



**Hamburg University of Applied Science
Faculty of Life Sciences
Health Sciences degree**

MASTER THESIS

Development of a Standard for Psychosocial Stress Screenings in Maternity Clinics in Germany

submitted by

Johannes Neumann
[REDACTED]

Hamburg, 27.04.2022

First supervisor: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer, HAW Hamburg

Second supervisor: PD Dr. Silke Pawils, UKE Hamburg-Eppendorf

Acknowledgment

I hereby would like to thank my supervisors Prof. Dr. Joachim Westenhöfer and PD Dr. Silke Pawils from the University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), for their mentoring, advice, and guidance through this work. I am especially appreciative of PD Dr. Silke Pawils for offering me the opportunity to contribute to this project and her support and expert opinion.

Furthermore, I'd like to thank every member of our expert committee "Standards for Psychosocial Stress Screenings in Maternity Clinics": Dr. Christine Klapp, Dr. Barbara Filsinger, Dr. Wilfried Kratzsch, Mrs. Nicola Küpelikilinc, Mrs. Nicole Hellwig and Mr. Ulrich Böttinger for their passionate participation and valuable input.

Finally, I'd like to express my very profound gratitude to my parents and to my girlfriend for providing me with unfailing support and continuous encouragement throughout my years of study and through the process of researching and writing this thesis. This accomplishment would not have been possible without them. Thank you.

Table of Contents

1	Introduction	1
2	Theoretical Background	2
2.1	Psychosocial Stress in Early Childhood as Risk Factor	2
2.2	Child Maltreatment.....	5
2.2.1	Origin and Definition	7
2.2.2	Forms of Child Maltreatment	10
2.2.3	Consequences of Child Maltreatment	12
2.3	Psychosocial Stress Screenings	15
2.4	“Pilotage Services” in Germany – Social Early Warning Systems	22
3	Research Question and Objectives	30
3.1	Research Questions	30
3.2	Objectives	31
4	Methodology	31
4.1	Document Analysis for Comparing the Screening Questionnaires	32
4.2	Expert Group – Consensus Procedure	33
4.2.1	Modified Delphi Technique	34
4.3	Online Survey	35
4.4	Statistical Analysis	37
5	Results	38
5.1	Analysis of Psychosocial Screening Questionnaires.....	38
5.2	Consensus Building with Expert Group	42
5.3	Online Survey	42
5.4	Prototype Screening Questionnaire	44
5.5	Fill-in Assistance for Medical Staff	46
6	Discussion	47
6.1	Discussion of the Results	47
6.2	Discussion of the Methodology	48
7	Outlook and Conclusion	49
8	Bibliography	52
	Statutory Declaration	71
9	Appendix	72

List of Figures and Tables

Figure 1: Course of cognitive and social-emotional development of psychosocially stressed children	4
Figure 2: Correlation between the number of educational risk factors and the intensity of children's behavior problems.....	5
Figure 3: Development of reported cases of child maltreatment in Germany	7
Figure 4: biopsychosocial model of child maltreatment	9
Figure 5: Forms of child maltreatment.....	10
Figure 6: Relationship between early stress experiences in childhood and long-term consequences or reduction of life expectancy	14
Figure 7: Process of comparing the screening questionnaires.....	32
Figure 8: Items voted as essential in online survey	44
Table 1: Predictive factors for abuse/neglect and early education difficulties/development disorders.....	18
Table 2: All items in the n=6 screening questionnaires, categorized by topic.....	40
Table 3: Sample description online survey	43
Table 4: Items for the prototype as minimum standard.....	45

Glossary

Term definition and meanings are presented to obtain a full understanding of the terms used in this master thesis.

- **Adverse childhood experiences (ACE)** are childhood events occurring in a child's family or social environment that cause harm or distress, thereby disrupting the child's physical or psychological health and development.
- **Babylotse/Babypilot** (program) is a nationwide prevention program in maternity clinics and medical practices for preventive child protection and early health promotion for children. There are special trained “babylotsen/babypilots, usually social education workers/social pedagogists who are executing the program in maternity clinics and medical practices.
- **Babylotsen/babypilot** (person) are qualified social pedagogues who can be reached directly in maternity wards. They advise mothers and families in the time surrounding the birth and, if necessary, refer them to early intervention services.
- **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** is the national public health agency of the United States.
- **Clearing** is clarifying discussion with the family (struck in the screening) and a trained social education worker to assess the existing risk and protective factors.
- **Early childhood intervention** is a support and educational program in Germany promoting relationship and parenting competence in mothers and fathers of infants and toddlers to promote the healthy development and well-being of children.
- **“Frühe Hilfen”/Early Interventions** are a child protection concept that includes both preventive services and interventions to ensure the well-being of children. They form local and regional support systems with coordinated offers to help parents and children right from the start of pregnancy and in the first years of life with an emphasis on the age group of 0 to 3 years.
- **M** is the arithmetic mean.
- **“Nationales Zentrum für Frühe Hilfen”/National Centre on Early Prevention (NZFH)** aims to improve the development opportunities of children and their parents as early as possible and sustainably.

- **Psychosocial risk/stress screenings/questionnaires/inventories** are questionnaires for families/mothers who are querying different risk factors and predictive factors and/or stress for unfavorable child development (e.g., developmental disorders), and child maltreatment at the worst.
- **Psychosocial stress/burden** is a life situation that creates an unusual or intense level of stress that may contribute to the development or aggravation of mental disorder, illness, or maladaptive behavior.
- **Relative Risk (RR)** is the ratio of the probability of an outcome in an exposed group to the probability of an outcome in an unexposed group.
- **Standard deviation (SD)** is a measure of the amount of variation or dispersion of a set of values.
- **Social Early Warning Systems** aim to identify risks that could endanger the child's development in the further course of life, as early as possible to be able to prevent them.
- **World Health Organization (WHO)** is a specialized agency of the United Nations responsible for international public health.

Abstract

Background

Psychological problems can often be traced back to the influence of stress in early childhood. An accumulation of such stress factors can have a lasting negative impact on the parent-child relationship and, in extreme cases, lead to child maltreatment. Screening procedures based on the assessment of psychosocial risk factors can help to identify the risk group of stressed families so that they can be referred to support services in the early interventions system. This thesis's overall objective was to determine the intersection of the most used psychosocial stress screening for identifying psychosocial burdened families in maternity clinics in Germany, and to create a prototype of a psychosocial stress screening as minimum standard.

Methodology

An expert committee for psychosocial stress screening in maternity clinics was formed. The n=6 most important screening questionnaires in Germany were analyzed according to their used items and their wording.

The standard was developed using multi-stage, partially web-based expert surveys. A modified Delphi strategy was used to reach consensus about the items and their wording within the expert committee.

Results

A standard for psychosocial stress screening in maternity clinics was created, according to the results of the online survey and the modified Delphi strategy. Additionally, a fill-in assistance for the clinical staff performing the screenings was developed to provide additional support and quality assurance.

Conclusion

The developed psychosocial screening questionnaire and fill-in assistance will be published by the National Centre on Early Prevention. Furthermore, training courses are also being prepared for the clinical staff who conduct the screening in practice with the burdened families. In the future, the newly developed screening instrument should be disseminated to the professional community and should be tested for its psychometric properties in empirical studies.

1 Introduction

The fundamental, unrestricted right of the child to a healthy, protected and violent-free development is embedded in the UN Convention on the Rights of the Child (United Nations, 1989). Giving a child the best possible start in life is usually the primary goal of parents. However, this does not always succeed due to stressful living conditions (e.g., mental illness, poverty, transgenerational transmission of violence), a circumstance that can lead to later health problems for the child.

The spectrum of illnesses in children has changed in recent decades: there is a shift from acute to chronic illnesses, and at the same time developmental and behavioral disorders as well as mental abnormalities are increasingly on the rise compared to physical illnesses (R. Schlack et al., 2008). Psychological problems can often be traced back to the influence of stress in early childhood (Egle, 2015; Egle et al., 2016). An accumulation of such stress factors can have a lasting negative impact on the parent-child relationship and, in extreme cases, lead to child maltreatment (Lorenz et al., 2020).

German and international studies show the possible harmful influence of psychosocial stress on the cognitive and social-emotional child development (Laucht et al., 1997, 2002; Stith et al., 2009; Werner, 1993). Especially within the first year, babies are particularly vulnerable to external factors, while having no real resilience yet (H. G. Schlack et al., 2009). In the health care of infants and young children, increasing attention is therefore being paid to the early identification of psychosocial stress and to strengthening possible coping resources by means of preventive services (so-called "Early Interventions"). These programs provide early, voluntary, locally networked and tailored support to psychosocially stressed families throughout pregnancy and until their children turn three years old (Paul, 2016).

In this context, the use of risk screenings in healthcare can be important for preventive child protection (Metzner et al., 2017). In the healthcare system, screening procedures based on the assessment of psychosocial risk factors can help to identify the risk group of stressed families, so that they can be referred to

support services in the early interventions system at an early stage if necessary (Friedmann & Mall, 2016). Maternity clinics are visited by almost all expectant mothers in Germany, hence they build a suitable, central place and time for the early detection of psychosocial stress, child-related risk factors and the initiation of timely and appropriate early interventions (Kratzsch & Dafeld, 2018).

This master thesis deals with the topic of psychosocial stress and the use of risk assessments in maternity clinics to detect possible psychosocial stress in early childhood and ideally prevent child abuse and neglect in extreme cases. The objective is to determine the intersection of the most used psychosocial risk inventories for identifying psychosocial burdened families in maternity clinics in Germany. And furthermore, to develop a prototype of a psychosocial stress screening as minimum standard which covers scientifically proven risk and predictive factors, based on the results of multi-stage, partially web-based expert surveys. A fill-in assistance guide for clinical staff will also be created along with the prototype.

2 Theoretical Background

2.1 Psychosocial Stress in Early Childhood as Risk Factor

In health sciences, social and preventive medicine, clinical psychology and psychiatry, and developmental psychopathology, risk factors are all empirically validated population-scale precursors and predictors of organic and psychosomatic diseases, mental or developmental disorders. A risk factor is an immediate or indirect threat to health, development, social and cultural integration and inclusion, which usually manifests after a time lag (Franzkowiak, 2018).

In general, risk factors with negative effects on child development can be divided into two different categories: biological factors and psychosocial factors (Friedmann, 2016). According to Laucht et al., development risks arise from internal (refer to biological and psychological characteristics of the individual) and external factors (refer to adverse physical and psychosocial characteristics of the child's family) (Laucht et al., 2000a). Pellegrini differentiates risk factors into individual risks

(biological, genetic, acquired biological and environmental risks), psychological risks (temperament, personality traits) and psychosocial risks (e.g., mentally disordered parents, delinquency, financial problems, migration, contentious relationships in the family; stressors in a broader sense) (Pellegrini, 1990). Infants are particularly vulnerable to external influences during the first year of life, because they lack any coping capabilities or resilience (Kalverboer, 1988; H. G. Schlack et al., 2009).

The specific significance of stressors, i.e., psychosocial risk factors affecting the child's living environment, has also been researched in various studies and their relevance for the development of mental disorders in particular has been proven (Esser et al., 1994; Esser & Schmidt, 2017). The term "psychosocial" summarizes factors that are located within the interaction between mental state and social circumstances. Since such conditions vary greatly from one individual to another, there is a wide range of possible circumstances that can act as risk factors (Friedmann, 2016). There are several attempts to subdivide psychosocial risk factors into applicable categories. A longitudinal study from Laucht et al. categorizes them into "parental abnormalities" (low level of education, mental disorder, delinquency, anamnestic stress, lack of coping skills, and young age), "partnership abnormalities" (disharmony, early parenthood, single-parent family, and unwanted pregnancy), and "abnormalities of the family living conditions" (cramped living conditions, lack of social integration and support, rejecting and neglectful milieu, and chronic difficulties) (Laucht et al., 2000a).

The Mannheim Study of Risk Children (Laucht et al., 2000b) investigated the psychological development and its disorders in children with different risks with the aim to delineate recommendations for improvements in prevention, early identification, and treatment of psychiatric disorders in children. The study shows, that among the groups exposed to different psychosocial risks, high stressed children already show clear developmental deficits (based on IQ) at the age of three months (see Figure 1). In infancy, the developmental advantage of the control group increases considerably and remains high until the age of 8. This means that the group of mildly stressed children also lags behind the control group. The social-

emotional development of psychosocially stressed children follows a similar course, at all points of data collection, there is a clear separation between control and intervention groups, with more severely stressed children showing more abnormalities (Laucht et al., 2000b).

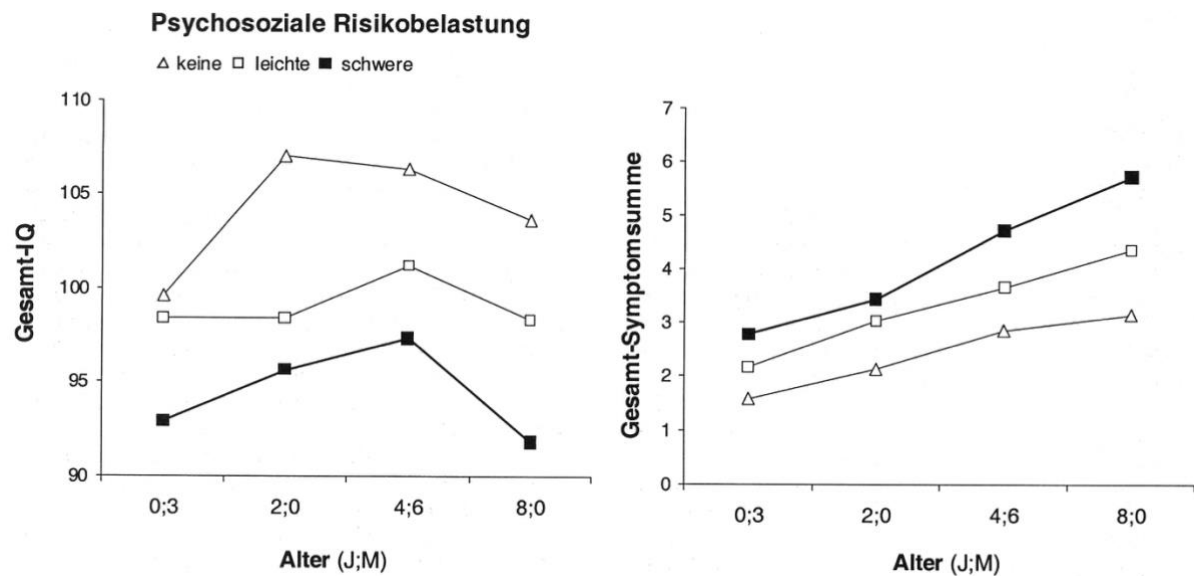


Figure 1: Course of cognitive and social-emotional development of psychosocially stressed children (Laucht et al., 2000b)

Overall, children with multiple (biological and psychosocial) risk exposures have the least favorable developmental prognosis (Laucht et al., 2000b).

In this context, Lösel et al. examined the effects of the accumulation of risk factors on the extent of children's behavioral problems related to adverse parenting characteristics. The following figure shows the correlation between the increase in risk factors and the intensity of children's behavior problems (Deegener & Körner, 2011; Lösel, 2004):

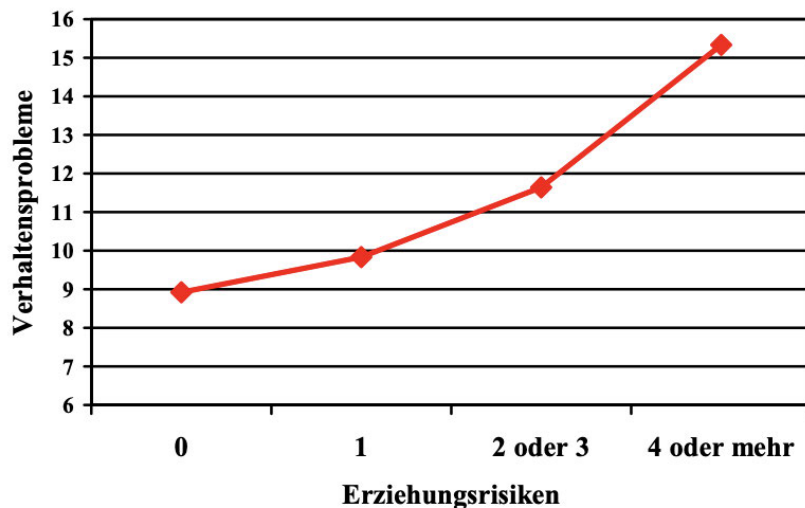


Figure 2: Correlation between the number of educational risk (x-axis) factors and the intensity of children's behavior problems (y-axis) (Lösel, 2004)

If multiple to chronic and overlapping stress factors are pronounced and present at an earlier age, the more complex and profound the impairments of cognitive, emotional, social, and neurobiological development will be (Deegener & Körner, 2011).

Children of mentally ill parents have an increased risk for their own psychosocial burdens (Thorup et al., 2018) which is further increased when experiencing forms of abuse or neglect (Christiansen et al., 2015). Worldwide, the estimated incidence of children growing up with mentally ill parents is between 15-23% (Leijdesdorff et al., 2017). These infants are especially vulnerable and in need of preventive measures, since the late effects of pregnancy and birth complications (early organic risks) and of disadvantaged family living conditions (early psychosocial risks) can be traced into school age (Laucht et al., 2000a).

Systematic psychosocial stress screenings can identify the children's needs and they are able to determine the mental burdens of the family, as well as risk factors and stresses in the family or even abuse and neglect (Holl-Etten et al., 2021).

2.2 Child Maltreatment

Prevention of child endangerment or child maltreatment (abuse and neglect) has become an issue of particular interest in Germany. Child maltreatment is recognized

internationally as serious public health, human rights, legal and social issue (World Health Organization, 2006). Worldwide, 300 million children regularly suffer physical punishment and/or psychological violence. Furthermore, 120 million girls and young women have suffered some form of forced sexual contact (World Health Organization, 2020). The National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV) 2014 reports that 37.3% of children and adolescents experienced physical, and 9.3% of youth experienced an assault-related injury in the United States. Two percent of girls experienced sexual assault or sexual abuse. Overall, 15.2% of children and adolescents experienced maltreatment by a caregiver, including 5% who experienced physical abuse. In total, 5.8% witnessed an assault between parents (Finkelhor, Turner, et al., 2015).

Also in Germany, prevalence of child maltreatment is high. Studies show that 31% of respondents experienced some form of abuse in their childhood, while women are more likely to experience sexual and emotional abuse than men (Witt et al., 2017, 2018). The Police Crime Statistic (PKS) in Germany recorded 4,918 cases of maltreatment of wards in 2020, which corresponds to an increase of 10% compared to the previous year (Bundeskriminalamt, 2021). However, this is a report statistic that only records crimes who are known to the police and are processed by them (Jud & Kindler, 2022). In 2020, a total of 60,551 cases of child maltreatment were reported in Germany, which is around 9% more than the year before and the highest number since statistical records began in 2012 (Central Bureau for Statistics (Destatis, 2021)) (see Figure 3).

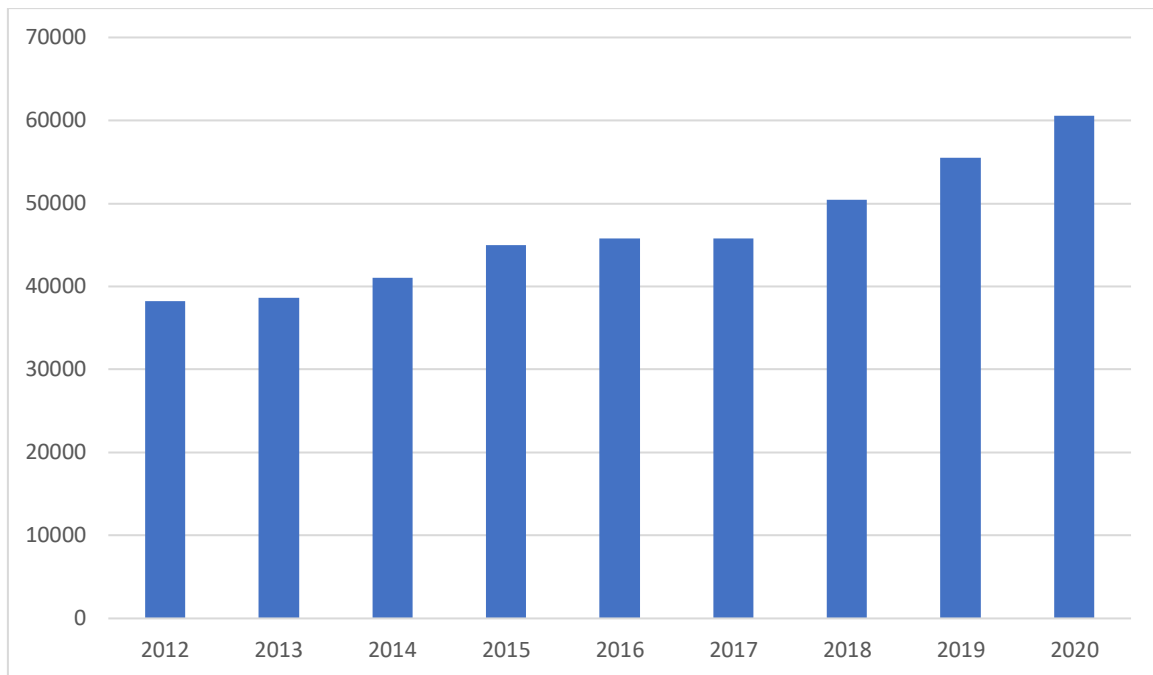


Figure 3: Development of reported cases of child maltreatment in Germany (Destatis, 2021)

However, the state of knowledge about child abuse and neglect in Germany is incomplete, as there is no systematic collection of data, thus the numbers are likely understated (Pillhofer et al., 2011).

2.2.1 Origin and Definition

According to the CDC, child maltreatment is any act or series of acts of commission or omission by a parent or other caregiver that results in harm, potential harm, or threat of harm to a child (Arias et al., 2008). The WHO states that child maltreatment refers to the physical and emotional mistreatment, sexual abuse, neglect and negligent treatment of children, as well as to their commercial or other exploitation (World Health Organization, 2006). In Germany, the term child endangerment (“Kindeswohlgefährdung”) originates from the childhood law of the German Civil Code (Bürgerliches Gesetzbuch BGB). The § 1666 sect. 1 BGB states: “If the physical, mental or emotional well-being of the child or his property is endangered and the parents are unwilling or unable to avert the danger, the family court must take the measures necessary to avert the danger” (§ 1666 sect. 1 BGB). The German Federal Court of Justice (BGH) substantiated the term as “a current danger that exists to such an extent that with further progress a considerable damage to the

mental or physical well-being of the child is to be expected with sufficient probability” (BGH, 2016)

The emergence of child maltreatment is seen as a multifactorial ecological and probabilistic problem (Kindler, 2009b). The biopsychosocial model from Deegener and Körner (2016) shows the cause of child maltreatment with protective and risk factors and their dynamic interactions in four different dimensions:

- *Ontogenetic/individual level*: biographical and personality characteristics such as stressful childhood, mental disorders, drug and alcohol abuse, maltreatment, lack of skills in dealing with stress and resolving conflicts, lack of knowledge about child development
- *Microsystem/family level*: i.a. partner conflicts, disturbed parent-child relationships, cramped living conditions
- *Exosystem/social-municipal level*: e.g., no socially supportive family network, crime rate in the community, socially deprived area
- *Macrosystem/social-cultural level*: e.g., high poverty rate, tolerance of educational violence and aggressive/violent conflict resolution

If parenting behavior, the parent-child relationship, parental evaluations, and expectations of the child are focused, the areas of influence and interactions could be exemplified as follows:

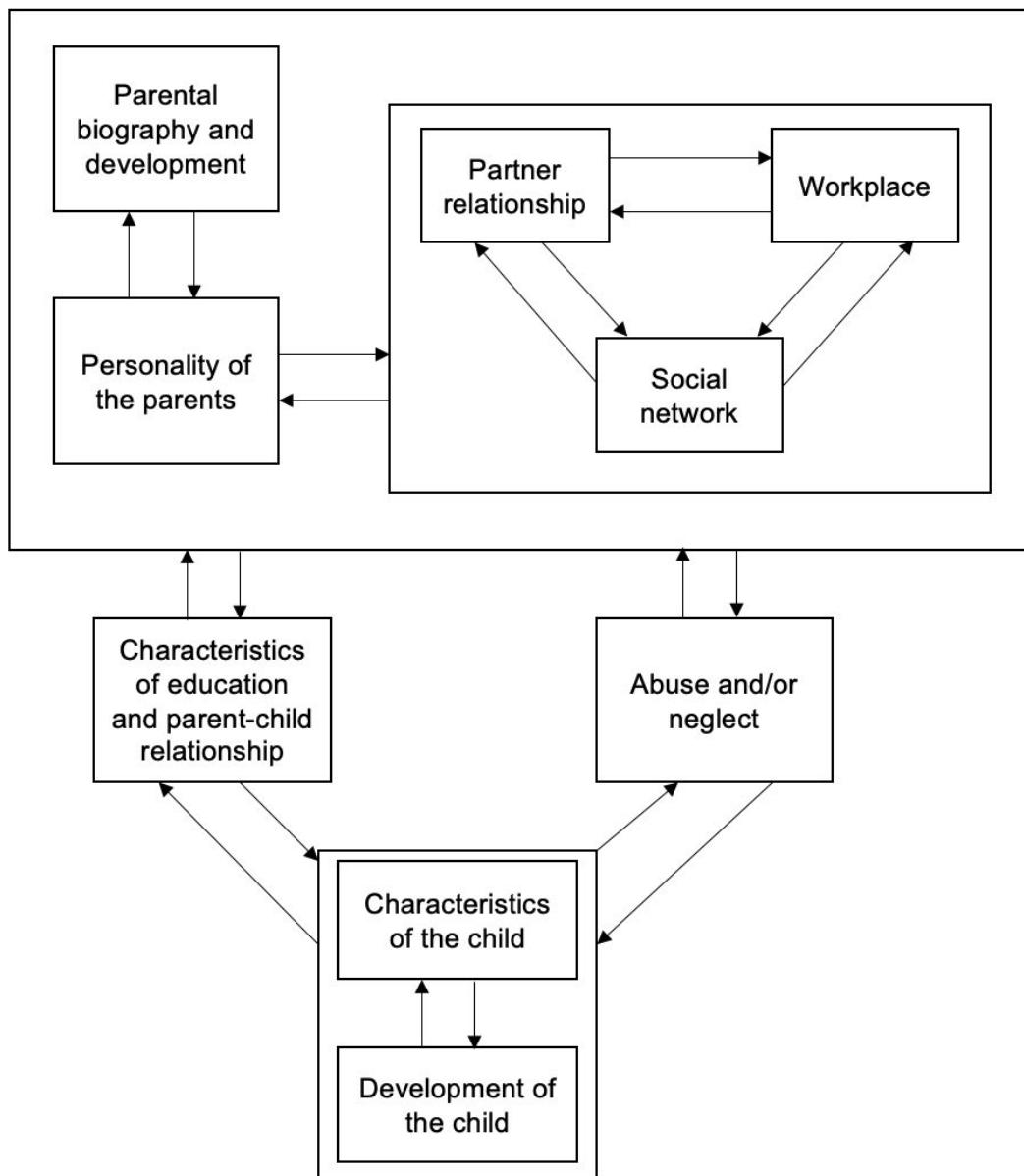


Figure 4: biopsychosocial model of child maltreatment (based on Deegener & Körner, 2016)

Within and between these levels are numerous interactions, where specific factors or a combination of factors can increase or decrease the probability of child abuse. However, none of these factors is a characteristic of child abuse, they can appear in families where child maltreatment does not happen (Deegener & Körner, 2011, 2016). To apply this model to prevention, therapy, and consultation, all risk factors must be reduced and compensatory factors (resources) must be increased at all levels (Deegener & Körner, 2016).

In practice, child maltreatment is a complex issue. The dynamic and the factors that drive it, as well as effective prevention strategies, all differ markedly according to the victim's age, the setting and the relationship between victim and the perpetrator (World Health Organization, 2006). According to Bender & Lösel, child abuse and neglect are the results of a multi-faceted process and a complex interdependence of factors concerning the child, parents, and the family (Bender & Lösel, 2005). Furthermore, parental abuse and neglect can be characterized as extreme manifestations of parental problems, that show up in the derailment and failure of adequate parental behavior (Ziegenhain et al., 2011).

The risk for child maltreatment is the highest for babies and toddlers since they are dependent on the care and protection of their parents (Schwanda et al., 2008).

2.2.2 Forms of Child Maltreatment

In general, four forms of maltreatment are recognized: neglect, physical abuse, psychological/emotional abuse and sexual abuse (Gilbert et al., 2009).

Figure 5 gives an overview of the different forms of child maltreatment and its subtypes.

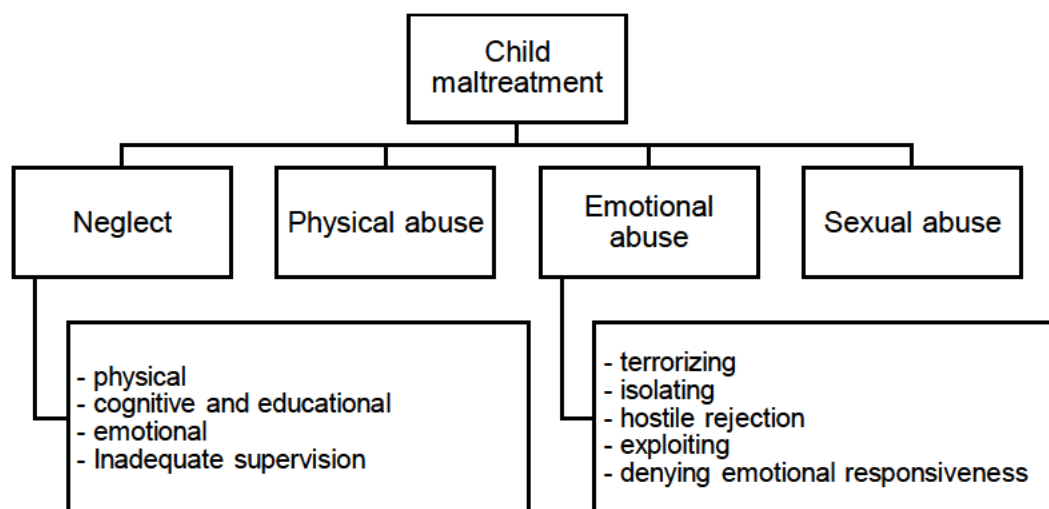


Figure 5: Forms of child maltreatment

Child Neglect

The most common form of child maltreatment is neglect. Kindler defines neglect derived from § 1666 BGB as a persistent or repeated failure by parents or other

caregivers to act in a caring manner or to commission suitable third parties to do so, which foreseeably leads to significant impairment of the child's physical and/or psychological development for a reasonable third party or foreseeably involves a high risk of such consequences (Kindler, 2006c). Kindler differentiates neglect into different subtypes. *Physical neglect* (e.g., inadequate provision of food, fluids, clean clothing, hygiene, housing, and medical care), *cognitive and educational neglect* (e.g., lack of conversation, play, and stimulating experiences; lack of educational influence on irregular school attendance, delinquency, or substance use by the child; lack of attention to special and significant educational or support needs), *emotional neglect* (e.g., lack of warmth in relationship with child, lack of response to child's emotional signals), and *inadequate supervision* (e.g., child left alone and on his or her own for extended periods of time, failure to respond to prolonged unannounced absence of child) (Kindler, 2006c).

Gilbert et al. define child neglect as “failure to meet a child's basic physical, emotional, medical/dental, or educational needs; failure to provide adequate nutrition, hygiene, or shelter; or failure to ensure a child's safety” (Gilbert et al., 2009).

Physical Abuse

In the context of possible child maltreatment, physical abuse can be understood as all actions by parents or other caregivers that, using physical coercion or force, foreseeably lead to significant physical or psychological impairment of the child and his or her development for a reasonable third party or foreseeably entail a high risk of such consequences (Kindler, 2006a).

Physical abuse is defined by Gilbert et al. as “intentional use of physical force or implements against a child that results in, or has the potential to result in, physical injury” (Gilbert et al., 2009).

Psychological/Emotional Abuse

A widely used definition, characterizes psychological maltreatment as repeated patterns of caregiver behavior or patterns of extreme incidents that convey children

to think they are worthless, flawed, unloved, unwanted, endangered, or valued only in meeting another's needs (Gilbert et al., 2009; Kindler, 2006b).

Kindler names five different sub-forms, which may occur individually or in combination, and must be considered as psychological abuse if they characterize a parent's relationship with the child: *terrorizing* (e.g., child is kept in a state of fear), *isolating* (e.g., child is kept away from age-appropriate social contacts), *hostile rejection* (e.g., constantly belittling, shaming, criticizing, or humiliating a child), *exploiting and corrupting* (e.g., child is encouraged or coerced into self-destructive or punitive behavior or such behavior is allowed to go unopposed), and *denial of emotional responsiveness* (e.g., child's signals and needs for emotional attention are persistently and markedly overlooked and not responded to) (Kindler, 2006b).

Sexual Abuse

Sexual abuse can be defined as any sexual act that is performed on or in front of a child either against the child's will or to which the child cannot knowingly consent due to physical, psychological, cognitive, or linguistic inferiority. The perpetrator uses his or her position of power and authority to satisfy his or her own needs at the child's expense (Unterstaller, 2006).

Gilbert et al. define sexual child abuse as “any completed or attempted sexual act, sexual contact, or non-contact sexual interaction with a child by a caregiver” (Gilbert et al., 2009).

2.2.3 Consequences of Child Maltreatment

Exposure to repeated maltreatment is associated with increased risks of more severe maltreatment in the future and negative psychological consequences. Child maltreatment substantially contributes to child mortality and morbidity and moreover has long-lasting effects on mental health, drug and alcohol misuse, suicide attempts, sexual transmitted infections, risky sexual behavior, obesity, and criminal behavior which persists into adulthood (Gilbert et al., 2009; Norman et al., 2012).

Adverse childhood experiences are also associated with an increased risk of premature death (Brown et al., 2009). Kalamakis & Chandler define adverse childhood experiences as childhood events, varying in severity and often chronic,

occurring in a child's family or social environment that cause harm or distress, thereby disrupting the child's physical or psychological health and development (Kalmakis & Chandler, 2014).

In the United States, homicide is the fifth leading cause of death among children under the age of 5 and almost 50% of homicides in this age group are attributed to child maltreatment (Klevens & Leeb, 2010). A U.S. statistics report shows, that 3% of all child deaths can be attributed to abuse or neglect (McCurdy & Daro, 1994).

The incidence of death from maltreatment in Germany is difficult to quantify, as no official statistics on the frequency are available. As a result of the unknown dark field (e.g., hidden neonate corpses, deaths classified as natural deaths erroneously, or diagnoses missed due to a lack of autopsies), no valid or complete database exists for the frequency of lethal child abuse in Germany (Banaschak et al., 2015). However, Wegener & Zack estimated an annual incidence rate of deaths of 0.84 per 100,000 children, based on security reports of the Federal Ministries of the Interior and Justice (Wegener & Zack, 2008).

According to Police Crime Statistics (PKS), 152 children died from violence in 2020. 115 of them were younger than 6 years at the time of death (Bundeskriminalamt, 2021).

ACEs (e.g., emotional/physical/sexual abuse, emotional/physical neglect) are important predictors of physical and mental health problems (Finkelhor, Shattuck, et al., 2015).

Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder (PTSD) are associated with child abuse and neglect (Nakayama et al., 2020) as well as impairment of the physical health. Glaesmer et al. show a significant association between traumatic experiences and posttraumatic stress disorders with physical indispositions in old age, such as cardiovascular diseases, asthma or thyroid diseases (Glaesmer et al., 2011).

A systematic review from 2017 indicates that multiple adverse childhood experiences (e.g., child maltreatment) are a major risk factor for many different health conditions. The strongest associated outcomes with adverse childhood events represent adverse childhood experiences for the next generation (e.g.,

violence, mental illness, and substance use). Therefore, it requires a shift in focus to include prevention of child maltreatment, resilience building and corresponding service provision (Hughes et al., 2017).

Figure 6 demonstrates the relationship between early stress experiences or psychological traumatization's and emotional deprivation and the previously reported long-term consequences, as well as reduction of life expectancy.

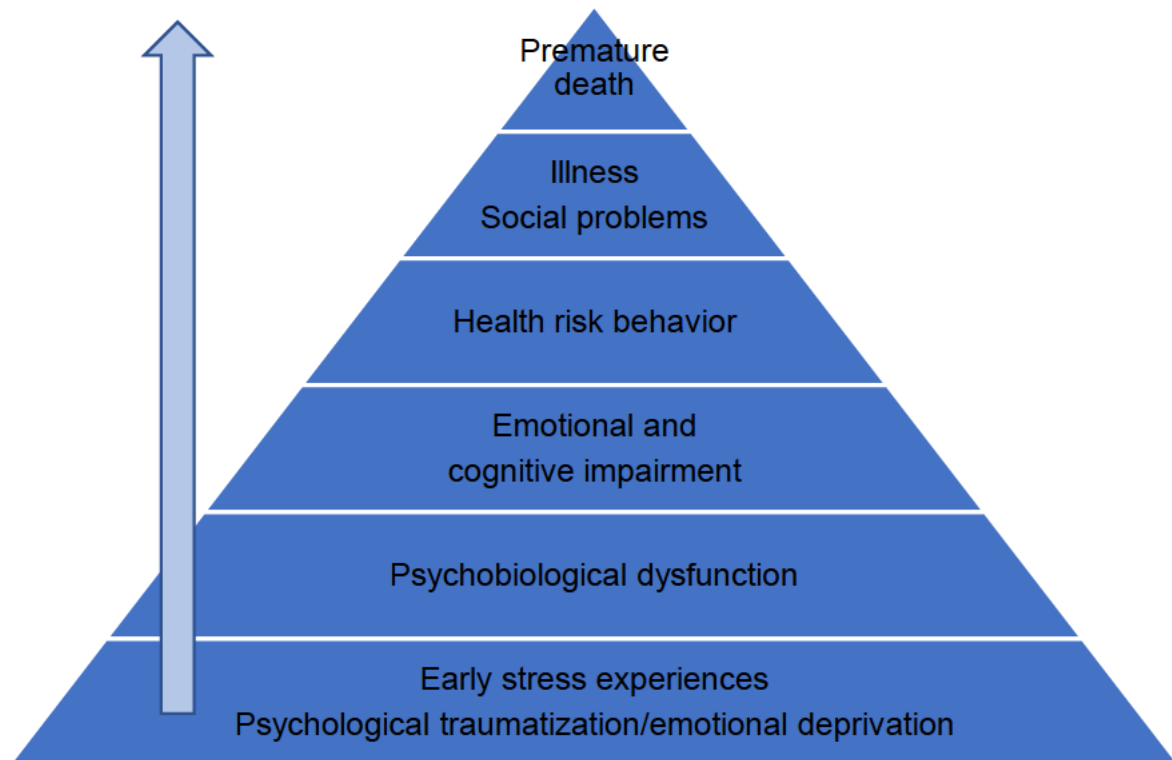


Figure 6: Relationship between early stress experiences in childhood and long-term consequences or reduction of life expectancy (Egle et al., 2016)

Furthermore, there are high follow-up costs for the society. The Deutsche Traumafolgekostenstudie (German trauma consequences expenses study) calculates a total of €11,0 Billion in costs, caused by the consequences of child abuse and neglect in the German society every year. This means that every German citizen accounts for €134.54 of trauma consequences follow-up costs yearly (Habetha, 2012). An international systematic review and meta-analysis from Hughes et al. examined the annual health and financial burden of adverse childhood experiences (ACE) for 28 European countries. It shows that harmful alcohol use, smoking and cancer have the highest adverse childhood experiences attributable

cost in many countries. The estimated ACE-attributable cost in Germany was the highest with \$129,4 Billion, which is the equivalent of 3.4% of Germans GDP. This shows the importance of investing in safe and nurturing childhoods (Hughes et al., 2021), not only from a social and medical perspective, but also from an economic point of view.

2.3 Psychosocial Stress Screenings

Considerably beneath the threshold of child maltreatment, psychosocial stress screenings are coming into play. The goal of these screenings is to systematically identify families with possible special support needs and offer them help to reduce the incidence of early forms of child neglect and abuse and promote positive forms of care among stressed groups of parents on a voluntary basis (Kindler, 2010). Accumulation of risk factors is a common criterion for indicating a need for early interventions or help in general (Lorenz et al., 2020).

In the medical care context, a two-stage approach for identifying families with psychosocial support needs has proven to be effective. In the first stage, the target group of stressed families should first be identified in the process of the risk screening by querying relevant risk factors. In the second stage, the roughly screened existing stresses should then be discussed in depth with the parents and trained professionals. If a need for support is identified, the family should be referred specifically to the early interventions network (Barth & Belzer, 2016).

Children's risks can be determined most reliably using empirically tested screening methods that systematically record risk factors. However, even well-secured procedures are never able to predict future abuse, improvement or deterioration in parental behavior in every individual case (Ziegenhain & Kindler, 2009). Screening questionnaires and risk diagnostics can therefore never be the sole basis of a risk situation, a development prognosis, or a specific and individually adapted support plan. The situation must always be additionally assessed by a trained professional in relation to the risk and protective factors together with the family (Metzner & Pawils, 2016). The questionnaires alone are unable to map the complexity of the interaction of personal and environmental risk factors and protective factors but allow for a selective prevention strategy. They are intended to identify families with

an increased need for help at an early stage (Herrmann et al., 2016). However, empirically based methods usually exceed the individual prognostic judgment of the average social worker or clinician (Fegert, 2008; Ziegenhain & Kindler, 2009). An improvement in quality can be achieved if a systematic and binding screening questionnaire is included in a final decision according to a consensus-based model, which combines the different perspectives of experts and structures the decisions based on them (Goldbeck et al., 2007). This approach combines the advantages of empirically supported risk assessments with those of consensus-based decision models (Ziegenhain et al., 2011).

Exposure to psychosocial burdens in early childhood increases the risk of child abuse and neglect as well as development deficiencies (Eickhorst et al., 2015). A representative prevalence study “Kinder in Deutschland – KiD 0-3” (Eickhorst et al., 2015) shows, that approximately 30% of families with children aged up to 3 years in Germany have psychosocial stress. From n=5,176 included families, 29% reported no risk factor, 25% reported one risk factor, 16% reported two risk factors, and 30% reported three or more risk factors. The mean number of risks in families was $M=1.95$ (95% CI [1.77-1.88]) (Lorenz et al., 2020). Regarding child abuse and neglect, studies show an increase in the accumulation of risk factors in early childhood (Eickhorst et al., 2015; Lorenz et al., 2020).

An observational cohort study in Florida investigated different risk factors for infant maltreatment. The study shows that 0.85% of the study population experienced verified instances of maltreatment by the age of 1. Five risk factors identified relative risks (RR) of 2 or higher: mother smoking during pregnancy (RR 2.8), having more than two siblings (RR 2.7), medicaid beneficiary (RR 2.1), unmarried marital status (RR 2.0), and low birth weight infant (RR 2.0). The maltreatment rate of infants with four of these five risk factors was seven times higher than the general population (Wu et al., 2004).

In the study population in Florida, 13% of families with 0- to 3-year-olds were stressed (≥ 3 risk factors), however, half of the verified maltreatment cases were among this risk group (Wu et al., 2004).

It is essential to prematurely identify and support families with psychosocial problems, as well as to provide suitable support and intervention programs to positively affect unfavorable childhood development (Metzner & Pawils, 2011; Naab et al., 2017).

Since the implementation of warning system in the context of early childhood interventions, there are several psychosocial risk assessment tools implemented in obstetric clinics to identify families with psychosocial burdens as early as possible to prevent child abuse and neglect (Lorenz et al., 2020).

Psychosocial stress screenings can help professionals to identify families with possible risks of child endangerment. These risk assessments record the relative risk of single or cumulative existing risks and predict statistical probabilities of risks (Ziegenhain, Ute et al., 2011). Risk screenings and their items should be empirically scrutinized. Risk screening items for early intervention should be gathered from a pool of proven predictive factors for neglect or maltreatment as well as educational difficulties and developmental delays in early childhood (Kindler, 2010). Known predictive factors for child abuse/neglect and development disorders/education difficulties are for example: low education level, partnership problems/violence, very young age of the mother, maternal mental abnormality, maternal depression, maternal aggressiveness, or low birth weight (see Table 1) (Kindler, 2010). The table is the result of two systematic literature reviews on predictive factors of early neglect/maltreatment and early parenting difficulties or developmental disabilities. All reported predictive factors have been confirmed in at least two different longitudinal studies (Kindler, 2010).

Table 1: Predictive factors for abuse/neglect and early education difficulties/development disorders (Kindler 2010)

Predictive factors for abuse/neglect and early education difficulties/development disorders	
Abuse/neglect	Education difficulties/development disorders
Indicators of the social situation	
low educational level poverty/social benefits	low educational level
Living conditions of the family	
partnership issues/- violence frequent moving social isolation/little support	partnership issues/- violence high stress level
Personal requirements of parents for accomplishment of care and education	
very young age of mother low intelligence of mother mother experienced endangerment mother/father in out of home care as children low confidence mother	very young age of mother mother/father broken home mother low coping capacities mother/father convicted
Mental health mother/father	
mother mentally conspicuous mother signs of depression mother impulsive/aggressive mother emotionally unstable	mother mentally conspicuous mother signs of depression mother impulsive/aggressive
Attitude towards child and behavior during pregnancy	
unwanted baby, negative about baby incomplete (pregnancy) check-ups unrealistic expectations	

Care- and education requirements of baby or siblings	
low birth weight difficile child various younger children in family	low birth weight baby is a boy
Observable care- and education behavior of mother/father	
problematic education behavior mother	problematic interactive behavior mother unfavorable educational pattern mother unfavorable HOME score
Other factors	
	low quality third-party care

After families at risk are identified with the help of a psychosocial stress screening, they should be led over to early intervention programs. Early intervention programs can decrease abuse and neglect and furthermore improve factors such as child functioning, parent-child interaction, parent functioning, family functioning, and context characteristics as shown in a meta-analysis (Geeraert et al., 2004).

Effectiveness of Early Intervention Programs

A meta-analysis from Geeraert et al. estimates the overall effect size of early intervention programs with $d=.29$, with a standard error of estimation equal to $.044$ (587 effect sizes included in total). The Wald test, comparing the ratio of the estimate by the corresponding standard error with a standard normal distribution, reveals that this overall effect size is highly significant ($z=6.59$, $p<.001$). Therefore, there is strong evidence that the programs for prevention of child abuse and neglect in general have a positive effect (Geeraert et al., 2004).

Another international review investigated if early childhood interventions prevent child maltreatment (abuse and neglect). 15 studies of 14 different programs for children up to 5 years were included. The weighted average effect size of program participation was a 2.9% point reduction in maltreatment, which is equals a 31% reduction in the rate of maltreatment over control groups (Reynolds et al., 2009). In

a meta-analysis of MacLeod and Nelson, a weighted effect size of .41 for promoting family wellness and preventing child abuse and neglect was found in 56 included studies (MacLeod & Nelson, 2000).

This shows the benefit of well-implemented social early warning systems and early interventions.

In general, there are three different types of early intervention (Springer & Phillips, 2007):

- Universal prevention interventions address the general public or a segment of the entire population with an average probability of developing a disorder, risk or condition
- Selective prevention interventions serve specific sub-populations whose risk of a disorder is significantly higher than average, either imminently or over a lifetime
- Indicated prevention interventions address identified individuals who have minimal but detectable signs or symptoms suggesting a disorder

In contrast to medical practices, maternity clinics are visited by 98% of all expectant mothers in Germany, where they can be reached safely within a short period of time. Hence, maternity clinics build a central place and time for the early detection of psychosocial stress, child-related risk factors, and the initiation of timely and appropriate early interventions (Kratzsch & Dafeld, 2018).

Prerequisites for needs-based support are not only the professional recognition and assessment of stress factors, but also the evaluation of the resources of the family in question. Thorough training in the handling of a screening is a mandatory requirement for its meaningful use (Simon-Stolz et al., 2013).

For the final assessment of the need for support, the identified risk factors, should always be contrasted to the available resources of the family in a detailed clearing conversation with a trained specialist (Metzner & Pawils, 2016).

Protective Factors

As mentioned before, in order to fully assess the need for assistance, the identified risk factors in the screening must be contrasted with the family's protective factors. Protective factors are characteristics of people, events, or circumstances that mitigate or cancel out the effect of existing risks. They can thus make unfavorable outcomes, certain illnesses or behaviors less likely (Masten & Reed, 2002).

The goal of protective factors research is to identify factors that promote a positive developmental trajectory after experiences of abuse or neglect. For the planning of help and interventions, such factors are particularly important, which can actually be influenced, e.g. by means of therapy (Rassenhofer et al., 2020).

One of the best documented protective factors for risk events is the support of affected children by their social environment. Fostering positive relationships or offering alternative relationships should therefore be a focus of assistance (Domhardt et al., 2015). Furthermore, in the partnership and within the family and social environment, social support reduces abuse and neglect of children, as it reduces stress, helps impart parenting skills, and strengthens positive parenting behavior (Maguire-Jack & Negash, 2016; Osofsky & Thompson, 2000).

Deegner & Körner report the following biographical protective factors (Deegener & Körner, 2011):

- Lasting good relationship with at least one primary caregiver
- Emotionally healthy parents
- Secure attachment behavior in early childhood
- Extended family, compensatory parental relationships, mother's relief
- Good substitute environment after early mother's loss
- Little conflict, open parenting climate oriented toward independence
- Robust, active, and sociable temperament
- Internal control beliefs, high self-efficacy expectations
- Secure educational behavior

- Few critical life events
- Positive school experience
- Social support (e.g., youth group, school, church)
- Reliably supportive adult caregiver(s)

2.4 “Pilotage Services” in Germany – Social Early Warning Systems

Pilot systems are a success factor in in the system of early interventions. In 2006, the Federal Ministry for Family Affairs announced a press release that it would push an initiative for better protection of children at risk as part of its focus on "early intervention for parents and children and social early warning systems," since then the terms "early help/interventions" and "social early warning systems" have become established among child welfare experts (Bastian, 2011). Over time, the concept of "social early warning systems" has been increasingly replaced by that of "Early Interventions" (Fegert & Ziegenhain, 2012).

On January 1st, 2012, the Federal Child Protection Act (BKisSchG) came into force and the Federal Initiative Networks for Early Help and Family Midwives began its work. The goal of the initiative of the Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ), which was initially limited to four years, was to establish and expand preventive care structures for (expectant) families to offer specific assistance, especially to parents in stressful situations. To this end, the Federal Early Intervention Initiative supported federal states, cities, municipalities, and counties in their commitment to early intervention and promoted the development and expansion of early intervention networks as well as the deployment and qualification of family midwives and comparable professional groups (*Bundesinitiative Frühe Hilfen*, n.d.).

According to the National Centre on Early Prevention (NZFH) early interventions are child protection concepts that include both preventive services and interventions to ensure the child's well-being (Nüsken, 2011).

Social Early Warning Systems (“Soziale Frühwarnsysteme”) are supposed to provide support to families in difficult life situations, by developing interdisciplinary cooperation within prevention.

There are three different basic requirements for social early warning systems (Jordan et al., 2004; Nüsken, 2011):

1. **Perceiving** a risky development (perception and evaluation of risks)
2. **Warning** of obligated persons and institutions (systematic information of an institution or person)
3. Consequent and prompt **acting** (binding and prompt reaction)

Since 2006, more and more clinics have implemented special trained “Babylotsen/Babypilots” or social pedagogists. Since then, if they perceive psychosocial stress, the pilots have been able to make personal contact with the families, invite them to an on-site consultation and, if necessary, give them access to the communal network for early interventions. In 2017, about 30% of clinics with over 300 births per year had implemented some form of pilotage services (Renner & Paul, 2021).

In general, all pilotage services are following with tiny differences the following scheme (Metzner & Pawils, 2016):

1. Screening for risk factors
2. Clearing for assessing the risk and protective factors of the family
3. Support/lead the family to the assistance system (by trained social education workers/babypilots)

A psychosocial stress screening is only the first step to identify the families who could need professional help. It is very important that a screening is always backed up by a “clearing” (clarifying discussion with the family and a trained social education worker to assess the existing risk and protective factors). The social education workers have then to decide, often together with the attending physician/midwife, if the family will be further supported and can be led over to supporting institutions.

The quality of a social early warning system is primarily determined by the quality of the screening used and the semi-structured guideline interviews (clearing) with the mothers (Pawils et al., 2011).

The most important and biggest pilotage services in Germany and their corresponding psychosocial stress screenings are covered in the methods and results of this master thesis and will be described in the following passage.

“Babylotse”– Hamburg

The pilot project “Babylotse” was initiated by the “SeeYou” foundation in 2007 in Hamburg, Germany and was evaluated by the Medical Center Hamburg-Eppendorf. The project was first implemented in the birth clinic of the Catholic Marien Hospital in Hamburg (Gall, 2013).

All pregnant mothers who were registered in the clinic prior to giving birth were screened for psychosocial risks. Midwives and obstetricians used a screening questionnaire as part of the anamnesis. If the questionnaire scored two or more points, it was screened as positive or at risk and the mothers had the possibility to participate in a structured clearing interview with a social worker. During the clearing interview, the social worker investigated further risk and protective factors, furthermore a need assessment was conducted. In a shared process every mother together with the social worker decided if the family is in need of further support. If they decided on that, the social worker helped the mothers with identifying suitable institutions. It was also monitored over the period of 1 year, with regular communication between the mothers and the institutions (Atabaki et al., 2013; Pawils et al., 2011).

During the period of the pilot scheme (2 years and 8 months), from 4,581 screened mothers, 723 mothers (16%) were detected to be at risk and further 128 mothers were included due to observations by the hospital staff who noted abnormalities in contact. A structured clearing interview was conducted with 839 mothers. 378 mothers were assessed negatively/not in need for further support and 417 mothers positively/in need, for 56 mothers, information about the need of support was not available. In total, from 506 receiving support, 305 were referred to the regional

support system (60%). The evaluation showed an overall high participation rate of mothers. All positively screened mothers were willing to participate in the structured clearing interview and almost all mothers who were assessed to be in need agreed with either referral or other forms of support (90%). Furthermore, it could be shown that mothers rated the process of the Social Early Warning System (contact with social education worker, referral to support system, received support) positively (Atabaki et al., 2013).

As part of a longitudinal study, the family intervention “Babylotse” was evaluated in a control group design to assess whether it had a positive effect on the child's health as well as the family's living situation. N=129 children were assessed, of whom n=70 belonged to the intervention group and n=59 to the control group. As a result, psychosocially stressed families with social worker contact were visited in their home environment one year after birth to assess the child's health status and the family's living situation. After one year, there were no significant differences between the families served by a social worker and the unaffected families, indicating that the previously burdened families of the intervention group received the same positive outcomes regarding aspects such as health, quality of life, and social situation as the parents of the unburdened families. Babypilot and control groups differed significantly only in head circumference (M=46 cm, SD=1.8 cm intervention group) than the control group (M=47cm, SD=2.1 cm) (Pawils et al., 2021).

In terms of physical development, there were no differences in behavior or in the degree of body motor development between the groups. Both parent groups were also equally satisfied with how their child was developing (Pawils et al., 2021).

Overall, the study indicates that the intervention (Babylotse) was able to counteract the risk factors of the stressed families to some extent (Pawils et al., 2021).

Overall, the screening questionnaire includes 20 different items, about the child, the mother, the family/partnership, and health and well-being, furthermore the questionnaire includes the date and time of delivery and if the child was born by c-section.

Today, the Babylotse Hamburg project offers support to yearly over 2,300 families in 103 different clinics and medical practices in and around Hamburg (*Stiftung SeeYou*, n.d.).

The screening questionnaire “Wilhelm” which was developed for the pilot project “Babylotse” in Hamburg can be found in the Appendix 1.

“Babylotse” – Frankfurt

Since 2014, the child protection agency in Frankfurt executes the program Babylotse in Frankfurt on the Main. The program was adapted from the Babylotsen in Hamburg (*Goethe-Universität — Babylotse FFM*, n.d.). The "Babylotse" program accompanies parents with questions about birth and parenthood. The trained Babylotsen advise parents already in the maternity wards of Frankfurt's hospitals, they help with administrative questions, accompany the social and emotional challenges of young parents and navigate the families to individually suitable offers (*Goethe-Universität — Babylotse FFM*, n.d.)

An unpublished report of the Babylotse FFM project, states a high acceptance of the project in the health care sector. The procedure for systematic identification of a potential need for support is well implemented, approximately 90-95% of all women registered for birth are reached by the early detection procedure. 25% of all families are indications of a need for support, 66% of these families accept the counseling offer through "Babylotse Frankfurt". 20% of all women who give birth in the pilot phase of maternity clinics have at least one clarifying conversation with the Babylotsen (Deutscher Kinderschutzbund Frankfurt, 2015).

The Frankfurt screening includes 19 different items and is very similar to the Hamburg one, additionally, it includes three items about the father of the baby. The Babylotsen Frankfurt are responsible for eight different maternity clinics in and around Frankfurt.

The screening questionnaire which was developed for the Babylotsen Frankfurt can be found in the Appendix 2.

“Babylotse Plus” – Berlin

The Babylotse plus Charité is a scientific pilot project of the NZFH in the maternity clinic of the Charité University Medicine in Berlin, in cooperation with the project Babylotse and SeeYou, which started in 2012 (Klapp, n.d.-b). The project screens every mother who is giving birth at the Charité. The Babylotsen are contacting the families during pregnancy consultation or in maternity ward. With a psychosocial screening questionnaire, the demand is identified. In the next step, there is a detailed personal conversation and consultation, where the demand is discussed. Then, together with the mother the Babylotsin is selecting a suitable support facility for the family. The family is further monitored until up to 3 months post screening (Babylotse Plus Charité, 2013).

The Babylotse Berlin questionnaire includes 23 different items and calculates an overall score in the end, which gives an indication of the stress intensity.

The screening correctly identified most families with psychosocial risk and was very well evaluated. 48% of the screened families had psychosocial risks, which were discussed in a clearing. Further 33% required a consultation with the Babylotsen. Among the 279 participants included in the analyses, 215 were “likely at risk” and 64 had a low or no risk, the latter were randomly selected among all families with scores < 3. The screening form had a sensitivity of 98.9% to detect families at risk, whereas its specificity was 33%. The positive likelihood ratio of the screening questionnaire was low at 1.5: families in need of support were only 1.5 times more likely to have a positive test result than families who did not need support. In contrast, the negative likelihood ratio of the screening questionnaire was very low at 0.03, it showed that great diagnostic significance could be attributed to a negative test result. (Fisch et al., 2016).

By now, the Babylotse Plus project is established in 18 different maternity clinics in Berlin and consults about 2,000 families yearly (Klapp, n.d.-a).

The screening questionnaire which was developed for the Babylotse plus Berlin project can be found in the Appendix 3.

“KinderZUKUNFT“ – North Rhine-Westphalia

In 2010 the pilot project KinderZUKUNFT started in seven different maternity clinics in North Rhine-Westphalia (NRW), it was supported by the state ministry, several health insurances and the German Foundation Children’s Future (Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft) (*KinderZUKUNFT NRW*, n.d.). The KinderZUKUNFT NRW prevention is currently implemented in ten maternity hospitals. It is a prevention model for the early identification and support of children at risk with increased vulnerability and/or families with psychosocial and health-related stress. It serves to prevent developmental disadvantages. Its goal is to ensure that all children, regardless of their social background, grow up healthy and that the parents' relationship and parenting skills are strengthened (Kratzsch, 2018). In the project, the early intervention systems (health care, early support, pregnancy counseling services, and youth welfare) work together in a cross-sectoral manner from the very beginning (Kratzsch & Dafeld, 2018).

Between 2011 and the end of 2013, from 2,185 births in two maternity clinics of the project, 169 (7,7%) families at risk were detected, of which 88 (4.0%) were high-risk families. The most frequently identified characteristics of families at risk were: overburdening, living in poverty, partner conflicts, and youth services already involved (Kratzsch et al., 2012).

The KinderZUKUNFT screening includes 31 different items, which makes it the longest of the explored screening questionnaires. Furthermore, the screening also results in a classification according to 4 different severity levels.

The screening questionnaire which was developed for the pilot project “KinderZUKUNFT” can be found in the Appendix 4.

Early Intervention – Ortenaukreis

The Early Interventions in the Ortenau district is a preventive and local offer for parents with children between 0-3 years. The concept was developed by a steering group with representatives from 20 institutions and professions of the public health and youth welfare services. The main objectives are the health development of

children and strengthening of parenting skills, avoiding unfavorable development processes in the event of stress and to preventing child maltreatment (*Frühe Hilfen Im Ortenaukreis*, n.d.).

The Early Intervention Ortenau screening includes 30 different items and differentiates according to a traffic light system between green=not conspicuous, orange=slightly conspicuous (pos. in-depth clearing), and red=conspicuous (in-depth clearing). Furthermore, the screening uses pictograms (ear and file) to help with information retrieval.

In an evaluation of 2010 and 2011, out of 6,464 births, 5,920 (92%) families were screened. Of these, 5,179 (87%) screenings were classified as "green", 556 (10%) as "yellow", and 175 (3%) as "red". In total, 4% of all screenings (255 families) required in-depth clearing with the mothers/families (Böttinger, 2012).

During the process of this master thesis, the program early interventions Ortenau joined the quality association Babylootse.

The screening questionnaire which was developed for the Early Interventions Ortenaukreis can be found in the Appendix 5.

“Guter Start ins Kinderleben”

The model project “Guter Start ins Kinderleben” (GSiK) started in 2007 in eight different locations of Baden-Württemberg, Bavaria, Rhineland-Palatinate, and Thuringia. The main purpose of the project was the linking of health assistance and youth welfare, to provide tailor-made and complete offers for early childhood and to optimize and supplement the existing structure of early intervention services (Filsinger, 2017; Ziegenhain & Kindler, 2009). The program and Kindler created a short questionnaire for risk indices around birth, taking the available literature and research into account. This screening inventory is based on risk factors for early neglect or abuse and analysis of international risk inventories (Filsinger, 2017; Kindler, 2009a).

The interrater reliability and criterion validity was calculated for the questionnaire for risk indices around birth. The screening instrument was understood and used correctly by laymen and experts, leading to a high agreement with a given sample solution. There was a high concordance between parents' and experts' ratings. If no risk factors were indicated by professionals in the screening, the parents interviewed self-reported stress significantly less than it was the case for parents with indications for an in-depth interview (Besier et al., 2012).

The "LupE" screening is an extension to the initially developed psychosocial assessment tool and includes 30 different items and uses a traffic light system to estimate the stress level (green=midwife recommended, orange=midwife strongly recommended/ consultation for assistance, red=family midwife/family health and pediatric nurse recommended; with agreement Early Intervention) (Filsinger et al., 2008).

The screening questionnaire "LupE" which was developed for the model project "GSiK" (at the project location Ludwigshafen) can be found in the Appendix 6.

3 Research Question and Objectives

There are over 130 screening questionnaires for risk diagnostic and suspected diagnosis of child maltreatment in Germany, developed and used by medical experts, youth welfare, early childhood interventions or local health authorities (Metzner & Pawils, 2011, 2021). All the screening instruments are using different items and questions, which makes them hard to compare.

So far, there is no interdisciplinary agreement in Germany on standardized and scientifically tested screening procedures that are used systematically and bindingly within child and youth welfare (Ziegenhain & Kindler, 2009).

A minimum standard for psychosocial stress screenings in obstetric medicine in Germany is not available.

3.1 Research Questions

What are essential items for psychosocial stress assessment screenings, that every questionnaire should retrieve?

How can these findings be assembled into a prototype as standard for psychosocial stress screenings in maternity clinics in Germany?

3.2 Objectives

The objectives of this master thesis are:

- a) Overview of the most important psychosocial screening questionnaires used in maternity clinics in Germany and their items
- b) Building consensus with the expert group about essential items in the questionnaire
- c) Online survey about the developed consensus for the professional community in Germany
- d) Development of the minimum standard questionnaire and adaption according to the outcome of expert group/survey
- e) Development of a fill-in assistance for professionals for the use of the standard in practice
- f) Final coordination with the expert group for the screening and the associated fill-in assistance
- g) Publication of the results with the professional community (National Centre on Early Prevention NZFH)

4 Methodology

This chapter describes the development of the standard for psychosocial stress screenings in maternity clinics in Germany, as well as the investigation and the methodological approach used to answer the research questions. It gives an overview of the study design and how the data was collected on which the analyses are based, as well as the statistical approach. Overall, a mixed-methods design was chosen to fulfill the objectives. The screening questionnaire was developed using multi-stage, partially web-based expert surveys (with a modified Delphi strategy).

4.1 Document Analysis for Comparing the Screening Questionnaires

Firstly, a document analysis of the existing psychosocial stress screenings was created. The n=6 most important screening questionnaires in Germany (chapter 2.4) were evaluated according to their used items about biopsychosocial strains and stresses or risk factors as well as their wording.

All identified screening questionnaires are using empirically tested potential predictive factors for child abuse and neglect, education difficulties, development disorders, or other factors that may cause unfavorable child development. The items of the different screenings were contrasted with each other for comparison, to find commonalities and differences, as each screening questionnaire covers different items and topics. For this purpose, an excel document covering all questionnaires and items was created, the columns showed the different screenings, whereas the items were subsumed in the rows of the excel document. For better clarity, the items were sorted by categories: pregnancy, birth, mother, 2nd caregiver, baby, relationship to baby, family, and other items. Furthermore, the exact wording of each item of the included screening questionnaire was recorded, for better comparison (see Figure 7). Additionally, the fill-out method (either filled out by the mother/family or the clinical personnel), the evaluation (if conducted) and the respective locations in which the screenings are used (number of clinics, communities) were recorded.

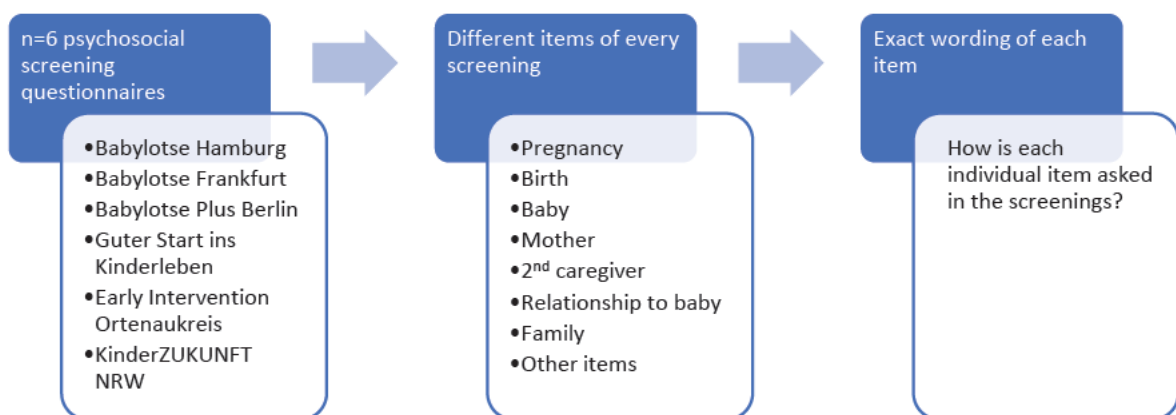


Figure 7: Process of comparing the screening questionnaires

The final document with the summary of all screenings and their items was brought into an expert committee for voting in the next step.

4.2 Expert Group – Consensus Procedure

The results of the previous executed analysis were brought into a newly formed expert group. The expert committee “working group standards in psychosocial screenings” was assembled, consisting of n=7 experts from various professional disciplines.

The expert group consisted of experts from research and practice. From each of the n=6 selected screening questionnaires, one representative was included in the expert group, namely:

- PD Dr. Silke Pawils, research group leader prevention in children and adolescents at the University Hospital Center Hamburg-Eppendorf
- Dr. Christine Klapp, retired obstetric senior physician at the University Hospital Charité Berlin and now coordinator of the program Babyotse in Berlin
- Dr. Barbara Filsinger, obstetric senior physician at the University Hospital Mannheim, creator of the LupE screening and head of the Mother and Child Center in the gynecological hospital
- Nicola Küpelikilinc, head of the program Babyotse in Frankfurt on the Main
- Nicole Hellwig, 1st Chairwoman of the Quality Association Babyotse and representative leader in Hamburg
- Dr. Wilfried Kratzsch, retired pediatric senior physician of the Children's Neurological Center of the Sana Clinics Düsseldorf-Gerresheim and co-initiator of the project KinderZUKUNFT in Solingen
- Ulrich Böttinger, head of the social services department in the Ortenau district.

Additionally, Prof. Dr. Heinz Kindler, research group leader child protection at the German Youth Institute, provided further information and expertise to the expert group.

The experts were able to vote the items of the n=6 psychosocial stress screenings, which they think are essential and must be part of a minimum standard in Germany.

4.2.1 Modified Delphi Technique

The screening questionnaire was developed using a modified Delphi strategy.

The Delphi method was originally developed in the 1950s by Olaf Helmer, Norman Dalkey, and Nicholas Rescher to predict the impact of technology on warfare (Keeney et al., 2011). It is now widely used in healthcare, marketing, education, information systems, transportation engineering, and complementary and alternative medicine to develop guidelines and develop key components of an intervention (Trevelyan & Robinson, 2015).

Delphi technique utilizes expert participants and a series of questionnaires interspersed with controlled feedback to produce results on the opinions of the group. The method is appropriate when there is no agreement, incomplete knowledge, uncertainty, or insufficient evidence. However, this technique is not intended to challenge statistical or model-based procedures, but rather to be applied where statistical methods are impractical or impossible (Rowe & Wright, 1999; Trevelyan & Robinson, 2015). Delphi technique has four main characteristics: anonymity between participants, iteration with controlled feedback of group opinion, statistical aggregation of group response and expert input (Trevelyan & Robinson, 2015). In this case, only the first round was conducted anonymized for pre-selecting the items.

In this survey process, the experts evaluated several individual psychosocial stresses that have been shown to have a potentially negative impact on child development in national and international longitudinal studies and items of other psychosocial screening questionnaires (chapter 2.4) in terms of their relevance to practice. For each individual item of the expert survey, it was determined in whether its relevance from the experts' view, its relevance is sufficiently well documented by empirical studies, and whether the respective burden is at all recognizable in the context of the screening or clearing.

There was a total of ten expert panel meetings, each lasting 1-2 hours, to discuss and further develop the selected items and the stress screening in an ongoing process.

Subsequently, the resulting contents and the structure of the questionnaire, a consensus was reached among the experts involved in the workshop meetings.

First Round

In the first round of iteration, each expert was given an overview of the n=45 items identified in the document analysis of the selected screening questionnaires as an excel document. During this process, every expert was able to select their individual essential items, anonymous and independent of the other experts. After the first round of votes, n=19 different items were voted as essential by the panel.

The results of the first round were then questioned in an online survey (chapter 4.3) with a wide variety of experts.

Following Rounds

The following expert rounds consisted of discussing and adapting the previous results in an ongoing process. The minimum standard screening was updated after each session and sent to every expert for annotations.

The expert group meetings were scheduled by e-mail, and before each meeting, the experts received a summary of the results and decisions of the last meeting or the updated versions of the screening and fill-in assistance.

4.3 Online Survey

The results and identified items in the expert group meetings were further questioned in an online survey with a nationwide, interdisciplinary expert committee, using SoSci survey, a web application for creating online questionnaires.

The survey was available for four weeks and was pre-tested within the research group prevention for children and adolescents at the Institute of Medical Psychology at the UKE Hamburg prior to the actual survey.

The target population of the online survey were experts in the field of psychosocial risk assessment in obstetric medicine and pediatrics. In total, n=96 experts were selected to participate in the survey. Each of them was sent an e-mail with information about the survey and the plea to participate.

The gross sample of the SoSci online survey involved n=96 experts, consisting of 30% physicians, 16% midwives/obstetricians, 25% youth welfare workers, social pedagogists or pilotage service workers, and 29% researchers. The experts were selected based on previous involvement in psychosocial screenings, such as the “Pädiatrischer Anhaltsbogen” (Barth & Renner, 2014) and further suggestions of the initial expert panel as well as researchers in this field (e.g., members of the advisory committee of the NZFH, members of the quality association Babylotse). Care was taken to find a wide variety of experts with a similar distribution from different disciplines.

Content of Survey

The online survey was distributed with “SoSci survey” to the selected experts. After a brief explanation of the aim of the survey and a privacy notice, the participants were asked about their occupational group (health personnel, obstetrician, guide/social pedagogist/youth welfare, or research). Furthermore, they were asked about their professional experience and if they have previous experience with screening instruments.

Then, the participants had to vote the items either as essential with either “yes”, “no” or “I don’t know”. Additionally, they were able to comment on each item and additionally give a precise formulation proposal of the item about the following pre-selected items of the expert group:

- Late beginning of prenatal care
- Missing health insurance
- Multiple births
- Admission to neonatology/neonatal intensive care unit
- Age of the mother
- Number of children in household

- Smoking/tobacco (during pregnancy)
- Alcohol (during pregnancy)
- Unprescribed drugs
- Mental illness
- Particular/special burdens
- Linguistic/social isolation
- Social/economic isolation
- Severe illness/disability
- Single parent
- Affiliation to supportive/social institutions
- History of abuse
- Special welfare needs of the baby
- Overall impression

In total, the survey consisted of 26 pages. It was possible to interrupt the survey and continue it at a later time, so that the entire survey did not have to be completed at once.

The complete online questionnaire can be found in the Appendix 7.

4.4 Statistical Analysis

For the statistical analysis, a univariate analysis was performed. The analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (version 27). The complete dataset of the online survey was exported from SoSci to SPSS to perform the required analyses. The syntax of the statistical analysis is displayed in the Appendix 8.

In order to describe the sample, first the relative frequencies of the variables *screening experience*, *profession* and *professional experience* were calculated to show the distribution of these within the sample and presented as percentages.

For the items, each variable for *psychiatric disorder of mother, intake of drugs, alcohol consumption, age of mother, stress/burden in family, social and economic stress/burden, serious illness/disability, congenital disability or illness, nicotine during pregnancy, multiple births, late start of prenatal care, missing health insurance, affiliation to supportive institutions, number of children in household, linguistic isolation, single parent, neonatal care unit, overall impression and history of abuse* relative frequencies were calculated and presented as percentages.

Each item consists of three different variables. One for the question of whether the item should be mandatorily asked, suggestions for wording and lastly additional message to the item, while the additional message is qualitative data.

The qualitative data of the survey (in form of free texts) from the online survey were extracted and made available to the expert group in sorted form. The qualitative data gave information about precise formulation suggestions of the respondents for each item (see Appendix 10).

5 Results

The following chapter includes the results of the analyzed screenings questionnaires, the consensus-building with the expert group, and at last concluding the created standard for psychosocial screenings questionnaires in maternity clinics as well as the fill-in assistance.

5.1 Analysis of Psychosocial Screening Questionnaires

Overall, n=45 different items about biopsychosocial strains and stress were identified in n=6 different screening questionnaires (LupE Guter Start ins Kinderleben, Wilhelm Hamburg, Babyotse Frankfurt, Babyotse Plus Berlin, KinderZUKUNFT and Screening Ortenau district). The items covered questions about the birth, the pregnancy, the mother, the baby, and the family/household members.

The most extensive questionnaires were the “LupE” and the “Early interventions questionnaire Ortenaukreis” with n=30 and n=31 different items, the shortest

questionnaires were the “Babytse Hamburg” and “Babytse Frankfurt” with n=19 and n=20 different items about possible bio-psychosocial risk factors.

Many items are included in all six screenings, such as:

- Age of mother
- Multiple births
- Cigarettes/tobacco during pregnancy
- Alcohol consumption
- Mental illness
- Social/economic burden
- Single parent

Other specific items are only included in some questionnaires.

The following table shows all items, which are used in the six identified screening questionnaires (see Table 2). For better overview they are categorized in pregnancy, birth, mother, 2nd caregiver, baby, relationship to baby and family. If the respective screening includes the items in the left column, it gets tagged so it’s easier to find intersections.

A complete overview of all items and screening inventories can be found in the Appendix 9.

Table 2: All items in the n=6 screening questionnaires, categorized by topic

ITEM	Babytse Berlin	LupE	Babytse HH	Kinder ZUKUNFT	Babytse FFM	Screening Ortenau	Selected essential items
Place of filling	x						
PREGNANCY							
Missing prenatal care	x	x	x		x	x	*
Late begin prenatal care	x		x	x	x		*
High sequence of births		x				x	
Unwanted pregnancy		x				x	
BIRTH							
C-section			x		x		
Missing health insurance	x		x		x		*
Date of delivery	x		x	x	x		
Multiple births	x	x	x	x	x	x	*
Neonatology/ ICU	x	x	x		x	x	*
Severe illness/disability	x	x		x		x	*
Low birth weight	x		x	x	x		
MOTHER							
Age mother	x	x	x	x	x	x	*
Number of children in household	x		x	x	x		*
Nicotine during pregnancy	x	x	x	x	x	x	*
Alcohol consumption	x	x	x	x	x	x	*
Drugs							*
Mental illness	x	x	x	x	x	x	*
Special burden	x		x	x	x		*
Linguistic/social isolation		x		x	x	x	*
Social/economic isolation	x	x	x	x	x	x	*
Mother homeless				x			

Severe illness/disability	x		x	x	x	x	*
Single parent	x	x	x	x	x	x	*
Mother grew up orphanage		x		x		x	
Lacking hygiene		x				x	
Fled homeland	x						
Communication not in German	x						
Affiliation to supportive/social institutions	x	x	x	x	x	x	*
History of abuse	x	x		x		x	*
Passive, listless, ostentatious		x				x	
Fear of future, overburdening		x				x	
2nd CAREGIVER							
No graduation						x	
Alcohol/drugs			x		x	x	*
Mental illness			x		x		*
Age Partner			x		x		*
BABY							
Baby in care//adoption		x				x	
Lack of hygiene		x					
Need of special care							*
RELATIONSHIP TO BABY							
Uninterested in baby		x				x	
dismissive		x				x	
Frequent giving away of baby		x				x	
Lack of empathy		x				x	
FAMILY							
Domestic violence/partner violence	x	x		x			*
No visits		x				x	
OTHER							
Overall Impression							*

The column on the far right “Selected essential items”, marked with an asterisk symbol (*), shows the selected items, which were voted as essential by most of the experts in the first round of the consensus process and were therefore included in the online survey and the following expert meetings.

5.2 Consensus Building with Expert Group

According to the described analysis of the screening questionnaires, each expert was able to vote on what he or she considered to be the most important items. If three or more experts voted for one item to be essential, it was included in the online survey.

The results of the online survey were further discussed in the expert group. Especially the wording of each item was adapted during the entire process to fit the consensus of all involved experts.

To keep the screening as short and concise as possible, some similar items were combined. For example, alcohol, drug consumption and smoking during pregnancy were combined into one item (“Alcohol/drugs/non-prescribed medications/smoking during pregnancy or currently?”) in the screening. “Missing prenatal care” and “Late start of prenatal care” were also combined into one item (“Late start of prenatal care after 20th week of pregnancy or < 5 prenatal care appointments?”)

After each round of the modified Delphi strategy (each meeting of the expert committee), the screening questionnaire was further developed according to the comments and discussions of the experts. Thus, the screening instrument was expanded and improved step by step. Some items were quickly concluded unanimously, other items were discussed more intensively, especially the wording of the items required a lot of discussion until a common consensus could be reached.

5.3 Online Survey

Overall n=45 replies from n=96 surveyed experts were evaluated, representing a response rate of 47%, of which 98% had experience in risk screenings. 14% belonged to medical personnel, 21% were midwives, 41% were youth welfare

service, social pedagogy or babypilots and another 25% were research. Most of the respondents (66%) have gained more than 20 years of professional experience and 30% have between 5 and 20 years of professional experience (see Table 3).

Every single surveyed item was voted as essential by most of the experts. The following table shows the distribution of votes on the respective items.

Table 3: Sample description online survey (n=45)

Sample characteristic	n (%)
Experience with screenings	44 (98%)
Profession	n (%)
Medical personnel	6 (14%)
Obstetrician/midwife	9 (21%)
Youth welfare service/social pedagogy/pilotage service	18 (41%)
Research	11 (25%)
Professional experience	
1 to 5 years	2 (5%)
5 to 20 years	13 (30%)
More than 20 years	29 (66%)

Figure 8 shows the items voted in the survey.

“Psychiatric disorder of mother” (100%) was voted as the most important item, followed by “intake of drugs” (97%), “alcohol consumption” (95%), “age of mother” (93%), and “particular stress/burden in the family” (92%). The items with the least expert votes were “Admission to neonatal care unit” (68%), “overall impression” (67%), and “history of abuse” (61%). As the figure shows, every item gained at least 60% of votes and was classified as essential and therefore included in the subsequent expert committee meetings.

Since not every person completed the survey to the end, the percentages and numbers given may differ from one another in some cases.

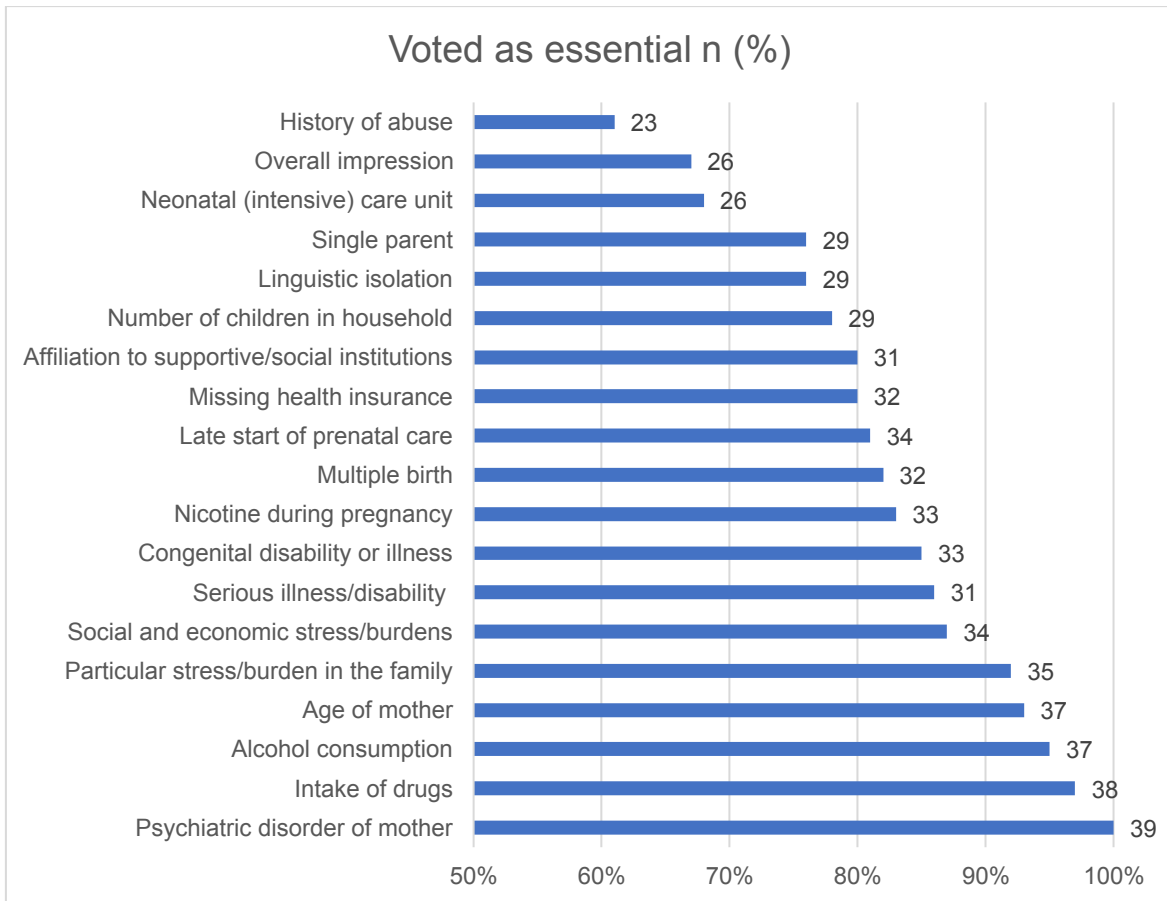


Figure 8: Items voted as essential in online survey

The detailed results of the online survey (including the qualitative data) can be found in the Appendix 10.

Based on the results of the survey, a first prototype as minimum standard for psychosocial stress screenings in obstetrics was created. This first version was then discussed in the expert panel and further developed.

5.4 Prototype Screening Questionnaire

Based on the results from the online survey and the expert group meetings, a prototype as minimum standard for psychosocial stress screenings in maternity clinics was created. The screening standard includes n=19 different items, which are empirically proven risk factors for neglect and maltreatment, whose meta-analytical examination repeatedly showed a disproportionate and longitudinal association with child maltreatment or repeatedly confirmed risk factors for parenting difficulties and child developmental abnormalities. The covered bio-psychosocial

risk factors or stresses may or may not complicate the caring of a newborn. Each item can be answered either with “yes”, “no”, or “not applicable”.

Additionally, at the bottom of the screening there is space for notes of further observations and/or anomalies that may stand out, if an uneasy feeling remains after the interview (even if the woman states that she has no problems), this can be noted here.

All seven experts approved the prototype.

Items of the minimum standard risk screening

Table 4: Items for the prototype as minimum standard

The screening starts with two general items:
1. Non-existing health insurance?
2. Late start of prenatal care after 20 th week of pregnancy or < 5 prenatal care appointments?
The next three items concern the baby:
3. Multiple births?
4. Admission to neonatal (intensive) care unit?
5. Congenital disability or illness?
There are four items about the mother of the newborn:
6. Age of mother ≤ 18 years?
7. Single parent?
8. Psychiatric disorder of mother during pregnancy/currently or in the past?
9. Smoking/alcohol/drugs (during pregnancy/currently)?
Eleven more items affect the family of the newborn:
10. Numbers of minor children in household > 4 (including newborn)?
11. Problematic alcohol consumption (in household)?
12. Intake of drugs/prescription (in household)?
13. Psychiatric disorder of a household member?

14. Serious (chronic) illness/disability of a household member?
15. Particular psychosocial stress/burdens in the family (e.g., unwanted pregnancy, integration, language skills)?
16. Particular economic burdens (e.g., unemployment, debt, housing situation)?
17. Particular burden due to partnership conflicts and/or partner violence?
18. Experience of violence (currently/previously)?
19. Affiliation to supportive/social institutions (currently/previously)?
Further/Other burdens?

The complete risk screening (in German) can be found in the Appendix 11. One or more items answered with yes, always should be further examined by a trained professional (Babylotse, social pedagogist, etc.) in a detailed clearing conversation.

5.5 Fill-in Assistance for Medical Staff

As the quality of pilotage services is determined by the quality of the risk inventory and the semi-structured guideline interviews (clearing) with the mothers (Pawils et al., 2011). In addition to the developed standard, a fill-in assistance for the clinical staff, who will execute the screening, was created. The fill-in assistance can be used as a semi-structured interview guideline for conducting the screening with the families. The fill-in assistance provides additional guidance on possible wording for follow-up questions to the family.

It will play an important role in the implementation of the screening questionnaire in practice. It gives additional information for each item, such as where to find the information (e.g., health records, maternity log, or patient consultation) and how to ask the patients about the items. These items are labelled with small pictograms (file and ear). The file indicates that the information can be obtained from previous health records or the maternity log. The ear pictogram advises hospital staff that the question/item must be asked in conversation with the mother. Furthermore, sources marked with an asterisk symbol (*) contain in cumulation essential information to be

able to assess possible risk factors for child maltreatment in the sense of the Federal Child Protection Act (BKiSchG Art. 1 § 3).

The information in the fill-in assistance is intended to give the opportunity to document important information, but also to record the overall impression if the staff thinks the family needs support. The sentences in the quotation marks show possible formulations for follow-up questions. The questions are an offer to talk to the parents and signal that psychosocial issues have their place in obstetric care.

All seven experts approved the fill-in assistance.

The complete fill-in assistance (in German) can be found in the Appendix 12.

6 Discussion

This chapter summarizes and discusses the results of the project. The methodology will also be discussed regarding the study design and how this thesis answers the research questions. Furthermore, the limitations of the project will be outlined.

6.1 Discussion of the Results

The initial problem described in this master thesis was that there are no guidelines or minimum standards for psychosocial stress screenings in maternity clinics in Germany. The overview of selected research results shows the advantages of a systematic use of screening instruments for the earliest possible identification of stressed families in terms of preventive child protection. Risk and protective factors of families can be recorded systematically and with little time expenditure using risk screenings. However, systematic risk screening procedures are associated with the risk of misperceptions, so they should be conducted only in conjunction with an additional detailed clearing procedure to weigh risk factors and protective factors among families identified as burdened. (Metzner & Pawils, 2016).

The result of this thesis is a newly developed standard screening questionnaire, which was developed in a consensus process with several experts and surveyed with German-wide interdisciplinary expertise. Additionally, a fill-in assistance for the (clinical) staff performing the screenings was developed to provide additional support and quality assurance.

A psychosocial stress screening like this is no diagnostic tool for child maltreatment but rather gives indications for expert personnel to talk to the family about the possible stresses on the basis of scientifically proven risk factors or predictive factors identified in the screening.

It should be noted that prevention in the context of child protection could be confused with general suspicion or state control that takes a precautionary look at all families. This makes it even more important to ensure a high quality of prevention. Programs must be appropriate, and staff must be personally and professionally qualified in order not to deter families, but to attract them to adequate help. Well-founded prevention cannot and must not aim at excessive control and senseless interventions in the family. Responsible, effective programs, on the other hand, offer the chance to avoid interventions in the family. This is because they do not start at the time of an acute crisis when the consequences are already serious. If families receive support at an early stage, the child may be spared suffering and more serious interventions (e.g., taking custody) in the family can be prevented (Galm et al., 2010).

6.2 Discussion of the Methodology

For this research, the chosen mixed-methods approach was appropriate to explore the initial issue and to answer the research questions. Essential items for a psychosocial stress assessment in maternity clinics were identified with consensus procedure in an expert panel and confirmed with an online survey.

The expert committee was able to unite the opinions and expertise of various disciplines on one overarching issue and was able to reach consensus among those experts. The online survey confirmed the previous compiled results of the expert panel with a large group of experts from all over Germany, so overall a strong agreement could be reached.

All of the findings were assembled into a standard for psychosocial stress screenings.

Limitations

Some limitations have arisen during the process of the risk screening development that need to be addressed. Limited time and resources were the main obstacles during the process of this project. It was problematic, that all the experts involved were not paid for their efforts and worked honorary. Furthermore, the setting of the meetings was also difficult, as all the experts were still involved in their normal working day, which dragged out the entire process and decision-making. In addition, even more risk inventories or experts could have been included in the decision-making process to achieve an even more representative result, although the implementation would then probably have been even more difficult and other problems would have arisen. Considering the limited time and resources, the result is satisfactory.

During the process and the consensus procedure, it was noticed that some items are not exactly empirically tested in Germany. That includes the exact age of the mother (cut-off value) and the number of minor children (cut-off value) as risk factors. These values still need to be empirically examined in the future, e.g., using AUROC analyses. Unfortunately, the required data could not be provided by the German Youth Institute and the National Centre on Early Prevention to perform these analyses.

Other concerns, such as a privacy protection questions about items on the partner or household members could be resolved by legal expertise. Thus, the items in the developed screening questionnaire could be formulated in such manner that no data protection rights are violated.

7 Outlook and Conclusion

The result of this master thesis is a newly developed screening questionnaire for the psychosocial stress assessment of mothers and families used by professionals in maternity clinics. It could form the basis for further developed screenings or give hints and suggestions for existing screening questionnaires.

In the future, the developed risk inventory should be tested for its psychometric properties in empirical studies regarding feasibility and validity. Similar to the other screening questionnaires presented, a score should also be developed for this one to assess how severe the family's need for help is (e.g., traffic light system or scoring system). This process could not be completed, as this would have required actual empirical use of the developed instrument.

Furthermore, it is essential that the professionals which are exerting the risk screening in practice, are trained for negotiation with burdened mothers and families. They should be skilled in asking sensitive questions and how to interact with burdened families. Families will be more likely to report about stress and problems if they feel safe in their environment.

The newly developed standard for psychosocial stress screenings in maternity clinics will be published by the NZFH, negotiations on this issue are still ongoing by the submission of this thesis. While discussing the developed screening with officials from the NZFH, seminars for medical staff performing screenings were also discussed. Ideally, these seminars take place in the form of advanced training courses for clinic staff (doctors, nurses, social pedagogues, etc.). During the seminars, they can learn how to conduct a psychosocial screening or how exactly sensitive questions should be asked without scaring or intimidating the families.

In addition to that, there should be more contact between the professionals conducting the screening and the institutions working in and together with Early Interventions, but also between professionals to enable conducive exchange within different disciplines and interests.

Psychosocial preventive strategies and measures are costly and time-consuming. Since the effects of preventive measures and the potentials saved can often only be objectified many years later, political decision-makers are reluctant to implement the measures. In this context, the phenomenon of the prevention paradox should also be mentioned. The cost of prevention measures are often very high, because the measures have to address many people, but the benefits are then only felt by a few (Cierpka, 2016).

It should also be borne in mind that prevention research often does not focus directly on the actual target variables. If a psychological variable such as parent-child relationship, psychosocial health or self-efficacy gets promoted, these effect factors are only to be seen as mediator variables. Lowering prevalence rates of maltreatment or sexual abuse are then secondary outcome measures (Cierpka, 2016).

The need for good tools and personnel to assess psychosocially stressed families is high and has intensified over the past few years of the COVID-19 pandemic. The pandemic produced high levels of psychosocial stress for families across the world (Liu & Doan, 2020).

Furthermore, evidence suggests that the risk of child maltreatment, child sexual abuse, and neglect increased during the contact restrictions in the pandemic related lockdown. Additionally, decreased social control may have led to a lower detection rate of child protection cases (Heimann et al., 2021). Overall, more suspected cases of child abuse could be observed during the first lockdown, in some cases, on-site appointments of the youth welfare services and in-custody measures were suspended (Fegert & Schepker, 2020).

Psychosocial stress screenings make their contribution to the collaborative task of preventive child protection. Through psychosocial screenings such as the one developed in this thesis, it is hoped that stressed families can continue to be identified at an early stage and be referred to early support programs if needed, so that the psychosocial situation of families, children, and adolescents can be improved.

8 Bibliography

- Arias, I., Leeb, R. T., Melanson, C., Pauloizzi, L. J., & Simon, T. R. (2008). *Child maltreatment surveillance; uniform definitions for public health and recommended data elements* (cdc:11493).
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11493>
- Atabaki, A., Heddaeus, D., Metzner, F., Schulz, H., Siefert, S., & Pawils, S. (2013). Implementing an Inpatient Social Early Warning System for Child Maltreatment. *Research on Social Work Practice*, 23(2), 189–198.
<https://doi.org/10.1177/1049731512469279>
- Banaschak, S., Janßen, K., Schulte, B., & Rothschild, M. A. (2015). Rate of deaths due to child abuse and neglect in children 0–3 years of age in Germany. *International Journal of Legal Medicine*, 129(5), 1091–1096.
<https://doi.org/10.1007/s00414-015-1144-z>
- Barth, M., & Belzer, F. (2016). Fallfindung im Netzwerk Frühe Hilfen – eine Heuristik für die ambulante Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(6), 795–802.
<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2348-1>
- Barth, M., & Renner, I. (2014). *Kindermedizin und Frühe Hilfen: Entwicklung und Evaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens*.
<https://doi.org/10.17623/NZFH:K-KIMEDFH>
- Bastian, P. (2011). Zum Verhältnis Früher Hilfen und der Erfassung von Kindeswohlgefährdung. In W. Körner & G. Deegener (Eds.), *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis* (pp. 494–514). Pabst Science Publishers.

- Bender, D., & Lösel, F. (2005). Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In G. D. & W. Körner (Ed.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (pp. 317–346). Hogrefe.
- Besier, T., Pillhofer, M., Botzenhart, S., Ziegenhain, U., Kindler, H., Spangler, G., Bovenschen, I., Gabler, S., & Künster, A. K. (2012). Child Abuse and Neglect: Screening for Risks During the Perinatal Period. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, *72*(5), 397–402. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298442>
- BGH, XII ZB 149/16 (BGH November 23, 2016), AG Bruchsal, 28.07.2015 - 4 F 168/15; OLG Karlsruhe, 19.02.2016 - 20 UF 121/15; BGH, 23.11.2016 - XII ZB 149/16.
- Böttiger, U. (2012). *Frühe Hilfen im Ortenaukreis—Konzept, Ergebnisse und Perspektiven eines regionalen Netzwerks Frühe Hilfen in der Regelversorgung*.
https://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Kongress/Kongress_2012/Ullrich_Boettinger_-_Fruehe_Hilfen_im_Ortenaukreis.pdf
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, *37*(5), 389–396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- Bundesinitiative Frühe Hilfen*. (n.d.). Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Retrieved February 23, 2022, from <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/bundesstiftung-fruehehilfen/bundesinitiative-fruehe-hilfen/>
- Bundeskriminalamt. (2021). *Vorstellung der Zahlen kindlicher Gewaltopfer – Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2020*.

https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2021/Presse/2021/210526_pmkindgewaltopfer.html

- Christiansen, H., Anding, J., Schrott, B., & Röhrle, B. (2015). Children of mentally ill parents—A pilot study of a group intervention program. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.01494>
- Cierpka, M. (2016). Psychosoziale Prävention – ein Mehrebenenansatz. In U. T. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke, & M. Cierpka (Eds.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen; mit ... 70 Tab* (4., überarb. u. erw. Aufl, pp. 677–696). Schattauer.
- Deegener, G., & Körner, W. (2011). Risiko und Schutzfaktoren—Grundlagen und Gegenstand psychologischer, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis* (pp. 201–250). Pabst Science Publishers.
- Deegener, G., & Körner, W. (2016). Multidimensionale Erklärungsansätze zur Gefährdung des Kindeswohls und zur Kindesmisshandlung. In *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis, Materialien* (4. Auflage). Pabst Science Publishers.
- Destatis. (2021). *9 % mehr Fälle: Jugendämter melden 2020 Höchststand an Kindeswohlgefährdungen*. Statistisches Bundesamt.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_350_225.html
- Deutscher Kinderschutzbund Frankfurt. (2015). *Babylotse—Hintergrundpapier*. Deutscher Kinderschutzbund, Bezirksverband Frankfurt e.V.

https://www.kinderschutzbund-frankfurt.de/c/Hintergrundpapier_Babylotse_12-15.pdf

- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(4), 476–493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Egle, U. T. (2015). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychischer Traumatisierung in Kindheit und Jugend. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Ed.), *„Stellt die frühe Kindheit Weichen?“: Tagungsbegleiter: Eine Veranstaltung des Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikums Heidelberg und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen* (pp. 66–74). NZFH.
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59*(10), 1247–1254. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9>
- 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>
- Esser, G., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (1994). Die Auswirkungen psychosozialer Risiken für die Kindesentwicklung. In D. Karch (Ed.), *Risikofaktoren der*

- kindlichen Entwicklung: Klinik und Perspektiven* (pp. 143–157). Steinkopff.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-93682-1_14
- Esser, G., & Schmidt, M. H. (2017). Die Mannheimer Risikokinderstudie. *Kindheit Und Entwicklung*, 26(4), 198–202. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000232>
- Fegert, J. M. (2008). Vorschläge zur Entwicklung eines Diagnoseinventars sowie zur verbesserten Koordinierung und Vernetzung im Kinderschutz. In *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (2nd ed.). Reinhardt.
- Fegert, J. M., & Schepker, R. (2020). Kinderschutz 2020 – aktuell und bedeutsamer denn je. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(5), 412–415. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000755>
- Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2012). Editorial. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 717–722.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2012.61.10.717>
- Filsinger, B. (2017). LupE: Screening auf psychosoziale Belastungsfaktoren in der Geburtshilfe. *Pflegezeitschrift*, 70, 10–13. <https://doi.org/10.1007/s41906-017-0047-7>
- Filsinger, B., Bechtold, I., & Gehrman, J. (2008). Die geburtshilfliche Anamnese als Schlüssel für frühe individuelle Hilfen nach der Geburt: Das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marienkrankenhaus. *Frauenarzt*, 49(6), 528–530.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, *169*(8), 746–754. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T., & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babyotse-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *59*. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5>
- Franzkowiak, P. (2018). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I102-2.0>
- Friedmann, A. (2016). Psychosoziale Belastungen und protektive Faktoren. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (pp. 109–115). Springer Berlin Heidelberg. 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 (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen* (pp. 119–124). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_7
- Frühe Hilfen im Ortenaukreis*. (n.d.). Retrieved February 3, 2022, from <https://www.gesundheitswegweiser-ortenau.de/weitere-Angebote/Fr%C3%BChe-Hilfen-im-Ortenaukreis/>

- Gall, I. (2013, January 9). "Babylotsen": Hamburg hilft schon vor der Geburt. <https://www.abendblatt.de/hamburg/kommunales/article112632609/Babylotsen-Hamburg-hilft-schon-vor-der-Geburt.html>
- Galm, B., Hees, K., & Kindler, H. (2010). *Kindesvernachlässigung—Verstehen, erkennen, helfen* (1. Aufl). Reinhardt, Ernst.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277–291. <https://doi.org/10.1177/1077559504264265>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H., & Riedel-Heller, S. G. (2011). The Association of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder With Physical Morbidity in Old Age: A German Population-Based Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(5). https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2011/06000/The_Association_of_Traumatic_Experiences_and.7.aspx
- Goethe-Universität—Babylotse FFM. (n.d.). Retrieved January 11, 2022, from https://www.uni-frankfurt.de/76562481/Babylotse_FFM
- Goldbeck, L., Laib-Koehnemund, A., & Fegert, J. M. (2007). A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 919–933. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.018>

- Habetha, S. (Ed.). (2012). *Deutsche Traumafolgekostenstudie: Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Schmidt & Klaunig.
- Heimann, T., Ewert, J., Metzner, F., Sigmund, F., Jud, A., & Pawils, S. (2021). Medizinischer Kinderschutz während des Corona-Lockdowns. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(4), 346–352. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01135-7>
- Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., & Thyen, U. (2016). Prävention. In B. Herrmann, R. Dettmeyer, S. Banaschak, & U. Thyen (Eds.), *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen* (pp. 387–398). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48844-7_24
- Holl-Etten, A. K., Bentz, L., Calvano, C., & Winter, S. M. (2021). Screening zur frühen Identifizierung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. *Psychotherapeut*. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00561-y>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(11), e848–e857. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00232-2)

- Jordan, E., Schneider, K., & Wagenblass, S. (2004). *Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien* (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie & des Landes Nordrhein-Westfalen, Eds.). https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA_Muenster/Dokumente/SFWS-arbeitshilfe.pdf
- Jud, A., & Kindler, H. (2022). *Verbesserung der Datenerhebung sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen im Hellfeld* (Arbeitsstab des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ed.). https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Publikationen__Expertisen_und_Studien/Expertise_UBSKM_Hellfeld_2022.pdf
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Kalverboer, A. (1988). Follow-up of biological high-risk groups. In *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data* (pp. 114–137). Cambridge University Press.
- Keeney, S., McKenna, H., & Hasson, F. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. John Wiley & Sons.
- KinderZUKUNFT NRW. (n.d.). Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft. Retrieved December 6, 2021, from <https://www.forum-kinderzukunft.de/aktivitaeten/kinderzukunft-nrw>

Kindler, H. (2006a). Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen?

In *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (p. chapter 5). DJI, Abt. Familie.

Kindler, H. (2006b). Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen? In

Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) (p. chapter 4). DJI, Abt. Familie.

Kindler, H. (2006c). Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In *Handbuch*

Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) (p. chapter 3). DJI, Abt. Familie.

Kindler, H. (2009a). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In

Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe (pp. 170–261). Juventa-Verl.

Kindler, H. (2009b). Kindeswohlgefährdung: Ein Forschungsupdate zu Ätiologie,

Folgen, Diagnostik und Intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(10), 764–785.

<https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.10.764>

Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen:

Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073–1079. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1132-x>

Klapp, C. (n.d.-a). *Babylotse der Charité*. Babylotse der Charité. Retrieved

December 6, 2021, from <https://babylotsen.charite.de/>

Klapp, C. (n.d.-b). *Über "Babylotse der Charité" – Projekt, Team und Kontakt*.

Babylotse der Charité. Retrieved December 6, 2021, from

https://babylotsen.charite.de/ueber_babylotse_der_charite_projekt_team_und_kontakt/

Klevens, J., & Leeb, R. T. (2010). Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 262–266. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.005>

Kratzsch, W. (2018). *Handbuch zur Umsetzung Früher Hilfen in KinderZUKUNFT NRW* (Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft, Ed.). <https://www.bvf.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=657&token=e397ab8720e5d8bfe9fd1b9f772a19f08622f170>

Kratzsch, W., & Dafeld, B. (2018). Frühförderung im Netzwerk Früher Hilfen aus der Sicht eines sektorenübergreifenden Präventionsmodells. In *Frühförderung wirkt—Von Anfang an* (pp. 110–120). Kohlhammer Verlag.

Kratzsch, W., Rascher, I., Wegge, M., & Soditt, V. (2012). Multicenterprojekt KinderZUKUNFT NRW. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 15(1), 44–59. <https://doi.org/10.13109/kind.2012.15.1.44>

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(7), 843–853. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01602.x>

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000a). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32(2), 59–69. <https://doi.org/10.1026//0049-8637.32.2.59>

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2000b). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung,

- Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 29(4), 246–262. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.29.4.246>
- Laucht, M., Schmidt, M. h., & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: Späte Folgen. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 30(1), 5–19. <https://doi.org/10.1024//1422-4917.30.1.5>
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Liu, C. H., & Doan, S. N. (2020). Psychosocial Stress Contagion in Children and Families During the COVID-19 Pandemic. *Clinical Pediatrics*, 59(9–10), 853–855. <https://doi.org/10.1177/0009922820927044>
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Kindler, H., & Liel, C. (2020). Wie viele Familien in Deutschland sind in welchem Ausmaß psychosozial belastet? *Kindheit Und Entwicklung*, 29(3), 128–137. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000310>
- Lösel, F. (2004). *Soziale Kompetenz für Kinder und Familien – die Erlangen-Nürnberger Studie*. https://www.smogline.de/images/stories/1-Download/Sozialekompetenz_Flyer.pdf
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child*

Abuse & Neglect, 24(9), 1127–1149. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00178-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00178-2)

Maguire-Jack, K., & Negash, T. (2016). Parenting stress and child maltreatment: The buffering effect of neighborhood social service availability and accessibility. *Children and Youth Services Review*, 60, 27–33.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.11.016>

Masten, A. S., & Reed, M.-G. J. (2002). Resilience in development. In *Handbook of positive psychology* (pp. 74–88). Oxford University Press.

McCurdy, K., & Daro, D. (1994). Child Maltreatment: A National Survey of Reports and Fatalities. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(1), 75–94.
<https://doi.org/10.1177/088626094009001005>

Metzner, F., & Pawils, S. (2011). Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung. In W. Körner & G. Deegener (Eds.), *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis* (p. S. 251-277). Pabst Science Publishers.

Metzner, F., & Pawils, S. (2016). Systematisches Hinschauen—ein wirksamer Weg im Kinderschutz. *Ein Überblick Zu Prädiktoren Und Verfahren Zur Erfassung von Hinweisen Für Kindeswohlgefährdung in Forschung Und Praxis, NZFam*, 588–593.

Metzner, F., & Pawils, S. (2021). Väterliche Risiko- und Schutzfaktoren für Kindeswohlgefährdung und ihre Berücksichtigung in den deutschlandweit eingesetzten Risikoinventaren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(2), 98–114.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2021.70.2.98>

- Metzner, F., Siefert, S., & Pawils, S. (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *60*(2), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2495-4>
- Naab, S., Kunkel, J., Fumi, M., & Voderholzer, U. (2017). Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Störungen im Jugendalter. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, *18*, 26–32. <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1674-y>
- Nakayama, M., Hori, H., Itoh, M., Lin, M., Niwa, M., Ino, K., Imai, R., Ogawa, S., Sekiguchi, A., Matsui, M., Kunugi, H., & Kim, Y. (2020). Possible Long-Term Effects of Childhood Maltreatment on Cognitive Function in Adult Women With Posttraumatic Stress Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 344. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00344>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, *9*(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nüsken, D. (2011). Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme – Strukturen, Zugänge und Modelle zum Kinderschutz und zur Früherkennung riskanter Lebenslagen. In G. Robert, K. Pfeifer, & T. Drößler (Eds.), *Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung: Bildung – Risiken – Prävention in der frühen Kindheit* (pp. 271–290). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92693-3_13
- Osofsky, J. D., & Thompson, M. D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. In *Handbook of early childhood*

intervention, 2nd ed (pp. 54–75). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.005>

Paul, M. (2016). Konzept der Frühen Hilfen im Wandel. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen* (pp. 7–12). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49262-8_2

Pawils, S., Metzner, F., Reiß, F., Röhrbein, M., Schwinn, A., & Koch, U. (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>

Pawils, S., Siefert, S., Kolodziej, D., Manouchehri, M., & Metzner, F. (2021). Effectiveness Analysis of a Psychosocial Guidance System in Maternity Clinics. *Journal of Community Medicine & Health Care*, 6(2). <https://doi.org/10.26420/jcommunitymedhealthcare.2021.1052>

Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11(4), 201–209. <https://doi.org/10.1097/00004703-199008000-00009>

Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2011). Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Kindheit Und Entwicklung*, 20(2), 64–71. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000042>

Rassenhofer, M., Hoffmann, U., Hermeling, L., Berthold, O., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2020). *Misshandlung und Vernachlässigung* (1. Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02668-000>

- Renner, I., & Paul, M. (2021). „Lotsensysteme“ zur Stärkung von Familien. Gelingensbedingungen für den Ausbau in Geburtskliniken. *Public Health Forum*, 29(2), 141–143. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0018>
- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C., & Topitzes, J. W. (2009). Do Early Childhood Interventions Prevent Child Maltreatment?: A Review of Research. *Child Maltreatment*, 14(2), 182–206. <https://doi.org/10.1177/1077559508326223>
- Rowe, G., & Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, 15(4), 353–375. [https://doi.org/10.1016/S0169-2070\(99\)00018-7](https://doi.org/10.1016/S0169-2070(99)00018-7)
- Schlack, H. G., Thyen, U., & von Kries, R. (2009). Sozialpädiatrie: Eine Standortbestimmung. In *Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag; mit 56 Tabellen*. Springer.
- Schlack, R., Kurth, B.-M., & Hölling, H. (2008). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In *Umweltmedizin in Forschung und Praxis* (Vol. 13). Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <http://dx.doi.org/10.25646/778>
- Schwanda, S., Schneider, S., Künster, A. K., König, C., Schöllhorn, A., Ziesel, B., Mark, A., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2008). Prävention von Kindeswohlgefährdung auf der Basis früher Hilfen und interdisziplinärer Kooperation am Beispiel des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“. *Das Gesundheitswesen*, 70(11), 696–701. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1100405>

- Simon-Stolz, L., Adolph, G., & Brill, J. (2013). Frühe Hilfen und Frühe Förderung. *Kindesmisshandlung Und -Vernachlässigung*, 16(1), 30–43.
<https://doi.org/10.13109/kind.2013.16.1.30>
- Springer, J., & Phillips, J. (2007). *The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice*.
- Stiftung See You. (n.d.). Retrieved December 1, 2021, from <https://www.seeyou-hamburg.de/>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Thorup, A. A. E., Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Ranning, A., Mortensen, P. B., Plessen, K. J., & Nordentoft, M. (2018). Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness—A Danish register study. *Schizophrenia Research*, 197, 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.009>
- Trevelyan, E. G., & Robinson, P. N. (2015). Delphi methodology in health research: How to do it? *European Journal of Integrative Medicine*, 7(4), 423–428. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2015.07.002>
- United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child. *Treaty Series*, 1577, 3.
- Unterstaller, A. (2006). Was ist unter sexuellem Missbrauch zu verstehen? In *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (p. chapter 6). DJI, Abt. Familie.

- Wegener, R., & Zack, F. (2008). Die tödliche Kindesmisshandlung: Kirminologische und rechtsmedizinische Aspekte. In F. Häßler, R. Schepker, & D. Schläftke (Eds.), *Kindstod und Kindstötung* (pp. 143–153). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, *5*(4), 503–515. <https://doi.org/10.1017/S095457940000612X>
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>
- Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Trends in child maltreatment in Germany: Comparison of two representative population-based studies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *12*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0232-5>
- World Health Organization. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence / World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43499>
- World Health Organization. (2020). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Wu, S. S., Ma, C.-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: A population-based study.

Child Abuse & Neglect, 28(12), 1253–1264.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.005>

Ziegenhain, U., & Kindler, H. (2009). Frühe und präventive Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. In *Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Juventa-Verl.

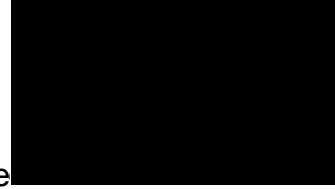
Ziegenhain, Ute, Fegert, Jörg M., Ostler, Teresa, & Buchheim, Anna. (2011). *Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter—Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik*. <https://doi.org/10.25656/01:3055>

Statutory Declaration

I hereby declare that I wrote this thesis without any assistance and used only the aids listed. Any material taken from other works, either as a quote or idea have been indicated under 'Bibliography'.

Place, Date

Signature



9 Appendix

Appendix 1: Screening questionnaire "Wilhelm" Babylotsen Hamburg.....	73
Appendix 2: Screening questionnaire Babylotsen FFM	74
Appendix 3: Screening questionnaire Babylotse plus Charité Berlin.....	75
Appendix 4: Screening questionnaire KinderZUKUNFT NRW	76
Appendix 5: Screening questionnaire Early Interventions Ortenau	77
Appendix 6: Screening questionnaire "LupE" Guter Start ins Kinderleben	78
Appendix 7: SoSci online survey	79
Appendix 8: SPSS synta	92
Appendix 9: Overview of screening questionnaires' items (p.1) and wording (p.2)	93
Appendix 10: Complete results of the online survey	95
Appendix 11: Developed standard for psychosocial screening in maternity clinics	111
Appendix 12: Fill-in assistance screening maternity clinic.....	113

Patientenaufkleber	Entbindung am _____ um _____ Uhr
	Per Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
	Krankenversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kind	Ziffer Mutterpass	Nicht beurteilbar		
Geburtsgewicht: _____ g < 3 Perzentile?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Mehrlingsgeburt:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Aufnahme auf der Neugeborenenstation:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>

Mutter	Ziffer	Nicht beurteilbar		
Wie alt sind Sie?	(13)	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	
Leben in Ihrem Haushalt mehr als 4 Kinder? (inklusive Ihres neugeborenen Kindes)	(15)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsvorsorgen: Beginn der Untersuchungen nach der 20. SSW weniger als 5 durchgeführte Untersuchungen bei Geburt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	(29)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen?	(29)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Abhängigkeitserkrankung / Bemerkungen:				
Wurde bei Ihnen einmal eine psychiatrische Erkrankung festgestellt oder fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet?	(2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familie / Partnerschaft	Ziffer	Nicht beurteilbar		
Wie alt ist Ihr Partner bzw. die Bezugsperson des Kindes?		_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	
Trinkt Ihr Partner / die Bezugsperson Alkohol oder nimmt Drogen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Abhängigkeitserkrankung / Bemerkungen:				
Wurde einmal eine psychiatrische Erkrankung festgestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheit und Wohlbefinden	Ziffer	Nicht beurteilbar		
Fühlen Sie sich zurzeit besonders belastet beispielsweise durch eine ungewollte Schwangerschaft, Gewalt, Konflikte in Ihrer Partnerschaft, in der Bewältigung Ihres Lebensalltages oder werden Sie alleinerziehend sein?	(6)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es besondere soziale und wirtschaftliche Belastungen bezüglich z. B. Integration, Sprachkenntnis, Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.?	(7)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhielten oder erhalten Sie Unterstützung durch Institutionen wie z. B. Jugendamt, gesetzliche Betreuer (nicht Arbeitsamt)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Versorgung des Kindes durch die Behinderung eines Familienmitgliedes beeinträchtigt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum und Unterschrift Ärztin/Arzt /Hebamme

© Stiftung SeeYou Familienorientierte Nachsorge Hamburg der Katholischen Kinderkrankenhäuser Wilhelmsift. gGmbH, Lilienstr. 130, 231149 Hamburg

Appendix 1: Screening questionnaire "Wilhelm" Babylotsen Hamburg



Frau auf Station: _____

Psychosozialer Anhaltsbogen

Bogen-Nr.:	Entbindung am:	
	Per Sectio	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Krankenversicherung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Kind


Geburtsgewicht < 3 Perzentile?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mehrlingsgeburt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aufnahme auf Neonatologie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Mutter		
Alter der Mutter	Jg. _____	
Anzahl der Kinder im Haushalt (einschließlich Neugeborenes) (> 4 Kinder)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsvorsorgen:		
Später Beginn der Untersuchungen (nach 20. SSW)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Weniger als 5 durchgeführte Untersuchungen bei Geburt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen in der Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hinweis auf Drogen- und Alkoholkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Art der Sucht / Bemerkungen:		
Psychiatrische Erkrankung diagnostiziert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Vater / Partner		
Alter des Vaters	Jg. _____	
Hinweis auf Drogen- und Alkoholkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Art der Sucht / Bemerkungen:		
Psychiatrische Erkrankung diagnostiziert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Familie		
Besondere psychische Belastung (z.B. ungewollte Schwangerschaft, Konflikte in Partnerschaft, Alltagsbewältigung, Alleinerziehend etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besondere soziale und wirtschaftliche Belastung (z.B. Integration, Sprachkenntnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sprache der Familie:		
Zurückliegende / bestehende Anbindung an unterstützende Institution (z.B. Jugendum, gesetzliche Betreuer, <u>nicht</u> Arbeitsamt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind die Eltern durch eine Behinderung in der Versorgung des Kindes beeinträchtigt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Mutter wünscht Gespräch nach Entbindung auf Station

Kliniklogo	ANHALTSBOGEN Version 6/2020	
-------------------	---------------------------------------	---

Geburtennummer	Patientinnenetikett	Wo wurde der Bogen zuerst ausgefüllt? Geburtsräume <input type="checkbox"/> Schwangerenberatung <input type="checkbox"/> Wochenbettstation <input type="checkbox"/>
		Krankenversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Kind	Geburtsdatum	
	Geburtsgewicht < 3. Perzentile	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Mehrlingsgeburt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Frühgeburt < 37 SSW	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Schwere Erkrankung beim Kind:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/>

Alter der Mutter Jahre
Leben 2 oder mehr Kinder unter 5 Jahren im Haushalt? (inklusive des Neugeborenen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wie viele Kinder leben im Haushalt? (inklusive des Neugeborenen) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 und mehr	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen nach 20 SSW:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Weniger als 5 durchgeführte Schwangerschaftsvorsorgen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat die Mutter Alkohol und / oder andere Drogen konsumiert? Art der Drogen:	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist bei der Mutter eine psychiatrische Diagnose bekannt? Depression <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> PTBS <input type="checkbox"/> andere:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwere Erkrankung/Behinderung bei Mutter oder einem Familienmitglied (ohne das Neugeborene)? Eltern <input type="checkbox"/> Kind / er <input type="checkbox"/> Art der Erkrankung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist die Mutter zurzeit besonders belastet? durch ungewollte / verdrängte Schwangerschaft <input type="checkbox"/> durch Probleme in der Partnerschaft <input type="checkbox"/> sonstiges:	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gibt es besondere soziale / wirtschaftliche Belastungen? (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation)	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist die Mutter alleinerziehend?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist die Mutter / Familie aus ihrem Heimatland geflüchtet? (Zuzug in den letzten 5 Jahren) Herkunftsland?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kann man sich mit den Eltern auf Deutsch verständigen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise auf Gewalt?	ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gibt es zurzeit oder gab es früher Anbindungen an unterstützende Institutionen? (z.B. Jugendamt, gesetzlicher Betreuer) - ohne Arbeitsamt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Babylootengespräch mit der Mutter von den MitarbeiterInnen vorgeschlagen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Der Anhaltsbogen wurde ausgefüllt von: Unterschrift	Stempel
Zuständige Babylostin: Tel.	Score:

Appendix 3: Screening questionnaire Babylootse plus Charité Berlin

Screeningbogen Geburtsklinik zum Präventionsprogramm KinderZUKUNFT Solingen

Fallnummer:	Datum der Geburt:	PLZ:	Einstufung:	U	B	R	H
-------------	-------------------	------	-------------	---	---	---	---

Kordinatorin

1. Mütterliche Anamnese

- 1.1 Mutter bei der Geburt unter 18 Jahren
- 1.2 Anzahl der Kinder der Mutter, ohne Neugeborenes
- 1.3 alleinerziehend
- 1.4 Mutter lebt betreut wohnend, z.B. im Mutter-Kind-Heim, Frauenhaus, Flüchtlingsheim
- 1.5 Mutter ist obdachlos
- 1.6 Mutter ist in einem Heim oder bei einer Pflegefamilie aufgewachsen
- 1.7 Mutter wird durch Jugendhilfe/weitere Institutionen betreut
- 1.8 Inobhutnahme, Inpflegenahme von älteren Kindern

2. Gesundheit von Mutter, Vater und Familienangehörigen, im gleichen Haushalt

- 2.1 Nikotinkonsum (> 10 Zigaretten/täglich) während der Schwangerschaft
- 2.2 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
- 2.3 Drogenkonsum während der Schwangerschaft
- 2.4 In der Familie liegen die Lebensqualität beeinträchtigende somatische Erkrankungen, Behinderungen vor
- 2.5 In der Familie liegen psychische Erkrankungen vor
- 2.6 Anhaltspunkte für Gewalt in der Vorgeschichte/Kindheit
- 2.7 Gewalt in der Partnerschaft

3. Besondere Belastungen für die Familie durch

- 3.1 finanzielle Probleme
- 3.2 beengte Wohnsituation
- 3.3 Partnerschaft (Partnerschaftskonflikte)
- 3.4 psychische Belastungen (Beruf, Haushalt, Familie, unerwünschte Schwangerschaft)

4. Jetzige Schwangerschaft und Geburt (U1, U2)

- 4.1 Mutterpass nicht vorhanden
- 4.2 weniger als 5 Untersuchungen während der Schwangerschaft
- 4.3 Mehrlingsgeburt
- 4.4 Geburtsgewicht < 1.500 g
- 4.5 Fehlbildungen, Chromosomenanomalien
- 4.6 Schwerwiegende Erkrankung beim Kind
- 4.7 sprachliche, soziale Isolation
- 4.8 Stationäre Auffälligkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung
- 4.9 Bedenken bei der Entlassung
- 4.10 Mutter wird von Großeltern, Freunden unterstützt

Unterstützungsbedarf / Weiterleitung

Mutter wünscht sich: Beratung Unterstützung

Ansprechpartner (Name, Telefon, Email usw.)

- klinikinterne Beratung: Kinder- und Jugendarzt (U2) Familienhilfezentren
 Hebamme
 Familienhebamme, Familienkinderkrankenschwester
 Kinder- und Jugendarzt
 Jugendhilfe
 Schwangerenberatungsstelle
 Sonstige Beratungsstellen

Bemerkung:

Name, Vorname, Geburtsdatum oder Pat.-Aufkleber



Screeningbogen für einen guten Start ins Kinderleben

		ja (Hdz.)
Alter der Mutter ≤ 18 Jahre	aus Akte / Anamnese bekannt: <input type="checkbox"/>	
Alter der Mutter ≤ 20 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere Kinder	<input type="checkbox"/>	
Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als ein Jahr)	<input type="checkbox"/>	
Unerwünschte Schwangerschaft		
Allein erziehend	<input type="checkbox"/>	
Hinweis auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft		
Mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert		
Mutter / Familie bereits im Jugendamt bekannt		
Heimerziehung der Mutter		
Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrung der Mutter in Ihrer Kindheit		
Schwere körperliche Erkrankung / Behinderung eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	
Bek. psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlung	<input type="checkbox"/>	
Nikotinkonsum > 20 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>	
Hinweise auf Alkoholprobleme bei <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater / Partner	<input type="checkbox"/>	
Hinweise auf Drogenkonsum durch <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater / Partner	<input type="checkbox"/>	
Mangelnde körperliche Hygiene	eigene Beobachtung: <input type="checkbox"/>	
Kein qualifizierender Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	
Finanzielle Notlage		
Soziale / Sprachliche Isolation	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges / Bemerkungen:		
B: Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	
Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen		
Frühgeburtlichkeit	<input type="checkbox"/>	
Mehrlinge	<input type="checkbox"/>	
Angeborene / neonatal erworbene Erkrankungen / Behinderung	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges / Bemerkungen:		
Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes		
Wirkt am Kind desinteressiert	eigene Beobachtung: <input type="checkbox"/>	
Macht ablehnende Äußerungen über das Kind	<input type="checkbox"/>	
Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig	<input type="checkbox"/>	
Gibt auffallend häufig das Kind ab	<input type="checkbox"/>	
Übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen (z.B. sehr gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt)	<input type="checkbox"/>	
Kein Besuch auf der Geburtsstation	<input type="checkbox"/>	
Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder das Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden	<input type="checkbox"/>	
F: Sonstiges:		

- A-F unauffällig → bei Entlassung Routinehinweis auf Frühe Hilfen, Flyer mitgeben
- nur A auffällig **oder** nur bis zu 2 Punkte in B-F → evtl. vertiefendes Gespräch nötig
- A und mindestens 1 Punkt in B-F auffällig **oder**
A unauffällig aber mehr als 2 Punkte in B-F auffällig } → vertiefendes Gespräch

Datum, Hdz.



Guter Start ins Kinderleben

Patientenetikett (oder Name, Vorname, Geburtsdatum der Mutter)	ET:	Datum
		Hz.

A. Besondere (auch soziale) Belastung

- A.1 Alter der Mutter <= 21 Jahre
- A.2 Alter der Mutter <= 21 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere
- A.3 Rasche Geburtenfolge (weniger als ein Jahr)
- A.4 Unerwünschte Schwangerschaft
- A.5 Allein erziehend
- A.6 Schwere Konflikte in der Partnerschaft
- A.7 Kinder bereits in Pflege oder Adoption
- A.8 Familie bereits durch Jugendamt unterstützt
- A.9 Aufwachsen der Mutter außerhalb der Herkunftsfamilie
- A.10 Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit
- A.11 Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen
- A.12 Nikotinkonsum in der Schwangerschaft
- A.13 Alkoholabusus
- A.14 Drogenkonsum
- A.15 Mangelnde körperliche Hygiene
- A.16 Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss)
- A.17 Soziale/Sprachliche Isolation
- A.18 Sonstiges/Bemerkungen: _____

B. Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen

C. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen

- C.1 Frühgeburtlichkeit
- C.2 Mehrlinge
- C.3 Angeborene/ neonatal erworbene Erkrankungen
- C.4 Sonstiges /Bemerkungen: _____

D. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes

- D.1 wirkt am Kind desinteressiert
- D.2 macht ablehnende Äußerungen über das Kind
- D.3 wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
- D.4 gibt auffallend häufig das Kind ab
- D.5 fehlendes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes, reagiert überzogen gestresst z.B. wenn das Kind schreit oder spuckt
- D.6 kein Besuch

E. Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden

F. Sonstiges

Beurteilung

- grün** Hebamme empfohlen
- gelb** Hebamme dringend empfohlen/ Beratung Hilfsangebote (nur A – oder nicht A und bis 2 Punkte bei B-E oder F)
- orange** Familienhebamme/ Familien-Ges- und Kinderkrankenpflege empfohlen; mit Einverständnis Frühe Hilfen (A und mind. 1 Punkt bei B-E oder 3 Punkte bei B-E oder F)
- sonstiges _____

Der Ludwigshafener peripartaler Erhebungsbogen (LupE) wurde im Rahmen des Modellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ von Dr. Barbara Filsinger, Dr. Jochen Gehrmann, Dr. István Bechtold, St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus Ludwigshafen, Priv.-Doz. Dr. Ute Ziegenhain, Universitätsklinikum Ulm und Dr. Heinz Kindler, Deutsches Jugendinstitut e.V., München, entwickelt. Eine Verwendung außerhalb des Projektes ist nur unter Angabe dieser Quelle und der Autoren zulässig.

Risikoscreening in der Geburtsklinik

0% ausgefüllt

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Früherkennung belasteter Familien in Geburtskliniken ist im Sinne eines Risikoscreenings mittlerweile deutschlandweit etabliert.

Verschiedenste Bögen kommen in den Kliniken zum Einsatz, die sich häufig auf evaluierte Instrumente beziehen. Es werden jedoch im Detail andere Inhalte erhoben und damit eine einheitliche, qualitativ standardisierte Vorgehensweise nicht ermöglicht - von mangelnder Validierung ganz abgesehen.

Eine bundesweit interdisziplinär besetzte 8-köpfige Expertenrunde aus Medizin, Jugendhilfe und Geburtshilfe hat daher die Initiative gestartet, um solche Inhalte und Fragen zu identifizieren, die möglichst obligatorisch - bundesweit in allen Risikoinventaren aufgenommen werden sollten, um einen Mindeststandard zu erzielen. Somit ist es nicht das Ziel, ein neues Instrumentarium zu entwickeln, sondern die vorhandenen Instrumenten vergleichbar zu gestalten.

Wir von der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf begleiten diesen Prozess und bitten Sie heute um die einmalige Teilnahme an dieser Befragung, denn nun wird Ihre Expertise benötigt:

Welche Inhalte und Fragen müssen in allen Risikoinventaren zukünftig vorhanden sein?

Bitte bedenken Sie, dass ein Screening kurz ist und keine Diagnostik ersetzt, sondern nur einen Gesprächsanlass darstellen kann. Daher ist die Anzahl der Fragen sehr begrenzt und auf die Risikofaktoren beschränkt. Entlastungs- und Schutzfaktoren sollen und müssen immer im anschließenden Gespräch mit den Betroffenen eruiert werden.

Bitte treffen Sie neben der Auswahl der Inhalte, die künftig in allen Instrumenten enthalten sein sollten, auch eine Auswahl, wie diese Inhalte abgefragt werden können. Hier wird von einer Fremdbeurteilung durch geburtshilfliches Personal oder Dritte ausgegangen, da dieses Format mehrheitlich in Deutschland zum Einsatz kommt.

Sollten Sie weitere Inhalte als Pflicht ansehen, die hier nicht aufgeführt werden, bitten wir Sie diese am Ende der Befragung zu benennen.

Mit freundlichen Grüßen aus dem Norden,

Dr. Silke Pawils im Auftrag der Expertenrunde "Standard Risikoinventar"

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils, Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Appendix 7: SoSci online survey

Risikoscreening in der Geburtsklinik

4% ausgefüllt

Datenschutz

Sie erklären sich damit einverstanden, dass die im Online-Fragebogen mitgeteilten Angaben („Forschungsdaten“) vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre erhoben, gespeichert, übermittelt und genutzt werden. Die Forschungsdaten werden mit wissenschaftlichen Methoden ausschließlich gruppenstatistisch ausgewertet, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind und für daraus hervorgehende Veröffentlichungen verwendet.

Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der Daten ist unwiderruflich, da aufgrund der anonymisierten Form der Umfrage keine teilnehmerbezogene Löschung durchgeführt werden kann.

Die Forschungsergebnisse und Forschungsdaten werden zum Nachweis der guten wissenschaftlichen Praxis nach Projektabschluss für 10 Jahre beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aufbewahrt und in einem Forschungsdatenzentrum archiviert.

- Ich bin einverstanden
- Ich bin nicht einverstanden [?](#)

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

7% ausgefüllt

In welcher dieser Berufsgruppen können Sie sich einteilen?

Bitte wählen Sie das zutreffendste aus.

[Bitte auswählen] ▾

Wie viel Berufserfahrung haben Sie?

[Bitte auswählen] ▾

Haben Sie Erfahrungen mit Screeninginstrumenten?

Dabei spielt es keine Rolle, ob in der Anwendung dieser (Praxis) oder Konzipierung (Theorie).

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

11% ausgefüllt

Auf den folgenden Seiten wird Ihre Expertenmeinung zu kommenden obligatorischen Fragen (im folgenden "Pflichtitems" genannt), die in einem Risikoscreening in Geburtskliniken auftauchen müssen, benötigt.

Zu Beginn werden Sie gefragt, ob ein Thema für Sie als Pflichtitem empfunden wird oder nicht:

Thema: Später Beginn Schwangerschaftsvorsorge

- Dies sollte zwingend erfragt werden
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden
- Weiß nicht.

Anschließend wählen Sie einen der Formulierungsvorschläge aus oder formulieren Ihren eigenen Vorschlag:

Formulierungsvorschläge:

- Beginn der Schwangerschaft nach 20 SSW
- Später Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen (nach 20 SSW)
- Schwangerschaftsvorsorgen: Beginn nach der 20. SSW
- Sonstiger Formulierungsvorschlag: _____

und zum Schluss können Sie noch einen kurzen Kommentar zu dem Item verfassen.

Mitteilung zu diesem Item: _____

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

15% ausgefüllt

Thema: Später Beginn Schwangerschaftsvorsorge

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen nach 20 SSW
- Später Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen (nach 20 SSW)
- Schwangerschaftsvorsorgen: Beginn nach der 20. SSW
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

19% ausgefüllt

Thema: Fehlende Krankenversicherung

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Krankenversicherung?
- Krankenversichert?
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

22% ausgefüllt

Ein kurzer Hinweis:

Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterbearbeiten. Klicken Sie dazu unten auf "Befragung unterbrechen" und folgen Sie den weiteren Anweisungen.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

26% ausgefüllt

Thema: Mehrlinge

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Mehrlinge?
- Mehrlingsgeburt?
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawlis](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

30% ausgefüllt

Thema: Neonatologie

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Aufnahme auf Neugeborenenstation
- Aufnahme auf Neonatologie
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawlis](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

33% ausgefüllt

Thema: Alter der Mutter

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Alter der Mutter <= 18 Jahre
- Alter der Mutter <= 20 Jahre
- Alter der Mutter <= 21 Jahre
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

37% ausgefüllt

Thema: Kinder im Haushalt

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Leben 2 oder mehr Kinder unter 5 Jahren im Haushalt? (inklusive Neugeborenen)
- Leben im Haushalt mehr als 4 Kinder? (inklusive des neugeborenen Kindes)
- Anzahl der Kinder im Haushalt (einschließlich Neugeborenes) (<4 Kinder)
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

41% ausgefüllt

Thema: Nikotin während der Schwangerschaft

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?
- Nikotinkonsum >20 Zigaretten am Tag
- Rauchen in der Schwangerschaft
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

44% ausgefüllt

Thema: Alkoholkonsum

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Alkoholabusus
- Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter
- Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (im Haushalt)
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

48% ausgefüllt

Thema: Drogenkonsum

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Hinweise auf Drogenkonsum durch Mutter
- Drogenkonsum während der Schwangerschaft (im Haushalt)
- Drogenabusus
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

52% ausgefüllt

Thema: Psychische Erkrankung

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Ist bei der Mutter eine psychiatrische Diagnose bekannt?
- Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen
- Psychiatrische Erkrankung diagnostiziert
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

56% ausgefüllt

Thema: Besondere Belastung

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Ist die Mutter zurzeit besonders belastet? Durch ungewollte_ verdrängte Schwangerschaft / durch Probleme in der Partnerschaft / sonstiges:
- Besondere Belastungen für die Familie durch psychische Belastungen (Beruf, Haushalt, Familie, unerwünschte Schwangerschaft)
- Besondere psychische Belastung (z.B. durch ungewollte Schwangerschaft, Konflikte in der Partnerschaft, Alltagsbewältigung, Alleinerziehend, etc.)
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawlis](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

59% ausgefüllt

Thema: Sprachliche / soziale Isolation

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Soziale / sprachliche Isolation
- Sprache der Familie
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawlis](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

63% ausgefüllt

Thema: soziale / wirtschaftliche Belastung

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Gibt es besondere soziale_wirtschaftliche Belastungen? (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation)
- Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss)
- Finanzielle Notlage
- Gibt es besondere soziale und wirtschaftliche Belastungen bezüglich z.B. Integration, Sprachkenntnis, Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.?
- Besondere Belastungen für die Familie durch beengte Wohnsituation
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

PD Dr. Silke Pawils, Johannes Neumann Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

67% ausgefüllt

Thema: Schwere Erkrankung / Behinderung

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Schwere Erkrankung / Behinderung bei der Mutter oder einem anderen Familienmitglied (ohne das Neugeborene)? Eltern/ Kinder/Art der Erkrankung:___
- Schwere körperliche Erkrankung / Behinderung eines Familienmitgliedes
- Sind Sie in der Versorgung des Kindes durch die Behinderung eines Familienmitgliedes beeinträchtigt?
- In der Familie liegen die Lebensqualität beeinträchtigende somatische Erkrankungen, Behinderungen vor
- Sind die Eltern durch eine Behinderung in der Versorgung des Kindes beeinträchtigt?
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

PD Dr. Silke Pawils, Johannes Neumann Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

70% ausgefüllt

Thema: Alleinerziehend

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Alleinerziehend?
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

74% ausgefüllt

Thema: Anbindung an unterstützenden Institution (vergangene/aktuelle)

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Gibt es zurzeit oder gab es früher Anbindungen an unterstützende Institutionen? (z.B. Jugendamt, gesetzlicher Betreuer) - ohne Arbeitsamt?
- Familie wird bereits durch Jugendamt unterstützt.
- Mutter/Familie bereist im Jugendamt bekannt?
- Mutter wird durch Jugendhilfe/weitere Institutionen betreut.
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

78% ausgefüllt

Thema: Vorgeschichte Misshandlung

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit.
- Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit.
- Anhaltspunkte für Gewalt in der Vorgeschichte/Kindheit.
- Sonstiger Formulierungsvorschlag

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

81% ausgefüllt

Thema: Erhöhter Fürsorgebedarf

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Formulierungsvorschläge:

- Schwere Erkrankung beim Kind
- Angeborene/neonatal erworbene Erkrankung.
- Angeborene/neonatal erworbene Erkrankung/Behinderung.

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

85% ausgefüllt

Thema: Gesamteindruck/Freitext/Gesprächsanlass

- Dies sollte zwingend erfragt werden.
- Dies muss nicht zwingend erfragt werden.
- Weiß nicht.

Mitteilung zu diesem Item:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

Risikoscreening in der Geburtsklinik

89% ausgefüllt


Welche Antwortoptionen sollen bei den Pflichtitems gegeben werden?

- ja / nein
- ja / unsicher / nein
- ja / nein / nicht beurteilbar

Obwohl die meisten Screeninginstrumente in Fremdbeurteilung ausgefüllt werden, wollen wir von Ihnen wissen:

Wer soll den Fragebogen ausfüllen?

Bitte wählen Sie aus.

- Selbstaufüller
- Fremdaufüller 

Haben Sie noch weitere Anmerkungen für uns?

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Johannes Neumann](#) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf - 2021

```
FRECUENCIAS VARIABLES=SW02 SW04 SW04_04 SW03_01 GE02 GE08
GE08_03 GE03 GE09 GE09_03 GE04 GE10
  GE10_03 GE05_01 GE06_01 GE07_01 MU02 MU29 MU29_05 MU03 MU30
MU30_04 MU04 MU31 MU31_05 MU05 MU32
  MU32_05 MU27 MU33 MU33_04 MU06 MU34 MU34_04 MU07 MU35 MU35_04
MU08 MU36 MU36_03 MU09 MU37 MU37_06
  MU10 MU38 MU38_06 MU11 MU39 MU39_02 MU12 MU40 MU40_05 MU13
MU41 MU41_04 MU14_01 MU15_01 MU16_01
  MU17_01 MU28_01 MU18_01 MU21_01 MU20_01 MU22_01 MU23_01 MU24_01
MU25_01 MU26_01 KN02 KN04 KN03_01
  FA03 FA05_01 OF01_01 OF03 OF04 SZ01 SZ03 SZ04
/ORDER=ANALYSIS.
```

Appendix 8: SPSS synta

Appendix 9: Overview of screening questionnaires' items (p.1) and wording (p.2)

Geburtskliniken	Stimmen (6 Voting)	Babylose Berlin	Lupe	Wilhelm	KinderZUKUNFT	Wilhelm Frankfurt	Screeningbogen Ortenaukreis	Kommentare
Ausfüllort Bogen	0	x						
SCHWANGERSCHAFT								
fehlende SS Untersuchungen	5	x	x	x		x	x	mehrere Fehlende weniger als 5
später Beginn SS Vorsorge	6	x		x	x	x		<20 SSW -
rasche SS/Geburtenfolge	1		x				x	besser: rasche Geburtenfolge
Ungewünschte SS	3		x				x	
GEBURT								
Kaiserschnitt	2			x		x		
fehlende Krankenversicherung	6	x		x		x		
Entbindungsdatum	3	x		x	x	x		
Mehrlinge*	5	x	x	x	x	x		
Neonatalogie	5	x	x	x		x		
schwere Erkrankung	4	x	x		x		x	
niedriges Geburtsgewicht	1	x		x	x	x		
MUTTER								
Alter Mütter*	5	x	x	x	x	x	x	
Kinder im Haushalt*	6	x		x	x	x		mehr als 4 Alter der Kinder?
Niedriges Geburtsgewicht	0							
Nikotin während SS	6	x	x	x	x	x	x	
Alkohol/Drogenkonsum	6	x	x	x	x	x	x	getrennte Erfragung: Alkohol - Drogenkonsum
psychische Erkrankung	6	x	x	x	x	x	x	Diagnose?
besondere Belastung	6	x		x	x	x	x	Belastung
sprachliche/soziale Isolation	5		x		x	x	x	Formulierung: Kategorien
soziale/wirtschaftliche Belastung	6	x	x	x	x	x	x	Verständigung auf Deutsch
Mutter obdachlos	3				x			
schwere Erkrankung / Behinderung	6	x	x	x	x	x	x	
alleinerziehend	6	x	x	x	x	x	x	in Belastungen aufnehmen
Mutter in Heim aufgewachsen	2		x		x			Aufwachsen außerhalb der Herkunftsfamilie
mangelnde Hygiene	1		x					
Flucht aus Heimatland	2	x						
verständigung auf Deutsch	4	x						Abgedeckt mit Z24 "sprachliche Isolation"
Anbindung an unterstützende Institution (vergangene/aktuelle)	5	x	x	x	x	x	x	Jugendamt caritative Wohltätigkeit Mutter-Kind-Haus Frauenhaus (Verga
Vorgeschiedete Missandlung	5	x	x		x			
passiv antriebsarm psych. Auffällig	1		x					
Zukunftsangst Überforderung	1		x					
BEZUGSPERSON								
kein Schulabschluss							x	Anmerkung: Datenschutz: Mutter belastet durch ... des Partners
Alkohol/Drogenkonsum	3			x		x	x	DATENSCHUTZPRÜFUNG
psychische Erkrankung	3			x		x		
Alter Partner	3			x		x		
KIND								
Kind in Pflege/Adoption	3		x				x	
mangelnde Hygiene			x					
behältter Färsengebärdarf								Erkrankungen /Behinderungen
BEZIEHUNG ZU KIND								
wirkt an Kind desinteressiert	1		x				x	Beschränkung auf pränatale Befragung?
ablehnende Äußerungen	1		x				x	
gibt Kind häufig ab	1		x				x	
fehlendes Einfühlungsvermögen	1		x				x	
FAMILIE								
Gewalt in Partnerschaft	6	x	x		x			Besondere Belastungen
kein Besuch			x				x	
Gesamteindruck/Freitext/Gesprächs anlass ja/nein								
INFORMATIONEN INSTRUMENT								
Selbst versus Fremdausfüller		fremd	fremd	fremd (1x selbst) 2008 bis heute: Machbarkeit Akzeptanz Gesundheit der Kinder in 2011	fremd	fremd?	?	
Evaluation		2012-2014 NFZH Modellprojekt Ifd.Kennzahlen	2008 "Guter Start ins Kinderleben" Kindler	Kreuzvalidierung mit Lupe in 2020	Konsensuskonferenz "Rascher"		2011 "Jugendamt" Böttinger	
Einsatzort		alle 18 Kliniken Berlin	alle Kliniken Rheinland- Pfalz "Süddeutschland" Mannheim Villingen.	42 x bundesweit	Solingen		Ortenaukreis	

Appendix 10: Complete results of the online survey

Thema: Später Beginn Schwangerschaftsvorsorge N = 42

Ja: 81% (34) nein: 14,3% (6) weiß nicht: 4,8% (2)

Formulierungen

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen nach 20 SSW	19	46,3
	Später Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen (nach 20 SSW)	4	9,8
	Schwangerschaftsvorsorgen: Beginn nach der 20. SSW	17	41,5
	sonstiges	1	2,4
	Gesamt	41	100,0

Anmerkungen

ein später Beginn von Schwangerschaftsvorsorge kann verschiedene Ursachen haben. Deshalb wäre dieses ein Grund für ein vertiefendes Gespräch

Es erscheint sinnvoll nach dem Beginn der Schwangerenvorsorge zu fragen, weil darüber im Zusammenhang mit anderen Abfrage ergebnissen Hypothesen darüber gebildet werden können wie die Schwangerschaft von der Schwangeren erlebt wird. Wie es um die Bereitschaft der Schwangeren steht Verantwortung und Fürsorge für das Ungeborene zu übernehmen und Einiges mehr. Allein über die Abfrage der Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen ist das nur eingeschränkt möglich.

Muss nicht erfragt werden, sondern ist aus dem Mutterpass ersichtlich

Nicht spezifisch, kann viele Ursachen haben

Wenn ein Mutterpass vorliegt, muss es nicht zwingend erfragt werden

Thema: fehlende Krankenversicherung N = 40

Ja: 80% (32) nein: 15% (6) weiß nicht: 5% (2)

KV2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Krankenversicherung? [1]	14	38,9
	Krankenversicherung? [2]	11	30,6
	[3]	11	30,6
	Gesamt	36	100,0

Formulierungsvorschläge

Besteht bei Ihnen eine Krankenversicherung?
Besteht eine Krankenversicherung?
Fehlende Krankenversicherung (mindestens 1x im Jahr vor den Screening)
keine Krankenversicherung
Krankenversicherung vorhanden
Krankenversicherung vorhanden?
Krankenversicherungsschutz?
KV vorhanden
Sind Sie in Deutschland krankenversichert?
Wo sind sie krankenversichert?

Anmerkungen

Ankreuzmöglichkeiten für privat, gesetzl. Und EU Krankenversicherung wäre sinnvoll
muss auch nicht erfragt werden, ist ebenfalls bei der administrativen Aufnahme in der Geburtsklinik bekannt
Wenn die Mutter in der Geburtsklinik aufgenommen wurde, dürfte dieses Datum schon in den Akten sein und kann in das Risikoscreening übernommen werden und muss nicht im Gespräch mit der Familie geklärt werden – das gilt auch für die folgenden Items

Thema: Mehrlinge N = 39

Ja: 82,1% (32) nein: 17,9% (7)

Mehrlinge2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Mehrlinge? [1]	11	29,7
	Mehrlingsgeburt? [2]	24	64,9
	[3]	2	5,4
	Gesamt	37	100,0

Formulierungsvorschläge

Erhöhte Anforderung durch Mehrlinge
Zwillinge

Anmerkungen

ebenfalls als medizinische Basisinformation vorhanden
Frauen verstehen Mehrlinge vielleicht nicht
geht aus Patientenakten hervor
wiederum ein Gesprächsanlass, in welcher Weise es eine Belastung für die Familie bedeutet, zumal wenn eine externe Unterstützung fehlt oder weggebrochen ist

Thema: Neonatologie N = 38

Ja: 68,4% (26) nein: 13,2% (5) weiß nicht: 18,4% (7)

		Neonatologie2	
		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Aufnahme auf Neugeborenenstation [1]	14	46,7
	Aufnahme auf Neonatologie [2]	13	43,3
	[3]	3	10,0
	Gesamt	30	100,0

Formulierungsvorschläge

Das sind hier im Haus zwei verschiedene Stationen. Um absolute Klarheit zu haben wären beide Fragen gut.

Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt

Verlegung auf Neonatologie bzw. in die Kinderklinik

Anmerkungen

Das hängt von der spezifischen Situation ab, ob die Neugeborenenstation im Hause ist und was der Grund für die Verlegung ist - damit auch in welcher Hinsicht ein Risiko gegeben sein könnte

Die stationäre Aufnahme eines Kindes ist immer als Belastung der jungen Familie zu betrachten aus der sich weitere Belastungssituationen ergeben können. Dieser Hinweis ist für nachfolgende Betreuungspersonen oder Dienste sehr hilfreich.

Es wird nicht klar, was mit dieser Frage beantwortet werden soll

geht aus Patientenakten hervor

Hier spielt der Zeitpunkt der Erfragen eine wichtige Rolle. Die Aufnahme auf der Neonatologie kann sich sehr kurzfristig ergeben, wenn der Bogen im Rahmen der Geburtsanmeldung ausgefüllt wird, kann die KM hierzu mitunter noch keine Aussage treffen.

ist das nicht schon in den Perinataldaten?

Neonatologie bedeutet nicht nur Neugeborenenstation, sondern kann auch Aufnahme im Perinatalzentrum Level 1 oder 2

Thema: Alter der Mutter N = 40

Ja: 92,5% (37) nein: 7,5% (3)

		Alter2	
		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Alter der Mutter <= 18 Jahre [2]	22	57,9
	Alter der Mutter <= 20 Jahre [3]	5	13,2
	Alter der Mutter <= 21 Jahre [4]	6	15,8
	Gesamt	38	100,0

Formulierungsvorschläge

2 Items: unter 18 Jahre; und unter 21 Jahre
Alter der Mutter <18 bis 21 Jahre
Alter der Mutter ermöglicht Unterscheidungen. 3 Kinder 35 Jahre alte Mutter, 3 Kinder, 22 Jahre alte Mutter.
Auch hier muss genauer nachgefragt werden:
Alter der Mutter:
Das Alter kann einfach als Zahl erfasst werden, dazu muss es kein <-Zeichen geben.

Anmerkungen

ebenfalls bekannt und nicht extra zu erfragen
getrennt fragen: unter 18 und unter 21
In Abhängigkeit vom tatsächlichen Alter ggf. Maßnahmen der Hilfen installieren
Wichtig bzgl. Vormundschaft / Sorgerecht
zur Erläuterung von einzelnen Items ist ein Handbuch zu erstellen. Dieses existiert z.B. im Handbuch Umsetzung Früher Hilfen in KinderZUKUNFT NRW

Thema: Kinder im Haushalt N = 37

Ja: 78,4% (29) nein: 18,9% (7) weiß nicht: 2,7% (1)

KiHaushalt2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Leben 2 oder mehr Kinder unter 5 Jahren im Haushalt? (inklusive Neugeborenen) [1]	8	21,1
	Leben im Haushalt mehr als 4 Kinder? (inklusive des neugeborenen Kindes) [2]	7	18,4
	Anzahl der Kinder im Haushalt (einschließlich Neugeborenes) (<4 Kinder) [3]	15	39,5
	[4]	8	21,1
	Gesamt	38	100,0

Formulierungsvorschläge

2 oder mehr Kinder im Haushalt plus Ngb.
Alter der Mutter und Zahl der Kinder können eine unterschiedliche Bedeutung hinsichtlich einer Belastung für die Familie. Im Gespräch abklärungsbedürftig
Anzahl der Kinder im Haushalt
Anzahl der Kinder im Haushalt (einschließlich des Neugeborenen):
Bereits 1 Kind im Haushalt bei mütterlichem Alter <21 Jahren zum Zeitpunkt der Geburt
je 1 Frage dazu Formulierung s.o.
Leben im Haushalt mehr als 3 minderjährige Kinder? (einschließlich des/ der neugeborenen Kind(er))
Wieviel Kinder unter 5 Jahren leben incl. Neugeborenem im Haushalt ?

Anmerkungen

beide Fragen getrennt stellen

die erste Formulierung trifft wahrscheinlich auf über 90% der Zweiteltern zu

Dir Abfrage sollte auf das Alter der Kinderbezogen sein und nicht auf die Anzahl, da viele Frauen häufig mehrere Kinder haben die dann aber über 6-8 J sind

Hier wäre eine genaue Zahl hilfreich, da so u.U. da situationsabhängig andere/weitere Hilfen erforderlich sind je nach Anzahl und Alter der Kinder

Thema: Nikotin während der Schwangerschaft N = 40

Ja: 82,5% (33) nein: 15% (6) weiß nicht: 2,5% (1)

Nikotin2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht? [1]	13	35,1
	Nikotinkonsum >20 Zigaretten am Tag [2]	4	10,8
	Rauchen in der Schwangerschaft [4]	16	43,2
	[5]	4	10,8
	Gesamt	37	100,0

Formulierungsvorschläge

>20 Zigaretten/Tag in der Schwangerschaft

Abusus (Tabletten, Drogen, Alkohol) in der Schwangerschaft

Nikotinkonsum > 10 Zigaretten

Nikotinkonsum in der häuslichen Gemeinschaft

Anmerkungen

ebenfalls bei medizinischer Basisanamnese enthalten

Mengenabfragen haben sich bei uns als nicht realistisch zu erfassen gezeigt

Nikotinkonsum > 10 Zigaretten bedeutet immer mehr als 10 Zigaretten und kann unterschiedliche Folgen haben.

Ein Gesprächsanlass zur Prävention

Rauchen Sie? Zig pro Tag?

Thema: Alkoholkonsum N = 39

Ja: 94,9% (37) nein: 5,1% (2)

Alkohol2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Alkoholabusus [1]	2	5,3
	Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter [2]	6	15,8
	Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (im Haushalt) [3]	21	55,3
	[4]	9	23,7
	Gesamt	38	100,0

Formulierungsvorschläge

Abusus (Tabletten, Drogen, Alkohol) in der Schwangerschaft
Alkohol in der Schwangerschaft
Alkoholkonsum in der Schwangerschaft
Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
Hat die werdende Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken
Hat Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?
Hinweise auf Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
Problematischer Alkoholkonsum im Haushalt (des Neugeborenen)?
Wurde während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?

Anmerkungen

Abusus (Alkohol, Drogen, Tabletten in der SS)
Direkt nach Abusus und Problemen zu Fragen reduziert die Chance auf eine ehrliche Antwort
ebenfalls bei medizinischer Basisanamnese enthalten
Note: jeder Tropfen zählt !
schwierige Frage. Alternativvorschläge sind gefragt. Hier wird in der Regel nicht glaubhaft geantwortet
Trinken Sie Alkohol?

Thema: Drogenkonsum N = 39

Ja: 97,4% (38) nein: 2,6% (1)

Drogen2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Hinweise auf Drogenkonsum durch Mutter [1]	11	28,9
	Drogenkonsum während der Schwangerschaft (im Haushalt) [2]	20	52,6
	Drogenabusus [4]	1	2,6

[5]	6	15,8
Gesamt	38	100,0

Formulierungsvorschläge

Abusus (Tabletten, Drogen, Alkohol) in der Schwangerschaft
Drogenkonsum während der Schwangerschaft
Hat die werdende Mutter während der Schwangerschaft Drogen konsumiert? Wenn ja, welche?
Hinweise auf Drogenkonsum (außer Nikotin/ Alkohol) während der Schwangerschaft
Nehmen Sie Drogen? Nehmen Sie Methadon?
Wurden während der Schwangerschaft Drogen konsumiert?

Anmerkungen

ebenfalls bei medizinischer Basisanamnese enthalten
Formulierung soll sich auf Schwangerschaft konzentrieren - z.B. Cannabiskonsum vor 10 Jahren ist nicht das Thema
wenn Drogenkonsum im Haushalt abgefragt wird, kann es den Vater auch betreffen. Ist diese aus Datenschutzgründen erlaubt.
Wir differenzieren bei Drogen und Alkohol erst bei Nachverfolgungsbogen und nicht bei Risikoinventar

Thema: psychische Erkrankung N = 39

Ja: 100% (39)

psych2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Ist bei der Mutter eine psychiatrische Diagnose bekannt? [1]	8	21,1
	Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen [2]	24	63,2
	[4]	6	15,8
	Gesamt	38	100,0

Formulierungsvorschläge

Auch hier fragen wir direkt und geben Beispiele für psych. Erkrankungen an
Bei Mutter oder Vater liegen therapie-bedürftige psychische Erkrankungen vor
Ist bei er Mutter oder einer/einem Haushaltsmitglied eine psychiatrische Diagnose bekannt?
Liegen therapiebedürftige Erkrankungen vor
Wurde eine psychische Erkrankung bei der Mutter diagnostiziert? wenn ja, wann?

Anmerkungen

Beim Vater nicht?
Bekannte psychische Erkrankung der Mutter
danach wäre die Frage sinnvoll, ob sie austherapiert wurde/ noch aktuell ist
Die gleichzeitige Frage nach Vorerkrankungen ist notwendig, da häufiger eine Rezidivgefahr besteht.
Formulierungsvorschläge ändern, psychische Erkrankungen vs. psychiatrische Diagnose. wo bleibt die psychosoziale Belastung n. Mutterpass
Neben der Frage nach psychischen Erkrankungen ist die Abfrage psychischer Belastungen hilfreich, da nicht alle psychisch belastenden Befindlichkeiten als Erkrankung gewertet werden.
psychische Erkrankungen haben in der Regel einen chronischen Charakter, deshalb muss explizit nach Vorerkrankungen gefragt werden
siehe AWMF

Thema: Besondere Belastung N = 38

Ja: 92,1% (35)

nein: 5,3% (2)

weiß nicht: 2,6% (1)

besondere2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Ist die Mutter zurzeit besonders belastet? Durch ungewollte_verdrängte Schwangerschaft / durch Probleme in der Partne..	7	19,4
	Besondere Belastungen für die Familie durch psychische Belastungen (Beruf, Haushalt, Familie, unerwünschte Schwangers.	10	27,8
	Besondere psychische Belastung (z.B. durch ungewollte Schwangerschaft, Konflikte in der Partnerschaft, Alltagsbewälti..	17	47,2
	[4]	2	5,6
	Gesamt	36	100,0

Formulierungsvorschläge

Fühlen Sie sich aktuell sehr belastet
Überforderung in Bezug auf: Die eigene Belastbarkeit der Mutter (fehlende Bewältigungsmöglichkeit)

Anmerkungen

Alle Formulierungen setzen einen bestimmten Grund voraus oder legen diesen nahe. Belastungsfrage zu wenig auf andere Belastungen des Alltags hin formuliert
Alleinerziehend durch Alleinstehend ersetzen
alleinerziehend sollte auch im Formulierungsvorschlag 1 aufgenommen werden, außerdem auch Armut

Die Beispiele von Belastung sind nicht zwingend Belastungen und sehr subjektiv. Mit diesen Beispielen liegen bei allen Eltern Belastungen vor

evtl. Konflikte / Gewalt in der Partnerschaft

Formulierungsvorschläge ändern- Ursachenforschung sekundär und weltfremd. Eher nach der Schwere fragen - Alltagsbewältigung , sozialer Rückzug , etc.

vielleicht doch etwas zu unspezifisch; gibt es Hinweise zur Aussagekraft dieses Items?

Wir Fragen Bewusst subjektiv . Objektiv schwer zu erfassen. Auch eine nur Empfundene Belastung sollte erst genommen werden

Thema: Sprachliche / soziale Isolation N = 38

Ja: 76,3% (29)

nein: 10,5% (4)

weiß nicht: 13,2% (5)

Isolation2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Soziale / sprachliche Isolation [1]	16	51,6
	Sprache der Familie [2]	9	29,0
	[3]	6	19,4
	Gesamt	31	100,0

Formulierungsvorschläge

Kann man sich mit den Eltern auf Deutsch verständigen?

Kann man sich mit der Familie auf deutsch verständigen?

Soziale / sprachliche Isolation (fehlende Deutschkenntnisse, ungenügende Wohnsituation, fehlendes Netzwerk am Wohnort)

Soziale Belastung mit Beispielen

Soziale Isolation (z.B. aufgrund der Sprache)

Sprachliche (deutsch) Kommunikation mit der Mutter nicht möglich

Anmerkungen

besser: Integrationsprobleme

Definition wird in einem Handbuch erläutert

die Familiensprache hat häufig sehr wenig mit einer sozialen Isolation zu tun, die soziale Isolation klären macht Sinn

Dies sind für mich zwei unterschiedliche Belastungsfaktoren, die unabhängig voneinander abgefragt werden sollte. Auch jemand, der deutsch spricht kann z.B. aufgrund von Umzug sozial isoliert sein.

Ein ergänzendes Feld für die Sprache der Familie ist sinnvoll (spart Zeit bei der Kontaktaufnahme)

Familiensprache und soziale Isolation nicht in eine Frage stecken.

Ich halte die Vermischung der Begriffe Sprachliche / Soziale für problematisch. Wären für mich 2 unterschiedliche Items.

Sehr ungünstige Formulierung; die Sprache der Familie sagt nichts über die soziale oder sprachliche Isolation/Integration aus

Sprache erfragen
Sprachliche und soziale Isolation in einem Item ist unglücklich; man kann sozial auch ohne Sprachproblem isoliert sein
Sprachliche und soziale Kommunikation mit der Mutter nicht möglich
Wie soll das Personal in der Geburtsklinik dieses Item zuverlässig beantworten? Oder wie sollte es bei den Betroffenen nachgefragt werden? Die "Sprache der Familie" ist jedenfalls kein Risikoindikator.

Thema: Soziale/ wirtschaftliche Belastung N = 39

Ja: 87,2% (34) nein: 12,8% (5)

s/w Belastung2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Gibt es besondere soziale_wirtschaftliche Belastungen? (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation) [1]	13	36,1
	Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss) [2]	1	2,8
	Finanzielle Notlage [3]	1	2,8
	Gibt es besondere soziale und wirtschaftliche Belastungen bezüglich z.B. Integration, Sprachkenntnis, Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.?	18	50,0
	Besondere Belastungen für die Familie durch beengte Wohnsituation [5]	2	5,6
	[6]	1	2,8
	Gesamt	36	100,0

Formulierungsvorschläge

Fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle soziale und wirtschaftliche Situation besonders belastet

Anmerkungen

Da bereits ein Item "besondere Belastung" abgefragt wurde, könnte zunächst allgemein (und aus Sicht der Patientin) danach gefragt werden und mögliche Belastungen dort optional aufgeführt werden
Fragestellung muss subjektiv sein. Fühlt die Schwangere sich.....
sozial ja - wirtschaftlich eher nein da zu unspezifisch
Überschneidung mit dem vorherigen Item. Benötigt Entscheidung ob man soziale und wirtschaftliche Belastungen gemeinsam oder getrennt erfragt.
zusammen mit dem Pkt sozial sprachliche Isolation: besondere soziale Belastung, z.B. wirtschaftlich, Integration
zusätzlich sollte die Bildungsferne berücksichtigt werden, also Frage nach Schulabschluss bzw. Ausbildung => Entwicklungsrisiken für Kinder erhöht

Thema: Schwere Erkrankung / Behinderung N = 36

Ja: 86,1% (31)

nein: 5,6% (2)

weiß nicht: 8,3% (3)

Behinderung2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Schwere Erkrankung / Behinderung bei der Mutter oder einem anderen Familienmitglied (ohne das Neugeborene)? Eltern/ Kind-er/Art der Erkrankung:___	14	37,8
	Schwere körperliche Erkrankung / Behinderung eines Familienmitgliedes [2]	4	10,8
	Sind Sie in der Versorgung des Kindes durch die Behinderung eines Familienmitgliedes beeinträchtigt? [3]	7	18,9
	In der Familie liegen die Lebensqualität beeinträchtigende somatische Erkrankungen, Behinderungen vor [4]	3	8,1
	Sind die Eltern durch eine Behinderung in der Versorgung des Kindes beeinträchtigt? [5]	3	8,1
	[6]	6	16,2
	Gesamt	37	100,0

Formulierungsvorschläge

- Bei Vater, Mutter oder Geschwister liegen die Lebensqualität beeinträchtigende chronische Erkrankungen vor
- In der Familie liegen die Lebensqualität beeinträchtigende Erkrankungen vor
- Liegt bei einem Haushaltsmitglied eine Pflegebedürftigkeit vor?
- Müssen Sie zu Hause auch für die Pflege anderer Familienmitglieder sorgen?
- Sind Sie in der Versorgung des Kindes durch die eigene schwere Erkrankung/ Behinderung oder die eines eines Familienmitgliedes belastet?
- Wir fragen nach familiären Erkrankungen und gesondert nach Suchterkrankungen

Anmerkungen

- An den unterschiedlichen Formulierungsvorschlägen zeigt sich, dass sie nicht konsistent sind in Hinblick darauf, wer adressiert werden soll bzw. als kompetent angesehen wird, um die Frage zu beantworten. - Alle Items, die nur durch Mütter/Familien beantwortet werden können, sollten so formuliert sein, dass diese Adressierung klar wird.
- Frage ist wichtig, da in der Familie noch eine pflegebedürftige Person mit betreut werden muss.
- geht so nicht . Trennen zwischen Behinderung und Erkrankung -
- Hier wird der Screening"still" geändert, Fragen an die Eltern oder an das Klinikpersonal sind ein Unterschied, natürlich sind die Fragen im Gespräche mit der Mutter / den Eltern zu klären, aber es ist ein Unterschied, wer den Bogen ausfüllt

Thema: Alleinerziehend N = 38

Ja: 76,3% (29) nein: 23,7% (9)

		alleinerziehend2	
		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Alleinerziehend? [1]	27	79,4
	[2]	7	20,6
	Gesamt	34	100,0

Formulierungsvorschläge

Alleinstehend
Alleinstehend, lebt mit Kind /-ern allein im Haushalt
Benötigen Sie Unterstützung weil Sie alleinerziehend sein werden?
bereits sicher Alleinerziehend oder Probleme mit Kindesvater zu erwarten?
Familienkonstellation: Alleinerziehend/ Eltern wohnen getrennt/ Eltern wohnen zusammen
Ist die Mutter allein erziehend?
Ist die Mutter alleinerziehend?

Anmerkungen

alleinerziehend sollte definiert werden. Dazu gehört auch, wenn der Partnerschaft lediglich in einer Wochendbeziehung besteht. Eine Mutter wäre auch nicht alleinerziehend, wenn Eltern im gleichem Haus wohnen.
Dies muss sehr differenziert erfragt werden. Es gibt allein erziehende Faruen, die mehr Unterstützung z.Bsp. in der Familie haben, als manche Ehefrau.
Durch neue Gesetzgebung Rechte von nicht zusammenlebenden Eltern (Vätern) oft nicht unproblematisch kann auch vorne bei den Belastungen mit aufgenommen werden
Nicht als eigenständiger Punkt, sondern soll als Teil der familiären Belastungen erfragt werden.
war in psych. Belastung bereits enthalten

Thema: Anbindung an unterstützenden Institution (vergangene/aktuelle) N = 39

Ja: 79,5% (31) nein: 17,9% (7) weiß nicht: 2,6% (1)

Unterstützung2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Gibt es zurzeit oder gab es früher Anbindungen an unterstützende Institutionen? (z.B. Jugendamt, gesetzlicher Betreuer) - ohne Arbeitsamt?	14	40,0
	Familie wird bereits durch Jugendamt unterstützt. [2]	4	11,4
	Mutter wird durch Jugendhilfe/weitere Institutionen betreut. [4]	10	28,6
	[5]	7	20,0
	Gesamt	35	100,0

Formulierungsvorschläge

außer dem Jugendamt gibt es sehr viele niederschwellige Unterstützungsangebote, die gerne und dann auch offen genutzt werden; bei "einschlägig" bekannten Familien erhalten sie keine ehrliche Antwort

Bekommen Sie Unterstützung von bestimmten Einrichtungen?

Mutter wird durch Jugendhilfe/weitere Institutionen betreut

Mutter/Familie wird durch Jugendhilfe/weitere Institutionen betreut

Sind sie aktuell von Jugendamt unterstützt? Haben sie einen gesetzlichen Vertreter oder Betreuung ?

Unterstützung durch Institutionen? Beispiele aufzählen

Vorbestehende Kontakte zu unterstützenden Institutionen (Frühe Hilfen, ASD, gesetzliche Betreuung etc.)

Anmerkungen

heikle Fragestellung, auf die es keine ehrlichen Antworten geben wird. den Kontakt mit dem Jugendamt gibt niemand zu. -

Ist eher ein Schutz- als ein Risikofaktor. Wird eher im Clearing und nicht im Screening gefragt

kann ein Hinweis auf unentdeckte Probleme sein, aber auch Schutzfaktor, deshlb schwierig

Unterschied, wer das Screening ausfüllt und mit welchen Methoden diese Frage geklärt werden soll.

weitere Institutionen könnten auch Schwangerenberatung sein, was relativ häufig vorkommt. Weitere Abklärung, in welcher Weise eine Betreuung stattfindet.

Welche Unterstützung/welches Netzwerk steht Ihnen zur Verfügung

Wenn die Familie im Jugendamt bereits bekannt ist, warum sollte dann in der Geburtsklinik danach gefragt werden?

Wer will angebunden werden?

Thema: Vorgeschichte Misshandlung N = 38

Ja: 60,5% (23)

nein: 36,8% (14)

weiß nicht: 2,6 (1)

Misshandlung2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. [1]	9	26,5
	Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit. [2]	4	11,8
	Anhaltspunkte für Gewalt in der Vorgeschichte/Kindheit. [3]	18	52,9
	[4]	3	8,8
	Gesamt	34	100,0

Formulierungsvorschläge

Anhaltspunkte für Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte/Kindheit.

Haben Sie einen jemals ein Trauma erlebt? Wenn ja: welches?

Waren oder sind Sie betroffen von Gewalt, Missbrauch, traumatischen Erfahrungen?

Anmerkungen

Anhaltspunkte für Gewalt in der Vorgeschichte ist zu ungenau. Es fehlt die Unterscheidung Gewalt in der Kindheit und aktuell bestehende Partnerschaftsgewalt.

Das wird sicher nicht immer angegeben; es muss auch als Missing Data offenbleiben können

die Antworten auf diese Fragen werden ausbleiben. Das gelingt selbst manchmal erst nach 10 Jahren frauenärztl. Betreuung schwer.

Dieser Punkt sollte für beide Elternteile erfragt werden.

Dieses Item würde m.E. zwingend in einem vertrauensvollen Gesprächssetting unterzubringen sein - und nicht in einem 'schnellen' Screening-Setting.

eine Klärung dieser Frage ist im Setting Geburtsklinik in der Regel nicht beantwortbar

Frage ist wichtig, aber sprengt den Rahmen eines Screenings

ja, nein, Vergangenheit, Gegenwart

Thema: Erhöhter Fürsorgebedarf N = 39

Ja: 84,6% (33)

nein: 12,8% (5)

weiß nicht: 2,6% (1)

Fürsorgebedarf2

		Häufigkeit	Prozente
Gültig	Schwere Erkrankung beim Kind	12	36,4
	Angeborene/neonatal erworbene Erkrankung.	1	3,0
	Angeborene/neonatal erworbene Erkrankung/Behinderung.	20	60,6
	Gesamt	33	100,0

Anmerkungen

...oder durch die Geburt erworbene...
Behinderung definieren: besteht in Fehlbildungen: Dysmelie, Gaumenspalte. Item sollte in einem Handbuch erläutert werden.
beim "Neugeborenen" ansonsten könnte die Frage hier auch die anderen Kinder betreffen
Besonderheiten in der Schwangerschaft?
Entscheidend scheint mir der Fürsorgebedarf, den aber keiner Formulierungsvorschläge abfragt
muss auch nicht erfragt werden, sondern ist der Geburtsklinik bekannt
neonatal ist nicht für alle verständlich
Nicht erforderlich, wenn man die Aufnahme auf die Kinderstation erfragt. Es sind nur sehr wenige Kinder, die man über dieses Item zusätzlich erfasst.
Schwere Erkrankung oder Behinderung

Thema: Gesamteindruck/ Freitext/ Gesprächsanlass N = 39

Ja: 66,7% (26) nein: 28,2% (11) weiß nicht: 5,1% (2)

Anmerkungen

Besser wären m. E. Beobachtungskategorien zur Mutter-Kind-Interaktion
Bestehen.Bedenken bei der Entlassung
Bitte ressourcenorientierte Kommentare
Das haben wir bereits im Anhaltsbogen installiert und wird gern von dem medizinischen Personal genutzt.
Es sollte eine Möglichkeit für Freitext geben, um zum Beipsile " Komische Bauchgefühle" spezieller zu erklären
Fachkräften sollte Platz geboten werden, den eigenen Eindruck (über die Items hinaus) zu schildern.
Für nachfolgende Unterstützungsangebote ist es immer hilfreich Kontextwissen zu erhalten, daher ist diese Form des Wissenstransfers immer gern gesehen.
Gankheitliche individuelle Einschätzung
Nicht unwichtig, aber nicht wirklich auswertbar
Teil der Dokumentation, nicht des Fragebogens
Überschrift: Weitere wichtige Informationen
Wünscht dei Mutter sich ein Gespräch/ Unterstützung/ Informationen?

Thema: Anmerkungen

-wievielte Schwangerschaft (IR, Totgeburt, Abort etc.) - auffällige Mutter Kind Beziehung - welche Krankenkasse (unterschiedliche Angebote) -Wohnort (unterschiedliche Hilfsangebote) - Hebamme vorhanden

Bei einzelnen Items hatte ich schon angemerkt, dass die Frage, wer in dem Screening genau mit welchen Items als Auskunftgeber adressiert werden soll - nämlich als Fachkraft oder als Mutter/Familie - häufig nicht geklärt ist. Das sehe ich als Problem dieses Expertenfragebogens an.
Aus konversationsanalytischer Perspektive betrachte ich Risikoscreenings als kommunikative Instrumente, das meint nicht notwendig, dass alle Fragen in direkter Kommunikation zwischen Fachpersonal und Müttern/Familien beantwortet werden müssen (s. meine Hinweise zu den Patientenakten) - aber es muss jeweils geklärt werden, wer mit dem jeweiligen Item im Screening in welcher Rolle angesprochen werden soll und welche Datenquellen herangezogen werden sollen, und dies sollte dann auch entsprechend sprachlich ausgedrückt werden.
Die systematische Schwäche zeigt sich auch noch einmal bei der Abschlussfrage: Die Itemformulierungen müssten bei Selbst- und Fremdausfüllern deutlich unterschiedlich ausfallen. (Insofern hätte d

Die Formulierungen sind entsprechend anzupassen, es macht einen erheblichen Unterschied, wer ein solches Instrument nutzt bzw. welche vorsichtigen Fragen an die Mutter / Eltern gestellt werden können.
Lösung aus meiner Sicht: sehr viel vorsichtiger formulierte Fragen an die Mutter, oder auch weglassen (Alter der Mutter z.B.) und in Abhängigkeit von Erstpara / Multiara und Eintrag in den Risikoscreeningbogen vom Personal.

Ein Screening sollte immer mit der betreffenden Person ausgefüllt werden. Frei nach dem Motto: "Nicht ohne mich, über mich!" Ein klärendes Gespräch und Unterstützung beim Ausfüllen sollten Normalität sein.

Ich fände es sinnvoll, wenn der Bogen selbstausgefüllt wird und danach grundsätzlich mit dem Klinikpersonal durchgesprochen wird.

Items sollten gesondert in einem Handbuch erläutert werden. Im Screeningbogen sollten Gewalt in der Kindheit und aktuell bestehende Gewalt oder massive Konflikte zwischen den Partnern getrennt aufgenommen werden..

mündliche Abfrage als standardisiertes Interview (auch in relevanten Fremdsprachen)

Sie unterscheiden in Ihrer Befragung nicht zwischen Screening-Instrument = Fragebogen, den unbedingt die Schwangere selbst ausfüllen sollte und dem Scoring-Instrument = Risikobewertung mit festgelegter Maßnahme je nach Punktzahl. Ein Zusammenlegen beider Instrumente in einem Formular ist weder sinnvoll noch in der Praxis umsetzbar (jedenfalls nicht in einem Level-1-Haus.

viele Fragen sind schon Bestandteil der MuRiLi und im Mutterpass unter "Beratung der Schwangeren" hinterlegt. Diese Beratung erfolgt früh in der Schwangerschaft. Das angestrebte Screening sollte sich auch an den Antworten aus der Schwangerschaft orientieren. Hier sollte m.E. eine Art Überleitungsbogen entworfen werden mit dem die Fragen aus dem Screening das Risikoprofil komplettieren

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Thema: Ausfüller N = 38

Selbstaufüller: 26,3% (10)

Fremdaufüller (Klinikpersonal): 73,7% (28)


















Thema: Antwortoption

		Antwortoption	
		Häufigkeit	Prozente
Gültig	ja / nein	8	20,5
	ja / unsicher / nein	11	28,2
	ja / nein / nicht beurteilbar	20	51,3
	Gesamt	39	100,0

Unterstützungsbogen Geburtskliniken [Mindeststandard]

Belastungsfaktoren		Antworten		
		ja	nein	Keine Angabe
Krankenversicherung <u>nicht</u> vorhanden				
Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen nach 20 SSW und/oder < 5 Schwangerschaftsvorsorgen				
Baby	Mehrlingsgeburt			
	Aufnahme auf Frühgeborenen-/Neonatalstation			
	Angeborene/neonatal erworbene Erkrankung/Behinderung			
Mutter	Alter der Mutter ≤ 18 Jahre			
	Alleinerziehend			
	Alkohol/Drogen/nicht-verordnete Medikamente/Rauchen während der Schwangerschaft/aktuell			
	Psychische Erkrankung während der Schwangerschaft/aktuell oder in der Vergangenheit			
Familie/Haushaltsmitglieder	<u>Mehr als 4 minderjährige Kinder</u> im Haushalt (einschließlich Baby)			
	<u>Problematischer Alkoholkonsum</u> eines Haushaltsmitglieds			
	<u>Drogen-/problematischer Medikamentenkonsum</u> eines Haushaltsmitglieds			
	<u>Psychische Erkrankung/psychiatrische Vorbehandlung</u> eines Haushaltsmitglieds			
	<u>Schwere/chronische Erkrankung/Behinderung</u> eines Haushaltsmitglieds (ohne Baby)			
	Besondere <u>psychosoziale Belastungen</u> (unerwünschte Schwangerschaft, Integration, Sprachkenntnisse etc.)			
	Besondere <u>wirtschaftliche Belastungen</u> (Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.)			
	Aktuelle/frühere <u>Erfahrungen von Gewalt</u>			
	Besondere Belastungen aufgrund von <u>Partnerschaftskonflikten/-gewalt</u>			
	Aktuelle/frühere <u>Anbindungen an unterstützende Institutionen</u> (Jugendamt, gesetzlicher Betreuer, etc. - <i>nicht</i> Arbeitsamt)			
Sonstige Belastungen: ✎ _____				
Besteht weiterer Gesprächs-/Klärungsbedarf?				

Appendix 11: Developed standard for psychosocial screening in maternity clinics

	Belastungsfaktoren	Quelle	Formulierungshilfe
	Krankenversicherung <u>nicht</u> vorhanden		
	Beginn der Schwangerschaftsvorsorgen nach 20 SSW und/oder < 5 Schwangerschaftsvorsorgen		Ausnahme: langer stationärer Krankenhausaufenthalt, der die fehlenden Vorsorgeuntersuchungen erklärt
Baby	Mehrlingsgeburt		Anzahl der Mehrlinge
	Aufnahme auf Frühgeborenen-/Neonatalstation	 	Trennung von Mutter und Kind ist entscheiden
	Angeborene/neonatal erworbene Erkrankung/Behinderung	 	(Neonatale) Diagnose?
Mutter	Alter der Mutter ≤ 18	 *	
	Alleinerziehend		„Leben Sie gemeinsam mit dem Kindsvater/Partner:in oder sind Sie alleinerziehend?“
	Alkohol/Drogen/nicht-verschriebene Medikamente/Rauchen während der Schwangerschaft/aktuell	 	„Haben Sie aktuell oder hatten Sie während der Schwangerschaft geraucht/Alkohol getrunken/Drogen oder nicht-verschriebene Medikamente konsumiert (problematischer Konsum)?“
	Psychische Erkrankung während der Schwangerschaft/aktuell oder in der Vergangenheit	 	„Haben Sie aktuell oder hatten Sie während der Schwangerschaft oder in der Vergangenheit eine psychische Erkrankung?“
Familie/Haushaltsmitglieder	<u>Mehr als 4 minderjährige Kinder</u> im Haushalt (einschließlich Baby)	 *	„Wie viele Kinder leben bei Ihnen insgesamt im Haushalt (auch Kinder Ihres/r Partner:in)?“
	<u>Problematischer Alkoholkonsum</u> eines Haushaltsmitglieds		„Trinkt jemand bei Ihnen im Haushalt zu viel /zu oft Alkohol?“
	<u>Drogen-/ problematischer Medikamentenkonsum</u> eines Haushaltsmitgliedes	 *	„Nimmt jemand bei Ihnen im Haushalt Drogen/nicht-verordnete Medikamente?“
	<u>Psychische Erkrankung / psychiatrische Vorbehandlung</u> eines Haushaltsmitglieds		„Hat ein Mitglied Ihres Haushalts schon einmal eine psychische Erkrankung gehabt oder hat diese aktuell? Ist oder war diese Person in Behandlung?“

<u>Schwere/chronische Erkrankung/Behinderung</u> eines Haushaltsmitgliedes (ohne Baby)	☞ *	„Liegen bei Ihnen oder einem Mitglied Ihres Haushaltsmitgliedes schwere / chronische Erkrankungen / Behinderungen vor?“
Besondere <u>psychosoziale Belastungen</u> (unerwünschte Schwangerschaft, Integration, Sprachkenntnisse etc.)	☞ *	„Wie fühlen Sie sich aktuell? Wie erleben Sie Ihre Schwangerschaft? Können Sie und Ihre Familie sich auf Ihr Baby freuen? Gibt es sonstige Belastungen, Sorgen, Probleme (z.B. sprachliche Probleme)?“
Besondere <u>wirtschaftliche Belastungen</u> (Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnsituation etc.)	☞ *	„Wie geht es Ihnen finanziell? Haben Sie Schulden? Sind Sie oder ihr/e Partner:in arbeitslos? Gibt es Wohnungsprobleme?“
Besondere Belastungen aufgrund <u>Partnerschaftskonflikten</u> / -gewalt	☞ *	„Gibt es Konflikte in Ihrer Partnerschaft?“
Aktuelle / frühere <u>Erfahrungen von Gewalt</u>	☞ *	„Noch eine Frage zu einem schwierigen Thema, die wir grundsätzlich allen Frauen stellen, weil wir wissen, dass 10 % aller Frauen davon betroffen sind und wir helfen können: Haben Sie Erfahrungen mit körperlicher und/oder sexueller Gewalt und/oder Vernachlässigung aktuell oder auch in der Vergangenheit, evtl. auch mit einem anderen Partner oder in der Familie erlebt?“
Aktuelle/frühere <u>Anbindungen an unterstützende Institutionen</u> (Jugendamt, gesetzlicher Betreuer, etc. – <i>nicht</i> Arbeitsamt)	☞ *	„Hatten Sie (oder Ihr/e Partner:in) schon mal Kontakt zur Familienhilfe, einer/m Sozialarbeiter:in/Jugendamt oder haben anderweitige Unterstützung zur erhalten? Haben Sie evtl. einen gesetzlichen Betreuer oder leben Sie in betreutem Wohnen?“
Sonstige Belastungen:	☞	„Gibt es sonst etwas, wobei Sie sich Unterstützung für Ihre Familie wünschen?“
Besteht weiterer Gesprächs-/Klärungsbedarf?	☞	Bleibt ein ungutes Gefühl nach dem Gespräch, (selbst wenn die Frau angibt, keine Probleme zu haben), vermerken Sie das hier! Unabhängig von allen Angaben vermerken Sie hier, wenn Sie eine weiterführende Beratung für sinnvoll erachten!

Appendix 12: Fill-in assistance screening maternity clinic