk? (<i>sofern nicht thematisiert, nachfragen</i>: Haben bestimmte Angebote nicht oder nur eingeschränkt stattgefunden? Welche?)
	<p>Bitte erzählen Sie von konkreten Beispielen! Erzählen Sie gerne von Beispielen, die gut gelaufen sind, aber auch von Beispielen bei denen es Schwierigkeiten gab.</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie den Familien, die von Kinderärztinnen und Kinderärzten an Sie vermittelt werden, helfen? ○ Wie lassen sich die Familien / die familiären Problemlagen charakterisieren, bei denen das <i>nicht</i> möglich ist? ○ Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Familien, die von Kinderärzt*Innen an Sie vermittelt wurden?
	<p>Wie erleben Sie die Motivation der von Kinderärzt*innen vermittelten Familien?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie oft denken Sie, dass Familien vom Kinderarzt „überredet“ werden, bestimmte Angebote anzunehmen, aber nur wenig eigene Motivation mitbringen? ○ Was sind ggf. Vorbehalte der Familien und wie gehen Sie damit um?
	<p>Wie ist die weitere Kommunikation / der weitere Austausch mit den Kinderärzt*innen gestaltet? Gibt es Rückmeldeprozesse, bleiben Sie im Austausch mit den Kinderärzt*innen? Bitte beschreiben Sie dies näher oder geben Beispiele!</p>
	<p>Fehlen aus Ihrer Sicht Angebote für bestimmte Problemlagen? Ggf. nachfragen: z. B. für Familien mit Migrationshintergrund?</p> <p>Mögliche Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es ausreichend Kapazitäten bei den Angeboten, um den Bedarf zu decken? Wenn nein, wo fehlen Kapazitäten?
	<p>In welcher Form, wie gestaltet sich der weitere Kontakt nach der Weitervermittlung? Was bieten Sie den Familien an bzw. welches Angebot machen Sie?</p> <p>Mögliche Nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gibt es ein Monitoring der weiterführenden Hilfe? ○ Laden Sie die Familie nach einer Zeit nochmal zu sich ein? ○ Gelingt es, die Familien an die Frühen Hilfen anzubinden? ○ Was führt Ihrer Erfahrung nach dazu, dass Familien nicht angebunden werden können?
	<p>Seit zwei Jahren haben wir ja mit Corona eine besondere Situation. Wenn Sie an Ihr Netzwerk denken, hat sich dort durch die Pandemie etwas verändert? Wie pflegen Sie die Kooperationsbeziehungen während der Pandemie weiter?</p>
	<p>Alternative B): Koordinierende Stellen: Arbeit mit den Ärzt*innen</p>
	<p>Können Sie mir schildern, auf welchen Wegen die Familien in der Regel bei Ihnen in den Frühen Hilfen ankommen? (Gemeint ist die „erste Anlaufstelle“ bspw. Beratung/Vermittlungsstelle. Ggf.: Werden sie dorthin vermittelt? Wenn ja, durch wen?)</p> <p>Mögliche Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie ist der weitere Ablauf, wie läuft die Vermittlung in konkrete Angebote?

Dauer in Min.	Thema/Fragen
	<p>Können Sie auch etwas dazu sagen, mit welchen Problemlagen die Familien bei Ihnen in den Frühen Hilfen ankommen?</p>
	<p>Welche Rolle spielen die Kinder*ärztinnen bei der Anbindung von Familien an die Frühen Hilfen? Nachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie den Anteil der Familien schätzen, die durch Kinder*ärztinnen vermittelt werden? ○ Kam es da während der Pandemie zu Veränderungen? Wurden in dieser Zeit weniger Familien durch Kinderärzte vermittelt als sonst?
	<p>Wie hat sich die Zusammenarbeit mit Kinderärzt*innen in den letzten Jahren entwickelt?</p>
	<p>Können Sie uns mehr zu den Erfahrungen sagen, die Fachkräfte aus Ihrem Netzwerk mit Kinderärzt*innen machen? Mögliche Nachfragen (gerne stellen, wenn Zeit):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfehlen die Kinderärzt*innen konkrete Angebote der Frühen Hilfen? Sind das passende Angebote? ○ Wie verläuft die Abstimmung und Koordination zwischen Fachkräften und den Kinderärzt*innen? Gibt es Rückmeldeprozesse? ○ Inwiefern sind die von den Kinderärzten vermittelten Familien motiviert und aufgeschlossen gegenüber den Angeboten? ○ Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen den Kinderärzt*innen und anderen Netzwerkmitgliedern der Frühen Hilfen ein?
	<p>Wie bewerten Sie die Angebotslandschaft Früher Hilfen bei Ihnen vor Ort? (Fehlt etwas?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ggf. nachfragen: z. B. für Familien mit Migrationshintergrund? (in Bezug auf Frühe Hilfen)
	<p>Gibt es ausreichend Kapazitäten bei den Angeboten, um den Bedarf zu decken? Wenn nein, wo fehlen Kapazitäten?</p>
	<p>Seit zwei Jahren haben wir ja mit Corona eine besondere Situation. Wenn Sie an Ihr Netzwerk denken, hat sich dort durch die Pandemie etwas verändert? Wie pflegen Sie die Kooperationsbeziehungen während der Pandemie weiter?</p>
	<p>Kam es während der Pandemie zu Einschränkungen bei den familienunterstützenden Angeboten in Ihrem Netzwerk? (sofern nicht thematisiert, nachfragen: Haben bestimmte Angebote nicht oder nur eingeschränkt stattgefunden? Welche?)</p>
14	Erfahrungen mit dem IQZ (ggf. nicht von allen beantwortbar)
	<p>Ich würde gerne noch etwas mehr über den IQZ erfahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was ist Ihre Rolle dort? ○ Seit wann und wie regelmäßig nehmen Sie an den IQZ teil? ○ Wie setzt sich der IQZ zusammen? (Wie viele Mitglieder?) ○ Bitte beschreiben Sie mir einmal ein solches Treffen! Welche Inhalte werden besprochen? (Weitere als Fallbesprechungen?) ○ Wie hat sich der IQZ aus Ihrer Sicht seit Ihrem Eintritt entwickelt? ○ In welchem Umfang/in welcher Form haben die IQZ seit Anfang 2020 (unter Corona-Bedingungen) stattgefunden (Präsenz, digital, hybrid)? Wie bewerten Sie diese Durchführungsart?

Dauer in Min.	Thema/Fragen
	Wenn Sie abschließend nochmal alles in allem betrachten: Was würden Sie sagen, inwiefern hat sich der Aufbau vom/ die Teilnahme am IQZ aus Ihrer Sicht/ aus der Perspektive Ihrer Einrichtung gelohnt? Was ist besonders gewinnbringend an dieser Art der interprofessionellen Vernetzung?
	Wenn Sie jetzt mal aus der Perspektive Ihrer Organisation denken: Inwiefern hat die Teilnahme am IQZ speziell zu einer Veränderung der Vernetzung mit Kinderärzt*innen beigetragen? Nachfrage: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie sinnvoll ist aus Ihrer Sicht grundsätzlich die resultierende Vernetzung, insbesondere mit Kinderärztinnen und Kinderärzten, für Ihre Organisation?
	Wie sehen Sie die Vernetzung Ihrer Organisation insgesamt? Was sollte aus Ihrer Sicht verändert werden, damit die Vernetzung noch besser funktioniert? (ggf. positive Beispiele nennen lassen)
1	Abschluss
	Bitte nennen Sie einen Aspekt aus dem Gespräch, der für Sie besonders wichtig war. Möchten Sie noch abschließend etwas ergänzen?
	Dank und Verabschiedung

Kategoriensystem Familien

Wichtige Eigenschaften Kinderarzt
Ansprache von Belastungen
Ablauf des Gesprächs
Ansprache durch wen und warum/ Kontext
Rückmeldung/ mehrmalige Thematisierung von Belastungen/Angeboten
Belastungen der Familie (in Praxis thematisiert)
Familiäre Belastungen
Kindbezogene Belastungen
Unsicherheiten/ Schwierigkeiten/ Belastungen in der Elternrolle
Äußerer Rahmen
Nutzung / Nichtnutzung eines Fragebogens
U-Untersuchung, in der die Ansprache erfolgte
Zeit und Raum für Gespräch über Belastungen/ Unterstützung
PRO: Bewertung der Ansprache von Belastungen/ Empfindungen
CONTRA: Nicht-Thematisierung von Belastungen mit Kinderarzt (Gründe & Einstellungsmuster)
Thematisierung von familiären Ressourcen/ Lösungsmöglichkeiten
Information über Angebote und Vermittlung
Angebote, über die informiert wurde/ die vermittelt wurden
Bewertung der Information über Angebote
Erhaltene Infos (Flyer, Kontaktdaten, Hilfe bei Kontaktaufnahme)
U-Untersuchung(en), in der die Info erfolgte
Keine Information über Angebote
Bewertung der Nicht-Information über Angebote
Erwartungen an Angebote, Nutzung von Angeboten und Bewertung
Erwartungen an Angebote
Nutzung von FH Angeboten
Bewertung der Angebote / Zufriedenheit
Nutzung von sonstigen Angeboten
Kenntnis und Nichtkenntnis von Angeboten
Info-Wünsche über Angebote/geeignete Ansprechpartner
Angebote unter Corona
Nichtnutzung von Angeboten und Gründe, mögliche Barrieren
(Sieht sich nicht als) Zielgruppe für Angebote
Barriere soziale Stigmatisierung/Behörde/ eigenes Eingeständnis
Zeitliche Gründe / Organisation
Kein Bedarf (mehr), Problem nicht so groß/ hat sich erledigt

Kategoriensystem Praxispädiater*innen

Wahrnehmung / Ansprache von Belastungen
Belastungen erkennen: Worauf wird geachtet?
Arztseitig gestellte Fragen
Ärztliches Bauchgefühl/ Intuition/ Erfahrung/ Beobachtung
Hinweise auf Belastungen von anderen Stellen/Personen/Quellen
Auffälligkeiten beim Kind
Familiäre Hintergründe/ Belastungen
Kindbezogene Belastungen
Mutter-/Eltern-Kind-Interaktion
Unsicherheiten der Eltern/ Inkompetenz
Rahmen
Erwartungen der Familien
Wann/ bei welchen Terminen werden Belastungen angesprochen
Zeitlicher Rahmen
Ressourcen der Familie / soziales Netzwerk
Schwierigkeiten bei Wahrnehmung/ Ansprache Belastungen
Information über Angebote/ Empfehlung/ Vermittlung
Entscheidung zur Information / Vermittlung
Angebote, über die informiert/ die empfohlen werden
Beratung allg./ (psychologische) Beratungsstellen / Babyambulanz
Frühe Hilfen allgemein / nicht näher spezifiziert
Hebammen
SPZ
Schreiambulanz / Gruppe für Schreibabys
Sozialarbeiterin in Praxis
Sonstige Angebote
Infomaterial, Kontaktdaten, Unterstützung Kontaktaufnahme
Rückmeldung/ mehrmalige Thematisierung
Vermittlungshürden
Angebotsseitige Hürden
Familienseitige Hürden
verschlossene vs. offene Familien
Hürden für den Arzt
Wirksamkeit der Angebote
Fehlende Angebote
Angebote unter Corona
Beispiele nicht gelingender Vermittlung
Einsatz / Nicht-Einsatz der Instrumente und Bewertung
Bewertung Abrechnung Selektivvertrag
Einsatz Abrechnungsmöglichkeit Selektivvertrag (Ja/Nein)
Gespräche auch anders abrechenbar
Kosten-Nutzen-Verhältnis ungünstig
Patientenkreis unklar/ aufwändig herauszufinden

Unterschrift belastet Vertrauensverhältnis
Eingeschränkter Patientenkreis
Zu kompliziert/viel Verwaltung/Bürokratie/Dokumentation/Aufwand
Thema Vergütung allgemein (positiv)
Bewertung Kategorisierung der Familien / Ampel
Einsatz Kategorisierung der Familien / Ampel
Bewertung/ Nutzen Erhebungsbogen
Einsatz Erhebungsbogen (Ja/Nein)
Einsatz anderer Fragebögen
Erhebungsbogen negativ
Erhebungsbogen positiv
Bewertung/ Nutzen Motivierende Gesprächsführung
Einsatz Gesprächsführung
Interprofessionelle Qualitätszirkel IQZ
IQZ\Inhalte & Organisation der IQZ
Häufigkeit
IQZ während der Pandemie
Inhalte (Fallbesprechungen, Themen, externe Referenten)
Teilnehmende
IQZ\Nutzen IQZ
Angebote/ Strukturen kennenlernen
Ansprechpartner kennenlernen/ Networking
Aufwand vs. Nutzen
Austausch/ Blick über Tellerrand/ unterschiedliche Blickwinkel
Gegenseitiges Verständnis entwickeln, Systemgrenzen überwinden

Kategoriensystem Netzwerkpartnerinnen
Abrechnungsmöglichkeiten für Ärzte
Problemlagen / Unterstützungsbedarfe der Familien
Kooperationen mit KuJ-Ärzten, Bedeutung für Anbindung Fam. an FH
Vermittlung von Familien durch KuJ-Ärzte (was, wie, Rückmeldung)
Vermittlungshürden, -schwierigkeiten für KuJ-Ärzte
Weitere Zugangswege / Vermittlung durch andere Stellen
Weitere Kooperationen im Netzwerk
Weitervermittlung /In welche Angebote wird (weiter-)vermittelt
Vermittlungshürden / Schwierigkeiten
Kooperationen/ Vernetzung während der Pandemie
Optimierungsbedarfe Netzwerk / Kooperationen
Angebotslage FH (auch für bestimmte Problemlagen)
Hürden der Inanspruchnahme
Angebote während der Pandemie
Nutzen IQZ
Verständnis füreinander / Vertrauen / Systemgrenzen überwinden
Aufbau einer Vertrauensbasis
Gegenseitiges Verständnis/ Sprachen verstehen/ Systemgrenzen
Andere Sichtweisen/ Einschätzungen / Blick über den Tellerrand
Kennenlernen Ansprechpartner /später einfachere Kontaktaufnahme
Miteinander im Gespräch sein / persönlicher Austausch
Auswirkung auf Vermittlung
KuJ präserter machen / Wissen um Angebote & Strukturen erhöhen
Zusammenarbeit und Kooperation (gefestigter, intensiver)
Ausgestaltung der IQZ (Inhalte, Teilnehmende)
IQZ während der Pandemie

Dokumentationsschema U-Untersuchung

Praxis verwendet Fragebogen j/n; Name des Fragebogens: _____; Praxispädiater*in (PP) nimmt in U Bezug auf Elternangaben j/n

Themenbereiche	Thema in Stichworten nennen	Angesprochen von PP oder Eltern	Wird von PP oder Eltern (E) als Thema, Sorge, Belastung oder Auffälligkeit markiert?		Angesprochen in A, KU, BB ¹	Dauer (in Min) Bandbereich(e)	Beobachter*inn enperspektive ²
			A/E	Thema bereits bekannt			
I Familienanamnese							
Familiäre Lebenssituation							
Alter der Mutter/ der Partner*in							
Perinatale Probleme (z.B. Frühgeburt)							
Sonstige (z.B. finanz. Probleme, dichte Geburtenfolge, Pflege Zugehöriger)							
II Auffälligkeiten beim Kind							
Pflege/Ernährung							
Entwicklung/ Verhalten des Kindes aus <i>ärztlicher Sicht</i>							
Entwicklung/ Verhalten des Kindes aus <i>Elternsicht</i>							
Regulationsstörungen (Schreien, Schlaf, Füttern, Unruhe)							
Sonstige							
III Eltern-Kind-Interaktion							
Elterlicher Umgang mit kindlichen Verhaltensweisen							

¹A = Anamnese; KU = körperliche Untersuchung; BB = Befundbesprechung

²In diese Spalte sollen „Regieanweisungen“ von den Beobachter*innen eingefügt werden; z. B.: schauen die Akteur*innen sich an? Wie sitzen sie zueinander; wo ist das Kind? Mutter schaut aus dem Fenster während wie spricht, wirkt desinteressiert; etc.

Wichtig: Bei diesem Schritt geht es nicht um Interpretationen der Beobachter*innen, sondern um reine Beobachtungen, die die angesprochenen Themenfelder begleiten.

Hinweise auf Überforderung							
PP thematisiert elterliche Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache) oder die Reaktion auf kindliche Signale							
Sonstige							
IV Belastungen der Hauptbezugsperson							
Mangelnde Unterstützung							
Erschöpfung							
Anspannung, Ängste, Nervosität,							
Interessenslosigkeit, Niedergeschlagenheit							
Sorgen nicht stoppen oder kontrollieren können							
Sonstige							
V Belastungen durch Covid-19							
VI Ressourcen							
Sicherheit in der Elternrolle, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten als Mutter/Vater							
Unterstützung bei der Kinderbetreuung							
Familiäres/soziales Netzwerk							
Inanspruchnahme von Hilfen							
Sonstige							

Dokumentation der ärztlichen Informationen über ggf. in Frage kommende medizinische und soziale Beratungs- und Unterstützungsangebote

	ja	Grund, Art der Information (Nennung vs. Erklärung der Hilfe) und verwendetes Material über Maßnahme in Stichworten	Dauer (in Min) Bandbereich
Medizinischer Versorgungsbereich			
pädiatrische Maßnahmen in Arztpraxis			
Weitere Untersuchungen des Kindes			
Durchführung des Erhebungsbogens			
Vertiefendes Beratungsgespräch			
andere			
Verordnung von Physiotherapie/Frühförderung etc.			
Überweisung an SPZ			
Beratungsstelle etc. für frühkindliche Regulationsstörung (z.B. „Baby-Sprechstunde“)			
psychotherapeutische/psychiatrische Vorstellung zur Abklärung elterlicher Symptome			
Sozialer Versorgungsbereich			
Information über regionale Fachstellen der „Frühen Hilfen“			
Erziehungs-/Familienberatungsstelle			
Jugendhilfe/Jugendamt			

Transkriptionssystem (aus Deppermann 2008)*Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur*

[]	Überlappungen und Simultansprechen
=	schneller, unmittelbarer Anschluß neuer Beiträge oder Einheiten

Pausen

(.)	Mikropause
(-), (- -), (- - -)	kurze, mittlere, längere Pausen von ca. 0.25-0.75 Sek.; bis ca. 1 Sek.
(2 . 0)	Pause von mehr als ca. 1 Sek. Dauer

Sonstige segmentale Konventionen

u n = ä h	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
:, ::, :::	Dehnung, Längung, je nach Dauer
ä h, ö h, e t c .	Verzögerungssignale, sog. „gefüllte Pausen“
'	Abbruch durch Glottalverschluß

Lachen

s o (h) o	Lachpartikeln beim Reden
h a h a h e h e	silbisches Lachen
((l a c h t))	Beschreibung des Lachens

Rezeptionssignale

h=hm, hm	Zustimmung
m'm	Ablehnung, Verneinung

Akzentuierung

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
--------	--------------------------

Tonhöhenbewegung am Einheitenende

?	hoch steigend
c	mittel steigend
–	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Sonstige Konventionen

()	unverständliche Passage je nach Länge
(s o l c h e)	vermuteter Wortlaut
ran	

Gefördert durch:



P.A.T.H. (Pediatric Attention To Help)

Pädiatrie und Frühe Hilfen:
Evaluation einer komplexen Intervention zur
sektorenübergreifenden Versorgung
psychosozial belasteter Familien

Einweisungsschulung

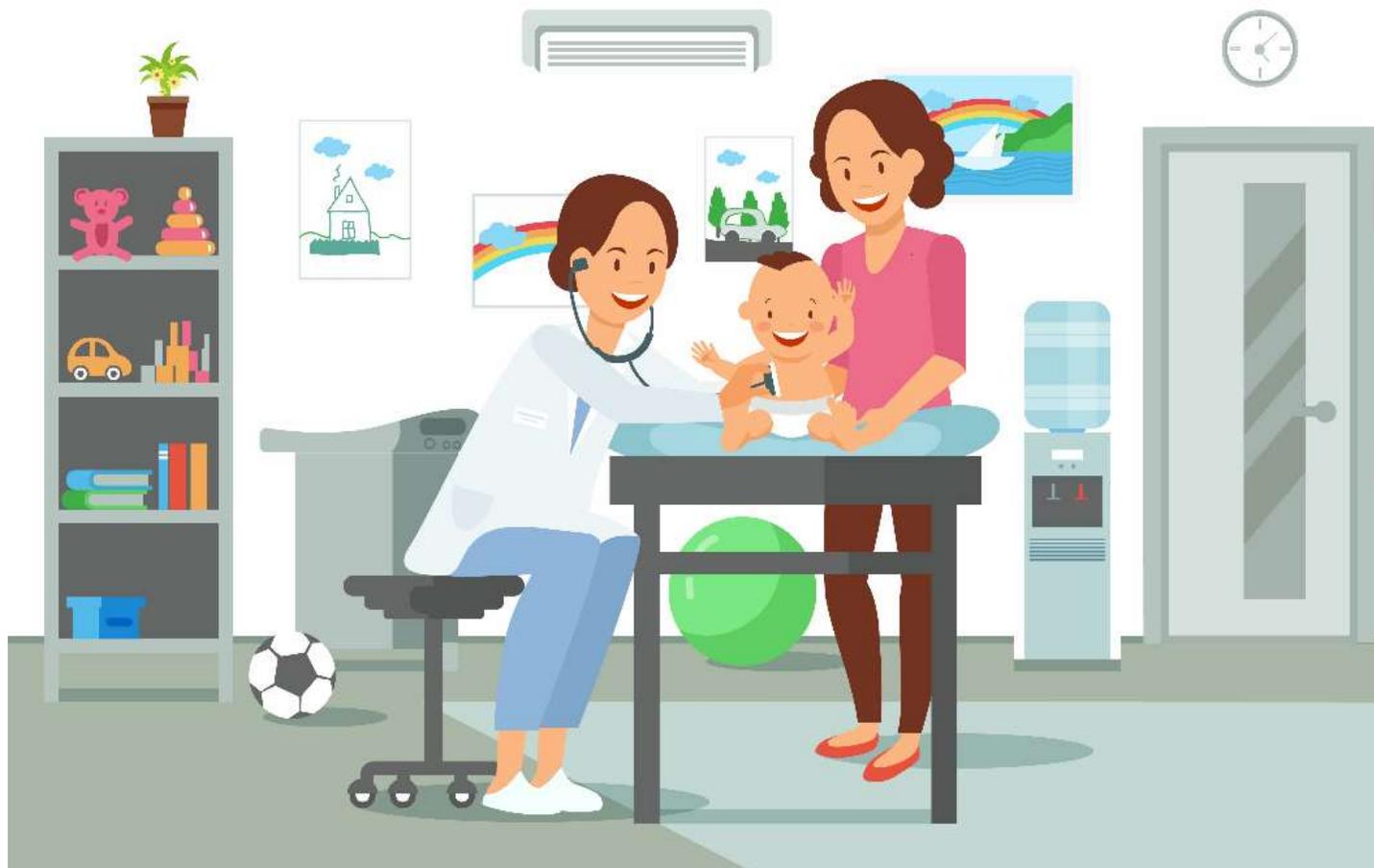
Träger:



In Kooperation mit:



Begrüßung & Vorstellungsrunde



P.A.T.H. Einweisungsschulung

1. Wer sind wir?
2. Worum geht es in der Studie?
3. Was ist zu tun?
4. Wie geht es weiter?



1. Wer sind wir?

Forschungsteam 1 - das NZFH



NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen)

Das NZFH ist Teil der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und ist eine Einrichtung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und kooperiert mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München.

Sie finden uns auch unter:
www.fruehehilfen.de

Wer sind wir?

Forschungsteam 2 - SEVERA



SEVERA (Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung)

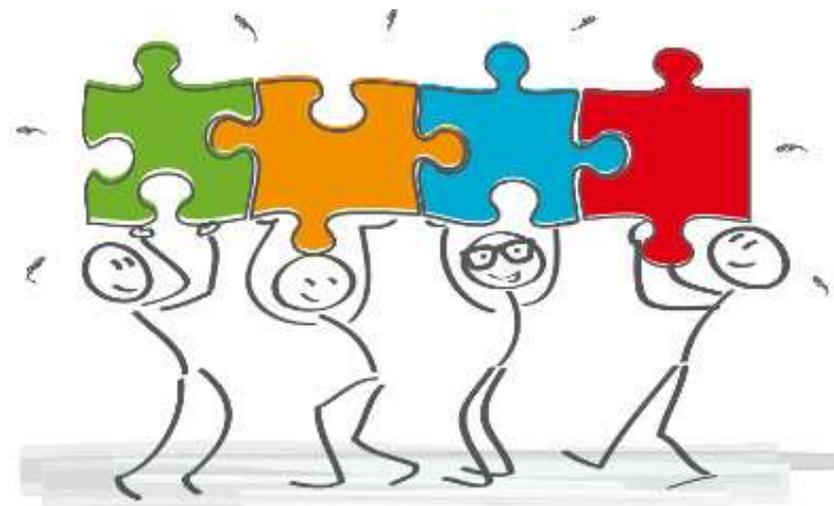
SEVERA ist eine Forschungseinrichtung für Gesundheitsversorgungsforschung innerhalb des Universitätsklinikums der Universität Freiburg.

Sie finden uns auch unter:
www.uniklinik-freiburg.de/imbi/severa

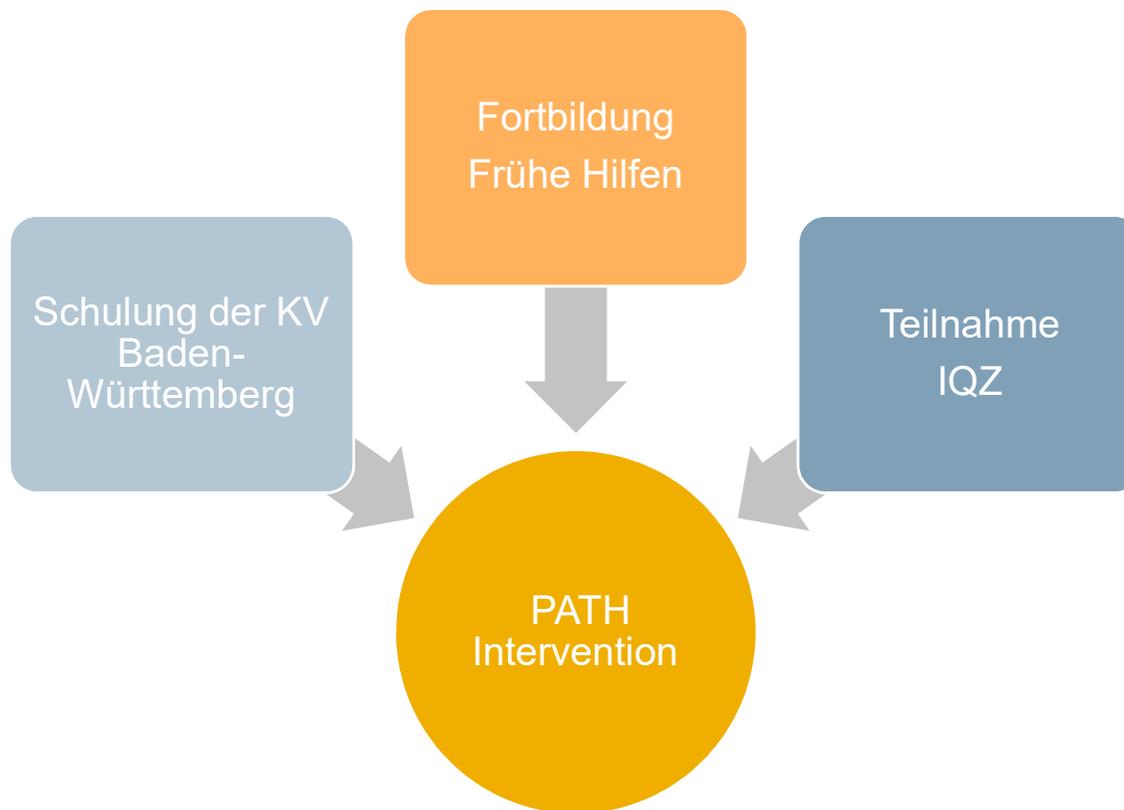
Wer sind wir?

Forschungsteam 3 – das sind Sie!

...und noch 39 weitere Kinderarztpraxen.

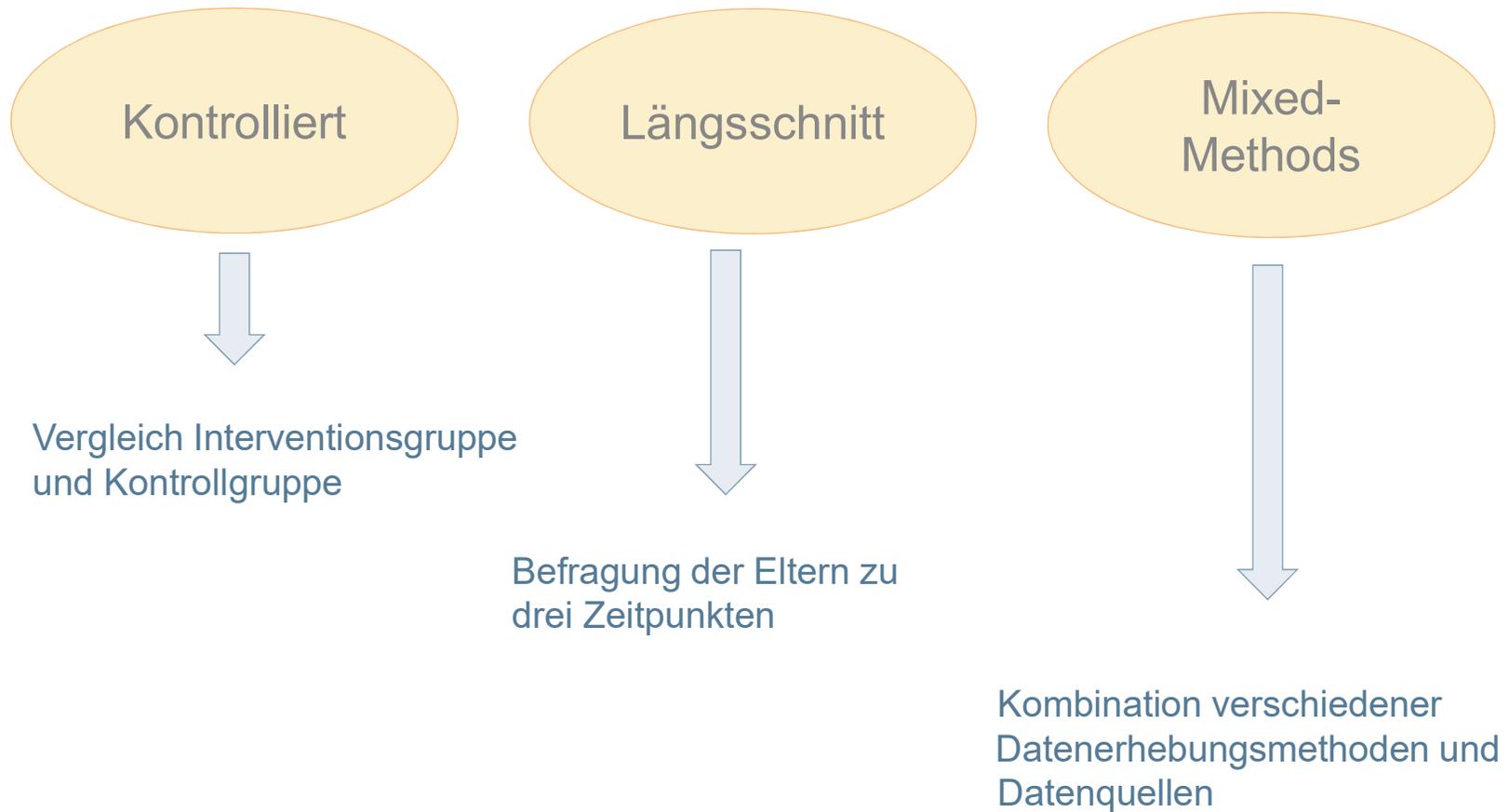


2. Worum geht es in der Studie?



Forschungsfrage:
Inwiefern trägt die PATH-Intervention zur Verbesserung der Versorgung psychosozial belasteter Familien bei?

Studiendesign



Warum führen wir die Studie durch?





Wenn ich als Arztpraxis an
der Studie teilnehme, was
ist dann konkret zu tun?



3. Was ist zu tun?



Ihre Hauptaufgabe ist es jede Familie, die zur U3 – U7 in Ihre Praxis kommt anzusprechen und für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen!

Zeitplan Rekrutierung Juni `21-Februar `22

Familie Schulze kommt am **10.7.2021** zur U5 in die Kinderarztpraxis und wird von Ihnen auf die Studienteilnahme angesprochen.

10.7.2021:

- Familie erhält die Studienunterlagen
- Familie stimmt der Teilnahme zu
- Arzt füllt kurzen Fragebogen zu der Familie aus
- Codierung & Eintrag Dokumentationsliste
- Fragebogen Arzt an SEVERA schicken
- Unterlagen Eltern an NZFH schicken

.....**Arbeit der Praxis erledigt**.....

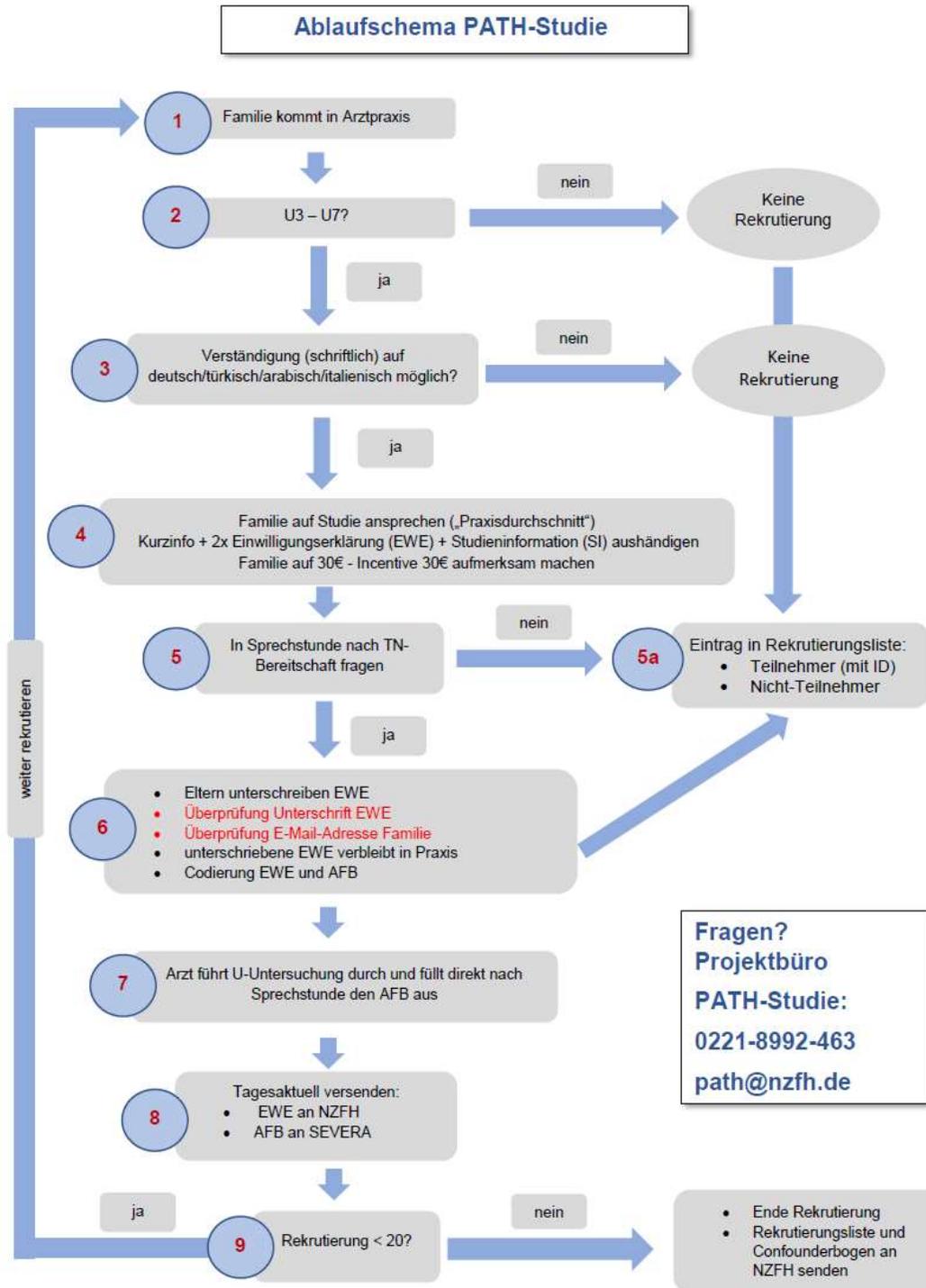
17.7.2021 Fragebogen t_0 wird per Email an Familie Schulze geschickt

21.08.2021 Fragebogen t_1 wird per Email an Familie Schulze geschickt

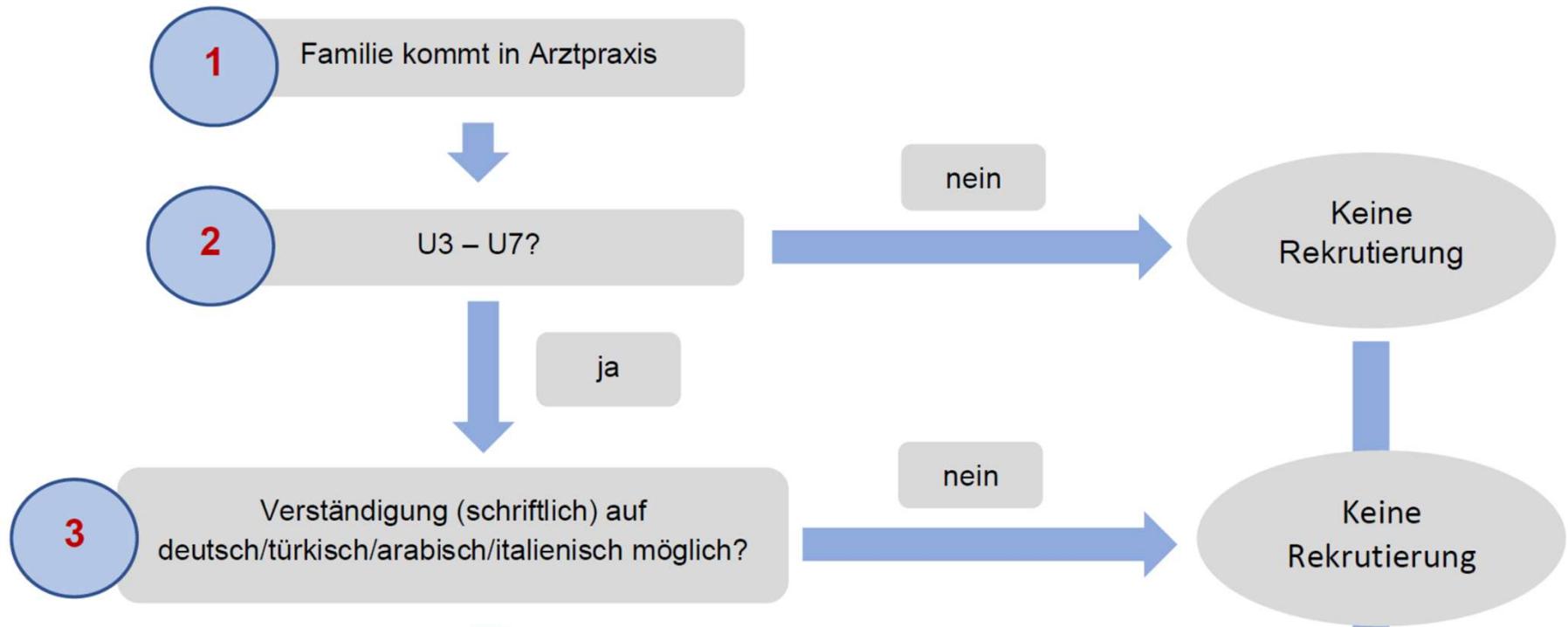
06.01.2022 Fragebogen t_2 wird per Email von an Familie Schulze geschickt

Familie Schulze erhält nach Beantwortung des 3. Fragebogens per E-Mail einen 30€ Amazon Gutschein.

Ablaufschema PATH-Studie



Ablauf Teil 1-3



Ablauf Teil 4



Familie auf Studie ansprechen (Praxisdurchschnitt)
Kurzinfo + 2x Einwilligungserklärung (EWE) + Studieninformation (SI) aushändigen
Familie auf 30€ - Incentive aufmerksam machen

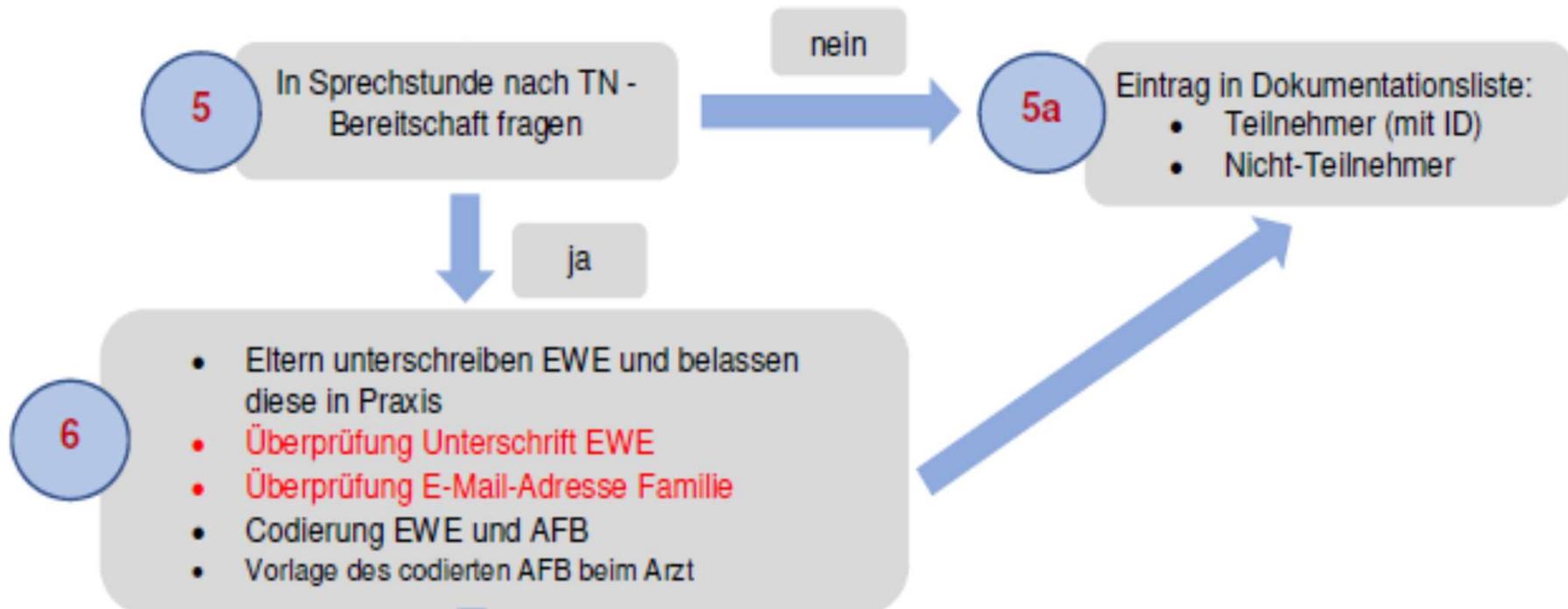
Formulierungshilfen:

„Wir, als Kinderarztpraxis, nehmen an einer wichtigen Studie teil. Es geht um die Verbesserung der Versorgung von Familien mit kleinen Kindern. Sie als Eltern können zum Erfolg der Studie beitragen, wenn Sie ebenfalls mitmachen.“

„Die Teilnahme kostet Sie nicht viel Zeit und als Dankeschön erhalten Sie einen 30€ - Amazon Gutschein.“

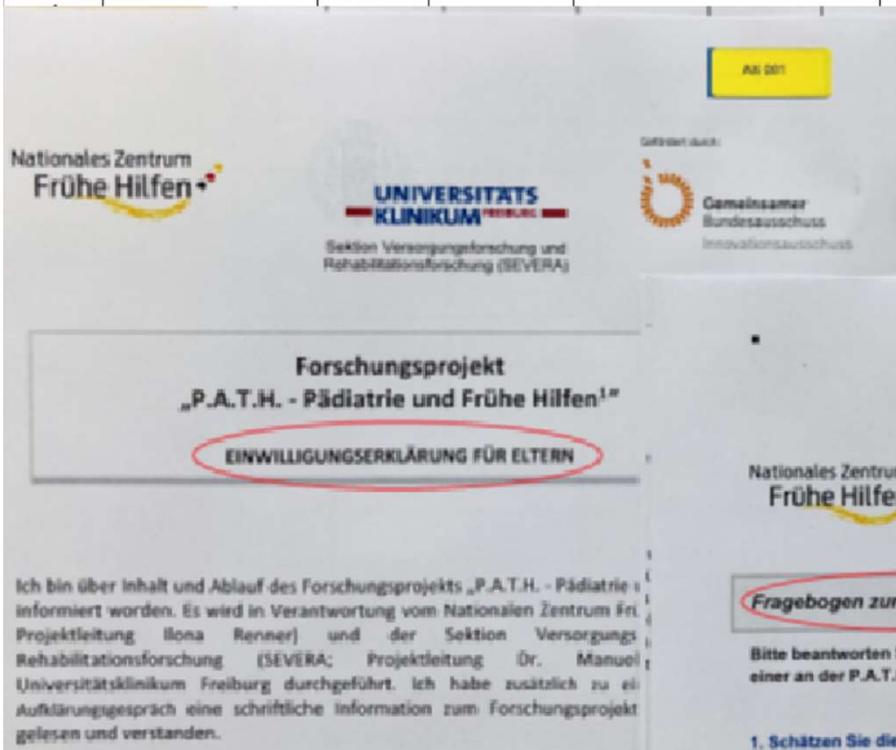
„Die Befragung ist anonym, weder wir, die Kinderarztpraxis, noch die Forscher können Rückschlüsse auf die Familie ziehen.“

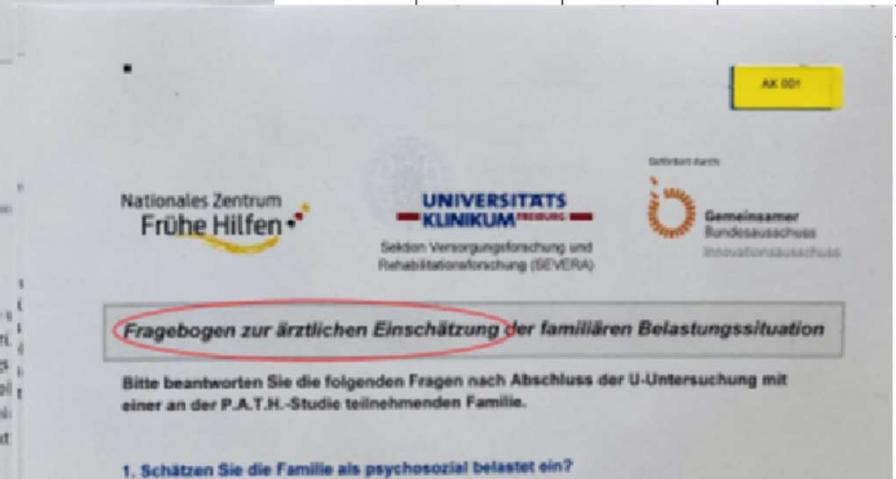
Ablauf Teil 5, 5a und 6



Codierung der Studienunterlagen

laufende Nummer	Datum	EWE zurück? - ja/nein	Teilnahme ja/nein	bei Teilnahme nein: ggf. Gründe	Codierung	TN: EWE an NZFH	TN: AFB an SEVERA	Wechsel Nicht TN auf
1					AK 001			
2								
3								



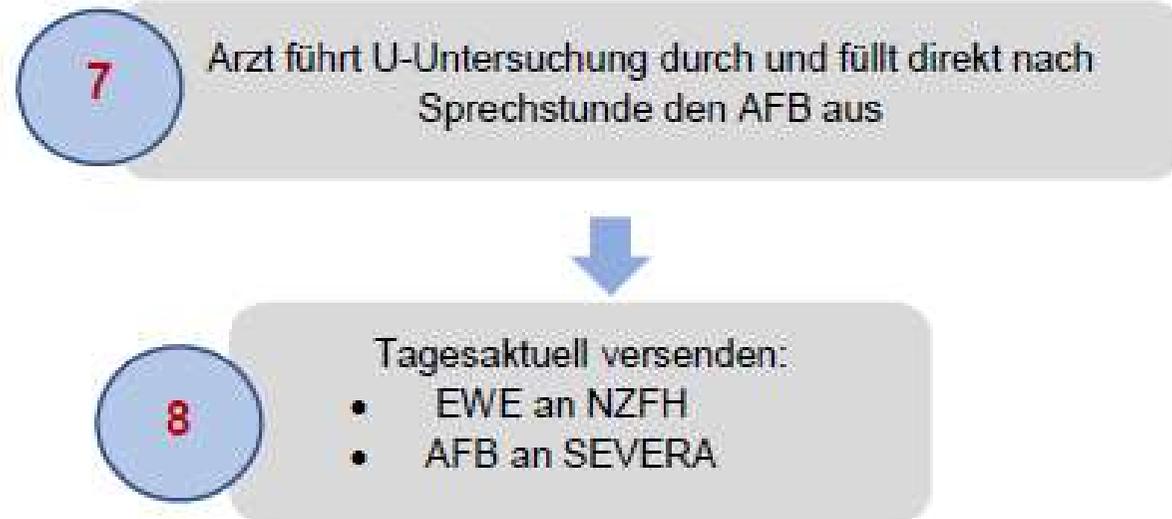


Dokumentationsliste für Rekrutierung der Familien

laufende Nummer	Datum	EWE zurück? - ja/nein	Teilnahme ja/nein	bei Teilnahme nein: ggf. Gründe	Codierung	TN: EWE an NZFH	TN: AFB an SEVERA	Wechsel Nicht-TN auf TN Datum
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

GRÜNDE FÜR NICHTTEILNAHME	
Ziffer	Grund
1	Kein Interesse
2	Keine Zeit
3	Fühlt sich zu stark belastet, um an der Befragung teilzunehmen
4	Traut sich Beantwortung nicht zu
5	Keine E-Mail-Adresse
6	Datenschutz / generell keine Teilnahme an Befragungen
7	Beabsichtigter Arztwechsel (Umzug, insb. Ausland)
8	Thema der Studie
9	Familiäre Gründe (Partner nicht einverstanden)
10	Unterlagen mit nach Hause genommen, nicht wieder mitgebracht

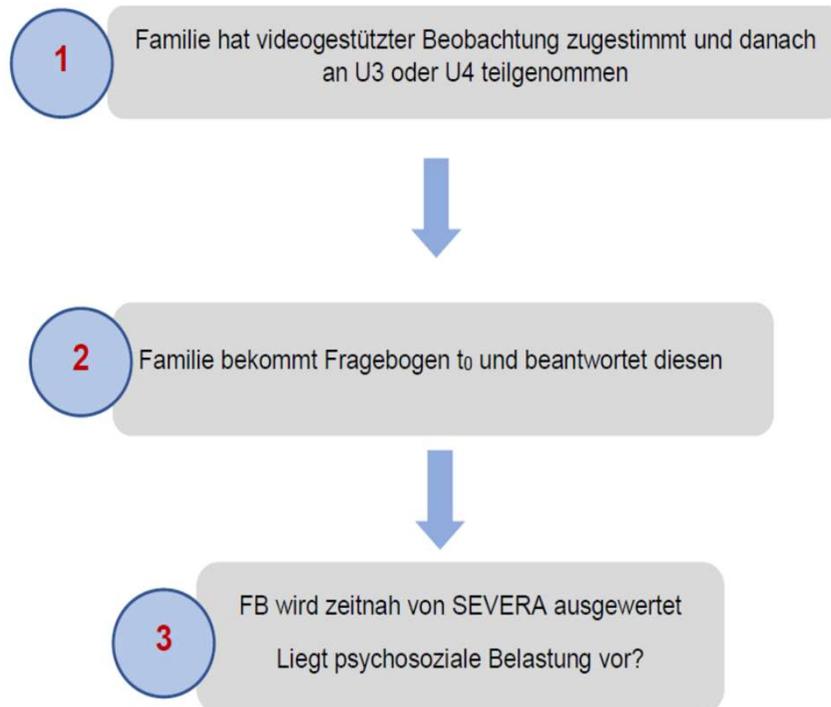
Ablauf Teil 7-8



Ablauf Teil 9



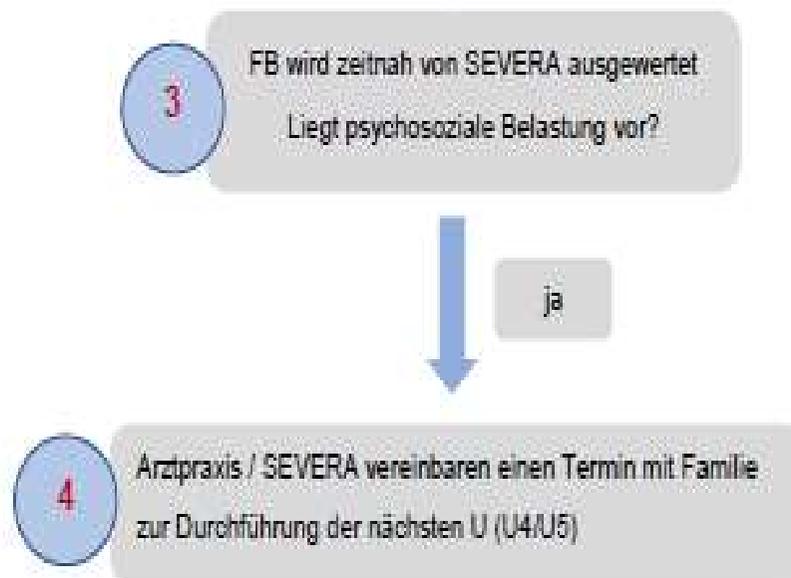
Exkurs: Videogestützte Beobachtung



Die Eltern geben auf der Einverständniserklärung an, ob sie bereit sind, an einer Beobachtung teilzunehmen.

Im Anschluss an die U-Untersuchung, in welcher die Familie rekrutiert wurde füllt ein Elternteil den Online-Fragebogen t_0 aus (bis zu 7 Tage nach der U-Untersuchung) - unter anderem auch zur psychosozialen Belastung.

Videogestützte Beobachtung



SEVERA wertet Fragebogen nach psychosozialer Belastung aus & vereinbart mit Kinderarztpraxis einen Termin für die Durchführung der Beobachtung (während U4 / U5)

Videogestützte Beobachtung

5

Zum vereinbarten Termin:

- Aufbau Videoanlage
- Durchführung Früherkennungsuntersuchung
- Abbau Videoanlage

Direkt vor dem Termin installieren KollegInnen von SEVERA die benötigten Gerätschaften.

Zu diesem Termin findet die Untersuchung wie gewohnt statt, allerdings wird sie vereinbarungsgemäß aufgezeichnet.

Direkt nach der Untersuchung wird die Technik wieder abgebaut.



Exkurs: Qualitative Interviews

Ein weiterer Baustein der Studie:
10 qualitative Telefon - Interviews .

Wir würden uns freuen, wenn Sie
sich dafür bereit erklären würden!





Compliance Supervision

Inhalt: Kurze Wiederholung der Inhalte der Schulung im Rahmen des Selektivvertrages durch Prof. Siebolds.

- Anwendung des Fragenkataloges zur Fallfindung
- Identifikation belasteter Familien
- Durchführung des motivierenden Elterngesprächs

Zeitpunkt: Mai 2021

Zeitumfang: ca. 1 Stunde als Videokonferenz

Termine werden seitens des NZFH mit den Arztpraxen abgestimmt

Studienunterlagen

- Kurzinfo Studie Eltern
- Studieninformation
- Einwilligungserklärung Eltern

- Adressierte Freiumschläge
NZFH (EWE) & SEVERA (AFB)
- Aufkleber mit Codierungen
- Dokumentationsliste

- Ablaufplan
- Manual
- Präsentation Einweisungsschulung

Unterlagen
Eltern

Organisation &
Rücksendeunterlagen

Informationen zum
Nachschlagen

Aufwandsentschädigung Ärzte / MfA

- **Einweisungsschulung:** 90€ / Praxis
- **Kurzschulung Intervention:** 60€ / Stunde
- **Rekrutierung:** 60€ / Familie (20 Familien pro Praxis)
- **Qualitatives Interview:** 60€ / Interview

Die Aufwandsentschädigung wird in Summe nach Abschluss der Rekrutierungsphase (Februar 2022) an die Praxis überwiesen.

4. Wie geht es weiter?

Die nächsten Schritte...



- Terminfindung für die Kurzschulung mit Prof. Siebolds
- Erhalt der Studienunterlagen
- Ausführliche Einwilligungs- und Datenschutzerklärung an NZFH zurücksenden
- Start der Eltern - Rekrutierung ab Juni 2021

Zeitleiste Evaluation PATH

Hauptaktivitäten und Planung der Evaluation





Toll, dass Sie dabei sind!

Bei Fragen: path@nzfh.de
oder 0221-8992-463



Wir freuen uns auf unsere Zusammenarbeit im
PATH - Projekt!

Gefördert durch:



P.A.T.H. (Pediatric Attention To Help)

Pädiatrie und Frühe Hilfen:
Evaluation einer komplexen Intervention zur
sektorenübergreifenden Versorgung
psychosozial belasteter Familien

Einweisungsschulung

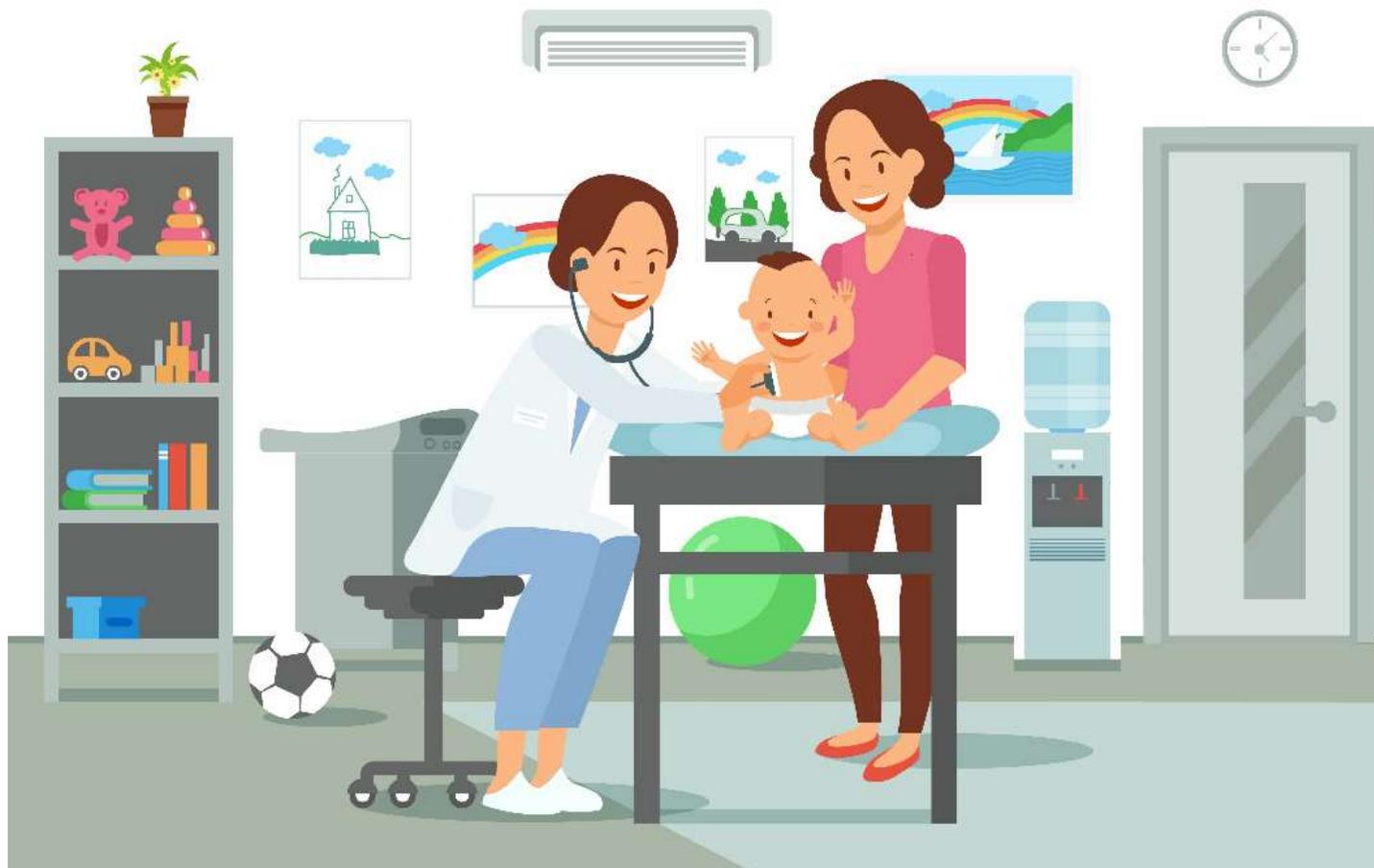
Träger:



In Kooperation mit:



Begrüßung & Vorstellungsrunde



P.A.T.H. Einweisungsschulung

1. Wer sind wir?
2. Worum geht es in der Studie?
3. Was ist zu tun?
4. Wie geht es weiter?



1. Wer sind wir?

Forschungsteam 1 - das NZFH



NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen)

Das NZFH ist Teil der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und ist eine Einrichtung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und kooperiert mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München.

Sie finden uns auch unter:
www.fruehehilfen.de

Wer sind wir?

Forschungsteam 2 - SEVERA



SEVERA (Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung)

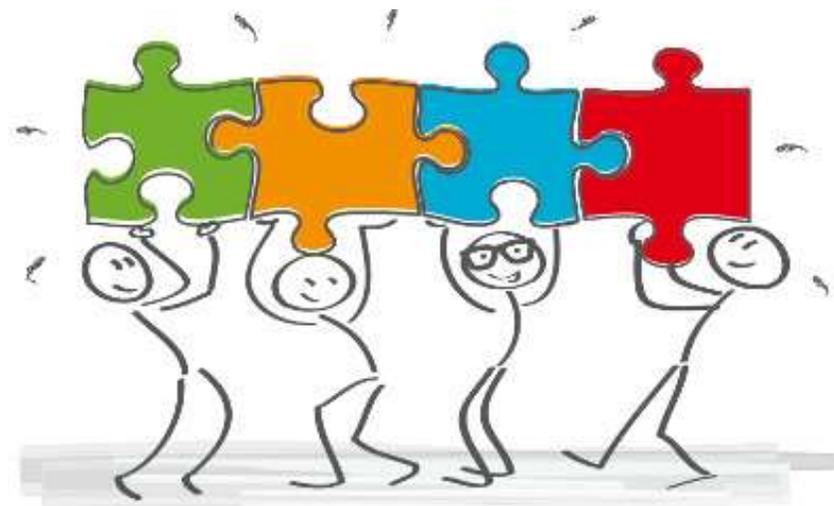
SEVERA ist eine
Forschungseinrichtung für
Gesundheitsversorgungs-
forschung innerhalb des
Universitätsklinikums der
Universität Freiburg.

Sie finden uns auch unter:
[www.uniklinik-
freiburg.de/imbi/severa](http://www.uniklinik-freiburg.de/imbi/severa)

Wer sind wir?

Forschungsteam 3 – das sind Sie!

...und noch 39 weitere Kinderarztpraxen.

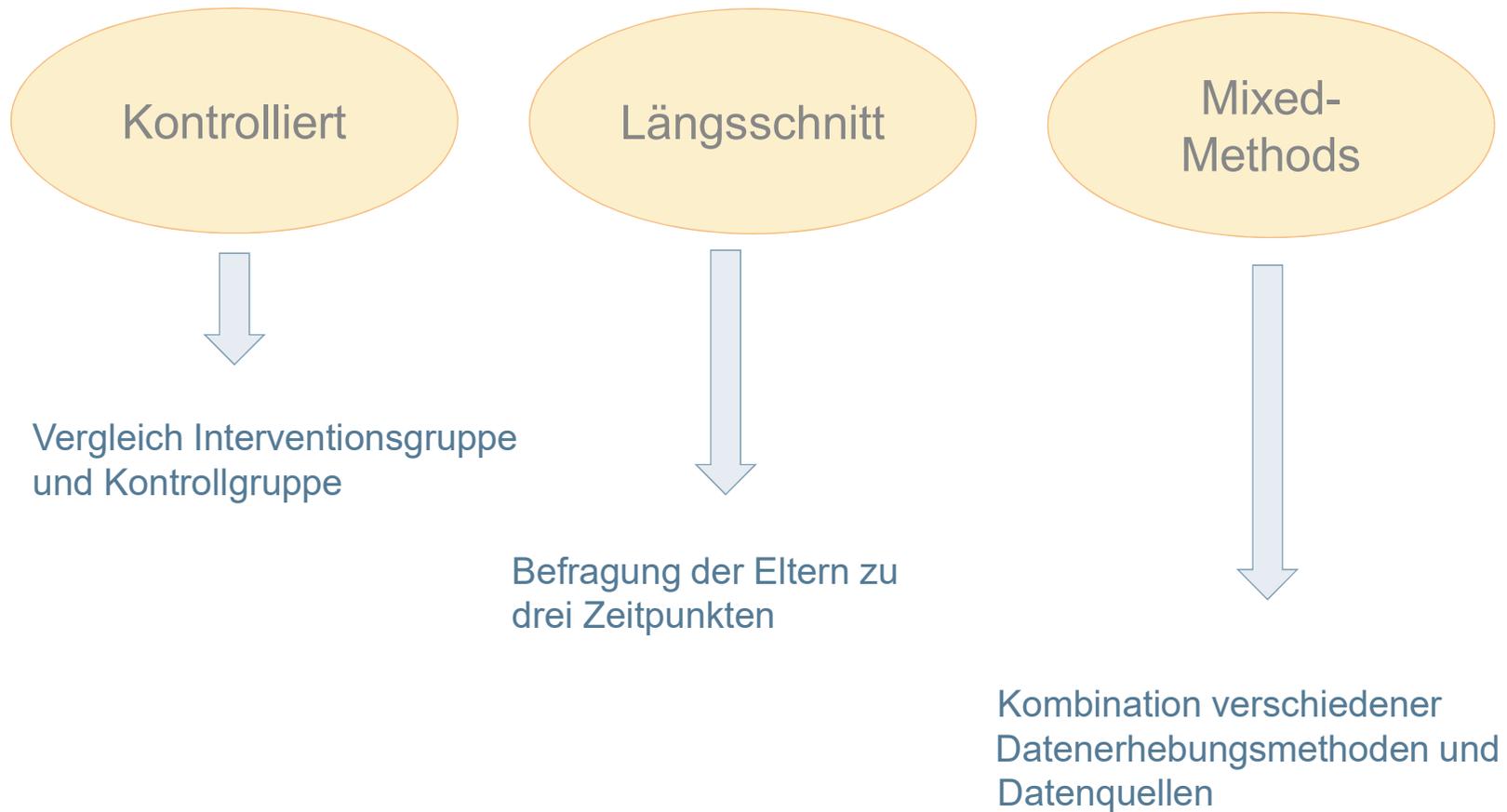




2. Worum geht es in der Studie?

Ziel des PATH - Projektes ist eine Evaluation der Rolle kinderärztlicher Praxen bei der Unterstützung von psychosozial belasteten Familien. Die Zusammenarbeit und Vernetzung mit weiteren Akteuren des Gesundheitswesens / der Kinder- und Jugendhilfe werden im Hinblick auf **Wirkungen, Kosteneffektivität und Akzeptanz** evaluiert.

Studiendesign





Wenn ich als Arztpraxis an
der Studie teilnehme, was
ist dann konkret zu tun?



3. Was ist zu tun?



Ihre Hauptaufgabe ist es jede Familie, die zur U3 – U7 in Ihre Praxis kommt anzusprechen und für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen!

Zeitplan Rekrutierung Mai 2021 - Januar 2022

Familie Schulze kommt am **10.5.2021** zur U5 in die Kinderarztpraxis und wird von Ihnen auf die Studienteilnahme angesprochen.

10.5.2021:

- Familie erhält die Studienunterlagen
- Familie stimmt der Teilnahme zu
- Arzt füllt kurzen Fragebogen zu der Familie aus
- Codierung & Eintrag Dokumentationsliste
- Fragebogen Arzt an SEVERA schicken
- Unterlagen Eltern an NZFH schicken

.....**Arbeit der Praxis erledigt**.....

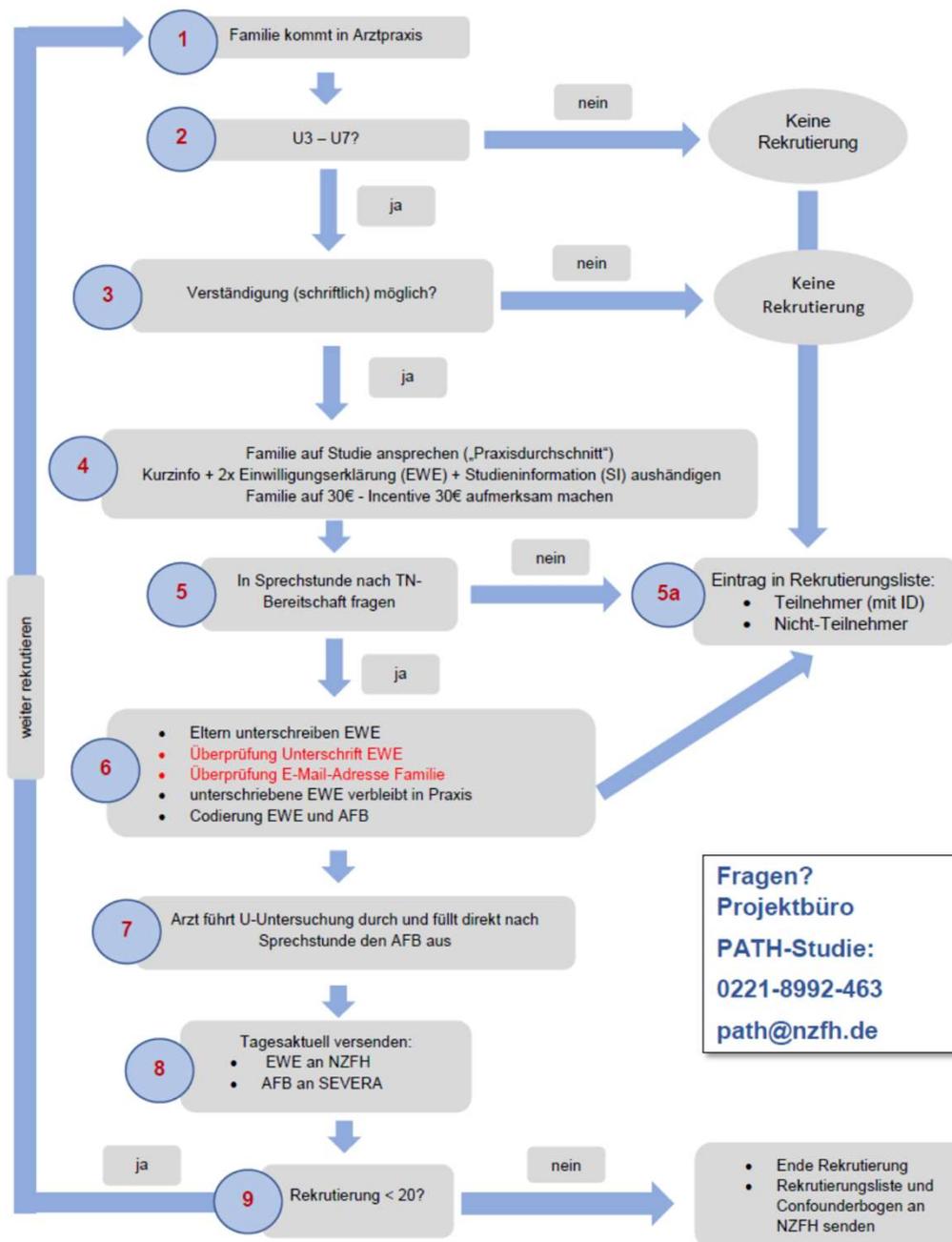
17.5.2021 Fragebogen t_0 wird per Email an Familie Schulze geschickt

21.06.2021 Fragebogen t_1 wird per Email an Familie Schulze geschickt

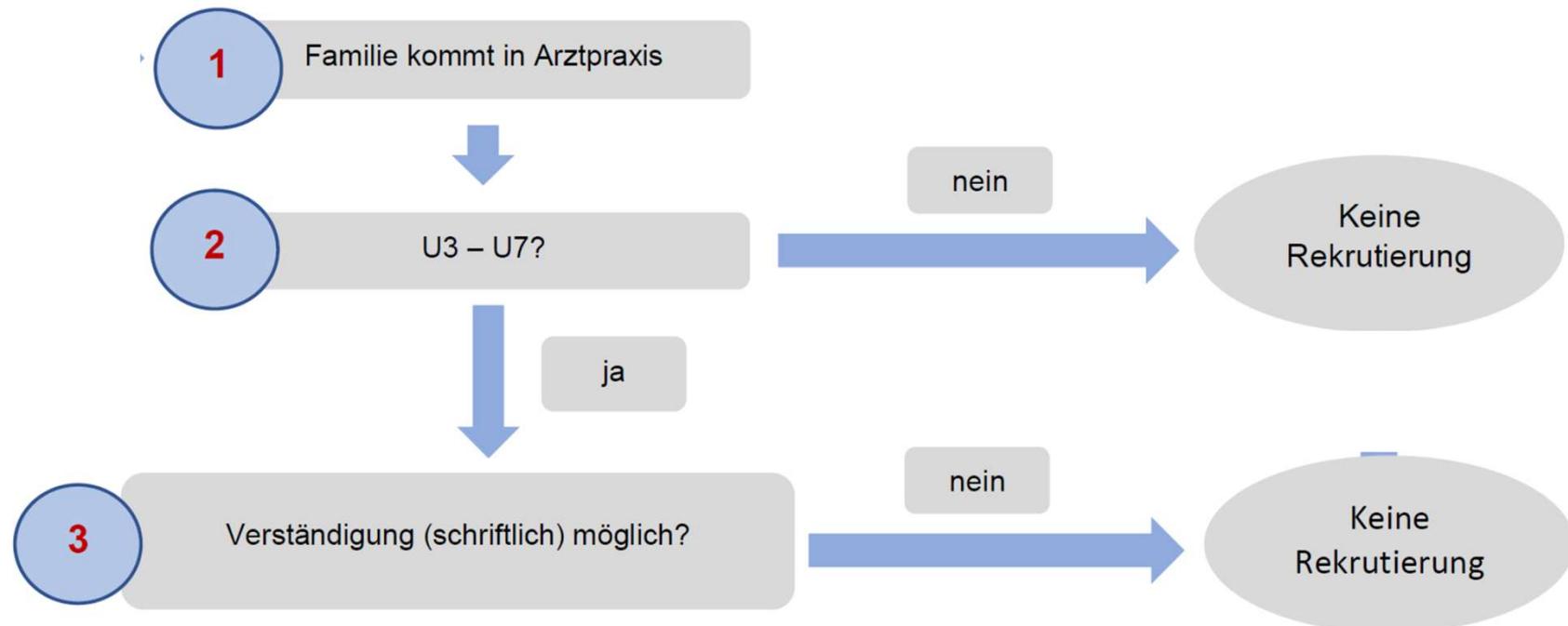
06.11.2021 Fragebogen t_2 wird per Email von an Familie Schulze geschickt

Familie Schulze erhält nach Beantwortung des 3. Fragebogens per E-Mail einen 30€ Amazon Gutschein.

Ablaufschema PATH-Studie



Ablauf Teil 1-3



Ablauf Teil 4



Familie auf Studie ansprechen (Praxisdurchschnitt)
Kurzinfo + 2x Einwilligungserklärung (EWE) + Studieninformation (SI) aushändigen
Familie auf 30€ - Incentive aufmerksam machen

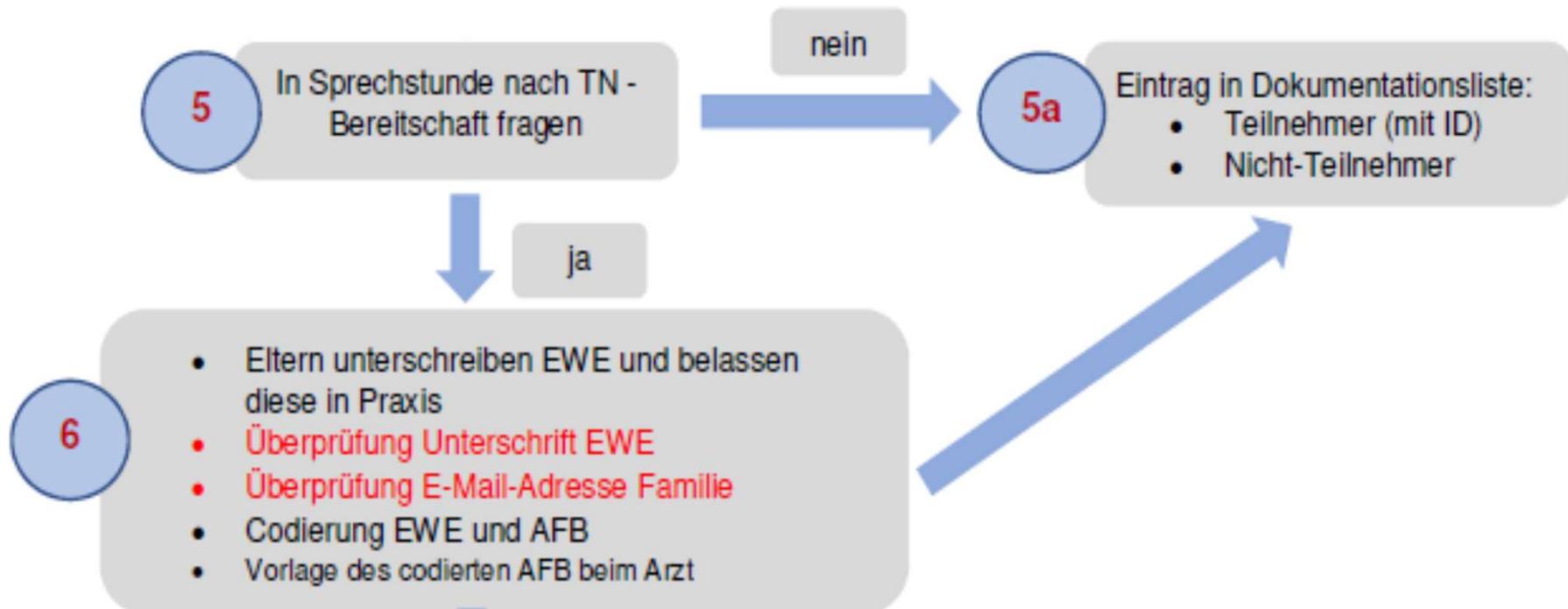
Formulierungshilfen:

„Wir, als Kinderarztpraxis, nehmen an einer wichtigen Studie teil. Es geht um die Verbesserung der Versorgung von Familien mit kleinen Kindern. Sie als Eltern können zum Erfolg der Studie beitragen, wenn Sie ebenfalls mitmachen.“

„Die Teilnahme kostet Sie nicht viel Zeit und als Dankeschön erhalten Sie einen 30€ - Amazon Gutschein.“

„Die Befragung ist anonym, weder wir, die Kinderarztpraxis, noch die Forscher können Rückschlüsse auf die Familie ziehen.“

Ablauf Teil 5, 5a und 6



Codierung der Studienunterlagen

Dokumentationsliste Praxis Dr. Müller

laufende Nummer	Datum	EWE + Unterlagen ausgehändigt	Teilnahme ja/nein	EWE zurück? Ja/nein	bei Teilnahme nein: ggf. Gründe	Codierung	EWE an NZFH und AFB an SEVERA
1	17.05.2021	x	ja	ja		AX 001	✓
2							

**Forschungsprojekt
„P.A.T.H. - Pädiatrie und Frühe Hilfen“**

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR ELTERN

Ich bin über Inhalt und Ablauf des Forschungsprojekts „P.A.T.H. - Pädiatrie und Frühe Hilfen“ informiert worden. Es wird in Verantwortung vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (Projektleitung Ilona Renner) und der Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA; Projektleitung Dr. Manuel Universitätssklinikum Freiburg durchgeführt. Ich habe zusätzlich zu einem Aufklärungsgespräch eine schriftliche Information zum Forschungsprojekt gelesen und verstanden.

Mir wurde mitgeteilt, dass

Fragebogen zur ärztlichen Einschätzung der familiären Belastungssituation

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach Abschluss der U-Untersuchung mit einer an der P.A.T.H.-Studie teilnehmenden Familie.

1. Schätzen Sie die Familie als psychosozial belastet ein?

Dokumentationsliste für Rekrutierung der Familien

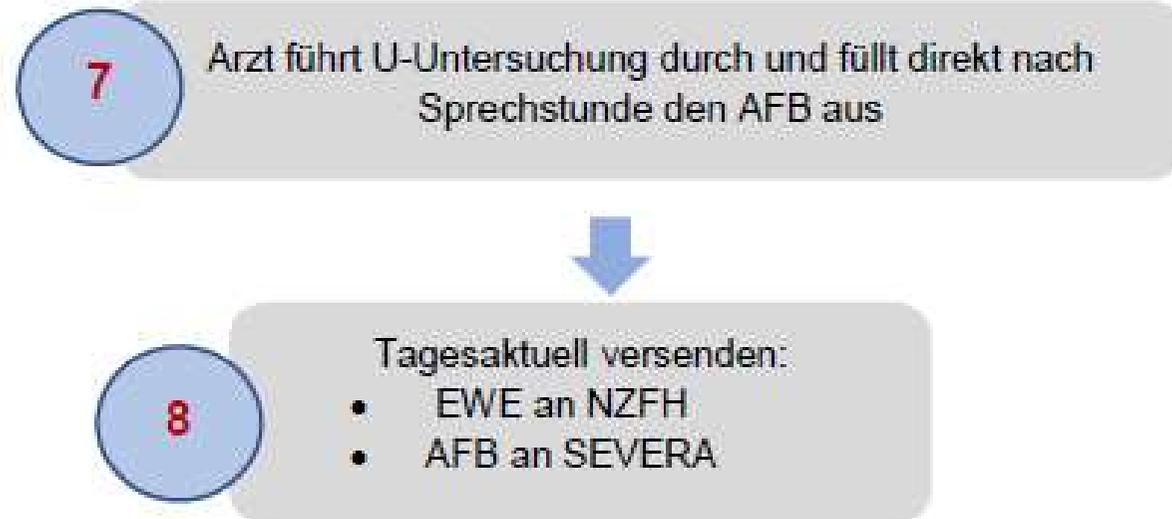
Dokumentationsliste Praxis Dr. Müller

laufende Nummer	Datum	EWE + Unterlagen ausgehändigt	Teilnahme ja/nein	EWE zurück? Ja/nein	bei Teilnahme nein: ggf. Gründe	Codierung	Unterlagen EWE an NZFH und AFB an SEVERA
1	17.05.2021	x	ja	ja		AX 001	✓
2	19.05.2021	x	nein	nein			
3	19.05.2021	x	nein	ja	keine Zeit		
4	23.05.2021	x	ja	ja		AX 002	✓
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Bei Nichtteilnehmern bitte die Felder Datum, EWE+ Unterlagen ausgehändigt und Teilnahme ja/nein ausfüllen!

Die Beachtung dieser Punkte sind bei den Teilnehmer besonders wichtig

Ablauf Teil 7-8



Ablauf Teil 9



Studienunterlagen

- Kurzinfo Studie Eltern
- Studieninformation
- Einwilligungserklärung Eltern

- Adressierte Freiumschläge
NZFH (EWE) & SEVERA (AFB)
- Aufkleber mit Codierungen
- Dokumentationsliste

- Ablaufplan
- Manual
- Präsentation Einweisungsschulung

Unterlagen
Eltern

Organisation &
Rücksendeunterlagen

Informationen zum
Nachschlagen

Aufwandsentschädigung Ärzte / MfA

- **Einweisungsschulung:** 90€ / Praxis
- **Rekrutierung:** 60€ / Familie (20 Familien pro Praxis)

Die Aufwandsentschädigung wird in Summe nach Abschluss der Rekrutierungsphase (Februar 2022) an die Praxis überwiesen.

4. Wie geht es weiter?

Die nächsten Schritte...



- Erhalt der Studienunterlagen
- Ausführliche Einwilligungs- und Datenschutzerklärung an NZFH zurücksenden
- Start der Eltern - Rekrutierung ab Mai 2021

Zeitleiste Evaluation PATH

Hauptaktivitäten und Planung der Evaluation





Toll, dass Sie dabei sind!

Bei Fragen: path@nzhf.de
oder 0221-8992-463



Wir freuen uns auf unsere Zusammenarbeit im
PATH - Projekt!

**P.A.T.H. Studie:
Compliance Supervision zu den Themen
Fallfindung (Klärungsgespräch) und
motivierendes Elterngespräch**

Arbeitsblätter

Der Auftragsstatus in der Beratung

Steve de Shazer



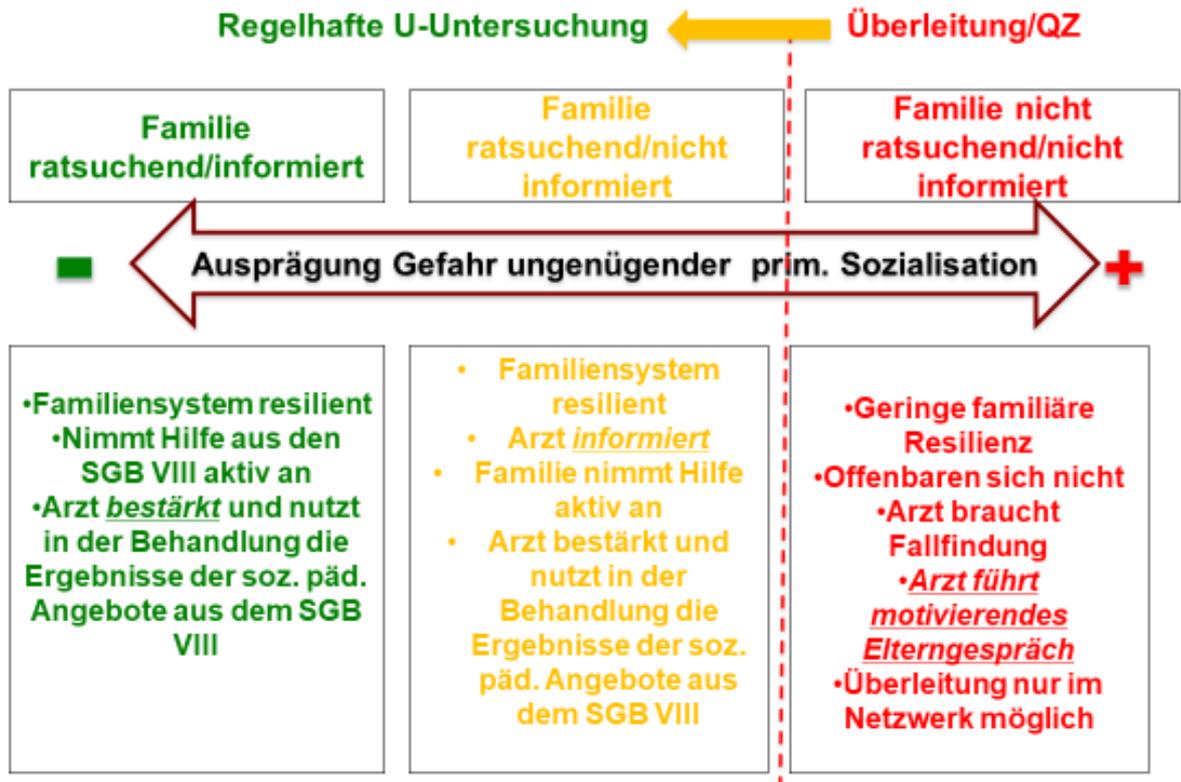
- **Besucher**
 - Kommt ohne Absicht oder wird mitgebracht. Will dabei sein ohne sich zu ändern. Will nicht auffallen!
- **Klagender**
 - Kommt mit seiner Wehklage, die erhört werden will. Will sich nicht ändern, wenn er nicht mehr klagen kann.
- **Kunde**
 - Weiß was er will und hat einen klaren Auftrag.

Phasen der Verhaltensveränderung in der U- Untersuchung bei belasteten Familien

(nach Prochaska und DiClemente)

Absichtslosigkeit Rote Familie	Keine Intention, das Verhalten verändern zu wollen. Familie glaubt kein Problem zu haben - „Man geht eben zum Kinderarzt zur U-Untersuchung“.
Absichtsbildung Gelbe Familie	Es wird erwogen, das Verhalten in der nächsten Zeit zu verändern. „Wir haben ein Problem, aber noch keine Idee zur Veränderung.“
Vorbereitung Gelbe Familie	Erste Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet, Zielverhalten wird in der nächsten Zeit konkret angestrebt. „Wir wollen was machen, uns fehlen die Informationen“.
Aktion / Handlung Grüne Familie	Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten gezeigt. „Wir waren bei den Frühen Hilfen.“
Stabilisierung Grüne Familie	Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten beibehalten. „Wir nehmen konstant Hilfsangebote an.“
Integration Grüne Familie	Zielverhalten wird seit mehr als zwei Jahren beibehalten. „Wir brauchen keine Hilfsangebote mehr, wir haben mit den Helfern festgestellt, dass wir alleine zurechtkommen.“

Fallschwereinschätzung bezüglich der vorhandenen Selbststeuerungsfähigkeit der Familien bezüglich von Angeboten der Frühen Hilfen



Arbeitsblatt 1: Fallfindung mit Hilfe des Klärungsgesprächs	
Arbeitsaufgabe	Eigene Eintragungen
Überlegen Sie sich, wann Sie in der letzten Zeit eine „rote Familie“ in der U-Untersuchung vor sich hatten.	Schreiben Sie in zwei Sätzen auf, warum Sie diese Familie in die Gruppe „rote Familie“ eingeordnet haben.
Nehmen Sie jetzt bitte das Formblatt postnataler Erhebungsbogen Kinderärzte „Frühe Hilfen“ zur Hand.	Erinnern Sie sich bitte noch einmal genau an die oben identifizierte U-Untersuchung. Schreiben Sie bitte auf, wie Sie die Familie auf die gemeinsame Bearbeitung des Erhebungsbogens ansprechen würden:
Bearbeiten Sie nun den Erhebungsbogen	Gehen Sie dabei so vor, als ob die Familie anwesend wäre und tragen Sie bitte die Gesprächsinhalte so ein, wie sie glauben, dass das mit der Familie im Gespräch so benannt worden wäre!

Vorderseite:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Alles Gute.



**Postnataler Erhebungsbogen
Kinderärzte „Frühe Hilfen“**

Familienanamnese:

- Familiäre Situation (z.B. Stieffamilie)
- Mutter unter 20 Jahre alt
- mehrere Kinder, dichte Geburtenfolge
- Problematische finanzielle Situation
- Sonstiges:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich immer auf beide Elternteile (sofern in die Erziehung eingebunden)

Wahrnehmungen/Attributionen des Kindes:

Gibt es irgendetwas, was Sie verunsichert oder besorgt an der Entwicklung und/oder dem Verhalten des Kindes?

Womit hat das Kind Sie zuletzt erfreut?

Fragen zur kommunikativen und sozialen Entwicklung

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nonverbale Kommunikation: altersgerechtes Lächeln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sprachentwicklung altersgerecht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Soziale Entwicklung altersgerecht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spielverhalten altersgerecht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Fragen zur Regulationsfähigkeit des Kindes.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Schreit das Kind sehr häufig oder ist es sehr unruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Klappt es mit dem Schlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Klappt es mit dem Füttern/ Essen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist das Kind auffallend aggressiv? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Gibt es etwas, das den Eltern in Bezug auf diese Punkte Sorge bereitet?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Anhang 3A Rückseite:**Fragen zu Erziehungsschwierigkeiten (bei Kindern ab 1 Jahr)**

Wie gut reagiert Ihr Kind, wenn Sie ihm etwas verbieten müssen?

Was machen Sie oder Ihr Partner, wenn es nicht auf Sie hört?

Wie gut klappt es mit dem Zähneputzen?

Fragen zu erkannten Belastungen in den oben gestellten Fragen

Wie belastend ist das für Sie? Halten Sie es noch aus?

Fragen zur aktuellen Familiensituation

Die ersten Lebensjahre sind für Eltern oft sehr anstrengend und häufig ist man phasenweise sehr erschöpft.

- Wie geht es Ihnen? Wie erschöpft fühlen Sie sich?
- Wird Ihnen manchmal alles zu viel? Finden Sie auch mal Zeit für sich? Können Sie sich mal erholen?

Haben Sie gerade in Zeiten, die besonders anstrengend sind oder in denen Sie sich erschöpft fühlen, eine zuverlässige Unterstützung, beispielsweise durch Ihren Partner, Ihre Familie oder andere Personen? Denken Sie, dass mehr Unterstützung hilfreich wäre?

Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

ja nein

Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

ja nein

Fazit: Gemeinsame Einschätzung von Familie und Arzt zu erlebter Belastung und vorhandenen Ressourcen

Liegt eine Belastung aus Sicht der Familie vor? ja nein

Liegt eine Belastung aus Sicht des Arztes vor? ja nein

Sind die Eltern zu einem weiteren Gespräch bereit? ja nein

Datum, Unterschrift des Arztes

Arbeitsblatt 2: Motivierendes Elterngespräch		
Fallbeispiel B für die Simulationsübung zum Training des motivierenden Elterngesprächs		
Arbeitsauftrag		Informationen und eigene Eintragungen
Bitte lesen Sie die Fallvignette durch und überlegen Sie sich, wie ein Gespräch mit der Familie ablaufen würde. Überlegen Sie sich Formulierungen, die Sie anwenden würden.		
1	medizinische und soziale Anamnese	Frau 22 Jahre alleinerziehend, eine Tochter zwei Jahre alt. Der Kindsvater beteiligt sich an der Erziehung des Kindes nicht. Die Mutter ist zurzeit arbeitslos und lebt von ALG II (= Hartz IV). Sie habe ihr Leben bisher alleine gut im Griff und komme mit allem klar. Zum Jugendamt möchte sie keinen Kontakt, da sie schlechte Erfahrungen mit dem „Amt“ in der eigenen Herkunftsfamilie gemacht habe. Sie hat als Hotelfachfrau bis zur Geburt des Kindes gearbeitet. Sie ist aus den neuen Bundesländern an den jetzigen Wohnort gezogen, um dort Arbeit zu finden. Sie hat keine weitere Familie am derzeitigen Wohnort. Ihre Mutter kann nur selten zu Besuch kommen. Sie hat wenig soziale Kontakte am Ort.
2	Situation der Fallfindung	Sie erleben Mutter und Kind in den U-Untersuchungen bisher ohne Auffälligkeiten. Die Mutter ist zugewandt, macht aber in Fragen der Erziehung einen unsicheren Eindruck. Mit ihrer Unsicherheit geht sie in der Sprechstunde offen um. Sie geht liebevoll mit dem Kind um, das gut gedeiht. Sie haben sich in den letzten U-Untersuchungen schon gefragt, wie die Mutter das so gut schafft. Akut ist sie mit dem Kind wegen einer Mittelohrentzündung bei ihnen. Sie erleben sie zum ersten Mal sehr erschöpft und anders als sonst. Diese Wahrnehmung irritiert Sie! Die Mutter wirkt nicht nur mitgenommen durch die akute Erkrankung der Tochter. Sie haben das Gefühl, dass es ihr schon länger nicht gut geht und fragen sich wieder, wie die Mutter das alles schafft und bieten ihr ein Gespräch (ggf. unter zu Hilfenahme des Instruments „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“).
3	Befund des Gesprächs zur Einschätzung der Belastung	Die Mutter berichtet, dass sie bei all ihrer Unsicherheit einen hohen Anspruch an sich hat, alles mit dem Kind gut zu machen. Am meisten würde sie die soziale Isolation belasten. Sie könne Niemanden um Rat bei Alltagsfragen der Erziehung bitten. Die starke Fixierung des Kindes auf sie erlebe sie zunehmend als Einengung. Es falle ihr immer schwerer die Kleine sinnvoll zu beschäftigen, manchmal werde sie regelrecht ärgerlich auf das Kind und erschrecke sich dann sehr! Sich Hilfe von außen zu holen kann Sie sich wegen ihrer Erschöpfung kaum vorstellen!

- Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen – Familien in psychosoziale Angebote vermitteln

Fortbildung für die Fallfindung und motivierende Beratung in der
ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis

Samstag, 17. Oktober 2020

Programm

- 09:00 Uhr** **Ankommen (mit Brezelfrühstück)**
- 09:30 Uhr** **Begrüßung**
Yanina Euper
- 09:45 Uhr** **Vortrag: Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen**
Yanina Euper
- 10:15 Uhr** **Identifikation von Familien mit psychosozialen Unterstützungsbedarf**
- Vortrag: Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf –
Beobachtungen aus der pädiatrischen Praxis**
Dr. Joachim Suder, Kinder- und Jugendmediziner
- Arbeit mit dem Instrument**
„Identifikation von Familien in besonders belasteten Situationen“
in Kleingruppen
-
- 12:15 Uhr** **Mittagspause**
-
- 13:00 Uhr** **Motivierendes Elterngespräch**
- Vortrag: Das motivierende Elterngespräch in der Vertragsarztpraxis**
*Dipl.-Sozialpädagogin Christine Utecht, Leitung Jugend- und
Familienberatungszentrum Tübingen*
- Vorstellung und Diskussion der theoretischen Grundlagen
in Kleingruppen**
- ca. 14:45 Uhr** **Kaffeepause**
- 15:00 Uhr** **Arbeiten mit dem Instrument**
„Motivierendes Elterngespräch“
in Kleingruppen
- 16:30 Uhr** **Ende der Veranstaltung**



Anregungen für Fallfindung und Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in der Praxispädiatrie im Rahmen der Frühen Hilfen

erstellt von Michael Barth, referiert von Dr. med. Joachim Suder am 17.10.2020

Hintergrund

In unterschiedlichen klinischen wie empirischen Arbeitskontexten Praxispädiater/-innen bei ihrer Arbeit „über die Schultern“ geschaut

Auf Grundlage dieser „Daten“ fassen wir Beobachtungen von supportiven Vorgehensweisen, Fragen und Settings aus der Praxis zusammen und versuchen eine kriterienorientierten Fallfindung für die Praxis zu (re)konstruieren

Gliederung: Vom Eindruck zum Fall

1. Frühe Hilfen und Praxispädiatrie
2. Beispiel
3. Modelle der Fallfindung
4. Vorgehensweisen: Aus der Praxis für die Praxis
5. Zusammenfassung

Hauptindikationen der Frühen Hilfen

- Alltagspraktischen Unterstützungen (ab Schwangerschaft)
 - z.B. Familienhebamme
- Fördern eingeschränkter Beziehungskompetenzen (erstes Lebensjahr)
 - z.B. Feinfühligkeitstraining
- Fördern eingeschränkter Erziehungskompetenzen (ab 8. Monat) der Eltern
 - z.B. Elternberatung, -training

Praxispädiatrie und Frühe Hilfen

Frühe Hilfen

- Familienorientiert
- Frühes Erkennen und Vermitteln besonders belasteter Patientenfamilien (Kinder ≤ 3)
 - Screening

Praxispädiatrie

- Kindorientiert
- Rasche, niederschwellige und nachhaltige Unterstützung **einzelner** Patientenfamilien
 - Fallfindung
 - Gemeinsame Entscheidungsfindung

Beispiel: Früherkennungsuntersuchung U4

05	Arzt:	ganz glücklich? (Beide lachen)
06	Mutter:	[[...]] ja (.) doch. (.) im allgemeine isch sie eigentlich (.) [recht zufrieden]
07	Arzt:	[das war jetzt so ein verhaltenes ja.] deshalb frag ich nochmal nach
08	Mutter:	[außer am ABend halt. (-)] (Sie hört auf zu lachen)
09	Arzt:	das heißt abends hat sie ihre UNruhephase. (-) (Lacht nicht mehr und spricht mit tiefer Stimme)
10	Mutter:	ja. (.)

Zusammenfassung des Fallbeispiels

Kommunikativer Prozess

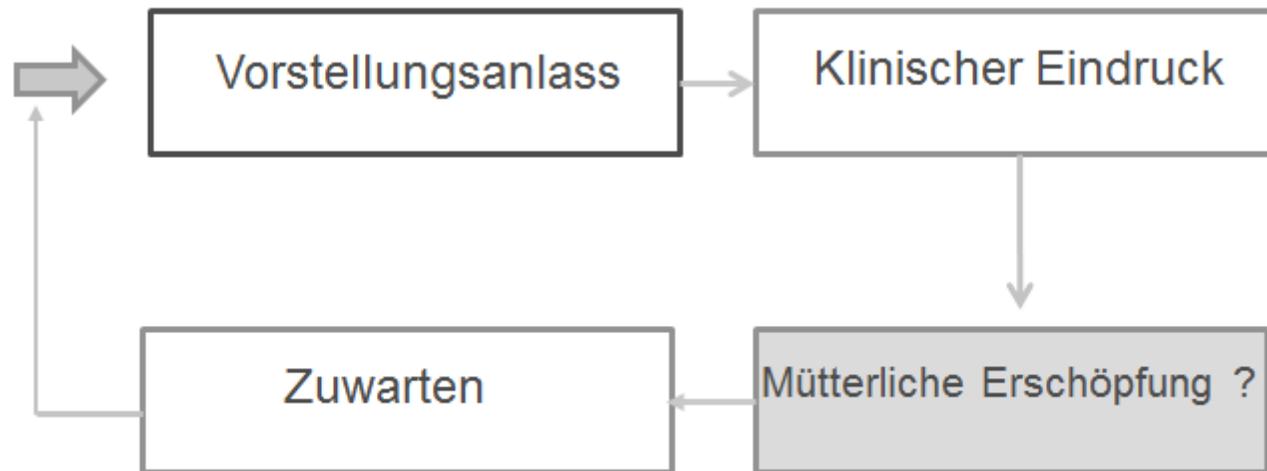
- Initiative des Pädiaters
- Pädiateer bleibt am Thema dran
- Pädiateer begründet sein „Dranbleiben“
- Keine thematische Expansion durch die Mutter

Pädiatrischer Eindruck

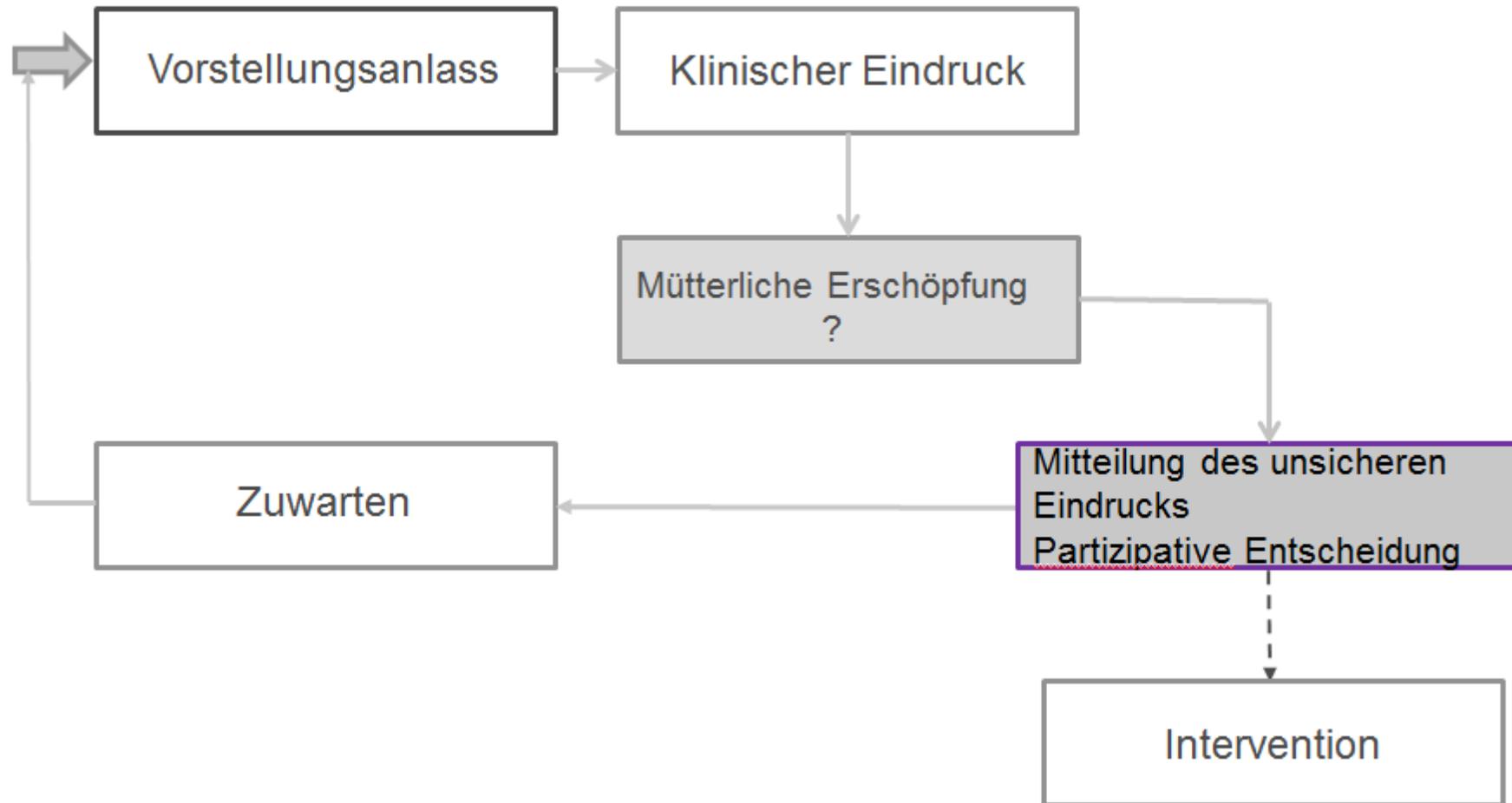
- Mutter bewältigt die kindlichen Unruhephasen
- Unsicher über Ausmaß der mütterlicher Erschöpfung und vorhandener Unterstützung

Pädiatrische Entscheidung: Verlauf abwarten

Pädiatrisches Entscheidungsmodell



Erste Modellerweiterung



Einsame vs. gemeinsame Reflektion

- „Einsame Variante“ empirisch häufig beobachtet
- Korreliert mit subjektiver Unsicherheit der Pädiater/-in bei elternbezogenen Themen
- Gemeinsame Reflektion braucht Rahmung – Dr. JJ's Eröffnung

Dr. JJ's Eröffnung

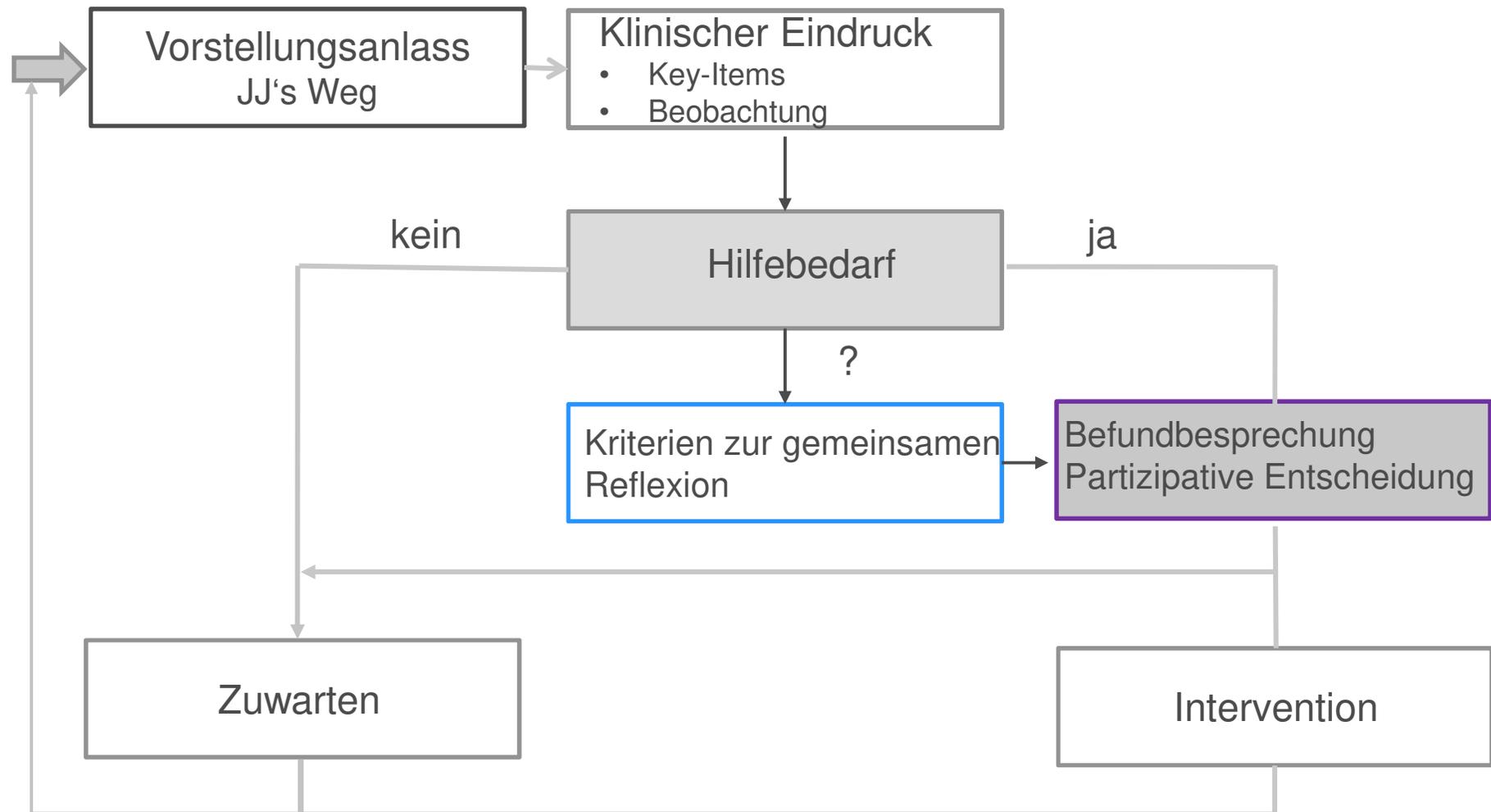
Zu Beginn einer Konsultation klärt Dr. JJ mit den Eltern kurz

- den aktuellen Untersuchungsanlass (Zeitrahmen, Anliegen des Arztes, Anliegen der Eltern) und
- legt die Untersuchungsziele fest (Zusammenfassung und Festlegung Untersuchungsinhalte).

Beispiel:

- *„Ich habe für den Termin ca. 20 Minuten vorgesehen. Ich werde Ihnen einige Fragen zu (Name des Kindes), zu dessen Entwicklung und Verhalten, zu Ihrer und zur familiären Situation stellen und dann (Vorname des Kindes) untersuchen. Vorab möchte ich aber gerne wissen, was Sie heute besprochen haben möchten. Welche Fragen Sie haben.“*

Zweite Modellerweiterung: Kriterien



Themen der Frühen Hilfen im Untersuchungsverlauf

1. (Familienanamnese)
2. Fragen zum Kind
3. Fragen zu Familie/ Mutter
4. Körperliche Untersuchung
5. Befundbesprechung, Einschätzung und Entscheidungsfindung

Das Genogramm - die „Datenbank“

<u>Kindsvater</u>			<u>Kindsmutter</u>	
a. Alter:	b. Geburtsort:	<p>p. Partnerschaftsstatus: 1 <input type="checkbox"/> Verheiratet 2 <input type="checkbox"/> Unverheiratet zusammen 3 <input type="checkbox"/> Getrennt / geschieden q. Partnerschaftsdauer (in Jahren):</p>	h. Alter:	i. Geburtsort:
Beruf:			Beruf:	
Erkrankungen			Erkrankungen	
c. Chronische Erkrankungen/ Behinderungen 1 <input type="checkbox"/> Ja, folgende (txt): 2 <input type="checkbox"/> Keine			k. Chronische Erkrankungen/ Behinderungen 1 <input type="checkbox"/> Ja, folgende (txt): 2 <input type="checkbox"/> Keine	
d. Seelische Erkrankungen: 1 <input type="checkbox"/> Ja, folgende (txt): 2 <input type="checkbox"/> Keine			l. Seelische Erkrankungen: 1 <input type="checkbox"/> Ja, folgende (txt): 2 <input type="checkbox"/> Keine	
e. Medikamenteneinnahme: 1 <input type="checkbox"/> Ja, folgende (txt): 2 <input type="checkbox"/> Keine			m. Medikamenteneinnahme: 1 <input type="checkbox"/> Ja, folgende (txt): 2 <input type="checkbox"/> Keine	
Kontakt zur Herkunftsfamilie:		<p>s. Weitere Bezugspersonen Kind (Mehrfachantworten möglich):</p> s.1 <input type="checkbox"/> Großeltern: _____ s.2 <input type="checkbox"/> Andere Familienmitglieder: _____ s.3 <input type="checkbox"/> Freunde / Babysitter: _____ s.4 <input type="checkbox"/> Professionelle Betreuung (Krippe / Kita): _____	Kontakt zur Herkunftsfamilie:	
f. Weitere Kinder:			n. Weitere Kinder:	
Falls Eltern getrennt: g. Neuer Partner: 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nein		t. Ist der das Kind versorgende Elternteil alleinerziehend? 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nein	Falls Eltern getrennt: o. Neuer Partner: 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nein	

Fragen zum Kind

„Womit hat (Vorname des Kindes) Sie (den Partner) zuletzt erfreut?“

„Gibt es irgendetwas, was Sie an (Vorname des Kindes) verunsichert oder besorgt - an seiner Entwicklung – an seinem Verhalten?“

Zur kommunikativen und sozialen Entwicklung des Kindes

„Lächelt (Vorname des Kindes) sobald es Sie sieht, lächelt es bevor Sie lächeln oder mit ihm reden?“

„Hört (Vorname des Kindes) zu weinen auf, wenn es die Stimme einer anderen Person (nicht Ihre) hört?“

Fragen zur Regulation

Altersbezogene Fragen zur Regulationsfähigkeit des Kindes.

„Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind sehr häufig schreit oder sehr unruhig ist?“

Fragen zu erkannten Belastungen in den oben gestellten Fragen

Gibt es etwas, dass Sie besorgt?“

„Was Sie hilflos macht?“

„Wie belastend ist das für Sie (den Partner), halten Sie (der Partner) es noch aus?“

Fragen zur aktuellen Familiensituation

- *Haben Sie in Zeiten, die besonders anstrengend sind oder in denen Sie sich erschöpft fühlen, eine zuverlässige Unterstützung, bspw. durch ihren Partner, Familie oder andere Personen? Denken Sie, dass mehr Unterstützung hilfreich wäre?*
- *„Die ersten Lebensjahre sind für Eltern oft sehr anstrengend und häufig ist man phasenweise sehr erschöpft. Wie geht es Ihnen (dem Vater)? Wie erschöpft fühlen Sie sich? Wird Ihnen manchmal alles zu viel? Finden Sie auch mal Zeit für sich, können Sie sich mal erholen?“*

Bei V. a. starke mütterliche Erschöpfung

„Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“

„Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

„Edinburgh Postnatal Depression Scale“

Cox et al.(1987): Edinburgh Postnatal Depression Scale. Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997)

Whooley et al. (1999). 2 Fragentest zur Depression. *J Gen Intern Med* 12, 439-445

Körperliche Untersuchung



Einschätzung und Entscheidung

- Zusammenfassung der besprochenen Auffälligkeiten oder Belastungen
- Pädiater/-in wägt die Belastungen mit den ihr/ihm bekannten Bewältigungsmöglichkeiten und Stärken der Familie ab
- Konzentration auf eine Belastung
- Pädiater/-in teilt ihre/seine Einschätzung den Eltern mit (unsicher/sicher)
- Gemeinsames Überlegen und Entscheiden für Intervenieren oder Zuwarten

Fallstricke

- JJ's Eröffnungszug vergessen
- Zögerliches, zu offenes Fragen
- Warten auf Elterninitiative bzgl. Frühe Hilfen Themen
- Zuwarten als Lösung missverstehen (Fluktuation von Belastungen)
- Positiver wie negativer Verlauf aus dem Blick verlieren
- (Keine Rückmeldungen über Maßnahmen der Frühen Hilfen bei vermittelten Familien)

Zusammenfassung

- Von sich aus sprechen Eltern eher selten über ihre Lebenssituation und Belastungen mit Praxispädiater/-innen
- Bei entsprechender Rahmung antworten Eltern auf direkte Fragen ihrer Praxispädiater/-innen zu diesen Themen offen
- Unter der Gesprächsleitung der Pädiater/-in können diese Themen gemeinsam reflektiert und partizipative Entscheidungen getroffen werden
- Sorgen von Pädiater/-innen mit Frühen Hilfen-Themen, Familien zu stigmatisieren, werden weniger
- Keine Anwendung von Checklisten oder Anhaltsbögen ohne Einbettung in gem. Reflektion, wenn Hilfevermittlung primäres Ziel

Praxiskassenzahl (bei Kostenträger)		
Name, Vorname des Vertriebsleiters		
zbl. am		
Kassen-Nr.	Vertriebsleit.-Nr.	Status
Vertriebsleit.-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“

Familienanamnese

- familiäre Situation (z. B. alleinerziehend, Patchwork-Familie)
- psychische Belastung
- Mutter unter 20 Jahre alt
- mehrere Kinder, dichte Geburtenfolge
- problematische finanzielle Situation (u. a. staatl. Unterstützungsleistungen)
- soziale Isolation (Nachbarschaft, Familie, Freunde)
- Sonstiges: _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich immer auf beide Elternteile (sofern in die Erziehung eingebunden).

Wahrnehmungen/Attributionen des Kindes

Womit hat das Kind Sie zuletzt erfreut?

Gibt es irgendetwas, was Sie verunsichert oder besorgt an der Entwicklung und/oder dem Verhalten des Kindes?

Fragen zur kommunikativen und sozialen Entwicklung

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nonverbale Kommunikation: altersgerechtes Lächeln? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sprachentwicklung altersgerecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soziale Entwicklung altersgerecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Spielverhalten altersgerecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Fragen zur Regulationsfähigkeit des Kindes

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Schreit das Kind sehr häufig oder ist es sehr unruhig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Klappt es mit dem Schlafen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Klappt es mit dem Füttern/ Essen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist das Kind auffallend aggressiv? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gibt es etwas, das den Eltern in Bezug auf diese Punkte Sorge bereitet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Fragen zu Erziehungsschwierigkeiten (bei Kindern ab 1 Jahr)

Wie gut reagiert Ihr Kind, wenn Sie ihm etwas verbieten müssen?

Was machen Sie oder Ihr Partner, wenn es nicht auf Sie hört?

Wie gut klappt es mit dem Zähneputzen?

Fragen zu erkannten Belastungen in den oben gestellten Fragen

Wie belastend ist das für Sie? Halten Sie es noch aus?

Fragen zur aktuellen Familiensituation

Die ersten Lebensjahre sind für Eltern oft sehr anstrengend und häufig ist man phasenweise sehr erschöpft. **Wie geht es Ihnen? Wie erschöpft fühlen Sie sich? Wird Ihnen manchmal alles zu viel? Finden Sie auch mal Zeit für sich? Können Sie sich mal erholen?**

Haben Sie gerade in Zeiten, die besonders anstrengend sind oder in denen Sie sich erschöpft fühlen, eine zuverlässige Unterstützung, beispielsweise durch Ihren Partner bzw. Ihre Familie oder andere Personen? Denken Sie, dass mehr Unterstützung hilfreich wäre?

Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein

Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein

Fazit: Gemeinsame Einschätzung von Familie und Arzt zu erlebter Belastung und vorhandenen Ressourcen

Liegt eine Belastung aus Sicht der Familie vor? Ja Nein

Liegt eine Belastung aus Sicht des Arztes vor? Ja Nein

Sind die Eltern zu einem weiteren Gespräch bereit? Ja Nein

Datum _____

Unterschrift des Arztes _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
NRB. AN		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Geboresenen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Pränataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“

Familienanamnese: (Belastungen/Risiken aus dem Mutterpass)

- familiäre Situation (z. B. alleinerziehend, Patchwork-Familie)
- psychische Belastung
- Mutter unter 20 Jahre alt
- mehrere Kinder, dichte Geburtenfolge
- problematische finanzielle Situation (u.a. staatl. Unterstützungsleistungen)
- soziale Isolation (Nachbarschaft, Familie, Freunde)
- Sonstiges:

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich immer auf beide Elternteile (sofern in das Gespräch eingebunden).

Erleben der bisherigen Schwangerschaft

Wie fühlen Sie sich? Worüber haben Sie und Ihr ungeborenes Kind sich zuletzt gefreut? Was hat Ihnen beiden richtig gut getan?

Worüber hat sich der werdende Vater gefreut? Womit hat er Mutter und Kind zuletzt erfreut?

Gibt es etwas, das Sie besorgt oder wovor Sie sich fürchten? Ja Nein

Fragen zu einer möglichen belastenden, depressiven Stimmung der Schwangeren

- Ist Ihnen in letzter Zeit alles zu viel geworden? Ja Nein
- Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein
- Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein

Fragen zu Schwangerschaft und Partnerschaft

Eine Schwangerschaft kann viel verändern, auch in der Partnerschaft. Empfinden Sie Ihren Partner als Unterstützung? Ja Nein

Manchmal sind werdende Eltern in der Schwangerschaft erschöpft oder auch leicht reizbar. (Hinweis: Hier 5 Sekunden Pause lassen und Reaktion abwarten, kommt nichts – weiterfragen) Wie ist das bei Ihnen gerade? (Verneint dies die Mutter – hier Ende der Frage. Bestätigt die Mutter/der Vater: weiterfragen)

Dann kann sich eine Meinungsverschiedenheit auch einmal hochschaukeln bis zur Sachbeschädigung und zu körperlichen Übergriffen.

Ist dies bei Ihnen auch schon einmal vorgekommen? Ja Nein

Fazit: Gemeinsame Einschätzung von Familie und Arzt zu erlebter Belastung und vorhandenen Ressourcen

Liegt eine Belastung aus Sicht der Familie vor? Ja Nein

Liegt eine Belastung aus Sicht des Arztes vor? Ja Nein

Datum

Unterschrift des Arztes

Vorname Nachname bzw. Zusatzbezeichnung		
Adresse, Postleitzahl und Wohnort		
PLZ, Ort		
Kassen-Nr.	Versicherungs-Nr.	Status
Gebohrten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“ für Gynäkologen

Familienanamnese: (Belastungen/Risiken aus dem Mutterpass)

- familiäre Situation (z. B. alleinerziehend, Patchwork-Familie)
- psychische Belastung
- Mutter unter 20 Jahre alt
- mehrere Kinder, dichte Geburtenfolge
- problematische finanzielle Situation (u.a. staad. Unterstützungsleistungen)
- soziale Isolation (Nachbarschaft, Familie, Freunde)
- Sonstiges: _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich immer auf beide Elternteile (sofern in das Gespräch eingebunden).

Fragen zur Geburt

Wie haben Sie die Geburt erlebt?

Fragen zum Stillen

Stillen Sie? ja Nein

Wie erleben Sie das Stillen, bzw. wie haben Sie es erlebt?

Fragen zur Regulationsfähigkeit des Kindes

Schreit das Kind sehr häufig oder ist es sehr unruhig? ja Nein

Klappt es mit dem Schlafen? ja Nein

Klappt es mit dem Füttern/Essen? ja Nein

Wie heißt Ihr Kinderarzt? _____

Fragen zu einer möglichen belastenden, depressiven Stimmung der Mutter

Gibt es etwas, das Sie besorgt oder wovor Sie sich fürchten? ja Nein

Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? ja Nein

Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? ja Nein

Fragen zur aktuellen Familiensituation

Die ersten sechs Wochen nach der Geburt sind für Eltern oft sehr anstrengend und häufig ist man phasenweise sehr erschöpft.

Wie geht es Ihnen? Wie erschöpft fühlen Sie sich? Wird Ihnen manchmal alles zu viel? Finden Sie auch mal Zeit für sich? Können Sie sich mal erholen?

Haben Sie gerade in Zeiten, die besonders anstrengend sind oder in denen Sie sich erschöpft fühlen, eine zuverlässige Unterstützung, beispielsweise durch Ihren Partner bzw. Ihre Familie oder andere Personen? Denken Sie, dass mehr Unterstützung hilfreich wäre?

Fazit: Gemeinsame Einschätzung von Familie und Arzt zu erlebter Belastung und vorhandenen Ressourcen

Liegt eine Belastung aus Sicht der Familie vor? ja Nein

Liegt eine Belastung aus Sicht des Arztes vor? ja Nein

Sind die Eltern zu einem weiteren Gespräch bereit? ja Nein

Datum

Unterschrift des Arztes

Dank

Dem **NZFH** für die gewährte Unterstützung und finanzielle Förderung der beiden Projekte

- „Entwicklung eines pädiatrischen Anhaltsbogens Erhebungsverfahrens zum Bedarf an Frühen Hilfen im Rahmen pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen (1.11. 2012 – 31.12.2013) und
- “Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der U5“ (15.01.2013 -15.02.2014)
- 8 Praxispädiater/-innen und 30 Eltern, die uns die Videoaufzeichnungen von Früherkennungsuntersuchungen ermöglicht haben
- 34 Praxispädiater/-innen im Freiburg und München, die uns ihre 6 monatige Erfahrung mit dem pädiatrischen Anhaltsbogen berichtet haben und diesen Bogen bei 385 Familien eingesetzt haben
- 161 Familien, die wir mit dem Freiburger-Eltern-Interview zur Erfassung von psychosozialen Belastungen zu Hause interviewen durften
- Projektmitarbeiter/-innen Dr. H. Martens-LeBouar, Lorena Krippeit, Leni Kleinert und Florian Belzer und der Münchner Arbeitsgruppe von Prof. Dr. V. Mall

Vielen Dank

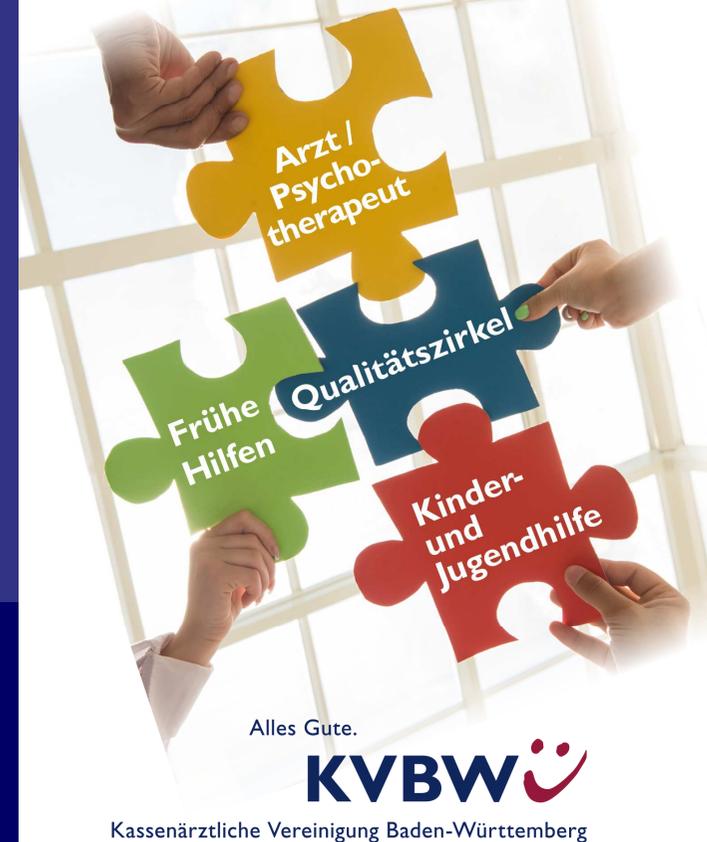
Psychoziale Belastungen	Zusammenfassende Einschätzung				
		U3	U4	U5	U6
	1. Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Auffälligkeiten beim Kind				
		U3	U4	U5	U6
	2. Pflege / Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Entwicklung / Verhalten (Sicht des Pädiaters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Entwicklung / Verhalten (Sicht der Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Belastungen der Hauptbezugsperson (H.)				
		U3	U4	U5	U6
5. starke Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. selbstberichtete mangelnde Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eltern-Kind-Interaktion					
	U3	U4	U5	U6	
7. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Anzeichen von Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Klinisch relevante Symptome	Regulationsstörungen				
		U3	U4	U5	U6
	10. Exzessives Schreien / starke Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Fütterstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen Postpartaler Depression					
	U3	U4	U5	U6	
13. Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

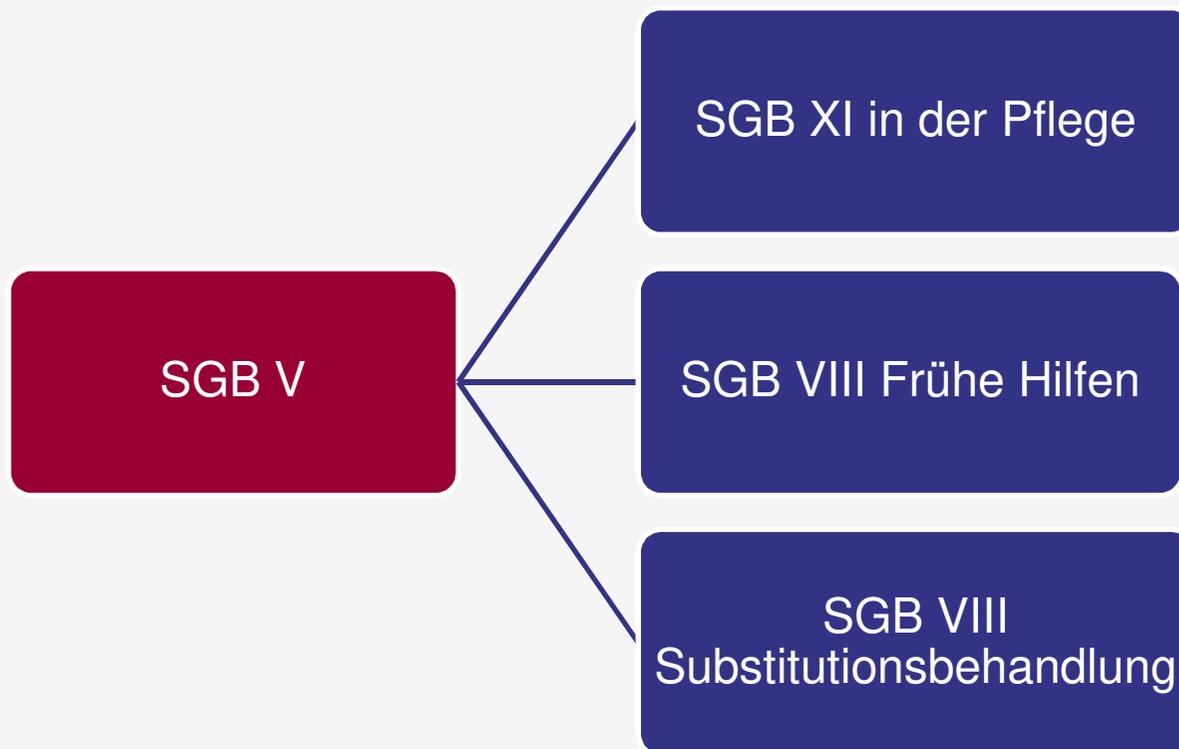
Motivierendes Elterngespräch

Dipl.-Sozialpädagogin Christine Utecht
zitiert nach Siebolds/ Münzel, 17.10.2020

Prävention durch Kooperation – Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen



Historische Versäulung des SGB



**Überleitungen
zwischen
Hilfesystemen
scheitern oft an
den SGB-Grenzen**

Motivierendes Elterngespräch



Modell: Systemische
Kurzzeitintervention nach
Steve de Shazer
Grundlage: Lit. Review und
qualitative Interviews
Format: Beratungsalgorithmus
Zeitbedarf: 10 Minuten

Grundlage = Family Empowerment

„Eine **mündige Familie** zu sein bedeutet, elterliche Aufgaben **motiviert** durchzuführen. Besonders ermächtigte Eltern finden die **Aufgaben sinnvoll**, sie fühlen sich **kompetent sie auszuführen** und sind der Überzeugung, dass ihre Bemühungen Auswirkungen auf den Verlauf der Dinge haben.“

In Anlehnung an: Houser, M. L. and Frymier, A. B. (2009). The role of student characteristics and teacher behaviors in students' learner empowerment. *Communication Education*, 58

Professionelle Haltung des Beraters



- ergebnisoffene Beratung
 - gemeinsame Sorge um das Wohl des Kindes
 - Eltern stehen neben Kind, Arzt neben Eltern
 - Ressourcenlage der Familie erheben
 - Ängste der Eltern wahrnehmen und entspringende Ambivalenz aushalten → kein Druck zur Hilfeannahme
- Frühe Hilfen

Professionelle Haltung

-II-

- geprägt von Wertschätzung und Akzeptanz der Unterschiedlichkeit, der Möglichkeiten und Wege, wie Familien ihre Familiarität gestalten
- Rückmeldungen, Sprache und Auftreten so gestalten, dass man als Person glaubhaft bleibt → Authentizität

Ziel:

Eltern stärken, um verantwortete und verantwortliche Entscheidungen für Ihre Familie und Kinder zu treffen!

Phasen der Beratung

1



- Herstellen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre
- Rückmeldung der Wahrnehmung des Arztes

- Joining: Anerkennung und Sorge spiegeln
- würdigende Wahrnehmung und Rückmeldung

2



- Ressourcenlage erheben (bisherige Bewältigungsstrategien und Sichtweisen der Familie)

- Aktives Zuhören
- offene Fragen stellen
- Stolz- und Sorgengeschichten bezüglich der Entwicklung der Kinder

3



- Information zu Angeboten der Frühen Hilfen und deren Nutzung

- Patienteninformation mit Hilfe von Infomaterialien zu Frühen Hilfen (Materialien des NZFH, der KV, ...)

4



- Besprechung einer möglichen Überweisung an die Frühen Hilfen (beim nächsten Besuch nachfragen, wie Überweisung gelungen ist und Folgegespräche anbieten)

- Klärung des Überweisungskontextes
- offenes Gespräch über Kontaktaufnahme zu den Frühen Hilfen

Schwierige Beratungssituationen

-|-

1. Familie lehnt aus Sicht des Arztes eine sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Unterstützung durch Angebote der Frühen Hilfen ab.

Was können Sie tun?

- weitere Gespräche um in ruhiger, nicht drängender Weise eigene Einschätzung verdeutlichen.
- Akzeptanz bei Ablehnung der Hilfe

Schwierige Beratungssituationen

-II-

2. Familie verneint ein aus Sicht des Arztes zwingend bestehender psychosozialer Unterstützungsbedarf.
→ Grenze Prävention und Kinderschutz

Was können Sie tun?

- weitere Gespräche, um ein Arbeitsbündnis mit der Familie zu erreichen
- gemeinsame, überprüfbare Absprachen zur Verbesserung der Situation mit der Familie treffen.

Schwierige Beratungssituationen

-III-

3. keine Verbesserung der Familiensituation und Sorge um das Wohl des Kindes → Inanspruchnahme einer Beratung gemäß § 4 Abs. 2 KKG (angeboten durch das Jugendamt)

Was können Sie tun?

- Fallvorstellung im IQZ Frühe Hilfen
- Arzt nimmt nach Absprache mit der Familie - insofern das Wohl des Kindes dadurch nicht gefährdet ist - Kontakt mit dem Jugendamt auf.

Hinweise für Motivationsgespräche

-|-

- Günstige Bedingungen wählen: Ort, ausreichende Zeit, Ruhe
- Atmosphäre der Sorge, nicht der Anklage
- Das eigene Interesse am Gespräch deutlich zeigen (Rolle)
- Den eigenen Hintergrund, die eigenen Ziele erläutern (gemeinsames Interesse: Wohl des Kindes!)
- Begebenheiten, möglichst aus der jüngsten Vergangenheit mitteilen, die auf Probleme hinweisen

Hinweise für Motivationsgespräche

-II-

- Durch evtl. auftretende Verharmlosungen oder aggressive Reaktionen nicht beirren lassen – auf die eigene Wahrnehmung vertrauen
- Hilfeangebote machen: Beratungsstellen, Hilfen zur Erziehung u. ä.
- Überprüfbare Absprachen treffen, kurze Zeitfenster!

Hinweise für Motivationsgespräche -III-

- Sofern keine Bereitschaft zu Veränderung/ zur Annahme von Hilfen besteht, Konsequenzen aufzeigen
- Gespräche im Team/ mit Netzwerkpartnern/ im IQZ vorbereiten
- Machen Sie sich immer wieder klar, dass die Verantwortung bei der Familie liegt. Er/sie muss ins Handeln kommen.
- Kinderschutz geht vor Datenschutz!

Prinzipien Motivierender Gesprächsführung

- Empathie und Akzeptanz ausdrücken
- Klärung und wenn möglich Auflösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderung
- Beweisführungen vermeiden
- Widerstand akzeptieren und untersuchen
- Selbstwirksamkeit fördern

Transtheoretisches Modell (TTM)

Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska/ DiClemente

- **Veränderung ist ein Prozess!**
- **Interventionen sollten dem jeweiligen Stadium des Prozesses angepasst sein**
- **Neue Maßstäbe für Erfolg (Ansprüche und Bewertung der Beratungssituation)**



Stadium	Verhaltensweisen	Interventionen Motivierende Strategien
Absichtslosigkeit „niemals“	<ul style="list-style-type: none"> kein Problembewusstsein kein Interesse, etwas zu verändern Auseinandersetzung wird vermieden Rebellion Resignation Rationalisierung 	<ul style="list-style-type: none"> Informationen geben Rückmeldung nach emotionalen Bezügen geben Aufweisen von Widersprüchen zwischen Denken und Verhalten Anbieten alternativer Sichtweisen Aufbau von Selbstvertrauen Aktives Zuhören
Absichtsbildung „eines Tages“	<ul style="list-style-type: none"> bewusste Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten, aber keine konkreten Pläne starke Ambivalenz (Pro und Contra halten sich die Waage) interessiert, aber nicht fest entschlossen 	<ul style="list-style-type: none"> Führen von Tagebüchern, Protokollen Pro und Contra herausarbeiten (Waage) Anstoß in Richtung Veränderung geben
Vorbereitung „bald“	<ul style="list-style-type: none"> Hohe Motivation zur Veränderung (in den nächsten 30 Tagen) Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung 	<ul style="list-style-type: none"> Alternativen aufzeigen Suchen nach realistischen und akzeptablen Veränderungsschritten Vereinbarungen treffen
Aktion „jetzt“	<ul style="list-style-type: none"> Hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement Konkrete sichtbare Veränderungsschritte werden unternommen Hohes Risiko für Rückfälle 	<ul style="list-style-type: none"> Stärkung von Selbstvertrauen Rückfallprophylaxe Einrichten regelmäßiger Kontakte
Aufrechterhaltung „für immer“	<ul style="list-style-type: none"> Veränderungen werden über einen längeren Zeitraum durchgehalten 	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikationsübungen Skill Training

TTM - kurz und knapp

Absichtslosigkeit



Informieren, Anbieten, Respektieren, Rückmelden

Absichtsbildung



Vorteile/Nachteile abwägen, Veränderungsziele diskutieren und ggf. konkretisieren – festlegen

Handlung



Begleiten, Bestätigen, „Kontrollieren“, Aktiv helfen

Aufrechterhaltung



Bestätigen, Beratungsbedarf prüfen

Vielen Dank!

Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen



Fall Kevin: Vor zehn Jahren schockierte sein Tod ganz Deutschland

Fall Kevin

Die lange Liste des Versagens

Fall Kevin

„Ich bin das Schwein“

Fall Kevin

„Warum sind wir im Stich gelassen worden?“

ABSCHLUSSBERICHT FALL KEVIN

„Er könnte noch leben, wenn man gehandelt hätte“

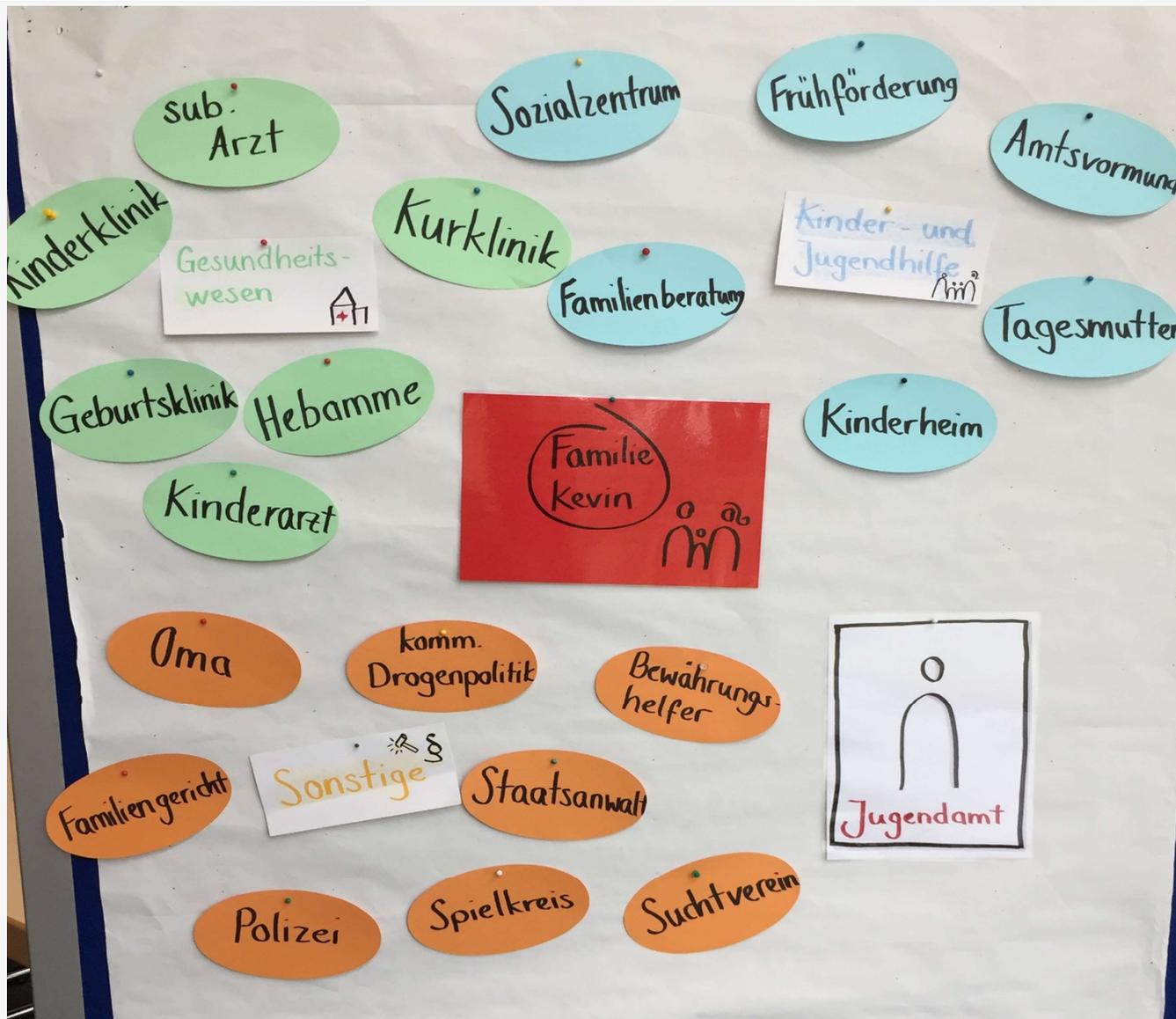
Fall Kevin

Chronik eines vermeidbaren Todes

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Prävention durch Kooperation - Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen

17.10.2020 Yanina Euper



Frühe Hilfen



Was sind Frühe Hilfen?

Video „Was sind Frühe Hilfen?“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) für Fachkräfte und Eltern:

[https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/filme-fuer-fachkraefte-und-eltern/?tx_solr\[sort\]=publishedYear+desc](https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/filme-fuer-fachkraefte-und-eltern/?tx_solr[sort]=publishedYear+desc)

Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen



Das Problem ...

Ausgangspunkt: Im Gesundheitswesen Identifikation von Familien mit psychosozialen Problemen

Aber: Hilfsangebote werden durch die Jugendhilfe vorgehalten

Problem: Mangelnde Zusammenarbeit der beiden Bereiche

Zusammenarbeit Jugendhilfe - Gesundheitswesen

Teilweise völlig unterschiedliche Risikoeinschätzungen

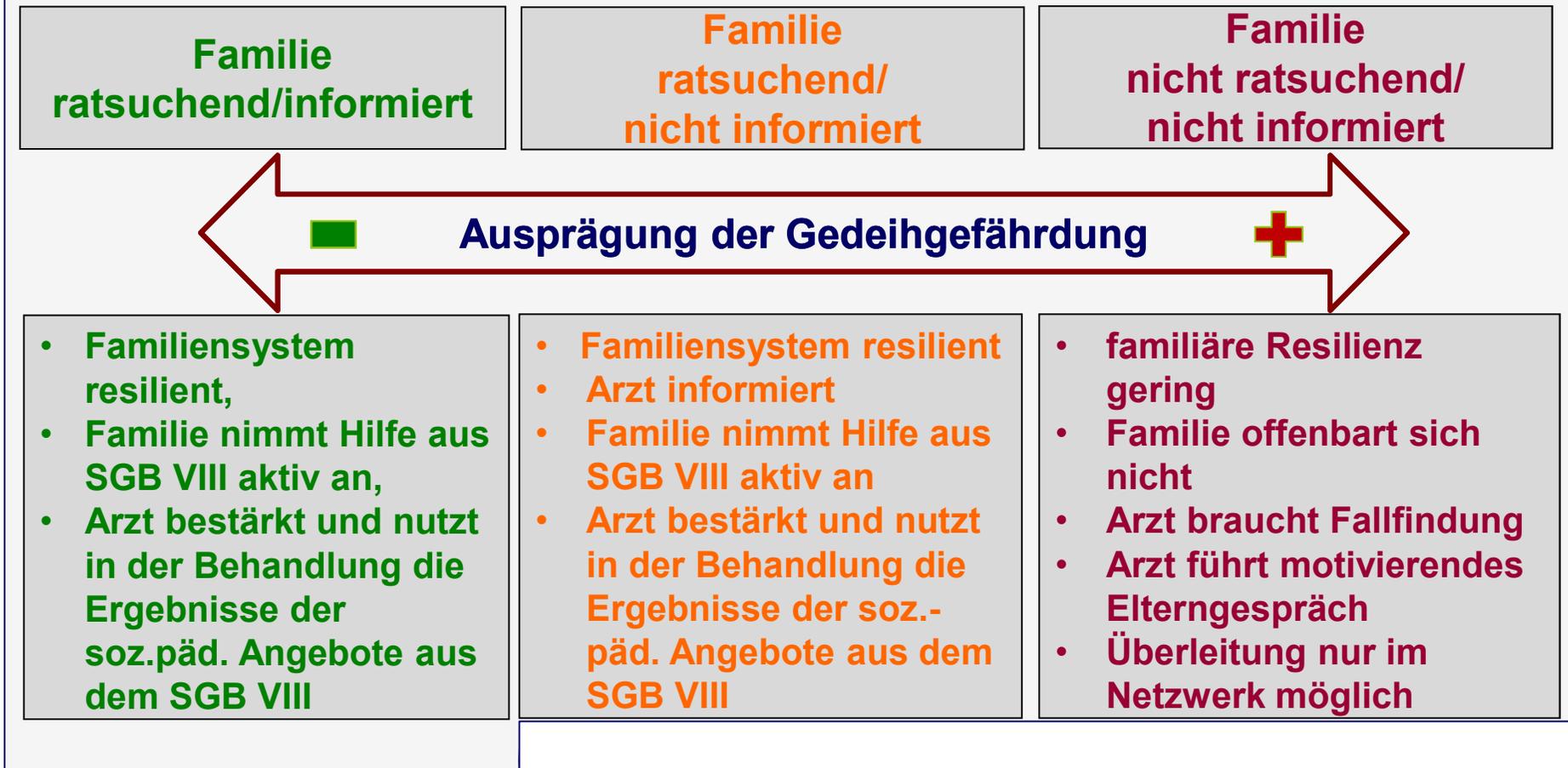
Kinderarzt:
Da müssen Sie sofort tätig
werden, das geht so nicht
weiter in meiner
Behandlung!!!



Jugendhilfe:
Ein unproblematischer
Fall!!!



Mögliche Fallkonstellationen belasteter Familien



Prävention durch
Kooperation –
eine Aufgabe der
KVBW



Ausgangslage in Baden-Württemberg das Mengen- und Flächenproblem

Familien und Kinder im Blick

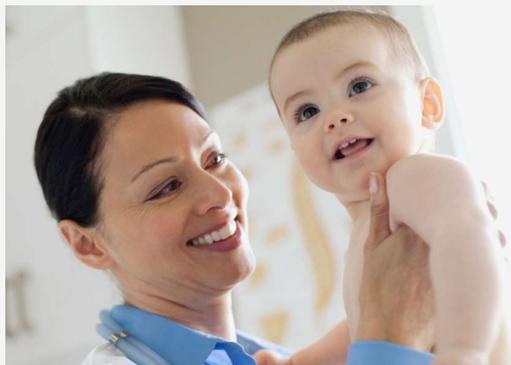
Kinder- und Jugendärzte
ambulant: 955*
stationär: 116*
*Stand 31.12.2018



Kinder mit Alter < 3
320.934 *
*Statist. Landesamt Stand 31.12.2017

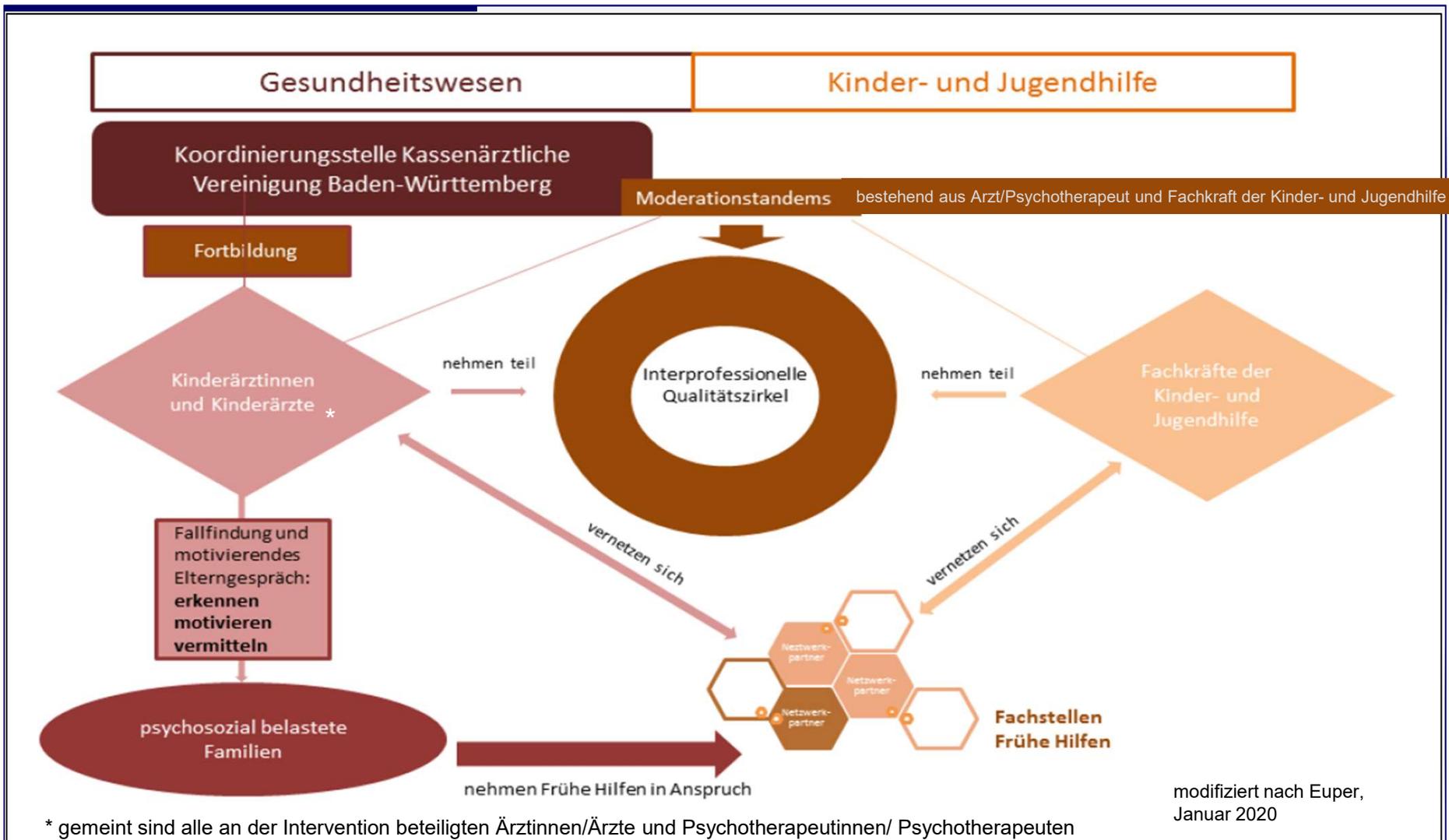


Öffentliche Kinder- und
Jugendhilfe
44 Stadt- und Landkreise



Gemäß NZFH-Prävalenzschätzung
kommen nahezu **13%** der Kinder
aus belasteten Familien (= bis zu
41.700)





modifiziert nach Euper, Januar 2020

Quelle: Antrag 2019 des NZFH beim Innovationsfonds des G-BA : P.A.T.H. (Pediatric Attention to Help) - Pädiatrie und Frühe Hilfen: Evaluation einer komplexen Intervention zur sektorenübergreifenden Versorgung psychosozial belasteter Familien. S. 6.

Ziele und Projektansatz

Nachhaltige Verbesserung der Zusammenarbeit
von Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Ziele:

- Früher Kontakt der Ärzteschaft zur Jugendhilfe – Prävention durch Frühe Hilfen
- Versorgung belasteter Familien mit passgenauen (nicht medizinischen) Hilfen
- Verständnis für die Arbeitsweise und die Handlungsmöglichkeiten der jeweils anderen Profession, sowie einfache Zugänge erreichen
- Finanzierung der ärztlichen Leistungen bei der Überleitung in die Jugendhilfe

Bausteine des Projekts im Überblick

Errichtung von
Qualitätszirkeln in
allen Stadt- und
Landkreisen

Schulung von Moderatoren-
Tandems
(Ärzte/Psychotherapeuten
und Jugendhilfefachkräfte)

Entwicklung der
Familienfallkonferenz

Einrichtung einer
Koordinations-
stelle bei der
KVBW

Rahmenvereinbarung mit
Krankenkassen zur
Finanzierung ärztlicher
Leistungen

Fortbildungen
für Ärzte,
Psychotherapeuten
und MFA

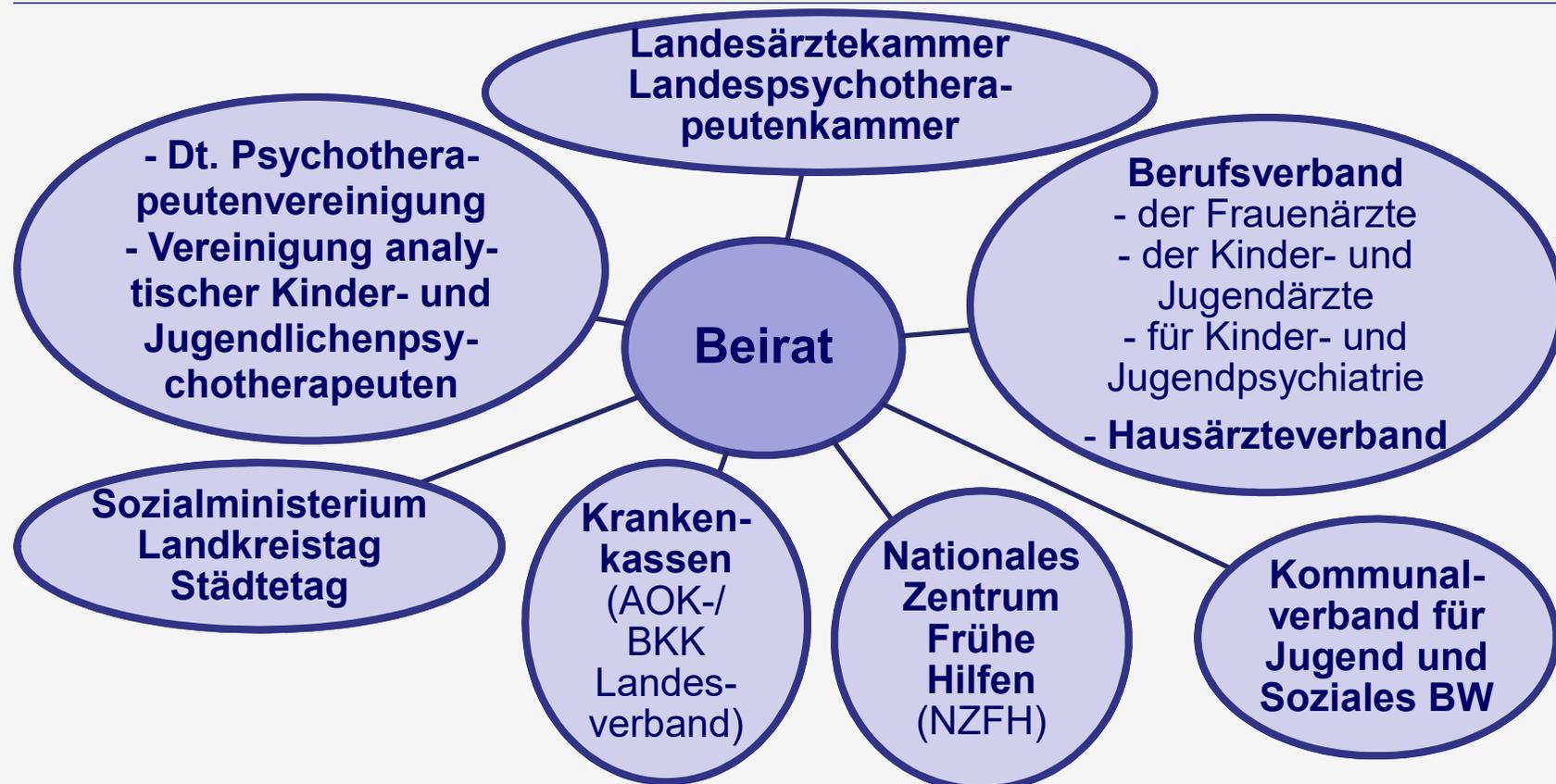
Bildung eines
Beirats

Entwicklung von Instrumenten
zur Fallfindung und
motivierenden Beratung sowie
entsprechende Schulung der
Ärzte

Wissenschaftliche
Begleitung durch
Prof. Dr. Siebolds,
Kath. Hochschule NRW

Beirat

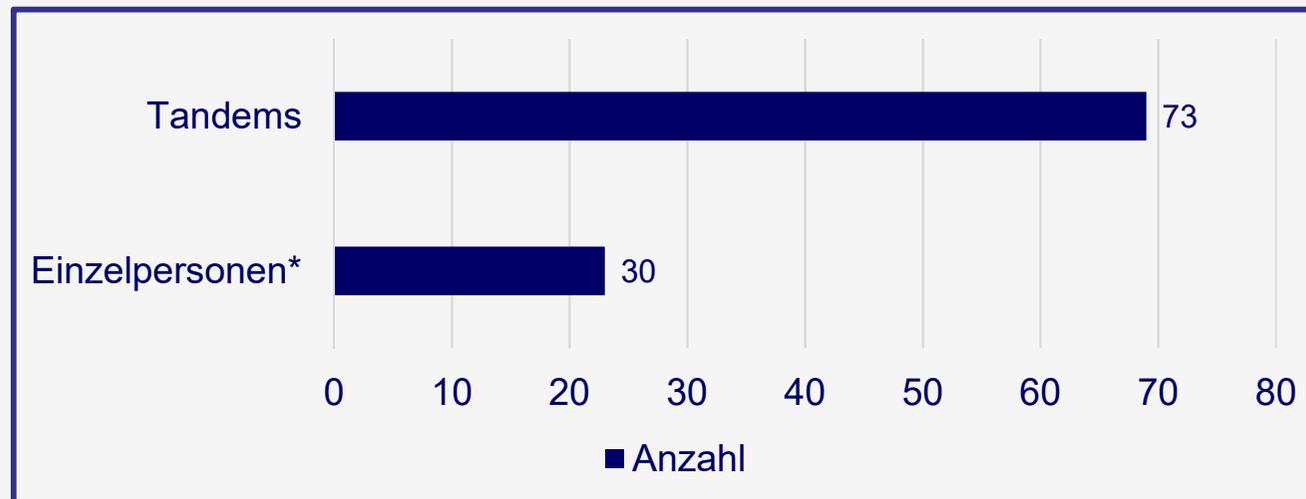
„Vernetzung Frühe Hilfen KVBW“



Daten und Fakten



Ausgebildete Moderatoren-Tandems 2011-2019



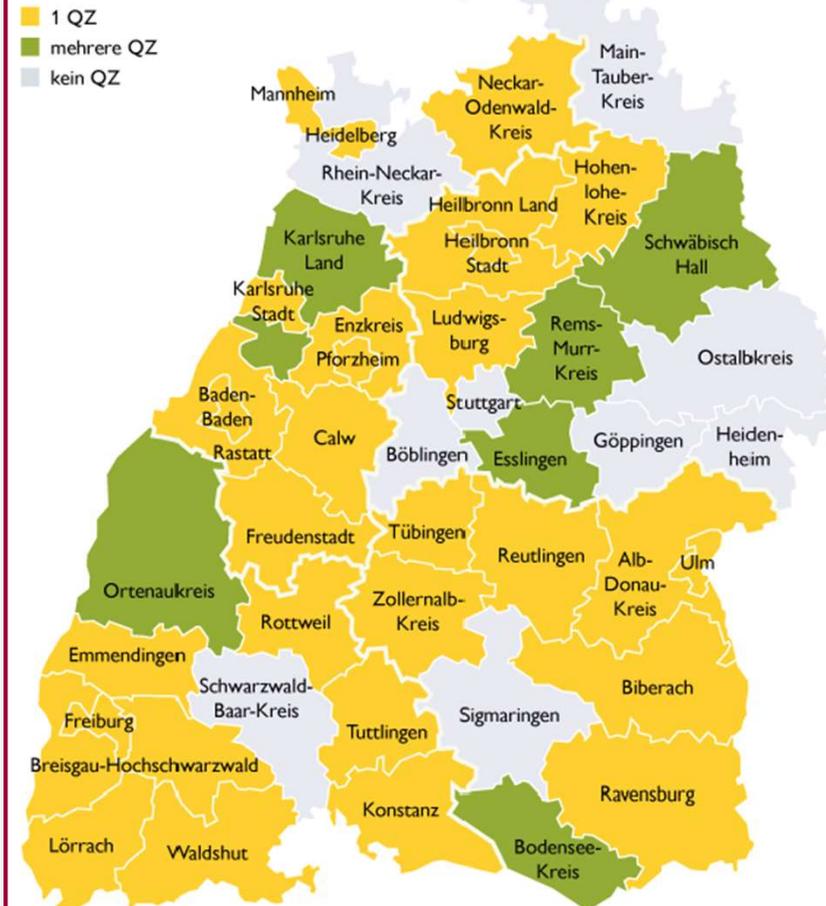
* Nachschulungen aufgrund Ausscheidens, kurzfristiger Ausfall des Tandempartners, etc.

Verteilung der IQZ nach Stadt- und Landkreisen

Frühe Hilfen – Vernetzung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe

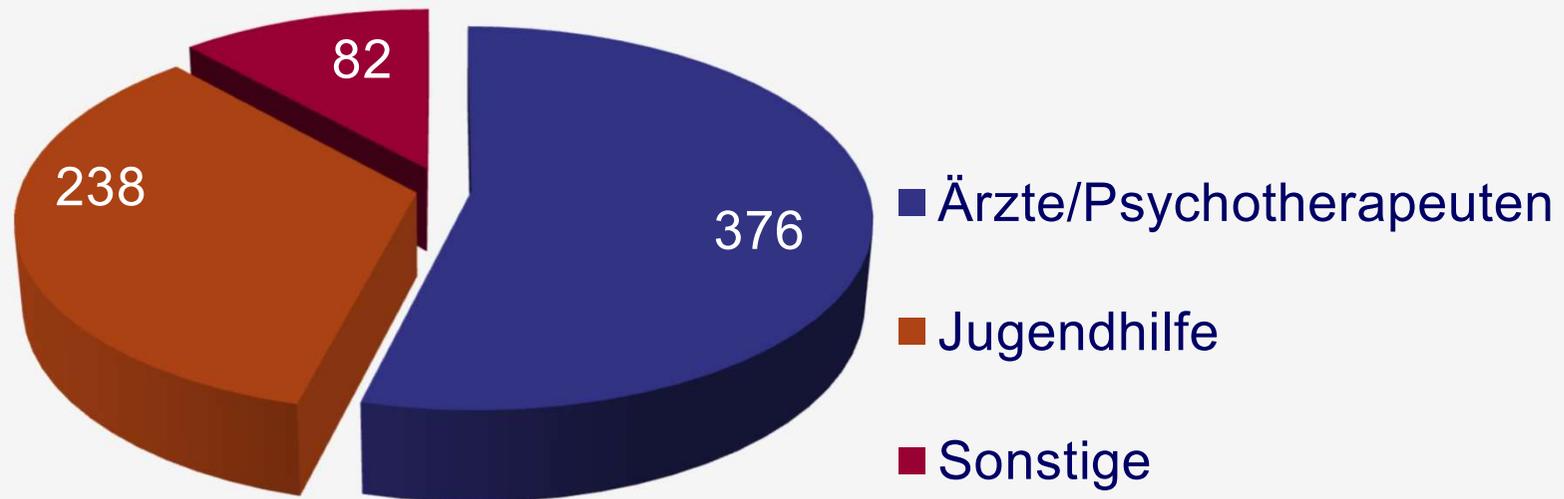
Qualitätszirkel Frühe Hilfen in Baden-Württemberg

Stand: 31. Dezember 2019



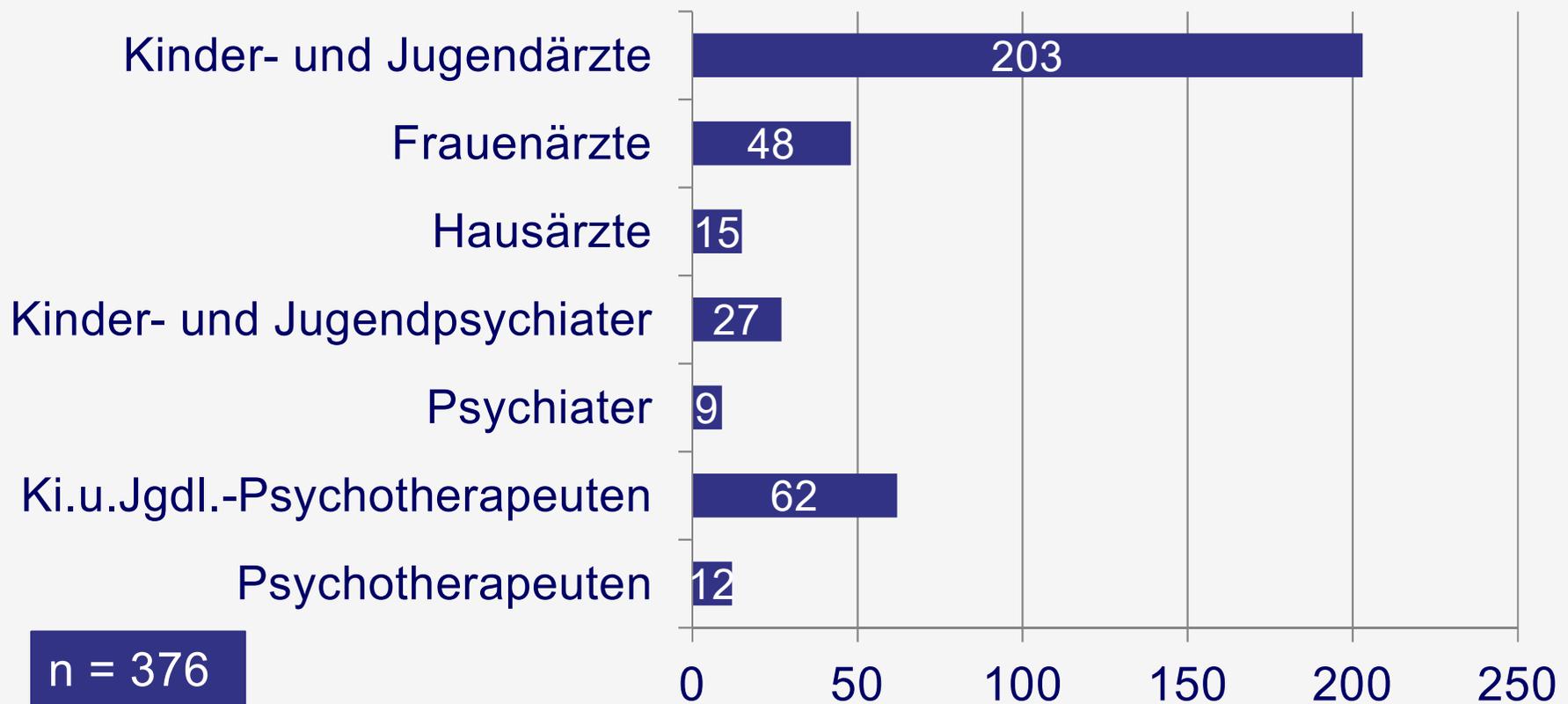
Teilnehmer an den IQZ Frühe Hilfen

(Stand 31.12.2019)



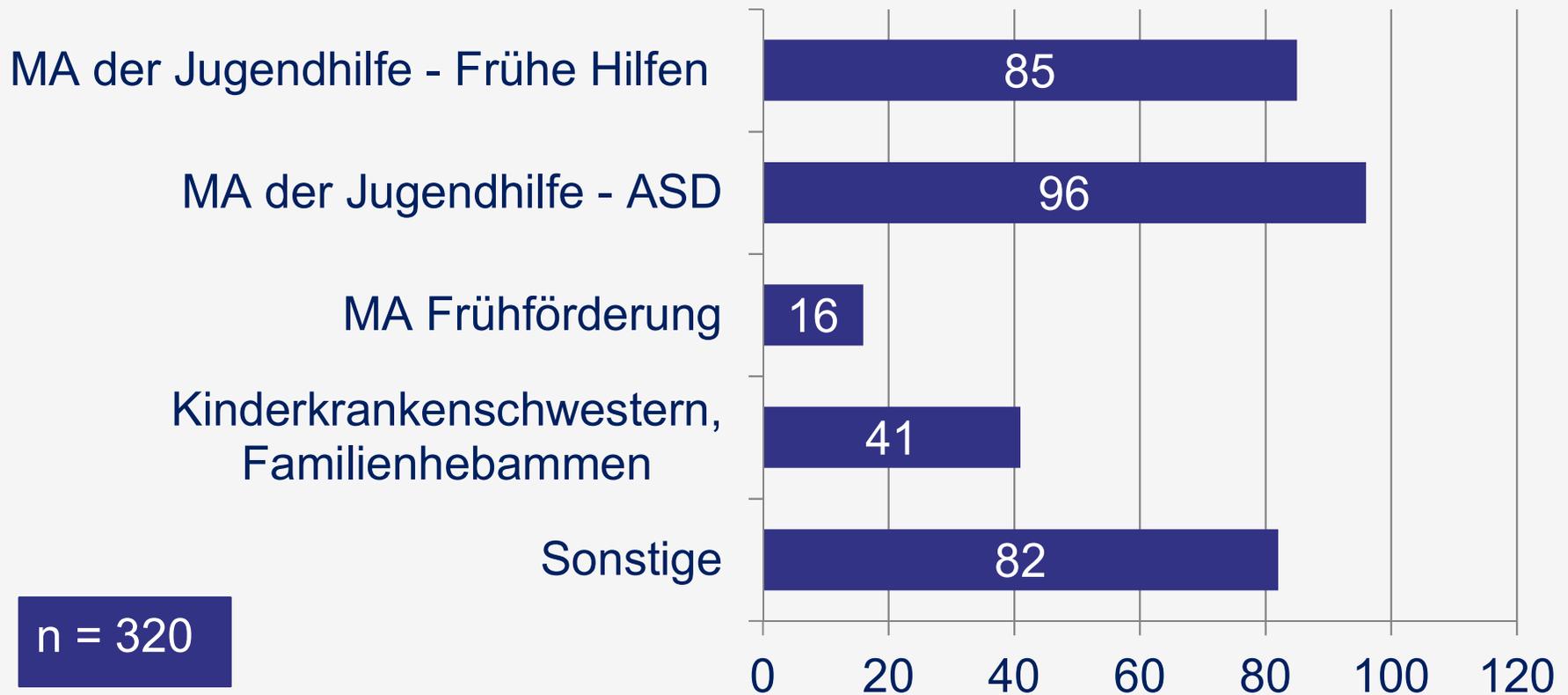
n = 696

Ärztliche Teilnehmer an den IQZ Frühe Hilfen nach Fachgruppen (Stand 31.12.2019)



Teilnehmende Kinder- und Jugendhilfe/weitere Berufsgruppen an den IQZ Frühe Hilfen

(Stand 31.12.2019)



Familienfallkonferenz – das Instrument im IQZ Frühe Hilfen



- **Moderation:** Moderatoren-Tandem
- **Teilnehmer:** Teilnehmer des IQZ Frühe Hilfen
- **Zeitraumen:** maximal 120 Minuten
- **Hilfsmittel:** 5 Moderationsplakate
- **Ablauf:**
 - Fallvorstellung durch Arzt bzw. Mitarbeiter der Jugendhilfe
 - Balint-gestützte Rückmeldung zum Fall durch die Gruppe
 - Genaue Rekonstruktion der Fallgeschichte
 - Erstellung einer Risikoanalyse
 - Entwicklung eines neuen Versorgungsziels einschl. der notwendigen Interventionen

Gut zu wissen...



Projektförderung durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen



Auszeichnung des Projekts im Rahmen der Preisverleihung „Großer Präventionspreis 2015“



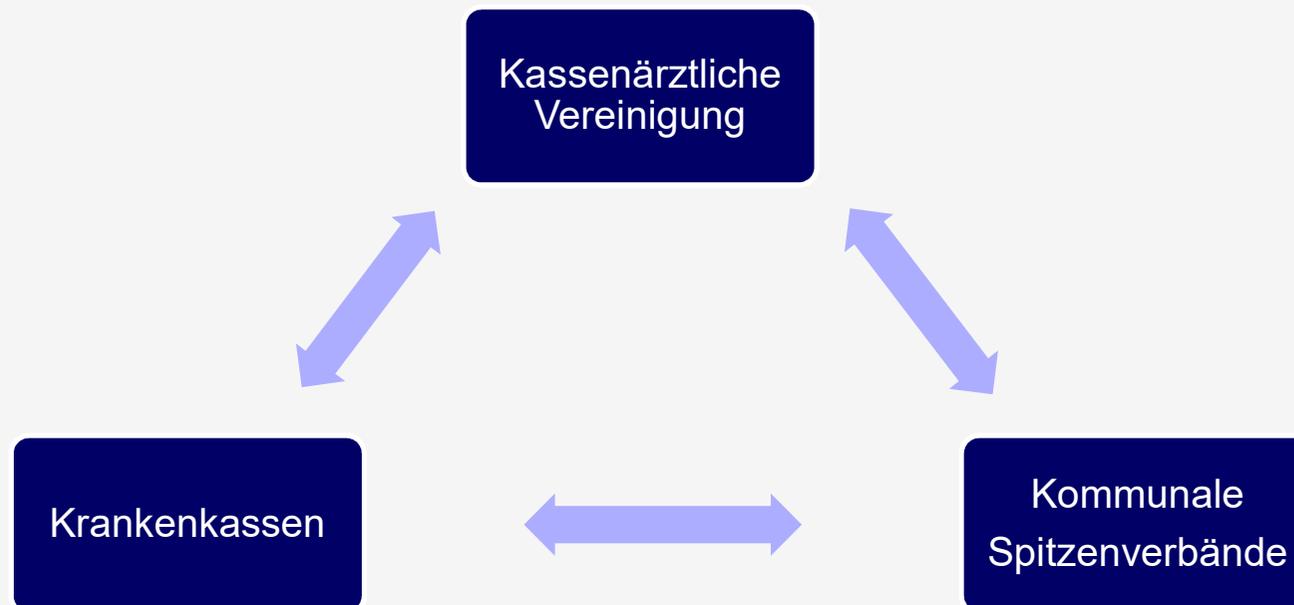
ab 2020: Förderung der Evaluation durch den Innovationsfonds des G-BA

Vereinbarung mit Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden



Struktur der Vereinbarung

Dreiseitige Rahmenvereinbarung „Vernetzung Frühe Hilfen“ (seit 01.10.2014) als Basis für eine Vergütungsregelung mit Krankenkassen



Struktur der Vereinbarung

- **Rahmenvereinbarung „Vernetzung Frühe Hilfen“**
 - Vertragsgegenstand, Aufgaben der Vertragspartner
- **Anlage 1** (Vergütungsregelung)
 - Anhang 1 Teilnahmevoraussetzungen Ärzte
 - Anhang 2 Regelungen zum Interprofessionellen Qualitätszirkel
 - Anhang 3A – 3C Pränatale/Postnatale Erhebungsbögen
- **Anlage 2** Verfahren zur Bewertung der Wirksamkeit der Vereinbarung
- **Anlage 3A** Beitrittserklärung für Betriebskrankenkassen
- **Anlage 3B** Liste der beigetretenen Betriebskrankenkassen

→ **Link:**

<https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=1950>

Zielgruppen der Vereinbarung

Versichertenseite

- Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren, die psychosoziale oder ökonomische Belastungen haben
- Schwangere, die psychosoziale oder ökonomische Belastungen haben

→ Die Versicherten müssen sich mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben.

Ärzteseite

- Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin
- an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
- Fachärzte/Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- an der psychotherap. Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen/Vertragspsychotherapeuten, Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte/Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Wer kann teilnehmen?

Voraussetzungen für die Teilnahme an der Vereinbarung:

- Regelmäßige Teilnahme an Fallbesprechungen im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen
- Teilnahme an der Schulung „Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen“ zu den Instrumenten Fallfindung und Motivierende Elterngespräche

Finanzierte Leistungen aus der Vereinbarung

- Erkennen von Fällen (GOP 99615: 10,00 Euro)
 - prä- und postnatale Erhebungsbögen für Gynäkologen sowie für alle anderen Fachgebiete
- Information der Eltern und Motivation zur Hilfeannahme im Jugendhilfesystem (GOP 99616: 20,00 Euro)

Abrechnungsziffern und Inhalt (1)

GOP Fallfindung („Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“) gemäß § 2 Abs. 1 Anlage I zur Rahmenvereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen [GOP 99615: 10,00 Euro]

Obligater Leistungsinhalt:

- Erhebung des psychosozialen Hintergrunds; Beobachtung und Bewertung der Eltern- Kind-Beziehung, Einbeziehung prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, familiendynamischer Faktoren,
- Anwendung der Erhebungsbögen nach Anhang 3A, 3B bzw. 3C
- Prüfung der Anwendbarkeit Früher Hilfen
- Einmal im Krankheitsfall

Abrechnungsziffern und Inhalt (2)

GOP Motivierendes Elterngespräch gemäß § 2 Abs. 2 Anlage I zur Rahmenvereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen [GOP 99616 20,00 Euro]

Obligater Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Dauer mindestens 10 Minuten
- Sitzung bis zu dreimal im Krankheitsfall pro Kind bis zu drei Jahren
- allgemeine Information über Hilfsangebote im Rahmen der Frühen Hilfen, ggfs. Ausgabe von Infomaterial
- Anwendung von motivierenden Gesprächstechniken (Beratungsalgorithmus)
- Dokumentation in der Patientenakte
- Eine gleichzeitige Abrechnung mit der GOP 04355 in derselben Sitzung ist ausgeschlossen
- Eine Zusammenfassung von Gesprächen mit mehreren anderen Eltern/Schwangeren ist ausgeschlossen

Aktuelles und Ausblick



Ausblick

- **Jubiläumsveranstaltung** „Zehn Jahre Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen in Baden-Württemberg“ am 22. April 2020 in der Landesvertretung Baden-Württemberg in Berlin musste abgesagt werden. Neuer Termin 2021.
- Förderung durch den **Innovationsfonds des G-BA seit August 2020**. Evaluation des Projekts durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen und die Universitätsklinik Freiburg.
Unterstützer: KVBW, AOK BW, BKK LV Süd, SVLFG und Knappschaft
- Dialog mit **weiteren Krankenkassen**

Noch mehr Informationen:

Zum **Vernetzungsprojekt** unter:

<http://www.kvbawue.de/fruehe-hilfen/>

Zur **Vereinbarung Frühe Hilfen** unter:

<https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=1925>

„Nehmt nicht die Lasten,
sondern stärkt die Schultern.“

(nach F. Grillparzer, mod. nach Euper)



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“

Familienanamnese

- familiäre Situation (z. B. alleinerziehend, Patchwork-Familie)
- psychische Belastung
- Mutter unter 20 Jahre alt
- mehrere Kinder, dichte Geburtenfolge
- problematische finanzielle Situation (u. a. staatl. Unterstützungsleistungen)
- soziale Isolation (Nachbarschaft, Familie, Freunde)
- Sonstiges: _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich immer auf beide Elternteile (sofern in die Erziehung eingebunden).

Wahrnehmungen/Attributionen des Kindes

Womit hat das Kind Sie zuletzt erfreut?

Gibt es irgendetwas, was Sie verunsichert oder besorgt an der Entwicklung und/oder dem Verhalten des Kindes?

Fragen zur kommunikativen und sozialen Entwicklung

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nonverbale Kommunikation: altersgerechtes Lächeln? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sprachentwicklung altersgerecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soziale Entwicklung altersgerecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Spielverhalten altersgerecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Fragen zur Regulationsfähigkeit des Kindes

- Schreit das Kind sehr häufig oder ist es sehr unruhig? Ja Nein
- Klappt es mit dem Schlafen? Ja Nein
- Klappt es mit dem Füttern/ Essen? Ja Nein
- Ist das Kind auffallend aggressiv? Ja Nein
- Gibt es etwas, das den Eltern in Bezug auf diese Punkte Sorge bereitet? Ja Nein
-
-

Fragen zu Erziehungsschwierigkeiten (bei Kindern ab 1 Jahr)

Wie gut reagiert Ihr Kind, wenn Sie ihm etwas verbieten müssen?

Was machen Sie oder Ihr Partner, wenn es nicht auf Sie hört?

Wie gut klappt es mit dem Zähneputzen?

Fragen zu erkannten Belastungen in den oben gestellten Fragen

Wie belastend ist das für Sie? Halten Sie es noch aus?

Fragen zur aktuellen Familiensituation

Die ersten Lebensjahre sind für Eltern oft sehr anstrengend und häufig ist man phasenweise sehr erschöpft. **Wie geht es Ihnen? Wie erschöpft fühlen Sie sich? Wird Ihnen manchmal alles zu viel? Finden Sie auch mal Zeit für sich? Können Sie sich mal erholen?**

Haben Sie gerade in Zeiten, die besonders anstrengend sind oder in denen Sie sich erschöpft fühlen, eine zuverlässige Unterstützung, beispielsweise durch Ihren Partner bzw. Ihre Familie oder andere Personen? Denken Sie, dass mehr Unterstützung hilfreich wäre?

Fühlten Sie sich in letzter Zeit häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein

Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein

Fazit: Gemeinsame Einschätzung von Familie und Arzt zu erlebter Belastung und vorhandenen Ressourcen

Liegt eine Belastung aus Sicht der Familie vor? Ja Nein

Liegt eine Belastung aus Sicht des Arztes vor? Ja Nein

Sind die Eltern zu einem weiteren Gespräch bereit? Ja Nein

_____ Datum

_____ Unterschrift des Arztes



Dramaturgie 4

Arbeiten mit Fallgeschichten im
Interprofessionellen Qualitätszirkel
Frühe Hilfen (IQZ)

IQZ-Arbeitsmaterialien

Arbeitsziele	2
Hintergrund	2
Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung	3
Möglicher Ablauf der Moderation	3
Vorstellung der Arbeitsaufgabe für die IQZ-Teilnehmenden	3
Gegenseitiges Erzählen der Fallgeschichten	4
Kurze Vorstellung der Fallgeschichten	5
Reflexion der Arbeitsergebnisse für die weitere Zirkelarbeit im IQZ	5

Impressum, Zitierweise



Fallgeschichten

Arbeitsziele

- **IQZ-Moderatorinnen und -Moderatoren** lernen mithilfe dieser Dramaturgie, das Thema Fallarbeit in der Anfangsphase des IQZ einzuführen.
- **IQZ-Tutorinnen und -Tutoren** erhalten mit dieser Dramaturgie Informationen, um die Fallarbeit in der Moderationsausbildung anleiten zu können.
- **IQZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer** werden mithilfe der Dramaturgie angeregt, offen und im geschützten Raum in Zweiergruppen über eigene Fallbeispiele im Kontext der Frühen Hilfen zu sprechen.



Hintergrund

Falldiskussionen sind in der Kinder- und Jugendhilfe und in der Medizin ein geübtes und weitverbreitetes Verfahren der externen Qualitätssicherung bei schwierigen oder gefahrenbehafteten Fällen. In der Kinder- und Jugendhilfe ist das Verfahren stärker formalisiert, in der Medizin ist die Kultur eher weniger strukturiert, wie zum Beispiel beim Konsil oder der Überweisung an die Spezialistin bzw. den Spezialisten.

Im Interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ) geht es bei der Arbeit an Fallbeispielen aber weniger um das Format eines Konsils oder um die formale Qualitätssicherung, sondern um ein gemeinsames Lernen am Fallbeispiel in seiner ganzen Komplexität.

Bei dem sich Offenbaren in einer strukturierten Fallanalyse ist das, was die Fallvorstellenden präsentieren möchten, oft stark mit Scham und einem Gefühl der Unsicherheit besetzt. Diese Scham führt nicht selten dazu, dass niemand ein Fallbeispiel vorstellen möchte. Das macht die Arbeit gerade zu Beginn eines IQZ sehr mühsam. Ist der IQZ erst einmal mit der Methode der Familienfallkonferenz vertraut, schwindet die Verunsicherung allmählich. Darüber hinaus können die hier erzählten Fallgeschichten so interessant sein, dass die Fallvorstellenden ihre Fallbeispiele in einer Familienfallkonferenz gerne vorstellen wollen.

Das Arbeiten mit Fallgeschichten bereitet den Weg, um später strukturierte Fallanalysen im IQZ durchführen zu können. Die Arbeit mit dieser Dramaturgie ist daher die ideale Vorbereitung für die Durchführung einer Familienfallkonferenz in der nächsten IQZ-Sitzung, die in Dramaturgie 5 beschrieben wird.



Alle Dramaturgien und weiteren Arbeitsmaterialien für die Durchführung eines IQZ finden Sie unter › <https://www.fruehehilfen.de/iqz-arbeitsmaterialien>

Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung

Es bedarf keiner weiteren Informationsbeschaffung vorweg. Die Teilnehmenden erzählen sich Fallgeschichten, und zwar so, wie sie sich in der Erinnerung der Fallvorstellenden ereignet haben.

Um die nötige Vertrautheit zu gewährleisten, braucht es eine geschlossene Gruppe mit einem klaren Setting (insbesondere mit einer Regel zu Verschwiegenheit und Wertschätzung). Daher ist es zielführend, wenn die Setting-Regeln des IQZ – ausführlich beschrieben in den *Dramaturgien 2 und 3* – bereits erarbeitet wurden.

Das Moderationsteam kann im folgenden beispielhaften Ablauf an Arbeitsschritten die Teilnehmenden anleiten und die vorgestellten Fallbeispiele am Ende im Wechsel moderieren.

 Dramaturgie 2
Gruppenleitung
im IQZ

 Dramaturgie 3
Gründungs-
sitzung IQZ

Möglicher Ablauf der Moderation

1. Vorstellung der Arbeitsaufgabe für die IQZ-Teilnehmenden

 10 Minuten
 Plenum

Ziele

- Der Setting-Rahmen wird klar formuliert und gesetzt.
- Die Teilnehmenden werden in die Methode der Arbeit mit dem Fallnarrativ eingeführt.

Methodische Hinweise

Erläutern Sie kurz, dass es in dieser Sitzung um den Einstieg in die Arbeit mit Fallbeispielen geht. Die Teilnehmenden sollen sich wechselseitig Fallbeispiele aus der ärztlichen Praxis und der Kinder- und Jugendhilfe vorstellen. Es geht darum, das Erleben der Teilnehmenden und die verschiedenen Perspektiven in Medizin und Kinder- und Jugendhilfe kennenzulernen.

Bitten Sie die Teilnehmenden, Tandems aus jeweils einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt und einer oder einem Mitarbeitenden aus der Kinder- und Jugendhilfe zu bilden.



Geben Sie den Zweiergruppen diese Arbeitsaufträge mit:

Erzählauftrag

Erläutern Sie den Teilnehmenden, dass es nicht um systematisch analysierte Fälle geht, sondern um das, was einem gerade einfällt, wenn man an ein Fallbeispiel denkt. Diese Vorgehensweise nennt man Arbeit mit dem Fallnarrativ. Die Teilnehmenden sollen ein Fallbeispiel auswählen, das sie bewegt(hat).

Zuhörauftrag

Die Teilnehmenden sollen sich während der Übung nicht über die Fallbeispiele austauschen; vielmehr erzählt ein Mitglied der Zweiergruppe, während das andere Mitglied zuhört und gegebenenfalls Verständnisfragen stellt.

Nach 15 Minuten wechseln dann die Rollen.

Erläutern Sie, dass sich die Zweiergruppen zurückziehen können und sich anschließend wieder in der Zirkelgruppe treffen.

Erinnern Sie an die gemeinsam erarbeiteten Setting-Regeln zu Verschwiegenheit und Wertschätzung, die bei der Arbeit mit Fallbeispielen von besonderer Bedeutung sind.

2. Gegenseitiges Erzählen der Fallgeschichten

 30 Minuten
 Zweiergruppen

Ziel

- Das Moderationsteam begleitet den Arbeitsprozess aufmerksam.

Methodische Hinweise

Gehen Sie kurz in jede einzelne der Zweiergruppen und hören Sie passiv einen Moment zu, ohne einzugreifen. In der Gruppenleitungstheorie nennt man das „Aufmerksamkeitslauf“. Die Moderatorin oder der Moderator signalisiert der Kleingruppe durch ihr bzw. sein Schweigen Respekt, während die Teilnehmenden die Moderierenden als sehr interessiert in der Leitung wahrnehmen. Manchmal gibt es Nachfragen zum Arbeitsauftrag, die direkt beantwortet werden können.

Kündigen Sie nach 25 Minuten an, dass die Zweiergruppen weitere fünf Minuten Zeit haben.



3. Kurze Vorstellung der Fallgeschichten

30 Minuten

Plenum

Ziel

- Das Moderationsteam nutzt die einzelnen Beispiele, um die Gruppendiskussion zu stärken.

Austausch

Zurück im Plenum sollen sich die Teilnehmenden zunächst einmal allgemein austauschen. Fragen Sie die Teilnehmenden, wie es ihnen mit dem Erzählen und Zuhören der Fallgeschichten erging.

Methodische Hinweise

Offenbarungsfragen erzeugen oft Schweigen. Geben Sie der Gruppe ein paar Augenblicke Zeit und halten Sie das Schweigen aus, auch wenn es schwerfällt. Wenn sich das Schweigen nicht auflöst, fragen Sie, was es so schwer macht, über das in der Kleingruppe Erlebte zu sprechen.

Lassen Sie nach diesem ersten allgemeinen Austausch kurz zwei bis drei beispielhafte Fallgeschichten erzählen.

Der Zwang, dass alle etwas erzählen sollen, erzeugt Druck und bringt unsichere Zirkelteilnehmende in eine unangenehme Situation. Gruppenumfassende Blitzlichter sind für die Gruppe zudem oft ermüdend. Wenn mehr als drei Teilnehmende erzählen wollen, geben Sie dazu den Raum. Das wäre ideal, passiert aber sehr selten. Bringen Sie nach jeder Fallgeschichte die Teilnehmenden der Gesamtgruppe in einen kurzen Austausch. Grundsätzlich gilt: Wenn Sie die Teilnehmenden in Kleingruppen (hier Zweiergruppen) arbeiten lassen, sollten Sie die Ergebnisse im Anschluss auch in der Großgruppe präsentieren lassen, um den Arbeitsergebnissen anerkennenden Raum zu geben und die vorgestellten Beiträge als Anregung für weitere Diskussionen nutzen zu können.

4. Reflexion der Arbeitsergebnisse für die weitere Zirkelarbeit im IQZ

20 Minuten

Ziel

- Die Teilnehmenden erhalten eine Überleitung in die Arbeit mit der Familienfallkonferenz.

Brückenmoderation

Die sogenannte Brückenmoderation ist ein wichtiges Element zur Sinnstiftung der Arbeit im IQZ:

- Fragen Sie die Teilnehmenden zuerst, was sie von den Fallgeschichten als Anregungen für die eigene Arbeit mitnehmen werden.



- Fragen Sie dann, wie man die Fallgeschichten für die weitere Arbeit im IQZ nutzen kann.
- Wenn Fallbeispiele aus den Frühen Hilfen und Kinderschutzfälle erzählt wurden, diskutieren Sie mit den Teilnehmenden, wie der IQZ mit diesem Nebeneinander umgehen will.

Methodische Hinweise

Die Frage nach der Nutzung der Fallgeschichten für die weitere Arbeit im IQZ dient der Vorbereitung und Überleitung zur Methode der Familienfallkonferenz. Erläutern Sie, dass es neben der Methode der Fallgeschichten auch ein systematisches und strukturiertes fallanalytisches Instrument für die IQZ-Arbeit gibt – die Familienfallkonferenz. Diese Methode wird in der nachfolgenden *Dramaturgie 7* ausführlich beschrieben.



- Fragen Sie, ob die Teilnehmenden Interesse haben, eines der Fallbeispiele in der nächsten IQZ-Sitzung im Rahmen einer Familienfallkonferenz vorzustellen.
- Wenn das bejaht wird, erläutern Sie kurz, dass die fallvorstellende Person sich nicht auf die Vorstellung vorbereiten soll, um das Fallbeispiel aus dem eigenen Erleben darstellen zu können. Erfahrungsgemäß braucht es keine weiteren Akten oder Dokumente.
- Beschließen Sie dann förmlich mit der Gruppe, dass bei der nächsten IQZ-Sitzung eine Familienfallkonferenz durchgeführt werden soll.

Umgang mit kritischen Moderationssituationen

In dieser Arbeitsform ist weniger mit kritischen Situationen zu rechnen. Dennoch kann es passieren, dass einzelne Teilnehmende in den Zweiergruppen keine Fallbeispiele einbringen wollen oder können. Das kann das Moderationsteam so stehen lassen. Fragen Sie nicht weiter nach, um die betreffenden Personen nicht zu beschämen. Weisen Sie darauf hin, dass manchmal Ideen kommen, wenn das Gegenüber mit der Erzählung einer Fallgeschichte beginnt.

Ein weiteres Thema ist die Abgrenzung von Fallbeispielen in den Frühen Hilfen mit ihrem klaren präventiven Ansatz und ihrer Altersbegrenzung auf der einen Seite und Kinderschutzfällen auf der anderen Seite. Die Erfahrung zeigt, dass im IQZ zu Beginn eher Fallbeispiele mit einer Nähe zum Kinderschutz eingebracht werden, weil diese aufgrund ihrer Problemlast drängender und offensichtlicher sind. Im Verlauf des IQZ kommt es dann darauf an, den Fokus in der Moderation schrittweise auf die präventive Arbeit zu legen und für die Kultur einer präventiven Verantwortungsgemeinschaft für die professionenübergreifende Arbeit im IQZ zu werben. Wenn Sie von vornherein den Fokus auf die Frühen Hilfen mit ihrer Altersbegrenzung von Schwangerschaft bis zum vollendeten dritten Lebensjahr durchsetzen, führt dies wahrscheinlich zu Widerstand im IQZ, insbesondere bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten.



Impressum

Herausgeber

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZZH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149–161
50825 Köln

Autor und Autorin

Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Brigitte Münzel
Sysco Gesellschaft für Coaching, Weiterbildung und Projektentwicklung mbH, Köln

Redaktion

Till Hoffmann, Rebecca Maier,
NZZH, BZgA

Gestaltung

KLINKEBIEL GmbH, Köln

Lektorat

Rebecca Schneiders, ahead translations, Köln

Mitwirkende

Nina Tatjes, Krefeld
Christiane Voigtländer, Start gGmbH, Dresden

Alle Rechte vorbehalten.

Die Publikation gibt die Meinung des Autors und der Autorin wieder, die vom Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Artikelnummer

D81000335

Zitierweise

Siebolds, Marcus (2024): Arbeiten mit Fallgeschichten im Interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ). Dramaturgie 4. IQZ-Arbeitsmaterialien. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZZH). Köln

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:





Dramaturgie 7

Durchführung einer Familienfallkonferenz im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ)

IQZ-Arbeitsmaterialien

Arbeitsziele	2
Hintergrund	2
Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung	3
Möglicher Ablauf der Moderation	4
Einführung	4
Erzählung des Fallbeispiels	5
Erhebung der Chronologie des Fallbeispiels sowie von Risiko- und Schutzfaktoren für das Kind	7
Entwicklung eines konkreten Maßnahmenplans	10

Literatur

Impressum, Zitierweise



Durchführung einer Familienfallkonferenz

Arbeitsziele

- **IQZ-Moderatorinnen und -Moderatoren** lernen, eine Familienfallkonferenz zu moderieren.
- **IQZ-Tutorinnen und -Tutoren** erhalten alle Informationen, um die Nutzung dieser Dramaturgie in der IQZ-Moderationsausbildung anleiten zu können.
- **IQZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer** lernen mithilfe der Dramaturgie, problematische Fallbeispiele aus dem Bereich der Frühen Hilfen systematisch zu bearbeiten.



Hintergrund

Wie in vorherigen Dramaturgien beschrieben, ist die gelingende Vernetzung zwischen Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe mit denen des Gesundheitswesens eine große Herausforderung. Dies begründet sich auch durch die Versäulung der entsprechenden Sozialgesetzbücher (hier SGB V und SGB VIII).

Einer der schwer erreichbaren Sektoren für die umfassende Versorgung von Familien bleibt die vertragsärztliche Versorgung (vgl. Münder u. a. 2000). Dieser kommt aber in der Prävention von nicht gelingender Kindesentwicklung in der Fläche eine wichtige Rolle zu. Die Altersgruppe mit dem höchsten Risiko für Vernachlässigung oder manifeste Gefährdung sind Kinder im Alter von null bis drei Jahre. Besonders wichtig sind die Vertragsärztinnen und -ärzte mit familienmedizinischem Tätigkeitsschwerpunkt. Hier spielen Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner, die die Früherkennungsuntersuchungen (die sogenannten U-Untersuchungen U1–U9) durchführen, eine bedeutende Rolle, da sie in der Fläche die medizinische Fachgruppe sind, die den größten Teil der Kinder von Geburt an im ambulanten Setting betreuen, einen frühen vertrauensvollen Zugang haben und auf familienunterstützende Hilfen hinweisen können. Daneben sind Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hausärztinnen und Hausärzte und der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einzubeziehen.

Während Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe auf Länder- wie auf kommunaler Ebene personell klar organisiert und besetzt sind, sind die in den Einzelpraxen arbeitenden Ärztinnen und Ärzte mit den in der Versorgung entstehenden Problemen meist allein. Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ) bieten in dieser Situation eine gute Möglichkeit zur Verbesserung der Kooperation. Ziel der IQZ ist es, die Qualitätszirkelmoderierenden als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Vernetzung im Rahmen der Angebote Früher Hilfen zu nutzen. Dadurch wird eine Versorgung besonders belasteter Familien über die jeweilige Versorgungsform (Jugendamt/Vertragsärztin bzw. -arzt) hinweg möglich.



Für die Entwicklung der IQZ im Allgemeinen und dieser Dramaturgie im Speziellen wurde eine qualitative Befragung von Qualitätszirkelmoderierende und Mitarbeitenden von Jugendämtern durchgeführt. Ziel war es, Haltung, Einstellung und Kenntnisse zum Thema „Frühe Hilfen“ möglichst genau zu erheben.

Aus der Befragung ergeben sich folgende Ziele sowohl für die Implementierung der IQZ im Allgemeinen als auch speziell für die Durchführung dieser Dramaturgie:

- Sensibilisierung der Vertragsärztinnen und -ärzte bezüglich der Prävention von Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Kindern im Rahmen Früher Hilfen
- Entwicklung von Handlungsempfehlungen, die Ärztinnen und Ärzte unterstützen, bei problematischen, häufig drängenden Fällen, eine sinnvolle und für sie akzeptable Form der Vernetzung mit der Kinder- und Jugendhilfe zu praktizieren
- Unterstützung für eine transparente Standortbestimmung und Rollenklärung der Vertragsärztinnen und -ärzte in Fragen der Frühen Hilfen und der Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe
- Bereitstellung von Informationen für die beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzte zu den Themen rechtliche Grundlagen, Epidemiologie und Risikoerkennung sowie diagnostische Verfahren zu deren Identifizierung, um gegenseitige Vorurteile der Berufsgruppen abzubauen
- Entwicklung von Strukturen, um die bestehenden Hemmnisse in der Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und -ärzten und Jugendämtern zu bearbeiten
- Schulung von IQZ-Moderatorinnen und -Moderatoren und von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe in der Moderation von sogenannten Familienfallkonferenzen. In diesen speziell strukturierten Fallbesprechungen können konkrete Fallbeispiele, in denen es um nicht gelingende oder risikobehaftete Kindesentwicklung in belasteten Familien geht, im multiprofessionellen Kreis systematisch analysiert und besprochen werden

Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung

Vorbereitung der Familienfallkonferenz

Das zu besprechende Fallbeispiel wird in der Sitzung ausgewählt, in der die Durchführung der Familienfallkonferenz geplant wird. Sollte dies nicht gelingen, so wird in der IQZ-Sitzung, in der die Familienfallkonferenz durchgeführt werden soll, spontan ein Fallbeispiel ausgewählt.

Die Fallvorstellerin oder der Fallvorsteller wird gebeten, ein nicht abgeschlossenes Fallbeispiel auszuwählen, es nicht vorzubereiten, sondern lediglich – wenn planbar – schriftliche Aufzeichnungen mitzubringen, um Detailfragen bei Bedarf recherchieren zu können.



Viele IQZ nutzen vorherige Sitzungen für einen intensiven Austausch über die verschiedenen Vorgehensweisen und Vorbehalte auf beiden Seiten. Häufig besteht ein großer Informationsbedarf seitens der Ärztinnen und Ärzte über die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit der Frühen Hilfen und des Jugendamtes. Es hat sich bewährt, diesen Austausch vor der eigentlichen Durchführung der Familienfallkonferenz zu organisieren.

Setting

Der Zuschnitt der Dramaturgie setzt eine geschlossene Zirkelstruktur voraus. Die IQZ-Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten sich bereits gut kennen, um eine, bei diesem mit vielen Unsicherheiten und Ängsten besetzten Thema ausreichend vertraute Arbeitssituation herzustellen. Oft bedarf es einiger IQZ-Sitzungen im Vorfeld, in denen allgemeine Fragen zum Thema bearbeitet werden, um einen Zirkel auf diese Ebene zu bringen. Wenn Fallbeispiele vorgestellt werden, sollten diese anonymisiert werden. Über die Inhalte der Sitzung und die Arbeitsergebnisse ist Stillschweigen zu vereinbaren.

Möglicher Ablauf der Moderation

1. Einführung

Ziel

- Die Teilnehmenden kennen die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Arbeitsweisen der Frühen Hilfen und des Jugendamtes.

Mangelhafte wechselseitige Kenntnisse über die Rahmenbedingungen der Arbeit der jeweils anderen Berufsgruppe behindern eine gelingende Kooperation. Die Moderierenden bitten eine Fachkraft aus der Kinder- und Jugendhilfe, die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit vorzustellen. Dies ist am besten im Vorfeld besprochen und abgestimmt worden. Wichtig ist hierbei die Erläuterung der Begriffe Garantenstellung und Wächteramt. Auch kann es helfen, die gesetzlichen Hürden der Eingriffe seitens des Jugendamtes in Familien darzustellen. Wenn Fragen aufkommen, wird hierfür Raum gegeben.

Im Anschluss werden die vier Arbeitsphasen der Familienfallkonferenz kurz anhand der zuvor aufgehängten *Moderationsplakate* zur Familienfallkonferenz erklärt.

Wichtig ist die Vorstellung des gemeinsamen Ziels: An einem realen Fallbeispiel soll gemeinsam gelernt werden, eine sinnvolle Einschätzung zu Ressourcen und Risiken über die Berufsgruppen hinweg zu entwickeln. Durch die bessere Einschätzung von Ressourcen und Risiken kann die gemeinsame Arbeit sehr vereinfacht werden.

 20 Minuten

 Plenum

 Pinnwand,
Nadeln, Stifte

 Moderations-
plakate
Fallbeispiel,
Chronologie des
Fallbeispiels,
Sammlung von
Risiko- und
Schutzfaktoren,
Einschätzung
des Fallbeispiels,
Neuer Plan zum
Vorgehen im
Fallbeispiel



Die *Moderationsplakate* zur Familienfallkonferenz stehen zum Download unter <https://www.fruehehilfen.de/iqz-arbeitsmaterialien> zur Verfügung. Sie können in einem Kopierladen oder einer Digitaldruckerei auf DIN-A0 oder -A1 gedruckt werden. Ein kleinerer Ausdruck ist nicht sinnvoll, da die Ergebnisse dann nicht mehr gut sichtbar in die Plakate eingetragen werden können. Alternativ können Sie die Plakate mittels Beamer an die Wand projizieren und die Beiträge der Gruppe digital dokumentieren. In diesem Fall kann aber immer nur ein Plakat bearbeitet werden. Dadurch wird die zusammenhängende Darstellung erschwert.

Weisen Sie die Gruppe außerdem auf folgende Regeln hin:

Regeln zur Durchführung der Familienfallkonferenz.

- Die Rollen von moderierender Person und dokumentierender Person müssen klar sein.
- Die Dokumentarin bzw. der Dokumentar schreibt nur auf Zuruf der Moderatorin bzw. des Moderators und greift nicht in die Moderation ein!
- Auf dem *Moderationsplakat 1* wird erst nach Abschluss der Moderation geschrieben (15 Minuten)
- Es gilt die Regel der „Wörtlichkeit“: Die Moderierenden sollen nicht umformulieren, um so Wertschätzung gegenüber den Teilnehmenden zu zeigen.
- Das letzte Plakat mit dem neuen Versorgungsplan darf auf keinen Fall ausgelassen werden.

2. Erzählung des Fallbeispiels

Ziel

- Eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer stellt ein Fallbeispiel vor und Verständnisfragen dazu werden geklärt.
- Überlegungen zum Fallbeispiel werden auf dem *Moderationsplakat* „Fallbeispiel“ dokumentiert.

Die IQZ-Moderatorin bzw. der IQZ-Moderator fordert die fallvorstellende Person auf, fünf Minuten lang über ein Fallbeispiel aus ganz persönlicher Sicht zu erzählen. Ziel ist es, die Geschichte im IQZ lebendig zu machen. Die Gruppe wird gebeten, während dieser Vorstellung nur reine Verständnisfragen zu stellen. Ansonsten soll sie konzentriert der Erzählung des Fallbeispiels folgen.

Im Anschluss werden alle IQZ-Teilnehmenden gebeten, sich mit der Situation, in der sich die fallvorstellende Person befindet, zu identifizieren, ähnliche Erfahrungen zu schildern und eigene Assoziationen mitzuteilen. Diese werden auf dem *Moderationsplakat* „Fallbeispiel“ dokumentiert.



20 Minuten

Plenum



5 Minuten



Fallbeispiel

Fallbeispiel: _____ Datum: _____

Hinweis für die Moderation: Bei einer Präsentation, wenn über
Sachverhalte gesprochen wird
sollten 20 Minuten davon die Hälfte der Fallbeispiel,
10 Minuten für die Assoziativen und Ideen zum Fallbeispiel
der Gruppe

Assoziative Ideen der Gruppe zum Fallbeispiel – keine Bewertungen, keine Lösungen

IQZ-Arbeitsmaterial

Methodische Hinweise

Es geht hier zunächst einmal nur um die Geschichte des Fallbeispiels, nicht um eine minutiöse Chronologie. Das Fallbeispiel soll nicht vorbereitet sein und wird frei erzählt. Dieses Erzählen ist von besonderer Bedeutung: Ärztinnen und Ärzte neigen dazu, sach-rational und medizinisch über Fälle zu diskutieren. Das eigene Erleben wird dabei häufig ausgeblendet – und damit auch eine wichtige Ebene zum Verständnis des Fallbeispiels. So gehen psychosoziale Aspekte in Fallvorstellungen verloren oder bleiben unklar. Beginnt die fallvorstellende Person eine Sachaufzählung von anamnestischen Fakten, so sollte die Moderation auf die darauffolgende Arbeitsphase, die Erhebung der Chronologie des Fallbeispiels, verweisen. Auch sollten die Moderierenden dafür sorgen, dass die IQZ-Teilnehmenden während der Erzählphase aufmerksam zuhören und nicht in eine Diskussion eintreten, um eine bessere Wahrnehmung des Fallbeispiels zu erreichen.

Im Anschluss fordert die Moderatorin oder der Moderator die Teilnehmenden auf, Fragen zum Fallbeispiel zu formulieren. Diese werden von keiner Seite kommentiert. Verständnisfragen werden kurz diskutiert und können auf einem Flipchart notiert werden. Es geht darum, erst einmal Verständnisfragen und Fragen assoziativ zum Fallbeispiel zu sammeln. Eine Diskussion dieser Fragen ist häufig nicht hilfreich, da sie in der Gruppe Diskussionen vorwegnimmt, die später zu führen sind, ohne dass die dazu notwendigen Arbeitsschritte schon geleistet wären. Häufig sind das Aufnehmen und gemeinsame Wahrnehmen solcher Fragen der eigentlich wichtige Arbeitsschritt.



Die IQZ-Moderierenden fordern nun die Gruppe auf, Überlegungen zum Problem, das dem Fallbeispiel zugrunde liegen könnte, zu äußern. Diese Ideen werden auf dem *Moderationsplakat* „Fallbeispiel“ dokumentiert.

Auch hier gilt wieder: Die Ideen werden nur dokumentiert und gesammelt und nicht diskutiert. Meistens kommt es dann zu vorschnellen Lösungsansätzen, die später im Laufe der systematischen Fallbearbeitung wieder verworfen werden. Hier geht es um eine reine Sammlung von Überlegungen zur vorgetragenen Fallgeschichte.

3. Erhebung der Chronologie des Fallbeispiels sowie von Risiko- und Schutzfaktoren für das Kind

35 Minuten

Plenum

Ziele

- Die Teilnehmenden erheben die Chronologie des Fallbeispiels und reflektieren diese gemeinsam.
- Die Schutz- und Risikofaktoren für das Kind werden erarbeitet.
- Die Teilnehmenden geben eine Risikoeinschätzung zum Fallbeispiel ab.

Auf dem *Moderationsplakat* stellt die fallvorstellende Person in einem ersten Schritt die eigene Sicht der Fallchronologie dar. Danach werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert, Fragen zu stellen.

Stifte

The image shows a template for a 'Moderationsplakat' (Moderation poster) titled 'Chronologie des Fallbeispiels' (Chronology of the case example). At the top left is the logo of the National Center for Early Help (Frühe Hilfen). Below the title, there is a horizontal line and a small instruction: 'Hinweis für die Moderation: Von uns Anfang in genau dieser Reihenfolge! Dauer: 15 Minuten, Beginn der Chronologie am oberen Ende des Zeitstrahls mit Jahreszahl, dann alle Ereignisse mit Datum entlang des Zeitstrahls.' Below this is a vertical line with a downward-pointing arrow, labeled 'Zeitstrahl' on the left and 'IQZ-Arbeitsmaterial' at the bottom. The entire poster is enclosed in a pink border.

Moderations-
plakat
Chronologie des
Fallbeispiels



Einschätzung des Fallbeispiels

Hinweis für die Moderatoren: Ihre Vorbereitungszeit beträgt 10 Minuten, ggf. in Kleingruppen.

Ärztinnen und Ärzte	Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe

IQZ-Arbeitsmaterial

Danach gehen Sie zu *Moderationsplakat* „Einschätzung des Fallbeispiels“ über. Geben Sie jetzt eine abschließende Risikoeinschätzung ab. Ziel ist hier eine Zusammenfassung und Festlegung auf eine explizite Risikoeinschätzung der jeweiligen Berufsgruppen.

Sind beide *Moderationsplakate* zur Familienfallkonferenz („Sammlung von Risiko- und Schutzfaktoren“ und „Einschätzung des Fallbeispiels“) bearbeitet, bringen Sie eine Diskussion zwischen den beiden Berufsgruppen darüber in Gang, welche Bedeutung unterschiedliche Einschätzungen für die Bearbeitung des Fallbeispiels haben können.

Methodische Hinweise

Diese Gegenüberstellung dient zur Vermeidung gegenseitiger Beurteilung des jeweiligen Vorgehens. Man arbeitet mit Unterschieden und kann anstelle einer vorschnellen Bewertung das Für und Wider der Vorgehensweisen vergleichen. Vermutlich werden die Ärztinnen und Ärzte auf der einen Seite und die Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe auf der anderen Seite sehr unterschiedliche Risikoeinschätzungen vornehmen. Umso wichtiger ist die Reflexion dieser Vorgehensweisen in beiden Berufsgruppen, um zu einem gemeinsamen Verständnis zu finden. Möglicherweise zeigt sich hier ein wichtiges Problem des gegenseitigen Verstehens. Die Eigendynamik gerade in der Bearbeitung schwieriger Fallbeispiele führt oft dazu, sehr defizitorientiert zu denken und zu argumentieren.



4. Entwicklung eines konkreten Maßnahmenplans

10 Minuten

Plenum

Ziel

- Die Gruppe hat gemeinsam eine Versorgungsstrategie für die Familie in dem vorgestellten Fallbeispiel entwickelt.

Erarbeiten Sie nun mit den Teilnehmenden, was im Rahmen der Fallbearbeitung mit der Familie zusammen erreicht werden soll. Hierfür können Sie das *Moderationsplakat* verwenden.

Stifte

Moderationsplakat
Neuer Plan zum Vorgehen im Fallbeispiel

Neuer Plan zum Vorgehen im Fallbeispiel

Hinweis: Für die Moderation: Vor von Anfang an genau protokollieren! Letzten Abschnitt auf keinen Fall überspringen! Dauer: 10 Minuten

Definition des Versorgungsziels

Welche Interventionen sind notwendig?

Wie rede ich mit der Familie über eventuelle Veränderungen?

IQZ-Arbeitsmaterial

Methodische Hinweise

In dieser Arbeitsphase geht es um die Interventionsplanung. Es sollen klare Maßnahmen besprochen werden. Dabei ist es wichtig, dass nicht nur Maßnahmen aufgenommen werden, die zum Beispiel die Kinder- und Jugendärztin, der Gynäkologe in der eigenen Praxis oder die Fachkraft aus der Kinder- und Jugendhilfe im Jugendamt vornehmen können. Sondern es sollen insbesondere auch mögliche Hilfsangebote außerhalb von Praxis und Jugendamt im Hilfenetzwerk thematisiert werden. Entscheidend ist, wie eine Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen in diesem Fallbeispiel aussehen könnte.



Überlegen Sie, wie mit der betroffenen Familie über die Ergebnisse der Familienfallkonferenz gesprochen werden kann und wie die Teilnehmenden sie für die Annahme von Hilfen motivieren können.

Bei diesem Schritt geht es darum, die Planung der Ansprache der Familie über mögliche Hilfsangebote zu entwickeln.

Beratungsgespräche sind sehr anspruchsvoll. Ärztinnen und Ärzte wissen oftmals nicht, wie sie die Kommunikation zum identifizierten Problem herstellen können. Die IQZ-Arbeit stärkt diese Fähigkeit. Denn aus der Erfahrung der Zirkelteilnehmenden lassen sich gute Ideen entwickeln. Hier geht es darum, in gegenseitigem Respekt und gegenseitiger Wertschätzung gemeinsam nachzudenken und sich der Schwierigkeiten von komplexen Hilfeverläufen bewusst zu sein. Nur so kann eine praktikable Strategie zur Ansprache der Eltern entwickelt werden. Formulieren Sie gemeinsam hilfreiche Beispielsätze und dokumentieren Sie dies für die fallvorstellende Person, die die Sätze später nutzen kann.

Umgang mit kritischen Moderationssituationen

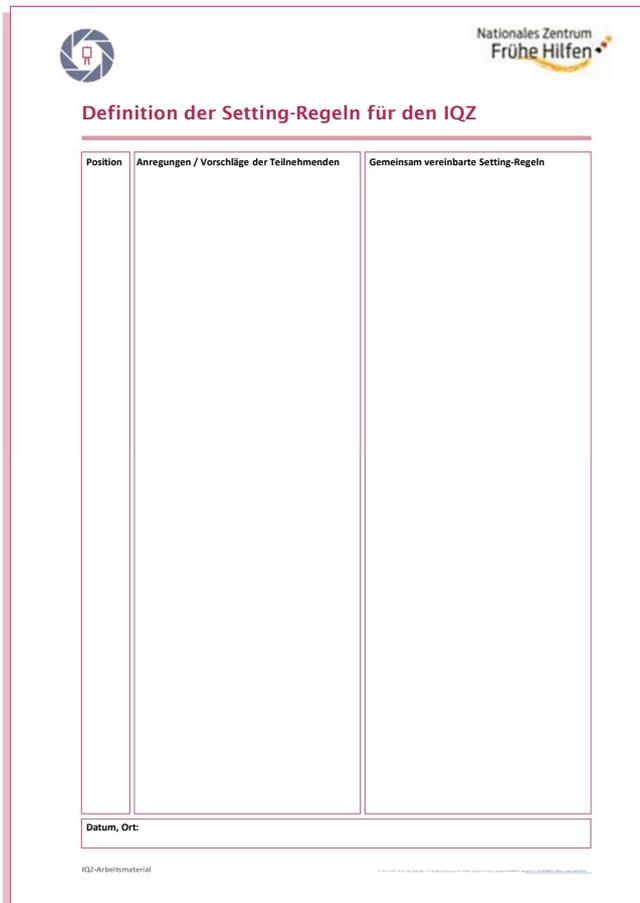
Ein Risiko bei der Vorstellung von Fallbeispielen ist eine mögliche Entwertung der fallvorstellenden Person. Diese hat sich bereit erklärt, den Kolleginnen und Kollegen einen Einblick in den eigenen Arbeitsalltag zu geben. Diese Offenbarung der eigenen Arbeitsweise muss seitens der Moderation in jedem Fall geschützt werden. Jede Diskussion, in der es um die Bewertungen der fallvorstellenden Person geht, soll unterbleiben. Es ist deshalb sinnvoll, bei der Setting-Vereinbarung zur Familienfallkonferenz festzulegen, dass in der Diskussion keine Bewertungen des Vorgehens der fallvorstellenden Person vorgenommen werden dürfen und dass das, was sie in dem Fallbeispiel geleistet hat, unbedingter Wertschätzung bedarf. Hilfreich ist der Hinweis der Moderation, dass alle IQZ-Teilnehmenden in eine ähnliche Situation geraten können. Respekt und Wertschätzung sind die zentralen Grundlagen der Arbeit mit Fallbeispielen.



Sollte die Gruppe in einen solchen Diskussionsmodus verfallen, so muss die Moderation eingreifen. Sie kann auf die vorher in *Dramaturgie 2* vereinbarten Setting-Regeln (siehe nachfolgendes *Moderationsplakat*) hinweisen. Greifen Sie lieber zu früh als zu spät ein, damit die Gruppendynamik später nicht schwer beherrschbar wird.

 Dramaturgie 2
Gruppenleitung
im IQZ

 Moderations-
plakat
Definition der
Setting-Regeln
für den IQZ



The form is titled "Definition der Setting-Regeln für den IQZ" and features the logos of the National Center for Early Help (Frühe Hilfen) and the IQZ. It contains a table with three columns: "Position", "Anregungen / Vorschläge der Teilnehmenden", and "Gemeinsam vereinbarte Setting-Regeln". Below the table is a field for "Datum, Ort:" and a footer that reads "IQZ-Arbeitsmaterial".

Position	Anregungen / Vorschläge der Teilnehmenden	Gemeinsam vereinbarte Setting-Regeln

Datum, Ort:

IQZ-Arbeitsmaterial

Methodische Hinweise zur Simulation der Familienfallkonferenz in der Ausbildung

Ein IQZ-Moderationsteam moderiert die Familienfallkonferenz. Dabei sollte eine der beiden Personen aktiv moderieren, die andere sollte schreiben. Eine dritte Person sollte ein Fallbeispiel vorstellen. Diese Lernsimulation ist kein Rollenspiel. Alle Beteiligten sind aufgefordert, kooperativ zu sein, damit keine künstliche Stresssituation entsteht. Auszubildende sollten nur eingreifen, wenn etwas schief läuft.

Solche Situationen können zum Beispiel sein:

- Die Gruppe zerfällt.
- Die Moderationsplakate werden nicht vollständig ausgefüllt.
- Die Setting-Regeln werden dauernd verletzt.
- Es entsteht ein Rollenspiel, in dem diejenigen, die die IQZ-Teilnehmenden spielen, der Moderatorin bzw. dem Moderator einmal zeigen wollen, wie sich „schwierige“ Mitglieder im echten Leben verhalten können.



Literatur

Oevermann, Ulrich (2014): Klinische Soziologie, Konzeptualisierung, Begründung von Berufspraxis und Berufsbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, siehe auch Siebolds, Marcus: Vertragsärztliches System – Teil I: Von Eros und Ethos des Vertragsarztseins, Deutsches Ärzteblatt 2014; 111 (29–30): A-1292 / B-1112 / C-1056

Kuem Sun Han PhD, RN / Yunkyung Yang RN / Yeong Seon Hong RN (2017): A structural model of family empowerment for families of children with special needs. Journal of clinical nursing: Vol. 27, Issue 56, March 2018, p. e833–e844
<https://doi.org/10.1111/jocn.14195>



Impressum

Herausgeber

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZZH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149–161
50825 Köln

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Brigitte Münzel, Sysco Gesellschaft für Coaching,
Weiterbildung und Projektentwicklung mbH, Köln

Redaktion

Till Hoffmann, Rebecca Maier,
NZZH, BZgA

Gestaltung

KLINKEBIEL GmbH, Köln

Lektorat

Rebecca Schneiders, ahead translations, Köln

Mitwirkende

Nina Tatjes, Krefeld
Christiane Voigtländer, Start gGmbH

Alle Rechte vorbehalten.

Die Publikation gibt die Meinung der Autorin und des Autors wieder, die vom Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Artikelnummer

D81000338

Zitierweise

Siebolds, Marcus / Münzel, Brigitte (2024): Durchführung einer Familienfallkonferenz im Interprofessionellen Qualitätszirkel (IQZ). Dramaturgie 7. IQZ-Arbeitsmaterialien. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZZH). Köln

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:





Dramaturgie 5

Arbeiten mit der Methode der Fallfindung im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ)

IQZ-Arbeitsmaterialien

Arbeitsziele	2
Hintergrund	2
Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung	4
Möglicher Ablauf der Moderation	5
Theoretische Einführung in die Methode	5
Erhebung der jeweiligen Erfahrungen im Kontext der Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in der ärztlichen Praxis	5
Anwendung des Erhebungsbogens	6

Literatur

Impressum, Zitierweise



Fallfindung

Arbeitsziele

- **IQZ-Moderatorinnen und -Moderatoren** erarbeiten sich die Methode der Fallfindung und können diese später in ihrem IQZ anleiten.
- **IQZ-Tutorinnen und -Tutoren** stehen mit dieser Dramaturgie alle Informationen zur Verfügung, um die Methode der Fallfindung in der IQZ-Moderationsausbildung anleiten zu können.
- **IQZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer** lernen die Methode der Fallfindung mit dieser Dramaturgie kennen und erproben sie mithilfe erster Übungen.



Hintergrund

Der Begriff „Casefinding“, also Fallfindung, wird im deutschsprachigen Raum im Zusammenhang mit dem Konzept des Case Management verortet. Er wird in der internationalen Literatur heterogen benutzt. Casefinding meint letztlich die Identifikation von Fällen mit einer bestimmten definierbaren Problemlage. Im vertragsärztlichen oder psychotherapeutischen Bereich erfolgt die Fallfindung von belasteten Familien im Handlungsfeld der Frühen Hilfen bisher unsystematisch auf Grundlage der klinischen Expertise der beteiligten Ärztinnen und Ärzte.

Klinische Expertise in der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxis

Durch das wiederholte Erleben bei ähnlichen oder gleichen Krankheitsbildern beziehungsweise Problemlagen entwickelt sich in der ärztlich-psychotherapeutischen Handlungspraxis erfahrungsbegründete Urteilskraft. Diese ist bestimmt durch die im Alltag praktizierte, aber von den Beteiligten nicht benennbare Methode der klinischen Hermeneutik (Siebolds 2014). Hermeneutisch-klinisches Erkennen beschreibt ein Erkenntnisgewinnungsverfahren, das auf der gedanklichen Operation der Deutung basiert (Gadamer 1966). Deutung meint hier im Sinne von Gadamer ein Verstehen durch sich Hineinversetzen in die jeweilige Krankengeschichte und die akute Krankheitssituation der Patientin oder des Patienten und ihrer beziehungsweise seiner Familie. Die deutende Person bedient sich dabei immer ihres Vorverständnisses, das sie in anderen ärztlichen Handlungssituationen entwickelt hat. Sie bewegt sich somit nach Dilthey (1979) in einem hermeneutischen Zirkel, in dem jede klinische Vorerfahrung die Grundlage der Deutung einer neuen Erfahrung darstellt. Es kommt so zu einer ausgeprägten Zunahme der Deutungskompetenz durch klinische Erfahrung. Diese bemerkt die betroffene Person im ärztlich-psychotherapeutischen Alltag an der Abnahme der sie belastenden Ambivalenz und Unsicherheit in Fällen relevanter klinischer Entscheidungen. Das Gütekriterium der Deutung ist ihre logische Widerspruchsfreiheit. Absicht der hermeneutischen



Deutung im klinischen Fall ist die Rekonstruktion der vollen Fallwirklichkeit aus allem heraus, was den Beteiligten an Wissen, Informationen, Erfahrungen und Empfindungen zur Verfügung steht. In Anlehnung an Gadamer (1966) ist das Ziel die Entwicklung einer – ihrer Entstehung nach – theoriegeleiteten (mittels der hermeneutischen Methode), ärztlich-psychotherapeutischen Alltagstheorie über den jeweiligen Fall. Das bezeichnet man als den Prozess der Entwicklung klinischer Reife durch klinisch-hermeneutische Praxis. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verfügen durch ihre oft jahrzehntelange Berufserfahrung über eine sehr weit entwickelte klinische Reife.

Was bedeutet das für die Fallfindung belasteter Familien?

Die sich über wiederholte Erfahrungen im klinischen Alltag verdichtende Expertise führt dazu, dass sich in klinischen Szenen, die sich in der Interaktion von Ärztin oder Arzt und Familien entwickeln, Wahrnehmungen herauskristallisieren, die die Ärztin oder den Arzt unterschwellig, aber nachhaltig verunsichern. Oftmals ist die Ärztin oder der Arzt nicht in der Lage, diese Verunsicherung zu verbalisieren. Sie signalisiert ihr oder ihm, dass möglicherweise ein „abwendbarer kritischer Verlauf“ für das Kind vorliegen könnte. Solche Situationen könnten sein:

- Beobachtungen während der Behandlung, die ein ungutes Gefühl oder Irritation auslösen
- Beobachtungen der Helferinnen oder Helfer im Wartebereich
- Beobachtung eines entwicklungsverzögerten Kindes im Behandlungsverlauf

Im Bereich der Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen sind solche klinischen Anmutungen häufig dadurch gekennzeichnet, dass die Schilderungen durch die Familien mit den real wahrgenommenen Befunden oder dem Verhalten der Familie nicht zur Deckung gebracht werden können. Im Sinne der klinischen Hermeneutik entwickelt sich ein Fallverstehen, bei dem es zu keiner widerspruchsfreien Deutung kommt. Die Betroffenen verharren in einem Zustand der klinischen Entscheidungsambivalenz. An diesem Punkt bleibt letztlich nur zu entscheiden, ob die genuin ärztliche Haltung des beobachtenden Zuwartens oder eine weitergehende Intervention angezeigt ist.

Wie kann in dieser Situation die Methode der Fallfindung zur Identifikation von belasteten Familien helfen?

Aufgrund der oben beschriebenen Sachlage ist eine Unterstützung in dieser Entscheidungssituation hilfreich. Gilt es doch, gegebenenfalls belastende Situationen in der Familie zu identifizieren, um präventive Hilfsangebote machen zu können. Dazu kann der im Projekt entwickelte *Postnatale Erhebungsbogen Frühe Hilfen* (siehe *Kopiervorlage 3* auf der nächsten Seite) genutzt werden. Dieser stellt eine Beurteilungssystematik dar, die im vertragsärztlichen beziehungsweise im vertragspsychotherapeutischen Bereich Handelnden im Umgang mit der erlebten Unsicherheit unterstützt. Im Fallfindungsprozess können die Betroffenen mithilfe der Kriterien des Erhebungsbogens ihre eigene Wahrnehmung und Einschätzung kritisch reflektieren und überprüfen. Dies geschieht im Rahmen eines **partizipativen Dialogs mit der betroffenen Familie** durch einen gemeinsamen Ver-

 [Kopiervorlage 3
Link zu Erhebungsbögen](#)



gewisserungsprozess. Der Vorteil der klinisch-situativen Fallfindung gegenüber einem flächenbreiten Screening besteht darin, dass aus der fallindividuellen Dynamik der Beziehung zwischen Familie und Ärztinnen oder Ärzten Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden können. Ziel einer solchen Vorgehensweise ist dabei die Vermeidung einer Medikalisierung von Familien sowie die Verhinderung einer letztlich wenig hilfreichen Durchführung von Massenscreenings, die wahrscheinlich eine hohe Zahl falsch-positiv identifizierter Familien mit Unterstützungsbedarf hervorbringen würden. Dies ist ebenso unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten von Bedeutung. Legt man die Erkenntnisse des NZFH zur Verbreitung von Belastungen und Ressourcen zugrunde (vgl. <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/daten-zum-stand-der-fruehen-hilfen-in-deutschland/verbreitung-von-belastungen-und-ressourcen/>), so hat man durch diese Zahlen schon einen gewissen Anhalt für die Plausibilität dieser Fallfindungsstrategie.

Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung

Zielgruppen für die Methode der Fallfindung sind interessierte Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie weitere familienmedizinisch tätige Fachgruppen wie: Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

 **Kopiervorlage 3**
Link zu Erhebungsbögen



Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

3 Link zu Erhebungsbögen

Als Instrument zur Fallfindung stehen auf der Internetseite der Kassenzusammenarbeit Baden-Württemberg drei Erhebungsbögen zur Verfügung:

<https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetsicherung/fruehe-hilfen>

1. Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“ für Gynäkologinnen und Gynäkologen

<https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=2214>
2. Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“

<https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=1929>
3. Pränataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“

<https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=2213>

© 2024 - Nationaler Koordinationsrat für Frühe Hilfen (NZZFH) | www.fruehehilfen.de
Das Logo des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (NZZFH) ist ein eingetragenes Warenzeichen der Kassenzusammenarbeit Baden-Württemberg (KVBawue).
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Genehmigung der Kassenzusammenarbeit Baden-Württemberg (KVBawue).

IQZ-Arbeitsmaterialien Seite 1/1
Kopiervorlage 3 Erhebungsbögen



Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer benötigt einen Ausdruck des Postnatalen Erhebungsbogens Frühe Hilfen.

Unter › <https://www.fruehehilfen.de/iqz-arbeitsmaterialien> steht eine Kopiervorlage mit den Verlinkungen zu allen benötigten Erhebungsbögen zur Verfügung.

Möglicher Ablauf der Moderation

1. Theoretische Einführung in die Methode

 30 Minuten

 Plenum

Ziel

- Kontext und theoretischer Hintergrund zur Methode *Fallfindung* werden erläutert.

Starten Sie die IQZ-Sitzung nach einer kurzen Begrüßung mit einer Einführung in die Arbeitsstruktur des Treffens und den oben beschriebenen theoretischen Hintergrund zur „Arbeit mit dem Postnatalen Erhebungsbogen Frühe Hilfen zur Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“.

2. Erhebung der jeweiligen Erfahrungen im Kontext der Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in der ärztlichen Praxis

 30 Minuten

 Kleingruppen

Ziel

- Die Teilnehmenden tauschen sich über die Erfahrungen mit der Identifikation belasteter Familien aus.

Bitten Sie die Teilnehmenden, sich in sogenannten Murmelgruppen aus jeweils drei Teilnehmenden zusammenzusetzen. Fordern Sie die Teilnehmenden auf, sich in der Kleingruppe eigene Fallgeschichten zum Thema zu erzählen.

Methodische Hinweise

Da der Lerngegenstand in dieser IQZ-Sitzung die Anwendung der vorgestellten Methode in der ärztlichen Praxis ist, geht es in der Kleingruppenarbeit darum, mögliche Fallbeispiele aus der Praxis der Teilnehmenden zu identifizieren, in denen eine strukturierte Erhebung möglicher Belastungssituationen hilfreich sein könnte. Hierzu berichten die Teilnehmenden eigene Geschichten des Umgangs mit der Fallfindung in ihrer Praxis. Dies wurde bereits mit *Dramaturgie 4* als Überleitung in die Methode der Fallfindung geübt.

 Dramaturgie 4
Fallgeschichten



3. Anwendung des Erhebungsbogens

30 Minuten

Ziel

- Die Teilnehmenden lernen den Postnatalen Erhebungsbogen Frühe Hilfen als Arbeitsinstrument kennen und trainieren die Anwendung.

Die Teilnehmenden lesen sich den Erhebungsbogen in Einzelarbeit durch:

- Teilnehmende aus der Kinderheilkunde erhalten den *Postnatalen Erhebungsbogen Kinderärzte Frühe Hilfen*.
- Teilnehmende aus dem Bereich der Gynäkologie erhalten den *Pränatalen Erhebungsbogen Gynäkologen Frühe Hilfen*.

10 Minuten

Einzelarbeit

Kopiervorlage 3
Link zu Erhebungsbögen

Besprechen Sie im Anschluss im Plenum offene Fragen.

10 Minuten

Plenum

Nun soll die Anwendung des Erhebungsbogens als Instrument geübt werden.

- Bitten Sie die Teilnehmenden, sich eine Familie vorstellen, bei der sie die Idee hatten, dass hier ein psychosozialer Unterstützungsbedarf vorliegen könnte.
- Mithilfe des Erhebungsbogens geht jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer die Einschätzung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs in Gedanken durch.
- Besprechen und diskutieren Sie zum Abschluss offene Fragen und Erfahrungen bei der Nutzung des Instruments.

10 Minuten

Umgang mit kritischen Moderationssituationen

Der Erhebungsbogen ist ein Arbeitsinstrument, mit dem IQZ-Teilnehmende in der Sprechstunde gemeinsam mit Eltern reflektieren können, ob ein psychosozialer Unterstützungsbedarf vorliegt. Das Vorgehen, den Erhebungsbogen mit betroffenen Eltern gemeinsam zu besprechen, entspricht der Grundhaltung des Family-Empowerment. Jedoch führt die Methode, Eltern in der Praxis dazu einzuladen, gemeinsam eine Einschätzung durchzuführen, bei IQZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern häufig zu Unsicherheiten. Sie fordert ein hohes Maß an Offenheit gegenüber den Eltern. Unterstreichen Sie, dass es Ihnen um eine vertrauensvolle, gemeinsame Einschätzung geht.



Literatur

Gadamer, Hans-Georg (1966): Wahrheit und Methode. Gesammelte Werke. Tübingen

Dilthey, Wilhelm (1979): Entstehung der Hermeneutik. In: Dilthey, Wilhelm: Gesammelte Werke, Band V, Seiten 313–319. Stuttgart

Siebolds, Marcus (2014): Vertragsärztliches System – Teil I: Von Eros und Ethos des Vertragsarztseins. Deutsches Ärzteblatt, 111 (29–30): A-1292 / B-1112 / C-1056



Impressum

Herausgeber

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149–161, 50825 Köln

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Brigitte Münzel, Sysco Gesellschaft für Coaching,
Weiterbildung und Projektentwicklung mbH, Köln
Roland Müller, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Dr. Michael Barth, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin im Universitätsklinikum Freiburg
Mechthild Paul, NZZFH, BZgA

Redaktion

Till Hoffmann, Rebecca Maier, NZZFH, BZgA

Gestaltung

KLINKEBIEL GmbH, Köln

Lektorat

Rebecca Schneiders, ahead translations, Köln

Mitwirkende

Nina Tatjes, Krefeld
Christiane Voigtländer, Start gGmbH, Dresden

Alle Rechte vorbehalten. Die Publikation gibt die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die vom Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Artikelnummer

D81000336

Zitierweise

Siebolds, Marcus / Münzel, Brigitte / Paul, Mechthild / Müller, Roland / Barth, Michael (2024):
Arbeiten mit der Methode der Fallfindung im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen
(IQZ). Dramaturgie 5. IQZ-Arbeitsmaterialien. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum
Frühe Hilfen (NZZFH). Köln

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:





Dramaturgie 6

Arbeiten mit der Methode des motivierenden Elterngesprächs im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ)

IQZ-Arbeitsmaterialien

Arbeitsziele	2
Hintergrund	2
Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung	3
Möglicher Ablauf der Moderation	3
Vortrag zu Grundlagen des motivierenden Elterngesprächs	3
Austausch eigener Erfahrungen zum Thema in der Kleingruppe	4
Einführung in die Grundlagen der Verhaltensänderungen	5
Erarbeitung der Methode Motivierendes Elterngespräch	8
Training Motivierendes Elterngespräch	9
Erarbeitung einer Umsetzungsstrategie zur Durchführung der ersten drei motivierenden Elterngespräche in der eigenen Praxis	10

Literatur

Impressum, Zitierweise



Motivierendes Elterngespräch

Arbeitsziele

- **IQZ-Moderatorinnen und -Moderatoren** erlernen die Methode des motivierenden Elterngesprächs und trainieren die Durchführung der Methode im IQZ.
- **IQZ-Tutorinnen und -Tutoren** erhalten alle Informationen, um die Methode mithilfe dieser Dramaturgie in der IQZ-Moderationsausbildung anleiten zu können.
- **IQZ-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer** lernen mithilfe der Dramaturgie die Methode des motivierenden Elterngesprächs kennen und erproben diese in ersten Übungen.



Hintergrund

Problem der Überleitung

Die Überleitung von Familien mit einem psychosozialen Unterstützungsbedarf zwischen der im Sozialgesetzbuch (SGB) V verorteten Vertragsarztpraxis und den Angebotsstrukturen der Frühen Hilfen, die im Bereich der lokalen Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII verortet sind, ist bisher unbefriedigend gelöst. Die Überleitung der mithilfe der Fallfindung gefundenen Familien setzt ihre Bereitschaft voraus, Unterstützungsangebote, wie die der Frühen Hilfen, außerhalb der Arztpraxis anzunehmen. Diese Bereitschaft lässt sich weder durch die Ärztin oder den Arzt organisieren noch von ihr oder ihm verordnen. Das führt oft dazu, dass vorhandene, ausfinanzierte und für die Familie hilfreiche Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nicht oder in nicht ausreichendem Maß angenommen werden. Eine Überweisung an die spezialisierten Kolleginnen und Kollegen ist nicht einfach möglich.

Haltung der Ärztin oder des Arztes

Jede ärztliche Beratung mit der Familie findet ihre Grenzen im elterlichen Sorgerecht. Im Sinne des „Family Empowerment“ (Kuem und andere 2017) gilt es also auszuhalten, dass die gelingende Überleitung nicht in der Hand der Ärztin oder des Arztes liegt. Das Transtheoretische Modell ermöglicht es, zu verstehen, auf welcher Stufe der Veränderungsbereitschaft die Familie steht. Dies bedeutet auch zu akzeptieren, was an Veränderung für die einzelne Familie möglich ist. Diese partizipative Haltung ist ein Kernstück des Family Empowerments. Sie erkennt die Grenzen ärztlicher Steuerbarkeit hinsichtlich der Versorgung der belasteten Familie an. Grundlage der Entscheidung ist die ergebnisoffene Information über Angebote der Frühen Hilfen und deren denkbare Bedeutung für die Entwicklung der Familie.



Strukturelle Vorgaben für die Gestaltung dieser IQZ-Sitzung

Zu Beginn sollte das Problem der Überleitung in Angebote der Frühen Hilfen sowie die oben ausgeführte, mögliche Haltung hierzu ausgeführt und erläutert werden.

Die Erarbeitung der Methode des motivierenden Elterngesprächs erfolgt bestenfalls im Anschluss an die Sitzung, in der die *Dramaturgie 5* „Arbeiten mit der Methode Fallfindung“ durchgeführt wurde.



Für das zeitaufwendige Training sollten drei bis vier Stunden einkalkuliert werden.

Möglicher Ablauf der Moderation

1. Vortrag zu Grundlagen des motivierenden Elterngesprächs

Ziel

- Die Teilnehmenden kennen die theoretischen Grundlagen und klären offene Fragen.

Das Moderationsteam begrüßt die Teilnehmenden und erkundigt sich, ob es offene Fragen zum letzten IQZ-Treffen gibt.

Dann folgt eine theoretische Einführung zum Thema „Das motivierende Elterngespräch in der Praxis“. Die Teilnehmenden erhalten hierzu einen Ausdruck der Präsentation.



Plenum



Im Anschluss werden offene Fragen geklärt.





2. Austausch eigener Erfahrungen zum Thema in der Kleingruppe

30 Minuten

Kleingruppe

Ziel

- Die Teilnehmenden reflektieren eigene Erfahrungen mit Elterngesprächen.

Bitten Sie die Teilnehmenden, sich in sogenannten Murmelgruppen von drei Personen zusammenzufinden.

Zuerst sollen alle Teilnehmenden für sich einen für diese Übung erstellten Reflexionsbogen ausfüllen.

5 Minuten

The form is titled '4 Reflexion der eigenen Beratungspraxis' and is part of the 'Kopiervorlage 4' series. It contains the following sections:

- Frage:** Wie habe ich „Beraten“ gelernt? (Large empty box for response)
- Welche Erfahrungen habe ich in der Beratung von Eltern gemacht?**
 - In welchen Situationen habe ich die Elternberatung als wirksam erlebt? (Empty box)
 - In welchen Situationen habe ich sie als weniger wirksam erlebt? (Empty box)
- Was sollte sich aus Sicht der Eltern ändern?** (Large empty box for response)

At the bottom, it includes the text 'Seite 1/1' and 'Kopiervorlage 4 Reflexion der eigenen Beratungspraxis'.

Kopiervorlage 4
Reflexion der
eigenen Beratungs-
praxis

Im Anschluss tauschen sich die Teilnehmenden in ihrer Murmelgruppe über ihre persönlichen Erfahrungen aus ihrer Beratungspraxis aus.

eigenen Praxis
wiedererkennen.

Auch im Plenum kann ein kurzer Austausch stattfinden.

Methodische Hinweise

Laden Sie die Teilnehmenden ein, ihre Erfahrungen mit Elterngesprächen in der Kleingruppe mitzuteilen. Erklären Sie, dass Ihnen die Erfahrungen zum Thema Elternberatung wichtig sind. Die Teilnehmenden werden später im Training sicher einiges aus der



5Minuten Plenum





3. Einführung in die Grundlagen der Verhaltensänderungen

60 Minuten

Plenum

Ziel

- Die Teilnehmenden lernen das Transtheoretische Modell zu den Stufen der Verhaltensänderung kennen.

Die Arbeitssequenz beginnt mit einem Kurzvortrag des Moderationstandems, in dem dieses das Fünfstufenmodell des Transtheoretischen Modells mithilfe der *Kopiervorlage 5* erläutert, die für alle Teilnehmenden ausgedruckt und verteilt werden kann.

25 Minuten

Kopiervorlage 5
Transtheoretisches
Modell



5 Transtheoretisches Modell: Phasen der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Veränderung von Verhalten ist ein Modell zum Lernen Erwachsener. Es erläutert, welche inneren Prozesse ein Mensch durchläuft, bis sich sein Verhalten nach außen sichtbar verändert und betont dabei im Vergleich zu anderen Modellen die zeitliche Perspektive von Veränderungsprozessen. Das Modell wurde Ende der 1970er Jahre in den USA entwickelt.

Das folgende Zitat, eine ausführliche Erläuterung und Abbildung stehen als weiterführende Information online auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklärungs-und-veränderungsmodelle-1/-einstellungs-und-verhaltensänderung/> (14.02.2024)

„Transtheoretisch“ verweist auf die Integration von Prozessen und Prinzipien aus verschiedenen psychologischen Theorien und therapeutischen Schulen. Dem Modell zufolge durchlaufen Menschen typischerweise bis zu sechs Stufen (Stages of Change), um ein bislang bestehendes Verhalten zu verändern bzw. ein neues Verhalten zu beginnen. Das Modell war zunächst im Kontext von Raucherentwöhnung und Drogenabhängigkeit entwickelt worden. Zunehmend wurde es auch auf andere gesundheitsrelevante Probleme angewandt wie z. B. Ernährung, Bewegung, Mammographie-Screening, Verhütung und Sonnenschutz. Die Stufen des TTMs werden maßgeblich beeinflusst durch die Entscheidungsbalance (die wahrgenommenen Vor- und Nachteile) sowie die Selbstwirksamkeit (vgl. sozial-kognitive Theorie). Auch wenn die Stufen chronologisch verlaufen, variieren die Zeiträume innerhalb der Stufen, außerdem sind Rückfälle möglich [...]“

Quelle: Fenne, Emily / Gohres, Hannah / Seibt, Annette C. (2021): Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Handbucheinzel für gesundheitliche Aufklärung (HGA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Als selbstwirksam erleben sich Fachkräfte eher, wenn sie wissen:

- Veränderung ein Prozess
- Interventionen sollten für das jeweilige Stadium des Prozesses angepasst sein.

Hieraus ergeben sich Maßstäbe für eine realistische Bewertung der Beratungssituation und des eigenen Anspruchs bzw. Erfolgs.

IQZ-Arbeitsmaterialien Seite 1/4
Kopiervorlage 5 Transtheoretisches Modell – Phasen der Verhaltensänderung



Im Anschluss an den Vortrag können Verständnisfragen geklärt werden.

Methodische Hinweise

Die Vortragenden sollten besonderen Wert auf die Vorstellung der Veränderungsphasen legen. Die Vermittlung des Inhalts und die Vertiefung des Modells gelingen meist anhand eines Beispiels aus der Erfahrungswelt der Teilnehmenden (zum Beispiel „regelmäßig Sport treiben“, „abnehmen“, „nicht rauchen“).

Mithilfe der Moderationskarten aus *Kopiervorlage 6* können mögliche Interventionen in den einzelnen Phasen passend zu dem gewählten Beispiel entwickelt und notiert werden.

 25 Minuten



6 Moderationskarten: Phasen der Verhaltensänderung

1.
Absichtslosigkeit

2.
Absichtsbildung

Seite 1/3

Legen Sie hierfür die Moderationskarten auf den Boden und fordern Sie die Teilnehmenden auf, sich einer Phase zuzuordnen, mit der sie sich intensiver beschäftigen möchten. Die ersten vier Phasen sollten auf jeden Fall besetzt sein.

Anschließend gehen die Teilnehmenden erneut in ihre Murmelgruppe und erarbeiten eine angemessene Intervention für die gewählte Phase. Diese notieren sie stichpunktartig auf der gewählten Moderationskarte. Dabei können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf persönliche Erfahrungen zurückgreifen.

Zurück im Plenum stellen die Kleingruppen ihre Arbeitsergebnisse vor, die zum Beispiel auf Moderationskarten auf einer Pinnwand gesammelt werden.

Methodische Hinweise

Die jeweiligen Gruppen stellen – beginnend mit der Phase der Absichtslosigkeit – ihre Interventionen vor. Nach jeder Phase werden die Nichtbeteiligten um mögliche Ergänzungen gebeten oder die Moderationstandems ergänzen. So wird sichergestellt, dass alle Phasen mit Beispielen hinterlegt sind.

Kleingruppe

15 Minuten

Plenum

Moderations-
karten,
Pinnwand,
Nadeln



5. Training Motivierendes Elterngespräch

60 Minuten

Plenum

Ziel

- Die Teilnehmenden sind sensibilisiert für überhöhte Selbstansprüche in der Beratung und haben das motivierende Elterngespräch eingeübt sowie reflektiert.

Übung zum Einstieg in der Großgruppe

25 Minuten

Mit der folgenden Übung können zu hohe Ansprüche an die eigene Beratungsleistung auf humoristische Art und Weise minimiert werden. Stellen Sie zwei Stühle in die Mitte. Nehmen Sie als Moderatorin oder Moderator auf einem der beiden Stühle Platz und stellen Sie sich als Vater oder Mutter eines Kindes in der Praxis vor: „Ich bin Frau X ...“. Greifen Sie dabei auf Ihre eigene Fallerfahrung zurück.

Ihr Moderationspartner bzw. Ihre Moderationspartnerin bittet nun die Gruppe zu überlegen, was im Gespräch mit dem fiktiven Elternteil in der Beratung „völlig falsch“ gemacht werden kann. Hierzu nimmt jeweils die Person, die eine Überlegung vorstellen will, auf dem freien Stuhl Platz. Stellen Sie anschließend den Ablauf einer Simulationsübung in Zweiergruppen vor, in die sich die Teilnehmenden zusammenfinden, und verteilen Sie *Kopiervorlage 8*:

Kopiervorlage 8
Simulationsübung

Zweiergruppe



Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

8 Simulationsübung: Motivierendes Elterngespräch – Fallbeispiel A

Pos. Fallmerkmal	Erläuterung
<p>1 Medizinische und Sozialanamnese</p>	<p>Frau (22 Jahre) alleinerziehend, eine Tochter (zwei Jahre). Der Kindsvater beteiligt sich an der Erziehung des Kindes nicht. Die Mutter ist zurzeit arbeitslos und lebt von ALG II (Hartz IV). Sie habe ihr Leben bisher allein gut im Griff und komme mit allem klar. Zum Jugendamt möchte sie keinen Kontakt, da sie schlechte Erfahrungen mit dem „Amt“ gemacht habe. Sie hat als Hotelbuch-Fra bis zur Geburt des Kindes gearbeitet. Sie ist aus den neuen Bundesländern an den jetzigen Wohnort gezogen, um dort Arbeit zu finden. Sie hat keine weitere Familie am derzeitigen Wohnort. Ihre Mutter kann nur selten zu Besuch kommen. Sie hat wenig soziale Kontakte vor Ort.</p>
<p>2 Situation der Fallfindung</p>	<p>Sie erleben Mutter und Kind in den Früherkennungsuntersuchungen bisher ohne Auffälligkeiten. Die Mutter ist zugewandt, macht aber in Fragen der Erziehung einen unsicheren Eindruck. Ihre Unsicherheit thematisiert sie in der Sprechstunde ganz offen. Sie geht liebevoll mit dem Kindum, das gut gedeiht. Sie haben sich in den letzten Früherkennungsuntersuchungen schon gefragt, wie die Mutter das so gut schafft. Akut ist sie mit dem Kind wegen einer Mittelohrentzündung bei Ihnen. Sie erleben sie zum ersten Mal sehr erschöpft und anders als sonst. Diese Wahrnehmung irritiert Sie. Die Mutter wirkt nicht nur mitgenommen durch die akute Erkrankung der Tochter. Sie haben das Gefühl, dass es ihr schon länger nicht gut geht. Sie fragensich wieder, wieder die Mutter das alles schafft, und bieten ihr ein Gespräch an (vgl. unter zu Hilfeahme des Instruments „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“).</p>
<p>3 Befund des Gesprächs zur Einschätzung der Belastung</p>	<p>Die Mutter berichtet, dass sie trotz aller Unsicherheit einen hohen Anspruch an sich hat, alles mit dem Kind gut zu machen. Am meisten würde sie die soziale Isolation belasten. Sie könne es am besten um Rat bei Alltagsfragen der Erziehung bitten. Die starke Fixierung des Kindes auf sie erlebte zunehmend als Einengung. Es falle ihr immer schwerer, die Meise sinnvoll zu beschäftigen, manchmal werde sie regelrecht wütend auf das Kind und erschrecke sich dann sehr.</p>

IQZ-Arbeitsmaterialien
Kopiervorlage 8 Simulationsübung: Motivierendes Elterngespräch – Fallbeispiel A



Simulationsübung in Zweiergruppe

In jeder Zweiergruppe erhält jeweils eine Person ein Fallbeispiel mit *Kopiervorlage 8* „Fallbeispiel A und B ...“.

Dieses Mitglied beginnt und spielt ein Elternteil, das von einer Ärztin oder einem Arzt beraten wird. Die andere Person übernimmt die Rolle der Ärztin beziehungsweise des Arztes und berät sein Gegenüber, wie in der *Kopiervorlage 7* zum motivierenden Elterngespräch beschrieben.

 10 Minuten

Danach tauschen beide Personen die Rollen und spielen den zweiten Durchlauf der Simulationsübung durch. Hierzu erhält die Person, die vorher die Ärztin oder den Arzt gespielt hat, die *Kopiervorlage 8* mit Fallbeispiel B.

 10 Minuten

Im Anschluss daran reflektieren die Teilnehmenden in der Zweiergruppe ihre Erfahrungen in ihren unterschiedlichen Rollen.

 10 Minuten

Fragen Sie die Teilnehmenden anschließend im Plenum, wie es ihnen in der Simulationsübung ergangen ist. Gibt es noch Fragen zur Methode?

 5 Minuten

 Plenum

Methodische Hinweise:

Bei der Simulationsübung handelt es sich nicht um ein Rollenspiel, in dem die Rolle ausagiert wird und man es dem Gegenüber „mal so richtig zeigt“. Simulationsübungen setzen absolute Kooperation voraus. In Simulationsübungen geht es darum, eine neue Methode zu erlernen und erste Erfahrungen damit zu machen.

6. Erarbeitung einer Umsetzungsstrategie zur Durchführung der ersten drei motivierenden Elterngespräche in der eigenen Praxis

 30 Minuten

 Plenum

Ziel

- Die Teilnehmenden erarbeiten eine Umsetzungsstrategie für die ersten drei motivierenden Elterngespräche in der eigenen Praxis. Dabei werden die Herausforderungen des Transfers thematisiert.

Bitten Sie die Teilnehmenden anhand der folgenden Fragen zu überlegen, wie der Transfer in die eigenen Praxis gelingen kann:

- Bei welchen Eltern wollen Sie das motivierende Elterngespräch konkret ausprobieren?
- Wie wollen Sie das Erlernte in Ihrer Praxis umsetzen?
- Welche Probleme erwarten Sie?
- Welchen weiteren Unterstützungsbedarf sehen Sie?

Notieren Sie alle Beiträge auf einem Flipchart oder einer Pinnwand.

 Flipchart, Stifte oder Moderationskarten, Pinnwand, Nadeln



Literatur

Oevermann, Ulrich (2014): Klinische Soziologie, Konzeptualisierung, Begründung von Berufspraxis und Berufsbildung. Unveröffentlichtes Manuskript, siehe auch Siebolds, M.: Vertragsärztliches System – Teil I: Von Eros und Ethos des Vertragsarztseins, Deutsches Ärzteblatt 2014; 111 (29–30): A-1292 / B-1112 / C-1056

Kuem Sun Han PhD, RN / Yunkyung Yang, RN / Yeong Seon Hong, RN (2017): A structural model of family empowerment for families of children with special needs. Journal of clinical nursing: Vol. 27, Issue 56, March 2018, p. e833–e844
<https://doi.org/10.1111/jocn.14195>



Impressum

Herausgeber

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)
Maarweg 149–161, 50825 Köln

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Brigitte Münzel, Sysco Gesellschaft für Coaching,
Weiterbildung und Projektentwicklung mbH, Köln
Roland Müller, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Dr. Michael Barth, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin im Universitätsklinikum Freiburg
Mechthild Paul, NZZFH, BZgA

Redaktion

Till Hoffmann, Rebecca Maier, NZZFH, BZgA

Gestaltung

KLINKEBIEL GmbH, Köln

Lektorat

Rebecca Schneiders, ahead translations, Köln

Mitwirkende

Nina Tatjes, Krefeld
Christiane Voigtländer, Start gGmbH, Dresden

Alle Rechte vorbehalten. Die Publikation gibt die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die vom Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Artikelnummer

D81000337

Zitierweise

Siebolds, Marcus / Münzel, Brigitte / Paul, Mechthild / Müller, Roland / Barth, Michael (2024):
Arbeiten mit der Methode des motivierenden Elterngesprächs im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ). Dramaturgie 6. IQZ-Arbeitsmaterialien. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZZFH). Köln

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

