

Hochschule für angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

Bachelorarbeit

Department Gesundheitswissenschaften

Analyse der Implementierung einer neuen Versorgungsform in gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen im zeitlichen Verlauf

Vorgelegt von

Moritz Oliver Schröder

Erstprüfend

Prof Dr. Wolf Polenz (HAW Hamburg)

Zweitprüfend

Priv.-Doz. Dr. Silke Pawils (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Abgabedatum: 17.08.2023

Wortanzahl: 16.287

(zzgl. Zusammenfassung & Verzeichnisse)

zitiert nach APA-Richtlinien (7th)

Sperrvermerk

Die Bachelorarbeit zum Thema „Analyse der Implementierung einer neuen Versorgungsform in gynäkologischen und pädiatrischen ärztlichen Praxen im zeitlichen Verlauf“ enthält Forschungsdaten der Forschungsgruppe „Prävention im Kindes- und Jugendalter“ des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie). Aufgrund der vorbereitenden Datenauswertung zur wissenschaftlichen Publikation dürfen Dritte, mit Ausnahme der Gutachter und befugten Mitglieder des Prüfungsausschusses, ohne ausdrückliche Zustimmung des Unternehmens und des Verfassers keine Einsicht nehmen. Eine Vervielfältigung und Veröffentlichung der Bachelorarbeit ohne ausdrückliche Genehmigung – auch auszugsweise – ist nicht erlaubt. Die der Arbeit zugrunde liegenden Primärdaten liegen den Gutachtern vertraulich vor.

Der Sperrvermerk wird zum 31.12.2023 aufgehoben. Ab diesem Zeitpunkt darf Dritten Einsicht in die Bachelorarbeit gegeben und die Arbeit veröffentlicht werden.

Bargteheide, 17.08.2023

Ort, Datum

Unterschrift, Name des Verfassers

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	1
1. Einleitung	2
2. Implementation von Public Health Studien	3
2.1. Begriffsbestimmung Implementierung und Implementierungsforschung	5
2.2. Transfer von Forschung in Praxis (PRISM)	6
2.3. Barrieren und Erfolgsfaktoren gelungener Implementation	7
3. Neue Versorgungsformen in der Förderung des GB-A	8
3.1. Innovationsfonds: Hintergründe des Förderprogramms des G-BA	9
3.2. Studie: KID-PROTEKT	10
4. Fragestellung und Hypothesen	13
5. Methodik	14
5.1. Stichprobe	16
5.1.1. Interviews mit Praxismitarbeitenden (MFKs/Ärzt*innen) und Babylots*innen	16
5.1.2. NoMAD-Fragebogen (MFKs/Ärzt*innen)	17
5.2. Messinstrumente und Durchführung	19
5.2.1. Interviews mit Praxismitarbeitenden (MFKs/Ärzt*innen) und Babylots*innen	19
5.2.2. NoMAD-Fragebogen (MFKs/Ärzt*innen)	20
5.3. Auswertung	21
5.3.1. Interviews mit Praxismitarbeitenden (MFKs/Ärzt*innen) und Babylots*innen	21
5.3.2. NoMAD-Fragebogen (MFKs/Ärzt*innen)	22
6. Ergebnisse	23
6.1. Ergebnisse der Interviews	23
6.1.1. Implementationsergebnisse	24
6.1.1.1. Akzeptanz	24
6.1.1.2. Angemessenheit (Eignung, Relevanz & Kompatibilität)	24
6.1.1.3. Umsetzbarkeit/Machbarkeit	25
6.1.1.4. Annahme (Absicht zur Durch-/Fortführung)	27

6.1.1.5.	Umsetzungstreue	28
6.1.1.6.	Kosten/Aufwand (Auswirkungen)	28
6.1.1.7.	Durchdringung (Integration)	29
6.1.1.8.	Nachhaltigkeit (Aufrechterhaltung)	30
6.1.2.	Besondere Herausforderungen im Verlauf der Studie	30
6.2.	Ergebnisse des NoMAD-Fragebogens	31
6.2.1.	Deskriptive Analyse	31
6.2.2.	Interferenzstatistische Analyse	35
6.3.	Zusammenführung der Ergebnisse zur Implementierung	37
6.4.	Zusammenführung der Ergebnisse zu Barrieren und Erfolgsfaktoren	40
7.	Diskussion der Ergebnisse und des gewählten Vorgehens	41
8.	Fazit und Handlungsempfehlungen	48
	Literaturverzeichnis	52
	Rechtsquellenverzeichnis	58
	Eidesstattliche Erklärung zur Arbeit	59
	Anhang	60
	Anhang A – Interviewleitfaden 2020, ärztliche Praxen, beide Studienarme	60
	Anhang B – Interviewleitfaden 2021, ärztliche Praxen, Qualified Treatment	65
	Anhang C - Interviewleitfaden 2021, ärztliche Praxen, Supported Treatment	71
	Anhang D - Interviewleitfaden zur Befragung der Babylots:innen 2021	79
	Anhang E – NoMAD Fragebogen, ärztliche Praxen, beispielhaft ausgefüllt	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Studie KID-PROTEKT anhand des PRISM-Modells, eigene Darstellung nach Feldstein & Glasgow (2008)	7
Abbildung 2: Darstellung des Studienablaufs von KID-PROTEKT (Pawils et al., 2022)	13
Abbildung 3: Identifizierte Kontextfaktoren des Implementierungsprozesses der Intervention KID-PROTEKT, dargestellt anhand des PRSIM-Modells, eigene Darstellung nach Feldstein & Glasgow (2008)	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der Stichprobe zur Population der NoMAD-Befragung	17
Tabelle 2: Verteilung der Berufserfahrung innerhalb der Befragungsgruppen	18
Tabelle 3: Ergebnisse der NoMAD-Scores nach Studienarm	32
Tabelle 4: Ergebnisse der NoMAD-Scores nach Befragungszeitpunkten	33

Abkürzungsverzeichnis

G-BA	= Gemeinsame Bundesausschuss
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
M	= Mittelwert
NoMAD	= Normalization MeASURE Development
NPT	= Normalization Process Theory
OECD	= Organisation for Economic Co-operation and Development
PRISM	= Practical, Robust Implementation and Sustainability Model
QT	= Qualified Treatment
SD	= Standardabweichung
ST	= Supported Treatment
WHO	= Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Hintergrund: Interventionen aus Forschungsvorhaben werden nur selten in die Routineversorgung integriert (Morris et al., 2011). Um zur Schließung der Lücke zwischen Evidenz und Praxis im Rahmen nachhaltiger gesundheitspezifischer sowie präventiver Maßnahmen beizutragen, soll anhand der Studie KID-PROTEKT (Pawils et al., 2022) der Implementierungsprozess einer psychosozialen Anamnese in ärztlichen Praxen im zeitlichen Verlauf analysiert werden.

Methoden: Anhand des PRISM-Modells (Feldstein & Glasgow, 2008) wurden Kontextfaktoren des Implementierungsprozesses der Studie KID-PROTEKT in 15 pädiatrischen und gynäkologischen ärztlichen Praxen identifiziert und anhand qualitativer Interviews und quantitativer Befragungen mittels des NoMAD-Fragebogens (Finch et al., 2015) zu drei verschiedenen Messzeitpunkten analysiert (6 Monate nach Start, 18 Monate nach Start und 9 Monate nach Beendigung der Studie). Insgesamt wurden Interviews mit $n = 15$ Praxen und $n = 42$ Mitarbeitenden geführt. Die Gesamtstichprobe der NoMAD-Auswertung beläuft sich auf $n = 37$.

Ergebnisse: Die Mitarbeitenden schätzten während der Studiendauer die Intervention als gut akzeptiert seitens der Patient*innen und die Durchführung als gut umsetzbar ein. Das Projekt wurde insgesamt als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt. Die Mitarbeitenden gaben durchschnittlich an, dass die Intervention ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufweist. Es konnten keine signifikanten Veränderungen im Implementierungsprozess mittels des NoMAD-Fragebogens festgestellt werden. Sprachbarrieren und räumliche Verfügbarkeiten zur Durchführung der Orientierenden Gespräche stellten die größten Barrieren in der Umsetzung der Intervention dar.

Diskussion: Nur 2 der 9 teilnehmenden ärztlichen Praxen haben die KID-PROTEKT-Tätigkeiten über 6 Monate nach Beendigung der Studie hinaus fortgesetzt. Dies steht im Kontrast zu der von den Mitarbeitenden eingeschätzten Wichtigkeit des Projektes. Im zeitlichen Verlauf trat Verunsicherung im Umgang mit psychisch belasteten Familien und eine Unzufriedenheit mit den Weiterleitungsprozessen auf. Die Coronapandemie verursachte unvorhergesehene Hindernisse und Barrieren in der Durchführung der Intervention und beeinflusste insbesondere die Erfahrungen mit der Weiterleitung belasteter Familien ins Hilfesystem.

Fazit und Handlungsempfehlungen: Die Implementierung von KID-PROTEKT über 6 Monate nach Studienabschluss hinaus konnte auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten als nicht erfolgreich bewertet werden. Die Mitarbeitenden sollten erneut umfassend zu den Gründen der Nicht-Fortführung der Intervention befragt werden. Zur Umsetzung der Intervention in weiteren ärztlichen Praxen sollten unterschiedliche Anpassungen getroffen werden, insbesondere im Bereich der Schulung der Mitarbeitenden und des Einbezugs von Ärzt*innen. Des Weiteren sollte ein interdisziplinäres Netzwerk aufgebaut werden, um einen internen Austausch über Hindernisse und Erfolgsfaktoren mit anderen Beteiligten zu fördern.

Schlüsselworte: Implementierungsforschung, neue Versorgungsformen, KID-PROTEKT, Public Health, Psychosoziale Belastung

1. Einleitung

Interventionen aus Forschungsvorhaben werden nur selten in die Routineversorgung integriert. So dauert es grundlegend bis zu 17 Jahre, dass relevante Erkenntnisse (zum Teil) in der Praxis umgesetzt werden (Morris et al., 2011; Green et al., 2009). Mögliche Gründe, die den Transfer von der Forschung in die Praxis behindern, sind bisher unzureichend erforscht (Morris et al., 2011). Daher muss bereits in der Planung von Interventionsstudien der Transfer- bzw. Implementierungsprozess in die Versorgung berücksichtigt werden. Dieser grenzt sich durch einen geplanten Prozess, mit Änderungen auf organisatorischer Ebene von unsystematischer Diffusion und zielgruppenorientierter Dissemination (Zugänglichkeit von Information) ab (Lomas, 1993). Im internationalen Forschungskontext existieren hierzu unterschiedliche Begriffe, wobei die Konzepte der Implementierungsforschung und der Wissenstranslation, welche den Implementierungsprozess beinhaltet, am weitesten verbreitet sind (Vollmar et al., 2017). Die Erkenntnisse aus Implementierungsprozessen können im Bereich Public Health dabei helfen, wirksame gesundheitsförderliche Interventionen und Maßnahmen langfristig und erfolgreich umzusetzen. So wird untersucht, wie diese in der realen Welt durchgeführt und optimiert werden können, wobei insbesondere mögliche Barrieren und Herausforderungen im Fokus stehen, um geeignete Strategien zu entwickeln (Vollmar et al., 2017). Bei erfolgreicher Implementierung wird demnach handlungsrelevantes Wissen in die Praxis transferiert, was eine zugehörige Änderung der Verhaltensweisen und veränderte Durchführungen von Tätigkeiten beinhaltet. Hierbei können ebenfalls bereits etablierte, aber wirkungslose bzw. schädliche Maßnahmen „de-implementiert“ werden (Vollmar et al., 2017). Dieser Prozess kann durch Schulungen des Fachpersonals und der Erarbeitung von Manualen unterstützt werden.

Die Disziplin der Implementierungsforschung bildete sich in den 2000er Jahren als Reaktion auf die bereits beschriebene Lücke zwischen Forschung und Praxis. Anhand der Untersuchung verschiedener Kontextfaktoren sollte Wissen über Hindernisse und Erfolgsfaktoren von Implementierungsprozessen erlangt werden. Seitdem wurden zahlreiche empirische Studien und unterschiedliche Theorien und Modelle zur Erklärung der Implementierungsprozesse unter der Berücksichtigung verschiedener Umgebungen bei der Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen veröffentlicht und entwickelt (Westerlund et al., 2019). Evidenzbasierte Interventionen sind Programme, Prozesse, Maßnahmen und Versorgungsformen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erwiesen ist (De Bock et al., 2020). Trotz einer schnellen Erarbeitung

von Wissen im Forschungsbereich bestehen weiterhin Probleme in niedrigen Akzeptanzraten und geringem Nutzen bei der Umsetzung von Interventionen im Gesundheitswesen. Insbesondere die Verbreitung des Wissens über Erkenntnisse in der Implementierungsforschung stellt ein Problem in der Weiterentwicklung und Optimierung der Gesundheitsversorgung dar. Aktuell liegen keine systematischen Daten zur Nutzung des gewonnenen Wissens durch Praktizierende im Gesundheitswesen vor (Westerlund et al., 2019). Die beschriebene Problematik führt in der Konsequenz dazu, dass Patient*innen keine bestmögliche Gesundheitsversorgung erhalten und die Effizienz des Gesundheitssystems nicht optimal gestaltet ist (Hull et al., 2019).

Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde in Deutschland mit Verabschiedung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gesetzlich verankert (§ 92a Absatz 2 a SGB V). Der Innovationsfonds dient unter anderem zur staatlichen Förderung der Erprobung neuer Versorgungsformen, mit dem Ziel, diese bei Erfolg in der Gesundheitsversorgung zu etablieren (BT Drs. 20/1361, 2022). Die Förderthemen zu neuen Versorgungsformen fokussieren insbesondere vulnerable Gruppen, Gruppen mit spezifischen Erkrankungen oder auch bestimmte Patient*innengruppen wie ältere Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Kinder und Jugendliche. Die förderbaren neuen Versorgungsformen sollen speziell die sektorenübergreifende Versorgung verbessern und ein Umsetzungspotenzial aufweisen und sollen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden (G-BA, 2023).

Am Beispiel einer neuen Versorgungsform der Studie KID-PROTEKT, gefördert durch den Innovationsfonds, wird in dieser Forschungsarbeit der Implementierungsprozess einer psychosozialen Anamnese in Arztpraxen anhand qualitativer und quantitativer Daten im zeitlichen Verlauf analysiert. Ziel der Arbeit ist es festzustellen, ob Prädiktoren ermittelt werden können, die eine Implementierung der vorangegangenen Intervention erleichtern oder erschweren. Dies soll Hinweise dafür geben, wie in Zukunft die Nachhaltigkeit von gesundheitsspezifischen und präventiven Maßnahmen gesichert werden und somit zum Prozess der Schließung der Lücke zwischen Evidenz und Praxis beigetragen werden kann.

2. Implementation von Public Health Studien

Die Implementation von Public Health Studien ist notwendig, um neues Wissen in der Praxis umzusetzen und die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu schließen und damit die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern (Brownson et al., 2018). Die „Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)“ (2022) definiert

Best-Practise-Interventionen im Bereich Public Health durch unterschiedliche Kriterien. Hierzu zählen die Wirksamkeit (Wie gut werden die Ziele der Intervention erreicht?), die Effizienz (Wie werden Inputs genutzt, um die Ziele der Intervention zu erreichen?), Gerechtigkeit (Inwiefern verringert die Intervention gesellschaftliche Ungleichheiten?), Evidenzbasierung (Ist die Intervention auf wissenschaftlicher Basis konzipiert?) und die Bedarfsdeckung (Erreicht die Intervention die Zielgruppe?). Solche evidenzbasierten Interventionen werden trotz Vorhandenseins aus unterschiedlichen Gründen wie hoher Kosten, der Zeitanforderung oder einem zu starren Konzept nicht ausreichend in der Praxis genutzt bzw. umgesetzt (Glasgow & Emmons, 2007) und verbreiten sich durch passive Ansätze unzureichend (Brownson et al., 2018). Aus diesem Grund ist der Ansatz einer systematischen Implementierung evidenzbasierter Interventionen notwendig (Brownson et al., 2018).

Einen systematischen Ansatz zur Überführung von Interventionen sowie gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Praktiken verfolgt die Implementierungsforschung. Um Interventionen flächendeckend in der Praxis zu integrieren, werden Faktoren, Prozesse und Methoden identifiziert, die den Implementierungsprozess beeinflussen und somit vereinfachen oder behindern können (Schillinger, 2010; Lobb & Colditz, 2013). Hierbei liegt der Fokus insbesondere auf Fachkräften im Gesundheitswesen und dem Verhalten der Organisationen. Im Gegensatz zu Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien analysiert die Implementierungsforschung, wie die Interventionen in der realen Welt umgesetzt werden (Schillinger, 2010; Lobb & Colditz, 2013). Die World Health Organization (WHO) bewertet die Implementierung evidenzbasierter Interventionen als eine der größten aktuellen und zukünftigen globalen Gesundheitsherausforderungen (Peters et al., 2013). Damit nimmt die Disziplin der Implementierungsforschung eine wichtige und zentrale Rolle in der Zukunftsgestaltung der öffentlichen Gesundheit ein, indem die Implementierung von wirksamen Interventionen dazu beitragen kann, gesundheitliche Determinanten wie z.B. das Gesundheitsverhalten oder den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Hurrelmann & Richter, 2022) zu beeinflussen. Somit besitzt die Implementierungsforschung Potenzial, die gesundheitliche Ungleichheit in der Gesellschaft zu reduzieren. Im Folgenden sollen die Grundprinzipien und Teile der Vorgehensweise in der Implementierungsforschung genauer dargestellt werden, um die Vorgehensweise in dieser Forschungsarbeit transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

2.1. Begriffsbestimmung Implementierung und Implementationsforschung

Die Implementationsforschung betrachtet in Untersuchungen nicht nur das individuelle Verhalten, sondern insbesondere die organisatorischen, systemischen und strukturellen Aspekte, die eine Implementierung der Intervention beeinflussen. Somit berücksichtigt sie, wie Maßnahmen in bestehende Gesundheitssysteme integriert werden können und wie Hindernisse und Erfolgsfaktoren auf verschiedenen Ebenen bewältigt werden können. Es kann grundlegend zwischen vier verschiedenen Stufen der Implementation unterscheiden werden (NIRN, 2023):

In der Stufe der *Exploration* wird ein Problem definiert, das anhand geeigneter Interventionen gelöst werden soll. Die einzelnen Interventionskomponenten und damit potenzielle Hindernisse und Erfolgsfaktoren werden untersucht und die Umsetzbarkeit beurteilt (NIRN, 2023).

Die Stufe der *Installation* beschreibt den Prozess, in dem die benötigten Ressourcen und die Unterstützung für die erfolgreiche Umsetzung einer Intervention entwickelt und sichergestellt werden. Dies soll insbesondere durch Feedbackschleifen zwischen der Praxis- und Führungsebene sichergestellt werden (NIRN, 2023).

Bei der anschließenden *ersten Implementierung* geht es darum, den Implementierungsprozess fortlaufend zu verbessern, indem Daten zur Umsetzung gesammelt werden. Der Umgang der Anwender*innen mit der Intervention kann durch Schulungen bestmöglich versucht werden zu steuern und die Umsetzungsart durch Rückmeldungen der Anwender*innen verbessert werden (NIRN, 2023).

Die letzte Stufe beschreibt die *vollständige Implementierung* und nachhaltige Umsetzung der Intervention. Dies zeichnet sich durch eine gute Integration der Intervention und der dazugehörigen Tätigkeiten in dem Arbeitsumfeld der Anwender*innen aus und wird durch Überprüfungen des Erfolgs und der Zufriedenheit mit der Umsetzung begleitet (NIRN, 2023).

Anhand der Berücksichtigung der unterschiedlichen Stufen der Implementierung sollen die Anwender*innen auf Herausforderungen im Prozess vorbereitet und die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen vollständigen Implementierung erhöht werden. Wenn bspw. benötigte Ressourcen und potenzielle Hindernisse für eine Implementierung nicht erfasst und berücksichtigt werden, könnte dies zu Verunsicherung und Unzufriedenheit bei den Anwender*innen führen und die Umsetzungstreue negativ beeinflussen (NIRN, 2023).

Proctor et al. (2011) definieren spezifische Implementationsergebnisse, die den nachhaltigen Erfolg einer Intervention in der Praxis widerspiegeln: Die *Akzeptanz* beschreibt, wie sehr die Intervention aus Sicht der beteiligten Mitarbeitenden bei der

Zielgruppe anerkannt ist und zugelassen wird. Die *Angemessenheit* setzt sich aus der Eignung, der Relevanz und der Kompatibilität der durchgeführten Maßnahmen und der eingesetzten Mittel zusammen. Das Ausmaß, in dem die Intervention effektiv und effizient in der Praxis eingesetzt werden kann, beschreibt die *Umsetzbarkeit*. Die *Annahme* beschreibt die Absicht der beteiligten Mitarbeitenden, die Intervention durchzuführen bzw. dauerhaft fortzuführen. Als *Umsetzungstreue* wird die Konsistenz der Intervention mit dem geplanten Konzept beschrieben. Die *Kosten* der Intervention werden durch die Auswirkungen der Intervention auf die Ressourcen, das bestehende System und das Budget der durchführenden Instanz definiert. Als *Durchdringung* gilt die Integration im Dienstleistungsumfeld und beschreibt unter anderem, wie gut das Zusammenspiel zwischen Beteiligten bzw. Praktizierenden funktioniert. Die *Nachhaltigkeit* der Intervention beschreibt das Potenzial, die Intervention im laufenden Betrieb aufrechtzuerhalten und vollständig zu implementieren (Proctor et al., 2011). Anhand der beschriebenen Kategorisierung lässt sich die Implementierung strukturiert analysieren, um die verschiedenen Dimensionen des Prozesses umfassend zu bewerten. So kann die Darstellung eines ganzheitlichen Bildes über die verschiedenen Aspekte des Implementierungsprozesses gewährleistet werden, wodurch dieser nicht nur auf Erfolg oder Misserfolg reduziert wird (Proctor et al., 2011). Um die Implementationsergebnisse umfassend betrachten zu können, ist eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden sinnvoll (King's Improvement Science, 2018). Die Einbindung der gewählten Forschungsmethoden in theoretische Modelle bietet zusätzlich zur Kategorisierung der Implementationsergebnisse einen strukturierten Rahmen, um die komplexen Zusammenhänge im Implementationsprozess zu verstehen.

2.2. Transfer von Forschung in Praxis (PRISM)

Das „Practical, Robust Implementation and Sustainability Model“ (PRISM) beschreibt ein Modell zur Betrachtung der Wirkung von Interventionsdesign, externen Faktoren (z.B. Regularien und Wettbewerb), der Nachhaltigkeitsinfrastruktur und Adressat*innen bzw. der Zielgruppe auf den Implementierungsprozess von Gesundheitsdienstleistungen (Feldstein & Glasgow, 2008). Abbildung 1 zeigt die Darstellung der Studie KID-PROTEKT anhand des PRISM und dessen bedingenden Faktoren. Interventionen werden auf der Ebene der organisatorischen Perspektive als auch der Patient*innen-/Gemeinschaftsperspektive betrachtet und analysiert (Feldstein & Glasgow, 2008). Die organisatorische Perspektive berücksichtigt u.a. die organisatorische Bereitschaft zur Durchführung der Intervention, die Koordination und Zusammenarbeit

zwischen unterschiedlichen Fachbereichen und die organisatorischen Voraussetzungen und Barrieren. Auf der Patient*innen-Ebene werden z.B. demografische Daten sowie Wissen und Überzeugungen der Patient*innen berücksichtigt, als auch die „Belastung“ durch die Komplexität der Intervention (Feldstein & Glasgow, 2008). Anhand der multidisziplinären Ausrichtung, der Adressatenorientierung und der Berücksichtigung von Partizipation greift das Modell Grundprinzipien und Ziele der Gesundheitswissenschaften und Evidence-Based Public Health auf. Durch eine erfolgreiche Evaluation, Optimierung und Implementierung komplexer Interventionen soll eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit erzielt werden (Babitsch, 2022; Seuring, 2022). Im Rahmen dieser Arbeit wird insbesondere die organisatorische Perspektive der zu analysierenden Intervention betrachtet, die anhand des PRISM genauer evaluiert werden kann. Um das PRISM anzuwenden, werden verschiedene Kontextfaktoren des Implementierungsprozesses erfasst und in das Schema des Modells eingeordnet. Dies wird in Kapitel 5 genauer dargestellt.

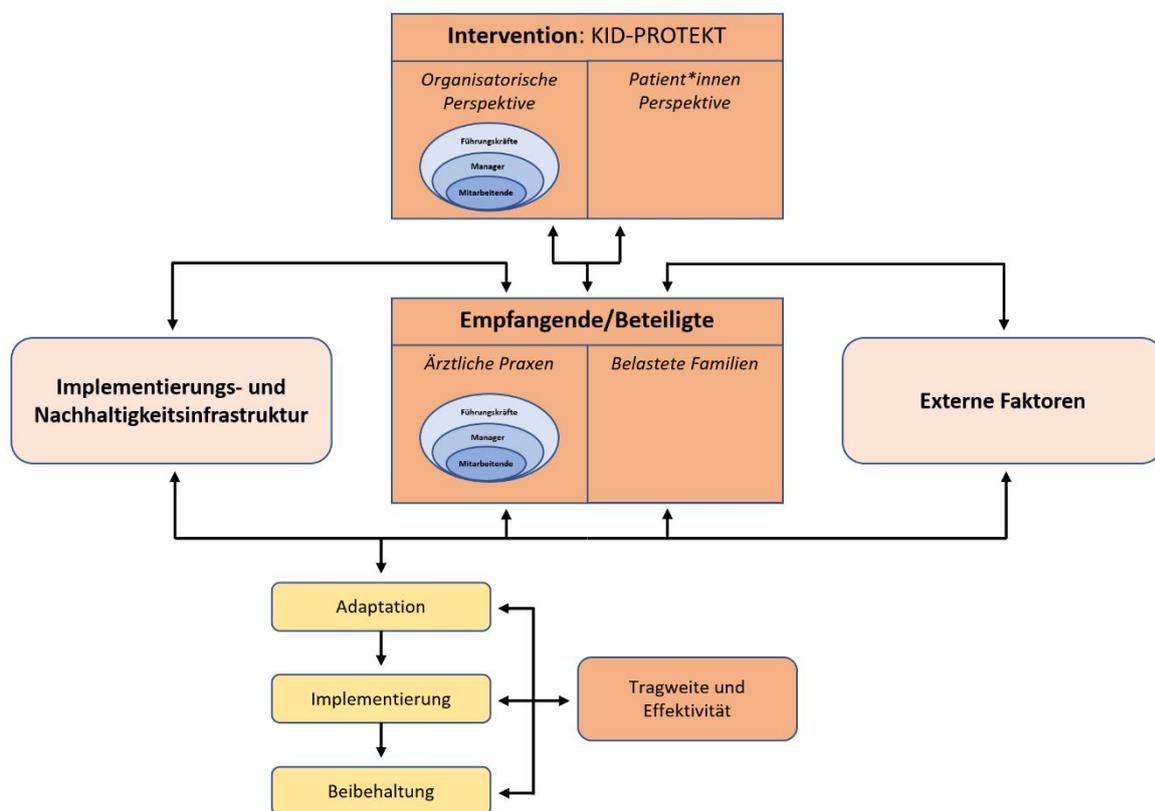


Abbildung 1: Darstellung der Studie KID-PROTEKT anhand des PRISM-Modells, eigene Darstellung nach Feldstein & Glasgow (2008)

2.3. Barrieren und Erfolgsfaktoren gelungener Implementation

Die Normalization Process Theory (NPT) beschreibt eine Umsetzungstheorie, welche die tatsächlichen Handlungen und nicht die reinen Absichtserklärungen oder Überzeugungen der Menschen fokussiert (May et al., 2018). Hierfür werden die Inhalte

der zu untersuchenden Tätigkeiten analysiert und herausgearbeitet, ob ein klares (gemeinsames) Ziel in der Umsetzung verfolgt wird, welche Vorteile sich daraus ergeben, welche Personen für die Durchführung nötig sind und wie diese die Organisation der Arbeit gestalten würden. Des Weiteren soll beobachtet werden, wie gut die Intervention in die alltägliche Arbeit integriert werden kann, welche Qualifikationen, Ressourcen und Unterstützungen zur Durchführung vorhanden sein müssen, wie die Ergebnisse der Intervention veranschaulicht und überwacht werden können und wie die Arbeit durch Reflexion der teilnehmenden Personen stetig angepasst und verbessert werden kann (Wood, 2017; Hooker & Taft, 2016; Hooker et al., 2015). Mit Hilfe eines aus der Normalization Theory entwickelten Fragebogens (NoMAD) können diese Aspekte operationalisiert und quantitativ evaluiert werden (Finch et al., 2015).

3. Neue Versorgungsformen in der Förderung des GB-A

Die Entwicklung und Einführung neuer Versorgungsformen definiert ein wichtiges Ziel in der Gestaltung einer zukunftsorientierten und effizienten Gesundheitsversorgung. Mit Verabschiedung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Jahr 2015 sollte die Förderung neuer Versorgungsmodelle und innovativer Versorgungsansätze (z.B. Telemedizin) im Gesundheitswesen vorangetrieben werden, indem rechtliche Rahmenbedingungen zur Entwicklung, Erprobung und Umsetzung in der Praxis geschaffen wurden. Dies wurde insbesondere durch die Einführung der §§ 92a und 92b SGB V forciert, die den Krankenkassen und Leistungserbringenden erlauben, Angebote über die Regelversorgung hinaus anzubieten (BMG, 2017; BT-Drs. 20/1361, 2022). Die Entwicklung innovativer Versorgungsformen soll übergeordnet die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fördern, indem wirkungsvolle Versorgungskonzepte und neu gewonnene Erkenntnisse dauerhaft in die GKV-Versorgung durch die Selbstverwaltung, den Gesetzgeber und Selektivverträge übernommen werden (BT-Drs. 20/1361, 2022). Neue Versorgungsformen zeichnen sich dadurch aus, eine Versorgung über die Regelversorgung hinaus zu leisten und das Potenzial zu besitzen, dauerhafte Defizite in der Versorgung der GKV zu lindern oder die Versorgung generell zu verbessern (BMG, 2023a). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nimmt als oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung (G-BA, o. J. a) eine entscheidende Rolle in der Förderung neuer Versorgungsformen ein, indem dieser Versorgungsrichtlinien erarbeitet. Hierbei prüft und bewertet der G-BA Versorgungsmodelle hinsichtlich ihrer Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (G-BA, o. J. b). Mit Verabschiedung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde der Innovationsfonds des G-

BA im § 92a Absatz 2 a SGB V gesetzlich festgelegt, um innovative Versorgungsformen systematisch zu fördern und die Qualität, Effizienz und Patient*innenversorgung zu verbessern. Im Folgenden sollen die Aufbauorganisation sowie die zentralen Aufgaben und Hintergründe des seit 2016 bestehenden Fonds genauer dargestellt werden.

3.1. Innovationsfonds: Hintergründe des Förderprogramms des G-BA

Eines der Hauptziele des Innovationsfonds ist die Generierung belastbarer Erkenntnisse zu wirkungsvollen, innovativen Versorgungsformen durch Förderung von Forschungsvorhaben und zeichnet sich durch unabhängige, interdisziplinäre, interprofessionelle Innovationsförderung und Erstellung von Leitlinien aus. Diese dienen der Entwicklung und Testung der Versorgungsformen und innovativen Ansätze zur (1) Behebung von Versorgungsdefiziten, (2) Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz, (3) Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, -einrichtungen und Berufsgruppen sowie zur Förderung der (4) interdisziplinären und fachübergreifenden Versorgung (BT Drs. 20/1361, 2022). Der Innovationsausschuss stellt das zuständige Entscheidungsgremium in der Aufbaustruktur des Innovationsfonds dar und setzt sich aus dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung zusammen. Dieses Gremium hat die Aufgabe, Beratungen über Förderungsthemen, Beschlüsse zu Förderbekanntmachungen und Entscheidungen zur Förderung von Projekten mit Mitteln des Innovationsfonds unter Einbezug von Gutachten durchzuführen. Es werden ebenfalls Beschlüsse über Empfehlungen zur potenziellen Überführung erprobter neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung beschlossen. Der Arbeitsausschuss dient hierbei als vorbereitende Instanz (BT Drs. 20/1361, 2022). Das jährliche Förderbudget lag zwischen 2016 und 2019 bei 300 Millionen Euro. Für den Teilhaushaltsplan ist der Finanzausschuss des Innovationsfonds zuständig. Aufgrund ständig neu auftretender Herausforderungen im Gesundheitssystem und anhaltenden Defiziten in der Versorgungsforschung wurde der Innovationsfonds im Jahr 2019 vorerst bis zum Jahr 2024 verlängert, wobei die Fördersumme auf 200 Millionen Euro jährlich gesenkt wurde. Hierbei soll 80% der Summe für die Förderung neuer Versorgungsformen und 20% der Summe für die Versorgungsforschung eingesetzt werden (BT Drs. 20/1361, 2022). Zukünftig soll der Innovationsfond dauerhaft etabliert werden (G-BA, o. J. c). Die Finanzierung des Fonds wird durch den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) und die am Risikostrukturausgleich (BMG, 2023b) teilnehmenden Krankenkassen finanziert. Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist für die Auszahlung der Fördersummen zuständig.

Der Förderprozess des Innovationsfonds ist in mehrere Phasen unterteilt. Diese umfassen Konsultationsverfahren, Förderbekanntmachung, Einreichung von Ideenskizzen, Konzeptionsphase, Einreichung von Förderanträgen, Förderentscheidungen, Projektdurchführung, Erstellung von Projektberichten und Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung (BT Drs. 20/1361, 2022). Die entsprechenden Förderkriterien für neue Versorgungsformen sind in § 92a Abs. 1 SGB V definiert und beinhalten die Relevanz der neuen Versorgungsform, ein Verbesserungspotenzial der Versorgung, Umsetzungspotenzial, eine Übertragbarkeit der Ergebnisse, die Evaluierbarkeit, die Machbarkeit des Vorhabens in der festgelegten Laufzeit, und die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und dem Nutzen der neuen Versorgungsform. Im Rahmen der Projektförderung des Innovationsfonds konnten Empfehlungen zur Übernahme unterschiedlicher neuer Versorgungsformen und -konzepte in die Regelversorgung ausgesprochen werden. Hierunter fallen z.B. die Projekte „Telenotarzt Bayern“ zur Optimierung der Notfallversorgung im ländlichen Raum und „Rise-Up“ zur verbesserten Behandlung von Patient*innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen im hausärztlichen Setting (G-BA, 2023). Im folgenden Kapitel wird die durch den G-BA geförderte Studie KID-PROTEKT vorgestellt, die eine neue Versorgungsform in gynäkologischen und pädiatrischen ärztlichen Praxen untersuchte und in dieser Forschungsarbeit als Beispiel zur Untersuchung des Implementierungsprozesses genutzt wird.

3.2. Studie: KID-PROTEKT

Die Studie KID-PROTEKT wurde vom Innovationsfond des G-BA über eine Laufzeit von drei Jahren (09/2018-08/2021) gefördert und untersuchte in einem randomisiert-kontrollierten Design die Ergänzung einer psychosozialen Belastungsanamnese (Anhaltbogen) sowie einer sozialpädagogischen Beratung (durch „Babylotsen“) im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen, um eine gesunde Kindesentwicklung zu fördern und die gesetzlich geforderten Präventionsleistungen nach §§ 20, 24d und 26 SGB V bestmöglich zu gestalten, in denen Kinder aus suchtblasteten und psychisch belasteten Familien als besonders vulnerable Gruppe definiert werden (GKV-Spitzenverband, 2023). Hierbei ist insbesondere die Niedrigschwelligkeit der Intervention hervorzuheben, die als Förderkriterium für an Familien gerichtete Maßnahmen gesundheitsspezifischer Präventionsmaßnahmen gilt (GKV-Spitzenverband, 2023).

In Deutschland sind ca. 30% der Familien mit einem oder mehreren Kindern im Alter von null bis drei Jahren psychosozial belastet (Lorenz et al., 2020). Im Vergleich zur

Durchschnittsbevölkerung haben Kinder aus psychosozial belasteten Familien ein erhöhtes Risiko für schwere, chronische bzw. psychische Krankheiten und Entwicklungsstörungen, die über gesamte Leben hinweg Beeinträchtigungen nach sich ziehen können (Geeraert et al., 2004; Dragano et al., 2016). Psychosoziale Risiko- und Belastungsscreenings eignen sich zur Erfassung der Belastungssituationen und können dabei helfen, belastete Familien zu unterstützen und in geeignete Hilfsangebote zu leiten (Metzner et al., 2017), die insbesondere hochbelasteten Familien bisher ungenügend erreicht (Kölch & Schmid, 2014; Nicolson & Fawcett, 2007). Die Zielpopulation der Studie waren Schwangere und Wöchnerinnen sowie Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr, bei denen anhand des eingesetzten validierten Anhaltsbogens besondere psychosoziale Belastungen vorliegen. Es wurden zwei Varianten einer neuen Versorgungsform, das „Qualified Treatment“ (QT) und das „Supported Treatment“ (ST) eingeführt und mit der Standardversorgung verglichen (Pawils et al., 2022). Zur Umsetzung der psychosozialen Anamnese wurde das Praxispersonal (Ärzt*innen und medizinische Fachkräfte) in beiden Studienarmen nach gleichem Schema geschult. Hierbei wurden die Teilnehmenden in der Früherkennung von psychosozialen Belastungen und im Themenbereich der Frühen Hilfen qualifiziert, um einen möglichen Unterstützungsbedarf bei Familien erkennen zu können und für diese geeignete Empfehlungen zu formulieren (Pawils et al., 2022). Den Praxen wurde der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen bereitgestellt, der an alle Familien (z.B. in der Wartezeit) ausgehändigt werden sollte. Wenn der Fragebogen Hinweise auf psychosoziale Belastungen liefert, wird der jeweiligen Familie ein Orientierendes Gespräch angeboten, in dem die möglichen Belastungen genauer identifiziert und abgeklärt werden (Pawils et al., 2022). Sollte sich ein Unterstützungsbedarf bestätigen, werden die belasteten Familien in geeignete Hilfsangebote weitergeleitet, oder diese vorgestellt. Sofern der Bogen unauffällig ist, wurde er den Familien zurückgegeben, die diesen zu Evaluationszwecken dem UKE zur Verfügung stellen konnten.

Der KID-PROTEKT-Anhaltsbogen ist ein vollstrukturierter Selbstausfüllbogen mit 11 Items, auf der Basis des Hamburger Anhaltsbogens „Wilhelm“, dessen Konstruktvalidität geprüft ist (Pawils et al., 2022). In den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen wurden relevante Kriterien und Belastungsfaktoren der Zielgruppe einbezogen (Kindler, 2010) und anschließend auf Inhaltsvalidität geprüft. Die Items erfassen soziodemografische Daten der Familien, Daten zum Zeitpunkt der Schwangerschaft bzw. Alter des Kindes und Daten zu den im Haushalt lebenden Personen. Zur Abfrage der psychosozialen Risikofaktoren wurden acht Items zu einer möglichen Antriebslosigkeit,

zur Alltagsbewältigung, Partnerschaft, Lebenssituation, Schwangerschaft (und Geburt) sowie zu Kindern und Erziehung genutzt (Pawils et al., 2022). Ein Nutzer*innenbeirat wurde genutzt, um die Items zu diskutieren und so eine hohe Akzeptanz und Praktikabilität in der Nutzung des Anhaltsbogens zu fördern. Der Fragebogen wurde von Deutsch in die Sprachen Arabisch, Farsi, Türkisch, Spanisch, Französisch, Englisch und Russisch übersetzt. Zur Auswertung wurde ein Schema entwickelt, um dem Praxispersonal die Einschätzung, ob ein Orientierendes Gespräch stattfinden sollte, zu erleichtern. Sofern ein oder mehrere Items zur psychosozialen Belastung zutrafen und/oder ein Elternteil jünger als 18 Jahre alt war, alleinerziehend ist oder sich antriebslos fühlte, sollte ein Orientierendes Gespräch veranlasst werden (Pawils et al., 2022).

Neben der ergänzenden psychosozialen Anamnese enthält das Supported Treatment das Konzept einer Lots*innensprechstunde, bei der eine sozialpädagogische Fachkraft von der jeweiligen Praxis herangezogen werden kann, um erkannte belastete Familien zu unterstützen und in Hilfsangebote weiterzuleiten. In allen Praxen wurden die Abläufe in einer einmonatigen Implementierungsphase getestet (Pawils et al., 2022). Mehrheitlich wurden die Orientierenden Gespräche in der Praxis durchgeführt (93%). In 87% der Fälle führten medizinische Fachkräfte das Gespräch, in 12% der Fälle Ärzt*innen und in einem Prozent der Fälle medizinische Fachkräfte und Ärzt*innen gemeinsam. Durchschnittlich dauerte ein Orientierendes Gespräch ca. 8 Minuten (Pawils et al., 2022). Eine Übersicht zum Studienablauf von KID-PROTEKT bietet Abbildung 2. In dieser Arbeit wird der Studienarm der Regelversorgung nicht weiter berücksichtigt, da in diesen Praxen des Treatment as Usual keine Veränderungsprozesse und/oder Implementierungen stattfanden.

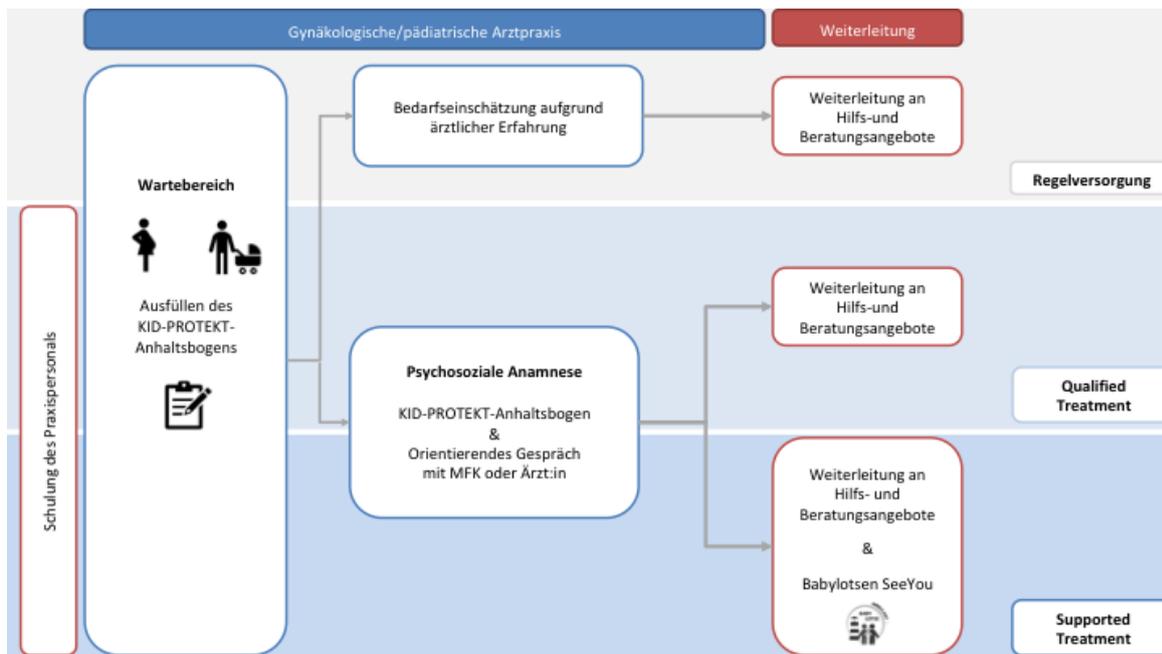


Abbildung 2: Darstellung des Studienablaufs von KID-PROTEKT (Pawils et al., 2022)

4. Fragestellung und Hypothesen

Um zur Schließung der Lücke zwischen Evidenz und Praxis im Rahmen nachhaltiger gesundheitsspezifischer sowie präventiver Maßnahmen beizutragen, soll anhand der beispielhaft betrachteten Studie KID-PROTEKT der Implementierungsprozess einer psychosozialen Anamnese in ärztlichen Praxen im zeitlichen Verlauf analysiert werden. Anhand folgender Fragestellungen wird der Fokus der Arbeit gesetzt:

- A.** Ist die Implementierung der neuen Versorgungsform KID-PROTEKT in den teilnehmenden ärztlichen Praxen über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Studienabschluss erfolgt?
- B.** Welche Erfolgsfaktoren und Barrieren lassen sich hinsichtlich der Implementierung in den teilnehmenden ärztlichen Praxen bestimmen?

Im Rahmen der Interferenzstatistischen Analyse werden die Teilhypothesen C1 und D1 aufgestellt und mittels Signifikanztests untersucht. Die Daten werden gegen die jeweilige Nullhypothese getestet, die besagen, dass keine Unterschiede bestehen (Döring & Bortz, 2016):

C0 = Es gibt keine Unterschiede in der zentralen Tendenz der Ergebnisse zu Gesamtscore, Kohärenz, Kognitiver Partizipation, Kollektivem Handeln und Reflexiver Beobachtung zwischen den drei Befragungsgruppen t0, t1 und t2.

C1 = Es gibt Unterschiede in der zentralen Tendenz der Ergebnisse zu Gesamtscore, Kohärenz, Kognitiver Partizipation, Kollektivem Handeln und Reflexiver Beobachtung bei mindestens einer der Befragungsgruppen t0, t1 und t2.

D0 = Es gibt keine Unterschiede in der zentralen Tendenz der Ergebnisse zu Gesamtscore, Kohärenz, Kognitiver Partizipation, Kollektivem Handeln und Reflexiver Beobachtung zwischen den Studienarmen QT und ST.

D1 = Es gibt Unterschiede in der zentralen Tendenz der Ergebnisse zu Gesamtscore, Kohärenz, Kognitiver Partizipation, Kollektivem Handeln und Reflexiver Beobachtung zwischen den Studienarmen QT und ST.

Sofern die Ergebnisse der Teststatistik nicht signifikant sind, werden die Nullhypothesen angenommen und die Alternativhypothesen verworfen. Bei signifikanten Ergebnissen wird die jeweilige Alternativhypothese bestätigt und angenommen, dass Gruppenunterschiede vorliegen (Döring & Bortz, 2016). In diesem Fall erfolgt zusätzlich die Berechnung der jeweiligen Effektstärke.

5. Methodik

Anhand des PRISM wurden Kontextfaktoren des Implementierungsprozesses der Studie KID-PROTEKT identifiziert, die in Abbildung 3 dargestellt sind. Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, wird in der weiteren Bearbeitung die organisatorische Perspektive der ärztlichen Praxen zur Beantwortung der Forschungsfragen fokussiert. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Modell nicht wie in anderen Studien bereits bei der Entwicklung und Planung der Intervention verwendet wurde, sondern der Implementierungsprozess des bereits abgeschlossenen Projekts anhand dieses Modells nachträglich analysiert und evaluiert wird. Die mithilfe des Modells formulierten Leitfragen dienen der fortführenden Analyse der einzelnen Teilprozesse, die den Implementierungsprozess beeinflussen.

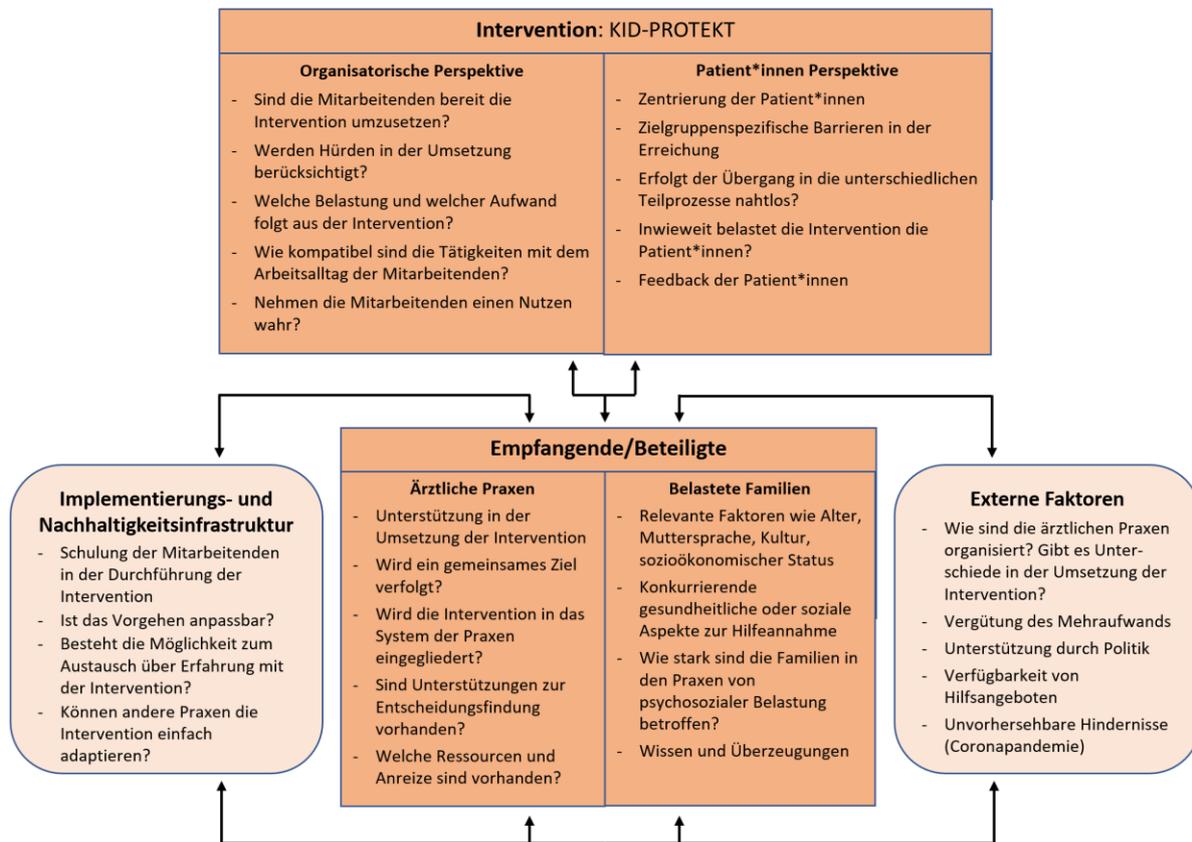


Abbildung 3: Identifizierte Kontextfaktoren des Implementierungsprozesses der Intervention KID-PROTEKT, dargestellt anhand des PRSIM-Modells, eigene Darstellung nach Feldstein & Glasgow (2008)

Die PRISM-Kontextfaktoren des Implementierungsprozesses werden mittels qualitativer und quantitativer Daten analysiert, um sowohl subjektive Erfahrungsberichte und Einschätzungen der Mitarbeitenden im zeitlichen Verlauf zu berücksichtigen, als auch eine möglichst objektive Übersicht zu Trends und Veränderungen zu erlangen. Als qualitative Datengrundlage dienen halbstrukturierte Interviews mit den Mitarbeitenden bzw. den ärztlichen Praxen, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt wurden. Die ersten Befragungen fanden im Februar 2020 statt und wurden einzeln mit den ärztlichen Praxen durchgeführt und schriftlich dokumentiert (digital). Die hieraus entstandenen Interviewprotokolle werden für die Analyse der Interviews genutzt. Die zweite Befragung fand ein Jahr später im Februar 2021 statt. Die Ergebnisse hieraus wurden von Pawils et al. (2022) für den veröffentlichten Evaluationsbericht KID-PROTEKT aufbereitet. Die relevanten Daten zum Vergleich mit den Interviews aus 2020 werden dem Bericht entnommen und aufbereitet. Im Rahmen der Studie KID-PROTEKT wurde neben der Wirksamkeitsanalyse der Normalization MeASURE

Development (NoMAD) Fragebogen (Finch et al., 2015) aus der Implementierungsforschung zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt, und soll im Rahmen dieser Arbeit als quantitative Basis ausgewertet werden, um die Dynamik der Implementierung, Einbettung und Integration der neuen und komplexen Maßnahme besser zu verstehen. Die erste NoMAD-Befragung fand im September 2020 statt, indem den Praxen der Fragebogen postalisch zugesandt wurde und von einem der Mitarbeitenden der jeweiligen ärztlichen Praxis ausgefüllt und anschließend mit einem beigelegten vorfrankierten Briefumschlag zurückgeschickt werden sollte. Die zweite Befragung erfolgte parallel zu den stattgefundenen Interviews im Februar 2021. Die dritte NoMAD-Befragung erfolgte im Dezember 2021, ca. 9 Monate nach dem Ende des Interventionszeitraums. Um ein vollständiges Bild vom Implementierungsprozess zu erlangen, werden die Ergebnisse nach erfolgter Analyse zusammengeführt und anschließend diskutiert.

5.1. Stichprobe

Die in der Studie KID-PROTEKT teilnehmenden pädiatrischen und gynäkologischen Praxen haben ihren Sitz in Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Hierbei wurden Praxen mit sich unterscheidenden Strukturen bzgl. Einzugsgebiet, Praxisgröße und Populationsspezifika eingeschlossen. Diese Merkmale wurden anhand eines halbstrukturierten schriftlichen Erhebungsinstruments zu Studienbeginn und -ende erhoben. Die Zuteilung der teilnehmenden 24 ärztlichen Praxen in die Studiengruppen Standardversorgung, Qualified Treatment und Supported Treatment wurde Cluster-Randomisiert durchgeführt, stratifiziert nach Einzugsgebiet (Thünen-Institut, 2019) und Praxisgröße, um eine gleichmäßige Verteilung von ländlichen und städtischen sowie kleinen und großen Praxen (Patient*innenaufkommen) zu garantieren (Pawils et al., 2022). In dieser Arbeit beschränkt sich die ausgewählte Stichprobe auf die ärztlichen Praxen der Studiengruppen Qualified und Supported Treatment (n = 15, davon 8 Qualified Treatment und 7 Supported Treatment).

5.1.1. Interviews mit Praxismitarbeitenden (MFKs/Ärzt*innen) und Babylots*innen

Im Februar 2020 wurden n = 15 Interviews mit den ärztlichen Praxen der Studienarme Qualified Treatment und Supported Treatment durchgeführt (QT = 8; ST = 7). Im Februar 2021 wurden n = 41 Mitarbeitende aus den Studienarmen Qualified Treatment (n = 21) und Supported Treatment (n = 20) interviewt.

5.1.2. NoMAD-Fragebogen (MFKs/Ärzt*innen)

Es wurden n = 15 Praxen (davon 7 pädiatrische Praxen und 8 gynäkologische Praxen) in der Umsetzung der neuen Versorgungsformen, also einer neuen psychosozialen Anamnese, geschult (Pawils et al., 2022) und im Rahmen dieser Arbeit mittels NoMAD-Fragebogen zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten (12 Monate nach Start, 18 Monate nach Start und 9 Monate nach Beendigung der Studie) zum Implementierungsprozess befragt. Demnach konnten in Gruppe t0 (6 Monate nach Start) 13 Fragebögen ausgewertet werden (Rücklaufquote = 87%) und in Gruppe t1 (18 Monate nach Start) und Gruppe t2 (9 Monate nach Beendigung) jeweils 12 Fragebögen (Rücklaufquote = 80%). Es handelt sich um 19 Fragebögen, die in pädiatrischen Praxen ausgefüllt wurden und 18 Fragebögen, die in gynäkologischen Praxen ausgefüllt wurden. Es nahmen 22 medizinische Fachkräfte und 15 Ärzt*innen an der Befragung teil. Teilnehmende, die dem QT zugeordnet werden konnten, waren meist medizinische Fachkräfte (72%) während im Supported Treatment beide Berufsgruppen in etwa gleich vertreten waren (47% medizinische Fachkräfte; 53% Ärzt*innen). Die Berufserfahrung variierte zwischen einem Jahr und bis zu über 15 Jahren. Die meisten Teilnehmenden (35%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung 3 bis 5 Jahre Berufserfahrung. Eine Übersicht zu den Merkmalen der Teilnehmenden ist in Tabelle 1 zu finden.

Tabelle 1: Merkmale der Stichprobe zur Population der NoMAD-Befragung

Variable	Gesamt			Qualified Treatment (QT)			Supported Treatment (ST)		
	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)
Zeitpunkt	37	100%	0 (0%)	18	100%	0 (0%)	19	100%	0 (0%)
<i>t0</i>	13	35%	0 (0%)	7	39%	0 (0%)	6	31,5%	0 (0%)
<i>t1</i>	12	32,5%	0 (0%)	6	33%	0 (0%)	6	31,5%	0 (0%)
<i>t2</i>	12	32,5%	0 (0%)	5	28%	0 (0%)	7	37%	0 (0%)
Art der Praxis	37	100%	0 (0%)	18	100%	0 (0%)	19	100%	0 (0%)
<i>Pädiatrisch</i>	19	51%	0 (0%)	10	56%	0 (0%)	9	47%	0 (0%)
<i>Gynäkologisch</i>	18	49%	0 (0%)	8	44%	0 (0%)	10	53%	0 (0%)
Berufsgruppe	37	100%	0 (0%)	18	100%	0 (0%)	19	100%	0 (0%)
<i>Medizinisches Fachpersonal</i>	22	59%	0 (0%)	13	72%	0 (0%)	9	47%	0 (0%)
<i>Ärzt*innen</i>	15	41%	0 (0%)	5	28%	0 (0%)	10	53%	0 (0%)

Variable	Gesamt			Qualified Treatment (QT)			Supported Treatment (ST)		
	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)
Berufsjahre	37	100%	0 (0%)	18	100%	0 (0%)	19	100%	0 (0%)
1-2 Jahre	1	3%	0 (0%)	0	0%	0 (0%)	1	5%	0 (0%)
3-5 Jahre	13	35%	0 (0%)	8	44%	0 (0%)	5	26,5%	0 (0%)
6-10 Jahre	7	19%	0 (0%)	3	17%	0 (0%)	4	21%	0 (0%)
11-15 Jahre	8	21,5%	0 (0%)	4	22%	0 (0%)	4	21%	0 (0%)
>15 Jahre	8	21,5%	0 (0%)	3	17%	0 (0%)	5	26,5%	0 (0%)

Die Verteilung der Berufserfahrung innerhalb der Befragungsgruppen ist in Tabelle 2 dargestellt. In Gruppe t0 wurden Fragebögen aus 7 pädiatrischen und 6 gynäkologischen Praxen ausgewertet. In Gruppe t1 und t2 waren es jeweils 6 pädiatrische und gynäkologische Praxen. Insgesamt füllten 11 medizinische Fachkräfte (85%) und 2 Ärzt*innen (15%) einen Fragebogen in Gruppe t0 aus. In Gruppe t1 war die Verteilung mit 6 medizinischen Fachkräften (50%) und 6 Ärzt*innen (50%) ausgeglichen, während in der t2-Gruppe 5 medizinische Fachkräfte (42%) und 7 Ärzt*innen (58%) teilnahmen.

Tabelle 2: Verteilung der Berufserfahrung innerhalb der Befragungsgruppen

Variable	Gruppe t0			Gruppe t1			Gruppe t2		
	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)
Art der Praxis	13	100%	0 (0%)	12	100%	0 (0%)	12	100%	0 (0%)
Pädiatrisch	7	54%	0 (0%)	6	50%	0 (0%)	6	50%	0 (0%)
Gynäkologisch	6	46%	0 (0%)	6	50%	0 (0%)	6	50%	0 (0%)
Berufsgruppe	13	100%	0 (0%)	12	100%	0 (0%)	12	100%	0 (0%)
Medizinisches Fachpersonal	11	85%	0 (0%)	6	50%	0 (0%)	5	42%	0 (0%)
Ärzt*innen	2	15%	0 (0%)	6	50%	0 (0%)	7	58%	0 (0%)
Berufsjahre	13	100%	0 (0%)	12	100%	0 (0%)	12	100%	0 (0%)
1-2 Jahre	0	0%	0 (0%)	1	8,5%	0 (0%)	0	0%	0 (0%)
3-5 Jahre	4	31%	0 (0%)	4	33%	0 (0%)	5	42%	0 (0%)
6-10 Jahre	2	15%	0 (0%)	1	8,5%	0 (0%)	4	33%	0 (0%)
11-15 Jahre	3	23%	0 (0%)	3	25%	0 (0%)	2	17%	0 (0%)

Variable	Gruppe t0			Gruppe t1			Gruppe t2		
	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)	N	%	Missing (%)
>15 Jahre	4	31%	0 (0%)	3	25%	0 (0%)	1	8%	0 (0%)

5.2. Messinstrumente und Durchführung

Nachfolgend wird der Aufbau und die Inhalte der Interviews sowie des NoMAD-Fragebogens im Rahmen dieser Forschungsarbeit vorgestellt und die Durchführung der Befragungen der Mitarbeitenden in ärztlichen Praxen inkl. der Zeitpunkte beschreiben. Anschließend wird die Methodik der (statistischen) Auswertung dargestellt.

5.2.1. Interviews mit Praxismitarbeitenden (MFKs/Ärzt*innen) und Babylots*innen

Um zu analysieren, inwiefern organisatorische Strukturen der ärztlichen Praxen den Implementierungsprozess der Intervention beeinflussen, werden Ergebnisse aus halbstrukturierten Interviews genutzt. Die Interviews wurden sowohl mit medizinischen Fachkräften als auch mit Ärzt*innen der Praxen geführt und umfassten Fragen zum KID-PROTEKT-Anhaltsbogen (u.a. Integration im Arbeitsalltag, Nützlichkeit), zu den durchgeführten Orientierenden Gesprächen, zu den Weiterleitungen der Familien (u.a. Schwierigkeit, Annahme der Familien) sowie zur vorbereitenden Schulung und zur allgemeinen Bewertung des Projektes (u.a. Mehrwert, mögliche Probleme und Herausforderungen, z.B. durch die Corona-Pandemie). Im Studienarm des Supported Treatments erhielten die Teilnehmenden zusätzliche Fragen zur Arbeit mit den Babylots:innen (u.a. Zusammenarbeit, Nützlichkeit für Familien).

Im Februar 2020 wurden halbstrukturierte Interviews per einzelner Videokonferenz mit allen teilnehmenden ärztlichen Praxen geführt. Davon werden die Interviews der n = 15 Praxen der Studienarme Qualified Treatment und Supported Treatment ausgewertet. Der halbstrukturierte Fragebogen, der für die Interviews im Jahr 2020 genutzt wurde, bestand aus Fragen zu unterschiedlichen Teilprozessen der durchzuführenden Intervention (s. Anhang A) und diente dazu, Feedback von den Praxen einzuholen, um einen korrekten Verlauf der Intervention zu sichern und ggf. Verbesserungsvorschläge zu geben. Erhobene Antworten auf folgende Aspekte des Fragebogens wurden zur Beantwortung der Fragestellungen genauer betrachtet:

- Kennzahlen zur Beteiligung am Projekt (Anzahl Mitarbeitende)
- Gut funktionierende Strukturen / Verbesserungsbedarf
- Teilprozess: Ansprache von Familien
 - o Vorbereitung der Ansprachen

- Erreichbarkeit der Familien
- Barrieren und Herausforderungen in der Ansprache
- Teilprozess: Umgang mit dem Anhaltsbogen
 - Unterstützungsbedarf beim Ausfüllen der Bögen
 - Reaktionen der Familien auf Mehrfachansprachen
- Teilprozess: Orientierendes Gespräch
 - Integrierbarkeit des Gesprächs in den Arbeitsalltag
 - Zufriedenheit mit den Schulungsinhalten
 - Möglicher Zeitaufwand bei Dokumentation der Gespräche
 - Sprachbarrieren
- Teilprozess: Weiterleitungen
 - Empfinden und Sicherheit bei Weiterleitung von Familien
 - Schweigepflichtentbindung als potenzielle Hürde
- Sonstiges
 - Schwierige Items/Instrumente
 - Nutzung fremdsprachlicher Materialien
 - Anwesenheit von geschultem Personal
 - Entwicklung zu einer möglichen Routine

Im Februar 2021 wurden n = 41 Mitarbeitende aus den Studienarmen Qualified Treatment (n = 21) und Supported Treatment (n = 20) per Telefoninterview zur Akzeptanz und Machbarkeit der Tätigkeit im Rahmen der Studie befragt. Den Mitarbeitenden wurden insgesamt 30 Fragen gestellt, die sie je nach Frage entweder auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht), mit ja oder nein oder frei beantworten konnten (s. Anhang B und Anhang C). Des Weiteren wurden Teilergebnisse der Befragung der beteiligten Babylots*innen genutzt (s. Anhang D). Hierfür werden die Ergebnisse aus dem veröffentlichten KID-PROTEKT-Endbericht von Pawils et al. (2022) herangezogen.

5.2.2. NoMAD-Fragebogen (MFKs/Ärzt*innen)

Im Rahmen der KID-PROTEKT-Studie wurde neben einer Nutzwert-Analyse der Normalization Measure Development (NoMAD) Fragebogen (Finch et al., 2015) aus der Implementierungsforschung eingesetzt, der im Rahmen dieser Arbeit als quantitative Basis ausgewertet werden soll, um die Dynamik der Implementierung, Einbettung und Integration der neuen und komplexen Maßnahme besser zu verstehen. Die erste Befragung fand im September 2020 statt, ca. 12 Monate nach Beginn des Beobachtungszeitraums der Studie. Die zweite Befragung erfolgte im Februar 2021, ca. 18 Monate nach Beginn der Studie. Die dritte und letzte Befragung fand 9 Monate nach

Beendigung der Studie im Dezember 2021 statt. Zu jedem Befragungszeitpunkt wurde der Fragebogen postalisch an die teilnehmenden Praxen (n = 15) versandt. Nachdem die Teilnehmenden den Bogen ausgefüllt haben, konnte dieser mit einem vorfrankierten Briefumschlag zurückgeschickt werden.

Der Normalisation Measure Development (NoMAD) Fragebogen besteht in der deutschen Fassung aus insgesamt 20 Items, der den Implementierungsprozess aus der Sicht von Personen im Gesundheitswesen, die direkt an der Umsetzung von Interventionen beteiligt sind, bewertet (s. Anhang E). Die Items bilden dabei verschiedene Sektionen, die sich in der Auswertung in die Überbegriffe *Kohärenz* (Frage 1-4), *Kognitive Partizipation* (Frage 5-8), *Kollektives Handeln* (Frage 9-15) und *Reflexive Beobachtung* (Frage 16-20) unterteilen lassen. Jede Frage wird auf einer Skala von 1 (Stimme gar nicht zu) bis 5 (Stimme sehr zu) beantwortet (Finch et al., 2015). Die Items zur Kohärenz thematisieren die Frage, ob die Arbeit als sinnstiftend wahrgenommen wird und gemeinsam Bedeutung in die Tätigkeiten der Intervention investiert wird (z.B. Frage nach gemeinsamen Verständnis von Sinn und Zweck der Intervention). Die Items zur Kognitiven Partizipation erfassen die Praxisgemeinschaft, die um die Intervention erschaffen und aufrechterhalten wird (z.B. Frage nach der Überzeugung, dass die Tätigkeiten im Rahmen der Intervention einen legitimen Teil der alltäglichen Arbeit darstellen). Die Items zum Kollektiven Handeln thematisieren die operativ zu leistende Arbeit zur Umsetzung der Intervention (z.B. Frage nach der Integrierbarkeit der Tätigkeiten in den normalen Arbeitsalltag). Die Items zur Reflexiven Beobachtung erfassen die zu leistende Bewertungsarbeit, die nötig ist, um zu verstehen, wie sich die Tätigkeit auf die eigene Person und andere involvierte Personen auswirkt (z.B. Frage nach Beeinflussbarkeit der Arbeit mit der Intervention) (Finch et al., 2015; May & Finch, 2009).

5.3. Auswertung

Nachdem im vorherigen Kapitel erläutert wurde, welche Messinstrumente zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet werden, sollen nun die qualitativen und quantitativen Auswertungsmethoden beschrieben werden.

5.3.1. Interviews mit Praxismitarbeitenden (MFKs/Ärzt*innen) und Babylots*innen

Zur Auswertung der Interviews werden Interviewergebnisse aus dem Jahr 2020 (6 Monate nach Start der Studie) mit den Ergebnissen der Interviews aus dem Jahr 2021 (18 Monate nach Start der Studie) verglichen. Bewertungen anhand einer Likert-Skala werden quantitativ analysiert und können so im zeitlichen Verlauf gegenüber-

gestellt werden. Qualitative und freie Antworten werden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert (Mayring & Fenzl, 2014). Diese orientiert sich an der explorativen Datensichtung, einer anschließenden Bildung eines Kategoriensystems, der Codierung der Aussagen und einer anschließenden Auswertung der Daten (Vogt & Werner, 2014). Die Ergebnisse der Interviews werden in Anlehnung an Proctor et al. (2011) kategorisiert und analysiert (s. Kapitel 2.1). Demnach sollen qualitative Implementationsergebnisse zu den Einzelaspekten Akzeptanz, Angemessenheit, Umsetzbarkeit, Annahme (der Beschäftigten), Umsetzungstreue, Kosten, Durchdringung und Nachhaltigkeit erschlossen werden. Hierfür wurden die Fragen und Antworten im Rahmen des Interviews auf Basis individueller Einschätzung den einzelnen Kategorien der Implementationsergebnisse zugeordnet und somit die Ergebnisse der Interviews aus 2020 und 2021 zusammengeführt, um im Anschluss Aussagen zu den jeweiligen Kategorien der Implementationsergebnisse treffen zu können.

5.3.2. NoMAD-Fragebogen (MFKs/Ärzt*innen)

Die Ergebnisse werden hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen a. Messzeitpunkten, b. den Variationen der neuen Versorgungsform: n=6 Praxen Qualified Treatment (QT; geschultes Praxisteam) und n=5 Praxen Supported Treatment (ST; geschultes Praxisteam und bei Bedarf sozialpädagogische Fachkraft) mithilfe des Programms SPSS (Version 29) analysiert und ausgewertet. Zur Beschreibung der Stichprobe werden die relativen Häufigkeiten zu den Variablen *Zeitpunkt der Befragung* und *Art der Praxis* sowie zur *Berufsgruppe* und *Berufserfahrung in Jahren* der teilnehmenden Person dargestellt. Zur Analyse der Fragebögen erfolgt die Berechnung des NoMAD-Gesamtscores sowie der Subskalen *Kohärenz*, *Kognitive Partizipation*, *Kollektives Handeln* und *Reflexive Beobachtung*. Hierzu werden ebenfalls entsprechende relative Häufigkeiten, der Mittelwert (M), die Standardabweichung (SD) und kumulierte Prozente berechnet und dargestellt.

Die aufgestellten Teilhypothesen C1 und D1 werden mittels Signifikanztests untersucht. Es wird ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ festgelegt. Aufgrund der Mehrfachtestung der 5 verschiedenen Scores wird das Signifikanzniveau nach Bonferroni auf $\alpha = 1\%$ adjustiert (Bortz & Schuster, 2010). Im Rahmen der Auswertung zur Fragestellung, ob zwischen den untersuchenden Messzeitpunkten Gruppenunterschiede festzustellen sind, stellen die Gruppen t0, t1 und t2 die unabhängigen nominalskalierten Variablen dar, während der Gesamtscore, die Kohärenz, die Kognitive Partizipation, das Kollektive Handeln sowie die Reflexive Beobachtung die abhängigen intervallskalierten Variablen darstellen. Bei der Auswahl geeigneter Testverfahren wird

berücksichtigt, dass es sich um unabhängige Stichproben handelt, da die Fragebögen pro Befragungszeitpunkt zu den gleichen Praxen geschickt wurden, aber nicht von jeweils denselben Personen ausgefüllt wurden. Des Weiteren ist nicht jede Praxis in jeder Befragungsgruppe aufgrund von Nicht-Rückmeldungen vertreten. Ein geeignetes parametrisches Verfahren stellt die multivariate Varianzanalyse (MANOVA) dar. Hierfür ist zu prüfen, ob die erhobenen Daten normalverteilt sind. Der Shapiro-Wilk-Test (Shapiro & Wilk, 1965) ist dem Kolmogorov-Smirnov-Test vorzuziehen (Razali & Wah, 2011). Sofern keine Normalverteilung vorliegt, eignet sich der Kruskal-Wallis-Test, der die Varianz der einzelnen Ränge analysiert (Kruskal & Wallis, 1952). Um festzustellen, ob zwischen den beiden Studienarmen Qualified Treatment und Supported Treatment Unterschiede in den Ergebnissen des NoMAD-Gesamtscores und der Subscores vorliegen, eignet sich als parametrisches Verfahren mehrere t-Tests, da jeweils zwei unabhängige Gruppen miteinander verglichen werden sollen. Sofern keine Normalverteilung vorliegt, eignet sich der Mann-Whitney-U-Test (Mann & Whitney, 1947). Die Voraussetzungen werden im Rahmen der Analyse geprüft.

6. Ergebnisse

Im Rahmen der Ergebnisse wird sowohl die Auswertung der qualitativen Daten in Form der Interviews mit den ärztlichen Praxen und dessen Mitarbeitenden dargestellt als auch die Auswertung der quantitativen Daten in Form der NoMAD-Befragung. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse zunächst getrennt voneinander dargestellt und anschließend in Kapitel 6.3 und 6.4 zusammengeführt. Für die Beschreibung der Interviewergebnisse erfolgt keine erneute Stichprobenbeschreibung. Im Kapitel der statistischen Auswertung des NoMAD-Fragebogens erfolgt dies im Rahmen der deskriptiven Analyse.

6.1. Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den ärztlichen Praxen im Jahr 2020 ($n = 15$) und den einzelnen Mitarbeitenden im Jahr 2021 ($n = 41$) hinsichtlich der Implementierungsergebnisse sowie besonderen Herausforderungen im Verlauf der Studie beschrieben. Die Darstellung der jeweiligen Aussagen erfolgt im zeitlichen Verlauf, sodass zuerst Antworten der Mitarbeitenden aus dem Jahr 2020 berichtet werden und anschließend aus dem Jahr 2021. Es werden nur Ergebnisse beschrieben, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.

6.1.1. Implementationsergebnisse

Die mittels der Interviews erfassten Implementationsergebnisse werden nach Proctor et al. (2011) kategorisiert dargestellt (s. Kapitel 5.2.1) und demnach gruppiert zusammengeführt. In jedem Teilkapitel werden zuerst die Ergebnisse aus den Interviews 6 Monate nach Beginn der Studie und anschließend die Ergebnisse aus den Interviews 18 Monate nach Beginn der Studie berichtet. Die Darstellung gewährleistet eine übersichtliche Darstellung der Einschätzung der Mitarbeitenden zu den Teilprozessen des Implementierungsprozesses im zeitlichen Verlauf.

6.1.1.1. Akzeptanz

Insgesamt gaben 73% der Praxen 6 Monate nach Beginn der Studie an, dass es bzgl. der Mehrfachansprachen, die bei den Familien erfolgt, keine Probleme oder negative Reaktionen gab (QT = 88%; ST = 57%). N = 2 Praxen gaben an, dass einige Familien bei mehrfacher Ansprache genervt oder verwundert sind, dies aber nach erneuter Erklärung kein Problem mehr darstellt. N = 1 Praxis gab an, dass Familien auf Mehrfachansprachen (Ansprache bei jedem erneuten Praxisbesuch) häufig genervt und mit Unverständnis reagieren. N = 1 Praxis gab an, dass die Reaktionen auf Mehrfachansprachen sehr unterschiedlich sind (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

Die Akzeptanz für den Anhaltsbogen bei den Familien wurde von den Mitarbeitenden 18 Monate nach Beginn der Studie auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) durchschnittlich als gut bewertet (QT = 2,14; ST = 1,95). N = 5 Mitarbeitende teilten mit, dass die Familien das Projekt generell sehr positiv annahmen. Die Lots*in-nensprechstunde (Studienarm ST) wurde bezüglich der Akzeptanz mit 1,60 (SD = 0,75) ebenfalls im Mittel als gut bewertet. N = 7 Mitarbeitende gaben an, dass Familien dankbar für das Angebot waren, oder dieses sehr gut angenommen haben. Die befragten Babylots*innen bewerteten die Akzeptanz des Sprechstundenangebotes mit sehr gut (Pawils et al., 2022).

6.1.1.2. Angemessenheit (Eignung, Relevanz & Kompatibilität)

Die Mehrheit der Praxen (73%) gab 6 Monate nach Beginn der Studie an, die Familien beim Ausfüllen des Anhaltsbogens im Normalfall nicht unterstützen zu müssen (QT = 88%; ST = 57%). Die restlichen Praxen (n = 4) gaben an, gelegentlich bis hin zu 20% der Fälle Unterstützung leisten zu müssen, insbesondere bei Sprachbarrieren (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Bezüglich des Anhaltsbogens gaben N = 4 Praxen an, dass das Item „Antriebslosigkeit“/„Erschöpfung“ zu allgemein gefasst ist und durch die Belastung in einer Schwangerschaft bzw.

nach der Geburt eines Kindes von fast allen Teilnehmenden angekreuzt wird, wodurch eine Art Überdiagnostik stattfindet (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). N = 1 Praxis gab an, dass die Intervention eine durchweg hohe Konzentration erfordert, insbesondere durch die hohe Anzahl an Papier (Fragebögen, Einverständniserklärung etc.) (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Die bereitgestellten übersetzten Anhaltsbögen wurden von 10 Praxen (66%) nur sehr selten bis gelegentlich genutzt (QT = 63%; ST = 71%). N = 1 Praxis gab an, die Fragebögen gar nicht zu nutzen, da dies zu aufwändig sei. N = 2 Praxen gaben an, dass Teilnahmen mit Sprachbarrieren nur mit Dolmetscher*innen möglich waren. N = 3 Praxen (20%) gaben an, die übersetzten Bögen häufig zu nutzen, insbesondere in den Sprachen Arabisch, Farsi, Russisch und Englisch (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

18 Monate nach Beginn der Studie wurde die Praktikabilität des Anhaltsbogens von den Mitarbeitenden auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) im Studienarm QT mit durchschnittlich 1,52 (SD = 0,51) und im Studienarm ST mit durchschnittlich 1,75 (SD = 0,79) als gut bewertet. Wie hilfreich die Mitarbeitenden das Orientierende Gespräch empfanden, wurde im Studienarm QT mit 1,75 (SD = 0,68) und im Studienarm ST mit 2,00 (SD = 0,63) jeweils durchschnittlich als gut bewertet, wobei n = 6 Mitarbeitende nannten, dass die Familien dankbar über das Angebot waren (Pawils et al., 2022). Im Studienarm ST bewerteten die Mitarbeitenden die Nützlichkeit der Lots*innensprechstunde im Mittel als sehr gut mit 1,25 (SD = 0,44) und n = 3 Mitarbeitende gaben an, dass sie vom Wissen und der Erfahrung der sozialpädagogischen Fachkräfte profitierten. Inwiefern die im Rahmen der Gespräche gegebenen Empfehlungen von den Familien angenommen wurden, wurde sowohl im Studienarm QT (M = 1,94; SD = 0,64) als auch im Studienarm ST (M = 2,22; SD = 0,65) als gut bewertet (Pawils et al., 2022).

6.1.1.3. Umsetzbarkeit/Machbarkeit

Im Rahmen der Interviews, 6 Monate nach Beginn der Studie, wurden die Teilnehmenden (N = 15) dazu aufgefordert, auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) zu bewerten, wie gut die Teilprozesse „Ansprache der Familien“, „Umgang mit dem Anhaltsbogen“, „Durchführung des Orientierenden Gesprächs“ und „Weiterleitungen“ funktionieren. Der Prozess „Ansprache der Familien“ wurde mit 1,70 (SD = 0,75; Range = 1-3) durchschnittlich als gut bewertet (QT = 1,88; ST = 1,50). Der „Umgang mit dem Anhaltsbogen“ wurde ebenfalls mit 1,63 (SD = 0,72; Range = 1-3) im Mittel als gut bewertet (QT = 1,56; ST = 1,71). Die „Durchführung des Orientierenden Gesprächs“ wurde mit 1,87 (SD = 0,67; Range = 1-3) durchschnittlich als gut

bewertet (QT = 1,94; ST = 1,79). Der Prozess der „Weiterleitungen“ wurde durchschnittlich mit 2,03 (SD = 0,67; Range = 1-3) bewertet (QT = 2,25; ST = 1,79) (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

13 von 15 Praxen (ca. 87%) gaben 6 Monate nach Beginn der Studie an, dass das Projekt generell gut umgesetzt wird und funktioniert. Bzgl. des Verbesserungsbedarfs haben die Praxen jeweils unterschiedliche Aspekte genannt und angemerkt. Hierunter fiel, dass die Möglichkeit zur erfolgreichen Durchführung von Orientierenden Gesprächen maßgeblich von den räumlichen Verfügbarkeiten abhängt, es persönliche Hemmungen in der Ansprache der Familien gibt/gab, mit Sprachbarrieren besser umgegangen werden muss. Mehrfach wurde ein zeitliches Problem in der Umsetzung der Intervention genannt (3 von 15 Praxen) (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Die Frage, ob das Orientierende Gespräch einfach in den Arbeitsalltag zu integrieren ist, beantworteten 53% der Praxen grundlegend mit „Ja“ (QT = 63%; ST = 43%). N = 4 Praxen (27%) gaben an, dass die Integrierbarkeit tagesabhängig ist und von Faktoren wie dem sonstigen Arbeitsaufwand beeinflusst wird. N = 2 Praxen (13%) gaben an, dass das Orientierende Gespräch nicht einfach in den Arbeitsalltag zu integrieren ist, wobei eine der beiden Praxen angab, dass sich der Mehraufwand dennoch lohnt (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

Es gaben 11 von 15 Praxen (73%) 6 Monate nach Beginn der Studie an, im Rahmen der Einschätzung zum Unterstützungsbedarf und möglichen Weiterleitungen grundlegend ein gutes Gefühl zu haben bzw. dass dies gut zu bewältigen ist (QT = 50%; ST = 100%). Häufig wurde angemerkt, dass diese Aufgabe fachlich herausfordernd sei, aber durchaus positiv zu bewerten ist (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). In N = 3 ST-Praxen wurde angemerkt, dass eine gewisse Sicherheit unter den Mitarbeitenden herrscht, da man sich über schwere Fälle austauscht, wobei eine dieser Praxen davon berichtete, dass die beteiligte Ärztin besonders schwere Fälle übernimmt. In QT-Praxen wurde dies nicht genannt. Es wurde angemerkt, dass Schulungsinhalte mehr auf den Umgang mit psychischen Belastungen eingehen sollten. Negative Gefühle resultierten aus wahrgenommenem Desinteresse, dem Wissen über den Zustand belasteter Familien und fehlenden Weiterleitungsmöglichkeiten (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

Im Rahmen der Befragung, 18 Monate nach Studienstart, bewerteten die Mitarbeitenden auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht) die Integration des Anhaltsbogens in den Arbeitsalltag. Dies wurde sowohl im Studienarm QT mit 1,81 (SD

= 0,68) als auch im Studienarm ST mit 1,80 (SD = 1,06) durchschnittlich als gut bewertet. Nach Angaben von n = 5 Mitarbeitenden habe sich die Integration im Verlauf der Studie verbessert. Die Einfachheit der Durchführung Orientierender Gespräche bewerteten die Mitarbeitenden im Studienarm QT mit 1,75 (SD = 0,58) und im Studienarm ST mit 1,88 (SD = 0,72) ebenfalls im Mittel als gut, wobei dies nach Nennung von n = 4 Mitarbeitenden von der jeweiligen Familie abhängt (Pawils et al., 2022). Der ausgefüllte Anhaltsbogen der Familien wurde als Basis und Leitfaden für die Durchführung der Orientierenden Gespräche durchschnittlich als hilfreich bewertet (QT = 1,63; ST = 1,75). Der Prozess, wie leicht es den Mitarbeitenden fiel, die Familien an geeignete Hilfsangebote weiterzuvermitteln, wurde im Studienarm QT mit 2,61 (SD = 0,98) als befriedigend bewertet, im Studienarm ST mit 1,83 (SD = 0,86) als durchschnittlich gut. Die Umsetzbarkeit des Projektes für andere gynäkologischen bzw. pädiatrischen Praxen in Norddeutschland schätzten die Mitarbeitenden sowohl im Studienarm QT mit 1,86 (SD = 0,85) als auch im Studienarm ST mit 1,74 (SD = 0,73) als gut (Pawils et al., 2022). N = 8 der befragten medizinischen Fachkräfte (n = 33) nannten, dass sie durch die Intervention die Beziehung zu den Familien verbesserte. Zur erfolgreichen Integration einer Lots*innensprechstunde nannten die Babyslots*innen die Verfügbarkeit von Räumlichkeiten als wichtigstes Kriterium (Pawils et al., 2022).

6.1.1.4. Annahme (Absicht zur Durch-/Fortführung)

Fast alle Praxen (93%) gaben 6 Monate nach Beginn der Studie an, dass die Schulungen vor Beginn der Intervention zur erfolgreichen Umsetzung des Projektes ausreichend waren (QT = 100%; ST = 86%). Es wurden unterschiedliche leichte Schwierigkeiten in Folge der Inhalte, die in den Schulungen fokussiert wurden, genannt. Hierzu zählte unter anderem die Kommunikation zu coronabedingten Änderungen, Tipps zu Ansprachen und passenden Angeboten und fehlende Aufklärung über den Anteil kostenpflichtiger Hilfsangebote (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). In 10 von 15 Praxen (66%) ist laut eigener Aussage immer geschultes Personal in der Praxis vor Ort, auch bei Krankheitsfällen oder Urlaub (QT = 63%; ST = 71%). N = 2 Praxen gaben an, dass die Anhaltsbögen auch bei Abwesenheit von geschultem Personal ausgegeben werden (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

Im Rahmen der Befragung 18 Monate nach Beginn der Studie wurden die Schulungen vor dem Start der Intervention in beiden Studienarmen durchschnittlich als gut bewertet (QT = 1,52; ST = 1,58) und n = 7 Mitarbeitende benannten die Schulungen als sehr hilfreich. Alle befragten Mitarbeitenden (n = 40) sehen einen Mehrwert in der

Intervention für die Praxen. Wie hilfreich der Anhaltsbogen für die Mitarbeitenden war, um psychosozial belastete Familien zu erkennen, wurde mit 1,80 durchschnittlich als gut bewertet (QT = 1,71; ST = 1,90). Angemerkt wurde von n = 5 Mitarbeitenden, dass die Fragen im Anhaltsbogen zu allgemein formuliert sind (Pawils et al., 2022). Die Mitarbeitenden beantworteten die Frage, ob sie sich vorstellen können, dass die Intervention ohne Sondervergütung in der Praxis umgesetzt werden würde, im Studienarm QT zu 71% mit ja und im Studienarm ST zu 56% mit ja. N = 12 der befragten Mitarbeitenden gab an, dass der zusätzliche Aufwand auf jeden Fall bezahlt werden sollte (Pawils et al., 2022). Die Mitarbeitenden bewerteten die Wichtigkeit der eigenen Rolle im Durchschnitt als gut (QT = 2,10; ST = 2,13) wobei n = 11 Mitarbeitende anmerkten, dass die hauptsächliche Arbeit der Intervention bei den medizinischen Fachkräften lag. Die insgesamt Wichtigkeit des Projekts wurde von den Mitarbeitenden im Studienarm QT mit 1,52 (SD = 0,75) als gut und im Studienarm ST mit 1,32 (SD = 0,58) als sehr gut bewertet (Pawils et al., 2022).

6.1.1.5. Umsetzungstreue

In den meisten Praxen (73%) wurden zum Zeitpunkt der Befragung 6 Monate nach Studienbeginn nach eigenen Angaben mindestens 80% der Familien angesprochen (QT = 75%; ST = 71%). N = 1 ST-Praxis gab an, nur ein Drittel der Familien zu erreichen. Die restlichen Praxen haben den Anteil der angesprochenen Familien nicht genau quantifiziert (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Mitarbeitende gaben vereinzelt an, dass orientierende Gespräche aufgrund räumlicher und/oder zeitlicher Engpässe nicht wie geplant stattfinden konnten. Die Gespräche wurden auf einen späteren Zeitpunkt verlegt oder in einzelnen Fällen gar nicht durchgeführt. Ebenfalls wurde in einigen Fällen von Hemmungen bei der Ansprache der Familien berichtet (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Insgesamt teilten 42% der medizinischen Fachkräfte (n = 26) 18 Monate nach Beginn der Studie mit, dass die Ärzt*innen stärker in das Projekt hätten involviert sein sollen (QT = 47%; ST = 36%), während dies insgesamt 54% verneinten (QT = 47%; ST = 64%) und eine Person unentschlossen war (QT = 7%; ST = 0%) (Pawils et al., 2022).

6.1.1.6. Kosten/Aufwand (Auswirkungen)

Die Mehrheit der Praxen (60%) gab 6 Monate nach Beginn der Studie an, die Ansprachen der Familien nicht vorzubereiten und spontan zu gestalten (QT = 63%; ST = 57%) wodurch kein Mehraufwand in diesem Teilprozess durch eine Vorbereitungszeit entsteht. N = 2 QT-Praxen gaben an, die Ansprachen am selben Tag vorzubereiten, n = 1 Praxis bereitet die Ansprachen am Vortag vor. N = 2 ST-Praxen gaben ebenfalls

an, die Ansprachen am Vortag vorzubereiten (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Ein Großteil der Praxen (80%) gab an, die ausgefüllten Anhaltsbögen im Dokumentationsprozess mindestens einzuscannen (QT = 100%; ST = 57%). N = 2 Praxen (13%) gaben an, die Orientierenden Gespräche gar nicht zu dokumentieren. Die Angaben zu einem zeitlichen Mehraufwand durch Nutzung des Anhaltsbogens variierten zwischen 2 und mindestens 15 Minuten. Angaben zu einem allumfänglichen zeitlichen Mehraufwand durch die Intervention variierten zwischen 5 und 30 Minuten (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

Im Rahmen der Interviews 18 Monate nach Studienbeginn nannten n = 4 Mitarbeitende den zusätzlichen Zeitaufwand als Nachteil. Insgesamt liegt der zeitliche Mehraufwand pro Tag, geschätzt durch die Mitarbeitenden, bei durchschnittlich ca. 35 Minuten (SD = 28). Im Studienarm QT beläuft sich der geschätzte zeitliche Mehraufwand auf ca. 29 Minuten pro Tag (SD = 19) und im Studienarm ST auf ca. 42 Minuten (SD = 34). Dies sei laut n = 4 Mitarbeitenden stark von der Anzahl der als belastet identifizierten Familien und dem sonstigen Arbeitsaufwand abhängig (Pawils et al., 2022). Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis wurde von den Mitarbeitenden des Studienarms QT mit 2,00 (SD = 0,55) und von den Mitarbeitenden des Studienarms ST mit 1,70 (SD = 0,8) durchschnittlich als gut bewertet. N = 5 Mitarbeitende gaben allerdings an, dass der administrative Aufwand hoch war.

6.1.1.7. Durchdringung (Integration)

Die meisten Praxen (n = 13) gaben 6 Monate nach Start der Studie an, dass ein bis zwei medizinische Fachkräfte (62%) und ein/eine Arzt/Ärztin (60%) am Projekt beteiligt waren. In QT-Praxen waren im Durchschnitt weniger medizinische Fachkräfte an der Intervention beteiligt (>2 MFKs = 25%), als in ST-Praxen (>2 MFKs = 60%). Von den QT-Praxen gab nur eine Praxis explizit an, dass ein/eine Arzt/Ärztin am Projekt beteiligt ist, während vier ST-Praxen eine Ärzt*innen-Beteiligung explizit erwähnten (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Es gaben 6 von 7 ST-Praxen (86%) an, insgesamt gute Erfahrungen mit den Babylots*innen im Rahmen der Studie gesammelt zu haben (Teilnehmende ST-Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Die befragten Babylots*innen schätzten die Lots*innensprechstunde 18 Monate nach Beginn der Studie als ein intensiveres Gespräch als das von den Mitarbeitenden der ärztlichen Praxen durchgeführte Orientierende Gespräch ein und merkten an, dass sie die Familien aufgrund ihres Netzwerkes besser in Hilfsangebote weiterleiten können. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der ärztlichen Praxen wurde als gut eingeschätzt (Pawils et al., 2022). Wie zufrieden

die Mitarbeitenden mit den Möglichkeiten zur Anbindung belasteter Familien an Hilfsangebote waren, wurde 18 Monate nach Beginn der Studie sowohl im Studienarm QT mit 2,50 (SD = 1,10) als auch im Studienarm ST mit 2,60 (SD = 0,63) durchschnittlich als befriedigend bewertet. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wurde in beiden Studienarmen durchschnittlich als gut bewertet (QT = 2,30; ST = 1,93) wobei n = 8 Mitarbeitende anmerkten, dass es nur wenige Rückmeldungen von den kontaktierten Einrichtungen gab (Pawils et al., 2022). Im Studienarm ST wurde die Zusammenarbeit mit den Babylots*innen mit 1,05 (SD = 0,22) als sehr gut bewertet.

6.1.1.8. Nachhaltigkeit (Aufrechterhaltung)

Es gaben 13 von 15 Praxen (87%) 6 Monate nach Beginn der Studie an, dass die Intervention bereits grundlegend zur Routine geworden ist (QT = 88%; ST = 86%). N = 3 ST-Praxen gaben an, dass die Intervention durchweg positiv angenommen und von allen geschätzt und als bereichernd wahrgenommen wird. QT-Praxen haben dies nicht zurückgemeldet. N = 2 Praxen (QT = 1; ST = 1) gaben an, dass die Intervention keine Routine geworden ist und eine hohe Konzentration bei der Abarbeitung der Schritte notwendig ist und ggf. Klebezettel zur Erinnerung verwendet werden müssen (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020).

6.1.2. Besondere Herausforderungen im Verlauf der Studie

Von den ärztlichen Praxen wurden bezüglich der Durchführung von Orientierenden Gesprächen 6 Monate nach Beginn der Studie am häufigsten zeitliche Probleme bzw. der sonstige Arbeitsaufwand (7 Nennungen) gefolgt von sprachlichen Barrieren (6 Nennungen) als Herausforderungen in der Ansprache der Familien genannt. Auf die explizite Nachfrage, ob Sprachbarrieren ein relevantes Hindernis in der Umsetzung der Intervention darstellen, gaben 8 von 15 Praxen (53%) an, dass Sprachbarrieren nur sehr selten bis selten ein Orientierendes Gespräch behinderten (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). N = 2 Praxen gaben an, dass Sprachbarrieren häufig auftreten, die Orientierenden Gespräche aber meist dennoch stattfinden konnten. Die Mehrheit der Praxen (60%) löst Probleme, bedingt durch Sprachbarrieren, indem sie den Familien einen neuen Termin für ein Orientierendes Gespräch geben, bei dem ein/eine Dolmetscher*in anwesend sein soll (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). 18 Monate nach Studienbeginn gaben ebenfalls einige Mitarbeitende an, dass es relevante Verständigungsprobleme mit Familien gab (Pawils et al., 2022). Als weitere Barrieren wurden 6 Monate nach Start der Studie die räumlichen Gegebenheiten in der Praxis genannt, die es nicht immer möglich machten, gleichzeitig mehrere Orientierende Gespräche zu führen. N = 1 Praxis gab an, dass eine medizinische Fachkraft nicht für das Projekt

begeistert werden konnte und es hierdurch Probleme in der Anwesenheit von geschultem Personal gab (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Fast alle Praxen (93%) bewerteten die einzugehende Schweigepflichtentbindung bei Weiterleitungen als keine Hürde im Umgang mit den teilnehmenden Familien. N = 3 Praxen erklärten, dass statt direkten Weiterleitungen meist nur Kontaktempfehlungen erfolgen, da die Teilnehmenden sich selbst um den herzustellenden Kontakt kümmern möchten. Somit muss keine Schweigepflichtentbindung erfolgen (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Februar 2020). Es gaben n = 3 Mitarbeitende 18 Monate nach Beginn der Studie an, dass einige Familien von der Einverständniserklärung im Rahmen der Studie verunsichert oder davon abgeschreckt waren (Pawils et al., 2022).

6.2. Ergebnisse des NoMAD-Fragebogens

Um die Dynamik der Implementierung, Einbettung und Integration der neuen und komplexen Maßnahme quantitativ auszuwerten, wurde der Normalization Measure Development (NoMAD) Fragebogen (Finch et al., 2015) eingesetzt. Die Ergebnisse der statistischen Auswertung werden anhand einer deskriptiven Analyse und einer interferenzstatistischen Analyse dargestellt.

6.2.1. Deskriptive Analyse

Insgesamt konnten 37 NoMAD-Fragebögen ausgewertet werden, wovon 18 Fragebögen dem Studienarm Qualified Treatment (QT) und 19 Fragebögen dem Supported Treatment (ST) zugeordnet werden konnten. Die Fragen wurden von den Teilnehmenden auf einer Intervallskala von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft sehr zu) beantwortet. Die Ergebnisse zum Gesamtscore und den Subscores des NoMAD nach Studienarm sind in Tabelle 3 dargestellt. Im Mittel lag der NoMAD-Gesamtscore bei 4,08 (QT = 3,94; ST = 4,21) mit einer Spanne von 1,65-4,70. Bei der Berechnung des Subscores Kohärenz wurden zwei Fragebögen exkludiert, da nicht alle relevanten Fragen beantwortet wurden. Der Kohärenz-Score lag im Mittel bei 3,91 (QT = 3,74; ST = 4,10) mit einer Spanne von 2,00-4,75. Im Mittel lag der Score für die Kognitive Partizipation bei 4,38 (QT = 4,17; ST = 4,58) mit einer Spanne von 1,00-5,00. Der durchschnittliche Score für das Kollektive Handeln lag bei 3,89 (QT = 3,81; ST = 3,96) mit einer Spanne von 1,43-4,43. Zur Berechnung des Subscores der Reflexiven Beobachtung wurden zwei Fälle exkludiert, da nicht alle relevanten Fragen beantwortet wurden. Im Mittel lag der Score für die Reflexive Beobachtung bei 4,27 (QT = 4,11; ST = 4,41) mit einer Spanne von 2,20-5,00.

Tabelle 3: Ergebnisse der NoMAD-Scores nach Studienarm

NoMAD-Scores	Gesamt				Qualified Treatment (QT)				Supported Treatment (ST)			
	N	%	Mis-sing (%)	M (SD) Range	N	%	Mis-sing (%)	M (SD) Range	N	%	Mis-sing (%)	M (SD) Range
Gesamt-score	37	100%	0 (0%)	4,08 (0,52) 1,65-4,70	18	100%	0 (0%)	3,94 (0,64) 1,65-4,50	19	100%	0 (0%)	4,21 (0,36) 3,32-4,70
Kohärenz	35	95%	2 (5%)	3,91 (0,58) 2,00-4,75	18	100%	0 (0%)	3,74 (0,58) 2,00-4,75	17	89%	2 (11%)	4,10 (0,55) 3,00-4,75
Kognitive Partizipation	37	100%	0 (0%)	4,38 (0,79) 1,00-5,00	18	100%	0 (0%)	4,17 (0,99) 1,00-5,00	19	100%	0 (0%)	4,58 (0,46) 3,50-5,00
Kollektives Handeln	37	100%	0 (0%)	3,89 (0,54) 1,43-4,43	18	100%	0 (0%)	3,81 (0,68) 1,43-4,43	19	100%	0 (0%)	3,96 (0,36) 3,14-4,43
Reflexive Beobachtung	35	95%	2 (5%)	4,27 (0,57) 2,20-5,00	16	89%	2 (11%)	4,11 (0,64) 2,20-5,00	19	100%	0 (0%)	4,41 (0,46) 3,60-5,00

Eine Übersicht der Ergebnisse zu den NoMAD Scores, aufgeteilt nach Befragungszeitpunkten, ist in Tabelle 4 zu finden. Der NoMAD Gesamtscore liegt in der Gruppe t0 bei 4,23 (Range = 3,45-4,75), in der Gruppe t1 bei 4,22 (Range = 3,65-4,50) und in der Gruppe t2 bei 3,78 (Range = 1,65-4,60). Der Kohärenz-Score liegt in Gruppe t0 bei 4,08 (Range = 3,00-4,75) und in Gruppe t1 bei 4,02 (Range = 3,50-4,75) wobei ein Fall aufgrund unvollständiger Angaben exkludiert wurden. In Gruppe t2 lag der durchschnittliche Kohärenz-Score bei 3,61 (Range = 2,00-4,50), hier wurde ebenfalls ein Fall wegen unvollständiger Angaben exkludiert. Der mittlere Score der Kognitiven Partizipation liegt in Gruppe t0 bei 4,56 (Range = 2,50-5,00), in Gruppe t1 bei 4,65 (Range = 4,00-5,00) und bei Gruppe t2 bei 3,92 (Range = 1,00-5,00). Das durchschnittliche Ergebnis zum Score des Kollektiven Handelns lag in Gruppe t0 bei 4,02 (Range = 3,43-4,43), in Gruppe t1 bei 4,04 (Range = 3,29-4,43) und in Gruppe t2 bei 3,60 (Range = 1,43-4,29). Der mittlere Score zur Reflexiven Beobachtung liegt in

Gruppe t0 bei 4,38 (Range = 3,60-5,00), bei der Berechnung wurde ein Fall aufgrund unvollständiger Angaben exkludiert. In Gruppe t1 lag der durchschnittliche Score zur Reflexiven Beobachtung bei 4,28 (Range = 3,80-5,00) und in Gruppe t2 bei 4,15 (Range = 2,20-5,00), wobei bei der Berechnung ein Fall wegen unvollständiger Angaben exkludiert wurde.

Tabelle 4: Ergebnisse der NoMAD-Scores nach Befragungszeitpunkten

NoMAD-Scores	Gruppe t0				Gruppe t1				Gruppe t2			
	N	%	Mis-sing (%)	M (SD) Range	N	%	Mis-sing (%)	M (SD) Range	N	%	Mis-sing (%)	M (SD) Range
Gesamt-score	13	100 %	0 (0%)	4,23 (0,33) 3,45-4,70	12	100 %	0 (0%)	4,22 (0,24) 3,65-4,50	12	100 %	0 (0%)	3,78 (0,76) 1,65-4,60
Kohärenz	13	100 %	0 (0%)	4,08 (0,54) 3,00-4,75	11	92 %	1 (8%)	4,02 (0,43) 3,50-4,75	11	92 %	1 (8%)	3,61 (0,69) 2,00-4,50
Kognitive Partizipation	13	100 %	0 (0%)	4,56 (0,69) 2,50-5,00	12	100 %	0 (0%)	4,65 (0,38) 4,00-5,00	12	100 %	0 (0%)	3,92 (1,00) 1,00-5,00
Kollektives Handeln	13	100 %	0 (0%)	4,02 (0,35) 3,43-4,43	12	100 %	0 (0%)	4,04 (0,30) 3,29-4,43	12	100 %	0 (0%)	3,60 (0,77) 1,43-4,29
Reflexive Beobachtung	12	92 %	1 (8%)	4,38 (0,45) 3,60-5,00	12	100 %	0 (0%)	4,28 (0,41) 3,80-5,00	11	92 %	1 (8%)	4,15 (0,80) 2,20-5,00

Bei Betrachtung der Ergebnisse in der Gruppe t2 lässt sich im Durchschnitt eine höhere Standardabweichung beobachten (= höhere Spannweite der Ergebnisse). Um weitere Erkenntnisse zu möglichen Unterschieden in der Praxiserfahrung von Gruppe t2 zu erlangen, werden die Mittelwerte der Antworten zu den einzelnen Fragen des Fragebogens deskriptiv miteinander verglichen. Im Folgenden werden die Fragen thematisiert, die sich im zeitlichen Verlauf in auffälligem Maß (explorativ) verschlechtert haben.

Kohärenz (Frage 1 bis 4)

Frage Zwei des NoMADs fragt das gemeinsame Verständnis von Sinn und Zweck der Intervention KID PROTEKT ab. Die Gruppe t0 erreichte einen durchschnittlichen Score von 2,92. In Gruppe t1 lag der Wert bei 2,42 und in Gruppe t2 bei 2,08.

Frage Drei behandelt die Vorstellung davon, wie die eigene Arbeitsweise durch die Intervention beeinflusst wird. In Gruppe t0 lag der Wert bei 4,62 und in Gruppe t1 bei 4,67. Gruppe t2 erreichte einen Score von lediglich 3,92.

Kognitive Partizipation (Frage 5 bis 8)

Die sechste Frage des NoMAD-Fragebogens thematisiert die Überzeugung, dass die eigenen ausgeführten Tätigkeiten im Rahmen von KID PROTEKT ein legitimer Teil der eigenen Arbeit sind. In Gruppe t0 lag der mittlere Score bei 4,62 und in Gruppe t1 bei 4,67. Gruppe t2 erreichte einen Score von 3,75.

Frage Sieben fragt die Offenheit für neue Arten, die Intervention umzusetzen, ab. Hier erreichte die Befragungsgruppe t0 einen durchschnittlichen Score von 4,69 und Gruppe t1 einen Score von 4,75. In Gruppe t1 lag der mittlere Score bei 4,17.

Die weiterführende persönliche Unterstützung des Projektes KID PROTEKT wurde in Frage Acht abgefragt. In Gruppe t0 lag der mittlere Score bei 4,77 und in Gruppe t1 bei 4,67. In Gruppe t2 lag der Score bei durchschnittlich 4,08.

Kollektives Handeln (Frage 9 bis 15)

Frage Neun fragte bei den Teilnehmenden ab, ob sich die Tätigkeiten im Rahmen der Intervention einfach in den Arbeitsalltag integrieren lassen. Der durchschnittliche Score lag in Gruppe t0 bei 4,15 und in Gruppe t1 bei 4,42. In Gruppe t2 lag der mittlere Score bei 3,58.

Die zwölfte Frage des NoMAD-Fragebogens fragt eine Einschätzung der Teilnehmenden ab, ob die Tätigkeiten der Intervention durch kompetentes Personal ausgeübt werden. Der durchschnittliche Score hierfür lag in Gruppe t0 bei 4,77 und in Gruppe t1 bei 4,58. In der Befragungsgruppe t2 lag der mittlere Score bei 4,17.

Frage Dreizehn befragt die Teilnehmenden, ob es ausreichend Schulungen für die Umsetzung der Intervention gab. Der durchschnittliche Score in Gruppe t0 lag bei 4,77 und in Gruppe t1 bei 4,67. Die Befragungsgruppe t2 erreichte einen mittleren Score von 4,25.

Ob zudem ausreichend Ressourcen vorhanden waren, wurde in Frage 14 abgefragt. Hier erreichte die Gruppe t0 ein durchschnittliches Ergebnis von 4,23 und die Gruppe t1 4,17. Bei Gruppe t2 lag der mittlere Score bei 3,42.

Reflexive Beobachtung (Frage 16 bis 20)

Frage Zwanzig thematisierte, wie beeinflussbar die Teilnehmenden ihre Arbeit im Rahmen der Tätigkeit wahrnehmen. Hier lag das durchschnittliche Ergebnis in Gruppe t0 bei 4,50 und in Gruppe t1 bei 4,33. In der Befragungsgruppe t2 lag der mittlere Wert bei 4,00. Die Ergebnisse der Betrachtung auffälliger Abweichungen in der Beantwortung einzelner Fragen können im weiteren Verlauf der Ergebnisse zur Implementation genutzt werden, um mögliche Barrieren und Erfolgsfaktoren für einen gelungenen Implementationsprozess zu identifizieren. Um weitere Variablen zu identifizieren, welche die Ergebnisse der NoMAD-Fragebogenauswertung möglicherweise beeinflussen, wird sowohl die Verteilung der Praxisart, die Berufsgruppe als auch die Berufserfahrung der Teilnehmenden anhand der jeweiligen Befragungsgruppen verglichen.

Gruppe t2 hat neben dem NoMAD-Fragebogen kurze Fragen zur Abfrage einer möglichen Fortführung der Intervention nach Projektabschluss erhalten. Die Praxen sollten angeben, ob sie die Tätigkeit noch fortführen, oder seit welchem Zeitpunkt sie diese nicht mehr durchführen. Es nahmen 9 von 15 Praxen (Rücklaufquote = 60%) an der Teilbefragung teil (QT = 6; ST = 3). Insgesamt gaben 5 von 9 Praxen (56%) an, die Tätigkeiten direkt mit dem Ablauf der Projektlaufzeit beendet zu haben (QT = 5; ST = 0) (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Dezember 2021). Eine Praxis gab an, die Tätigkeiten noch 1-2 Monate nach dem Ende der Projektlaufzeit aufrechterhalten zu haben (QT = 0; ST = 1), ebenfalls eine Praxis gab an, dies noch 4-6 Monate getan zu haben (QT = 0; ST = 1). Zwei Praxen gaben an, die Tätigkeiten „bis heute“ (Dez. 2021) beibehalten zu haben (QT = 1; ST = 1) (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Dezember 2021). Als Grund für das Beenden der Tätigkeiten wurden die räumlichen Gegebenheiten im Rahmen der Corona-Pandemie, fehlende Motivation, die Teilnahme an einer anderen Studie, Personalmangel und der Zeitaufwand genannt. Eine Praxis gab an, Teilaspekte des Anhaltsbogens in der alltäglichen Arbeit integriert zu haben (Teilnehmende Praxen, persönliche Kommunikation, Dezember 2021).

6.2.2. Interferenzstatistische Analyse

Im Rahmen der interferenzstatistischen Analyse wird untersucht, ob es relevante Unterschiede in den Scores des NoMAD-Fragebogens zwischen den Befragungsgruppen t0, t1 und t2 sowie zwischen den Studienarmen QT und ST gibt. Die Variablen Gesamtscore, Kohärenz, Kognitive Partizipation, Kollektives Handeln und Reflexive Beobachtung sind gemäß des Shapiro-Wilk-Tests (Shapiro & Wilk, 1965) nicht normalverteilt ($p < 0,05$). Demnach sind für die weitere interferenzstatistische Analyse

nonparametrische Verfahren anzuwenden, sodass keine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) durchgeführt wird. Um festzustellen, ob zwischen den einzelnen Befragungsgruppen Unterschiede in den Ergebnissen des NoMAD-Gesamtscores und der Subscores vorliegen, eignet sich der Kruskal-Wallis-Test, der die Varianz der einzelnen Ränge analysiert (Kruskal & Wallis, 1952). Die Voraussetzung mindestens ordinalskalierten Daten ist anhand der zu untersuchenden intervallskalierten Daten erfüllt. Es wird ein Signifikanzniveau von 0,01 festgelegt (s. Kapitel 4).

Die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests zeigen, dass zwischen den Befragungsgruppen t0, t1 und t2 keine signifikanten Unterschiede bzgl. des *Gesamtscores* vorliegen ($H(2) = 5,14$; $p = 0,077$).

Zwischen den Befragungsgruppen t0, t1 und t2 können keine signifikanten Unterschiede bzgl. der *Kohärenz* festgestellt werden ($H = 2,95$; $p = 0,229$).

Der Kruskal-Wallis-Test hat ergeben, dass ebenfalls keine signifikanten Gruppenunterschiede bzgl. der Ergebnisse zur *Kognitiven Partizipation* bestehen ($H = 8,87$; $p = 0,012$).

Zwischen den Befragungsgruppen t0, t1 und t2 können keine signifikanten Unterschiede bzgl. des Kollektiven Handelns festgestellt werden ($H(2) = 5,14$; $p = 0,077$).

Zwischen den Befragungsgruppen t0, t1 und t2 können keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Reflexiven Beobachtung festgestellt werden ($H(2) = 0,61$; $p = 0,738$).

Es konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen t0, t1 und t2 im Gesamtscore, der Kohärenz, der Kognitiven Partizipation, dem Kollektiven Handeln und der Reflexiven Beobachtung festgestellt werden. Demnach hat sich der Implementierungsprozess in diesen Bereichen im zeitlichen Verlauf weder verbessert noch verschlechtert.

Um festzustellen, ob Unterschiede zwischen den beiden Studienarmen QT und ST in den Ergebnissen des NoMAD-Gesamtscores und der Subscores vorliegen, eignet sich der Mann-Whitney-U-Test, da zwei unabhängige Gruppen miteinander verglichen werden sollen (Mann & Whitney, 1947). Die Voraussetzung mindestens ordinalskalierten Daten ist anhand der zu untersuchenden intervallskalierten Daten erfüllt.

Der Mann-Whitney-U-Test zeigt, dass kein signifikanter Unterschied im Gesamtscore zwischen den Gruppen QT (Mdn = 4,05) und ST (Mdn = 4,35) vorliegt ($U(N1=18, N2=19) = 37$; $z = -1,736$; $p = 0,083$).

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Kohärenz zwischen den Gruppen QT (Mdn = 3,75) und ST (Mdn = 4,00).

Es kann kein signifikanter Unterschied bei der Kognitiven Partizipation zwischen den Gruppen QT (Mdn = 4,38) und ST (Mdn = 4,75) festgestellt werden ($U(N_1=18, N_2=19) = 37; z = -1,371; p = 0,170$).

Es kann kein signifikanter Unterschied beim Kollektiven Handeln zwischen den Gruppen QT (Mdn = 4,00) und ST (Mdn = 4,00) festgestellt werden ($U(N_1=18, N_2=19) = 37; z = -0,461; p = 0,645$).

Es kann kein signifikanter Unterschied bei der Reflexiven Beobachtung zwischen den Gruppen QT (Mdn = 4,20) und ST (Mdn = 4,40) festgestellt werden ($U(N_1=16, N_2=19) = 35; z = -1,324; p = 0,186$).

Es konnten keine signifikanten Gruppenunterscheide zwischen QT und ST im Gesamtscore, der Kohärenz, der Kognitiven Partizipation, dem Kollektiven Handeln und der Reflexiven Beobachtung beobachtet werden. Demnach hat sich der Implementationsprozess in diesen Bereichen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschieden.

6.3. Zusammenführung der Ergebnisse zur Implementierung

Grundsätzlich schätzen die Mitarbeitenden die Intervention als gut akzeptiert ein. Mehrfache Ansprachen werden von den Familien mehrheitlich akzeptiert und angenommen, wobei die Reaktionen sehr unterschiedlich ausfallen können. Der Anhaltensbogen wurde in beiden Studienarmen und die Lots*innensprechstunde im Studienarm ST als gut akzeptiert bewertet. Babylots*innen empfanden das Sprechstundenangebot als sehr gut akzeptiert.

Bezüglich der Eignung des Anhaltensbogens lässt sich feststellen, dass die Mitarbeitenden die Familien beim Ausfüllen des Bogens im Durchschnitt nicht unterstützen müssen, außer es sind Sprachbarrieren vorhanden. Das Item „Antriebslosigkeit/Erschöpfung“ empfinden einige Mitarbeitende als zu unspezifisch. Die Übersetzungen des Anhaltensbogens wurden nur sehr selten genutzt und hatten im Durchschnitt eine geringe Relevanz im Verlauf des Projektes. Die Praktikabilität im Umgang mit dem Anhaltensbogen wurde von den Mitarbeitenden beider Studienarme als gut bewertet. Die Orientierenden Gespräche wurden in beiden Studienarmen von den Mitarbeitenden als hilfreich wahrgenommen und die Lots*innensprechstunde im ST-Studienarm als sehr nützlich bewertet. Insgesamt teilten die Mitarbeitenden mit, dass die Familien die bereitgestellte Hilfe im Rahmen der Gespräche gut angenommen haben.

Die Durchführung aller unterschiedlichen Teilprozesse „Ansprache der Familien“, „Umgang mit dem Anhaltensbogen“, „Durchführung des Orientierenden Gesprächs“ und „Weiterleitungen“ der Intervention wurden in beiden Studienarmen von den Mitarbeitenden 6 Monate nach Beginn der Studie als gut bewertet. Das insgesamt Projekt

wurde ebenfalls als gut umgesetzt bewertet. Rund die Hälfte der Mitarbeitenden sagt, dass die Orientierenden Gespräche leicht in den Arbeitsalltag zu integrieren sind.

Die Mitarbeitenden bewerteten die Integration der Orientierenden Gespräche im Arbeitsalltag 18 Monate nach Beginn der Studie durchschnittlich als gut. Einige Teilnehmende gaben an, dass sich die Integrierbarkeit im Verlauf der Studie verbesserte. Die Mehrheit der Praxen gab 6 Monate nach Beginn der Studie an, sich in der Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs grundlegend sicher zu fühlen, diese Tätigkeit allerdings fachlich herausfordernd ist. Bei psychischen Belastungen in den Familien fühlen sich manche Mitarbeitende unsicher in der Vermittlung von. Die Durchführung der Orientierenden Gespräche wurde von allen Mitarbeitenden durchschnittlich als einfach und der Anhaltsbogen als Gesprächsbasis als hilfreich bewertet. Die Mitarbeitenden beider Studienarme bewerteten den Prozess der Weiterleitungen 6 Monate nach Studienbeginn durchschnittlich als gut. Die QT-Mitarbeitenden schätzen den Weiterleitungsprozess 18 Monate nach Beginn der Studie durchschnittlich als befriedigend ein, die ST-Mitarbeitenden als gut. Insgesamt schätzen die Mitarbeitenden die Umsetzbarkeit des Projekts für andere ärztliche Praxen als gut ein.

Bei der Auswertung der NoMAD-Fragebögen konnte festgestellt werden, dass der Score zum Kollektiven Handeln in der Befragungsgruppe t2 geringer war als in den Gruppen t0 und t1. Es konnten allerdings keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Dennoch lässt sich festhalten, dass die befragten Mitarbeitenden in Gruppe t2 im Vergleich zu den Gruppen t0 und t1 weniger der Meinung waren, dass sich die Tätigkeiten einfach in den Arbeitsalltag integrieren lassen und dass ausreichend Ressourcen zur Umsetzung der Tätigkeiten vorhanden waren bzw. sind.

Die Schulungen vor der Intervention wurden von den Mitarbeitenden mehrheitlich als ausreichend und die Durchführung dieser als durchschnittlich gut bewertet. In ca. zwei Drittel der Praxen ist durchgängig geschultes Personal anwesend. Insgesamt sahen alle befragten Mitarbeitenden einen Mehrwert in der Intervention. Der Anhaltsbogen wurde im Durchschnitt als hilfreich bewertet, um psychosozial belastete Familien zu erkennen. Im Studienarm QT können sich mit 71% mehr Mitarbeitende vorstellen, die Intervention auch ohne Sondervergütung durchzuführen als im Studienarm ST mit 56%, wobei nur eine von sechs befragten QT-Praxen und eine von drei befragten ST-Praxen im Rahmen der NoMAD-Befragung angab, das Projekt noch durchzuführen. Die eigene Wichtigkeit im Rahmen der Intervention bewerteten die Mitarbeitenden durchschnittlich als gut. Laut Angaben der Mitarbeitenden lag die Arbeit mehrheitlich bei den medizinischen Fachkräften als bei Ärzt*innen. Im Studien-

arm QT wurde das Projekt insgesamt als wichtig und im Studienarm ST als sehr wichtig eingeschätzt. Mitarbeitende der QT-Praxen weisen im Vergleich zu Mitarbeitenden der ST-Praxen tendenziell eine geringere Kohärenz auf, was bedeutet, dass die QT-Mitarbeitenden ein geringeres Verständnis von Sinn und Zweck der Intervention aufweisen und eine geringere Vorstellung davon haben, wie die eigene Arbeitsweise durch die Intervention beeinflusst wird. Dieser Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant.

Die Ansprachen der Familien werden mehrheitlich nicht detailliert vorbereitet, sondern finden meist spontan statt, wodurch diese in einigen Praxen keinen deutlichen zeitlichen Mehraufwand verursachen. Ein zeitlicher Mehraufwand entsteht insbesondere durch die Dokumentation und das Einscannen der Anhaltsbögen. Insgesamt entstehe so ein zeitlicher Mehraufwand, der von Praxis zu Praxis variiere. Bei der Erhebung 18 Monate nach Studienbeginn ergab sich abschließend ein durchschnittlicher zeitlicher Mehraufwand von 35 Minuten pro Tag, wobei dieser in ST-Praxen durchschnittlich etwas höher ausfällt und in QT-Praxen geringer. Die Mitarbeitenden gaben durchschnittlich an, dass die Intervention ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufweist.

Die Intervention wurde in den meisten Praxen von einer bis zwei medizinischen Fachkräften und einem/einer Arzt/Ärztin durchgeführt. In ST-Praxen war die Beteiligung von Ärzt*innen als auch medizinischen Fachkräften durchschnittlich höher als in QT-Praxen. Die ST-Praxen sammelten durchschnittlich gute Erfahrungen mit den sozialpädagogischen Fachkräften im Rahmen der Lots*innensprechstunde. Die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zur Weiterleitung von hilfebedürftigen Familien bewerteten die Mitarbeitenden nur mit befriedigend, wobei die Zusammenarbeit mit den kontaktierten Einrichtungen und Angeboten als gut bewertet wurde, sofern Rückmeldungen erfolgten. Mitarbeitende der ST-Praxen gaben an, eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Babylots*innen zu pflegen. Fast alle Praxen gaben 6 Monate nach Studienbeginn an, dass die Tätigkeiten der Intervention bereits grundlegend zur Routine geworden sind. Die Kognitive Partizipation der befragten Mitarbeitenden hat sich nach dem Ende des Studienzeitraums verschlechtert (u.a. sind sie weniger der Meinung, dass die Tätigkeiten im Rahmen der Intervention ein legitimer Teil der Arbeit darstellen), dieser Effekt war allerdings statistisch nicht signifikant. Der Score zur Reflexiven Beobachtung war in Gruppe t2 etwas niedriger als in Gruppe t0 und t1. Befragte Personen in der Gruppe t2 bewerteten insbesondere die Beeinflussbarkeit der Tätigkeiten bzw. der Intervention schlechter als Befragte in den Gruppen t0 und t1. Signifikante Gruppenunterschiede konnten allerdings nicht festgestellt werden.

6.4. Zusammenführung der Ergebnisse zu Barrieren und Erfolgsfaktoren

Der Großteil der teilnehmenden Praxen gab 6 Monate nach Studienbeginn an, dass Mehrfachansprachen der gleichen Familien im Studienverlauf kein Problem darstellten und nur wenige Familien mit Unverständnis oder Verwunderung reagierten. Damit die Orientierenden Gespräche erfolgreich durchgeführt werden konnten, waren insbesondere räumliche Verfügbarkeiten in der jeweiligen Praxis von Bedeutung. Wenn räumliche und zeitliche Ressourcen nicht ausreichten, mussten Orientierende Gespräche vereinzelt verschoben werden oder fielen komplett aus. Einige Praxen berichteten von Hemmungen in der Ansprache der Familien. In einem Drittel der Praxen ist nicht immer geschultes Personal anwesend. Sprachbarrieren führten bei Ansprachen und Orientierenden Gesprächen ebenfalls regelmäßig zu Herausforderungen. Sprachliche Barrieren stellen damit grundsätzlich ein Hindernis in der Durchführung der Intervention dar, wobei diese Barriere durchschnittlich nur selten auftritt. Durch den Einsatz von Dolmetscher*innen konnten in den meisten Praxen die Orientierenden Gespräche dennoch regulär stattfinden, weshalb diese Variable einen Erfolgsfaktor für die erfolgreiche Durchführung des Teilprozesses darstellt. Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis wird durchschnittlich als gut bewertet, allerdings stellt sich der zeitliche Mehraufwand der Intervention von durchschnittlich 35 Minuten pro Tag für einige Mitarbeitende der Praxen als ein Hindernis in der Integrierbarkeit der Tätigkeiten in den Arbeitsalltag dar. Diese Empfindung wird insbesondere von administrativem Aufwand und der einhergehenden hohen Konzentrationsanforderung sowie der sonstigen aufkommenden Arbeitsmenge beeinflusst.

In den meisten Praxen liegt die hauptsächliche Arbeitslast aufgrund der Intervention bei den medizinischen Fachkräften. Wenn sich in Praxen über schwierige Fälle untereinander ausgetauscht und beraten wird, wurde dies von den Mitarbeitenden als positiv hervorgehoben. Ebenso scheint die vermehrte Beteiligung und Einbindung von Ärzt*innen am Projekt einen Erfolgsfaktor für das Sicherheitsgefühl der medizinischen Fachkräfte im Umgang mit belasteten Familien darzustellen (in ST-Praxen), wobei die Mehrheit der Praxen sich nicht zwingend eine höhere Ärzt*innen-Beteiligung gewünscht hat. Grundsätzlich waren die Mitarbeitenden mit den Schulungen und deren Inhalten zufrieden und haben diese als ausreichend beschrieben. Allerdings merkten einige Mitarbeitende an, dass mehr auf den Umgang mit psychischen Belastungen in den Familien hätte vorbereitet werden sollen und es mehr Tipps zur generellen Ansprache der Familien hätte geben sollen sowie mehr Aufklärung über die große Anzahl an für die Familien kostenpflichtigen Hilfsangeboten. Außerdem hatten Mitarbeitende Probleme, über coronabedingte Änderungen Informationen zu

erlangen. Im Prozess der Tätigkeiten im Rahmen der Interventionen können unterschiedliche Faktoren auftreten, welche die Mitarbeitenden demotivieren oder belasten. Hierunter zählen zum Beispiel wahrgenommenes Desinteresse bei Familien und fehlende Weiterleitungsmöglichkeiten, als auch die Belastung durch Wissen über den Zustand belasteter Familien. Die Möglichkeit zur Weiterleitung, also die vorhandenen Hilfsangebote, wurden von den Mitarbeitenden nur als befriedigend bewertet und stellt somit im Vergleich zu den restlichen Prozessen eine mögliche Barriere im Abschluss der Tätigkeiten im Rahmen der Intervention dar. Insbesondere die Rückmeldderate von den kontaktierten Einrichtungen wurde von den befragten Mitarbeitenden kritisiert. Etwas weniger als die Hälfte der ST-Mitarbeitenden gaben an, die Interventionstätigkeit bei Nicht-Bezahlung des entstehenden Mehraufwandes nicht über den Studienzeitraum hinaus ausführen zu wollen. In QT-Praxen ist es etwas weniger als ein Drittel der Mitarbeitenden, die eine Vergütung zur Durchführung der Tätigkeiten voraussetzen.

7. Diskussion der Ergebnisse und des gewählten Vorgehens

Die NoMAD-Befragung der ärztlichen Praxen 9 Monate nach Studienende ergab, dass lediglich 2 von 9 (22%) der ursprünglich teilnehmenden ärztlichen Praxen (N = 15) die KID-PROTEKT-Tätigkeiten weiterhin durchführten (s. Kapitel 6.2.1). Dies steht im Kontrast zu der von den Mitarbeitenden eingeschätzten Wichtigkeit des Projektes. Aus Sicht der Mitarbeitenden ist die Versorgungsform von den Familien insgesamt gut akzeptiert und die bereitgestellte Hilfe im Rahmen der Orientierenden Gespräche bzw. der Weiterleitungen zu Hilfsangeboten gut angenommen worden. Die Weiterleitungsprozesse wurden von den QT-Praxen 6 Monate nach Beginn der Intervention mit gut und 18 Monate nach Beginn nur noch mit befriedigend bewertet. Dies könnte insbesondere durch die Maßnahmen und Einschränkungen im Rahmen der Coronapandemie beeinflusst worden sein, da Mitarbeitende angaben, dass einige Hilfsangebote schlecht zu erreichen oder Einrichtungen teilweise ganz geschlossen waren. Anhand des Vergleichs beider Interviewergebnisse hat sich die Integrierbarkeit der Tätigkeiten aus Sicht der Mitarbeitenden im Laufe des Projekts (von 02/2020 zu 02/2021) verbessert. Dieses Ergebnis spiegelte sich ebenfalls im Rahmen der NoMAD-Auswertung wider. Bei Betrachtung der Ergebnisse von Gruppe t2 wird allerdings deutlich, dass sich die Integrierbarkeit der Intervention nach Ende des Studienzeitraums verschlechtert hat. Dieser Aspekt könnte ebenfalls durch die Einschränkungen der Coronapandemie bedingt worden sein. Als Gründe zur Nicht-Fortführung der Intervention wurden von den Praxen u.a. die räumlichen Gegebenheiten

im Rahmen der Coronapandemie genannt, also z.B., dass aufgrund der damals geltenden Kontaktbeschränkungen (in relevanter Häufigkeit) kein geeigneter Raum zur Durchführung der Orientierenden Gespräche vorhanden war.

Neben diesem Aspekt wurde ebenfalls ein aufgetretener Personalmangel und (folglich) Zeitprobleme als Grund zur Nicht-Fortführung der Tätigkeiten genannt. Fachkräftemangel in ärztlichen Praxen stellt ein allgegenwärtiges Problem dar. In Deutschland ist laut dem Gesundheitsbericht der MLP (2022) aktuell jede fünfte ärztliche Praxis unterbesetzt. Trotz Ende der Corona-Pandemie wird mit einer abermaligen Verschärfung der Personalsituation gerechnet (MLP, 2022). Es konnte beobachtet werden, dass sich die Wahrnehmung von ausreichenden Ressourcen zur Umsetzung der Intervention nach dem Ende des Studienzeitraums verschlechtert hat, wobei im Rahmen der interferenzstatistischen Analyse kein signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte. Somit kann festgehalten werden, dass auf Grundlage der Aussagen der befragten Mitarbeitenden bzw. der ärztlichen Praxen zwar neben der teilweise auftretenden Verunsicherung im Umgang mit psychisch belasteten Familien und der suboptimalen Zufriedenheit der QT-Mitarbeitenden mit den Weiterleitungsprozessen keine inhaltlichen Konflikte im Rahmen der Akzeptanz, Angemessenheit und Umsetzbarkeit der Intervention auftraten. Auf Grundlage der NoMAD-Auswertung ergab sich eine (statistisch nicht signifikante) Verschlechterung der Integration der Intervention in den Arbeitsalltag über 6 Monate nach Beendigung des Studienzeitraums hinaus, welche möglicherweise durch die Einschränkungen im Rahmen der Coronapandemie und nicht ausreichend vorhandener Ressourcen im Arbeitsalltag bedingt wurde. Zudem resultieren die im Verlauf aufgetretene Verunsicherung und die abnehmende Wahrnehmung von vorhandenen Ressourcen wohlmöglich aus dem explorativen Implementierungsansatz der Studie KID-PROTEKT. Demnach wurden die einzelnen Stufen der Implementierung nicht ausreichend berücksichtigt, um die Mitarbeitenden auf die Herausforderungen im Prozess vorzubereiten (NIRN, 2023).

Inwiefern die in der ersten Jahreshälfte ausgebrochene COVID-19-Pandemie die Arbeit mit der Intervention beeinflusste, wurde im Rahmen der Befragung der Mitarbeitenden im Jahr 2021 erhoben. Insgesamt wurden $n = 40$ Mitarbeitende zu den möglichen Herausforderungen durch die COVID-19 Pandemie befragt (QT = 21; ST = 19). Die in den ärztlichen Praxen zu treffenden Maßnahmen führten dazu, dass Wartezeiten minimiert werden sollten und sich so wenig Patient*innen wie möglich in den Räumen der Praxen aufhalten (Pawils et al., 2022). Die Pandemie führte ebenso zu einer geringeren Wahrnehmung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen (Heidemann

et al., 2022), was dazu führt, dass ggf. nicht alle Familien mit Unterstützungsbedarf erreicht werden konnten. Dies wurde in der Befragung von $n = 3$ Mitarbeitenden bestätigt. Es wurde mehrfach genannt, dass es keine relevanten Probleme durch die Pandemie im Rahmen des Projektablaufs gab, wobei ebenso angemerkt wurde, dass viele Hilfsangebote nur online bzw. telefonisch zu erreichen oder ganz geschlossen waren ($QT = 10$; $ST = 3$). Insgesamt $n = 6$ Mitarbeitende gaben an, dass die Weiterleitungen durch die Pandemie erschwert wurden (Pawils et al., 2022). Ebenfalls teilten vereinzelte Mitarbeitende mit, dass Dolmetscher*innen und Begleitpersonen nicht in der Praxis gestattet waren und es Schwierigkeiten durch Arbeitsaufteilung und Personalmangel gab. Mitarbeitende aus pädiatrischen Praxen gaben häufiger als Mitarbeitende aus gynäkologischen Praxen an, mit Problemen und Herausforderungen durch die COVID-19-Pandemie konfrontiert worden zu sein (Pawils et al., 2022). Nach Angaben der Mitarbeitenden musste die Lots*innensprechstunde zeitweise ausgesetzt werden, sodass nur noch ein telefonischer oder digitaler Kontakt an belastete Familien weitergegeben werden konnte. Dies wurde teilweise als Verlust empfunden (Pawils et al., 2022). Pawils et al. (2022) verglichen die im Jahr 2020 ausgefüllten Anhaltsbögen der Familien mit denen aus dem Jahr 2021, um zu untersuchen, ob sich während der COVID-19 Pandemie die Anzahl psychosozialer Belastungsfaktoren veränderte. Demnach gab es einen schwachen signifikanten Anstieg bei der Anzahl festgestellter psychosozialer Belastungsfaktoren im Jahr 2021, verglichen mit dem vorherigen Jahr. Insbesondere die Häufigkeit von depressiven Symptomen (z.B. Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit) erhöhte sich nach Beginn der Pandemie (Pawils et al., 2022).

Um die Mitarbeitenden auf die Tätigkeiten der Intervention vorzubereiten, wurden gezielte Schulungen durchgeführt. Grundsätzlich beschrieben die Mitarbeitenden die Schulungen und deren Inhalte als ausreichend und gut. Wie bereits beschrieben, wünschten sich die Mitarbeitenden nachträglich mehr Tipps zum Umgang mit psychisch belasteten Familien. Dass nicht alle Mitarbeitenden der teilnehmenden Praxen an den Schulungen teilnahmen, führte dazu, dass im Arbeitsalltag nicht immer geschultes Personal in der Praxis anwesend war. Bei Betrachtung des NoMAD-Items 12, fällt auf, dass der Aussage, dass die Tätigkeiten durch kompetentes Personal ausgeübt werden, in Gruppe t2 weniger stark zugestimmt wird als in Gruppe t0 und t1. Eine Praxis meldete zudem zurück, dass sie die Intervention nach Projektende nicht aufrechterhalten haben, da die einzig geschulte Mitarbeiterin die Praxis verlassen hat. Demnach scheint die Schulung von nur geringen Anteilen der Belegschaft

ärztlicher Praxen durchaus eine Barriere in der erfolgreichen Implementierung der neuen Versorgungsform darzustellen.

Laut den Ergebnissen der Interviews sahen alle Mitarbeitenden einen Mehrwert in der neuen Versorgungsform, die eigene Wichtigkeit im Projekt bewerteten sie als gut. Mitarbeitende im Studienarm QT schätzten das Projekt als wichtig und Mitarbeitende im Studienarm ST schätzten das Projekt als sehr wichtig ein. Während des Studienzeitraums wurde der in den Praxen entstandene Mehraufwand vergütet. Ein Großteil der Mitarbeitenden konnte sich allerdings vorstellen, die Tätigkeiten auch ohne Sondervergütung aufrechtzuerhalten. Nur 2 von 9 der teilnehmenden Praxen haben über 6 Monate nach Ende des Studienzeitraums hinaus an den Tätigkeiten der Intervention festgehalten. Wie bereits beschrieben, wurden hierfür unterschiedliche Gründe angegeben. Eine Nicht-Fortführung der Intervention auf Grund fehlender Sondervergütung wurde nicht genannt, wobei hierbei ein möglicher Effekt durch soziale Erwünschtheit berücksichtigt werden muss, wodurch ggf. nicht vollumfänglich ehrlich geantwortet wurde, warum die Intervention nicht langfristig fortgeführt wurde. Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass von 6 der insgesamt 15 teilnehmenden ärztlichen Praxen keine Rückmeldungen zur Fortführung der Intervention nach Studienabschluss vorliegen. Insgesamt haben sich 3 von 7 ST-Praxen und 6 von 8 QT-Praxen zu dem Teilaspekt der Fortführung zurückgemeldet. Somit fehlen insbesondere Angaben aus dem Studienarm Supported Treatment. ST-Mitarbeitende haben im Vergleich zu QT-Mitarbeitenden eine tendenziell höhere Kohärenz, was z.B. das gemeinsame Verständnis von Sinn und Zweck sowie die Vorstellung vom potenziellen Mehrwert der Intervention sowie die Vorstellung, wie die Intervention die eigene Arbeitsweise beeinflusst. Dieser Unterschied erreichte keine statistische Signifikanz. Dass die höhere Kohärenz möglicherweise einen Erfolgsfaktor für die Implementierung der Intervention über 6 Monate nach Beendigung der Studie hinaus darstellt, konnte anhand der eben beschriebenen Nachbefragung ebenfalls nicht bestätigt werden. Es ist aufgrund der geringen Rückmeldung aus dem relevanten Studienarm nicht auszuschließen, dass die Implementierung in ST-Praxen besser funktioniert haben könnte, insbesondere da keine der 3 ST-Praxen, die sich zu dem Aspekt der Fortführung geäußert haben, die Intervention direkt nach Ende des Studienzeitraums beendet haben, sondern diese noch mindestens einen Monat fortgeführt haben. Bei 5 der 6 QT-Praxen, die sich zur Fortführung der Intervention zurückgemeldet haben, wurde die Durchführung der Interventionstätigkeiten direkt mit Ende des Studienzeitraums eingestellt.

Durch die Intervention entsteht bei den Praxen ein relevanter zeitlicher Mehraufwand von durchschnittlich 35 Minuten pro Tag, was die Mitarbeitenden als ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis bewerteten. Die Mitarbeitenden beider Studienarme berichteten davon, dass die hauptsächliche Arbeitslast der Intervention bei den medizinischen Fachkräften lag. In ST-Praxen ist anhand der Interviews eine höhere Beteiligung von Ärzt*innen als in QT-Praxen zu beobachten. Diese übernehmen zum Teil schwierige Fälle (Orientierende Gespräche) und stehen den Mitarbeitenden zum Austausch zur Verfügung. Möglicherweise stellt eine vermehrte Beteiligung von Ärzt*innen somit eine Ressource für die medizinischen Fachkräfte dar, was einen Einfluss auf den Erfolg des Implementierungsprozesses haben könnte. Weitere quantitative Aussagen können hierzu allerdings nicht getätigt werden. Eine weitere mögliche Ressource stellt der Einsatz von Babylots*innen im Studienarm ST dar. Die Mitarbeitenden der ST-Praxen sammelten gute Erfahrungen mit den sozialpädagogischen Fachkräften und beschrieben die Zusammenarbeit mit diesen als gut. Der Einsatz der Babylots*innen reduzierte in den teilnehmenden Praxen allerdings nicht den zeitlichen Mehraufwand für die jeweilige Praxis. Die Mitarbeitenden bewerteten die Intervention nach Ende des Studienzeitraums weniger stark als einen legitimen Teil ihrer Arbeit und auch die persönliche Unterstützung für das Projekt nahm ab, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant ist. Es stellt sich die Frage, inwieweit der Faktor der Kognitiven Partizipation, erfasst durch den NoMAD-Fragebogen, einen Prädiktor für den Erfolg oder das Scheitern eines Implementierungsprozesses darstellt. Diese Frage kann anhand der aktuellen Datenlage nicht beantwortet werden und sollte in zukünftigen Untersuchungen genauer überprüft werden. Des Weiteren empfinden die Befragten in der Gruppe t2 die Intervention als weniger beeinflussbar als die Befragten der Gruppen t0 und t1. Diese Unterschiede erreichen allerdings keine statistische Signifikanz und könnten demnach zufällig aufgetreten sein.

Das sensible Thema der Intervention führte in der Anfangsphase der Studie zu Hemmungen in der Ansprache von Familien, worunter ggf. die Umsetzungstreue vor allem zu Beginn der Intervention litt, wobei die Hemmungen im zeitlichen Verlauf abgebaut wurden. Hier wünschten sich die Mitarbeitenden im Nachhinein mehr Unterstützung im Vorfeld der Umsetzung. In einem Drittel der Praxen ist nicht immer geschultes Personal anwesend, was ebenfalls die Umsetzungstreue der Intervention beeinflusst haben könnte. Von den ärztlichen Praxen wurde zudem angegeben, dass speziell die räumliche Verfügbarkeiten die erfolgreiche Durchführung der Orientierenden Gespräche bedingt. Sprachbarrieren stellen sich als eine relevante Barriere heraus, die durch andere Ressourcen wie dem Einsatz von Dolmetscher*innen bewältigt werden

muss. In den beobachteten Praxen hat dies durchschnittlich gut funktioniert. Insbesondere die administrative Arbeit durch die Intervention stellt eine hohe Konzentrationsanforderung an die Mitarbeitenden der ärztlichen Praxen, wodurch sie sich bei hohem sonstigen Arbeitsaufkommen bzw. hoher sonstiger Arbeitsmenge schwierig im Arbeitsalltag integrieren lässt. Sporadisch auftretendes Desinteresse bei Familien demotivieren Mitarbeitende in der Durchführung der Intervention, wobei dies in keinem relevanten Ausmaß zurückgemeldet wurde. Unzureichende Weiterleitungsmöglichkeiten und fehlende Rückmeldungen von kontaktierten Hilfeeinrichtungen stellen eine relevante Barriere in der Durch- und Fortführung der Intervention dar. Die Einschränkungen durch die Coronapandemie verstärken die Probleme in diesem Bereich deutlich.

Das gewählte Vorgehen der Forschungsarbeit kombiniert sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden (Triangulation), um ein umfassendes Verständnis für den Implementierungsprozess und dessen Dynamik zu erlangen. Mittels der qualitativen Interviews können subjektive Erfahrungen und Einschätzungen der Mitarbeitenden erfasst werden, um herauszufinden, wie die neue Versorgungsform von den Mitarbeitenden wahrgenommen wird und um zu erkennen, welche Herausforderungen auftreten bzw. welche Faktoren den Erfolg der Implementierung bedingen. Anhand der quantitativen Erhebung mit dem NoMAD-Fragebogen kann ein objektiverer Überblick über den Implementierungsprozess erlangt werden, um Veränderungen im zeitlichen Verlauf der Untersuchung besser festzustellen, um Schlussfolgerungen daraus zu ziehen. Anhand der prospektiven Betrachtung ist es zudem möglich, veränderte Wahrnehmungen und Meinungen der Mitarbeitenden zu erkennen und mögliche Anpassungsvorschläge für zukünftige Interventionen und Implementierungsprozesse zu treffen. Anhand des PRISM Modells wurden unterschiedliche Leitfragen zur Beantwortung der Forschungsfragen formuliert, um relevante Teilaspekte strukturiert zu analysieren. Dieses Vorgehen bietet im Rahmen der Implementierungsforschung eine gute Herangehensweise, um keine relevanten Prozesse einer Intervention zu übersehen, die den Erfolg des Implementierungsprozesses beeinflussen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich aus Sicht der Fragestellung und unter der Berücksichtigung des Umfangs der Forschungsarbeit verstärkt mit der organisatorischen Perspektive der Intervention und Implementierung auseinandergesetzt. Die Nutzung des Modells bietet einen Nutzen bei der umfassenden Evaluation evidenzbasierter gesundheitsspezifischer Interventionen. Insbesondere das Best-Practise-Kriterium der Bedarfsdeckung nach der OECD (2022) kann durch die erfolgreiche Implementierung von Maßnahmen verbessert werden. Die Bedeutsamkeit einer

Betrachtung der organisatorischen Perspektive wird anhand der Berücksichtigung der Auswirkungen auf gesundheitliche Determinanten der Bevölkerung deutlich. So kann durch eine erfolgreiche Implementierung der Intervention KID-PROTEKT dazu beigetragen werden, die Gesundheitsversorgung psychisch belasteter Familien zu verbessern und so gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren (s. Kapitel 2). Die Perspektive der Patient*innen spielt eine ebenso wichtige Rolle im Prozess der Implementierung, da erst das Zusammenspiel beider Perspektiven ein vollständiges Bild des Implementierungspotenzials ergibt. Grundsätzlich kann die Vorgehensweise der Forschungsarbeit dennoch als gewinnbringend für den Erkenntnisgewinn des Feldes der Implementationsforschung bewertet werden, indem Erkenntnisse über das Gelingen von Teilprozessen in der Implementierung der Intervention gewonnen wurden, die für fortführende Untersuchungen genutzt werden können.

Anzumerken ist, dass auf bereits erhobene Daten und durchgeführte Interviews zurückgegriffen wurde. Anhand des halbstrukturierten Interview-Vorgehens wurde die Reliabilität der Ergebnisse erhöht und Erinnerungsverzerrungen der Mitarbeitenden größtmöglich entgegengewirkt. Die NoMAD Fragebögen wurde den Praxen per Post zugesendet, sodass diese keine Nachfragen beim Beantworten der Fragen stellen konnten und deshalb Verzerrungen durch Unklarheiten oder auch Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit aufgetreten sein könnten. Bei der in dieser Arbeit durchgeführten Analyse der Interviewergebnisse ist es aufgrund der notwendigen subjektiven Interpretationen möglich, dass es zu unabsichtlichen Verzerrungen gekommen ist. Des Weiteren ist anzumerken, dass anhand der Stichprobengröße und der gewählten Methodik keine allgemeingültigen und repräsentativen Aussagen zum Erfolg von Implementierungsprozessen der untersuchten neuen Versorgungsform in ärztlichen Praxen getroffen werden kann, sondern nur Beobachtungen und Trends aufgezeigt werden können. Die Coronapandemie verursachte unvorhergesehene Hindernisse und Barrieren in der Durchführung der Intervention und belastete zudem potenziell die Individuen auf unterschiedlichen Ebenen, was die Durch- und/oder Fortführung der Intervention ebenfalls beeinflusst haben könnte.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Implementierungsprozess über 6 Monate nach Studienabschluss hinaus auf Grundlage der vorhandenen Rückmeldungen der ärztlichen Praxen nicht erfolgreich war. Die Gründe hierfür sind vielfältig und lassen sich anhand der erfassten Erfolgsfaktoren und Barrieren nicht vollständig erklären. Demnach scheint es einen Konflikt zwischen der Überzeugung und dem Handeln der Praktizierenden zu geben, da die getroffenen Aussagen in den Interviews sehr positiv

sind, aber nur ein Bruchteil der ärztlichen Praxis die Intervention mittelfristig fortgeführt hat. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Mitarbeitenden nicht allein über das Fortbestehen der Intervention entscheiden, sondern die Organisation der jeweiligen Praxis einen relevanten Einfluss auf die Umsetzung solcher Interventionen hat. Einen großen objektiven Einfluss hat hier die weggefallene Sondervergütung, wobei diese von keiner Praxis als Grund zur Nicht-Fortführung der Intervention genannt wurde. Der NoMAD-Gesamtscore hat sich im zeitlichen Verlauf nicht signifikant verschlechtert, wobei dies durch die geringe Stichprobengröße verzerrt worden sein könnte. Ein abfallender Trend konnte jedenfalls festgestellt werden. Es konnten zudem verschiedene Hindernisse, Ressourcen und Erfolgsfaktoren für den Implementierungsprozess erschlossen werden, wobei keine tiefergehende Prüfung der tatsächlichen Relevanz der jeweiligen Aspekte durchgeführt werden konnte, da die Datengrundlage dies nicht zuließ (z.B. durch Merkmalvergleiche von erfolgreichen Praxen mit nicht erfolgreichen Praxen). Hierdurch kann die Frage, weshalb so viele der ärztlichen Praxen die Intervention sofort nach Ende des Studienzeitraums eingestellt haben, im Rahmen dieser Arbeit nicht vollständig beantwortet werden und sollte durch weitere fortführende Befragungen der beteiligten Praxen untersucht werden.

8. Fazit und Handlungsempfehlungen

Das Ziel dieser Forschungsarbeit war es zu prüfen, ob die Implementierung der neuen Versorgungsform KID-PROTEKT in den teilnehmenden ärztlichen Praxen über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Studienabschluss hinaus erfolgt ist. Des Weiteren sollte überprüft werden, ob Erfolgsfaktoren und Barrieren hinsichtlich der Implementierung bestimmt werden können. Nur 2 von 9 (22%) der ursprünglich teilnehmenden ärztlichen Praxen (N = 15) haben die KID-PROTEKT-Intervention über 6 Monate nach Beendigung der Studie hinaus fortgeführt. Als Gründe für die Beendigung der Durchführung wurden von den Praxen insbesondere die räumlichen Gegebenheiten im Rahmen der Coronapandemie sowie ein aufgetretener Personalmangel und (folglich) Zeitprobleme genannt. Auf Grundlage der Analyse der Implementationsergebnisse trat teilweise Verunsicherung im Umgang mit psychisch belasteten Familien auf und es herrschte nur bedingt Zufriedenheit mit den Möglichkeiten zur Weiterleitung der belasteten Familien. Es konnten keine weiteren inhaltlichen Konflikte im Rahmen der Akzeptanz, Angemessenheit und Umsetzbarkeit der Intervention festgestellt werden. Bezüglich der Annahme der Intervention wünschten sich Mitarbeitende nachträglich mehr Tipps zum Umgang mit psychisch belasteten Familien. Zur Umsetzung der Intervention wurden nicht alle Mitarbeitenden und damit nur ein Anteil der Belegschaft der ärztlichen Praxen in der Durchführung der Intervention

geschult, was eine indirekte Barriere in der erfolgreichen Implementierung der neuen Versorgungsform darzustellen scheint. Alle Mitarbeitenden sahen einen Mehrwert in der Intervention und bewerteten das Projekt als wichtig bis sehr wichtig. Ein Großteil der Mitarbeitenden konnte sich vor Beendigung des Studienzeitraums nicht vorstellen, die Tätigkeiten auch ohne Sondervergütung aufrechtzuerhalten.

Die geringe Anzahl an Rückmeldungen zur potenziellen Fortführung der Intervention muss in der Interpretation der Ergebnisse dieser Arbeit berücksichtigt werden, sowie, dass keine der 3 ST-Praxen, im Gegensatz zu 5 der 6 QT-Praxen, die Intervention sofort nach Ende des Studienzeitraums beendet hat. Die vermehrte Beteiligung von Ärzt*innen scheint im Kontext der Intervention KID-PROTEKT eine Ressource für die medizinischen Fachkräfte darzustellen. Der Einsatz von Babylots*innen im Studienarm ST stellt eine weitere potenzielle Ressource zur positiven Beeinflussung des Implementierungsprozesses dar. Sprachbarrieren konnten als eine relevante Barriere identifiziert werden, die durch andere Ressourcen wie dem Einsatz von Dolmetscher*innen bewältigt werden muss. In den beobachteten Praxen hat dies durchschnittlich gut funktioniert. Die administrative Arbeit der Intervention führt bei hohem sonstigen Arbeitsaufkommen zu einer erschwerten Integration der Tätigkeiten in den Arbeitsalltag. Unzureichende Weiterleitungsmöglichkeiten und fehlende Rückmeldungen von kontaktierten Hilfseinrichtungen stellen eine Barriere in der Durch- und Fortführung der Intervention dar. Die Coronapandemie verstärkte durch die Tragweite auf das alltägliche Leben die Probleme in diesem Bereich.

Der Implementierungsprozess über 6 Monate nach Studienabschluss hinaus konnte auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten als nicht erfolgreich bewertet werden. Zwar stand ein Großteil der praktizierenden Mitarbeitenden der Intervention positiv gegenüber, dennoch führte nur ein Bruchteil der ärztlichen Praxen die Intervention mittelfristig fort. Es konnte ein absteigender Trend im NoMAD-Gesamtscore beobachtet werden. Diese Verschlechterung war allerdings statistisch nicht signifikant. Hierdurch stellt sich die Frage, weshalb so viele ärztliche Praxen die Intervention sofort nach Ende des Studienzeitraums eingestellt haben. Abschließend lassen sich folgende Handlungsempfehlungen zum Umgang mit den in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnissen formulieren:

Zur Umsetzung der Intervention in weiteren ärztlichen Praxen sollte vorab die Motivation der Mitarbeitenden zur Durchführung der Intervention abgefragt werden. Es sollten möglichst alle Mitarbeitenden in der Anwendung der Intervention geschult werden und an der Durchführung beteiligt werden, um Probleme ausgelöst durch Perso-

nalausfälle zu vermeiden. Zudem sollte auf den Einbezug von Ärzt*innen in den Interventionsablauf geachtet werden, sodass die Arbeitslast und Verantwortung nicht ausschließlich von einer Berufsgruppe getragen werden. Dies kann die Annahme der Intervention durch die Mitarbeitenden positiv beeinflussen. Die Schulungsinhalte sollten durch fortführende Tipps zum Umgang mit psychisch belasteten Familien ergänzt und über die Anzahl an kostenlosen und kostenpflichtigen Hilfsangeboten informiert werden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass die Ansprachen der Familien zu Beginn der Intervention herausfordernd sein können und Tipps und Beispiele genannt werden, wie Mitarbeitende die Familien ansprechen können. Des Weiteren sollten die Mitarbeitenden darauf vorbereitet werden, dass sich Sprachbarrieren als ein relevantes Hindernis in der Umsetzung der Intervention darstellen. Zur Bewältigung eignet sich der Einsatz von Dolmetscher*innen.

Die Implementierung der Intervention sollte anhand von Befragungen der Mitarbeitenden weiterhin gezielt begleitet und überprüft werden, um die Erfahrungen der Mitarbeitenden in Anpassungsprozessen der Durchführung der Intervention zu berücksichtigen. Des Weiteren sollten bei der Konzeption der Implementierung die unterschiedlichen Implementierungsstufen berücksichtigt werden. So kann sichergestellt werden, dass die Mitarbeitenden die Intervention als einen legitimen Teil ihrer Arbeit wahrnehmen und die persönliche Unterstützung für das Projekt aufrechterhalten wird. Der reguläre Einsatz von Babylots*innen nach Vorlage des Ablaufs in Studienarm ST hat das Potenzial, das gemeinsame Verständnis der Mitarbeitenden von Sinn und Zweck der Intervention zu steigern und eine stärkere Vorstellung vom potenziellen Mehrwert der Intervention hervorzurufen. Es sollte geprüft werden, inwiefern der administrative Aufwand durch die Intervention für die Mitarbeitenden reduziert werden kann, um eine reibungslose Integration der Tätigkeiten in den Arbeitsalltag zu ermöglichen. Zudem sollte an dem Aufbau eines interdisziplinären Netzwerks aus ärztlichen Praxen, in denen die Intervention durchgeführt wird, Babylots*innen und Einrichtungen, die Hilfsangebote anbieten, gearbeitet werden, um einen internen Austausch über Hindernisse und Erfolgsfaktoren mit anderen Beteiligten zu fördern.

Es konnte festgestellt werden, dass die Implementierung der neuen Versorgungsform KID-PROTEKT in den teilnehmenden ärztlichen Praxen über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Studienabschluss hinaus nicht erfolgreich war. Um ein tiefgreifendes Verständnis für die Möglichkeit zur langfristigen Implementierung der Intervention zu erhalten, müssen die Mitarbeitenden der ärztlichen Praxen erneut anhand überarbeiteter Interviewleitfäden befragt werden. Es sollte überprüft werden, wie die ärztlichen

Praxen, die sich nicht zur Fortführung der Intervention geäußert haben, mit der Intervention nach Ende des Studienzeitraums verfahren sind. Eine umfassende Befragung der Mitarbeitenden zu Gründen über die Nicht-Fortführung der Intervention könnte weitere Erkenntnisse zu notwendigen Anpassungen der Intervention liefern. Durch ein weiteres Erproben der Intervention mit mehr Praxen könnte ein Merkmalvergleich von Praxen, welche die Intervention erfolgreich implementiert haben, mit Praxen, die an der Implementierung der Intervention gescheitert sind, angestrebt werden.

Literaturverzeichnis

- Babitsch, B. (2022). Gesundheitswissenschaften – eine Einführung. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 3–13). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_2
- BMG. (2017). *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*. Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- BMG. (2023a). *Innovationsfonds*. Bundesgesundheitsministerium. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- BMG. (2023b). *Risikostrukturausgleich (RSA)*. Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0>
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Green, L. W. (2018). Building Capacity for Evidence-Based Public Health: Reconciling the Pulls of Practice and the Push of Research. *Annual Review of Public Health*, 39, 27–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014746>
- De Bock, F., Dietrich, M., & Rehfuess, E. (2020). EVIDENZBASIERTE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG. In *Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:2020-EPGF-DE-1.0>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.-M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L. H., Wildner, M., & Zeeb, H. (2016). Public Health – mehr Gesundheit für alle. *Gesundheitswesen*, 78(11), 686–688. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116192>
- Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*, 34(4), 228–243. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34030-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34030-6)

- Finch, T.L., Girling, M., May, C.R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., Steen, I.N., McColl, E.M., Dickinson, C., Rapley, T. (2015). NoMAD: Implementation measure based on Normalization Process Theory. [Messinstrument]. <https://www.implementall.eu/9-outcomes-and-resources.html> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- G-BA. (2023). *Der Innovationsfonds: Stand der Dinge*. Innovationsfonds.g-ba. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/2023-06-12_Der-Innovationsfonds_Stand-der-Dinge.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- G-BA. (o. J. a). *Über den G-BA*. g-ba. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- G-BA. (o. J. b). *Der Gemeinsame Bundesausschuss*. g-ba. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- G-BA. (o. J. c). *Gutachten zum Innovationsfonds bestätigt erfolgreiche Arbeit und empfiehlt den Fonds dauerhaft fortzuführen*. g-ba. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1038/> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- 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>
- GKV-Spitzenverband. (2023). *Leitfaden Prävention*. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413–433. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144145>
- Green, L. W., Ottoson, J. M., García, C., & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*, 30, 151–174. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100049>

- Hooker, L., & Taft, A. (2016). Using theory to design, implement and evaluate sustained nurse domestic violence screening and supportive care. *Journal of research in nursing: JRN*, 21(5-6), 432–442.
<https://doi.org/10.1177/1744987116649633>
- Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., & Taft, A. (2015). Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implementation Science: IS*, 10, 39. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0230-4>
- Hull, L., Goulding, L., Khadjesari, Z., Davis, R., Healey, A., Bakolis, I., & Sevdalis, N. (2019). Designing high-quality implementation research: development, application, feasibility and preliminary evaluation of the implementation science research development (ImpRes) tool and guide. *Implementation Science: IS*, 14(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0897-z>
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073–1079. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1132-x>
- King's Improvement Science. (2018). *Implementation science research development (ImpRes) tool*. Verfügbar unter: <https://impsci.tracs.unc.edu/wp-content/uploads/ImpRes-Guide.pdf> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Kölch, M., & Schmid, M. (2014). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(10), 774–788. <https://doi.org/10.13109/prkk.2008.57.10.774>
- Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583–621. <https://doi.org/10.2307/2280779>
- Lobb, R., & Colditz, G. A. (2013). Implementation science and its application to population health. *Annual Review of Public Health*, 34, 235–251. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114444>
- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226–235; discussion 235–237. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x>

- 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>
- Mann, H. B., & Whitney, D. R. (1947). On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1), 50–60. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177730491>
- May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Myall, M., Rapley, T., & Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation Science: IS*, 13(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0758-1>
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543–556). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_38
- 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>
- MLP. (2022). *MLP Gesundheitsreport 2022*. Institut für Demoskopie Allensbach. Verfügbar unter: <https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2022/report/mlp-gesundheitsreport-2022.pdf> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 510–520. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180>
- Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (2007). Procedural learning difficulties: reuniting the developmental disorders? *Trends in Neurosciences*, 30(4), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2007.02.003>
- NIRN. (2023). *Implementation Stages - Overview*. The National Implementation Research Network (NIRN). Verfügbar unter: <https://implementation.fpg.unc.edu/resource/implementation-stages-overview/> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)

- OECD. (2022). *Guidebook on best practices in public health*. OECD Publishing, Paris. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1787/4f4913dd-en> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Pawils, S., Kolodziej, D., Wolkwitz, P., & Neumann, J. (2022). *Evaluationsbericht KID-PROTEKT - Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor*. Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/284/2022-11-17_KID-PROTEKT_Evaluationsbericht.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). *Implementation Research in Health: A Practical Guide*. World Health Organization. Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk , Kolmogorov-Smirnov , Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2. Verfügbar unter: <https://www.semanticscholar.org/paper/dcdc0a0be7d65257c4e6a9117f69e246fb227423> (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Schillinger, D. (2010). *An Introduction to Effectiveness, Dissemination and Implementation Research* (P. Fleisher & E. Goldstein (Hrsg.); UCSF Clinical and Translational Science Institute (CTSI) Resource Manuals and Guides to Community-Engaged Research, P. Fleisher, ed. Published by Clinical Translational Science Institute Community Engagement Program). University of California San Francisco. Verfügbar unter: https://accelerate.ucsf.edu/files/CE/edi_introguide.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Schillinger, D. (o. J.). *A resource manual for community-engaged research*. Verfügbar unter: https://accelerate.ucsf.edu/files/CE/edi_introguide.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Seuring, T. (2022). Evidence-Based Public Health. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 799–808). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0_62

- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika*, 52(3/4), 591–611.
<https://doi.org/10.2307/2333709>
- Thünen-Institut (2019). *Thünen-Landatlas*. Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei. Verfügbar unter: <https://www.landatlas.de/>
(Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Vogt, S., & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. FACHHOCHSCHULE KÖLN. Verfügbar unter: https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf (Letzter Zugriff am 16.08.2023)
- Vollmar, H. C., Santos, S., de Jong, A., Meyer, G., & Wilm, S. (2017). Wie gelangt Wissen in die Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(10), 1139–1146. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2612-z>
- Westerlund, A., Sundberg, L., & Nilsen, P. (2019). Implementation of Implementation Science Knowledge: The Research-Practice Gap Paradox. *Worldviews on Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 16(5), 332–334. <https://doi.org/10.1111/wvn.12403>
- Wood, P. (2017). Overcoming the problem of embedding change in educational organizations. *Management in Education*, 31(1), 33–38.
<https://doi.org/10.1177/0892020616685286>

Rechtsquellenverzeichnis

BT-Drs. 20/1361, 23.03.2022. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/013/2001361.pdf> (Letzter Zugriff: 16.08.2023)

Eidesstattliche Erklärung zur Arbeit

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 17.08.2023

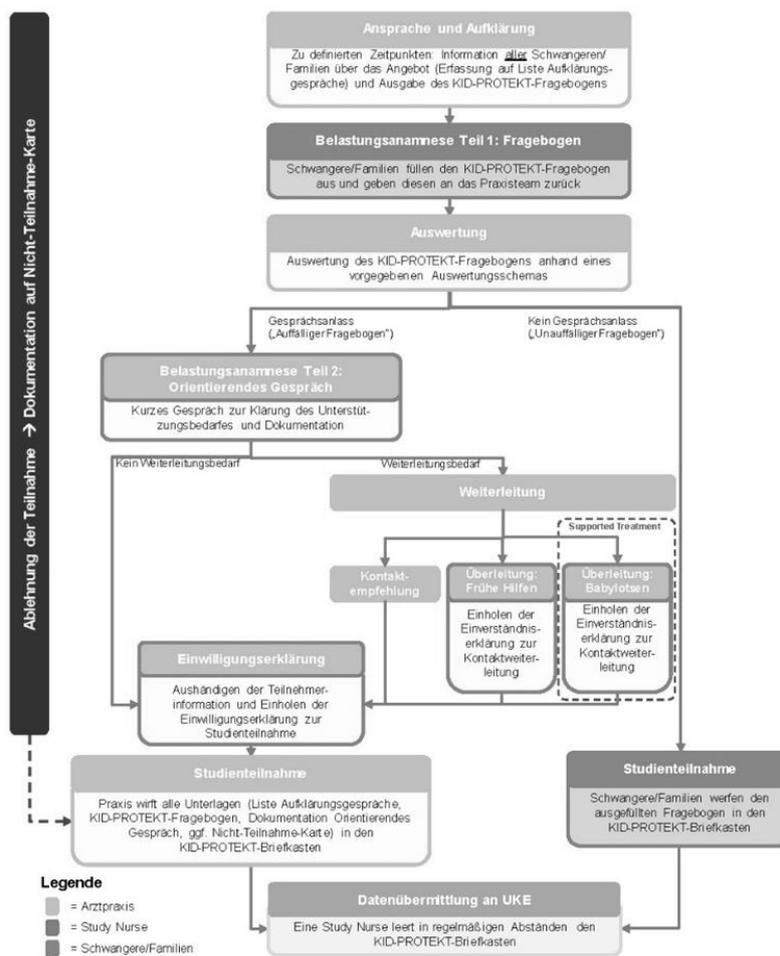
Ort, Datum

Moritz Oliver Schröder

Anhang

Anhang A – Interviewleitfaden 2020, ärztliche Praxen, beide Studienarme

Praxis	
Facharztgruppe, Studienarm	
Datum & Uhrzeit	
Teilnehmende	
Ort	



Prozessbeschreibung Studienarme Qualified Treatment/Supported Treatment

Dateiname: Interviewleitfaden 2020.docx Seite: 1 von 5
 Ersteller: T. Schreiber (eQM), D. Kolodziej (UKE), N. Nitzschke Erstelldatum: 20.04.2020
 Freigabe: N. Nitzschke (Projektleitung) Freigabedatum: 10.05.2020

© Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou

Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.

Einstieg

Frage	Rückmeldung
Wer ist an dem Projekt beteiligt? <ul style="list-style-type: none"> Ist das gesamte Praxisteam beteiligt? Hängt das Projekt an einzelnen Personen? 	
Was funktioniert gut, wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?	
Gibt es seitens der Praxis gewünschte Themen-Schwerpunkte für das Audit?	

Teilprozess „Ansprache von Schwangeren/Familien“

Frage	Rückmeldung
Wie läuft die Ansprache bei Ihnen ab? <ul style="list-style-type: none"> Wo? Wann? 	
Bereiten Sie die Ansprachen vor? Wenn ja, wie und wann?	
Bitte schätzen Sie einmal, wie viele Schwangere / Familien Sie im Praxisalltag erreichen (in %)?	
Wann gelingt die Ansprache nicht bzw. welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, damit bei Ihnen mehr Ansprachen erfolgen können?	
Was sind die größten Herausforderungen bei der Ansprache der Patient*innen?	

Wie bewerten Sie den Teilprozess insgesamt?

1	2	3	4	5

Teilprozess „Umgang mit dem Fragebogen“

Frage	Rückmeldung
Wann/wo/wie erhalten Sie den Fragebogen zurück?	
Wann/wie werten Sie den Fragebogen aus?	
Sehen die behandelnden Ärzt*innen den ausgefüllten Fragebogen während ihrer Untersuchungen?	
Wann werfen Sie einen Fragebogen in den Briefkasten?	
Müssen Sie beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen? Wenn ja, in welchen Fällen?	
Wie reagieren Schwangere / Familien auf die Mehrfachansprachen?	•

Wie bewerten Sie den Teilprozess insgesamt?

1	2	3	4	5

Teilprozess „Durchführung des Orientierenden Gesprächs“

Frage	Rückmeldung
Wer führt das Gespräch in der Regel?	
Wie/wo wird das Gespräch bei Ihnen geführt (telefonisch / vor Ort)?	
Ist das Gespräch einfach in den Praxisalltag zu integrieren?	
Waren die Schulungsinhalte ausreichend, um die Gespräche führen zu können?	
Dokumentieren Sie die Gespräche (zusätzlich) in Ihrer Praxissoftware? Wenn ja, wie lange dauert dies?	
Wie häufig hindern Sie Sprachbarrieren an der Gesprächsführung? Was machen Sie in diesem Fall?	

Wie bewerten Sie den Teilprozess insgesamt?

1	2	3	4	5

Teilprozess „Weiterleitungen“

Frage	Rückmeldung
Wie fühlen Sie sich dabei, die Einschätzung vorzunehmen, ob ein Weiterleitungsbedarf besteht oder nicht? Waren die Schulungsinhalte hierfür ausreichend?	
Fühlen Sie sich sicher in der Auswahl passender Angebote? Hilft Ihnen der Flyerordner in der Praxis?	
Bitte berichten Sie kurz von positiven/negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit Weiterleitungen.	
Stellt die Schweigepflichtsentbindung (Einverständniserklärung) eine potenzielle Hürde dar?	
Nur ST: Gibt es Besonderheiten bei der Weiterleitung an die Babyslotsin? Wie leiten Sie über?	
Nur ST: Nutzen Sie die Babyslotsin auch als „Second Level Support“? Wenn ja, in welchen Fällen?	
Nur ST: Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Lotsensprechstunde?	

Wie bewerten Sie den Teilprozess insgesamt?

1	2	3	4	5

Einholen der Einverständniserklärung und Studienteilnahme

Frage	Rückmeldung
In welchen Fällen und wann/wie holen Sie die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme ein?	
Was ist der häufigste Grund, weshalb eine Studienteilnahme abgelehnt wird? Meinen Sie, dass man daran etwas ändern könnte?	
Sprechen Sie Schwangere/Familien, die die Studienteilnahme beim ersten Mal verweigert haben, mehrere Male an?	

Nicht-Teilnahme

Frage	Rückmeldung
Wie gut kommen Sie mit den Nicht-Teilnahme-Karten zurecht?	.
In welchen Fällen füllen Sie eine Nicht-Teilnahme-Karte aus?	
Aus Ihrer Erfahrung: Was ist der häufigste Grund für das Ausfüllen eine Nicht-Teilnahme-Karte?	

Sonstiges

Frage	Rückmeldung
Gibt es ein Instrument/Dokument, mit dem Sie nur schwer zurechtkommen?	
Wie häufig nutzen Sie fremdsprachliche Materialien und welche Sprache am häufigsten?	
Wo/wie werden bereits verwendete Studien-IDs aufbewahrt?	
Wie wird der Projektstatus der Patient*innen dokumentiert? (z.B. EV vorhanden etc.)	
Ist (auch in Krankheits- oder Urlaubsfällen) immer eine geschulte Mitarbeiterin vor Ort?	
Ist das Angebot in Ihrer Praxis bereits zur Routine geworden? Wenn nein, was sind die Herausforderungen?	
Praxisspezifische Fragen	

Anhang B – Interviewleitfaden 2021, ärztliche Praxen, Qualified Treatment



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

HAMBURG

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

Datum:	
Interviewer:	
Befragte:	
Praxis:	

Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

1. Fragebogen

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

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

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

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

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

2. Orientierende Gespräche

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

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

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

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

3. Weiterleitung

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

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

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

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

4. Schulungen/Fallbesprechungen/Projekttreffen

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

5. Abschließende Fragen zum Projekt

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

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

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

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

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


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


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

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

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

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

Wenn nein, warum nicht?

23. Für wie wichtig erachten Sie Ihre Rolle im Projekt /für den Erfolg des Projekts?
Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

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

24. Für wie wichtig erachten Sie das Projekt insgesamt? (Bei Nachfrage „Relevanz für die Versorgung?“)
Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

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

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

Vielen Dank für das Gespräch!

Anhang C - Interviewleitfaden 2021, ärztliche Praxen, Supported Treatment



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

HAMBURG

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

Datum:	
Interviewer:	
Befragte:	
Praxis:	

Interviewleitfaden Arztpraxis (MFAs/ÄrztInnen)

1. Fragebogen

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

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

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

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

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

2. Orientierende Gespräche

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

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

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

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

3. Weiterleitung

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

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

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

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

4. Lotsensprechstunde

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

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

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

5. Schulungen/Fallbesprechungen/Projekttreffen

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

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

18. Wie hilfreich beurteilen Sie die Fallbesprechungen mit der Babylotsin? <i>Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).</i>					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Abschließende Fragen zum Projekt

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

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

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

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

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


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


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

26. Für wie umsetzbar halten Sie das Projekt für andere Kinderarztpraxen/Frauenarztpraxen in Hamburg & Umgebung?

Bitte bewerten Sie auf einer Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

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

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

ja	nein	weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		

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

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

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

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

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

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



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

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

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



Vielen Dank für das Gespräch!

Interviewleitfaden für Babylotsen zur Befragung zum Projekt „KID-Protekt“

Datum des Interviews	
Interviewer*in	
Befragte*r	
Dauer des Interviews	
Seit wann als BL tätig	
Praxen	

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

Umsetzbarkeit der Lotsensprechstunde:

1a. Wie gut lässt sich die Lotsensprechstunde in gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen integrieren?

1b. Gibt es Unterschiede zwischen Frauen- und Kinderarztpraxen?

/

2a. Welche Grenzen und Herausforderungen haben sich im Laufe des Projekts ergeben?

2b. Welche Probleme und Störungen im Ablauf haben sich durch Corona ergeben?

/

3. Wie gut erreichbar war die Mehrzahl der Patient*innen um die Lotsensprechstunde durchzuführen?

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

/

4. Wie leicht viel Ihnen die Weitervermittlung der Familien?

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

/

5. Wie gut wurden Ihre Vorschläge zur Unterstützung von den Familien angenommen?

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

/

6. Wie beurteilen Sie den erfordernten Zeitaufwand im Verhältnis zum Nutzen der Babylotsensprechstunde?

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

/

Orientierende Gespräche und Weiterleitungen:

7. Wo sehen Sie Unterschiede zwischen den Orientierenden Gesprächen und der Lotsensprechstunde? (Worin sehen Sie den größten Unterschied qualitativ?)

/

8. Welche Unterschiede sehen Sie zwischen den Weiterleitungen der MFAs/Ärzt*innen und den Weiterleitungen der Babylotsinnen?

/

9. Welche Schwierigkeiten oder Herausforderungen sehen Sie bei der Durchführung der Orientierenden Gespräche durch die MFA/Ärzt*innen?

/

10. Wie hilfreich beurteilen Sie die Orientierenden Gespräche durch MFAs/Ärzt*innen für die Patient*innen?

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

/

11. Wie beurteilen Sie die Weiterleitung der Patienten durch die Arztpraxis an die Lotsensprechstunde?

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

/

Kooperation mit den Praxen und Einrichtungen

12a. Wie wurden die begleitenden Projekttreffen von den MFAs/Ärzten angenommen?

12b. Wie wurden die zusätzlich angebotenen Fallbesprechungen angenommen?

/

/

13. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den MFAs?

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

/

14. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Arzt*innen?

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

/

15. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Einrichtungen?

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

/

Akzeptanz und Verbesserungsvorschläge

16. Wie beurteilen Sie die Akzeptanz des Projektes bei den Familien?

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

/

17. Wie beurteilen Sie die Akzeptanz des Projektes bei den Arztpraxen?

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

/

18. Wie beurteilen Sie das Projekt „KID-Protekt“ insgesamt?

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

/

19. Können Sie sich vorstellen, dass das Projekt auch ohne Sonderbezahlung umgesetzt werden kann?

ja	nein	unentschlossen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

/

20. Sollte der Arzt/die Ärztin stärker in das Projekt involviert sein?

ja

nein

unentschieden

/

Haben Sie Verbesserungswünsche oder -vorschläge?

Abschließende Anmerkungen, Anregungen, etc.?

/

/

Anhand E – NoMAD Fragebogen, ärztliche Praxen, beispielhaft ausgefüllt

KID Protekt
Ein Innovationsfonds Projekt



Fragebogen zu der Implementierung
von KID-PROTEKT

Liebes Praxisteam,

dieser Fragebogen wurde entwickelt, um ein besseres Verständnis für die Umsetzung und Integration der neuen Versorgungsform zu erlangen, die im Rahmen von KID-PROTEKT in Ihrer Praxis angeboten wird. Bitte nehmen Sie sich für jede Aussage die Zeit zu entscheiden, welche Antwort Ihrer Erfahrung nach am besten zutrifft und kreuzen Sie den entsprechenden Kreis an.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Das Evaluationsteam von KID-PROTEKT

Ich bin in dieser Praxis tätig, seit...

weniger als 1 Jahr
 1-2 Jahren
 3-5 Jahren
 6-10 Jahren
 11-15 Jahren
 mehr als 15 Jahren

Ich beantworte diesen Fragebogen als...

Medizinische Fachangestellte
 Ärztin/Arzt

Diese Aussagen beziehen sich auf Ihre aktuelle Situation in der Praxis!	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft sehr zu
Ich kann erkennen, wie sich KID-PROTEKT von der herkömmlichen Arbeitsweise unterscheidet.	<input type="radio"/> --	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> ++	<input checked="" type="radio"/> +++
Die Mitarbeiter dieser Praxis haben ein geteiltes Verständnis für den Sinn und Zweck von KID-PROTEKT.	<input checked="" type="radio"/> --	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> ++	<input type="radio"/> +++
Ich habe eine Vorstellung davon, wie KID-PROTEKT meine Arbeitsweise beeinflusst.	<input type="radio"/> --	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> ++	<input checked="" type="radio"/> +++
Ich habe eine Vorstellung von dem potentiellen Mehrwert von KID-PROTEKT für meine Arbeit.	<input type="radio"/> --	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> ++	<input checked="" type="radio"/> +++
Es gibt Verantwortliche in der Praxis, die KID-PROTEKT vorantreiben und andere mit einbeziehen.	<input type="radio"/> --	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> ++	<input checked="" type="radio"/> +++
Ich bin davon überzeugt, dass mein Einsatz in KID-PROTEKT ein legitimer Teil meiner Tätigkeit ist.	<input type="radio"/> --	<input type="radio"/> -	<input type="radio"/> +	<input type="radio"/> ++	<input checked="" type="radio"/> +++

Diese Aussagen beziehen sich auf Ihre aktuelle Situation in der Praxis!	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	trifft eher zu	trifft sehr zu
Ich bin offen für die neuen Arten der Zusammenarbeit bei der Umsetzung von KID-PROTEKT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ich werde KID-PROTEKT weiterhin unterstützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ich kann KID-PROTEKT einfach in meine bestehende Arbeit integrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Die Umsetzung von KID-PROTEKT bedroht das Arbeitsverhältnis zwischen den Mitarbeitern.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Vertrauen in die Kompetenzen anderer Personen KID-PROTEKT umzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Die Tätigkeiten erledigen diejenigen, die über angemessene Kompetenzen für die Umsetzung von KID-PROTEKT verfügen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es wurde eine ausreichende Schulung angeboten, um die Umsetzung von KID-PROTEKT sicher zu stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es stehen ausreichend Ressourcen zur Verfügung die Umsetzung von KID-PROTEKT zu unterstützen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Die Praxisinhaber/in unterstützt KID-PROTEKT ausreichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ich habe Zugang zu Berichten über die ersten Ergebnisse von KID-PROTEKT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mitarbeiter sind sich einig, dass KID-PROTEKT lohnenswert ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ich schätze die Auswirkungen, die KID-PROTEKT auf meine Arbeit hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Unsere Rückmeldungen über KID-PROTEKT können genutzt werden, um das Programm in der Zukunft zu verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ich kann beeinflussen, wie ich mit KID-PROTEKT arbeite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens! Bitte legen Sie diesen in den freifrankierten Rückumschlag und senden ihn per Post ans Evaluationsteam!