

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

**Selbst- und Fremdeinschätzung von psychosozialen
Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf –
eine quantitative Studie in pädiatrischen und
gynäkologischen Praxen**

Vorgelegt von: Meret Gödecke 

Abgegeben am: 25.05.2021

Zitiert nach: APA 7th. edition (German)

Erstprüfer: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer (HAW Hamburg)

Zweitprüferin: Dr.ⁱⁿ Silke Pawils (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Abstract

Hintergrund: In Deutschland sind etwa 30% der Familien mit Kind im Alter von null bis zwei Jahren psychosozial belastet. Diese Kinder haben ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von psychischen und entwicklungsbezogenen Auffälligkeiten. Um Risikofamilien frühzeitig in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren, hat es sich im stationären Setting bereits als hilfreich erwiesen, neben medizinischem Personal auch Eltern bei der Einschätzung von psychosozialen Belastungen und Unterstützungsbedarf zu beteiligen. Die vorliegende Studie untersucht im Rahmen der vom Projekt *KID-PROTEKT* erprobten psychosozialen Belastungsanamnese, inwieweit auch im ambulanten Setting diesbezügliche Selbst- und Fremdeinschätzung übereinstimmen.

Methode: Im Rahmen einer Sekundäranalyse werden die Daten der Evaluationsstudie des UKE zu *KID-PROTEKT* neu ausgewertet. Dabei werden innerhalb einer Stichprobe von $n = 1361$ vorwiegend belasteten Schwangeren und Familien mit Kind Selbst- und Fremdeinschätzung von psychosozialen Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf untersucht. Als Erhebungsinstrumente werden ein Belastungsbogen zur Selbsteinschätzung sowie ein Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs zur Fremdeinschätzung verwendet. Ziel der Studie ist es, die Selbst- und Fremdeinschätzung zunächst deskriptiv und anschließend bivariat auf Zusammenhänge zu untersuchen. Die Auswertung erfolgt mittels Chi-Quadrat-Tests über das Programm SPSS.

Ergebnisse: Nach Auswertung der Daten ergibt sich zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=1,96$; 1 df; $p=0,162$; $V=0,04$). Zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs besteht ein starker signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=336,74$; 1 df; $p<0,001$; $V=0,65$).

Diskussion: Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass nicht alle belasteten Familien, die ein Orientierendes Gespräch in Anspruch genommen haben, von dem Belastungsbogen identifiziert werden konnten. Belastungen und diesbezüglicher Unterstützungsbedarf einiger Familien wurden somit erst durch das Orientierende Gespräch aufgedeckt. Dieses Erkenntnis widerspricht der zugrundeliegenden wissenschaftlichen Literatur. Methodische Limitationen der Studie ergeben sich z.B. durch einen möglichen Selektionsbias bei der Stichprobenziehung sowie das Querschnittsdesign. Für eine abschließende Bewertung der Selbst- und Fremdeinschätzungen im Rahmen der Belastungsanamnese im ambulanten Setting sind weitere Studien notwendig.

Schlagwörter: *Ambulante Versorgung – Psychosoziale Belastungen – Frühe Hilfen – Risikoscreening – Gynäkologie – Pädiatrie*

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	I
Tabellenverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	III
1. Einleitung	1
2. Hintergrund	2
2.1 Psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit.....	2
2.1.1 Definition psychosoziale Risikofaktoren	2
2.1.2 Entstehung und Folgen psychosozialer Belastungen	3
2.2 Psychosoziale Versorgung im ambulanten Setting.....	9
2.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	9
2.2.2 Versorgung in der Gynäkologie.....	11
2.2.3 Versorgung in der Pädiatrie	12
2.2.4 Frühe Hilfen	13
2.3 Screeningverfahren als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen.....	14
3. Methode	17
3.1 Fragestellungen und Zielsetzung.....	17
3.2 Untersuchungsdesign.....	18
3.3 Datenerhebung.....	20
3.3.1 Stichprobenziehung	20
3.3.2 Erhebungsinstrumente.....	21
3.4 Beschreibung der Variablen.....	24
3.4.1 Variablen des Belastungsbogens.....	24
3.4.2 Variablen des Dokumentationsbogens.....	25
3.5 Datenauswertung	26
3.5.1 Univariate Analyse	26
3.5.2 Bivariate Analyse	27
3.5.3 Gütekriterien der quantitativen Forschung.....	27
4. Ergebnisse	28
4.1 Stichprobenbeschreibung	28
4.2 Univariate Analyse	29
4.3 Bivariate Analyse	34
5. Diskussion.....	37

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	37
5.2 Ergebnisdiskussion	38
5.3 Gütekriterien der quantitativen Forschung	41
5.4 Methodendiskussion.....	42
6. Fazit und Ausblick	44
Literaturverzeichnis.....	47
Rechtsquellenverzeichnis	55
Anhang 1: Belastungsbogen für gynäkologische Arztpraxen.....	56
Anhang 2: Belastungsbogen für pädiatrische Arztpraxen.....	58
Anhang 3: Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs.....	60
Anhang 4: SPSS Syntax	62
Anhang 5: Tabellen zu Stichprobenangaben.....	65
Eidesstattliche Erklärung.....	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mechanismen des Einflusses früher psychosozialer Risiken auf die Entstehung psychischer Störungen (eigene Anfertigung nach Naab et al., 2017)	3
Abbildung 2: Flowchart zum Studiendesign der Evaluationsstudie zu KID-PROTEKT (eigene Anfertigung nach Evaluationskonzept der Forschungsgruppe AG Prävention, 2020)	19
Abbildung 3: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen der Schwangeren (n = 441) von 2021 (eigene Anfertigung).....	30
Abbildung 4: Häufigkeiten der Belastungseinschätzung der Schwangeren (n = 441) von 2021 (eigene Anfertigung)	31
Abbildung 5: Häufigkeiten der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Schwangeren (n = 441) von 2021 (eigene Anfertigung)	31
Abbildung 6: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen der Familien mit Kind (n = 920) von 2021 (eigene Anfertigung).....	32
Abbildung 7: Häufigkeiten der Belastungseinschätzung der Familien mit Kind (n = 920) von 2021 (eigene Anfertigung).....	33
Abbildung 8: Häufigkeiten der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Familien mit Kind (n = 920) von 2021 (eigene Anfertigung).....	34
Abbildung 9: Auffällige und unauffällige Belastungsbogenbefunde der (werdenden) Familien nach Anteil der geringen und hohen Belastungseinschätzungen im Orientierenden Gespräch (n = 1329) von 2021 (eigene Anfertigung)	35
Abbildung 10: Geringe und hohe Belastungseinschätzungen der (werdenden) Familien nach Anteil der geringen und hohen Einschätzungen des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch (n = 793) von 2021 (eigene Anfertigung)	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävalenzen psychosozialer Risikofaktoren in der frühen Kindheit (eigene Anfertigung)	8
Tabelle 2: Belastungskategorien des KID-PROTEKT Belastungsbogens (eigene Anfertigung)	22
Tabelle 3: Chi-Quadrat-Tests und Effektmaß Cramers V der bivariaten Analyse (eigene Anfertigung)	36
Tabelle 4: Häufigkeiten der Sprachversion des Belastungsbogens der (werdenden) Familien (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)	65
Tabelle 5: Häufigkeiten der Schwangerschaftswoche und U-Untersuchung der (werdenden) Familien (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung).....	65
Tabelle 6: Häufigkeiten des Alters der (werdenden) Eltern (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)	66
Tabelle 7: Häufigkeiten der Kinder im Haushalt der (werdenden) Familien (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)	66

Abkürzungsverzeichnis

BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
d	Cohens d
Destatis	Statistisches Bundesamt
df	Freiheitsgrade
g	Hedges g
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
H ₀	Nullhypothese
H ₁	Erste Alternativhypothese
H ₂	Zweite Alternativhypothese
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
I ²	Heterogenität
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
QT	Qualified Treatment
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
RR	Relatives Risiko
SD	Standardabweichung

SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SMD	Standardisierte Mittelwertdifferenz
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ST	Supported Treatment
TAU	Treatment as usual
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
χ^2	Chi-Quadrat
\bar{x}	Mittelwert
x_{med}	Median
95% CI	95%-Konfidenzintervall

1. Einleitung

Laut Ergebnissen der Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ von Eickhorst et al. (2015) sind ca. 30% der Familien mit Kind im Alter von null bis zwei Jahren in Deutschland psychosozial belastet (Lorenz et al., 2020). Stand der derzeitigen Evidenz ist, dass früh wirkende psychosoziale Belastungsfaktoren die psychische und physische Gesundheit des Kindes sowie dessen Entwicklung negativ beeinflussen können (Friedmann, 2016; Naab et al., 2017). Insbesondere das kumulative Auftreten psychosozialer Risiken gilt als vorhersagekräftig für Entwicklungsauffälligkeiten und Kindeswohlgefährdungen (Lorenz et al., 2020).

Psychische bzw. entwicklungsbezogene Auffälligkeiten, die bereits in der frühen Kindheit auftreten, bleiben darüber hinaus in vielen Fällen über mehrere Jahre bestehen und können gesundheitliche Auswirkungen und Beeinträchtigungen bis ins Erwachsenenalter haben. Aufgrund dessen kommt der Thematik eine hohe Public Health-Relevanz zu (Klasen, Reiß, et al., 2017). Um riskanten Entwicklungsverläufen bei Kindern frühzeitig entgegenzuwirken, kommt folglich der Prävention von psychosozial belasteten (werdenden) Familien eine wesentliche Rolle zu (Naab et al., 2017).

Im präventiven Kinderschutz kann dabei der Einsatz von Risikoscreenings im Gesundheitswesen von Bedeutung sein (Metzner et al., 2017). Screeningverfahren lassen sich sowohl im Bereich der primären als auch sekundären bzw. selektiven Prävention verorten. In der Gesundheitsversorgung sollen sie über die Abfrage von psychosozialen Risikofaktoren zur Identifikation der Risikogruppe belasteter (werdender) Familien beitragen, damit diesen bei Bedarf frühzeitig der Zugang zu Unterstützungsangeboten in den Frühen Hilfen eröffnet werden kann (Friedmann & Mall, 2016). Im Rahmen dieser Vorgehensweise hat es sich darüber hinaus als hilfreich erwiesen, Eltern bei der Einschätzung von psychosozialen Belastungen gezielt miteinzubeziehen. Elternangaben können demnach dazu beitragen, dass wichtige Hinweise, die für medizinisches Fachpersonal mitunter schwer beobachtbar sind, dennoch in dem Prozess der Belastungseinschätzung berücksichtigt werden (Kleinert & Barth, 2015).

In der vorliegenden Studie werden hieran anknüpfend Selbst- und Fremdeinschätzungen von psychosozialen Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf im Rahmen der vom Projekt *KID-PROTEKT* erprobten psychosozialen Belastungsanamnese in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen untersucht. Auf Grundlage eines fragebogenbasierten Risikoscreenings sollen belastete (werdende) Familien im Praxisalltag

zunächst identifiziert und anschließend in einem Gespräch bezüglich passender Unterstützungsangebote beraten werden.

Dazu wird zunächst der Hintergrund der Thematik dargestellt, in dem psychosoziale Risikofaktoren definiert sowie deren Entstehung und Folgen hinsichtlich des kindlichen Entwicklungsverlaufs beschrieben werden. Auch der derzeitige Stand der psychosozialen Versorgung im ambulanten Setting, die Rolle der Frühen Hilfen sowie Risikoscreenings als Zugangsweg werden im Hintergrund behandelt. Die Methode wird anschließend anhand der Fragestellungen, des Untersuchungsdesigns und des Vorgehens im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung beschrieben. Für die Darstellung der Ergebnisse werden die Resultate der uni- sowie bivariaten Datenanalyse abgebildet. In der Diskussion werden die Ergebnisse kurz zusammengefasst und inhaltlich vor dem Hintergrund des Forschungsstandes sowie bezogen auf die Gütekriterien und methodischen Limitationen der Studie diskutiert. Abschließend wird ein Fazit mit Forschungsausblick dargelegt.

2. Hintergrund

2.1 Psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit

2.1.1 Definition psychosoziale Risikofaktoren

Als Risikofaktoren werden in den Gesundheitswissenschaften, der Sozial- und Präventivmedizin sowie in der Psychologie die Gesamtheit an Bedingungen beschrieben, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens organischer und psychosomatischer Krankheiten sowie psychischer oder entwicklungsbezogener Störungen in der Bevölkerung erhöht. Risikofaktoren können dabei als Prädiktoren für gesundheitsbezogene Störungen angesehen werden, sind jedoch nicht mit Ursachen und Kausalitäten gleichzusetzen (Franzkowiak, 2018). Risikofaktoren können in individuelle, biologische und psychosoziale Risiken unterteilt werden (Naab et al., 2017).

Unter psychosozialen Risikofaktoren werden dabei jene Bedingungen zusammengefasst, die, ausgehend vom sozialen Umfeld eines Organismus, negative Auswirkungen auf dessen psychische und physische Gesundheit haben können (Friedmann, 2016). Zu den psychosozialen Risikofaktoren, die bereits ab dem Säuglings- und Kleinkindalter wirken und eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von psychischen und entwicklungsbezogenen

Auffälligkeiten spielen, gehören sowohl individuell wirksame Einflüsse als auch Faktoren der unmittelbaren familiären und sozialen Umwelt (Schlack et al., 2009).

2.1.2 Entstehung und Folgen psychosozialer Belastungen

Der derzeitige Forschungsstand zeigt, dass Bedingungen aus der unmittelbaren Umwelt von Säuglingen und Kleinkindern im ersten Lebensjahr einen wesentlichen Einfluss auf deren Entwicklung und Gesundheit haben (Mall & Friedmann, 2016). Die Auseinandersetzung mit diesen Bedingungen ist insbesondere bei den vielfältigen Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit, wie z.B. der Beziehungsgestaltung, der neurokognitiven Entwicklung sowie dem Erlangen selbstregulatorischer Fähigkeiten, von zentraler Bedeutung (Naab et al., 2017).

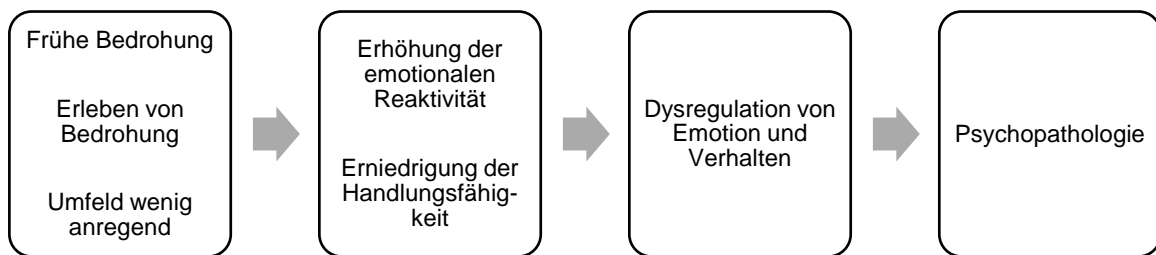


Abbildung 1: Mechanismen des Einflusses früher psychosozialer Risiken auf die Entstehung psychischer Störungen (eigene Anfertigung nach Naab et al., 2017)

Wie in *Abbildung 1* dargestellt, können früh wirkende psychosoziale Belastungen, die bereits während der Schwangerschaft oder in der Säuglings- und Kleinkindzeit auftreten, diese wichtigen Entwicklungsschritte beeinträchtigen und persistierende Folgen für die Gesundheit des Kindes in Form von psychischen und entwicklungsbezogenen Auffälligkeiten und Störungen nach sich ziehen (Friedmann, 2016; Naab et al., 2017). Hinzu kommt, dass Säuglinge und Kleinkinder zunächst nur über sehr geringe Ressourcen verfügen, auf die sie zur Bewältigung von Belastungen aus ihrer unmittelbaren Umwelt zurückgreifen können. Dadurch sind sie als besonders vulnerable Gruppe bezüglich psychosozialer Risikofaktoren zu betrachten (Mall & Friedmann, 2016).

Im Folgenden werden ausgewählte psychosoziale Risikofaktoren vorgestellt, die mit dem Auftreten von psychischen und entwicklungsbezogenen Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern in Zusammenhang stehen. Die Prävalenzen zu den einzelnen Risikofaktoren für Deutschland sind am Ende des Kapitels in *Tabelle 1* zusammengefasst.

Alltagsbewältigung:

Psychische oder körperliche Erkrankungen eines Elternteils gelten als psychosoziale Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei deren Kindern. Im Rahmen der Modulstudie zur psychischen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten*) der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) untersuchten Klasen, Meyrose, et al. (2017) hierzu verschiedene psychosoziale Risikofaktoren, die das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern erhöhen. Dabei konnte ermittelt werden, dass Kinder psychisch belasteter Eltern fast zweieinhalbmal so häufig psychisch auffällig sind als Kinder mit psychisch unbelasteten Eltern (Odds Ratio [OR]: 2,4; 95%-Konfidenzintervall [95% CI]: 1,7-3,3; p-Wert [p]<0,001). Auch bei Kindern chronisch körperlich erkrankter Eltern liegen fast zweimal so oft psychische Auffälligkeiten vor als bei Kindern mit körperlich gesunden Eltern (OR: 1,8; 95% CI: 1,4-2,3; p<0,001).

Weiterhin sind frühkindliche Regulationsstörungen des Säuglings (erhöhte Irritabilität, exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterungsprobleme) und damit oft einhergehende starke Belastungen der Eltern, wie starke Erschöpfung, Hilflosigkeit, Ärger und Wut als Risikofaktor zu berücksichtigen (Bolten, 2014). Anhaltendes Babyschreien etwa gilt als Hauptauslöser für misshandlungsbedingte Kopfverletzungen, zu denen primär das Schütteltrauma zählt (Herrmann, 2016). Darüber hinaus können sich Regulationsstörungen beeinträchtigend auf die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Kommt es hierbei langfristig zu dysfunktionalen Interaktionen zwischen Eltern und ihrem Kind, so können sich insbesondere ungünstige Beziehungsmuster einstellen und die emotionale Entwicklung des Kindes gefährden (Bolten, 2014).

Zudem gelten Kinder aus suchtbelasteten Familien als Hochrisikogruppe, die mit multiplen Belastungen wie Vernachlässigung, Instabilität der Eltern-Kind-Beziehung und Gewalterfahrungen konfrontiert sein können. Die elterliche Abhängigkeitserkrankung und das diesbezügliche dysfunktionale und instabile Elternverhalten können sich erheblich auf die Entwicklung des Kindes auswirken (Moesgen et al., 2017). Kinder alkoholabhängiger Eltern haben beispielsweise ein 2,4-fach (95% CI: 1,1-5,0; p<0,05) erhöhtes Risiko später selbst eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln (Ulricht et al., 2010). Daneben besteht ein erhöhtes Risiko für das Auftreten externalisierender Auffälligkeiten, wie z.B. Störungen des Sozialverhaltens oder hyperkinetische Störungen (Kendler et al., 2016), sowie die Entwicklung internalisierender Störungen, wie Depressionen (OR=1,7; 95% CI: 1,3-2,3) und Angststörungen (Fuller-Thomson et al., 2013; MacPherson et al., 2001).

Partnerschaft:

Weiterhin kann auch die Qualität der Partnerschaft der Eltern für die kindliche Entwicklung entscheidend sein. Laut Klasen, Meyrose, et al. (2017) sind z.B. Familienkonflikte (OR: 4,9; 95% CI: 3,3-7,4; $p < 0,001$) und Konflikte zwischen den Erziehenden (OR: 2,7; 95% CI: 1,9-4,0; $p < 0,001$) mit psychischen Auffälligkeiten des Kindes assoziiert. Des Weiteren konnte hier ein Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen in einer Einelternfamilie (OR: 2,1; 95% CI: 1,5-2,9; $p < 0,001$) sowie in einer Stieffamilie (OR: 2,4; 95% CI: 1,7-3,6; $p < 0,001$) und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern festgestellt werden. Insbesondere bei Einelternfamilien sind zusätzlich die Umstände des Verlusts des anderen Elternteils als psychosozialer Risikofaktor ausschlaggebend, wie beispielweise eine konfliktreiche Trennung der Eltern oder der Tod eines Elternteils (Naab et al., 2017).

Lebenssituation:

Weitere Risikofaktoren können sich außerdem durch ungünstige Umstände der Lebenssituation der Familie ergeben, wie etwa ein niedriger sozioökonomischer Status (niedriger Bildungsstand der Eltern, elterliche Erwerbslosigkeit, Armutsgefährdung). Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sind fast doppelt so häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (OR: 1,6; 95% CI: 1,2-2,1; $p < 0,001$) (Klasen, Meyrose, et al., 2017). Darüber hinaus konnte anhand von Daten der KiGGS Welle 2 ermittelt werden, dass Kinder, die in Armut aufwachsen, häufiger in ihrer subjektiven (8% vs. 3,6% bzw. 1,6%) und psychischen Gesundheit (23,1% vs. 16,2% bzw. 9,2%) beeinträchtigt sind als Gleichaltrige aus mittleren und hohen Einkommensgruppen. Dies ist insbesondere durch die damit oft einhergehenden eingeschränkten Lebensbedingungen, wie die Wohnsituation und die Qualität des Wohnumfeldes sowie verminderte soziale Teilhabechancen, zu begründen. Außerdem erleben Kinder aus armutsgefährdeten Familien häufiger Stresssituationen und Konflikte, die zugleich einen geringeren sozialen und emotionalen Rückhalt bedingen (Lampert & Kuntz, 2019).

Schwangerschaft und Geburt:

Psychosoziale Belastungen, die bereits während der Schwangerschaft auftreten, können sich schon vor der Geburt auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Angststörungen, Depressionen und Stress während der Schwangerschaft gelten als Risikofaktoren und sind mit negativen Gesundheitsoutcomes für Mutter und Kind verbunden (Dunkel Schetter &

Tanner, 2012). Angststörungen während der Schwangerschaft etwa sind mit einer Frühgeburt (OR: 1,8; 95% CI: 1,3-2,4; $p < 0,001$) sowie mit ungünstigen Auswirkungen auf die neurokognitive Entwicklung des Kindes assoziiert (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Kramer et al., 2009). Chronische Belastungen der Mutter, wie z.B. Stress und Depressionen, stehen zudem mit einem niedrigen Geburtsgewicht (RR=1,2; 95% CI: 1,1-1,3; $p = 0,001$) und einer Frühgeburt (Relatives Risiko [RR]=1,1; 95% CI: 1,1-1,2; $p < 0,001$) des Kindes in Zusammenhang (Grote et al., 2010).

In einem systematischen Review von Biaggi et al. (2016) wurden zudem Risikofaktoren für das Auftreten von Depressionen und Angststörungen während der Schwangerschaft zusammengefasst und untersucht. Dabei konnte ermittelt werden, dass insbesondere wenig soziale oder partnerschaftliche Unterstützung, Missbrauch und häusliche Gewalt aber auch ungeplante oder ungewollte Schwangerschaften, Schwangerschaftskomplikationen und Fehlgeburten mit dem Auftreten einer Depression oder Angststörung während der Schwangerschaft zusammenhängen.

Ergebnisse einer Kohortenstudie von McDonald et al. (2016) zeigen darüber hinaus, dass insbesondere Frühgeburten (OR: 2,3; 95% CI: 1,4-4,0; $p = 0,002$) und Depressionen während der Schwangerschaft (OR: 1,8; 95% CI: 1,0-3,1; $p = 0,046$) Risikofaktoren für die frühkindliche Entwicklung darstellen und diese beeinträchtigen können. Bei Kindern, die etwa vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche und damit durch eine Frühgeburt zur Welt kommen, ist die Wahrscheinlichkeit, Entwicklungsverzögerungen innerhalb des ersten Lebensjahres aufzuweisen, demnach zweimal so hoch wie bei Kindern, die nach einer voll ausgetragenen Schwangerschaft zur Welt kommen.

Kinder und Erziehung:

Weiterhin sind kind- und erziehungsbezogene Belastungen der Eltern als psychosoziale Risikofaktoren für die frühkindliche Entwicklung anzusehen. Anhand der Ergebnisse von Klasen, Meyrose, et al. (2017) lässt sich feststellen, dass eine niedrige soziale Unterstützung der Eltern im ersten Lebensjahr des Kindes das Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern erhöht (OR: 2,7; 95% CI: 1,5-4,5; $p < 0,001$).

In einer Studie von Laukkanen et al. (2014) konnte außerdem ermittelt werden, dass ein schwieriges Temperament des Kindes mit ungünstigen Erziehungsstilen der Mutter assoziiert ist. So ergab sich u.a. ein Zusammenhang zwischen einer wenig positiv gestimmten Art des Kindes (häufiges Weinen oder Aufregen, eher negativer als positiver Ausdruck) und einer geringen mütterlichen Zuneigung (Korrelationskoeffizient nach Pearson [r]=-0,5; $p < 0,001$). Ebenso bestand ein Zusammenhang zwischen einer negativen

Affektivität des Kindes und häufigen Versuchen der Mutter psychologische sowie Verhaltenskontrolle über das Kind auszuüben ($r=0,4$; $p<0,001$). Ein schwieriges Temperament des Kindes kann somit potenziell zu beträchtlichen Konflikten und Stress in der Eltern-Kind-Beziehung führen, was wiederum das Risiko für ungünstige Beziehungsmuster sowie Entwicklungsbeeinträchtigungen des Kindes erhöhen kann.

Weiterhin sind Mehrlingsschwangerschaften als Risikoschwangerschaften zu betrachten, welche oft mit Frühgeburten sowie mit einem niedrigem Geburtsgewicht, Geburtsfehlern und Behinderungen bei diesen Kindern verbunden sein können (Papsdorf et al., 2017). Neben den kindbezogenen Risiken haben van den Akker et al. (2016) im Rahmen einer Metaanalyse zudem die Effekte von Mehrlingsgeburten auf die psychische Gesundheit der Mutter untersucht, wobei herausgefunden werden konnte, dass Mütter von Mehrlingen signifikant häufiger von Depressionen (Standardisierte Mittelwertdifferenz [SMD] Cohens d [d]=0,2, 95% CI: 0,1-0,4; z -Wert=2,6; $p=0,009$; Heterogenität [I^2]=36,5%) sowie von Stress (SMD $d=0,2$, 95% CI: 0,1-0,3; $p=0,007$; $I^2=0,01\%$) betroffen sind als Mütter von nur einem Kind.

Ebenso können Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen des Kindes mit erheblichen Herausforderungen sowohl für die Gesundheit des Kindes als auch die der Eltern einhergehen. In einer Metaanalyse von Pinquart (2019) konnte festgestellt werden, dass Eltern von chronisch körperlich erkrankten Kindern, u.a. mit Epilepsie (Hedges g [g]=1,3; 95% CI: 0,8-1,7; $p<0,01$) oder Diabetes ($g=1,2$; 95% CI: 0,9-1,5; $p<0,001$), signifikant stärker von posttraumatischem Stress betroffen sind als andere Eltern bzw. Erwachsene. Zusätzlich konnte ermittelt werden, dass sowohl die Schwere der Erkrankung ($r=0,2$; $p<0,001$) und die Intensität und/oder Dauer der Behandlung ($r=0,2$; $p<0,001$) mit dem Auftreten von posttraumatischem Stress bei Eltern assoziiert sind. Insbesondere das frühe Erleben von elterlichem Stress kann dabei das Risiko für Kleinkinder erhöhen, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln (OR: 2,3; 95% CI: 1,7-2,8; $p<0,01$) (Hattangadi et al., 2020).

Mit einer Kombination aus verschiedenen psychosozialen Risikofaktoren, die alle im selben Zeitraum auf das Kind oder dessen Umfeld einwirken, steigt zudem die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer und entwicklungsbezogener Auffälligkeiten (Naab et al., 2017). Kinder mit kumulierten Belastungsfaktoren zeigen demnach häufiger Anzeichen für psychische Erkrankungen, während deren Ressourcen weniger ausgeprägt sind (Ravens-Sieberer et al., 2007). Anhand von Ergebnissen von Witt et al. (2019) lässt sich feststellen, dass Befragte, die von vier oder mehr belastenden Erlebnissen in der Kindheit betroffen waren, ein höheres Risiko hinsichtlich Depressivität (OR: 7,8; 95% CI: 5,5-11,1),

Ängstlichkeit (OR: 7,1; 95% CI: 5,0-10,2), einer erhöhten körperlichen Aggressivität (OR: 10,5; 95% CI: 5,7-19,1) sowie einer niedrigen Lebenszufriedenheit (OR: 5,1; 95% CI: 3,8-7,0) aufweisen als die Vergleichsgruppe, die keine belastenden Kindheitserlebnisse berichtete.

Table 1: Prävalenzen psychosozialer Risikofaktoren in der frühen Kindheit (eigene Anfertigung)

Psychosoziale Risikofaktoren	Prävalenz (in Prozent) *	Wissenschaftliche Quelle
Familiärer Hintergrund		
alleinerziehend	19	Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a)
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft	25	Müller und Schröttle (2004)
Scheidung oder Trennung	19	Witt et al. (2019)
Niedriger sozioökonomischer Status	20-22	Lampert et al. (2019)
Einkommensarmutsgefährdung und aktueller SGB II-Bezug	22	Lietzmann und Wenzig (2020)
Fehlende soziale Unterstützung	20	Lorenz et al. (2020)
Soziale Isolation	7	van Staa und Renner (2019)
Elternbezogene Risiken		
Ungeplante Schwangerschaft	34	Helfferich et al. (2016)
Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt	20	Papsdorf et al. (2017)
Frühgeburt	9	

Depressive Symptomatik	8	Busch et al. (2013)
Psychische Erkrankung	10-30	Clemens et al. (2018)
Körperliche Erkrankung	30	Klasen, Meyrose, et al. (2017)
Starke Erschöpfung	13	van Staa und Renner (2019)
Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen	17	Witt et al. (2019)
Zweifel an der elterlichen Kompetenz	31	Lorenz et al. (2020)
Kindbezogene Risiken		
Belastendes Schreiverhalten	13	Lorenz et al. (2020)
Belastendes Schlafverhalten	12	
Belastendes Essverhalten	5	
Mehrlinge	4	Destatis (2020b)
Schwere Behinderung	<1	Destatis (2021)
Chronische Erkrankung des Kindes	16	Mauz et al. (2017)

*Prävalenzen basieren je nach Primärstudie auf ärztlich gesicherten Diagnosen oder subjektiven Angaben der Betroffenen für Deutschland

2.2 Psychosoziale Versorgung im ambulanten Setting

2.2.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Prävention und Vorsorge für Familien und ihre Kinder sind in verschiedenen Gesetzesgrundlagen enthalten. Hierzu zählen insbesondere das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) und das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V).

Das 2012 in Kraft getretene BKiSchG regelt den Kinderschutz in Deutschland, insbesondere unter den Aspekten Prävention und Intervention. Kernstück des BKiSchG ist das in Artikel 1 enthaltene *Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)* (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH], 2016a). Ziel des *KKG* ist das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern. Dabei obliegt dem Staat die Mitverantwortung im Kinderschutz. Falls erforderlich, werden Eltern in der Ausübung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung vom Staat unterstützt, um Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und Gefährdungen für deren Wohl zu vermeiden oder diesen entgegenzuwirken (§ 1 Abs. 1-4 *KKG*).

Unter dem Begriff *Frühe Hilfen* wurden im *KKG* zur Gewährleistung dieser staatlichen Unterstützung erstmals präventionsorientierte Unterstützungsangebote für Eltern mit Kind in den ersten Lebensjahren sowie für werdende Familien gesetzlich verankert (§ 1 Abs. 4 *KKG*). Die Bestimmung von Rahmenbedingungen für das Netzwerk der Frühen Hilfen schafft im *KKG* zudem die Grundlage für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller relevanten Akteure im Kinderschutz. Neben dem Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe, sind Kooperationspartner aus dem Gesundheitsbereich sowie den Sozialleistungssystemen, wie u.a. Schulen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Ärzt*innen und Schwangerschaftsberatungsstellen in dem Netzwerk der Frühen Hilfen zusammengeführt (§ 3 Abs. 1-4 *KKG*).

Weiterhin sind die gesetzlich geforderten Präventionsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gemäß §§ 20, 24d und 26 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) für (werdende) Familien von Bedeutung. Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind demnach fester Bestandteil des Leistungsspektrums der GKV (§20 SGB V). Die Präventionsleistungen umfassen zum einen Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für werdende Eltern im Rahmen der Untersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge (§24d SGB V). Außerdem haben Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, wobei insbesondere gesundheitliche Risiken erfasst und bewertet werden sollen. Bei Bedarf sollen Ärzt*innen Präventionsempfehlungen aussprechen bzw. präventionsorientierte Beratungen für Familien durchführen, die dabei ebenfalls eine Informierung über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind miteinschließen (§26 Abs. 1 SGB V).

2.2.2 Versorgung in der Gynäkologie

Die niedergelassene Gynäkologie hat bereits während der Schwangerschaft Kontakt zu werdenden Müttern und Vätern und stellt damit die frühestmögliche Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und weiterführenden Hilfen dar. Gynäkolog*innen in niedergelassenen Praxen sowie auch Hebammen spielen dabei eine wesentliche Rolle als Ansprechpartner*innen und bei der Betreuung von Schwangeren bzw. werdenden Familien (Neumann & Renner, 2020). Durch die in der Regelversorgung enthaltenen Vorsorgeuntersuchungen wird ein Großteil der Schwangeren erreicht (Paul, 2016). Die Untersuchungen finden in regelmäßigen Abständen statt und können sowohl von Frauenärzt*innen als auch von Hebammen durchgeführt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] & Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQWiG], 2020).

Die Vorsorgeuntersuchungen zielen darauf ab, den allgemeinen Schwangerschaftsverlauf sowie die Entwicklung des Kindes und die Gesundheit der Mutter in der Schwangerschaft zu kontrollieren und zu begleiten. Bei der Erstuntersuchung werden der allgemeine Gesundheitszustand und mögliche Vorerkrankungen der Schwangeren erfasst. Auch mögliche körperliche bzw. psychosoziale Belastungen werden in dem Untersuchungsgespräch thematisiert. Die weiteren Untersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge beschränken sich in erster Linie auf medizinisch-körperliche Aspekte der Schwangeren und des Fötus. So werden bei jedem Vorsorgetermin Blutdruck, Gewicht, Urin und die Gebärmutter der Schwangeren untersucht. Auch die Lage und die Herztöne des Kindes werden überprüft. Zudem wird in regelmäßigen Abständen Blut abgenommen und eine Ultraschall-Untersuchung durchgeführt (G-BA & IQWiG, 2020).

Bei der ersten Vorsorgeuntersuchung erhalten werdende Mütter den Mutterpass, in welchem die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen während der Schwangerschaft festgehalten werden (G-BA & IQWiG, 2020). Abgesehen von den Angaben zu den körperbezogenen Untersuchungen, ist in dem Mutterpass zudem die Dokumentation von psychosozialen Belastungen möglich. Da der Pass in der Regel gemeinsam mit der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt, den Medizinischen Fachangestellten (MFA) oder den Hebammen ausgefüllt wird, ergibt sich zusätzlich im Rahmen des Untersuchungsgesprächs mit den Schwangeren die Möglichkeit psychosoziale Belastungen anzusprechen (Neumann & Renner, 2020). In der gynäkologischen Weiterbildung ist darüber hinaus eine psychosomatische Grundversorgung enthalten, wodurch Frauenärzt*innen für eine umfassende Begleitung,

auch unter Einbezug von psychosozialen Aspekten, in der Schwangerschaft qualifiziert werden (Werling et al., 2018).

2.2.3 Versorgung in der Pädiatrie

Nach der Geburt gehören niedergelassene Pädiater*innen zu einer der ersten Berufsgruppen, die zu Familien mit Säuglingen und Kleinkindern einen regelmäßigen und meist langfristigen Zugang im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, den sogenannten U-Untersuchungen, haben. Durch die hohe Akzeptanz und Inanspruchnahme stellen die U-Untersuchungen zudem eine etablierte Versorgungsstruktur dar, wodurch zugleich der Kontakt zu belasteten Familien hergestellt werden kann (Friedmann & Mall, 2016). Während die U1 und U2 in der Regel noch in der Geburtsklinik stattfinden, werden die folgenden U-Untersuchungen in pädiatrischen Praxen durchgeführt. Daten der KiGGS Welle 2 zeigen, dass die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen ab der U3 bis zur U6 jeweils bei über 99% liegen. Damit nehmen nahezu alle Kinder im ersten Lebensjahr an diesen Untersuchungen teil (Schmidtke et al., 2018).

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Entwicklungsstörungen und Krankheiten bei Kindern frühzeitig zu erkennen, um bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Krankheit geeignete Maßnahmen für eine Behandlung einzuleiten. Neben einer körperlichen Untersuchung werden hierfür alterstypische Entwicklungsschritte überprüft und eine diesbezügliche Beratung der Eltern durchgeführt. Die körperliche Untersuchung beinhaltet je nach Alter des Kindes eine Überprüfung von Gewicht und Körperlänge sowie die Untersuchung einzelner Organe, des Kopfes und des Bewegungsapparates. Bei der Entwicklungsbeurteilung werden Grob- und Feinmotorik, die Perzeption und Kognition sowie die soziale und emotionale Kompetenz des Kindes untersucht (G-BA, 2021). Die Untersuchungsergebnisse der U1 bis U9 werden im Kinderuntersuchungsheft, dem sogenannten Gelben Heft, dokumentiert. Dieses wird den Eltern meist in der Geburtsklinik übergeben (Schmidtke et al., 2018).

Besondere Belastungen der Familie und gesundheitliche Risikofaktoren des Kindes werden ebenfalls im Rahmen der U-Untersuchungen aufgegriffen und Eltern im Umgang mit ihnen beraten (G-BA, 2021). Zudem nehmen Kinderärzt*innen nicht nur kindbezogene Auffälligkeiten wahr, sondern erfassen ebenso familiäre Aspekte sowie die Eltern-Kind-Interaktion. Die Untersuchungen dienen somit auch dazu, psychosoziale Aspekte hinsichtlich des Kindes und seiner Familie ansprechen zu können. Bei vorhandenem

Unterstützungsbedarf kann der Arzt oder die Ärztin eine Präventionsempfehlung aussprechen und ist durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu, aufgefordert belastete Familien auf Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen hinzuweisen (van Staa & Renner, 2019).

2.2.4 Frühe Hilfen

Im Jahr 2006 initiierte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstmals das Aktionsprogramm *Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme*, welches den Auf- und Ausbau von Unterstützungsangeboten für Familien in belastenden Lebenslagen fokussierte (Paul, 2016). Heute umfassen die Frühen Hilfen verschiedene Netzwerke aus lokalen und regionalen Unterstützungs- sowie koordinierten Hilfsangeboten, die sich sowohl an werdende Familien ab Beginn der Schwangerschaft als auch an junge Familien mit Kindern bis drei Jahren richten. Übergeordnetes Ziel ist es, jedem Kind ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Hierfür reichen die Frühen Hilfen von alltagspraktischer Unterstützung bis hin zur Stärkung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von Müttern und Vätern. Im Vordergrund stehen dabei die Ressourcenstärkung und die Befähigung zur Selbsthilfe der Familien (NZFH, 2016b).

Die in den Frühen Hilfen enthaltenen Angebote und Maßnahmen sind in ihren Zugängen niedrigschwellig gestaltet und lassen sich sowohl im Bereich der Primärprävention als auch im Bereich der Sekundärprävention verorten. Die primärpräventiven Angebote richten sich im Sinne der Gesundheitsförderung an alle (werdenden) Familien. Durch die sekundärpräventiven Angebote hingegen sollen insbesondere Familien in psychosozialen Problemlagen erreicht werden, sodass Risiken, die die Entwicklung und das Wohl des Kindes gefährden, frühzeitig erkannt und vermieden werden können. Von zentraler Bedeutung bei den Frühen Hilfen ist zudem die gesetzlich verankerte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit von unterschiedlichen Institutionen und Angeboten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen sowie der Schwangerschaftsberatung, der Frühförderung und weiterer sozialer Dienste (NZFH, 2016b).

2.3 Screeningverfahren als systematischer Zugang zu Frühen

Hilfen

Insbesondere der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Frühen Hilfen kommt eine Schlüsselrolle in der Versorgung psychosozial belasteter Familien zu. Leistungen des Gesundheitswesens, wie die in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge in der ambulanten Gynäkologie sowie der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Pädiatrie, werden von nahezu allen Familien und damit auch von Familien in besonderen Problemlagen regelhaft in Anspruch genommen (Paul, 2016). Bisher fiel die Feststellung psychosozialer Belastungen bei (werdenden) Familien hauptsächlich in den Aufgabenbereich der Ärzt*innen. Allerdings werden Familien mit Unterstützungsbedarf allein durch die ärztliche Einschätzung bzw. Wahrnehmung häufig nicht zuverlässig erkannt (Kleinert & Barth, 2015). Damit die Identifikation belasteter Familien und deren Weiterleitung in die Frühen Hilfen gelingen kann, sind unterstützende Verfahren zur Fallfindung belasteter Familien im ambulanten Setting von zentraler Bedeutung. (Friedmann & Mall, 2016).

In medizinischen Versorgungskontexten hat sich vor diesem Hintergrund ein zweistufiges Vorgehen zur Identifikation von Familien mit psychosozialen Unterstützungsbedarf bewährt. Auf der ersten Stufe soll zunächst die Zielgruppe der belasteten Familien im Rahmen eines Risikoscreenings über die Abfrage relevanter Risikofaktoren identifiziert werden. Auf der zweiten Stufe sollen die grob gescreenten vorliegenden Belastungen dann im Rahmen eines vertiefenden Gesprächs mit den Eltern erörtert und diese bei erkennbarem Unterstützungsbedarf gezielt an das Netzwerk der Frühen Hilfen weitergeleitet werden (Barth & Belzer, 2016).

Diese zweistufige Vorgehensweise konnte im Rahmen von Modellprojekten im stationären Bereich bereits umgesetzt sowie wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden: In einer Studie von Clauß et al. (2014) etwa erfolgte im Rahmen eines standardisierten Vorgehens durch Kinderärzt*innen, Hebammen und das Pflegeteam eine Belastungseinschätzung von (werdenden) Familien in einer Geburtsklinik. 1238 Familien wurden hierbei mittels standardisiertem medizinischem Erhebungsbogen auf psychosoziale Risikofaktoren gescreent, wobei herausgefunden werden konnte, dass bei 23% der Familien mindestens ein Risikofaktor und bei 8% eine erhöhte Belastung in Form von drei oder mehr Risikofaktoren vorhanden war. Die vorliegenden Risikofaktoren wurden im nächsten Schritt gewichtet und der mögliche Unterstützungsbedarf drei verschiedenen Kategorien

zugeordnet. 14,9% der auffälligen Familien fielen dabei in Kategorie A (*Motivation zur Unterstützung durch Familienpaten*), 6,9% in Kategorie B (*Motivation zur Unterstützung durch Familienhebammen*) und 0,9% wurden der Kategorie C (*Dringende Empfehlung Familienhebamme und ggf. Kinder- und Jugendhilfe*) zugeordnet. Abschließend führte der Kinderarzt bzw. die Kinderärztin der Klinik zum Zeitpunkt der U2 ein beratendes Gespräch mit allen Familien durch, wobei insbesondere den belasteten Familien ausführlich mögliche Unterstützungsangebote unterbreitet wurden, die sich an den zuvor zugeordneten Unterstützungskategorien orientierten.

Weiterhin wurde auch im Rahmen des Projekts *Babylotse-Plus Berlin* ein Screeningbogen bei 2344 werdenden Müttern in der Entbindungsklinik der Berliner Charité eingesetzt, wobei festgestellt werden konnte, dass sich bei knapp der Hälfte der Familien (48%) ein auffälliger Score (≥ 3 Risikoindikatoren) ergab, der ein psychosoziales Risiko anzeigte. Im Anschluss führten Sozialpädagoginnen, sogenannte Babylotsinnen, ein diagnostisches Interview mit den auffälligen Müttern durch, wobei eine genaue Ermittlung der Belastungsfaktoren sowie vorhandenen Ressourcen erfolgte. Konnte ein Unterstützungsbedarf durch die Babylotsinnen bestätigt werden, wurde gemeinsam mit der Mutter eine Überleitung in geeignete Angebote in den Frühen Hilfen geplant und besprochen. Nahezu alle Mütter (99%), die laut Screening auffällig waren, wurden auch im diagnostischen Interview als unterstützungsbedürftig eingestuft (Fisch et al., 2016).

Im ambulanten Setting hingegen wurde dieses zweistufige Vorgehen bislang kaum umgesetzt (Barth & Belzer, 2016). Vergleichbar war in diesem Kontext allein das Modellprojekt *MuM - Mama und Mehr*, das von niedergelassenen Frauenärzt*innen in Hamburger Praxen durchgeführt wurde. Anhand eines Risikoscreenings gelangen die Gynäkolog*innen zu einer diagnostischen Einschätzung der Lebenssituation der werdenden Mütter, unter Einbezug von medizinischen, sozialen und psychischen Aspekten. Die hierbei identifizierten Belastungen der Mütter wurden anschließend in Belastungsgraden von niedrig, mittel bis hoch festgehalten, woraus sich der Unterstützungsbedarf ergab. Bei erhöhtem Unterstützungsbedarf wurde die Schwangere von einer sogenannten MuM-Lotsin, ähnlich den Babylotsinnen aus stationären Modellprojekten, sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt in regelmäßigen Abständen telefonisch kontaktiert und bei Bedarf in passende Unterstützungsangebote überführt. Durch das Risikoscreening konnte bei 29,9% der werdenden Mütter eine Belastung ermittelt werden. Darunter befanden sich 51,1% mit geringer Belastung, 26,7% mit mittlerer Belastung und 21,8% mit hoher Belastung, die eine Unterstützung erforderte (Koch et al., 2011).

In einer Studie von Kleinert und Barth (2015) in der stationären Pädiatrie konnte darüber hinaus festgestellt werden, dass die Beteiligung der Eltern bei der Einschätzung von psychosozialen Belastungen dazu beitragen konnte, Familien mit Unterstützungsbedarf besser zu erkennen. Hierzu wurden Zusammenhänge zwischen Selbsteinschätzungen der Eltern und Fremdeinschätzungen der Pädiater*innen und Pflegekräfte bezüglich psychosozialer Belastungen und Unterstützungsbedarf am Universitätsklinikum Freiburg untersucht. Die Selbsteinschätzungen erfolgten über folgende Instrumente: Der allgemeine und sozial-emotionale Entwicklungsstand des Kindes wurde von den Eltern zunächst anhand der *Ages&Stages Questionnaires (ASQ-3, ASQ:SE)* vorgenommen. Danach folgte die Angabe von kind- und elternbezogenen Belastungen anhand des *Eltern-Belastungs-Inventars (EBI)*. Zuletzt gaben die Eltern das aktuelle psychische Befinden über die *Symptom-Checkliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9)* an. Die Fremdeinschätzung erfolgte anhand der *Checkliste zur Erhebung des Bedarfs an Frühen Hilfen*, welche auf dem *Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch* basiert.

Insbesondere die von den Eltern geschilderten Belastungen im *SCL-K-9* korrelierten dabei signifikant mit der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs aus Sicht der Ärzt*innen und Pflegekräfte (Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman=0,3; $p < 0,01$). Für viele Familien, die Auffälligkeiten im *ASQ:SE* oder im *EBI* vorwiesen, ergab sich dagegen ein unauffälliger Befund in der Checkliste: So hatten beispielsweise lediglich 33,3% aller Familien, die laut *ASQ:SE* als belastet galten, auch einen auffälligen Befund in der Checkliste. Des Weiteren ergab sich unter allen durch den *EBI* als belastet identifizierten Familien nur bei 15% ein auffälliger Befund in der Checkliste (Kleinert & Barth, 2015).

Da sich demnach Selbsteinschätzungen durch die Eltern bezüglich psychosozialer Belastungen im stationären Setting bereits als hilfreich erwiesen haben, erfolgt im Rahmen des Projekts *KID-PROTEKT* (vgl. Kapitel 3) auch im ambulanten Setting neben einer Einschätzung durch das geschulte Praxispersonal eine eigene Bewertung durch die Betroffenen. Die Übereinstimmung der Selbst- und Fremdeinschätzung von psychosozialen Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf gilt es innerhalb dieses Projekts noch zu überprüfen.

3. Methode

3.1 Fragestellungen und Zielsetzung

Die Fragestellungen der vorliegenden Studie beziehen sich auf das Projekt *KID-PROTEKT* und die dazugehörige Evaluationsstudie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Kernstück des Projekts ist eine psychosoziale Belastungsanamnese, die die bisher in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge in gynäkologischen Praxen und der Früherkennungsuntersuchungen in pädiatrischen Praxen erweitern soll (G-BA, 2020). Die Belastungsanamnese setzt sich aus zwei Elementen zusammen, einem Fragebogen (*Belastungsbogen*) und einem beratenden Gespräch (*Orientierendes Gespräch*) (Forschungsgruppe AG Prävention, 2020).

Grundlage für die Einführung der Belastungsanamnese ist zudem eine zuvor durchgeführte Schulung des Praxispersonals, also der MFAs sowie der Ärzt*innen in den teilnehmenden Frauen- und Kinderarztpraxen. Um Bedarfe bei Familien feststellen und Empfehlungen für konkrete Hilfsangebote aussprechen zu können, werden diese speziell in der Früherkennung von psychosozialen Belastungen sowie im Themenfeld Frühe Hilfen angeleitet und qualifiziert (Stiftung SeeYou, 2021).

Mithilfe des Belastungsbogens werden zunächst verschiedene psychosoziale Risikofaktoren der Schwangeren bzw. der jungen Eltern erfasst. Im Anschluss wertet ein*e Praxismitarbeiter*in den Bogen aus und initiiert bei einem auffälligen Befund das Orientierende Gespräch. Auf Grundlage der zuvor in der Schulung erworbenen Kompetenzen, nimmt das Praxispersonal dann im Orientierenden Gespräch eine eigene Einschätzung der Belastungsintensität sowie des Unterstützungsbedarfs der belasteten Familien vor. Bei erkennbarem Unterstützungsbedarf erhalten diese Empfehlungen zur Inanspruchnahme von weiterführenden Hilfsangeboten im Rahmen der Frühen Hilfen.

Um einen Beitrag zum Schließen der im Hintergrund beschriebenen Forschungslücke zu leisten, wird in der Studie die Belastungsanamnese untersucht, die im Rahmen des Projekts *KID-PROTEKT* erprobt wird. Ziel der Studie ist die Übereinstimmung der Selbsteinschätzung der (werdenden) Familien mit der Fremdeinschätzung des geschulten Praxispersonals von psychosozialen Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen zu untersuchen. Die

Selbsteinschätzung erfolgt dabei über den Belastungsbogen. Die Fremdeinschätzung findet im Rahmen des Orientierenden Gesprächs statt.

Die folgenden zwei Fragestellungen dienen vor diesem Hintergrund als Ausgangspunkt für die Untersuchung. Je Fragestellung wird eine Alternativhypothese (H1/H2) und eine Nullhypothese (H0) für die statistische Analyse abgeleitet:

1: Inwieweit hängen die Ergebnisse des Belastungsbogens mit der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch zusammen?

H1: Es existiert ein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch.

H0: Es existiert kein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch.

2: Inwieweit hängt die Belastungseinschätzung mit der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch zusammen?

H2: Es existiert ein Zusammenhang zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch.

H0: Es existiert kein Zusammenhang zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch.

3.2 Untersuchungsdesign

Die vorliegende Studie ist in den beiden Interventionsarmen der vom UKE durchgeführten Evaluationsstudie zu *KID-PROTEKT* zu verorten (vgl. *Abbildung 2*). In der Evaluationsstudie wurden die Ergebnisse aus drei Studienarmen verglichen: Im ersten Interventionsarm erfolgte die Belastungsanamnese und Weiterleitung an Unterstützungsangebote ausschließlich durch das geschulte Praxispersonal (*Qualified Treatment [QT]*). Im zweiten Interventionsarm wurde neben der Belastungsanamnese zusätzlich eine Lotsensprechstunde mit einer sozialpädagogischen Fachkraft, einer

sogenannten Babylotsin, in den Praxen durchgeführt (*Supported Treatment* [ST]). Der dritte Studienarm stellte die Kontrollgruppe (*Treatment as usual* [TAU]) dar und bildete somit die aktuelle Regelversorgung ab (Stiftung SeeYou, 2021).

Laut Evaluationskonzept der Forschungsgruppe AG Prävention (2020) zielte die Evaluation darauf ab, die zwei Varianten der neuen Versorgungsform in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen zu überprüfen und mit der bestehenden Versorgungsform zu vergleichen. Dabei sollte festgestellt werden, welche Variante am besten für die Weiterleitung von belasteten (werdenden) Familien in die Frühen Hilfen geeignet ist. Die Studienteilnehmer*innen aller drei Studienarme erhielten den Belastungsbogen, der im Fall der Kontrollgruppen (TAU) ohne Intervention innerhalb der Arztpraxen zur Evaluation genutzt wurde. Je nach Versorgungsform wurde der Belastungsbogen in den Interventionsgruppen weiter in den Praxen ausgewertet und führte ggf. zu weiteren Maßnahmen, wie dem Orientierenden Gespräch (QT) bzw. dem Orientierenden Gespräch und der Lotsensprechstunde (ST). Ein positives Ethikvotum der lokalen Ethikkommission des UKE liegt vor (Forschungsgruppe AG Prävention, 2020).

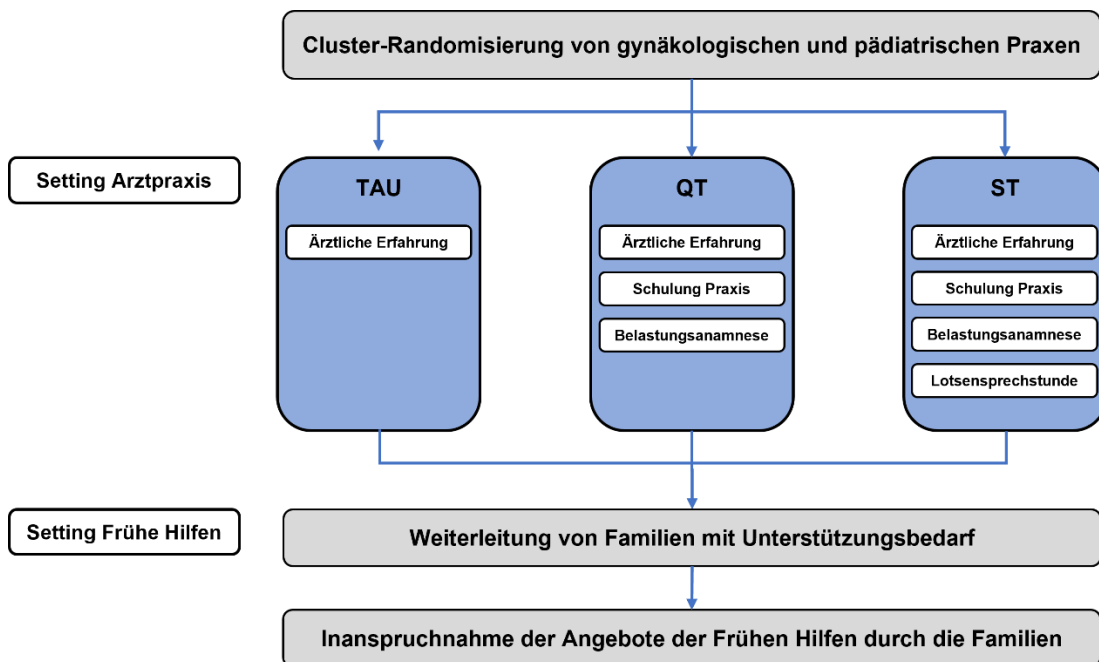


Abbildung 2: Flowchart zum Studiendesign der Evaluationsstudie zu KID-PROTEKT (eigene Anfertigung nach Evaluationskonzept der Forschungsgruppe AG Prävention, 2020)

Da in der Studie speziell die Belastungsanamnese näher untersucht wird, werden die Daten, die hierzu im Rahmen der Evaluationsstudie in den Interventionsarmen QT und ST erhoben wurden, in einer Sekundäranalyse bezüglich der Fragestellungen neu ausgewertet. Hierfür wird ein quantitatives Untersuchungsdesign gewählt, welches sich

insbesondere für die hier angestrebte statistische Analyse einer großen Stichprobe sowie der Überprüfung der aus den Fragestellungen abgeleiteten Hypothesen eignet. Da die Stichprobe zu einem bestimmten Messzeitpunkt untersucht wird, handelt es sich um eine Querschnittstudie (Döring & Bortz, 2016).

3.3 Datenerhebung

3.3.1 Stichprobenziehung

Die Zielpopulation sind Schwangere sowie Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr (0-12 Monate), bei denen psychosoziale Belastungen vorliegen. Der Kontakt zur Zielpopulation wurde in gynäkologischen Praxen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sowie in pädiatrischen Praxen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen hergestellt (Forschungsgruppe AG Prävention, 2020).

Anhand eines probalistischen Auswahlverfahrens erfolgte die Ziehung einer Klumpenstichprobe aus Frauen- und Kinderarztpraxen unter Berücksichtigung einer gleichmäßigen städtischen und ländlichen Verteilung sowie unterschiedlicher Strukturparameter der Praxen, wie dem Patientenaufkommen sowie der Praxisform und -größe (Forschungsgruppe AG Prävention, 2020). Insgesamt konnten dabei $n = 13$ gynäkologische und $n = 11$ pädiatrische Praxen in Hamburg und der Metropolregion, darunter Niedersachsen und Schleswig-Holstein, rekrutiert und in die Evaluationsstudie eingeschlossen werden (Stiftung SeeYou, 2021). Die Zuteilung der rekrutierten Praxen zu einem der drei Studienarme erfolgte nach dem Zufallsprinzip (Forschungsgruppe AG Prävention, 2020).

Für die Sekundäranalyse wird eine Teildatenmenge von $n = 6176$ mit der psychosozialen Belastungsanamnese versorgten (werdenden) Familien aus den Interventionsarmen QT und ST der Evaluationsstudie verwendet. Alle (werdenden) Familien, die einen Belastungsbogen ausgefüllt und auf Grundlage eines auffälligen Befunds an einem Orientierenden Gespräch teilgenommen haben, werden in die Studie eingeschlossen. Damit ergibt sich eine Stichprobengröße von $n = 1361$ vorwiegend belasteten Schwangeren und jungen Familien mit Kind.

3.3.2 Erhebungsinstrumente

Belastungsbogen

Das erste Element bzw. der erste Schritt der Belastungsanamnese stellt der Belastungsbogen dar, den alle Schwangeren bzw. Eltern in den teilnehmenden gynäkologischen (vgl. Anhang 1) und pädiatrischen Praxen (vgl. Anhang 2) erhalten. Durch den Einsatz des Belastungsbogens als Screeninginstrument sollen gezielt (werdende) Familien mit psychosozialen Belastungen in den Praxen identifiziert werden, die im Folgenden für ein Orientierendes Gespräch in Frage kommen.

Bei dem Belastungsbogen handelt es sich um eine quantitative schriftliche Befragung in Form eines vollstrukturierten Kurzfragebogens, welcher somit zu den reaktiven Erhebungsmethoden gehört (Döring & Bortz, 2016). Der Bogen ist ein Paper-Pencil-Fragebogen und liegt ausgedruckt auf Papier in Deutsch, Arabisch, Farsi, Türkisch, Spanisch, Französisch, Englisch und Russisch in den Praxen vor. Dieser wird zunächst vom Praxispersonal an anwesende Schwangere bzw. Familien mit Kind ausgeteilt, welche den Belastungsbogen selbstständig ausfüllen. Anschließend nimmt das Personal den Belastungsbogen wieder entgegen und wertet diesen aus. Liegt eine psychosoziale Belastungssituation bei den Befragten vor, wird im zweiten Schritt der Belastungsanamnese das Orientierende Gespräch in die Wege geleitet.

Der Belastungsbogen ist in drei Abschnitte unterteilt, die jeweils geschlossene Fragen enthalten. Je nachdem, in welchem Setting der Belastungsbogen eingesetzt wird, unterscheidet sich der erste Abschnitt geringfügig. So kann im ersten Abschnitt des Belastungsbogens, der in gynäkologischen Praxen eingesetzt wird, die *Schwangerschaftswoche* angegeben werden, in der sich die Patientin befindet. In pädiatrischen Praxen dient der erste Abschnitt hingegen zur Angabe der *U-Untersuchung*, an der das Kind teilnimmt. Im zweiten Abschnitt werden persönliche Angaben der Schwangeren bzw. des Elternteils über vier Items erfragt. Hierzu gehören das *Alter* und die *Anzahl der Kinder, die bereits im Haushalt leben*.

Darüber hinaus wird im zweiten Abschnitt erfragt, ob die Schwangere bzw. der Elternteil *alleinerziehend* ist und ob der oder die Befragte sich *in letzter Zeit besonders antriebslos, erschöpft, niedergeschlagen, freudlos gefühlt oder etwas sehr Belastendes erlebt hat*. Der dritte Abschnitt des Belastungsbogens besteht aus sechs Items. Jedes Item bildet dabei eine Kategorie ab, unter denen dazugehörige psychosoziale Risikofaktoren zusammengefasst sind. Hierüber können Schwangere bzw. Eltern pro Item angeben, ob

die Belastungen auf sie oder auch auf ihr Kind zutreffen. Die letzten beiden Items des zweiten Abschnitts sowie die sechs Items des dritten Abschnitts gelten dabei als Filterfragen des Belastungsbogens: Gemäß Kapitel 2.1.2 erfragen diese acht Items empirisch gesicherte Risikofaktoren, die negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben können. Gibt der oder die Befragte demnach an, dass er oder sie alleinerziehend ist, depressive Symptome aufweist bzw. belastende Erfahrungen gemacht hat oder mindestens eines der in *Tabelle 2* abgebildeten Belastungskategorien zutrifft, so ist bereits ein auffälliger Befund angezeigt, der im Folgenden zu einem Orientierenden Gespräch führt.

Tabelle 2: *Belastungskategorien des KID-PROTEKT Belastungsbogens (eigene Anfertigung)*

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

Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs

Der Dokumentationsbogen (vgl. Anhang 3) dient als schriftliches Erhebungsinstrument des Orientierenden Gesprächs. Das Orientierende Gespräch ist der zweite Schritt der Belastungsanamnese, bei dem ein vertiefendes beratendes Gespräch mit denjenigen

(werdenden) Familien durchgeführt wird, die durch den Belastungsbogen zunächst grob als auffällig identifiziert werden konnten. In dem Dokumentationsbogen wird, neben einigen generellen Angaben über die Rahmenbedingungen des Orientierenden Gesprächs sowie dessen Inhalten, eine Einschätzung der Belastungssituation und des daraus resultierenden Unterstützungsbedarfs der (werdenden) Familie durch das qualifizierte Praxispersonal vorgenommen und dokumentiert. Bei erkennbarem Unterstützungsbedarf erhalten Schwangere und Familien im Orientierenden Gespräch gezielt Empfehlungen zur Inanspruchnahme regionaler Hilfsangebote der Frühen Hilfen sowie entsprechendes Informationsmaterial.

Der Dokumentationsbogen lässt sich thematisch in drei Abschnitte einteilen. Im ersten Abschnitt kann das Praxispersonal anhand von Freitextfeldern das *Datum* und die *Dauer des Orientierenden Gesprächs* eintragen. Zusätzlich lässt sich hier über geschlossene Fragen festhalten, ob das Gespräch in der Praxis oder am Telefon abgehalten wurde und ob die MFAs und/oder der Arzt bzw. die Ärztin dieses durchgeführt hat.

Im zweiten Abschnitt des Dokumentationsbogens, welcher fünf Items mit Antwortvorgaben enthält, kann zunächst der *Anlass des Gesprächs* festgehalten werden. Erwartungsgemäß wird das Orientierende Gespräch dabei auf Grundlage eines auffälligen Befunds des Belastungsbogens initiiert. Abgesehen davon kann alternativ auch der persönliche Eindruck der MFAs bzw. des Arztes oder der Ärztin, die Notwendigkeit eines Folgegesprächs oder die Erkundigung der Familie selbst nach Unterstützung zu einem Orientierenden Gespräch führen. Im Dokumentationsbogen wird zudem die im Gespräch thematisierte *Art der Belastung* anhand der über den Belastungsbogen abgefragten Kategorien *Alltagsbewältigung; Partnerschaft; Lebenssituation; Schwangerschaft und Geburt; Kinder und Erziehung* und *Sonstiges* erfasst. Anschließend erfolgt die *Einschätzung der Belastung* sowie die *Einschätzung des Unterstützungsbedarfs* der Familie jeweils mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala von sehr hoch bis sehr gering. Ist ein Unterstützungsbedarf der Familie vorhanden, wird darüber hinaus angegeben, ob eine *Weiterleitung* in die Frühen Hilfen erfolgt.

Wenn eine Weiterleitung der Familie stattfinden soll, kann diese im dritten Abschnitt des Dokumentationsbogens spezifiziert werden. Dazu steht ein Item mit Freitextfeld zur Verfügung, über welches das Praxispersonal die *Kontaktempfehlung zu einer oder mehreren Einrichtungen* festhalten kann, die passende Hilfsangebote für die (werdende) Familie anbieten. Über die letzten drei Items des Dokumentationsbogens können zudem Einrichtungen über Freitextfelder konkret benannt werden, zu denen jeweils über

Antwortvorgaben das Vorgehen bezüglich der Kontaktherstellung sowie der Terminvereinbarung mit den entsprechenden Familien dokumentiert wird.

3.4 Beschreibung der Variablen

3.4.1 Variablen des Belastungsbogens

Neben den Variablen, die sich aus den Fragebogenitems des Belastungsbogens ergeben, werden zusätzlich die Variablen *Art der Praxis* und *Sprache FB* für die statistische Analyse verwendet, die erst im Zuge der Dateneingabe zu dem Datensatz des Belastungsbogens hinzugefügt wurden. Die nominale dichotome Variable *Art der Praxis* gibt Auskunft darüber, ob der Belastungsbogen in einer *Kinder-* oder *Frauenarztpraxis* ausgefüllt wurde. Mithilfe der Variable *Sprache FB* wird über die folgenden nominalen Kategorien die Sprachversion des ausgefüllten Belastungsbogens erfasst: *Deutsch; Arabisch; Farsi; Türkisch; Spanisch; Französisch; Englisch* und *Russisch*.

Aus dem Item des ersten Abschnitts des Belastungsbogens, das je nach Setting entweder die Schwangerschaftswoche oder die U-Untersuchung des Kindes erfasst, ergibt sich eine nominale Variable *Schwangerschaftswoche Untersuchung* mit den Ausprägungen *1.-12. Schwangerschaftswoche; 13.-28. Schwangerschaftswoche; 29.-40. Schwangerschaftswoche; Ich habe bereits entbunden; U2; U3; U4; U5; U6* und *Sonstiges*. Im zweiten Abschnitt wird das *Alter* der Schwangeren bzw. des Elternteils, die bzw. das den Belastungsbogen in der Praxis ausgefüllt hat, über folgende nominale Kategorien erfasst: *jünger als 18 Jahre; zwischen 18 und 21 Jahre; zwischen 22 und 34 Jahre* und *35 Jahre oder älter*. Die nominale Variable *Kinder im Haushalt* ist in *keine; 1-2 Kinder* und *3 oder mehr Kinder* unterteilt.

Die nominalen dichotomen Variablen *Alleinerziehend, Depressive Symptome belastende Erfahrung, Alltagsbewältigung, Partnerschaft, Lebenssituation, Schwangerschaft und Geburt, Kinder und Erziehung* und *Sonstiges* sind jeweils in *ja* und *nein* unterteilt. Aus den acht Ausgangsvariablen wird für die bivariate Analyse eine neue nominale dichotome Variable *Belastungsbefund* mit den Ausprägungen *auffällig* und *unauffällig* erstellt. Hierfür werden zunächst die zutreffenden psychosozialen Risikofaktoren bzw. -kategorien pro Fall aufsummiert, wodurch die intervallskalierte Variable *Summenwert Belastungen* entsteht. Bei der Variable *Belastungsbogenbefund* werden im Folgenden alle Summenwerte größer oder gleich eins als *auffällig* codiert, sodass diese Befunde ersichtlich werden und im

nächsten Schritt der Belastungsanamnese die dazugehörigen Dokumentationsbögen des Orientierenden Gesprächs ausgewertet werden können.

3.4.2 Variablen des Dokumentationsbogens

Die nominale dichotome Variable *Wo geführt* und die nominale Variable *Von wem geführt* des Dokumentationsbogens beschreiben die Rahmenbedingungen des Orientierenden Gesprächs. Die Variable *Wo geführt* unterteilt sich dabei in *in der Praxis* und *am Telefon*, die Variable *Von wem geführt* in *MFA; Ärztin/Arzt* und *MFA und Ärztin/Arzt*.

Da die Antwortvorgaben des ursprünglichen Fragebogenitems *Art der Belastung* im Dokumentationsbogen mehrfach ausgewählt werden können, bildet jede Antwortvorgabe eine neue nominale dichotome Variable. Die hieraus entstandenen nominalen Variablen *Art Belastung Alltagsbewältigung*, *Art Belastung Partnerschaft*, *Art Belastung Lebenssituation*, *Art Belastung Schwangerschaft Geburt*, *Art Belastung Kinder Erziehung* und *Art Belastung Sonstiges* unterteilen sich jeweils in *genannt* und *nicht genannt*. Die Variable *Art Belastung Sonstiges* umfasst zusätzlich eine offene Antwortmöglichkeit, über welche sonstige im Gespräch thematisierte Belastungen erfasst werden können. Diese werden über die Variable *Art der thematisierten Belastung Freitext* abgebildet.

Die Variable *Einschätzung der Belastung* basiert auf der im Dokumentationsbogen verwendeten Likert-Skala und hat die folgenden Ausprägungen und Werte: *1=sehr gering*, *2=gering*, *3=mittel*, *4=hoch* und *5=sehr hoch*. Da zu Ratingskalen, wie der Likert-Skala, teils konträre Perspektiven bestehen, ob und unter welchen Umständen diese als intervall- oder ordinalskaliert betrachtet werden können, werden diese im Rahmen der Analyse als ordinalskalierte Variablen festgelegt (Sullivan & Artino, 2013).

Die Ausgangsvariable *Einschätzung des Unterstützungsbedarfs* ist in *sehr gering*; *gering*; *mittel*; *hoch*; *sehr hoch*; *kein Unterstützungsbedarf zu erkennen* und *Unterstützungsbedarf, ohne Einschätzung* unterteilt. Diese wird im Rahmen der Analyse umcodiert, sodass die Ausprägungen folgende Werte erhalten: *0=kein Unterstützungsbedarf zu erkennen*; *1=sehr gering*, *2=gering*, *3=mittel*, *4=hoch* und *5=sehr hoch*. Die originale Ausprägung *Unterstützungsbedarf, ohne Einschätzung* wird als fehlender Wert codiert, da diese lediglich bei acht Fällen der Stichprobe vorhanden ist und somit wenig aussagekräftig für die Ergebnisse ist. Die Variable *Einschätzung des Unterstützungsbedarfs* hat ein ordinales Datenniveau.

Die Variablen *Einschätzung der Belastung* und *Einschätzung des Unterstützungsbedarfs* werden zudem für die bivariate Analyse dichotomisiert wobei die ursprünglichen Ausprägungen in *gering* und *hoch* umcodiert werden. Dafür werden die originalen Ausprägungen mit den Werten 1 und 2 als *gering* und die Werte 3, 4 und 5 als *hoch* codiert. Die neuen dichotomisierten Endvariablen werden *Dich Einschätzung der Belastung* und *Dich Einschätzung des Unterstützungsbedarfs* genannt.

3.5 Datenauswertung

3.5.1 Univariate Analyse

Im Rahmen der Sekundäranalyse werden aufeinanderfolgend eine uni- und bivariate Analyse durchgeführt. Die Analyse erfolgt über das Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Version 27). Abgesehen von der Stichprobenbeschreibung wird die univariate Analyse stratifiziert nach Praxisart durchgeführt, sodass die Ergebnisse der Belastungsanamnese sowohl für Schwangere in gynäkologischen Praxen als auch junge Familien mit Kind in pädiatrischen Praxen betrachtet werden können. Die Ergebnisse der Stichprobenbeschreibung beziehen sich folglich auf die gesamte Stichprobengröße, während sich die Ergebnisse der univariaten Analyse auf die jeweilige Stichprobengröße der gynäkologischen bzw. pädiatrischen Praxen beziehen. Zur besseren Übersicht werden zu den relativen Häufigkeiten zusätzlich die absoluten Zahlen angegeben.

Zur Beschreibung der Stichprobe werden zunächst die relativen Häufigkeiten zu den Variablen *Art der Praxis*, *Sprache FB* sowie den Variablen *Schwangerschaftswoche Untersuchung*, *Alter* und *Kinder im Haushalt* des Belastungsbogens ermittelt, um die Verteilung dieser innerhalb der Stichprobe darzustellen. Zu den Variablen *Alleinerziehend*, *Depressive Symptome belastende Erfahrung*, *Alltagsbewältigung*, *Partnerschaft*, *Lebenssituation*, *Schwangerschaft und Geburt*, *Kinder und Erziehung*, *Sonstiges* und *Belastungsbefund* werden im Rahmen der univariaten Analyse ebenfalls relative Häufigkeiten in Prozent präsentiert. Bezüglich der Variable *Summenwert Belastungen* werden Mittelwert (\bar{x}), Standardabweichung (SD) sowie kumulierte Prozente abgebildet.

Bei der univariaten Analyse des Dokumentationsbogens werden zu den Variablen *Wo geführt* und *Von wem geführt* sowie den Variablen *Art Belastung Alltagsbewältigung*, *Art Belastung Partnerschaft*, *Art Belastung Lebenssituation*, *Art Belastung Schwangerschaft Geburt*, *Art Belastung Kinder Erziehung* und *Art Belastung Sonstiges* relative Häufigkeiten

in Prozent berechnet und dargestellt. Zu den Variablen *Einschätzung der Belastung* und *Einschätzung des Unterstützungsbedarfs* werden kumulierte Prozente sowie der Median (x_{med}) ermittelt.

3.5.2 Bivariate Analyse

Bei der darauffolgenden bivariaten Analyse werden die aus den Fragestellungen abgeleiteten Hypothesen (vgl. Kapitel 3.1) bezüglich der dort formulierten Zusammenhänge überprüft. Hierfür wird zum einen der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung (H1) und zum anderen der Zusammenhang zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch (H2) anhand klassischer Signifikanztests untersucht. Die Stichprobendaten werden dabei gegen das Nullhypothesen-Modell (H0-Modell) getestet, das besagt, dass kein Effekt in der Population besteht (Döring & Bortz, 2016).

Die Überprüfung sowohl von H1 als auch H2 erfolgt mittels Chi-Quadrat-Test, welcher sich insbesondere zur Ermittlung der Signifikanz einer Assoziation eignet (Pospeschill & Siegel, 2018). Zuvor werden diesbezüglich die Voraussetzungen getestet, ob die Variablen nonparametrisch sind, die jeweilige Stichprobengröße ausreichend ist (>50), die erwarteten Zellhäufigkeiten größer fünf und die Freiheitsgrade (df) des Chi-Quadrat-Tests größer eins sind. Zur Signifikanzentscheidung wird ein konventionelles Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ festgelegt (Döring & Bortz, 2016). Bei einem nicht-signifikanten Ergebnis der Teststatistik bestätigt sich das H0-Modell und H1 bzw. H2 gilt als nicht bestätigt. Bei Signifikanz der Teststatistik kann H0 zurückgewiesen werden und eine Entscheidung, zugunsten des in H1 bzw. H2 formulierten Zusammenhangs getroffen werden (Döring & Bortz, 2016). Zu jeder Teststatistik wird darüber hinaus die Effektstärke durch das Effektmaß Cramers V (V) berichtet und interpretiert.

3.5.3 Gütekriterien der quantitativen Forschung

Die wissenschaftliche Qualität einer Studie wird anhand von Gütekriterien bewertet. Im Bereich der quantitativen Forschung dienen dabei die Kernkriterien Objektivität, Reliabilität und Validität zur Qualitätsbeurteilung (Döring & Bortz, 2016). Anhand dieser sollen alle

Schritte, die im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung durchlaufen werden, sachlich begründ- und dokumentierbar und demnach interindividuell nachvollziehbar gemacht werden. Die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bilden somit im Bereich der quantitativen Forschung die Grundlage für eine angemessene Bewertung der Forschungsergebnisse (Krebs & Menold, 2019).

Durch das Gütekriterium der Objektivität soll die Unabhängigkeit der Ergebnisse von den an der Untersuchung beteiligten Personen ermittelt werden. Bei der Beurteilung der Objektivität unterscheidet man zudem zwischen der Durchführungsobjektivität, der Auswertungsobjektivität sowie der Interpretationsobjektivität. Weiterhin wird anhand des Gütekriteriums der Reliabilität überprüft, inwieweit die bei der Untersuchung eingesetzten Messinstrumente bei wiederholter Messung zu gleichen Werten führen. Reliabilität bezieht sich folglich auf die Replizierbarkeit von Messungen und beschreibt die Präzision, mit der das Messinstrument den Untersuchungsgegenstand erfassen kann. Das letzte zu behandelnde Gütekriterium der Validität bezieht sich auf die Gültigkeit der Untersuchung. Es wird beurteilt, inwiefern das Messinstrument das Phänomen misst, das laut der zu untersuchenden Fragestellung gemessen werden soll (Krebs & Menold, 2019). Zur Qualitätsbeurteilung der Analyse werden die drei oben genannten Gütekriterien im Rahmen der vorliegenden Studie berücksichtigt und diskutiert (vgl. Kapitel 5.3).

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

In den Interventionsarmen QT und ST erhielten insgesamt $n = 6176$ (werdende) Familien die Belastungsanamnese als neue Versorgungsform in gynäkologischen sowie pädiatrischen Praxen. Nach Auswahl aller Fälle, die einen Belastungsbogen ausgefüllt und auf Grundlage eines auffälligen Befunds an einem Orientierenden Gespräch teilgenommen haben, ergibt sich eine Stichprobengröße von $n = 1361$ vorwiegend belasteten (werdenden) Familien (gynäkologische Praxen $n = 441$; pädiatrische Praxen: $n = 920$).

Mit 97,4% ($n = 1325$) wurde der vorliegenden Stichprobe nahezu ausschließlich die deutsche Version des Belastungsbogens ausgehändigt (vgl. *Tabelle 4* im Anhang 4). Weiterhin haben mit einem Anteil von 66,6% ($n = 907$) zwei Drittel der Stichprobe den Belastungsbogen im Rahmen der U-Untersuchungen in pädiatrischen Praxen erhalten. Darunter befanden sich 30,1% ($n = 410$), die diesen zum Zeitpunkt der U3-Untersuchung

ausfüllten. Ein Drittel der Stichprobe (31,6%; n = 430) bearbeitete den Belastungsbogen demnach in gynäkologischen Praxen im Rahmen der Untersuchungen zur Schwangerschaftsvorsorge, wobei sich die Schwangeren mehrheitlich im ersten Trimester (12,9%; n = 175) befanden (vgl. *Tabelle 5* im Anhang 4). Mit einem Anteil von 64,4% (n = 877) sind die Befragten größtenteils zwischen 22 und 34 Jahre alt. 29,6% (n = 403) sind 35 Jahre alt oder älter. Die Altersgruppen der Befragten, die zwischen 18 und 21 Jahre (3,3%; n = 45) oder jünger als 18 Jahre alt sind (0,6%; n = 8), bilden den kleinsten Anteil an der Stichprobe (vgl. *Tabelle 6* im Anhang 4). Bezüglich der bereits im Haushalt lebenden Kinder lässt sich feststellen, dass 15% (n = 204) der Stichprobe kinderlos sind. Des Weiteren leben 71,3% (n = 970) mit 1-2 Kindern und 11,8% (n = 161) mit 3 oder mehr Kindern in einem Haushalt (vgl. *Tabelle 7* im Anhang 4).

4.2 Univariate Analyse

Gynäkologische Praxen:

In gynäkologischen Praxen ergibt sich eine Teilstichprobengröße von n = 441 Schwangeren. Hierbei lässt sich zunächst feststellen, dass depressive Symptome, wie Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit oder Freudlosigkeit, oder ein belastendes Erlebnis bei 63,7% (n = 281) der Befragten zutreffen. Einen weiteren Großteil machen Belastungen in Form der Alltagsbewältigung (19,3%; n = 85), der Lebenssituation (18,1%; n = 80) und der Schwangerschaft und Geburt (17,9%; n = 79) aus. Ein Fünftel der Befragten (21,8%; n = 96) fühlt sich von anderen Umständen belastet, die in dem Belastungsbogen nicht abgebildet werden. 10,7% (n = 47) der Befragten sind zudem alleinerziehend (vgl. *Abbildung 3*).

Insgesamt werden über den Einsatz des Belastungsbogens in gynäkologischen Praxen 87,8% (n = 387) der Befragten als belastet identifiziert und haben somit einen auffälligen Befund. Dahingegen weisen 11,1% (n = 49) der Befragten keine Belastungsfaktoren auf, wodurch diese als unauffällig gelten. Im Durchschnitt liegen bei Schwangeren ca. zwei Belastungsfaktoren vor ($\bar{x}=1,7$; $SD=1,26$). Ein Fünftel der Schwangeren (20,7%; n = 91) geben zudem drei oder mehr Belastungsfaktoren an.

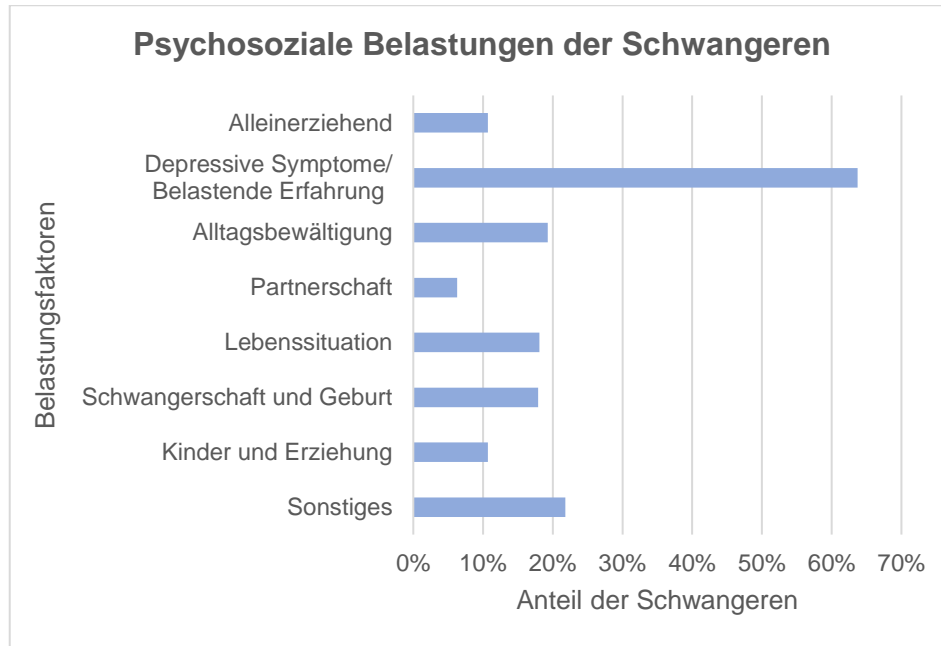


Abbildung 3: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen der Schwangeren (n = 441) von 2021 (eigene Anfertigung)

Die Mehrheit der Schwangeren (80,5%, n = 355) nimmt in der Praxis an einem Orientierenden Gespräch teil, 83,7% (n = 369) sprechen dabei mit einer bzw. einem MFA. Gegenstand des Orientierenden Gesprächs sind überwiegend sonstige Belastungen (37%; n = 163) sowie Belastungen durch Faktoren der Alltagsbewältigung (33,8%; n = 149) und der Lebenssituation (32%; n = 141). Weiterhin folgen Schwangerschaft und Geburt (28,3%; n = 125), Partnerschaft (13,8%; n = 61) und Kinder und Erziehung (12,5%; n = 55). Liegen sonstige Belastungen vor, stellen insbesondere Aspekte der beruflichen Situation, der Corona-Pandemie oder familiäre Krankheits- und Todesfälle Belastungen dar. Zudem berichten Schwangere häufig von depressiven Symptomen während und kurz nach der Schwangerschaft, Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt sowie Problemen in der Partnerschaft oder der derzeitigen Lebenssituation.

Hinsichtlich der Einschätzung der Belastung lässt sich feststellen, dass mit einem Anteil von 54,5% (n = 240) über die Hälfte der Schwangeren mindestens mittelschwer belastet ist. Darin enthalten sind 21,6% (n = 95), die als hoch bis sehr hoch belastet eingeschätzt werden (vgl. *Abbildung 4*). Bei der Einschätzung der Belastung liegt der Median bei einer mittleren Belastung ($x_{\text{med}}=3$).

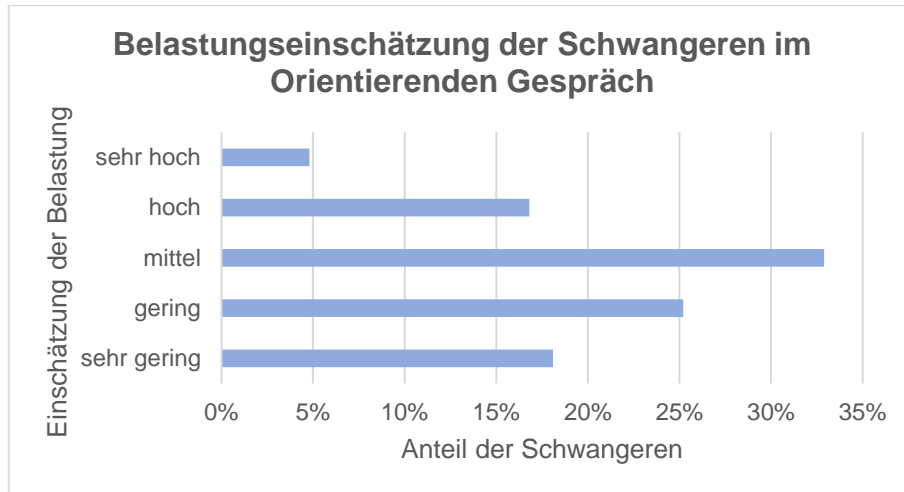


Abbildung 4: Häufigkeiten der Belastungseinschätzung der Schwangeren ($n = 441$) von 2021 (eigene Anfertigung)

Bei der darauffolgenden Einschätzung des Unterstützungsbedarf ist zunächst bei 41,3% ($n = 182$) der Schwangeren kein Unterstützungsbedarf zu erkennen. Bei über einem Drittel (34,6%; $n = 153$) wird mindestens ein mittlerer Unterstützungsbedarf eingeschätzt. Darunter sind 15,6% ($n = 69$) mit hohem bis sehr hohem Unterstützungsbedarf (vgl. *Abbildung 5*). Der Median liegt bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs bei einem sehr geringen Unterstützungsbedarf ($x_{med}=1$).

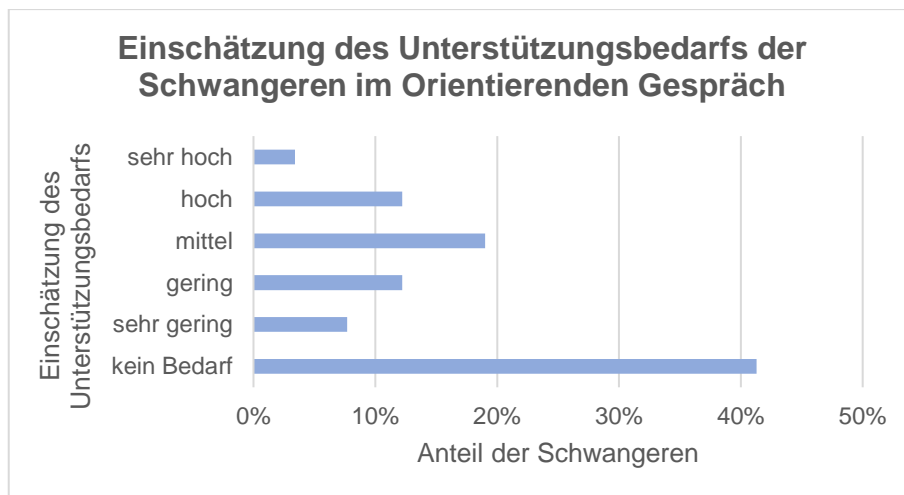


Abbildung 5: Häufigkeiten der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Schwangeren ($n = 441$) von 2021 (eigene Anfertigung)

Pädiatrische Praxen:

In pädiatrischen Praxen ergibt sich eine Teilstichprobengröße $n = 920$ jungen Familien mit Kind. Bei Betrachtung der Belastungsfaktoren lässt sich feststellen, dass bei knapp der Hälfte der Befragten (46,3%; $n = 426$) depressive Symptome oder ein belastendes Erlebnis vorliegt. Des Weiteren fühlt sich ein Großteil der Befragten durch Faktoren der folgenden Kategorien belastet: Schwangerschaft und Geburt (22,3%; $n = 205$), Kinder und Erziehung (20,8%; $n = 191$), Sonstiges (20,2%; $n = 186$) und Lebenssituation (19,3%; $n = 178$). Mit einem Anteil von 18% ($n = 166$) sind knapp ein Fünftel der Befragten alleinerziehend (vgl. *Abbildung 6*).

Durch den Einsatz des Belastungsbogens in pädiatrischen Praxen werden 87,9% ($n = 809$) der Befragten als auffällig identifiziert. Bei 11,7% ($n = 108$) wiederum liegen keine Belastungsfaktoren vor, womit dieser Anteil einen unauffälligen Befund hat. Junge Familien mit Kind weisen durchschnittlich ca. zwei Belastungsfaktoren ($\bar{x}=1,7$; $SD=1,27$) auf. Darüber hinaus gibt ein Fünftel (22,3%; $n = 205$) drei oder mehr Belastungsfaktoren an.

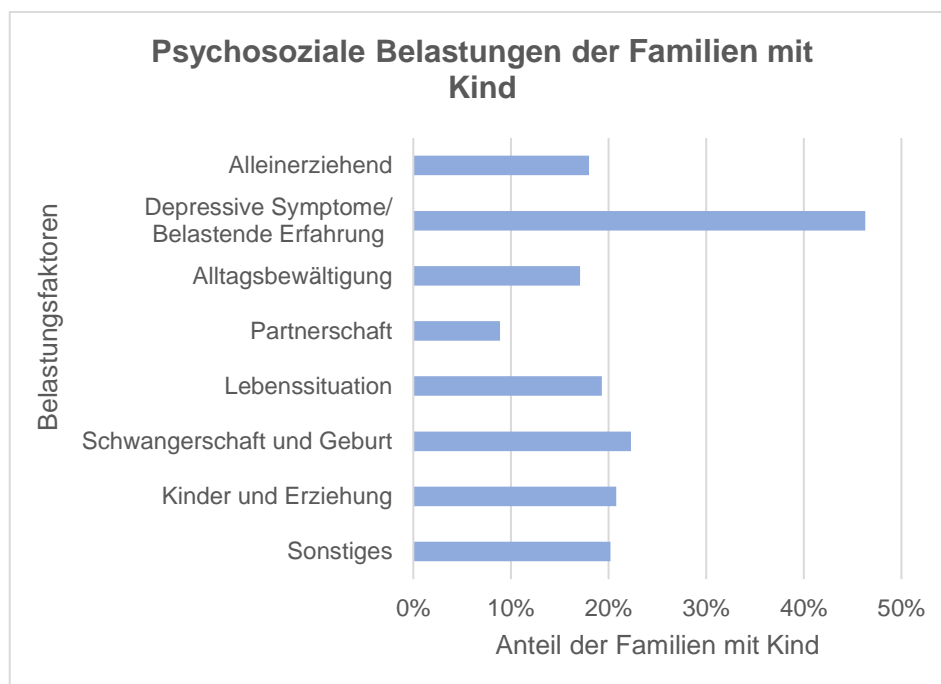


Abbildung 6: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen der Familien mit Kind ($n = 920$) von 2021 (eigene Anfertigung)

Der Großteil der Familien mit Kind (90,9%, $n = 836$) nimmt in der Praxis an einem Orientierenden Gespräch teil, 82,7% ($n = 761$) sprechen mit einer bzw. einem MFA. Im Orientierenden Gespräch werden überwiegend Belastungsfaktoren aus der Kategorie der Alltagsbewältigung (33%; $n = 304$), der Lebenssituation (28,6%; $n = 263$) und sonstige

Belastungen (26,6%; n = 245) thematisiert. Bei jeweils über einem Fünftel der Familien werden außerdem Belastungen bezüglich der Schwangerschaft und Geburt (24,2%; n = 223) sowie kind- und erziehungsbezogene Belastungen (21%; n = 193) besprochen. Bei Betrachtung der sonstigen im Orientierenden Gespräch thematisierten Belastungsfaktoren fühlen sich junge Familien vor allem von der derzeitigen Wohnsituation, der Corona-Pandemie (z.B. vorübergehende Schließung der Kindertagesstätten, Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung, Einsamkeit), einer Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes sowie von depressiven Symptomen, darunter Antriebslosigkeit, Erschöpfung und Niedergeschlagenheit, belastet.

Bezüglich der Einschätzung der Belastung lässt sich zunächst feststellen, dass über die Hälfte der Familien mindestens mittelschwer belastet ist (56,2%; n = 517). Hierunter befinden sich zudem 23,7% (n = 218), die als hoch bis sehr hoch belastet eingeschätzt werden (vgl. *Abbildung 7*). Bei der Einschätzung der Belastung liegt der Median bei einer mittleren Belastung ($x_{\text{med}}=3$).

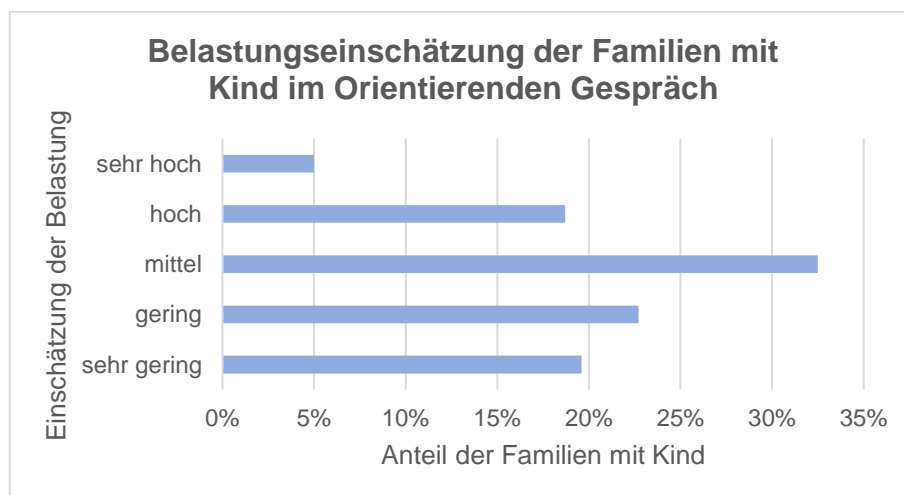


Abbildung 7: Häufigkeiten der Belastungseinschätzung der Familien mit Kind (n = 920) von 2021 (eigene Anfertigung)

Im Folgenden ist bei 37% (n = 340) der Familien kein Unterstützungsbedarf vorhanden. Mit einem Anteil von 43,2% (n = 397) liegt bei knapp der Hälfte der Familien mindestens ein mittlerer Unterstützungsbedarf vor. Darin enthalten sind 18,7% (n = 172), deren Unterstützungsbedarf als hoch bis sehr hoch eingeschätzt wird (vgl. *Abbildung 8*). Der Median liegt bei der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs bei einem geringen Unterstützungsbedarf ($x_{\text{med}}=2$).

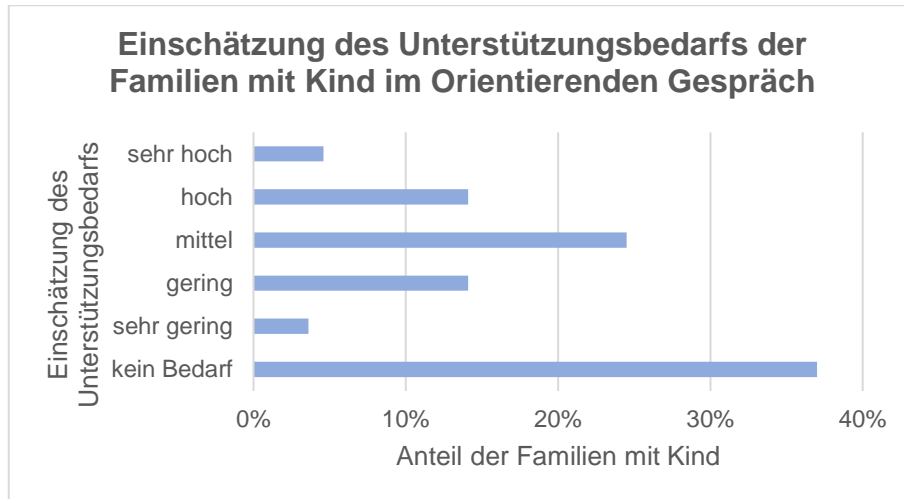


Abbildung 8: Häufigkeiten der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Familien mit Kind ($n = 920$) von 2021 (eigene Anfertigung)

4.3 Bivariate Analyse

Im Rahmen der bivariaten Analyse werden sowohl die Daten der gynäkologischen als auch pädiatrischen Praxen einbezogen. Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung (H1) sowie der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch (H2) mittels Chi-Quadrat-Tests, werden zunächst die Voraussetzungen getestet. Diese sind erfüllt, da die Variablen kein metrisches Datenniveau haben, folglich nonparametrisch sind, und die jeweilige Stichprobengröße größer als 50 ist. Des Weiteren sind die erwarteten Zellhäufigkeiten größer fünf und die Freiheitsgrade des jeweiligen Chi-Quadrat-Tests sind größer als eins.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch werden die Daten von $n = 1329$ (werdenden) Familien in die bivariate Analyse eingeschlossen. 520 von 1175 (44,3%) Familien, die einen auffälligen Belastungsbogenbefund vorweisen, werden im Orientierenden Gespräch als gering belastet eingeschätzt. 655 von 1175 (55,7%) auffälligen Familien sind laut Einschätzung hoch belastet. Dahingegen erhielten insgesamt 154 der 1329 Familien, deren Belastungsbogenbefund unauffällig ist, dennoch eine Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch: Darunter sind 59 (38,3%) unauffällige Familien, deren Belastung als gering eingeschätzt wurde, sowie 95 (61,7%)

unauffällige Familien, die laut Einschätzung im Orientierenden Gespräch hoch belastet sind (vgl. *Abbildung 9*).

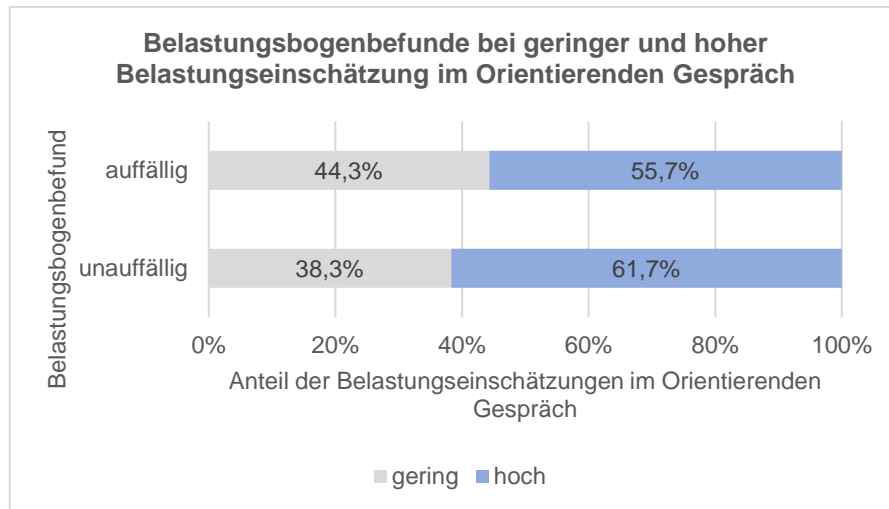


Abbildung 9: Auffällige und unauffällige Belastungsbogenbefunde der (werdenden) Familien nach Anteil der geringen und hohen Belastungseinschätzungen im Orientierenden Gespräch ($n = 1329$) von 2021 (eigene Anfertigung)

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch werden die Daten von $n = 793$ (werdenden) Familien in die bivariate Analyse eingeschlossen. 169 von 205 (82,4%) Familien, deren Belastung als gering eingeschätzt wurde, haben auch einen als gering eingeschätzten Unterstützungsbedarf. 36 von 205 (17,6%) gering belasteten Familien haben laut Einschätzung im Orientierenden Gespräch wiederum einen hohen Unterstützungsbedarf. Bei 79 von 588 (13,4%) hoch belasteten Familien wird ein geringer Unterstützungsbedarf festgestellt. 509 von 588 (86,6%) hoch belasteten Familien haben demgegenüber laut Einschätzung im Orientierenden Gespräch auch einen hohen Unterstützungsbedarf (vgl. *Abbildung 10*).

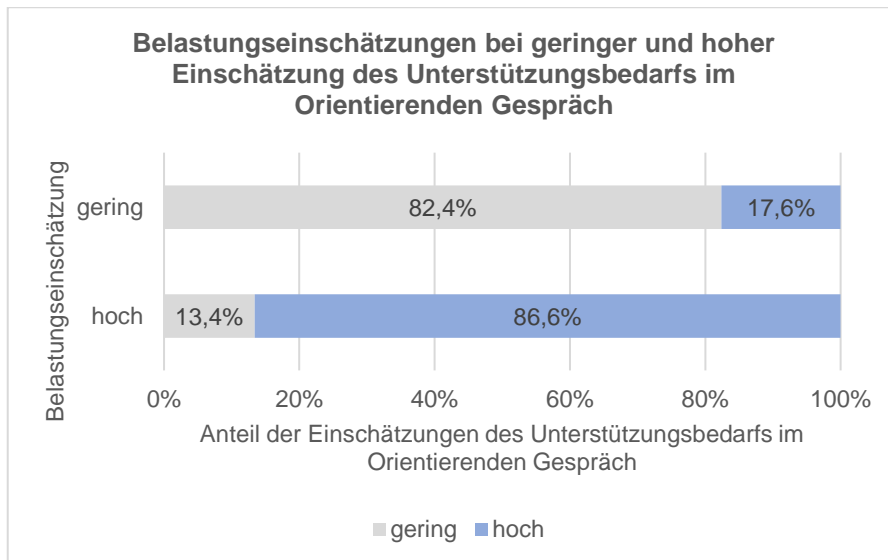


Abbildung 10: Geringe und hohe Belastungseinschätzungen der (werdenden) Familien nach Anteil der geringen und hohen Einschätzungen des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch (n = 793) von 2021 (eigene Anfertigung)

Bei der anschließenden Durchführung der Chi-Quadrat-Tests ergibt sich zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch keine signifikante Assoziation (Chi-Quadrat $[\chi^2]=1,96$; 1 df; $p=0,162$; $V=0,04$). Zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch besteht eine starke signifikante Assoziation ($\chi^2=336,74$; 1 df; $p<0,001$; $V=0,65$). Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests und dem dazugehörigen Cramers V sind *Tabelle 3* zu entnehmen.

Tabelle 3: Chi-Quadrat-Tests und Effektmaß Cramers V der bivariaten Analyse (eigene Anfertigung)

Variablen	χ^2	df	p	V
Ergebnisse des Belastungsbogens und Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch	1,96	1	0,162	0,04
Belastungseinschätzung und Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch	336,74	1	<0,001	0,65

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Nach Auswertung der Selbsteinschätzung von psychosozialen Belastungen anhand des Belastungsbogens, lässt sich zunächst zusammenfassen, dass (werdende) Familien im Durchschnitt zwei Risikofaktoren aufweisen. Zudem gibt ein Fünftel der Schwangeren (20,7%; n = 91) sowie auch der jungen Familien mit Kind (22,3%; n = 205) drei oder mehr Risikofaktoren an. Der Risikofaktor in Form von depressiven Symptomen, wie Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit und Freudlosigkeit, oder einem sehr belastenden Erlebnis ist dabei sowohl unter den Schwangeren (63,7%; n = 281) als auch unter den Familien mit Kind (46,3%; n = 426) am stärksten vertreten.

Bei Schwangeren in gynäkologischen Praxen liegen mehrheitlich Belastungen durch Faktoren der Alltagsbewältigung (19,3%; n = 85), der Lebenssituation (18,1%; n = 80) und der Schwangerschaft und Geburt (17,9%; n = 79) vor. Bei Familien mit Kind in pädiatrischen Praxen wiederum machen Faktoren der Schwangerschaft und Geburt (22,3%; n = 205), der Kinder und Erziehung (20,8%; n = 191) sowie der Lebenssituation (19,3%; n = 178) einen weiteren Großteil der Belastungen aus. Darüber hinaus fühlen sich 21,8% (n = 96) der Schwangeren und 20,2% (n = 186) der Familien von anderen als den im Belastungsbogen aufgeführten Faktoren belastet, für die sie sich dennoch Entlastung wünschen.

Im Rahmen der Auswertung der Belastungsbögen in der vorwiegend belasteten Stichprobe ergibt sich bei insgesamt 87,8% (n = 387) der Schwangeren und 87,9% (n = 809) der Familien mit Kind ein auffälliger Befund, der im Folgenden ein Orientierendes Gespräch veranlasst hat.

Nach Auswertung der Fremdeinschätzung der psychosozialen Belastungen und dem diesbezüglichen Unterstützungsbedarf durch das geschulte Praxispersonal im Orientierenden Gespräch, lässt sich weiterhin feststellen, dass 21,6% (n = 95) der Schwangeren und 23,7% (n = 218) der Familien mit Kind mindestens als hoch belastet eingeschätzt werden. Hinsichtlich der darauffolgenden Einschätzung des Unterstützungsbedarfs wird bei 15,6% (n = 69) der Schwangeren und 18,7% (n = 172) der Familien mindestens ein hoher Unterstützungsbedarf festgestellt.

Im Rahmen der bivariaten Analyse der Selbst- und Fremdeinschätzung von psychosozialen Belastungen und dem Unterstützungsbedarf besteht zunächst zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch kein

signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=1,96$; 1 df; $p=0,162$; $V=0,04$). Bezüglich der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch ergibt sich dahingegen ein starker signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=336,74$; 1 df; $p<0,001$; $V=0,65$).

5.2 Ergebnisdiskussion

Im Rahmen der Ergebnisdiskussion werden zunächst psychosoziale Belastungen, die über die Risikofaktoren des Belastungsbogens erfragt wurden, mit bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen verglichen. Insbesondere bei den Risikofaktoren, die im Belastungsbogen in Kategorien zusammengefasst sind, muss beachtet werden, dass die vorgefundenen Werte keine direkten Rückschlüsse auf die einzelnen Faktoren zulassen. Um die Ergebnisse dennoch ungefähr einordnen zu können, werden die Werte der Kategorien in Bezug zu passenden in der Literatur beschriebenen Risikofaktoren gesetzt.

Im Rahmen der Studie gaben 10,7% der Schwangeren bzw. 18% der jungen Familien mit Kind an alleinerziehend zu sein. Insbesondere der zuletzt genannte Wert stimmt dabei mit der in der Literatur beschriebenen Prävalenz der Einelternfamilien in Deutschland (19%) überein (Destatis, 2020a).

Weiterhin berichteten 63,7% der Schwangeren sowie 46,3% der Familien mit Kind depressive Symptome aufzuweisen oder etwas sehr Belastendes erlebt zu haben. Damit sind die vorgefundenen Häufigkeiten deutlich größer als die in der Literatur genannte Prävalenz: Nach Busch et al. (2013) liegt die Prävalenz einer depressiven Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland bei etwa 8%. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der vorliegenden Studie eine vorwiegend belastete Stichprobe untersucht wurde, sodass die vorgefundenen Häufigkeiten nicht direkt mit der in der Literatur beschriebenen Prävalenz vergleichbar sind.

Hinsichtlich der Kategorie Alltagsbewältigung gaben 19,3% der Schwangeren sowie 17,1% der jungen Familien mit Kind an, sich durch dazugehörige Faktoren, wie eine seelische oder körperliche Erkrankung, starke Erschöpfung, Einsamkeit oder Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder Drogen, belastet zu fühlen. Zu den hier ermittelten Studienergebnissen liegen widersprüchliche Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur vor. Einerseits stimmen die vorgefundenen Häufigkeiten mit der von Clemens et al. (2018) beschriebenen Prävalenzrate der stationär behandelten psychiatrisch erkrankten

Patient*innen mit minderjährigen Kindern überein. Klasen, Meyrose, et al. (2017) kommen zu einer höheren Prävalenz chronisch körperlich erkrankter Eltern (30%). Im Rahmen einer bundesweit repräsentativen Befragung von Kinder- und Jugendärzt*innen ermittelten van Staa und Renner (2019) wiederum geringere Häufigkeiten zu Müttern und Vätern mit Anzeichen für starke Erschöpfung (ca. 13%) und zu Familien mit Hinweisen auf soziale Isolation (ca. 7%).

Belastungen aus der Kategorie Partnerschaft wurden in der Studie von 6,3% der Schwangeren und 8,9% der Familien mit Kind angegeben. Die vorgefundenen Werte sind, verglichen mit dem bisherigen Forschungsstand, jedoch wesentlich niedriger. Laut einer repräsentativen, bundesweiten Prävalenzstudie zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland erlebten etwa 25% der Befragten körperliche oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner (Müller & Schröttle, 2004). Erkenntnisse von Witt et al. (2019) im Rahmen einer retrospektiven Befragung zur Prävalenz und den Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung zeigten außerdem, dass 19% der Befragten eine Scheidung bzw. Trennung der Eltern miterlebten.

Weiterhin fühlen sich 18,1% der Schwangeren und 19,3% der Familien mit Kind von Faktoren aus der Kategorie Lebenssituation, wie Schulden, Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnsituation, fehlende Krankenversicherung und fehlende Sprachkenntnisse, belastet. Damit stimmen die vorgefundenen Häufigkeiten sowohl mit der von Lampert et al. (2019) berichteten Prävalenz von minderjährigen Kindern aus Familien mit niedrigem soziökonomischem Status (ca. 20-22%) als auch mit der Prävalenz armutsgefährdeter Kinder unter 15 Jahre in Deutschland überein (ca. 22%) (Lietzmann & Wenzig, 2020).

Zudem sind Belastungsfaktoren, die während der Schwangerschaft oder bei der Geburt auftraten, wie eine ungeplante Schwangerschaft, Komplikationen in der Schwangerschaft oder Geburt oder eine Frühgeburt, bei 17,9% der Schwangeren sowie bei 22,3% der jungen Familien mit Kind vorhanden. Nach derzeitigem Forschungsstand liegen beispielweise für ungeplante Schwangerschaften höhere Prävalenzen vor. Nach Helfferich et al. (2016) treten 34% aller Schwangerschaften unbeabsichtigt ein. Bezüglich Risikoschwangerschaften, die mit Komplikationen in der Schwangerschaft oder der Geburt verbunden sind, berichtet Papsdorf et al. (2017) hingegen von einer ähnlichen Prävalenz von etwa 20%.

Kind- und erziehungsbezogene Belastungen, wie fehlende Unterstützung oder Überforderung bei der Erziehung, schwieriges Verhalten des Kindes, Zwillinge oder

Mehrlinge, Behinderungen, chronische Erkrankungen oder Entwicklungsverzögerungen eines Kindes, wurden in der Studie von 10,7% der Schwangeren und 20,8% der Familien mit Kind berichtet. Lorenz et al. (2020) kommen dabei im Wesentlichen zu übereinstimmenden Ergebnissen, welche mittels Fragebogen zu biografischen und perinatalen Besonderheiten sowie psychosozialen Belastungsmerkmalen bei Eltern im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen der U3 bis U7a erhoben wurden: Subjektive Belastungen durch das Schrei- und Schlafverhalten des Kindes wurden von ca. 12-13% der befragten Eltern berichtet. Etwa 20% der Eltern gaben zudem an, sich von fehlender sozialer Unterstützung belastet zu fühlen.

Kumulierte Risikofaktoren (≥ 3 Risikofaktoren) lagen im Rahmen der Studie bei 20,7% der Schwangeren und bei 22,3% der Familien mit Kind vor. In der zugrundeliegenden wissenschaftlichen Literatur lassen sich zu den vorgefundenen Werten widersprüchliche Ergebnisse finden: Laut Clauß et al. (2014) lag der Anteil der belasteten Familien mit drei oder mehr Risikofaktoren bei 8%. Fisch et al. (2016) hingegen ermittelt bei 48% der auffälligen Familien drei oder mehr Risikofaktoren.

Des Weiteren wurden im Rahmen des Orientierenden Gesprächs 21,6% der Schwangeren und 23,7% der Familien mit Kind mindestens als hoch belastet eingeschätzt. Koch et al. (2011) kommen diesbezüglich zu ähnlichen Ergebnissen, die zeigen, dass ca. 22% aller gescreenten und als belastet identifizierten werdenden Mütter eine hohe Belastung aufwiesen.

Bezüglich der Einschätzungen des Unterstützungsbedarfs der (werdenden) Familien im Orientierenden Gespräch konnten keine Studien herangezogen werden, die aus der Belastung differenzierte Bedarfe ableiten. Hier wären weitere Studien empfehlenswert, die den Unterstützungsbedarf von Familien in Abhängigkeit zu der Belastung im Rahmen einer Fremdeinschätzung untersuchen.

Weiterhin zeigten die Ergebnisse der bivariaten Analyse, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch besteht. 520 von 1175 (44,3%) Familien mit auffälligem Belastungsbogenbefund wurden im Orientierenden Gespräch als gering belastet eingeschätzt. 655 von 1175 (55,7%) auffällige Familien wurden als hoch belastet eingeschätzt. Diese gefundenen Werte unterstreichen zunächst die Ergebnisse von Kleinert und Barth (2015), da die Beteiligung der Eltern auch im Rahmen der vorliegenden Studie den Prozess der Belastungseinschätzung in den Arztpraxen sichtlich unterstützen konnte. Allerdings erhielten 154 Familien mit unauffälligem

Belastungsbogenbefund dennoch eine Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch, was darauf hindeutet, dass möglicherweise nicht alle belasteten Familien treffsicher von dem Belastungsbogen herausgefiltert werden konnten und Belastungen somit erst im zweiten Schritt durch das Orientierende Gespräch identifiziert werden konnten. Ebenfalls könnte eine mögliche Sensibilisierung des Praxispersonals aufgrund der vor dem Projekt durchgeführten Schulung ein möglicher Grund dafür sein, dass Familien mit unauffälligem Belastungsbogenbefund anhand anderer Auswahlkriterien dennoch zu einem Gespräch eingeladen wurden. Hier wären weiterführende Studien empfehlenswert, die neben dem Befund des Belastungsbogens auch alternative Anlässe für die Inanspruchnahme des Orientierenden Gesprächs untersuchen.

Der starke signifikante Zusammenhang zwischen der Belastungseinschätzung und der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch kann im Rahmen der Ergebnisdiskussion nicht abschließend in Bezug zu bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen gesetzt werden, da keine direkt vergleichbaren Studien vorliegen, die einen aus der Belastung differenzierten Unterstützungsbedarf innerhalb einer Fremdeinschätzung ableiten. Erkenntnisse von Clauß et al. (2014) und Fisch et al. (2016) lassen jedoch vermuten, dass sich anhand erhöhter Belastungen der Familien, die sich dabei an kumulierten Risikofaktoren orientierten, auch ein dementsprechend erhöhter Unterstützungsbedarf feststellen ließ.

5.3 Gütekriterien der quantitativen Forschung

Zur Bewertung der wissenschaftlichen Qualität der Analyse werden die Gütekriterien der quantitativen Forschung Objektivität, Reliabilität und Validität berücksichtigt. Die Durchführungsobjektivität kann in der Studie durch den Einsatz des Belastungsbogens realisiert werden, da dieser vollständig aus geschlossenen Fragen besteht und alle Befragten in den Arztpraxen somit identisch formulierte Fragen erhielten. Abgesehen von der Aushändigung und Entgegennahme durch das Praxispersonal, stellt der Belastungsbogen darüber hinaus eine schriftliche Befragung von Einzelpersonen dar, die diesen selbstständig und ohne Einflussnahme von anderen Personen ausfüllten. Hinsichtlich des Dokumentationsbogens kann hingegen nicht von einem objektiven Vorgehen in der Durchführung gesprochen werden, da dieser Items enthält, die bewusst Einschätzungen des Praxispersonals im Orientierenden Gespräch erfassen sollten.

Einschätzungen können hierbei von Person zu Person variieren und unterliegen somit subjektiven Einstellungen (Krebs & Menold, 2019).

Die Auswertungsobjektivität kann in der Studie dadurch gewährleistet werden, dass das Vorgehen bei der Modifizierung der Daten, wie die Umcodierung oder Zusammenfassung von Variablen, in der Methode beschrieben wurde. Kapitel 3.4.1 enthält diesbezüglich eine Variablenbeschreibung des Belastungsbogens. In Kapitel 3.4.2 wurden die Variablen des Dokumentationsbogens dargestellt. Des Weiteren wurden die statistischen Verfahren bezüglich der Datenauswertung in Kapitel 3.5 dargelegt, was ebenfalls zur Sicherstellung der Auswertungsobjektivität beiträgt. Eine objektive Interpretation der Forschungsergebnisse kann es bezüglich der Studie nicht geben, da ausschließlich die Autorin die Ergebnisse interpretierte (Krebs & Menold, 2019).

Der Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs kann aufgrund der fehlenden Objektivität nicht reliabel und valide sein. Der Belastungsbogen wurde bislang weder einer Reliabilitätsbestimmung noch einer Validierung unterzogen. Demnach kann die Analyse nicht ausreichend anhand der Gütekriterien Reliabilität und Validität bewertet werden.

5.4 Methodendiskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie sind die methodischen Limitationen zu diskutieren. Dabei sind zunächst einige Aspekte des Studiendesigns zu nennen. Da für die Studie auf bereits vorhandene Daten der Evaluationsstudie des UKE zurückgegriffen wurde, handelt es sich um eine Sekundäranalyse. Anders als in einer Primärstudie, wurde das methodische Vorgehen im Rahmen der Datenerhebung und -eingabe nicht selbst festgelegt, sodass hierdurch berücksichtigt werden muss, dass das vorgefundene Datenmaterial ursprünglich auf einen anderen als den hier gewählten Untersuchungsgegenstand zugeschnitten war. Demnach besteht das Risiko, dass bestimmte Variablen oder Aspekte nicht in den Datensätzen enthalten sind, die für die vorliegende Studie relevant gewesen wären (Döring & Bortz, 2016). Da die Belastungsanamnese jedoch Bestandteil beider Interventionsvarianten der Evaluationsstudie war, ist davon auszugehen, dass die hierzu erhobenen Daten alle wesentlichen Aspekte für die Studie abdecken konnten. Des Weiteren waren die verwendeten Datensätze der Evaluationsstudie mit Metadaten versehen, sodass auch im Rahmen der Sekundäranalyse nachvollziehbar war, wann, wo und zu welchem Element

der Belastungsanamnese die Daten erhoben wurden und welche Bedeutung Variablennamen und entsprechende Messwerte haben (Döring & Bortz, 2016).

Eine weitere methodische Limitation, die das Studiendesign betrifft, ergibt sich durch das Querschnittsdesign. Die Stichprobe wird lediglich zu einem einzelnen Messzeitpunkt untersucht, wodurch eine kausale Interpretation sowohl der statistisch signifikanten als auch nicht-signifikanten Studienergebnisse eingeschränkt ist. In der Studie können folglich nur Zusammenhänge zwischen den Variablen des Belastungsbogens und des Dokumentationsbogens aufgezeigt werden, ohne Aussagen darüber machen zu können, wie diese ursächlich im Rahmen der Belastungsanamnese zustande gekommen sind. Der Einfluss von Störfaktoren kann bei Querschnittstudien außerdem wenig kontrolliert und somit nicht ausgeschlossen werden. Zudem lassen sich die Ergebnisse nur für den einmaligen Messzeitpunkt interpretieren, sodass offenbleibt, inwiefern sich die Resultate auf andere Messzeitpunkte übertragen lassen (Döring & Bortz, 2016).

Zu berücksichtigen ist zudem ein möglicher Selektionsbias im Rahmen der Evaluationsstudie, welcher somit ebenso für die Ergebnisse der Sekundäranalyse diskutiert werden muss. Zwar wurde bei der Rekrutierung darauf geachtet, dass sich die regionalen sowie strukturellen Eigenschaften der Arztpraxen unterscheiden, trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere gesundheitsbewusste Schwangere sowie junge Familien mit Kind eher bereit waren an der Evaluationsstudie teilzunehmen, wohingegen stark belastete Familien durch Selbstselektion nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten. Eine Nicht-Teilnahme könnte dabei u.a. durch Sorge vor möglichen Konsequenzen der Studienresultate oder durch die bereits vorhandene starke psychosoziale Belastung der Familie zustande gekommen sein, die eine Studienteilnahme als zusätzlichen Stressfaktor erscheinen ließ (Mall & Friedmann, 2016). Einer möglichen Selektion aufgrund der Sprachbarriere konnte durch die Verfügbarkeit von mehrsprachigen Versionen des Belastungsbogens in den Praxen entgegengewirkt werden. Dennoch lassen sich durch die oben genannten Aspekte Verzerrungen in den Studienergebnissen nicht zweifelsfrei ausschließen.

Des Weiteren ist die Repräsentativität der Stichprobe zu diskutieren. Es wurden ausschließlich jene (werdenden) Familien in die Auswertung eingeschlossen, bei denen sowohl ein Belastungsbogen als auch ein Orientierendes Gespräch vorlag, bei dem ein auffälliger Belastungsbogenbefund als Anlass des Gesprächs diente. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Orientierende Gespräch, abgesehen von einem auffälligen Belastungsbogen, gleichermaßen auf Grundlage des persönlichen Eindrucks der MFAs bzw. des Arztes oder der Ärztin, der Notwendigkeit eines Folgegesprächs oder durch das

Erfragen der Familie selbst nach Unterstützung zustande kommen kann. Diese alternativen Gesprächsanlässe wurden im Rahmen der Auswertung zugunsten des Studienziels bewusst ausgeschlossen, wodurch die Ergebnisse lediglich Rückschlüsse auf einen Teil der (werdenden) Familien zulassen, die mit der Belastungsanamnese versorgt wurden.

Weitere Limitationen ergeben sich hinsichtlich der statistischen Analyse. Im Rahmen der Auswertung der Belastungsbögen lässt sich feststellen, dass zwar einerseits ein Großteil der Stichprobe durch den Belastungsbogen als belastet identifiziert wurde, bevor auf Grundlage dessen ein Orientierendes Gespräch initiiert wurde. Andererseits nahmen Familien ebenso an einem Orientierendem Gespräch anlässlich eines auffälligen Befunds teil, obwohl deren Belastungsbogen ursprünglich unauffällig war. Hier bleibt fraglich, wie dieser Umstand innerhalb der Belastungsanamnese in den Praxen zustande gekommen sein könnte. Aufgrund dessen kann nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere die Ergebnisse der bivariaten Analyse bezüglich der Übereinstimmung der Ergebnisse des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind.

Abschließend bleibt als methodische Limitation zu nennen, dass im Rahmen der bivariaten Analyse die Gesamtstichprobe, folglich die Daten sowohl aus gynäkologischen als auch pädiatrischen Praxen, einbezogen wurden. Aufgrund der gemeinsamen Auswertung konnten jedoch z.B. unterschiedliche Rekrutierungszahlen sowie strukturelle Unterschiede der zwei Praxisarten nicht mehr berücksichtigt werden. Im Rahmen weiterer Analysen sollte dementsprechend eine Stratifizierung nach Praxisart erfolgen, damit mögliche Einflussfaktoren besser beachtet und die Ergebnisse somit weiter adjustiert werden können.

6. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Studie wurde die Übereinstimmung der Selbsteinschätzung (werdender) Familien mit der Fremdeinschätzung des Praxispersonals bezüglich psychosozialer Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf in gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen untersucht. Im Rahmen der vom Projekt *KID-PROTEKT* erprobten psychosozialen Belastungsanamnese erfolgte die Selbsteinschätzung zunächst über den als Screeninginstrument eingesetzten

Belastungsbogen. Die darauffolgende Fremdeinschätzung fand im Rahmen des Orientierenden Gesprächs statt.

Im Rahmen der Sekundäranalyse und zur Beantwortung der ersten Fragestellung konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des Belastungsbogens und der Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch festgestellt werden. Obwohl ein Großteil der laut Belastungsbogenbefund auffälligen Familien auch im Orientierenden Gespräch als belastet eingeschätzt wurden, erhielten ebenso Familien mit einem unauffälligen Befund im Screening eine Belastungseinschätzung im Orientierenden Gespräch und wurden teilweise sogar als hoch belastet eingeschätzt.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung konnte ein starker signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Belastung und des Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch ermittelt werden. Die vorgefundene Übereinstimmung spricht dafür, dass die Einschätzung der vorliegenden Belastung die Einschätzung des daraus resultierenden Unterstützungsbedarfs im Orientierenden Gespräch gut vorhersagen konnte.

Selbst- und Fremdeinschätzungen ergänzen sich demnach im Rahmen einer zweistufigen Vorgehensweise zur Fallfindung von Familien mit psychosozialen Unterstützungsbedarf. Die Identifikation belasteter Familien gelang in den Arztpraxen häufiger in Kombination mit einer Fremdeinschätzung im Rahmen der Orientierenden Gespräche als allein durch die Selbsteinschätzung anhand des Belastungsbogens. Orientierende Gespräche, die trotz eines unauffälligen Belastungsbogens erfolgten, konnten zusätzlichen Familien eine Feststellung des Unterstützungsbedarfs ermöglichen.

Eine Kombination beider Einschätzungen kann somit im Sinne des präventiven Kinderschutzes dazu beitragen, die Identifikation der Risikogruppe belasteter (werdender) Familien sowie deren Weiterleitung zu passenden Unterstützungsangeboten der Frühen Hilfen in der Gesundheitsversorgung und speziell im ambulanten Setting zu verbessern. Dies wäre zudem ein möglicher Ansatz, dem erhöhten Risiko für das Auftreten persistierender gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei Kindern aus psychosozial belasteten Familien entgegenzuwirken.

Die vorliegende Studie liefert diesbezüglich einen Anhaltspunkt in Hinblick auf die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung von psychosozialen Belastungen und diesbezüglichem Unterstützungsbedarf, kann jedoch die neue Versorgungsform mittels Belastungsbogen und Orientierendem Gespräch im Rahmen der psychosozialen Belastungsanamnese nicht abschließend bewerten. Hierzu werden größer angelegte

Evaluationsstudien benötigt, wie sie bereits vom UKE durchgeführt werden. Empfehlenswert wären zudem eine Validierung des Belastungsbogens sowie Folgestudien zur psychosozialen Belastungsanamnese im Rahmen des Projekts *KID-PROTEKT*. Hierbei sollten alle mit der Anamnese versorgten (werdenden) Familien sowie die weiteren Anlässe für ein Orientierendes Gespräch in Untersuchungen einbezogen werden.

Literaturverzeichnis

- Barth, M. & Belzer, F. (2016). Fallfindung im Netzwerk Frühe Hilfen - eine Heuristik für die ambulante Versorgung [Case finding in early prevention networks - a heuristic for ambulatory care settings]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(6), 795–802. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2348-1>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bolten, M. I. (2014). Regulationsstörungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung. *Ars Medici-Pädiatrie*, 1(14), 13–17.
https://www.researchgate.net/publication/259656777_Regulationsstorungen_im_Kontext_der_Eltern-Kind-Beziehung
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Clauß, 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 [Early childhood intervention - access to risk families and support through actors from the health-care sector]. *Klinische Pädiatrie*, 226(4), 243–247. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1374603>
- Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern: Auch ein Thema im Rahmen des Kinderschutzes [Children of mentally ill parents: Also a topic in the context of child protection]. *Der Nervenarzt*, 89(11), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg, 107-108, 184-185, 191-192, 210-211, 398-401, 581-582, 614-616, 664-665, 678-679. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

- Dunkel Schetter, C. & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Eickhorst, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Neumann, A., Schreier, A., Renner, I. & Sann, A. (2015). Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern: Studiendesign und Analysepotential. *Soziale Passagen*, 7(2), 381–387. <https://doi.org/10.1007/s12592-015-0212-z>
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T. & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité [Evaluation of the Babylotse-Plus screening form: Evaluation of a simple instrument to systematically identify parents of newborns with severe psychosocial stress at Charité Berlin]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1300–1309. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5>
- Forschungsgruppe AG Prävention. (2020). Evaluationskonzept KID-PROTEKT. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Franzkowiak, P. (2018). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikofaktoren-und-risikofaktorenmodell/> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I102-2.0>
- Friedmann, A. (2016). Psychosoziale Belastungen und protektive Faktoren. In V. Mall & A. Friedmann (Hg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (S. 109–115). Springer Berlin Heidelberg, 110-113. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_6
- Friedmann, A. & Mall, V. (2016). Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen. In V. Mall & A. Friedmann (Hg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (S. 119–124). Springer Berlin Heidelberg, 120-123. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_7
- Fuller-Thomson, E., B Katz, R., T Phan, V., P M Liddycoat, J. & Brennenstuhl, S. (2013). The long arm of parental addictions: the association with adult children's depression in a population-based study. *Psychiatry research*, 210(1), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.024>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). KID-PROTEKT – Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor - G-BA Innovationsfonds. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/kid-protekt-kindzentrierte-psychosoziale-grundversorgung-im-ambulanten-sektor.172>

- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2021). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015 (veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1), zuletzt geändert am 17. Dezember 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 31.03.2021 B6, in Kraft getreten am 1. April 2021, 8-28. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2432/Kinder-RL_2020-12-17_iK-2021-04-01.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss & Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2020). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 20. August 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 23.11.2020 B3, in Kraft getreten am 24. November 2020, 4-7, 15-22. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2301/Mu-RL_2020-08-20_iK-2020-11-24.pdf
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1012–1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Hattangadi, N., Cost, K. T., Birken, C. S., Borkhoff, C. M., Maguire, J. L., Szatmari, P. & Charach, A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC public health*, 20(1), 1726. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09861-5>
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3: Familienplanung von 20- bis 44-jährigen Frauen - Schwerpunkt: ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikte. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung: Bd. 38, 182-183.* <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-38-frauen-leben-3-familienplanung-im-lebenslauf-von-frauen-schwerpunkt-ungewollte-schwang/>
- Herrmann, B. (2016). Epidemiologie, Klinik und Konzept des Schütteltrauma-Syndroms. *Pädiatrische Praxis*, 86(2), 297–312. https://cme.mgo-fachverlage.de/uploads/exam/exam_96.pdf
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K. & Sundquist, J. (2016). Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in

- children. *Psychological medicine*, 46(6), 1301–1309.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002846>
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Klasen, F., Reiß, F., Otto, C., Haller, A.-C., Meyrose, A.-K., Barthel, D. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 2(3), 55–65.
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-103>
- Kleinert, L. & Barth, M. (2015). Elternbeteiligung bei der Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs in der Pädiatrie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(2), 186–191. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0480-z>
- Koch, U., Metzner, F., Pawils, S., Reiß, F., Röhrbein, M. & Schwinn, A. (2011). Soziale Frühwarnsysteme: ambulant versus stationär - oder beides?! *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 14(1), 20–33. <https://doi.org/10.13109/kind.2011.14.1.20>
- Kramer, M. S., Lydon, J., Séguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., Genest, J., Dassa, C., Chen, M. F., Sharma, S., Meaney, M. J., Thomson, S., van Uum, S., Koren, G., Dahhou, M., Lamoureux, J. & Platt, R. W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American journal of epidemiology*, 169(11), 1319–1326.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwp061>
- Krebs, D. & Menold, N. (2019). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In Baur N. & Blasius J. (Hg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 489–504). Springer Fachmedien Wiesbaden, 489-499. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_34
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., Mauz, E., Mensink, G., Poethko-Müller, C., Schienkiewitz, A., Starker, A., Zeiher, J. & Kurth, B.-M. (2019). Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 16-40. <https://doi.org/10.25646/5867>
- Lampert, T. & Kuntz, B. (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 [Effects of poverty for health and health behavior of children and adolescents: Results from KiGGS Wave 2]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(10), 1263–1274. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03009-6>

- Laukkanen, J., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, S. & Aunola, K. (2014). Child's Difficult Temperament and Mothers' Parenting Styles. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 312–323. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9747-9>
- Lietzmann, T. & Wenzig, C. (2020). Materielle Unterversorgung von Kindern. Gütersloh. Bertelsmann Stiftung, 10-13. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/291_2020_BST_Facsheet_Kinderarmut_SGB-II_Daten__ID967.pdf
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Sann, A. & Liel, C. (2020). Self-Reported Psychosocial Stress in Parents With Small Children. *Deutsches Ärzteblatt international*, 117(42), 709–716. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0709>
- MacPherson, P. S., Stewart, S. H. & McWilliams, L. A. (2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring. *Addictive Behaviors*, 26(6), 917–934. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00243-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00243-X)
- Mall, V. & Friedmann, A. (2016). Der Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3–U6). In V. Mall & A. Friedmann (Hg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (S. 125–148). Springer Berlin Heidelberg, 126, 138-139. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_8
- Mauz, E., Schmitz, R. & Poethko-Müller, C. (2017). Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 45–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-051>
- McDonald, S., Kehler, H., Bayrampour, H., Fraser-Lee, N. & Tough, S. (2016). Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in developmental disabilities*, 58, 20–30. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.08.010>
- Metzner, F., Siefert, S. & Pawils, S. (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen: Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Befragung von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland [Psychosocial counselling in gynecological practices: Results from a nationwide, representative survey of gynecologists in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(2), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2495-4>
- Moesgen, D., Klein, M. & Dyba, J. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft – Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. *Suchttherapie*, 18(02), 65–72. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103060>

- Müller, U. & Schröttle, M. (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland: Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 7-9. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84316/10574a0dff2039e15a9d3dd6f9eb2dff/kurzfassung-gewalt-frauen-data.pdf>
- Naab, S., Kunkel, J., Fumi, M. & Voderholzer, U. (2017). Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Störungen im Jugendalter. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, 18(5), 26–32. <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1674-y>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2016a). Bundesinitiative Frühe Hilfen: Bericht 2016. Köln, 33-34. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_BIFH_Bericht_2016.pdf
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2016b). Leitbild Frühe Hilfen: Beitrag des NZFH-Beirats (Kompakt). Köln, 9-13. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf
- Neumann, A. & Renner, I. (2020). Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen: Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring), 5-6, 16-18. <https://doi.org/10.17623/NZFH:K-GYNFHZUF>
- Papsdorf, M., Wöckel, A. & Kranke, P. (2017). Risikoschwangerschaft, Schwangerschaftserkrankungen und pathologische Geburt. In P. Kranke (Hg.), *Die Geburtshilfliche Anästhesie* (S. 215–255). Springer, 217, 240-241. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54375-7_12
- Paul, M. (2016). Konzept der Frühen Hilfen im Wandel. In V. Mall & A. Friedmann (Hg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (S. 7–12). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_2
- Pinquart, M. (2019). Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Parents of Children and Adolescents With Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis. *Journal of traumatic stress*, 32(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/jts.22354>
- Pospeschill, M. & Siegel, R. (2018). *Methoden für die klinische Forschung und diagnostische Praxis: Ein Praxisbuch für die Datenauswertung kleiner Stichproben*. Springer, 53-55. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54726-7>

- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) [Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50(5-6), 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Schlack, R., Hölling, H. & Petermann, F. (2009). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. Psychologische Rundschau, 60(3), 137–151. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.3.137>
- 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. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-093>
- Statistisches Bundesamt. (2020a). Haushalte und Familien - Ergebnisse des Mikrozensus 2019: Fachserie 1 Reihe 3, 126. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/_publikationen-innen-haushalte.html
- Statistisches Bundesamt. (2020b). 14 400 Mehrlingsgeburten im Jahr 2019. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_47_p002.html
- Statistisches Bundesamt. (2021). Schwerbehinderte Menschen: Fachserie 13 Reihe 5.1 – 2019, 7. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/schwerbehinderte-2130510199004.pdf?__blob=publicationFile
- Stiftung SeeYou. (2021). Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im Ambulanten Sektor. <https://www.seeyou-hamburg.de/seeyou-hilft/babylotse/kid-protekt/>
- Sullivan, G. M. & Artino, A. R. (2013). Analyzing and interpreting data from likert-type scales. Journal of graduate medical education, 5(4), 541–542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
- Ulrich, I., Stopsack, M. & Barnow, S. (2010). Risiko- und Resilienzfaktoren von adoleszenten Kindern alkoholkranker Eltern: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research, 5(1), 47–61.

- van den Akker, O., Postavaru, G.-I. & Purewal, S. (2016). Maternal psychosocial consequences of twins and multiple births following assisted and natural conception: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online*, 33(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.04.009>
- van Staa, J. & Renner, I. (2019). Die kinderärztliche Praxis und Frühe Hilfen: Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring), 6-7, 9-10. <https://doi.org/10.17623/NZFH:K-KPFHZUFA>
- Werling, M., Weblus, A. J. & Kentenich, H. (2018). Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde. *Der Gynäkologe*, 51(2), 131–141.
<https://doi.org/10.1007/s00129-017-4186-0>
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2019). The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt international*, 116(38), 635–642.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635>

Rechtsquellenverzeichnis

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) geändert worden ist.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975), das zuletzt durch Artikel 20 Absatz 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) geändert worden ist.

Anhang 1: Belastungsbogen für gynäkologische Arztpraxen



Studien-ID

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den KID-PROTEKT-Briefkasten ein. Da sich Ihre persönliche Situation ändern kann, werden wir Sie zu mehreren Zeitpunkten ansprechen.

Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu.

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

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

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

Bitte wenden →



Hinweis auf eine Studie

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

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

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

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

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

Wie nehme ich teil?

Zur Teilnahme an der Studie bitten wir Sie, den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung in den KID-PROTEKT-Briefkasten einzuwerfen.

Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!



Anhang 2: Belastungsbogen für pädiatrische Arztpraxen



Studien-ID

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

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

Bei Bedarf informieren wir Sie zu Ansprechpartnern und Beratungsangeboten. Unser Angebot ist für Sie kostenlos. Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu.

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

Fragen zu Ihrer Person

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

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

Bitte wenden →

© Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou + Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.
KID-EXT Fragebogen Qualified Treatment PÄD Deutsch (05-0) – Freigabe: Nitzschke (SeeYou)/Pawlis (UKE) (29.08.2019)



Hinweis auf eine Studie

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

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

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

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

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





Wie nehme ich teil?

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

Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!



Anhang 3: Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs

 Ein Innovationsfonds Projekt	 HAMBURG	Studien-ID
Dokumentationsbogen Orientierendes Gespräch (pädiatrische Praxis)		
Datum des Orientierenden Gesprächs:	_____	Dauer: _____ Minuten
Das Gespräch wurde geführt:	Wo? <input type="checkbox"/> in der Praxis <input type="checkbox"/> am Telefon	Von wem? <input type="checkbox"/> MFA <input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt
Anlass des Gesprächs (Bitte nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit auswählen)		
<input type="checkbox"/> Ergebnis KID-PROTEKT-Fragebogen <input type="checkbox"/> Persönlicher Eindruck MFA / Ärztin / Arzt <input type="checkbox"/> Folgegespräch <input type="checkbox"/> Familie hat selbst nach Unterstützung gefragt, Grund: _____		
Im Orientierenden Gespräch thematisierte Art der Belastung (Mehrfachauswahl möglich)		
<input type="checkbox"/> Alltagsbewältigung <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenssituation <input type="checkbox"/> Schwangerschaft und Geburt <input type="checkbox"/> Kinder und Erziehung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Einschätzung der Belastung		
<input type="checkbox"/> Sehr hoch <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Sehr gering		
Einschätzung des Unterstützungsbedarfs		
<input type="checkbox"/> Unterstützungsbedarf vorhanden, und zwar <input type="checkbox"/> Sehr hoch <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Sehr gering		
<input type="checkbox"/> Kein Unterstützungsbedarf zu erkennen		
Ist eine Weiterleitung erfolgt?		
<input type="checkbox"/> Ja Wenn „Ja“, bitte weiter auf nächster Seite		
<input type="checkbox"/> Nein, weil <input type="checkbox"/> Familie möchte keine Unterstützung <input type="checkbox"/> Familie ist abgesichert durch familiäres / soziales Netzwerk oder professionelle Unterstützung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
© Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung. KID-FO Dokumentation Orientierendes Gespräch PÄD (03-0) – Freigabe: PD Dr. S. Pawels (28.08.2019) Seite 1 von 2		
		 

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

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

und / oder

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

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

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



*Dokumentationsbogen des Orientierenden Gesprächs sowohl für gynäkologische als auch pädiatrische Praxen identisch

Anhang 4: SPSS Syntax

* Encoding: UTF-8.

DATASET ACTIVATE DataSet1.

*Belastungsbogen: Summenwert aus allen 8 Filterfragen des Belastungsbogens errechnen als Hilfsvariable für neue Variable Belastungsbogenbefund.

COMPUTE

Summenwert_Belastungen=SUM(Alleinerziehend,Depressive_Symptome_belastende_Erfahrung,Belastung_Alltagsbewältigung,Belastung_Partnerschaft,Belastung_Lebenssituation,Belastung_Schwangerschaft_Geburt,Belastung_Kinder_und_Erziehung,Belastung_Sonstiges).

EXECUTE.

*Belastungsbogen: Hilfsvariable umcodieren zur Endvariable Belastungsbogenbefund.

RECODE Summenwert_Belastungen (0=0) (1 thru Highest=1) INTO
Belastungsbogenbefund.

VALUE LABELS Belastungsbogenbefund 0 'unauffällig' 1 'auffällig'.

EXECUTE.

*Codierung der Variable Einschätzung der Belastung umpolen.

RECODE Einschätzung_der_Belastung_alt (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) INTO
Einschätzung_der_Belastung.

VARIABLE LABELS Einschätzung_der_Belastung 'Einschätzung der Belastung'.

VALUE LABELS Einschätzung_der_Belastung 1 'sehr gering' 2 'gering' 3 'mittel' 4 'hoch' 5
'sehr hoch'.

EXECUTE.

*Codierung der Variable Einschätzung des Unterstützungsbedarfs umpolen.

RECODE Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs_alt (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)
(6=0) (7=999) INTO Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs.

VARIABLE LABELS Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs 'Einschätzung des
Unterstützungsbedarfs'.

VALUE LABELS Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs 0 'kein Unterstützungsbedarf
zu erkennen' 1 'sehr gering' 2 'gering' 3 'mittel' 4 'hoch' 5 'sehr hoch'.

EXECUTE.

*Doku-Bogen: Variable Einschätzung der Belastung dichotomisieren.

RECODE Einschätzung_der_Belastung (Lowest thru 2=0) (3 thru Highest=1) INTO
Dich_Einschätzung_der_Belastung.

VARIABLE LABELS Dich_Einschätzung_der_Belastung 'Einschätzung der Belastung
dichotomisiert'.

VALUE LABELS Dich_Einschätzung_der_Belastung 0 'gering' 1 'hoch'.

EXECUTE.

*Doku-Bogen: Variable Einschätzung des Unterstützungsbedarfs dichotomisieren.

RECODE Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs (LOWEST thru 2=0) (3 thru 5=1)

 INTO Dich_Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs.

VARIABLE LABELS Dich_Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs 'Einschätzung des
 Unterstützungsbedarfs dichotomisiert'.

VALUE LABELS Dich_Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs 0 'gering' 1 'hoch'.

EXECUTE.

*Alle Fälle aus den Interventionsarmen 1 und 2 herausfiltern; nach Gesprächsanlass = 1
des Doku-Bogens filtern.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(Interventionsarm <= 2 & Gesprächsanlass = 1).

VARIABLE LABELS filter_\$ 'Interventionsarm <= 2 & Gesprächsanlass = 1 (FILTER)'.

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

*Stichprobenbeschreibung Belastungsbogen.

FREQUENCIES VARIABLES=Interventionsarm Sprache_FB

 Schwangerschaft_Untersuchung Alter Kinder_im_Haushalt

 /ORDER=ANALYSIS.

*Belastungsbogen Univariate Analyse: Ausgabe nach Kinder- und Frauenarztpraxen
getrennt.

SORT CASES BY Art_der_Praxis.

SPLIT FILE SEPARATE BY Art_der_Praxis.

*Univariate Analyse Belastungsbogen.

FREQUENCIES VARIABLES=Alleinerziehend

 Depressive_Symptome_belastende_Erfahrung Belastung_Alltagsbewältigung

 Belastung_Partnerschaft Belastung_Lebenssituation

 Belastung_Schwangerschaft_Geburt Belastung_Kinder_und_Erziehung

 Belastung_Sonstiges Belastungsbogenbefund

 /ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Summenwert_Belastungen

 /NTILES=4

 /STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE

/ORDER=ANALYSIS.

*Univariate Analyse Doku-Bogen.

FREQUENCIES VARIABLES=Wo_geführt Von_wem_geführt

Art_Belastung_Alltagsbewältigung Art_Belastung_Partnerschaft

Art_Belastung_Lebenssituation Art_Belastung_SchwangerschaftGeburt

Art_Belastung_KinderErziehung Art_Belastung_Sonstiges

Art_der_thematisierten_Belastung_freitext

/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Einschätzung_der_Belastung

Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs

/STATISTICS=MEDIAN

/BARCHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

*Split File aufheben.

SPLIT FILE OFF.

EXECUTE.

*Bivariate Analyse Belastungsbogen und Einschätzungen.

*Belastungsbogenbefund mit Einschätzung der Belastung.

CROSSTABS

/TABLES= Belastungsbogenbefund BY Dich_Einschätzung_der_Belastung

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

*Einschätzung der Belastung mit Einschätzung des Unterstützungsbedarfs.

CROSSTABS

/TABLES= Dich_Einschätzung_der_Belastung BY

Dich_Einschätzung_des_Unterstützungsbedarfs

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ PHI

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

Anhang 5: Tabellen zu Stichprobenangaben

Tabelle 4: Häufigkeiten der Sprachversion des Belastungsbogens der (werdenden) Familien (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)

Sprachversion des Belastungsbogens	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Deutsch	1325	97,4
Arabisch	5	0,4
Farsi	2	0,1
Türkisch	1	0,1
Spanisch	3	0,2
Französisch	1	0,1
Englisch	15	1,1
Russisch	1	0,1
Fehlend	8	0,6

Tabelle 5: Häufigkeiten der Schwangerschaftswoche und U-Untersuchung der (werdenden) Familien (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)

Schwangerschaftswoche/ U-Untersuchung	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
1. - 12. Schwangerschaftswoche	175	12,9
13. - 28. Schwangerschaftswoche	124	9,1
29. - 40. Schwangerschaftswoche	76	5,6
Ich habe bereits entbunden	55	4,0
U2	36	2,6
U3	410	30,1
U4	151	11,1
U5	124	9,1
U6	179	13,2
Sonstige	7	0,5
Fehlend	24	1,8

Tabelle 6: Häufigkeiten des Alters der (werdenden) Eltern (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)

Alter	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
jünger als 18 Jahre	8	0,6
zwischen 18 und 21 Jahren	45	3,3
zwischen 22 und 34 Jahren	877	64,4
35 Jahre oder älter	403	29,6
Fehlend	28	2,1

Tabelle 7: Häufigkeiten der Kinder im Haushalt der (werdenden) Familien (n = 1361) von 2021 (eigene Anfertigung)

Kinder im Haushalt	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Keine	204	15,0
1-2 Kinder	970	71,3
3 oder mehr Kinder	161	11,8
Fehlend	26	1,9

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Alle Stellen der Arbeit, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Hamburg, den 25.05.2021

Meret Gödecke