[redacted]

[redacted]

[redacted]

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ambulanter Babylotse Hamburg

- modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems

im ambulanten Setting -

(Stand Dezember 2013)

Dr. S. Pawils – Dipl.-Psych. C. Wendt - Dipl.-Psych. F. Metzner - Prof. Dr. Dr. M. Härter
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52 - 20246 Hamburg
Telefon (040) 74105-3995 - Telefax (040) 74105-4940 - s.pawils@uke.de

in Kooperation mit
Dr. S. Siefert
Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg, SeeYou

Inhalt

1 Einleitung 4
1.1 Stand der Forschung 4
1.1.1 Risikofaktoren während und nach der Schwangerschaft 4
1.1.2 Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen 5
2 Das soziales Frühwarnsystem „ambulanter Babylotse Hamburg“ 7
2.1 Bedarf für einen ambulanten Babylotsen 7
2.1.1 Ergebnisse aus dem Modellprojekt „stationärer Babylotse“ und der Machbarkeitsstudie 7
2.1.2 Relevanz des Zugangs über das ambulante Setting Frauenarztpraxis 7
2.1.3 Notwendigkeit einer bundesweiten Befragung von Gynäkologen zur Versorgungssituation mit psycho-sozial belasteten Schwangeren 8
2.2 Projektablauf 8
2.2.1 Screening und Einverständnis 10
2.2.2 Clearing 10
2.2.3 Begleitung, Überleitung und Touchpoints 11
2.3 Praxenrekrutierung 12
2.4 Konzept und Ablauf der Evaluation 13
2.4.1 Evaluation von Präventionsprogrammen 13
2.4.2 Einzelfragestellungen der Evaluation 14
2.4.3 Ablauf und Beteiligte der Evaluation 15
2.4.4 Methodische Umsetzung der Evaluation 17
2.5 Instrumente und Adaptation der Instrumente 18
3 Evaluationsergebnisse 20
3.1 Datengrundlage 20
3.2 Beschreibung der Teilnehmer anhand der Fallakten 20
3.2.1 Datengrundlage: Rückläufige Risikoinventare und Fallakten 20
3.2.2 Zwischenfazit zu rückläufigen Risikoinventaren 22
3.2.3 Merkmale der Kinder 23
3.2.4 Merkmale der Eltern 23
3.2.5 Ergebnisse im Risikoinventar 25
3.2.6 Clearing, Fallkategorisierung und Verlaufsdokumentation 27
3.2.7 Soziodemografische Merkmale in Abhängigkeit von der Fallkategorie 32
3.2.8 Zwischenfazit zu den Fallakten 33

3.3 Selbstwirksamkeitserwartung und postpartale Depression 34
3.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung 34
3.3.2 Postpartale Depression 35
3.3.3 Zwischenfazit zur Selbstwirksamkeitserwartung und postpartaler Depression 35
3.4 Touchpoints 36
3.4.1 Zwischenfazit zu den Touchpoints 38
3.5 Akteursbefragung 38
3.5.1 Befragung der Arzthelferinnen 39
3.5.2 Zwischenfazit Befragung Arzthelferinnen 42
3.5.3 Befragung der teilnehmenden Gynäkologen 43
3.5.4 Zwischenfazit Befragung der teilnehmenden Gynäkologen 44
3.5.5 Befragung der Babylotsten 44
3.5.6 Zwischenfazit Befragung Babylotsen 45
3.5.7 Befragung der Teilnehmerinnen 46
3.5.8 Zwischenfazit Befragung der Teilnehmerinnen 51
3.6 Bundesweite Gynäkologenbefragung 51
3.6.1 Stichprobe 51
3.6.2 Umgang mit postpartaler Depression und psychosozialen Belastungen 52
3.6.3 Einflussfaktoren auf eine aktive Diagnose und Beratung bei PPD und PSB 54
3.6.4 Zwischenfazit bundesweite Gynäkologenbefragung 57
4 Fazit 59
5 Literaturverzeichnis 63

Abkürzungsverzeichnis

MFA = Medizinische Fachangestellte
PPD = postpartale Depression(en)
PSB = psychosoziale Belastung(en)
RI = Risikoinventar
SWE = Selbstwirksamkeitserwartung
TP = Touchpoints

1 Einleitung

1.1 Stand der Forschung

1.1.1 Risikofaktoren während und nach der Schwangerschaft

Es existiert eine breite Erkenntnisgrundlage zu (1) Risikofaktoren während und nach der Schwangerschaft, die eine gesunde Entwicklung des Kindes gefährden sowie zu (2) Risikofaktoren für eine Vernachlässigung des Kindes. (1) Zur ersten Gruppe an Risikofaktoren zählen die postpartale Depression und psychosoziale Belastungen der Mutter. In Deutschland liegt die Prävalenz der postpartalen Depression (PPD) bei 7-17 %. (Halbreich & Karkun, 2006; Hübner-Liebermann et al., 2012). Eine PPD der Mutter beeinträchtigt die Mutter-Kind-Bindung und geht mit Entwicklungsstörungen im behavioralen, emotionalen und kognitiven Bereich des Kindes einher (Halbreich & Karkun, 2006; Riecher-Rössler & Hofecker-Fallahpour, 2003). Psychosoziale Belastungen (PSB) sind alle psychischen und sozialen Einflüsse, die mit Hilfe der individuell verfügbaren Ressourcen verarbeitet und bewertet werden (Lazarus, 1990). Sie umfassen unter anderem: psychische Probleme, Nichterwerbstätigkeit, Arbeitsbelastung, familiäre und partnerschaftliche Belastungen und kritische Lebensereignisse (O`Hara & Swain, 1996). PSB beeinträchtigen das Wohlbefinden Schwangerer (Woods et al., 2010). So ist das Erleben von *kritischen Lebensereignissen* während der Schwangerschaft assoziiert mit einem spontanen Abort, einem niedrigen Geburtsgewicht des Kindes und Frühgeburt (O`Hare & Creed, 1995; Dole, 2003). Eine *geringe soziale Unterstützung* als PSB während der Schwangerschaft steht im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen der Mutter, Schwangerschaftskomplikationen und durchschnittlich leichteren und kleineren Kindern als von den Müttern, die eine hohe soziale Unterstützung erfahren (Elsenbruch et al., 2007). Eine *hohe Arbeitsbelastung* während der Schwangerschaft kann gesundheitliche Risiken für Neugeborene nach sich ziehen (Mozurkewich et al., 2000) und *psychische Probleme* während der Schwangerschaft (z.B. Depression) stellen einen Vulnerabilitätsfaktor für eine spätere Depression und Schwangerschaftskomplikationen dar (Logsdon & Usui, 2001; Kurstejens, 2001; Rich-Edwards et al., 2006).

In prospektiven Längsschnittstudien mit repräsentativen Stichproben zeigte sich, dass Einzelfaktoren zur Vorhersage von Kindesvernachlässigung nur schwache bis moderate Vorhersagekraft hatten. Bei einer Kumulation von Risiken steigt die Vernachlässigungsgefahr dagegen stark an (Brown et al., 1998; Wu et al., 2004, Sameroff, 1998). Zu den häufigsten und risikoreichsten Faktoren für Vernachlässigung zählen *Armut* (Weiss, 2000), *psychische Erkrankungen* der Betreuungspersonen (z.B. Depression und Sucht; Münder, 2000) und ein *jugendliches Alter* der Mutter (Brown et al., 1998, Wu et al. 2004, Sidebotham & Golding, 2001). In kleineren Studien fanden sich weitere Faktoren wie das Erleben einer *eigenen Misshandlung und Vernachlässigung* eines Elternteil (Ertem et al., 2000). Durch die genannten Faktoren fehlen notwendige Ressourcen, um Belastungen durch das Kind zu meistern und eine ungestörte Entwicklung des Kindes sicherzustellen. Die Folgen für das Kind sind eine höhere Morbidität (Krankheitshäufigkeit), Mortalität (Sterblichkeit) und Behinderung seiner normalen intellektuellen, seelischen und körperlichen Entwicklung.

1.1.2 Soziale Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen

Soziale Frühwarnsysteme sollen riskante Entwicklungen in den Familien hinsichtlich einer möglichen Kindeswohlgefährdung möglichst früh erkennen und durch systematische Handlungsschritte den Zugang zu Angeboten der Frühen Hilfen sicherstellen. In Abgrenzung zu den einzelnen Projekten der Frühen Hilfen als lokale und regionale Angebote für Eltern und Kinder werden unter Sozialen Frühwarnsystemen engmaschige Netzwerke zwischen den Bereichen Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Polizei und Rechtspflege verstanden. Laut Hensen (2005) bringen Soziale Frühwarnsysteme „unterschiedliche Disziplinen, Professionen, Wahrnehmungen und Lösungsansätze in ein koordiniertes und wirksames Zusammenspiel". Die verbindliche Kooperationen zwischen den einzelnen Institutionen und Projekten wirken primär präventiv (allgemeine Gesundheitsförderung) und sekundär präventiv (Verhinderung von Kindeswohlgefährdung; DJI, 2007, Paul & Backes, 2008). Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) stellt folgende Anforderungen an Soziale Frühwarnsysteme (2006): Ein systematischer Zugang zur Zielgruppe zum Beispiel über Institutionen des Gesundheitssystems wie gynäkologische Praxen oder Geburts- und Kinderkliniken, das standardisierte Erheben von Risiko- und Schutzfaktoren sowie aufsuchende und niedrigschwellige Unterstützungsangebote, die Risikofamilien zur Teilnahme motivieren und ihnen den Zugang zum Hilfesystem erleichtern (Snell-Johns et al., 2004; Korfmacher, 2001). Ziel ist es, die Sozialen Frühwarnsysteme in die bestehenden Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitssystems zu implementieren (BMFSFJ, 2006).

Frühe Hilfen bieten als regionale Unterstützungssysteme koordinierte, multiprofessionelle Hilfsangebote für Eltern mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr an und umfassen unter anderem die Bereiche Schwangerschaftsberatung, Frühförderung und Kinder- und Jugendhilfe. Ziele sind vor allem der Aufbau von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei den Eltern und das Verhindern von Vernachlässigung bzw. Misshandlung von Kindern. Die Wirksamkeit von Maßnahmen aus dem Bereich Früher Hilfen ist durch Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen gut belegt (Bilukha et al., 2005, Elkan et al., 2000; Geeraert et al., 2004; MacLeod & Nelson, 2000). Eltern profitieren besonders von professionellen Helfer/-innen (im Gegensatz zu Laienhelferinnen). Umfassende, gut begründete Programme, die sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren erstrecken, sind am effektivsten (Bilukha et al., 2005). Durch gezielte Hilfsangebote für Familien, auf die mehrere Risikofaktoren zutreffen, können Vernachlässigungen verhindert werden (Kindler, 2007). Die Studien stammen mehrheitlich aus dem nicht-deutschsprachigen Raum. Die öffentliche und politische Aufmerksamkeit für die Vernachlässigung von Kindern steigt in Deutschland seit einigen Jahren an. Das Aktionsprogramm des Bundes „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme" ist dabei ein wichtiger Schritt zum Kinder- und Jugendschutz in Deutschland. Unter der Koordination des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen werden seit 2006 Modellprojekte in allen Bundesländern initiiert, der Aufbau Sozialer Frühwarnsysteme eingeleitet und diese wissenschaftlich begleitet.

Familien, in denen es zu Formen von Kindesvernachlässigung und -misshandlung kommt, gelten als schwer erreichbar, da sie häufig sozial isoliert leben (Ziegenhain et al., 2004). Sie möglichst frühzeitig und flächendeckend zu identifizieren, ist Grundvoraussetzung für eine

effektive Hilfestellung. Hier setzen Screeningverfahren zur Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren an (Geeraert et al., 2004), wobei es sich um selbst entwickelte, zum Teil etablierte Verfahren mit hoher Sensitivität und eher geringer Spezifität handelt (Murphy et al., 1985; Peters & Barlow, 2003).

2 Das soziales Frühwarnsystem „ambulanter Babylotse Hamburg“

2.1 Bedarf für einen ambulanten Babylotsen

2.1.1 Ergebnisse aus dem Modellprojekt „stationärer Babylotse“ und der Machbarkeitsstudie

Der „*stationäre Babylotse*“ ist ein Soziales Frühwarnsystem im stationären Setting dar und wurde in seiner Modellphase in Hamburg von 2008 bis 2010 wissenschaftlich positiv evaluiert (Pawils et al., 2010; Pawils et al., 2011). Der Zugang zu den Familien erfolgte dort in den Geburtskliniken. Die Familien wurden einmalig mit Hilfe eines Risikoinventars (RI) auf psychosoziale Risikofaktoren gescreent. Anschließend ermittelten Sozialpädagoginnen („Babylotsen“) im sogenannten Clearing den tatsächlichen Hilfebedarf, um die Familien in passende Angebote der Frühen Hilfen überzuleiten. Die Ergebnisse der Evaluation zu den stationär tätigen Babylotsen spiegeln eine hohe Akzeptanz des Projekts von Seiten der Familien und Klinikmitarbeiter wider. Der stationäre Babylotse wird seitdem in zahlreichen Geburtskliniken in Hamburg, Berlin und anderen Städten eingesetzt. Ein Jahr nach der Geburt wünschten sich 18% der Familien, die Unterstützung durch den Babylosten zum Zeitpunkt der Geburt erhalten hatten, eine weitere Betreuung im Laufe des 1. Lebensjahres. Ein Jahr nach der Geburt des Kindes äußerten auch 29% der Familien, bei denen zum Zeitpunkt der Geburt keine Risikofaktoren vorlagen, es hätten sich im Laufe des 1. Lebensjahres Anliegen für einen Kontakt mit einem Babylotsen ergeben. Als Verbesserungsvorschläge wurden wiederholt die zeitliche Ausdehnung des Kontaktes mit den Babylotsen auf die Zeit **vor und nach der Geburt** genannt. In einer *Machbarkeitsstudie* im Vorfeld des „ambulanten Babylotsen Hamburg“ wurden n=117 junge Eltern (84% Mütter, 16% Väter), die im „stationären Babylotsen“ ein Risikoinventar ausgefüllt hatten u.a. zum Unterstützungsbedarf, Zeitpunkt und Zugangssetting der Unterstützung befragt (Metzner et al., 2010). In 44% der Fälle gaben die Familien an, dass sie eine Unterstützung durch die Babylotsen gebraucht haben, d.h. dass sie zu einem Zeitpunkt sowohl vor als auch nach der Geburt des Kindes einen Hilfebedarf hatten. Davon gaben 21% an, sie hätten Unterstützungsbedarf während der Schwangerschaft, 36% nach der Geburt und 16% zu beiden Zeitpunkten gehabt. Als Ort der Kontaktaufnahme mit einem Babylotsen wurde die gynäkologische Praxis am häufigsten genannt und der Kontakt sollte mindestens bis fünf Monate nach der Geburt weiter geführt werden (44%; Metzner et al., 2010). Diesem Bedarf wird mit dem Projekt „ambulanter Babylotse Hamburg“ nachgekommen. Zusätzlich flossen bei der Konzipierung des „ambulanten Babylotsen Hamburg“ die Erfahrungen des „stationären Babylotsen“ und der Evaluation des ambulanten Frühwarnsystems „MuM - Mama und Mehr“ (Pawils et al., 2011) mit ein. Durch die Adaption des „stationären Babylotsen“ in das ambulante Setting der gynäkologischen Praxen nutzt der „ambulante Babylotse Hamburg“ die positiven Aspekte des frühen Screenings und reduziert die der Kooperation hinderlichen Faktoren.

2.1.2 Relevanz des Zugangs über das ambulante Setting Frauenarztpraxis

Im Sinne präventiven Handelns zum Wohle des Kindes gilt es, Familien mit oben genannten Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und in das System Früher Hilfen in Hamburg überzuleiten. Politische Entscheidungsträger fordern, die Sozialen Frühwarnsysteme im

ambulanten Setting anzusiedeln, denn „insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte - genießen eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung und bieten so die idealen Voraussetzungen, um diesen Zugang herzustellen“ (Renner, 2010). Niedergelassene Gynäkologen stellen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen bereits während der Schwangerschaft Kontakt zu Müttern her und können gesundheitliche, psychische und soziale Risikofaktoren erkennen. Laut der Befragung nationaler Modellprojekte Früher Hilfen gibt es eine hohe Notwendigkeit bzgl. der Einbindung niedergelassener Ärzte. Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Trägern Früher Hilfen und niedergelassener Gynäkologen im Alltag wird hingegen als „schlecht“ bewertet (Renner, 2010). Generell besteht eine positive Haltung und Zustimmung zur Zusammenarbeit seitens der Ärzteschaft, die Umsetzung scheitere aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands (z.B. durch Pflege von Netzwerken, Feststellung von Hilfebedarf, Vermittlung von Patientinnen ins Hilfesystem), durch Vorbehalte in Bezug auf den rechtlichen Datenschutz (ärztliche Schweigepflicht) oder aufgrund der Befürchtung das Vertrauensverhältnis zu gefährden.

2.1.3 Notwendigkeit einer bundesweiten Befragung von Gynäkologen zur Versorgungssituation mit psycho-sozial belasteten Schwangeren

Da der Zugang zu Familien mit Risikofaktoren über die Frauenärzte erfolgen soll, ist es relevant die Versorgungssituation psychosozial belasteter Frauen in gynäkologischen Praxen aus Sicht der Gynäkologen miteinzubeziehen. Gegenwärtig fehlt es an Untersuchungen zum Umgang von niedergelassenen Gynäkologen mit PSB und der PPD. Erhebungen, ob Frauenärzte das Erkennen von PSB und einer PPD als zu ihrem Aufgabenbereich zugehörig sehen und welche Barrieren und Verbesserungen aus Sicht der Frauenärzte bei der Versorgung von betroffenen Schwangeren und jungen Müttern vorliegen, fehlen. Aus diesem Grund wurde in einer bundesweiten Befragung die Versorgungssituation aus Sicht der Gynäkologen erhoben. Dies ermöglicht, u.a. einen Überblick darüber zu bekommen, wie niedergelassene Gynäkologen in Deutschland Risikofaktoren wie PSB und eine PPD anamnestisch erheben, welche Maßnahmen (z.B. Beratung, Vermittlung, Überweisung) bei Vorliegen dieser Risikofaktoren eingeleitet werden, welche Barrieren dabei auftreten und welche Einflussfaktoren auf eine aktive Diagnostik und Beratung wirken.

2.2 Projektablauf

Der „stationäre Babylotse“ wurde an das ambulante Setting angepasst. Der Zugang zu den Familien erfolgt über die gynäkologischen Praxen und bereits während der Schwangerschaft. Der Kontakt zwischen Familie und Babylotsen wurde zeitlich bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes ausgedehnt. Im Fokus stehen dabei Schwangere, deren Lebenssituation durch eine hohe psychosoziale Belastung gekennzeichnet ist: Die Risikofaktoren wurden aus dem Modellprojekt „stationäre Babylotse“ übernommen und so adaptiert, dass das Risikoinventar zum Selbst-Ausfüllen geeignet ist. Die Risikofaktoren lehnen sich an die Erkenntnisse der Mannheimer Längsschnittstudie (Laucht, 2005; Laucht & Schmidt, 2005)

sowie an das Düsseldorfer Projekt „Zukunft für Kinder" an. Ziele des „ambulanten Babylotsen Hamburg“ sind:

- Frühzeitige Identifizierung von Risikofaktoren und Überleitung in das System Frühe Hilfen
- Identifizierung und Verminderung der Hochrisikofaktoren für Kindesvernachlässigung und –misshandlung,
- Stärkung der elterlichen und kindlichen Schutzfaktoren,
- Gewährleistung einer möglichst ungestörten seelischen, körperlichen und intellektuellen Kindesentwicklung.

Das Vorgehen wurde an die in der Frauenarztpraxis geltende Rechtslage in Bezug auf den Datenschutz angepasst und gliedert sich in die drei Schritte *Screening und Einverständnis* (siehe 3.2.1), *Clearing* (siehe 3.2.2), *Begleitung, Überleitung, Touchpoints* (siehe 3.2.3). Der Ablauf des „ambulanten Babylotsen Hamburg“ ist in Abbildung 1 dargestellt und wird im Folgenden näher erläutert.

Abbildung 1: Ablauf des Projektes „ambulanter Babylotse Hamburg“

SWE = Selbstwirksamkeitserwartung; EPDS = Edinburgh Postnatale Depression Scale; EV = Einverständniserklärung; BL= Babylotse

© Pawils, S.; Wendt, C.; Metzner, F., 2013

2.2.1 Screening und Einverständnis

Für einen systematischen Zugang wird in den Modellpraxen ein Screening zur Erkennung psychosozialer Belastung, das Risikoinventar zu drei Zeitpunkten eingesetzt:

- t0 vor der 20. Schwangerschaftswoche (Frühschwangerschaft, 1 Trimester)
- t1 nach der 20. Schwangerschaftswoche (Spätschwangerschaft, 2. Trimester)
- t2 sechs Wochen nach der Geburt des Kindes

Jede Patientin, die sich für einen Untersuchungstermin in der Schwangerschaft anmeldet, erhält einen Risikoinventarbogen entsprechend ihres Schwangerschaftstrimesters (t0 oder t1), Informationen zum Projekt und Einverständniserklärungen. Das Risikoinventar kann im Wartezimmer allein oder mit Hilfe der Arzthelferinnen ausgefüllt und bei Bedarf mit dem Gynäkologen besprochen werden. Bis auf eine Praxis sind seit Januar 2013 in allen Modellpraxen jeweils ein bis zwei Medizinische Fachangestellte (MFA) auf Minijob-Basis bei der Stiftung SeeYou angestellt. Ihre Aufgabe ist es, den Patientinnen als feste Ansprechpartnerin für das Babylotsenprojekt zur Verfügung zu stehen, die Patientinnen zu informieren, zur Teilnahme zu motivieren und beim Ausfüllen des Risikoinventars zu helfen. Die Patientinnen werden in einem Aufklärungsschreiben über die Ziele der Studie, Datenschutz, Freiwilligkeit der Teilnahme und die statistische Auswertung informiert sowie darüber, dass das Risikoinventar Unterstützungsbedarf ermittelt und sie bei ermittelten Unterstützungsbedarf von einer Babylotsin kontaktiert werden. Das Risikoinventar und die Einverständniserklärungen (Zustimmung (1) zur Teilnahme am Babylotsenprojekt, (2) zur Evaluation durch das UKE, (3) zum Anruf durch Mitarbeiter des UKEs nach dem 1. Geburtstag des Kindes) können von der Patientin in einen separaten Briefkasten geworfen werden. Der Briefkasten wurde eigens für die Studie in der Praxis angebracht, kann nur von der Babylotsin geöffnet werden und wird in regelmäßigen Abständen von ihr geleert. Bei einem auffälligen Screeningergebnis (mindestens ein Risikofaktor wurde positiv angekreuzt) und einer unterschriebenen Einverständniserklärung werden die Frauen von der Babylotsin angerufen und ein Termin für das Clearing vereinbart. Es wird bis zu dreimal versucht, die Frauen telefonisch zu erreichen. Falls die Anrufe erfolglos waren, wird einmalig eine Karte mit der Telefonnummer der Babylotsin und einer Erinnerung an das Projekt an sie versandt.

Der Risikoinventarbogen wird an alle Patientinnen während weiterer Untersuchungstermine in der späten Schwangerschaft (t1) und ca. 6 Wochen nach der Geburt (t2) erneut ausgeteilt, unabhängig vom Screeningergebnis des vorherigen Messzeitpunktes. Das Vorgehen der Babylotsen ist zu allen Zeitpunkten gleich. Der Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) wird zusammen mit dem 2. Risikoinventar (Spätschwangerschaft, t1) und ein Jahr nach der Geburt an die Patientinnen ausgegeben. Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) wird zusammen mit dem 3. Risikoinventar (sechs Wochen nach der Geburt, t2) ausgegeben.

2.2.2 Clearing

Im ersten Telefonat zwischen Babylotsin und Klientin wird ein Termin für ein Clearinggespräch vereinbart. Das Clearing findet in den Räumen der gynäkologischen Praxis

statt. In jedem Clearing werden vier Themengebiete besprochen: sozioökonomische Situation, psychische Gesundheit, Kompetenz für sich und das Kind zu sorgen und Unterstützungsmöglichkeiten durch das soziale Umfeld. Außerdem werden das Anliegen des Clearings und der Hilfebedarf abgeklärt sowie bei Bereitschaft, Hilfen anzunehmen, ein Hilfeplan erarbeitet. Durch das Clearing wird entschieden, wie der Fall kategorisiert und ob eine Überleitung ins lokale Hilfesystem notwendig ist. Eine Überleitung findet statt, wenn der Fall als „Beratung", „Kurzfall" oder „Intensivfall" gewertet wird. Der Clearingbogen wird als Gesprächsleitfaden und zur Dokumentation von der Babylotsin ausgefüllt und zur weiteren Verwendung als Erinnerungsstütze der Fallakte zugeführt.

2.2.3 Begleitung, Überleitung und Touchpoints

Wird im Clearing Hilfebedarf ermittelt, erfolgt die Beratung, Anleitung, Motivation und Vermittlung in passende Hilfsreinrichtungen. Je nach Bedarf der Patientin umfasst dies eine konkrete Zielvereinbarung mit der Familie, das Erstellen eines Zeitplans mit konkreten Schritten oder die Begleitung zu Beratungsstellen. Ein Überleitungsbogen als Bestandteil der Falldokumentation soll diese Aktivitäten belegen und deren Ergebnis benennen.
Ausgehend von den Evaluationsergebnissen aus dem „stationären Babylotsen" in der Geburtsklinik und den Erfahrungen mit dem Projekt „MuM" wird der Kontakt zu den Familien innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes aktiv durch die Babylotsin gesucht. Dazu werden die Mütter zu vier Zeitpunkten (Touchpoints; TP) telefonisch kontaktiert und mittels eines standardisierten Leitfadens zu ihrem aktuellen Befinden und möglichen Schwierigkeiten befragt. Die Zeitpunkte orientieren sich an den Lebensphasen mit hohem Belastungspotential und wurden anhand der Expertenerfahrung im Bereich Früher Hilfen festgelegt:

1. Touchpoint: drei Wochen nach Entbindung
2. Touchpoint: vier Monate nach Entbindung
3. Touchpoint: individuell, in Absprache mit der Familie
4. Touchpoint: ein Jahr nach Entbindung

Während dieser Kontakte wird neu entstandener Unterstützungsbedarf erfasst und sie werden gleichzeitig als Monitoring zur bisherigen Inanspruchnahme von Hilfen genutzt. Außerdem haben die Familien während des 1. Lebensjahres des Kindes jederzeit die Möglichkeit die Babylotsen zu kontaktieren.

Dokumentation

Für alle Schwangeren, bei denen ein auffälliges Risikoinventar vorliegt und bei denen mindestens ein telefonischer Kontaktversuch von Seiten der Babylotsin unternommen wurde, wird eine Fallakte durch die Babylotsin angelegt. In der Fallakte werden die Risikoinventare, die Ergebnisse des Clearings und der Verlauf der Begleitung durch die Babylotsin bis zum Fallabschluss in Form einer standardisierten Falldokumentation festgehalten. Die Falldokumentation umfasst: Stammdaten im Sinne der Basisdokumentation (Bado), Clearingbogen, Monitoringbogen, Überleitungsbogen, Bogen für die Touchpoints und Fallabschlusserhebung. Ein Fall ist abgeschlossen, (a) wenn im Clearing kein Anliegen ermittelt werden konnte, (b) zum ersten Geburtstag des Kindes (4. Touchpoint), oder (c) wenn

die Schwangere bzw. Mutter ausdrücklich keine weiteren Anrufe durch die Babylotsin wünscht.

Umgang bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Für das Vorgehen bei Fällen, in denen sich im Rahmen der Babylotsen-Arbeit Hinweise auf Kindeswohlgefährdung ergeben, wurde in Übereinstimmung mit den rechtlichen Vorgaben des §8a SGB V für pädagogische Fachkräfte eine Verfahrensanweisung von der Stiftung SeeYou erarbeitet. Vorgesehen sind dabei, die Risikoeinschätzung mit einer Kollegin, ggf. die Risikoeinschätzung im Team, ggf. die Information des Vorgesetzten, ggf. das Hinzuziehen einer insoweit erfahrenen Fachkraft, ggf. ein Elterngespräch und ggf. das Informieren des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD). Die Anweisung für den Umgang bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting erprobt und weiter entwickelt.

2.3 Praxenrekrutierung

Bis zum Ende des Erhebungszeitraums im September 2013 nahmen sechs gynäkologische Modellpraxen an dem ambulanten Babylotsen teil, wobei zwei Praxen durch das gleiche Ärzteteam geleitet werden, sich aber an unterschiedlichen Standorten befinden. Die Praxen befinden sich in Hamburg-Bramfeld (2), Hamburg-Barmbek, Hamburg-Horn, Hamburg-Mundsburg, Hamburg-Rahlstedt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der teilnehmenden Praxen

Arztpraxis	Neuanmeldungen Schwangere	Standort	Im Projekt seit
Gemeinschaftspraxen Dr. Wolffram, Dr. Sittig, Dr. Wagner	~700-900/Jahr*	Standort 1 Hamburg-Bramfeld	September 2012
		Standort 2 Hamburg-Barmbek	Juni 2013
A.-C. Permien	~ 150/Jahr	Hamburg-Bramfeld	September 2012
Dr. Winter	~ 500/Jahr	Hamburg-Horn	September 2012
Gemeinschaftspraxis Dr. Firnrohr Dr. Abraha-Späth	~ 170/Jahr	Hamburg-Mundsburg	September 2012
Gemeinschaftspraxis Dr. Bonk & Klein	~ 800/Jahr	Hamburg-Rahlstedt	März 2013

*Zahlen für beide Praxen gemeinsam geltend.

Im 1. Quartal 2012 führten Mitarbeiter der Stiftung SeeYou mit zehn Hamburger Frauenarztpraxen Erstgespräche. Anschließend wurden fünf Praxen als Modellpraxen ausgewählt. Auswahlkriterien waren v.a. die räumlichen Bedingungen in der Praxis, die Anzahl an Schwangeren, der Anteil an sozial benachteiligten Patientinnen sowie die Standorte der Praxen. Alle Praxen haben sich zum 01.09.2012 in einem Kooperationsvertrag für eine

Modellphase von fünf Jahren zur Implementierung des Projektes „ambulanter Babylotsen Hamburg“ bereit erklärt. Die Frauenärzte und Arzthelferinnen der teilnehmenden Praxen wurden von der Babylotsin und den Evaluatoren vorab in den jeweiligen Praxisräumen geschult. Im September 2012 wurde das soziale Frühwarnsystem “ambulanter Babylotse Hamburg“ in allen fünf Praxen eingeführt und die Datenerhebung mit den vorgesehenen Instrumenten begonnen. Eine Praxis schied im November 2012 aus. Als Gründe wurden genannt: Zu wenig und kleine Räume für die Gespräche der Babylotsin mit den Teilnehmerinnen, zeitliche Probleme bei der Integration des Risikoinventars in den Praxisalltag und dass kein dauerhafter Ansprechpartner für das Babylotsen-Projekt vorhanden ist, da alle MFAs Teilzeitkräfte sind. Um Anlaufschwierigkeiten zu überwinden, wurden im Dezember 2012 Nachschulungen der Praxismitarbeiter durch die Babylotsin vorgenommen und unter anderem ein *best-practice-modell* vorgestellt. Außerdem wurden im Laufe des Jahres 2013 zwei neue Praxen in das Projekt aufgenommen. Seit Januar 2013 finden monatliche Teamsitzung in den Räumen der Stiftung SeeYou statt, in denen sich die Beteiligten (MFAs, Babylotsen und Teamleitung der Babylotsen) über die Vorgehensweise und Barrieren austauschen und Einblick in die Umsetzung des Projektes in anderen Praxen erhalten.

2.4 Konzept und Ablauf der Evaluation

2.4.1 Evaluation von Präventionsprogrammen

Für die Einführung von Modellprojekten zu Frühwarnsystemen oder Frühen Hilfen wird eine begleitende Evaluation mit dem Ziel eines Wirksamkeitsnachweises als Standard eingefordert. Die Durchführung von Wirksamkeitsevaluationen bei komplexen Interventionen steht dabei vor methodischen Herausforderungen. Vor dem Hintergrund der in der Praxis vorliegenden Bedingungen wird der Schwerpunkt bei der Evaluation von solchen Modellprojekten auf die Prozessevaluation im Sinne einer formativen Evaluation gelegt. Der Fokus bei der Prozessevaluation liegt v.a. auf der Befragung aller beteiligten Akteure sowie der Zielgruppen, in denen die Akzeptanz aber auch veränderungsbedürftige Aspekte ermittelt werden und ggf. durch Adaption des Verfahrens darauf eingegangen wird. Die Herausforderungen bei der Durchführung von Wirksamkeitsevaluationen bestehen in dem Fehlen echter Kontrollgruppen, in beschränkten Laufzeiten der evaluierten Projekte bzw. der Evaluationen, in der Masse an unkontrollierbaren Einflussfaktoren und in der Schwierigkeit treffende Outcomevariablen zu definieren bzw. zu messen. Im Bereich der Modellprojekte von Frühen Hilfen und Sozialen Frühwarnsystemen werden als Outcomevariablen für den Wirksamkeitsnachweis Einstellungen, Kompetenzen, Verhaltensmaße und klinische Diagnosen der Eltern im prä-post-Vergleich herangezogen. Für den „ambulanten Babylotsen Hamburg“ wird als Outcome für die Wirkevaluation die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) dienen. Angenommen wird, dass die Frauen durch die Begleitung der Babylotsen darin befähigt werden, Unterstützungsbedarf bei sich selbst zu erkennen und schwierige Situationen entweder selbst zu meistern oder sich adäquate externe Unterstützung zu holen. Die SWE soll im 2. Trimester der Schwangerschaft und zum 1. Geburtstag des Kindes bei Frauen mit und ohne Risikofaktoren laut Risikoinventar gemessen werden. Dadurch sind als Wirksamkeitsmaß zwei Aspekte betrachtbar: (1) eine

Veränderung der SWE bei unterstützungsbedürftigen Müttern im prä-post-Vergleich (vor und nach der Schwangerschaft bei Kontakt mit der Babylotsin) und (2) ein Vergleich der Veränderungsrichtung und –stärke der SWE vor und nach der Schwangerschaft zwischen Müttern mit und ohne Risikofaktoren (also mit und ohne Kontakt zum Babylotsen).

Außerdem wird in einer bundesweiten, repräsentativen Fragebogenuntersuchung der Umgang (Art der Diagnostik, Vermittlung, Beratung) mit Risikofaktoren wie PSB und PPD bei Schwangeren und jungen Müttern durch niedergelassene Gynäkologen erhoben und Barrieren, Verbesserungsmöglichkeiten und die Bereitschaft mit Partnern aus dem Bereich Früher Hilfen zu kooperieren, aus Sicht der Frauenärzte erfasst.

2.4.2 Einzelfragestellungen der Evaluation

Im Rahmen der Evaluation soll untersucht werden, in welcher Form und in welchem Umfang eine Adaptation des Programms „stationärer Babylotse" an die Praxis niedergelassener Gynäkologen erreicht werden kann. Ziele der formativ angelegten Evaluation sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Einzelfragestellungen der Prozess- und Wirksamkeitsevaluation:

Risikoinventar	• die Anpassung des im stationären Babylotsen verwendeten Risikoinventars an das ambulante Setting (Schwangere füllt den Bogen selbstständig aus). • Bestimmung des sinnvollsten Zeitpunktes zur Ausgabe des Risikoinventars
Clearing / Falldokumentation	• die Überarbeitung der für das stationäre Setting entwickelten Instrumente zur Adaption an das ambulante Setting
Touchpoints	• Anpassung der Zeitpunkte der Telefonkontakte nach der Geburt (Touchpoints) • Evaluation des Inhaltes der Touchpoints
Akzeptanz und Bewertung	• Prüfung der Akzeptanz, Bewertung und Verbesserungen des Babylotsen-Projektes aus Sicht aller beteiligten Akteure: Mütter, Gynäkologen, Arzthelferinnen und Babylotsen
Wirksamkeitsanalyse	• Zweimalige Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung der Schwangeren bzw. Mutter in der späten Schwangerschaft und zum ersten Geburtstag des Kindes
Repräsentative, bundesweite Erhebung in gynäkologischen Praxen	• Bundesweite, repräsentative Befragung niedergelassener Gynäkologen zur Versorgungssituation und zum Umgang mit risikobelasteten Schwangeren/jungen Müttern in der eigenen Praxis

2.4.3 Ablauf und Beteiligte der Evaluation

Der Ablauf der Evaluation in schematisch in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Ablauf der evaluativen Begleitung des „ambulanten Babylotsen Hamburg“

SWE= Selbstwirksamkeitserwartung; EPDS = Edinburgh Postnatale Depression Skala; EV = Einverständniserklärung; BL= Babylotse

© Pawils, S.; Wendt, C.; Metzner, F., 2013

Falldokumentationen:

Für jede Familie, die in der Hauptphase der Evaluation am Modellprojekt " ambulanter Babylotse Hamburg " teilnimmt, wird eine von der Babylotsin und dem UKE entwickelte Falldokumentation angelegt:

- Basisdokumentation: soziodemographische Daten der Mutter, des Vaters, des Kindes
- Einverständniserklärung der (zukünfitigen) Mutter
- Risikobogen der (zukünfitgen) Mutter
- Clearing-Bogen
- Bedarfseinschätzung (was, warum), Fallkategorisierung (Clearing, Beratung, Kurzfall, Intensivfall)
- Überleitungsbogen: wann, wohin, mit wem vereinbart
- Monitoringbogen: Teilnahme, Dauer, Abbruch, neuerlicher Beratungsbedarf
- Verlaufsbogen: Art, Anzahl und zeitlicher Aufwand der Interventionen

- Fallabschluss: Grund, Hauptproblembereiche, Belastungsgrad, Hilfebedarf, Inanspruchnahme

Akteursbefragung:
Es wurden die Babylotsen, teilnehmenden Gynäkologen, Arzthelferinnen und Mütter befragt. Die Befragung der Babylotsen, der Arzthelferinnen und der Eltern erfolgte mit Hilfe eines jeweils für die Zielgruppe entworfenen Interviewleitfadens. Die Babylotsen und Arzthelferinnen bewerteten die Akzeptanz und Praktikabilität des Projektes und der Risikoinventare sowie Schwierigkeiten bei der Umsetzung des „ambulaten Babylotsen Hamburg". Die Arzthelferinnen und Frauenärzte wurden außerdem zur Möglichkeit der Umsetzung des Projektes ohne Sonderzahlung der MFA und zur Arztbetiligung befragt. Die telefonische Befragung der Mütte umfasste Angaben zur aktuellen Lebenssituation, zur Akzeptanz des Projektes, zur Bewertung der Hilfeleistung, der Touchpoints und der Risikoinventare und wurde im September und Oktober 2013 durchgeführt. Alle Befragungen enthielten Items mit offenen Antwortmöglichkeiten (Freitext) und mit Bewertungen auf Rating-Skalen. Zusätzlich sollte an die Mütter der Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) in der Spätschwangerschaft und zum 1. Geburtstag des Kindes und die Edinburgh Postnatale Depression Scale (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) sechs Wochen nach der Geburt ausgeteilt werden.

Bundesweite Befragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Umgang mit psychosozial belasteteten Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Anfang 2013 wurde erstmalig eine repräsentative, randomisierte Fragebogenuntersuchung mit niedergelassenen Gynäkologen zu ihrem Umgang mit postpartaler Depression und psychosozialen Belastungsfaktoren in der Schwangerschaft durchgeführt. Nach einem Pretest in fünf Hamburger Praxen fand die postalische Fragebogen-Erhebung in zwei Befragungswellen statt. Die repräsentative Stichprobe wurde zufällig aus der Grundgesamtheit von n=9823 Adressen niedergelassener Gynäkologen in Deutschland gezogen und umfasste n=3000. Die Rücklaufquote betrug 35%, sodass n=1035 Fragebögen ausgewertet werden konnten. Der Fragebogen erfasste folgende Bereiche: Angaben zur Praxis und Person, Diagnostik und Umgang mit einer PPD, Diagnostik und Umgang mit PSB in der Schwangerschaft, system- und patientenbezogene Hindernisse bei der Beratung, Bewertung der subjektiven eigenen Zuständigkeit und der Versorgungssituation für Patientinnen mit einer PPD oder PSB, Verbesserungsvorschläge und Kooperationsbereitschaft mit Hilfsangeboten.

Der Zeitplan der Evaluation in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3: Zeitplan der Evaluation

	2012				2013			
Quartal	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
Adaptionen ans ambulante Setting								
Praxenmix und –auswahl								
Risikoinventar und Clearingbogen								
Falldokumentation								
Prüfung der Touchpoints								
Akzeptanzprüfung Einführungsphase								
Gynäkologen-Befragung (Pre-Test)								
Zwischen-Befragung der Babylotsen								
Zwischen-Befragung Modellpraxen								
Zwischenbewertung und -bericht								
Akzeptanzprüfung nach Einführung								
1. Elternbefragung								
2. Befragung der Babylotsen								
2. Befragung der Modellpraxen								
Wirksamkeitsprüfung								
Elternbefragung (Selbstwirksamkeit)								
Bundesweite Befragung niedergelassener Gynäkologen								
Datenauswertung und Abschlussbericht								

2.4.4 Methodische Umsetzung der Evaluation

Die Babylotsen haben für alle auffälligen Schwangeren, mit denen es von Seiten der Babylotsen mindestens einen telefonischen Kontaktversuch gab, Fallakten angelegt. Von diesen wurden diejenigen, die einer Evaluation durch das UKE zugestimmt haben, im Gebäude der Stiftung SeeYou in die Statistik- und Analyse-Software SPSS übertragen. Ebenfalls in SPSS eingegeben und analysiert wurden die Daten aus der telefonischen Mütterbefragung, der Befragung der Arzthelferinnen, der Babylotsen und der Gynäkologen.

Bei allen Testungen wurde die Signifikanzgrenze auf das 5%-Niveau festgelegt, d.h. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq .01$ wird als hoch signifikant (**) und $p \leq .05$ als signifikant (*) interpretiert. Mit „n.s." werden Ergebnisse gekennzeichnet, die nicht signifikant wurden. Zur statistischen Auswertung wurden die Daten deskriptiv anhand von absoluten und prozentualen Fallzahlen, Mittelwerten, Standardabweichungen und Spannweiten (range)

beschrieben. Zur Vorhersage von binären Kriterien wurden logistische Regressionen mit metrischen, binären und Dummy-kodierten kategorialen Variablen durchgeführt und die Effektstärke Odds-Ratio angegeben. Mithilfe der Odds-Ratios lassen sich die Wahrscheinlichkeitsverhältnisse des Auftretens eines Ereignisses gegenüber dem Nichtauftreten eines Ereignisses (Chancen) darstellen. Gruppenunterschiede wurden entsprechend der gegebenen Voraussetzungen mittels t-Test oder Chi-Quadrat-Test untersucht.

2.5 Instrumente und Adaptation der Instrumente

Die Adaptation der Instrumente erfolgte bis September 2012 und im Rahmen der formativen Evaluation abermals im Juli 2013. Dabei wurden die Instrumente den Erfordernissen des ambulanten Settings und den Besonderheiten hinsichtlich des Datenschutzes vom UKE in enger Kooperation mit der Babylotsin angepasst.

Risikoinventar

Um das Vorliegen von Risikofaktoren zu erkennen, soll das Risikoinventar Wilhelm als Screeningbogen an alle schwangeren Patientinnen in der Praxis ausgeteilt werden. Das Risikoinventar umfasst 13 Risikofaktoren. Er wurde im Vorgängerprojekt, dem „stationären Babylotsen“ auf Grundlage der Mannheimer Längsschnittstudie und unter Berücksichtigung empirisch belegter Risikofaktoren entwickelt und im Rahmen der formativen Projektevaluation um relevante Risikofaktoren (z.B. vater-bezogene Faktoren) ergänzt. Die Inhaltsvalidität wurde in der Vorgängerstudie erfolgreich belegt, indem die prozentuale Übereinstimmung der im Screening genannten Risikofaktoren mit den Hauptproblembereichen, die durch die Babylotsen nach dem Clearing bewertet wurden, untersucht wurde. Die Effizienz gibt dabei an, wie viele richtig positive und richtig negative übereinstimmende Fälle zwischen Risikoinventar und Hauptproblembereich laut Babylotsen für die Risikocluster in Relation zur Gesamtzahl der Fälle vorliegen. Die Effizienz des Risikoinventars lag für die gebildeten Risikocluster zwischen 60-91%. Um den besonderen Datenschutzrichtlinien in einer Arztpraxis mit vielen beteiligten Personen Rechnung zu tragen, wurde nach Rücksprache mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten der Risikoinventarbogen so überarbeitet, dass er durch die Patientin selbst ausgefüllt werden kann. Der Patientin steht es frei, den behandelnden Gynäkologen oder die Arzthelferinnen miteinzubeziehen. Des Weiteren wurde der Bogen so verändert, dass er sowohl vor als auch nach der Geburt zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten ausgeteilt werden kann und für alle Messzeitpunkte relevante Informationen enthält. Die aktuelle Fassung ist dem Anhang zu entnehmen. Der Risikoinventarbogen wurde durch ein professionelles Übersetzungsbüro in Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch übersetzt und wird in den teilnehmenden Praxen seit Dezember 2012 bereitgestellt.

Clearingbogen

Der Clearingbogen, der bereits im Rahmen der Evaluation des „stationären Babylotsen“ in Richtung eines Clearingleitfadens verändert wurde, wurde in Zusammenarbeit mit der

Babylotsin erneut hinsichtlich seiner Praktikabilität sowie der Erfassung einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das ambulante Setting angepasst.

Falldokumentation

Die Falldokumentation, die relevante Informationen für die Arbeit der Babylotsen und für die Evaluation enthält, wurde inhaltlich und formal an das ambulante Setting angepasst. Eingefügt wurden beispielsweise Items für die Risikoeinschätzung zur Kindeswohlgefährdung, eine Kategorisierung der Fälle und neue Abschnitte zur Dokumentation der Gespräche zu den Touchpoints. Änderungen oder Kürzungen erfolgten insbesondere bei den soziodemographischen Items und den Monitoringbögen.

Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS)

Die EPDS (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) ist ein international etablierter, standardisierter Fragebogen zur Diagnostik von Depressionen bei Müttern nach der Geburt. Die EPDS wird sechs Wochen nach der Geburt zusammen mit dem 3. Risikoinventar an die Mutter ausgegeben. Um möglichst viele Mütter hinsichtlich einer Postpartalen Depression untersuchen zu können, wurde der Bogen auch in den Sprachen Englisch, Französisch, Russisch und Türkisch ausgegeben. Dazu wurde auf bereits vorliegende validierte Übersetzungen zurückgegriffen oder diese durch ein Übersetzungsbüro anfertigen lassen.

Fragebogen zur Selbstwirksamkeit (SWE)

Der Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wird als Maß für die Wirksamkeit des Projektes „ambulanter Babylotse Hamburg“ dienen. Der Fragebogen zur SWE liegt in 27 Sprachen vor und weist zufriedenstellende Gütekriterien auf (Schwarzer & Jerusalem, 1999; Schwarzer, Mueller & Greenglass, 1999). Der Fragebogen zur SWE wurde bereits als Wirksamkeitsmaß in dem Modellprojekt Früher Hilfen „FrühStart - Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt“ eingesetzt (Aylerle, Luderer & Behrens, 2010). Der Fragebogen zur SWE wird im 2. Trimester zusammen mit dem 2. Risikoinventar und zum 1. Geburtstag des Kindes an die Mutter ausgegeben. Der aus 10 Items bestehende Fragebogen wurde um drei projektspezifische Fragen zur Bereitschaft der Frauen, externe Unterstützung anzunehmen ergänzt. Die notwendigen Übersetzungen wurden durch ein Übersetzungsbüro übernommen.

3 Evaluationsergebnisse

3.1 Datengrundlage

Eingangs soll die Datengrundlage der einzelnen Aspekte der Evaluation des „ambulanten Babylotsen“ in Tabelle 3 dargestellt und anschließend kurz beschrieben werden.

Tabelle 3: Datengrundlage: Anzahl an Risikoinventaren, Fallakten und befragten Akteuren

Datenerhebung	n	%
Rücklauf Risikoinventare	483	65-90*
davon unauffällig	251	52
davon auffällig	232	48
Fallakten mit Zustimmung zur Evaluation**	166	
Selbstwirksamkeitsfragbogen	190	
davon Messzeitpunkt I	190	100
davon Messzeitpunkt II	0	0
Edinburgh Postnatal Depression Scale	16	
Arzthelferinnen (MFA)	6	100
Teilnehmende Gynäkologen	6	100
Babylotsen	3	100
Mütter mit Zustimmung zum telefonischen Interview	190	
davon erreichte Mütter	105	56

Anm.: *geschätzter Anteil an rückläufigen Bögen an allen ausgeteilten Bögen. **Fallakten werden nur für Teilnehmer mit auffälligem Risikoinventar oder Teilnehmerinnen, die durch die Arzthelfer als belastet gemeldet wurden, angelegt.

Die Beschreibungen der Teilnehmerstichprobe bezieht sich auf die rückläufigen Risikoinventare und die n=166 Fallakten (siehe 4.2). Zur Bewertung der Selbstwirksamkeit lagen für den 1. Messzeitpunkt im 2. Trimester der Schwangerschaft n=190 Bögen vor (siehe 4.3.1), für den 2. Zeitpunkt zum 1. Geburtstag des Kindes lag zum Evaluationsende kein Selbstwirksamkeitsfragebogen vor. Zur Auswertung der postpartalen Depression lagen n=16 Bögen vor (siehe 4.3.2). Für die Akteursbefragung konnten alle n=6 Arzthelferinnen (siehe 4.5.1), alle n=6 Gynäkologen (siehe 4.5.3), alle n=3 Babylotsen (siehe 3.5.5) sowie n=105 Mütter (siehe 4.5.7) befragt werden.

3.2 Beschreibung der Teilnehmer anhand der Fallakten

3.2.1 Datengrundlage: Rückläufige Risikoinventare und Fallakten

Der Stichtag für die Auswertung der Falldokumentationen war der 04.09.2013. Der Evaluationszeitraum seit Projektstart (01.09.2012) in den Praxen beträgt somit ein Jahr. Die

Gesamtzahl aller ausgegebenen Risikoinventare konnte nicht ermittelt werden, da die Mehrheit der Praxen nicht dokumentiert hat, wie viele Risikoinventare ausgegeben wurden. Im Evaluationszeitraum haben n=483 Frauen mindestens ein Risikoinventar in der Frauenarztpraxis ausgefüllt und in den Briefkasten der Frauenarztpraxis hinterlegt. Von den rückläufigen Risikoinventaren war der Anteil der auffälligen (48%) und unauffälligen Risikoinventare (52%) in etwa gleich hoch. Die Rücklaufquote ist in den teilnehmenden Praxen unterschiedlich hoch. So hat eine Praxis seit Beginn des Projektes eine konstant niedrige Rücklaufquote an Risikoinventaren (pro Monat 2-6 Bögen), wohingegen aus anderen Praxen bis zu 22 Bögen pro Monat beim Babylotsen eingehen. Der Anteil an rückläufigen Bögen an allen verteilten Bögen kann aufgrund der fehlenden Gesamtzahl aller ausgeteilten Bögen nicht ermittelt werden, wird aber auf 65%-90% geschätzt (ergibt sich aus (1) den Angaben der MFA zur geschätzten Anzahl an insgesamt verteilten Bögen aus n=2 Praxen und den vorliegenden Bögen aus den jeweiligen Praxen und (2) dem geschätzten Rücklauf durch die Arzthelferinnen). Die Anzahl der rückläufigen Risikoinventare hat im Projektverlauf kontinuierlich zugenommen (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4.: Rücklauf Risikoinventare aus allen teilnehmenden Praxen von September 2012 bis zum Stichtag am 4. September 2013*

*Anm.: Für September lagen bis zum Stichtag, dem 04.09.2013 n=27 Risikoinventare vor.

Als Gründe für die anfänglich niedrigen Rückläufe wurden unter anderem die Abwesenheit des zuständigen Personals, fehlende Zeit der MFAs zur Erklärung des Projektes und fehlende fremdsprachige Bögen angegeben. Zur Verbesserung des Rücklaufes wurden die Risikoinventare und die Datenschutzerklärung in weitere Sprachen (Englisch, Russisch, Französisch und Türkisch) übersetzt. Außerdem besteht seit Dezember 2012 für jede der Praxen die Möglichkeit, eine ihrer Arzthelferinnen zusätzlich auf Minijob-Basis bei der Stiftung SeeYou anzustellen. Für jeden ausgefüllten Risikobogen und für die Teilnahme an Teamsitzungen erhalten diese Arzthelferinnen eine zusätzliche Vergütung. Ziel war es, einen festen Ansprechpartner für das Projekt in den Praxen bereitzustellen und die Verantwortlichkeit zu fokussieren. Bis zum Stichtag der Evaluation war in fünf der sechs Praxen mindestens eine

Arzthelferin auf Minijob-Basis bei der Stiftung SeeYou angestellt. In Tabelle 4 ist der Rücklauf der Risikobogen nach teilnehmenden Praxen aufgeschlüsselt.

Tabelle 4: absolute Anzahl und relativer Anteil an rückläufigen Risikoinventaren und Fallakten pro Praxis

Praxis	Beginn	Rückläufige RI		Fallakten	
		n	(%)	n	(%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Firnrohr & Dr. Späth	Sept. 2012	145	(30%)	49	(30%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Wagner I	Sept. 2012	123	(25%)	43	(30%)
Praxis Permien	Sept. 2012	85	(18%)	27	(16%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Bonk & Klein	März 2013	81	(17%)	27	(16%)
Praxis Dr. Winter	Sept. 2012	33	(7%)	11	(13%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Wagner II	Juni 2013	16	(3%)	4	(3%)
Gesamt		**483**		**166**	

Anm.: n=5 Fallakten ohne Angabe der Praxis.

Die Praxis, die als einzige keine MFA auf Minijob-Basis bei der Stiftung SeeYou eingestellt hat, hatte konstant die niedrigste Rücklaufquote an Risikoinventaren (Praxis Dr. Winter, Standort: Horn). Als Gründe werden der hohe Migrationsanteil und kulturelle Probleme, kein Interesse auf Seiten der Frauen und ein zu hoher Aufwand im Praxisalltag genannt.
Als Datengrundlage zur Beschreibung der Stichprobe dienen im Folgenden n=166 Fallakten. Fallakten wurden für alle Frauen angelegt, die ein auffälliges Risikoinventar hatten und zu denen die Babylotsin mindestens einen telefonischen Kontaktversuch hatte. Es lagen n=166 Fallakten vor, bei denen die Teilnehmerinnen einer Evaluation zugestimmt hatten. Zum Stichtag waren alle n=166 (100%) noch in der Nachsorgen durch den Babylotsen, welche regulär am 1. Geburtstag des Kindes endet. Mit n=119 (72%) hatte die Babylotsin bis zum Stichtag bereits ein Clearinggespräch geführt.

3.2.2 Zwischenfazit zu rückläufigen Risikoinventaren

Der Rücklauf der Risikoinventare ist nach Startschwierigkeiten in den letzten Monaten rapide angestiegen und lag am Stichtag, dem 04.09.2013 bei n=487. Dies zeigt, dass nach einer Eingewöhnungsphase der „ambulante Babylotse Hamburg“ in den Frauenarztpraxen erfolgreich implementiert wurde. Fast die Hälfte (48%) der rückläufigen Risikoinventare war auffällig. Damit liegt der Anteil an rückläufigen auffälligen Risikoinventaren höher als im stationären Babylotsenprojekt (dort: 17%). Im Gegensatz zum „stationären Babylotsen“ steht es den Schwangeren frei das Risikoinventar auszufüllen und in den Briefkasten zu werfen. Gegebenenfalls ist der hohe Anteil darin begründet, dass hilfebedürftige Schwangere das Risikoinventar in Erwartung Unterstützung zu bekommen eher ausfüllen als unbelastete Schwangere. Der unterschiedlich hohe Anteil rückläufiger Fragebögen in den Praxen zeigt, dass das Ausfüllen und die Rückgabe der Risikoinventare von der Unterstützung und

Motivation durch die Arzthelferinnen sowie ggf. der monetären Entlohnung der Arzthelferinnen abhängig sind. Dies ist besonders wichtig, da durch das Ausfüllen des Risikoinventars ein Kontakt zum Babylotsen hergestellt und so der Zugang in das Netzwerk weiterer Hilfseinrichtungen ermöglicht wird.

3.2.3 Merkmale der Kinder

Der voraussichtliche Entbindungstermin von n=71 Kindern lag im Zeitraum von Projektbeginn bis Stichtag. Von diesen n=71 Kindern liegen die Daten für n=57 Kindern vor (vgl. Datenband Tabelle 3). Im Durchschnitt waren die Kinder zum Stichtag 7 Monate alt (Spannweite: 2-14 Monate) und zu etwa gleichen Teilen weiblich (54%) und männlich (46%). Das Geburtsgewicht der Kinder lag im Mittel bei 3096 Gramm, wobei es zwischen 1450 und 4590 Gramm variierte. Eine Frühgeburt lag in 2,4% der Fälle vor.

3.2.4 Merkmale der Eltern

Die Stammdaten der Eltern wurden von den Babylotsen während des Clearinggesprächs, welches meistens mit der Mutter bzw. Schwangeren stattfand, dokumentiert. Auf Grund des hohen Zeitaufwandes (Erfragen und Dokumentation) weisen die Angaben vor allem für die Väter hohe Missingraten auf. Angaben zum Alter der Eltern, deren Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund sind in Tabelle 5 dargestellt, alle weiteren Aspekte finden sich in tabellarischer Darstellung im Datenband, Tabellen 4-8.

Tabelle 5: Merkmale der Eltern (N=166)

Alter der Eltern (N=166)		
Alter der Eltern (Jahre im Mittel)		Mutter:
	29	Jahre [Range 16-42]
	11,4%	keine Angabe
		Vater
	31	Jahre [Range 20-43]
	94%	keine Angabe
Staatsangehörigkeit der Eltern (N=851)		
Staatsangehörigkeit		Mutter:
	47,0%	Deutsch
	10,2%	Sonstige
	5,4%	Doppelte Staatsbürgerschaft
	37,3%	keine Angabe
		Vater:
	40,4%	Deutsch
	12,0%	Sonstige
	1,8%	Doppelte Staatsbürgerschaft
	45,8%	keine Angabe

Migrationshintergrund		
Migrationshintergrund		Mutter
	15%	ja
	39%	keine Angabe
		Vater
	12%	ja
	47%	keine Angabe
Aufenthaltsdauer in Deutschland (Jahre im Mittel)	12	Jahre Mutter [Range 0,3-28]
	11	Jahre Vater [Range 2-21]

Die Schwangeren bzw. Mütter, die an einem Clearinggespräch teilgenommen haben, hatten im Durchschnitt ein **Alter** von 29 Jahren (Spannweite 16-42 Jahre). Von den Vätern lag lediglich in 6% der Fälle eine Angabe zum Alter vor: Die Väter waren zum Zeitpunkt des Clearinggespräches mit durchschnittlich 31 Jahren zwei Jahre älter als die Frauen.

Von den werdenden Eltern, zu denen Angaben zur **Staatsangehörigkeit** (vgl. Datenband Tabelle 4) vorlagen, besaßen Dreiviertel der Mütter und Väter die deutsche Staatszugehörigkeit als einzige Staatszugehörigkeit, 9% der Mütter und 2% der Väter besaßen eine doppelte Staatsangehörigkeit und 16% der Mütter und 22% der Väter hatten keine deutsche Staatsangehörigkeit. Davon besaß jeweils 1% der Mütter eine serbische, türkische, afghanische, chinesische, indonesische, polnische oder thailändische Staatsangehörigkeit. Insgesamt kommen die Migrantinnen aus 19 verschiedenen Herkunftsländern. Die Mehrheit der Väter mit Migrationshintergrund hatte die türkische (2%) oder afghanische (1%) Staatsangehörigkeit. Insgesamt stammten die Väter aus 17 verschiedenen Nationen. Der **Aufenthaltsstatus** war bei 4% der werdenden Mütter und bei 5% der Väter ungesichert (befristete Aufenthaltsgenehmigung, Duldung, ungeklärt).

In Bezug auf die **Deutschkenntnisse** (vgl. Datenband Tabelle 5) zeigte sich, dass sich lediglich 2% der Mütter und Väter nicht verbal auf Deutsch verständigen konnten. Für die schriftliche Verständigung zeigte sich ein annähernd gleiches Bild: 1% der Mütter und 2% der Väter konnten sich auf Deutsch schriftlich nicht verständigen.

Die höchsten **Bildungsabschlüsse** (vgl. Datenband Tabelle 6) waren bei Müttern und Vätern eine Lehre / Ausbildung (27% bzw. 23%) oder ein Fachhochschul- oder Universitätsabschluss (8% bzw. 10%). Einen Haupt- oder Realschulabschluss haben 7% der Mütter und 2% der Väter als höchsten Bildungsgrad erworben; und 2% der Mütter und 1% der Väter das Abitur. In 55% aller Fälle wurden keine Angaben zum höchsten Bildungsabschluss der Mutter gemacht, bei den Vätern beläuft sich der Missingwert auf 63%.

Bezogen auf die **Berufstätigkeit** (vgl. Datenband Tabelle 6) zeigte sich, dass ein Viertel der Mütter derzeit nicht erwerbstätig sind. 31% der Mütter hatten ein Beschäftigungsverhältnis. Zu 41% der Mütter und 48% der Väter lagen Angaben zu ihrer beruflichen Situation vor. Bei den Vätern waren 12% nicht erwerbstätig, 1% in Ausbildung und 39% erwerbstätig. Abgaben zum Anstellungsverhältnis wurden nur für die Mütter dokumentiert. Die Mütter übten überwiegend eine Berufstätigkeit als unbefristete (19%) oder befristete (5%) Angestellte aus. 2% der Mütter waren geringfügig beschäftigt und 1% selbstständig arbeitend. Staatliche Unterstützung in

Form von Arbeitslosengeld I/II (ALG I/II), Sozialgesetzbuch II (SGB II) oder Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhielten 18%.

Zum **Risiko- und Gesundheitsverhalten** (vgl. Datenband Tabelle 7) gaben 14% der Mütter an, während der Schwangerschaft zu rauchen. Bei 4% der Mütter und 2% der Väter lag eine körperliche Erkrankung oder Behinderung vor. Es berichteten 10% der Mütter über eine psychische Erkrankung, wobei es sich in der Mehrzahl um Depressionen (5%) und Essstörungen (1%; Binge Eating, Bulimie) handelte. 81% der Mütter mit einer psychischen Störung befanden sich in psychologischer Behandlung oder waren bereits in psychologischer Behandlung. Bei den Vätern lag nur bei n=1 (0,6%) eine psychologische Erkrankung (Depression) vor. Eine Suchtproblematik lag bei keiner der teilnehmenden Mütter und bei 1% der Väter vor, dabei handelte es sich um eine Cannabis- oder Drogenabhängigkeit.

Zur **familiäre Situation** (vgl. Datenband Tabelle 8) lassen sich folgende Aussagen treffen: In der Mehrheit lebten die zukünftigen Mütter in einer festen Beziehung zum Kindsvater (54%) oder einem anderen Partner (1%). 6% der werdenden Mütter waren in keiner festen Beziehung. 48% beurteilten ihre gegenwärtige Beziehung als stabil und ein Zehntel als instabil. Ebenfalls 10% der werdenden Mütter waren alleinerziehend. In 8% der Fälle war keine väterliche Unterstützung vorhanden, dies in den meisten Fällen weil kein Kontakt zum Kindsvater mehr bestand (5%) oder der Kindsvater nicht in Deutschland lebte (4%). Eine hohe Anzahl an Familien lebte in einer problematischen Wohnsituation (27%). Als häufigste Begründungen wurden ein beengter Wohnraum (10%) und verschiedene Haushalte von Kindsmutter und Kindsvater genannt. Auch die finanzielle Situation wurde bei mehr als einem Drittel der Familien als problematisch eingestuft. Ein Zehntel der Familien wurde als sozial nicht integriert eingeschätzt. Die Mehrheit der Familien war gut integriert (52%; schlecht integriert: 5%).

3.2.5 Ergebnisse im Risikoinventar

Die **Punktzahl im Risikoinventar** kann zwischen 0 und 12 Punkten liegen, wobei Mehrfachnennungen einzelner Risikofaktoren möglich sind. Alle Teilnehmerinnen, die in den Risikobogen mindestens einen Risikofaktor angekreuzt haben, wurden durch die Babylotsin kontaktiert. Einige Teilnehmerinnen wurden durch die Arzthelferinnen als belastet gemeldet und daraufhin durch den Babylotsin kontaktiert, auch wenn der Risikobogen unauffällig war (Summenwert=0). Die Ergebnisse in den Risikobogen zu den drei Messzeitpunkten während und nach der Schwangerschaft sind für diejenigen Teilnehmerinnen, für die Fallakten vorlagen, in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Ergebnisse im Risikoinventar zu den drei Messzeitpunkten

Punktzahl (N=166)	t0 (n=90) n (%)	t1 (n=76) n (%)	t2 (n=29) n (%)
0 – 1 Punkte*	53 (59,9%)	48 (63,1%)	21 (72,4%)
2 – 3 Punkte	30 (33,3%)	22 (29%)	7 (24,1%)
4 – 5 Punkte	6 (6,7%)	5 (6,5%)	1 (3,4%)
6 Punkte	1 (1,1%)	1 (1,3%)	- -
Risikoinventar (Mittel)	1,5 [Range 0-6]	1,4 [Range 0-6]	1,0 [Range 0-6]

Anm.: *Einige Teilnehmerinnen mit unauffälligem Risikobogen (Summenwert=0) wurden durch Arzthelferinnen als belastet gemeldet.

Im Erhebungszeitraum lagen für die n=166 Fällen insgesamt 195 Risikobögen vor, wobei n=90 für das 1. Trimester (t0), n=76 für das 2. Trimester (t1) und n=29 für die 6. Woche nach der Geburt des Kindes (t2) vorlagen. Im Mittel wurden 1,4 Risikofaktoren über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg angegeben. Bei keiner Teilnehmerin zeigten sich mehr als sechs Risikofaktoren. Tabelle 7 zeigt die Häufigkeiten der auffälligen Faktoren im Risikoinventar. Die Datengrundlagen bildeten n=76 (t0), n=55 (t1), n=18 (t2) Risikoinventare von den Teilnehmerinnen, die im Risikoinventar einen Summenwert von größer gleich 1 erzielten. In Tabelle 7 sind die Bereiche der Belastungs-/Risikofaktoren der Schwangeren (t0, t1) und jungen Mütter (t2) dargestellt.

Tabelle 7: Risikofaktoren zum 1.-3. Messzeitpunkt

Auffällige Faktoren im Risikoinventar	t0 (n=121)		t1 (n=90)		t2 (n=32)	
	n (%)	Missing in %	n (%)	Missing in %	n (%)	Missing in %
Sozio-ökonomische Situation	49 (40,4%)	3,3	26 (28,9%)	5,6	9 (28,0%)	3,1
Sonstige Umstände	42 (34,7%)	39,3	28 (31,1%)	10	6 (18,8%)	-
Psychosoziale Faktoren	33 (27,3%)	5,0	17 (18,9%)	6,7	4 (12,5%)	-
Psychische Erkrankung (Mutter)	29 (24,0%)	0,8	17 (18,9%)	1,1	7 (21,9%)	-
Kindsmutter raucht	28 (23,1%)	0,8	20 (22,2%)	1,1	7 (21,9%)	-
Alkohol- oder Drogenkonsum (Vater)	15 (12,4%)	1,7	6 (6,7%)	4,4	2 (6,3%)	-
Keine Unterstützung / sprachliche Schwierigkeiten	14 (11,6%)	7,4	14 (15,6%)	5,6	1 (3,1%)	3,1
Alter des Vaters ≤18 J.	5 (4,1%)	2,5	1 (1,1%)	1,1	4 (12,5%)	-
Psychische Erkrankung (Vater)	3 (2,5%)	2,5	1 (1,1%)	4,4	2 (6,3%)	0

Zwillinge erwartet	2 (1,7%)	8,3	4 (4,4%)	-	1 (3,1%)	3,1
Alter der Mutter ≤18 J.	2 (1,7%)	0,8	2 (2,2%)	-	2 (6,3%)	-
Alkohol- oder Drogenkonsum (Mutter)	1 (0,8%)	-	1 (1,1%)	-	2 (6,3%)	-
Frühgeburt					4 (12,5%)	3,1

Am häufigsten wurde die *sozioökonomische Situation* (40%)[1] als **Risikofaktor** benannt, sowohl zu den beiden Messzeitpunkten während der Schwangerschaft als auch sechs Wochen nach der Geburt des Kindes. Mit diesem Risikofaktor wurde nach Belastungen durch Arbeitslosigkeit, finanziellen Sorgen, schwieriger Wohnsituation und fehlender Krankenversicherung gefragt. Die Risikofaktoren *sonstige belastende Umstände* (35%), Belastungen durch *psychosoziale Faktoren* (27%; Konflikte mit dem Partner, ungewollte Schwangerschaft, Probleme bei der Alltagsbewältigung), eine *psychische Erkrankung* (24%) und *Rauchen* (23%) wurden ebenfalls zu allen Messzeitpunkten von mehr als einem Fünftel der Teilnehmerinnen angegeben (Ausnahme: Belastung auf Grund psychosozialer Faktoren zu t2). Sonstige belastende Umstände wurden näher spezifiziert und umfassen zum 1. Messzeitpunkt v.a. Belastungen durch Arbeit oder Arbeitslosigkeit (5%), schwere Erkrankung eines Familienangehörigen oder der Teilnehmerin selbst (4%), Überforderung mit der Schwangerschaft (4%), die Unvereinbarkeit von Schwangerschaft und gegenwärtiger Ausbildung (3%), die Wohnungssituation oder finanzielle Sorgen (2%) und Konflikte mit der Familie (2%; siehe Datenband Tabelle 11). Als psychische Erkrankung wurden zum 1. und 2. Messzeitpunkt am häufigsten Depression (t0: n=9, 7%; t1: n=6, 7%; t2: n=3, 9%), Essstörungen (t0: n=2, 1%; t1: n=3, 2%; t3: n=0) und Burnout (t0: n=3, 2%; t1: n=2, 1%; t3: n=0) genannt. Außerdem wurden Angststörung, ADHS, PTBS, Schmerzerkrankung und Zwangsstörung angegeben (siehe Datenband Tabelle 11).

3.2.6 Clearing, Fallkategorisierung und Verlaufsdokumentation

Bei n=86 Schwangeren kam es nach der Abgabe des ersten Risikoinventars (t0) zu einem **Clearing**. Bei n=28 Schwangeren kam es nach der Abgabe des Risikoinventars im 2. Trimester der Schwangerschaft (t1) zum 1. Clearing (davon war bei n=2 das Risikoinventar zu t0 unauffällig gewesen und bei n=26 war das Risikoinventar zu t1 das erste, das sie erhalten hatten) und bei einer Mutter kam es nach dem Risikoinventar zum 3. Erhebungszeitpunkt (t2) zum ersten Clearing (die vorangegangenen Risikoinventare waren unauffällig). Das Clearing wurde in Räumen der kooperierenden Frauenarztpraxen oder am Wohnort der Teilnehmerinnen durchgeführt. Die N=115 Clearings dauerten im Durchschnitt 48 Minuten (Spannweite: 3-150 Minuten). An allen Clearings nahm die Schwangere bzw. Kindsmutter teil (n=115, 100%). An n=26 Clearings nahm mindestens noch eine weitere Person teil, an n=2 Clearings nahmen drei Personen teil. Bei den weiteren Anwesenden handelte es sich vor allem um den Ehemann bzw. Partner (n=19) oder weitere Familienangehörige (n=5).

[1] Prozentangaben beziehen sich auf t0.

Auf der Grundlage des Clearinggespräches wurde eine **Fallkategorisierung** durch die Babylotsen ermittelt, die sich nach dem Unterstützungsbedarf der werdenden Mutter richtete (vgl. Datenband Tabelle 12). Wie in Abbildung 5 veranschaulicht, wurden die Fälle dabei unterschieden in: Clearing (12%), Beratung (47%), Kurzfall (18%) und Intensivfall (5%) In der absoluten Mehrheit der Fälle (66%) bestand Unterstützungsbedarf, der mindestens eine Beratung umfasste. 18% der Teilnehmerinnen mit einem auffälligen Risikoinventar konnten im Rahmen der drei telefonischen Kontaktversuche und dem Versand einer Erinnerungskarte nicht erreicht werden.

Abbildung 5: Anteil der Teilnehmerinnen nach Fallkategorie

Anm.: zu n=13 (8%) Fallakten liegt keine Falleinteilung vor.

In 48% der Fälle nahm die Babylotsin auf Grund eines auffälligen Screeningergebnis Kontakt zu der werdenden Mutter auf, in 6% der Fälle auf Grund gemeldeter Auffälligkeiten durch Praxismitarbeiter und in 5% auf Grund der Meldung durch Praxismitarbeiter und einem auffälligem Screeningergebnis (Missing 40%). Das Clearing dauerte im Mittel 49 Minuten (Spannweite: 3-150 Minuten; Tabelle 10; am Ende des Kapitels). Die Dauer des Clearings nahm mit der Fallintensität zu. So lag die Dauer im Mittel bei 24 Minuten, wenn kein weiterer Beratungsbedarf vorhanden war und im Mittel bis zu 69 Minuten, wenn ein Intensivfall vorlag (Tabelle 10). Bei 36% war nach dem Clearing- bzw. Beratungsgespräch kein weiterer Unterstützungsbedarf vorhanden. Als häufigster Grund hierfür wurde die Absicherung durch das familiäre, soziale Netzwerk oder einer Nachsorgehebamme (16%) angegeben. In 8% der Fälle war der Grund für Auffälligkeiten im Risikoinventar unklar und bei 12% wurde kein spezifischer Grund durch den Babylotsen genannt. Ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung lag im Anschluss an das Clearing in keinem Fall vor (siehe Datenband Tabelle 13).
Die **Gesamtzahl der Überleitungen** über alle Teilnehmerinnen hinweg betrug 240, wobei sie pro Teilnehmerin zwischen 0-7 variierte (Mittelwert 2,5). Von den 166 Teilnehmerinnen wurden 96 (58%) in mindestens eine Hilfseinrichtung übergeleitet, davon 76 (46%) Teilnehmerinnen in mindestens zwei Hilfseinrichtungen (Tabelle 8).

Tabelle 8: Anzahl der Überleitungen pro Fall und Einrichtungen

Anzahl der Überleitungen	
Keine Überleitung	42% (70)
Überleitung	58% (96)
davon 1 Überleitung	14% (23)
2 Überleitungen	21% (34)
3 Überleitungen	13% (22)
4 Überleitungen	5% (9)
>4 Überleitungen	5% (8)
Gesamtanzahl an Überleitungen	**240**
Einrichtung	
Einrichtung, in die Überleitung erfolgte	
▪ Hebamme	18% (42)
▪ Elternschule	16% (38)
▪ Familienplanungszentren	9% (22)
▪ Kinderarzt	7% (16)
▪ Beratungsstellen	9% (15)
▪ Familienhebamme	6% (11)
▪ Familiennetzwerk	4% (10)
▪ Kinder-Familien-Zentrum	4% (9)
▪ wellcome	4% (9)
▪ Schwangerschaftsberatung	3% (8)
▪ Eltern-Kind-Zentrum	3% (7)
▪ von anfang an	3% (6)
▪ Familienbildungsstätte	2% (5)
▪ Allgemeiner Sozialer Dienst	2% (4)
▪ Diakonisches Werk	2% (4)
▪ Kitas und Tagesmütter / Omas Hilfsdienst	2% (4)
▪ Sonstiges*	9% (21)

*Darstellung der Nennungen unter Sonstiges siehe Datenband Tabelle 14.

Am häufigsten wurde zu einer zu Hebammen (n=42), zur Elternschule (n=38), Familienplanungszentren (n=22), zu einem Kinderarzt (n=16) und Beratungsstellen (n=13) übergeleitet, wobei es sich bei den Beratungsstellen um Migrations-, Paar-, Frauen- oder Erziehungsberatung handelte. In der Mehrzahl der dokumentierten Überleitungen (87%) berät die Babylotsin über bedarfsgerechte Angebote und gibt Informationsmaterial aus, in 10% der Fälle berät sie nur zu bedarfsgerechten Angeboten und in 3% gibt sie nur Informationsmaterial weiter. In der Mehrheit der erfassten Überleitungen wurde zwischen der Mutter und der Babylotsin vereinbart, dass die Kontaktherstellung und Terminvereinbarung mit der Hilfseinrichtung durch die Mutter erfolgt (85%). In 6% der Fälle leitete die Babylotsin die Kontaktdaten der Mutter an die Einrichtung weiter, welche die Mutter daraufhin kontaktierte und in 5% der Fälle machte die Babylotsin einen Termin für die Mutter mit der

Hilfseinrichtung aus (in 4% der Fälle war das Vorgehen nicht spezifiziert). Das Monitoring, ob eine Überleitung erfolgreich gewesen ist, wurde durch die Babylotsen unterschiedlich gehandhabt: Wenn bei Fällen der Kategorie Beratung eine Überleitung erfolgte, dann fand das Monitoring im Rahmen der Touchpoints statt. Bei Kurz- oder Intensivfällen wurde in einigen Fällen vor den Touchpoints durch einen Anruf bei der Teilnehmerin überprüft, ob die Überleitung erfolgreich war. In einigen Fällen ist durch die persönliche Begleitung zur Einrichtung oder durch die Kontaktherstellung zur Einrichtung durch den Babylotsen sichergestellt, dass die Überleitung erfolgreich war. Eine Dokumentation dazu, ob ein Kontakt zur Hilfseinrichtung tatsächlich hergestellt wurde, lag nur für 9% aller Überleitungen vor (davon 90% mit und 10% ohne Kontaktherstellung), wodurch für 1,2% aller Überleitungen dokumentiert ist, dass ein Kontakt zwischen der Mutter und der Hilfseinrichtung nicht erfolgreich hergestellt werden konnte.

Die **Anzahl der Kontaktaufnahmen** pro Fall lag zwischen 0 und 23. Im Mittel kam es zu 2,0 Kontakten durch den Babylotsen pro Fall. Der Zeitaufwand durch die Kontakte exklusive Clearing- bzw. Beratungsgespräch lag im Mittel bei 15 Minuten und variierte von 0-380 Minuten pro Fall. Insgesamt wurden 334 Kontakte dokumentiert, wovon für n=274 Angaben über die Einordnung der Kontaktaufnahme sowie über die Ansprechpartner bei Kontaktherstellung vorliegen (Missing 18%), die in Tabelle 9 dargestellt sind.

Tabelle 9: Einordnung der Kontaktaufnahme, Einrichtungen und Person, mit denen Kontakt aufgenommen wurde (N=274)

Klassifizierung der Kontaktaufnahme (n=274)	
Telefonisch	59% (161)
Bitte um Rückruf	15% (42)
Nicht erreicht	11% (29)
Brief, Mail oder SMS	4% (11)
Externer Besuch / Hausbesuch	2% (5)
In der gynäkologischen Praxis	1% (3)
Keine Angabe	8% (22)
Ansprechpartner	
Mutter	62% (169)
Familiennetzwerk/Familienplanzentrum	4% (12)
Ehemann oder Partner	3% (8)
Hebamme	3% (8)
Kinderkrankenschwester	1% (4)
Familienhebamme	1% (4)
Medizinische Fachangestellte (MFA)	1% (3)
Arzt	0,7% (2)
Arbeiter-Samariter-Bund (ASD)	0,7% (2)
Schuldnerberatung	0,4% (1)
Gesamte Familie	0,4% (1)
Sonstige	14% (36)
Keine Angabe	9% (24)

Themen	
Clearing zur aktuellen Situation	43% (118)
Koordination der am Fall Beteiligten	17% (46)
Beratung und Information	16% (45)
Gesundheitszustand des Kindes	2% (6)
Kollegialer Austausch	1,5% (5)
Begleitung	1% (3)
Keine Angabe	18% (51)

Kontaktaufnahmen umfassten Kontakte mit Mutter (62%) sowie mit weiteren am jeweiligen Fall beteiligten Einrichtungen wie dem Familienplanungszentrum (4%) und Beteiligten wie dem Ehemann/Partner (3%), Hebamme (3%) oder der Kinderkrankenschwester (1%). Unter die Kategorie sonstige (14%) fielen vor allem konkrete, namentlich genannte Ansprechpartner aus dem Kooperationsnetzwerk der Babylotsen. Am häufigsten erfolgte die Kontaktaufnahme telefonisch (59%). Erfolglose Kontaktversuche (Bitte um Rückruf oder nicht erreicht) lagen in 26% der dokumentierten Fälle vor. Zu einer Kontaktierung per SMS, Mail oder SMS (4%) sowie zu einem Hausbesuch (2% oder ein Besuch in der Frauenarztpraxis (1%) kam es selten. Bei der Kontaktierung ging es hauptsächlich um ein Clearing der aktuellen Situation (43%). Einen hohen Anteil hatten ebenfalls die Koordination der am Fall Beteiligten (17%) und die Aufgabe von Beratung und Informationsweitergabe (16%). Die Anzahl und Dauer der Kontakte insgesamt wird durch die Analysen unterschätzt und liegt real höher, da die Babylotsen im Rahmen der formativen Evaluation erst später begonnen haben, jegliche Kontaktversuche regelmäßig in den Verlaufsbögen zu dokumentieren.
Wie in Tabelle 10 ersichtlich zeigt sich hinsichtlich der **Fallkategorisierungen**, dass mit höherer Fallintensität der Zeitaufwand im Clearing, die Anzahl der Überleitungen und Kontakte sowie der Zeitaufwand für die Kontakte zunahmen.

Tabelle 10: Dauer des Clearing, Anzahl der Überleitungen, Anzahl der Kontakte und Zeitaufwand für die Kontakte in Abhängigkeit zur Fallkategorisierung

Falleinteilung		Zeitdauer Clearing (Min.)		Anzahl der Überleitungen		Anzahl der Kontakte		Aufwand Kontakte (Min.)	
	n (%)	Mittel	range	Mittel	range	Mittel	range	Mittel	range
Clearing	19 (12,4 %)	15	5-35	-	-	1,0	0-3	6	0-27
Beratung	72 (47,4 %)	50	10-90	2,6	1-7	1,3	0-13	8	0-71
Kurzfall	27 (17,6 %)	58	20-150	2,4	1-4	4,2	0-14	30	0-138
Intensivfall	7 (4,6%)	69	50-110	3,4	1-6	8,2	2-23	130	20-380
Kein Kontakt	28 (18,3%)	-	-	-	-	0,4*	0-4	1,3*	0-10

Anm.: * Bei Fällen der Gruppe „Kein Kontakt" können dennoch Kontaktversuche und dadurch Zeitaufwand für die Kontaktversuche vorliegen.

3.2.7 Soziodemografische Merkmale in Abhängigkeit von der Fallkategorie

In Tabelle 11 sind die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmer nach Fallkategorie eingeteilt dargestellt. Die Angaben werden in % dargestellt, aber wegen der ungleich verteilten Fallanzahlen und Missingraten nicht mittels Chi-Quadrat-Test auf Gruppenunterschiede getestet. Es zeigt sich, dass rund ein Viertel der Mütter, die als Beratung oder Kurzfall kategorisiert wurden, keine deutsche Staatsbürgerschaft bzw. eine doppelte Staatsbürgerschaft besitzen. Bei der Kategorie Intensivfall trifft dies auf fast die Hälfte aller Väter zu. Mütter aus der Kategorie Beratung hatten prozentual häufiger einen höheren Bildungsabschluss als Mütter aus den Kategorien Kurzfall und Intensivfall. Der prozentuale Anteil an erwerbslosen Müttern und Vätern steigt mit zunehmender Fallintensität an. Eine gemeinsame Elternschaft liegt in der Mehrheit der Fälle vor. Alleinerziehende Mütter finden sich vor allem in den Kategorien Kurzfall (33%) und Intensivfall (29%). Die Wohnsituation und die finanzielle Situation werden mit zunehmender Fallkategorie prozentual häufiger als problematisch eingeschätzt.

Tabelle 11: Soziodemografische Daten der Mütter und Väter nach Fallkategorie

	Clearing n=19	Beratung n=72	Kurzfall n=27	Intensivfall n=7
Alter der Mutter (in Jahren)	M=30,7 (SD=6,4)	M=28,9 (SD=5,5)	M=27,8 (SD=5,5)	M=29,3 (SD=4,2)
Staatsangehörigkeit Mutter (%)				
deutsch	16	68	63	71
sonstige/doppelte Staatsbürgerschaft	5	24	23	14
keine Angabe	79	8	15	14
Staatsangehörigkeit Vater (%)				
deutsch	16	61	63	29
sonstige	-	21	19	43
keine Angabe	84	18	19	29
Höchster Schulabschluss Mutter (%)				
keinen Abschluss	-	3	4	-
Hauptschule	-	2	4	14
Realschule	-	7	7	14
Abitur	5	4	-	-
Lehre / Ausbildung	-	47	26	-
FH- / Universitätsabschluss	-	12	7	-
keine Angabe	95	25	52	71
Erwerbstätigkeit Mutter (%)				
erwerbstätig	5	57	19	29
nicht erwerbstätig	-	25	56	71
in Ausbildung	5	4	4	-
keine Angabe	90	11	22	-

Höchster Schulabschluss Vater (%)				
keinen Abschluss	-	1	-	-
Hauptschule /Realschule	-	1	11	-
Abitur	5	-	-	14
Lehre / Ausbildung	-	38	30	14
FH- / Universitätsabschluss	-	18	4	-
keine Angabe	95	41	56	71
Erwerbstätigkeit Vater (%)				
erwerbstätig	11	67	30	14
nicht erwerbstätig	-	10	37	43
in Ausbildung	-	2	8	-
keine Angabe	89	19	26	43
Elternschaft (%)				
gemeinsame Elternschaft	5	81	63	71
Mutter alleinerziehend	-	11	33	29
keine Angabe	95	8	25	-
Wohnsituation (%)				
unproblematisch	5	54	37	43
problematisch	-	38	44	57
keine Angabe	95	8	19	-
Finanzielle Situation (%)				
ausreichend	5	44	11	14
problematisch	-	47	70	86
keine Angabe	95	8	82	-

3.2.8 Zwischenfazit zu den Fallakten

Zum Stichtag der Evaluation lagen n=166 Fallakten vor, die eine soziodemografische Beschreibung der Teilnehmer ermöglichen: Die Teilnehmerinnen waren durchschnittlich 29 Jahre alt (Spannweite: 16-42 Jahre). 16% der Mütter und 22% der Väter besaßen keine deutsche Staatsangehörigkeit. Die höchsten Bildungsabschlüsse waren in der Mehrheit eine Lehre / Ausbildung oder ein Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. 10% waren alleinerziehend, wobei sich alleinerziehende Mütter vor allem in den Kategorien Kurzfall (33%) und Intensivfall (29%) wiederfanden. Anhand der Risikofaktoren im Risikoinventar zeigt sich, in welchen Gebieten die meisten Belastungen für die Schwangeren vorliegen. Als häufigster Risikofaktor wurde zu allen Messzeitpunkten die sozioökonomische Situation (40%) angegeben. Weitere häufig auftretende Risikofaktoren waren: sonstige belastende Umstände, Belastungen durch psychosoziale Faktoren, eine psychische Erkrankung und Rauchen in der

Schwangerschaft bzw. nach der Geburt des Kindes. Aus den Fallakten geht hervor, dass bei 10% der Mütter eine psychische Erkrankung vorlag (v.a. Depressionen und Essstörungen). Für eine hohe Anzahl an Familien werden die Wohnsituation (27%) und die finanzielle Situation (36%) als problematisch eingeschätzt, dabei steigt der Anteil an einer als problematisch eingeschätzten Situation mit zunehmender Fallkategorie an.
Fast die Hälfte der rückläufigen Risikoinventare war auffällig. Die darauffolgenden Clearings dauerten im Durchschnitt 48 Minuten (Spannweite: 3-150 Minuten). In der absoluten Mehrheit der Fälle (66%) ergab sich im Clearing ein Unterstützungsbedarf, der mindestens eine Beratung umfasste (47% Beratung, 18% Kurzfall und 5% Intensivfall). Zu 18% der Teilnehmerinnen mit einem auffälligen Risikoinventar konnte kein Kontakt hergestellt werden. Die Anzahl an auffälligen Risikofaktoren im Risikoinventar zeigt, dass der Mittelwert dieser Gruppe (2,8) zwischen der Gruppe des Kurzfalls (1,9) und des Intensivfalls (3,5) liegt. In Rücksprache mit den Babylotsen sollte der Zugang zu dieser potentiellen Hochrisikogruppe durch eine größere Bemühung um Kontaktierung verbessert werden.
Die Gesamtzahl der Überleitungen über alle Teilnehmerinnen hinweg betrug 240, wobei sie pro Teilnehmerin zwischen 0-7 variierte (Mittelwert 2,5). Von den 166 Teilnehmerinnen wurden 96 (58%) in mindestens eine Hilfseinrichtung übergeleitet. Am häufigsten wurde zu Hebammen, Elternschulen, Familienplanungszentren, Kinderärzten und Beratungsstellen übergeleitet. In der Mehrheit (85%) der Fälle wurde vereinbart, dass die Mutter den Kontakt zur Einrichtung herstellt. Ob ein Kontakt zwischen einer Hilfseinrichtung und der werdenden Mutter tatsächlich hergestellt wurde, wurde nur für 9% der insgesamt 240 Überleitungen erfasst. Insbesondere die Überprüfung, ob eine Überleitung in das Hilfsnetzwerk erfolgreich gewesen ist, wäre ein wichtiges Maß für die Effizienz für die Arbeit der Babylotsen.
Die Konzipierung des Ablaufs des „ambulanten Babylotsen Hamburg" beinhaltet durch die langfristige Betreuung und regelmäßige Kontaktierung der Teilnehmerinnen einen hohen zeitlichen Arbeitsaufwand für die Babylotsen. Es kam pro Fall zu 0-23 Kontakten außerhalb des Clearing-/ Beratungsgespräches mit einem Zeitaufwand von 0-380 Minuten (Mittel 15 Minuten pro Fall), wobei es vor allem telefonische Clearings zur aktuellen Situation (43%) und der Koordination der am Fall Beteiligten (17%) handelte. Zusätzlich sind der tatsächliche Anteil und Zeitaufwand für Kontaktversuche, bei denen die Teilnehmerin oder Beteiligte nicht erreicht wurden, als höher einzuschätzen als hier dokumentiert. Mit Fallintensität (Clearing, Beratung, Kurzfall, Intensivfall) nahmen die Dauer des Clearings, die Anzahl der Überleitungen und Kontakte sowie der Zeitaufwand für die Kontakte zu.

3.3 Selbstwirksamkeitserwartung und postpartale Depression

3.3.1 Selbstwirksamkeitserwartung

Der Selbstwirksamkeitsfragebogen wurde von den Babylotsen unabhängig davon, ob die Schwangere einen auffälligen oder unauffälligen Risikobogen hat, aufbewahrt. Für den ersten Messzeitpunkt (t0) lagen n=190 Selbstwirksamkeitsfragebögen vor. Der Mittelwert über alle Fragebogen betrug M=32,44 (SD=5,1). Von diesen Bogen konnten n=55 per Code den Fallakten zugeordnet. Somit lag für 33% der Fallakten ein Selbstwirksamkeitsfragebogen vor.

Mittels t-Test für unabhängige Stichproben wurde getestet, ob sich die SWE zwischen Teilnehmerinnen mit Fallakten (mit Betreuungsbedarf) von Teilnehmerinnen ohne Fallakten (ohne Betreuungsbedarf) unterscheidet. Teilnehmerinnen mit Fallakten wiesen eine signifikant geringere SWE (M=31,22; SD=4,4) als Frauen ohne Fallakten (M=32,94; SD=5,4) auf ($t(188)=2,11$; $p<0,05$). Für die n=55 Teilnehmerinnen, für die Fallakten vorlagen, wurde mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse außerdem untersucht, ob es Unterschiede in der SWE zwischen den Fallkategorien (Clearing, Beratung, Kurzfall, Intensivfall, kein Kontakt) gab. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der SWE zwischen den Fallkategorien ($F(4,50)=0,24$; $p=0,913$; n.s.).
Für den 2. Messzeitpunkt ein Jahr nach der Geburt des Kindes lag kein Fragebogen vor, da das erste Kind im Projekt erst im Dezember 2013 seinen 1. Geburtstag erreichen wird. Dadurch konnte nicht ausgewertet werden, ob die Unterstützung durch den Babylotsen mit einem Anstieg in der SWE der Teilnehmerinnen einhergeht, wie sie die SWE bei Müttern mit Betreuung im Vergleich zu Müttern ohne Betreuung durch den Babylotsen entwickelt und eine Veränderung der SWE ggf. von der Fallintensität abhängig ist.

3.3.2 Postpartale Depression

Es lagen n=16 ausgefüllte Fragebögen für die postpartale Depression vor, der sechs Wochen nach der Geburt ausgegeben wurden. Die Hälfte der Teilnehmerinnen, die den EPDS ausgefüllt hatten, überschritt den Grenzwert von 13 Punkten und hatte damit zu einer hohen Wahrscheinlichkeit eine postpartale Depression.

3.3.3 Zwischenfazit zur Selbstwirksamkeitserwartung und postpartaler Depression

Teilnehmerinnen, für die Fallakten vorlagen, wiesen im 2. Trimester ihrer Schwangerschaft eine signifikant geringere SWE auf als Teilnehmerinnen, für die keine Fallakten vorlagen. Dies zeigt, dass Teilnehmerinnen mit Unterstützungsbedarf eingangs eine geringere SWE hatten. Ein Evaluationsziel bestand darin, zu überprüfen, ob die Unterstützung durch die Babylotsen zu einer Veränderung der SWE der Teilnehmerinnen vom 2. Trimester zum 1. Geburtstag des Kindes führt. Bis zum Stichtag hat keines der Kinder seinen 1. Geburtstag erreicht, wodurch die SWE der Mütter zum 2. Messzeitpunkt für keine der Teilnehmerinnen vorlag.
Acht Teilnehmerinnen wiesen sechs Wochen nach der Geburt Anzeichen einer postpartalen Depression auf, was einem Anteil von 50% der rückläufigen EPDS-Bögen entspricht. Es sollte sichergestellt werden, dass diese Mütter nicht nur erkannt, sondern durch den Babylotsen auch in entsprechende Hilfseinrichtungen weitergeleitet werden können. Aufgrund der unvorhergesehenen Anlaufschwierigkeiten bei der Implementierung des „ambulanten Babylotsen Hamburg“ in die Praxen, kam es zur Verzögerung bei der Teilnehmerrekrutierung zu Beginn des Projektes. Dadurch lagen bei Beendigung der Laufzeit der Evaluation nur n=16 EPDS-Bögen und keine SWE-Bögen für den 2. Messzeitpunkt (1. Geburtstag des Kindes) vor.

3.4 Touchpoints

Für das Projekt Babylotse wurden insgesamt vier Touchpoints angedacht, die drei Wochen nach der Geburt des Kindes beginnen und zum 1. Geburtstag des Kindes enden (siehe Abbildung 2, Kapitel 3.2.3). Bis zum Stichtag waren n=57 Kinder mindestens drei Wochen und n=26 Kinder mindestens vier Monate alt und somit alt genug, um ihre Eltern zur Befragung am 1. TP bzw. 2. TP zu kontaktieren. Es wurden in n=36 Fällen (63%) der 1. TP und in n=11 Fällen der 2. TP (42%) durchgeführt. Der 3. TP, der individuell in Absprache mit der Kindsmutter erfolgt sowie der 4. TP ein Jahr nach der Geburt wurden in keinem Fall durchgeführt, da bis zum Stichtag keines der Kinder ein Jahr alt war (siehe Datenband Tabelle 18).

Überleitungen und Monitoring zu den Touchpoints: Bei n=23 Fällen (63%) hat nach dem 1. TP und bei n=5 (45%) hat nach dem 2. TP mindestens eine weitere Überleitung stattgefunden. Zum 1. TP fanden insgesamt n= 33 Überleitungen und zum 2. TP n=7 Überleitungen statt (Abbildung 6).

Abbildung 6: Anzahl der Überleitungen zum 1. und zum 2. Touchpoint

Die Überleitungen variierten von 0-3 pro Fall für den 1. TP und von 0-2 für den 2. TP. Die Überleitungen nach dem 1. TP erfolgten vor allen zu Hebammen bzw. Familienhebammen (n=5), Familienplanzentren (n=4), Elternschulen (n=4), Familiennetzwerke (n=4) und der Einrichtung wellcome (n=3). Zum 2. TP erfolgten die dokumentierten Überleitungen zum Amt für Wohnungsangelegenheiten (n=1), zur Familienhebamme (n=1), zum Allgemeinen Sozialen Dienst (n=1) und Flüchtlingszentrum (n=1). Für den 1. TP sind die Überleitungen in 48% der Fälle erfolgreich gewesen (Missing 0%) und für den 2. TP in 71% der Fälle (Missing 14%; zur Anzahl der Überleitungen, Einrichtungen und Erfolg der Überleitung nach dem 1. und 2. TP siehe Datenband Tabelle 19).

Zur **Bewertung der Touchpoints** hat sich in der formativen Evaluation gezeigt, dass der Inhalt der TP nach Brazelton den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen nicht entspricht. Die Inhalte der

Touchpoints sind im Dokumentationsverlauf vorgeben und umfassen für den 1. TP folgende vier Bereiche:

- Befinden der Mutter: Erschöpfung, emotionale Verfassung, Wochenbettdepression
- Physiologisches Befinden des Kindes: Stillen, Schlaf, Verdauungsprobleme
- Verhalten des Babys und Umgang der Eltern: Individualität, Verhaltensorganisation, Temperament des Babys, Verständnis und Reaktion der Eltern adäquat
- Soziale Beziehungen: Veränderte Beziehungen in Partnerschaft, Familie, Freunde

Die Inhalte des 2. TP umfassen:

- Eltern-Kind-Bindung
- Interesse des Kindes an der Welt
- Betreuungsmuster
- Forderungen des Babys an Betreuungspersonen
- Väterliches Engagement

Um eine systematische Bewertung der TPs vornehmen zu können, wurde im Laufe der Evaluation beschlossen, dass die Babylotsen Inhalt und Zeitpunkt der TPs direkt im Anschluss an die telefonische Durchführung der TPs vornehmen und im Dokumentationsbogen erfassen. Dieses Vorgehen hat sich erst im Projektverlauf etabliert, wodurch eine hohe Missingquote vorliegt (1. TP 39%, 2. TP 82%). Eine Bewertung von Inhalt und Zeitpunkt liegt in n=22 beim 1. TP bzw. n=2 Fällen beim 2. TP vor und ist in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Bewertung des Inhalts und des Zeitpunktes des 1. (n=22) und 2. Touchpoints (n=11) durch die Babylotsen

1. Touchpoint	n	(%)
Inhaltliche Bewertung	22	
davon angemessen beurteilt	13	(60%)
davon als unangemessen beurteilt	9	(40%)
Zeitliche Bewertung	21	
davon als angemessen beurteilt	19	(90%)
davon als unangemessen beurteilt	2	(10%)
2. Touchpoint		
Inhaltliche Bewertung	2	
davon als angemessen beurteilt	1	(50%)
davon als unangemessen beurteilt	1	(50%)
Zeitliche Bewertung	2	
davon als angemessen beurteilt	2	(100%)
davon als unangemessen beurteilt	-	-

In 40% der Bewertungen wurde der **Inhalt** des 1. TP und in 50% zum 2. TP als unangemessen beurteilt. Als einzige Begründungen wurden genannt, dass andere Themen im Vordergrund

stünden bzw. die vorgeschlagenen Themen nicht aktuell seien. Bei der Durchsicht des Freitextes im Dokumentationsbogen zeigte sich, dass die Babylotsen die kategoriale Einteilung bei der Dokumentation nicht nutzen. Bei der Befragung zum 1. TP wird das allgemeine Befinden von Mutter und Kind erfragt sowie auf Spezifika aus dem vorherigen Kontakt mit der Kindsmutter eingegangen und dokumentiert. Die **zeitliche Platzierung** der ersten beiden Touchpoints wird in der Mehrheit (90% bzw. 100%) als angemessen beurteilt.

3.4.1 Zwischenfazit zu den Touchpoints

Bis zum Stichtag waren n=57 Kinder mindestens drei Wochen und n=26 Kinder mindestens vier Monate alt und somit alt genug, um ihre Eltern zur Befragung am 1. TP bzw. 2. TP zu kontaktieren. Es wurde in n=36 Fällen (63%) der 1. TP und in n=11 Fällen der 2. TP (42%) durchgeführt. Der hohe Anteil an nicht durchgeführten Touchpoints sollte reduziert werden. Ein individueller Touchpoint wurde bisher in keinem Fall durchgeführt. Es stellt sich die Frage, ob dieser in der Konzeption des Ablaufes relevant bleibt. Außerdem sollte der Inhalt der Touchpoints überarbeitet werden, da dieser für den 1.TP und 2. TP in 40% bzw. 50% der Fälle als unangemessen beurteilt wird. In der direkten Befragung gab die Babylotsin an, es wäre besser ein starres Abfrageschema aufzugeben und stattdessen auf Themen einzugehen, die in dem individuellen Fall bereits Relevanz gehabt hätten. Die zeitliche Platzierung der ersten beiden Touchpoints wurde in der Mehrheit (90% bzw. 100%) als angemessen beurteilt, wobei für den 2. TP nur n=2 Bewertungen vorlagen. Eine Beurteilung von Inhalt und Zeitpunkt des 3. und 4. TPs ist nicht möglich, da beide TPs bis zum Stichtag noch nicht durchgeführt wurden.
Der hohe Anteil an neuen Überleitungen nach den ersten beiden TPs (63% bzw. 45%) zeigt, dass nach der Geburt des Kindes neuer Unterstützungsbedarf seitens der Kindsmutter entsteht. Die zeitliche Ausdehnung des Kontaktes zwischen Babylotsen und Kindsmutter und nachgeburtliche Betreuung sollte beibehalten werden. Die Überleitungen zum 1. TP waren in 52% der Fälle nicht erfolgreich (zum 2. TP in 17% der Fälle). Dieser hohe Anteil nicht erfolgreicher Überleitungen ist ein Hinweis, dass die Kindsmutter mehr Unterstützung durch den Babylotsen benötigt, zum Beispiel in dem der Babylotse den Kontakt zur Hilfseinrichtung für oder mit der Mutter zusammen herstellt oder eine Zielvereinbarung mit der Mutter durchführt.

3.5 Akteursbefragung

Zur Untersuchung der Implementierung des Projektes „ambulanter Babylotse Hamburg“ in dem Modellpraxen wurde eine **Befragung der Arzthelferinnen der gynäkologischen Praxen** mittels eines strukturieten Interviewleitfadens durchgeführt. Erfragt wurden der Beginn der Teilnahme am Projekt, die Anzahl ausgegebener Risikoinventare, deren Rücklauf, Hauptverantwortlichkeit in der Praxis für die Projektumsetzung, Probleme bei der Umsetzung, bisherige Erfahrungen und Veränderungen mit dem Ablauf des Babylotsenprojektes in der Praxis, Nutzen und Bedarf an fremdsprachigen Risikoinventaren, Arztbeteiligung, Sonderbezahlung und Verbesserungsvorschläge. Außerdem bewerteten die MFAs die Integration, Akteptanz und Praktikabilität der Risikoinventare, das Babylotsenprojekt und die

Zusammenarbeit mit dem Babylotsen auf einer Skala von 1-6, wobei die Bedeutung der Skalen entprechend einer Schulnotenskala war (1 „sehr gut“ bis 6 „mangelhaft“). Ergänzend bewerteten die **teilnehmenden Gynäkologen** das Projekt, die Zusammenarbeit mit den Babylotsen, ihre eigene Beteiligung, die Sonderbezahlung der MFAs und wurden zu Verbesserungsvorschlägen befragt.
Zum Stichtag waren drei Sozialarbeiterinnen als ambulante Babylotsen aktiv, von denen zwei im August 2013 ihre ersten Fälle übernommen haben. Es wurde die Umsetzung des Projektes aus Sicht der drei seit 2012 bzw. 2013 als Babylotsen tätigen Sozialpädagoginnen in der **Babylotsenbefragung** erfasst. Der Fragebogen umfasste offene Fragen zur Integration und Veränderungen bei der Implementierung des Babylotsenprojektes in den Praxisalltag, Möglichkeiten zur Erhöhung des Rücklaufs der Risikoinventare und Schwierigkeiten im Projektablauf. Außerdem bewerteten Sie die Integration, Praktikabilität und den Inhalt der Risikoinventare, das Babylotsenprojekt und die Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Praxen und kooperierenden Einrichtungen auf einer Skala von 1-6.
In der **Teilnehmerbefragung** wurde die Bewertung des Projektes aus Sicht der teilnehmenden Schwangeren bzw. Kindmütter erfasst. Dafür wurden sowohl (zukünftige) Mütter befragt, die Unterstützung durch den Babylotsen erhalten hatten, als auch (zukünftige) Mütter mit einem eingangs unauffälligem Risikoinventar, die keinen weiteren Kontakt mit den Babylotsen hatten. Die Befragung erfolgte telefonischen mittels strukturiertem Interviewleitfaden. Die Schwangeren bzw. Mütter bewerteten folgende Punkte: Vorgehensweise im Babylotsenprojekt, Unterstützung durch den Babylotsen (Gespräch, Beratung, Überleitungen, weiterer Bedarf), mehrmaliges Austeilen der Risikoinventare in der Praxis, Verständlichkeit des Risikoinventares, Vorschläge zur Verbesserung sowie die Touchpoints. Die Mütterbefragungen sollten nach dem Evaluationsplan zeitlich nah am 1. Geburtstag des Kindes durchgeführt werden. Da zum Stichtag keines der Kinder das 1. Lebensjahr vollendet hatte, wurden die teilnehmenden Mütter unabhängig vom Alter des Kindes und von der Dauer ihrer Teilnahme am Babylotsenprojekt zu dem Projekt befragt.

3.5.1 Befragung der Arzthelferinnen

Aus den sechs Modellpraxen konnte je eine Arzthelferin befragt werden (n=6). Die MFAs gaben an, dass in jeder dieser Praxen mindestens eine Arzthelferin zuständig und Ansprechperson für das BL-Projekt ist. In fünf der sechs Praxen werden die zuständigen Arzthelferinnen auf Minijob-Basis von der Stiftung SeeYou vergütet. In einer Praxis teilen sich zwei Arzthelferinnen diese Anstellung, in einer Praxis kam ein solcher Vertrag noch nicht zu Stande. Alle MFAs sahen sich als hauptverantwortlich für die Durchführung des Projektes in der gynäkologischen Praxis. Die n=6 Arzthelferinnen (100%) bewerteten das Babylotsenprojekt, die Zusammenarbeit mit den Babylotsen und das Risikoinventar auf einer Skala äquivalent zu einer Schulnotenskala von 1 bis 6, wobei 1 „sehr gut“ und 6 „mangelhaft“ bedeutet (Tabelle 13). Die MFAs wurden außerdem gefragt, ob eine Umsetzung des Projektes im Praxisalltag auch ohne eine Sonderbezahlung der MFAs vorstellbar sei und wie stark der ein Einbezug des Arztes erwünscht ist (Tabelle 14).

Tabelle 13: Bewertung des Babylotsenprojektes durch die Arzthelferinnen (n=6)

Befragung der Arzthelferinnen							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	M
Bewertung Projekt Babylotse	6	-	-	-	-	-	1
Bewertung der Zusammenarbeit mit Babylotsen	6	-	-	-	-	-	1
Integration der Risikoinventare in den Praxisalltag	1	3	2	-	-	-	2,2
Praktikabilität der Risikoinventare	3	2	1	-	-	-	1,7
Akzeptanz der Risikoinventare bei Patientinnen	-	2	4	-	-	-	2,7

Tabelle 14: Befragung der Arzthelferinnen (n=6) zur Sonderbezahlung und Arzt-Beteiligung

Befragung der Arzthelferinnen			
Bewertung	**ja**	**nein**	**unentschlossen**
Umsetzung ohne Sonderbezahlung der MFA möglich?	50%	-	50%
Sollte der Arzt stärker involviert sein?	50%	-	50%
	Patientin	**Arzt**	**unentschlossen**
Sollte der RI durch die Patientin oder durch den Arzt während der Anamnese ausgefüllt werden?	67%	33%	-

Das **Babylotsenprojekt** und die **Zusammenarbeit mit den Babylotsen** wird von allen befragten MFAs als sehr gut bewertet (M=1, SD=0). Die **Praktikabilität der Risikoinventare** wird im Durchschnitt mit M=1,7 (SD=0,8) bewertet. Eine MFA begründete, dass es derzeit einen Fehldruck gäbe, der per Hand auseinandergeschnitten werden müsse, was den Arbeitsaufwand erhöhe. Die Integration der Risikoinventare wird als gut (M=2,2, SD=0,7) und die **Akzeptanz der Risikoinventare** durch die Patientinnen im Mittel mit M=2,7 (SD=0,5) bewertet. Einige MFAs gaben an, dass die Patientinnen unterschiedlich auf das Austeilen der RIs reagieren würden. Einige empfänden das Erhalten des RIs, als ob sie als mit Risikofaktoren belastet angesehen werden, andere Patientinnen seien vor allem bei Fragen zu Drogen oder Alkohol irritiert. Die Mehrheit reagiere positiv. Das geänderte, jetzt farbige Design sei ansprechender. Einige MFAs sagten aus, dass es „versteckte" Patientinnen gäbe: Patientinnen, die auf Grund von vorliegenden Belastungen am Projekt teilnehmen sollten, einen RI aber ablehnen. Auf das **mehrmalige Austeilen des RI** reagierten die Patientinnen unterschiedlich. Die meisten MFAs (n=4) gaben an, dass die Patientinnen mit Verständnis reagierten, wenn

ihnen das Vorgehen des Projektes beim 1. Austeilen klar erklärt werde. Teilweise reagierten die Patientinnen mit Verwunderung. Das Vorgehen beim Austeilen eines 2. RIs bei Patientinnen, die das 1. RI ablehnten, unterschied sich zwischen den Praxen: Einige Praxen sprechen die Patientin kein 2. Mal an, einige Praxen sprechen Patientinnen vereinzelt nochmals an. Die MFAs berichteten außerdem ein **unterschiedliches Vorgehen beim Ansprechen der Patientinnen** auf das Projekt: die meisten MFAs geben das RI an jede Schwangere zusammen mit Informationen aus und geben den Patientinnen die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Einige Praxen geben zuerst einen selbst zusammengestellten, kurzen Informationstext an die Patientinnen aus, fragen anschließend nach, ob Interesse an dem Projekt bestehe und geben daraufhin das RI aus.

Eine **Umsetzung ohne eine Sonderbezahlung** können sich 50% der Arzthelferinnen vorstellen (50% unentschlossen). Es wurde mehrmals angegeben, dass eine grundsätzlich hohe Motivation auf Seiten der MFAs zur Umsetzung des Projektes vorhanden sei, da das Projekt als wichtig angesehen werde und auf Seiten der Patientinnen Bedarf bestehe, eine Sonderzahlung aber ein finanzieller Anreiz sei, der die Motivation bedeutend erhöhe. 50% der MFAs bejaht, dass der **Arzt stärker involviert** werden sollte, die andere Hälfte zeigt sich unentschlossen. Mehrmals wurde vorgeschlagen, der Arzt könne Patientinnen, bei denen er Bedarf sehe, ermutigen an dem Projekt teilzunehmen und nochmals über das Projekt informieren. Dem Arzt werde durch die vertrauensvollere Beziehung und seine fachliche Kompetenz aufgeschlossener begegnet und Ratschläge eher angenommen. Einige MFAs gaben an, dass sie bereits Rücksprache mit dem Arzt hielten, wenn sie den Eindruck hatten, dass die Patientin Bedarf habe und der Arzt diese dann gezielt auf Projekt aufmerksam mache. Die Mehrheit der MFAs (67%) befürwortet das **Ausfüllen des Risikoinventars** durch die Patientin selbst. Begründet wurde dies vor allem damit, dass die so sichergestellte Anonymität zu ehrlicheren Antworten führt. 33% der MFAs würden ein Ausfüllen durch den Arzt während der Anamnese bevorzugen. Als Begründung wurde genannt, dass die Patientinnen dem Arzt gegenüber aufgeschlossener seien und der Arzt besser kontrollieren könne, ob das RI richtig verstanden werde. Hierbei handelte es sich in einem Fall um eine Praxis, in der das Ausfüllen des RI aus datenschutzrechtlichen Bedenken zurzeit vollkommen den Patientinnen überlassen wird.

Die meisten MFAs sagten aus, dass es Zeit gebraucht habe, eine Routine für den Ablauf des Projektes und das Ansprechen der Patientinnen zu entwickeln. In mehreren Praxen kam zu **Veränderungen** bei der Projektumsetzung, die zu einer besseren Integration in den Praxisalltag führten. So wurden die Dokumentation der teilnehmenden Patientinnen und die Ausgabe der nachfolgenden Bögen verändert (Notiz in Patientenakte, PC-Liste und Mappe mit Nachfolgebögen), es wurde ein Leitfaden zum allgemeinen Vorgehen erstellt und ein fester Ansprechpartner wurde etabliert.

Als **Schwierigkeiten** bei der Umsetzung und als **Verbesserungen** wurden genannt: Eine bessere Absprache und Einbezug aller MFAs in der Praxis, da vor allem in Krankheits- oder Urlaubsfall kein Ansprechpartner für das Projekt vorhanden sei, einen stärkeren Einbezug des Arztes bei der Motivation und Ansprache von auffälligen Patientinnen, Dokumentation und Datenschutzrichtlinien klären (was darf dokumentiert werden, in wie fern darf der Patientin beim Ausfüllen geholfen werden), mehr Zeit den Patientinnen das Projekt zu erklären und auch Patientinnen mit unauffälligem Bogen zu kontaktieren, da diese manchmal irritiert seien.

In den einzelnen Praxen wurden bisher zwischen 0-20 **fremdsprachige Risikoinventare.** Am häufigsten wurden türkische und englische Inventare ausgegeben. Vereinzelt bestehe außerdem Nachfrage nach Bogen in Arabisch und Sprachen aus dem asiatischen Raum (z.B. Thai). Bei letzteren könne der Lebenspartner häufig Deutsch sprechen, die Frauen würden dennoch gerne eine Bogen in ihrer Landessprache.

3.5.2 Zwischenfazit Befragung Arzthelferinnen

Die teilnehmenden MFAs bewerteten das Babylotsenprojekt allgemein und die Zusammenarbeit mit den Babylotsen als sehr gut. Die Akzeptanz der RI auf Seiten der Patientinnen wurde von den MFAs als gut bis befriedigend bewertet. Einige Patientinnen fühlten sich beim Erhalt des RI, als seien sie als belastet angesehen. Einige MFAs gehen davon aus, dass es „versteckte Patientinnen" gebe. Patientinnen also, die das RI ablehnen, bei denen aber Bedarf bestehe. Gleichzeitig wünschten sich einige MFAs eine stärkere Mitarbeit des Gynäkologen, indem er Patientinnen, bei denen Bedarf besteht, gezielt zu einer Teilnahme motiviert oder sie nochmals auf das Projekt hinweist. In einigen Praxen werde bereits auf diese Weise mit dem Gynäkologen zusammengearbeitet, was als positiv empfunden wurde. Zwei Drittel der MFA bevorzugten ein Ausfüllen des Risikoinventars durch die Patientinnen selbst, ein Drittel durch den Arzt während des Anamnese-Gesprächs. Laut MFAs habe es einige Zeit gebraucht, bis eine Routine für den Ablauf des Projektes und das Ansprechen der Patientinnen entwickelt wurde. Vor allem die Etablierung einer fest verantwortlichen MFA für das Projekt und Klarheit in der Dokumentation seien wichtig für eine erfolgreichere Umsetzung, so habe z.B. das Erstellen eines Leitfadens zum allgemeinen Vorgehen geholfen. Der Bedarf an fremdsprachigen Bögen ist gedeckt, vereinzelt wurde der Wunsch nach einem RI in arabischen oder asiatischen Sprachen genannt.
Es zeigt sich, dass in einigen Praxen das Vorgehen bei der Ausgabe der RIs von der Projektplanung abwich, in dem die MFAs zuerst selbst zusammengestellte Informationen an die Patientinnen ausgaben, anschließend Interesse an dem Projekt erfragten und erst dann das RI ausgaben. Auch war das Vorgehen beim Verteilen der nachfolgenden RIs noch uneinheitlich: In manchen Praxen wurden Patientinnen, die das 1. RI abgelehnt haben, nochmals auf das Projekt angesprochen, in anderen Praxen nicht. Einer Praxis war noch nicht klar, wie die Dokumentation gestaltet werden kann und in wie fern Patientinnen beim Ausfüllen des RIs aus datenschutzrechtlicher Sicht unterstützt werden können. Als erfolgreich wurde eine Zusammenarbeit mit den Ärzten bewertet, die so gestaltet ist, dass die MFAs bei auffälligen Patientinnen Rücksprache mit dem Arzt halten, und dieser die Patientin zu einer Teilnahme an dem Projekt ermutigt. Außerdem wurden eine gemeinsame Verantwortlichkeit für das Projekt zwischen zwei Arzthelferinnen (geteilter Minijob) in einer Praxis sowie die Teamsitzungen zum als Austausch zwischen allen beteiligten MFAs und den Babylotsen als effektiv bewertet.

3.5.3 Befragung der teilnehmenden Gynäkologen

Es wurden diejenigen Gynäkologen befragt, die als Ansprechpartnern für das Babylotsenprojekt in der jeweiligen Praxis zuständig waren. Da zwei Praxen von dem gleichen Ärzteteam geleitet werden und sich lediglich an unterschiedlichen Standorten befinden, wurde hierfür nur eine Befragung durchgeführt. Hingegen wurden bei einer Praxis zwei Ärzte als Ansprechpartner aufgeführt und beide befragt. Per Fragebogen bewerteten die Ärzte das Projekt, die Zusammenarbeit mit dem Babylotsen, ihren eigenen Aufwand, die Sonderbezahlung der MFAs und die Zuständigkeit beim Ausfüllen des RIs. Die Befragung fand per Fax statt. Es antworteten N=6 Gynäkologen (100%).
Wie in Tabelle 15 ersichtlich bewerteten die Gynäkologen das Projekt Babyloste und die Zusammenarbeit mit den Babylotsen als sehr gut. Eine Umsetzung des Projektes ohne eine Sonderbezahlung der MFAs halten 17% für möglich, 66% für nicht möglich (Tabelle 16). Das Risikoinventar sollte aus Sicht der Gynäkologen durch die Patientin selbst ausgefüllt werden. Den eigenen Aufwand schätzen 40% der Gynäkologen als sehr gering, 40% als eher gering und 20% als eher hoch (sehr hoch: 0%) ein. Als Verbesserungsvorschlag wurde der Wunsch nach Visitenkarten mit dem Foto der Babylotsen und nach einer bezahlten Hilfe, die sich explizit darum [nicht näher spezifiziert] kümmert, da der Bedarf hoch, die zur Verfügung stehende Zeit aber knapp sei, geäußert.

Tabelle 15: Bewertung des Babylotsenprojektes durch die Gynäkologen (n=6)

Befragung der Gynäkologen							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	M
Bewertung Projekt Babylotse	5	1	-	-	-	-	1,2
Bewertung der Zusammenarbeit mit Babylotsen	6	-	-	-	-	-	1

Tabelle 16: Befragung der Gynäkologen (n=6) zur Sonderbezahlung und Ausfüllen des Risikoinventars

Befragung der Gynäkologen			
Bewertung	**ja**	**nein**	**unentschlossen**
Umsetzung ohne Sonderbezahlung der MFA möglich?	17%	66%	17%
	Patientin	**Arzt**	**unentschlossen**
Sollte der RI durch die Patientin oder durch den Arzt während der Anamnese ausgefüllt werden?	83%	-	17%

3.5.4 Zwischenfazit Befragung der teilnehmenden Gynäkologen

Die teilnehmenden Gynäkologen bewerteten das Babylotsenprojekt allgemein und die Zusammenarbeit mit den Babylotsen als sehr gut. Ihren eigenen Aufwand für das Babylotsenprojekt im Praxisalltag schätzten sie häufiger gering als hoch ein (40% sehr gering, 40% eher gering, 20% eher hoch, 0% sehr hoch) ein. Das Ausfüllen des RIs sollte nach Meinung der Mehrheit der Gynäkologen weiterhin durch die Patientinnen selbst erfolgen anstatt während des Anamnesegesprächs mit dem Gynäkologen. Eine Umsetzung des BL-Projektes in der Praxis konnte sich die Mehrheit der Frauenärzte nur mit einer zusätzlichen Bezahlung einer MFA vorstellen.

3.5.5 Befragung der Babylotsten

In Tabelle 17 sind die Bewertungen der n=3 Babylotsen für das Projekt allgemein, die Integration, Praktikabilität und die Akzeptanz der RIs sowie die Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Praxen auf einer Skala äquivalent zu einer Schulnotenskala von 1 bis 6, wobei 1 „sehr gut" und 6 „mangelhaft" bedeutet, dargestellt. Es zeigt sich, dass das Projekt, die Zusammenarbeit mit den Praxen und die RIs (Integration, Praktikabilität und Akzeptanz) aus Sicht der BL als sehr gut bis gut bewertet werden.

Tabelle 17: Bewertung des Babylotsenprojektes durch die Babylotsen (n=3)

Babylotsenbefragung							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	M
Bewertung Projekt Babylotse	2	1	-	-	-	-	1,3
Integration der Risikoinventare in den Praxisalltag	1	2	-	-	-	-	1,7
Praktikabilität der Risikoinventare	-	3	-	-	-	-	2
Akzeptanz der Risikoinventare	3	-	-	-	-	-	1
Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Praxen	1	2	-	-	-	-	1,7

Zur **Implementierung des Babylotsenprojektes in den gynäkologischen Praxen** gaben die Babylotsen an, dass die Integration des Projektes in den Praxisalltag laut Rückmeldungen aus den Praxen positiv ist. Nach dem anfänglichen Erarbeiten einer Routine gebe es generell keinen bedeutenden zeitlichen Mehraufwand zur Motivierung der Patientinnen, da diese in die Arbeitsroutine übergegangen sei. Schwierig gestaltet sich die Rekrutierung weiterer Praxen, da die meisten nicht bereit sind, an dem Babylotsenprojekt teilzunehmen. Seit Beginn des Projektes bestand in fast allen Modellpraxen die Möglichkeit der **Raumnutzung,** um die Clearings durchzuführen. Die Zeiten für die Raumnutzung konnten im Verlauf in einigen Praxen auf mehrere Tage und Stunden ausgeweitet werden, sodass mehr Clearings und diese zeitlich flexibler geführt werden können. Für die Terminvereinbarung für Clearings sei weiterhin eine genaue Absprache mit den Praxen erforderlich. Die **monatlichen**

Teamsitzungen, die im Laufe des Projektes etabliert wurden, bewerteten die Babylotsen als wichtig und als eine gute Möglichkeit des Austausches aller Beteiligten. Die MFAs könnten durch die Berichte aus dem Praxisalltag profitieren. Gerade für neu hinzugekommene Praxen sei dies eine gute Möglichkeit, das Konzept direkt von denjenigen, die alltäglich mit der Prozedere konfrontiert sind, zu lernen.
Gründe für den erhöhten **Rücklauf der Risikoinventare** seit Beginn des Jahres (Januar 2013: 13 Bögen, September: 128 Bögen) liegen laut Babylotsen in der Minijob-Regelung und der damit einhergehenden höheren Verbindlichkeit der MFAs die Patientinnen gezielt zu motivieren, der höheren Anzahl teilnehmender Praxen und der gelungenen Umsetzung des Projektes in den Praxisalltag. **Schwierigkeiten** traten bei einer der kooperierenden Praxis auf, bei der der Rücklauf an Risikoinventaren seit Beginn des Projektes konstant niedrig ist. Dabei handelte es sich um die einzige Praxis, die bisher keine MFA auf Minijob-Basis bei der Stiftung SeeYou angestellt hat. Zukünftig sei eine Anstellung geplant. Da in den meisten teilnehmenden Praxen nur eine MFA (die Minijobberin) für das Projekt zuständig ist, werden in deren Urlaubs- und Krankheitstagen kaum Schwangere angesprochen und der Rücklauf an Risikoinventaren ist dann besonders niedrig. Es ist angedacht, dass sich die MFAs um eine Vertretung kümmern. In zwei der Praxen teilen sich jeweils zwei MFAs den Minijob, sodass immer eine MFA ansprechbar ist. Die Babylotsen halten den Einsatz von Risikoinventaren auf Arabisch für sinnvoll und regen an, die Gesamtzahl ausgeteilter Bögen in den Praxen dokumentieren zu lassen, um Einblick in die Rücklaufquote zu erhalten.

3.5.6 Zwischenfazit Befragung Babylotsen

Das Projekt, die Zusammenarbeit mit den Praxen und die RIs (Integration, Praktikabilität und Akzeptanz) wurden von den BLs als gut bis sehr gut bewertet. Die Zusammenarbeit mit den meisten der kooperierenden Praxen gestaltete sich am Ende des Evaluationszeitraums einfacher als zu Projektbeginn. Die Zeiträume für die Raumnutzung für Clearings in den Praxen konnten in einigen Praxen ausgebaut werden. Der Rücklauf an Risikoinventaren erhöhte sich seit Beginn des Jahres stetig. Gründe sehen die Babylotsen u.a. in der höheren Verbindlichkeit der MFAs die Patientinnen durch die Minijob-Regelung gezielt zu motivieren, in der Etablierung eines festen Ansprechpartners für das Projekt, der erarbeiteten Routine der MFAs in der Projektumsetzung und in der monatlichen Teamsitzung zum Austausch zwischen allen Beteiligten.
Bei einer der kooperierenden Praxis war der Rücklauf an Risikoinventaren konstant niedrig. Als Gründe wurden der hohe Migrationsanteil, kulturelle Probleme und ein zu hoher Aufwand im Praxisalltag genannt. In der betreffenden Praxis war bisher keine MFA auf Minijob-Basis bei der Stiftung SeeYou angestellt. Laut Babylotsen entstanden Probleme, wenn die verantwortliche MFA auf Grund von Urlaub oder Krankheit abwesend war und dadurch in dieser Zeit kaum Schwangere angesprochen wurden. Die Babylotsen schlagen vor, dass sich die MFAs um eine Vertretung für diese Zeiträume kümmern. Die Babylotsen regten an, die Gesamtzahl ausgeteilter Bögen in den Praxen dokumentieren zu lassen, um Einblick in die Rücklaufquote zu erhalten.

3.5.7 Befragung der Teilnehmerinnen

Zusammen mit dem 1. RI erhielten die Schwangeren ebenfalls eine Einverständniserklärung zur telefonischen Befragung zum Babylotsenprojekt durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Insgesamt stimmten N=190 der werdenden Mütter der telefonischen Befragung schriftlich zu. Von diesen wurden n=136 (72%) Teilnehmerinnen erreicht. Von den nicht interviewten Teilnehmerinnen war in n=16 Fällen die Telefonnummer nicht vergeben, n=8 Teilnehmerinnen verweigerten eine Befragung und n=30 Teilnehmerinnen konnten innerhalb der fünf telefonischen Kontaktversuche nicht erreicht werden. Bei den angerufenen Schwangeren bzw. Müttern handelte es sich um:

1) Schwangere/Mütter mit mindestens einem auffälligem Risikoinventar
2) Schwangere/Mütter mit ausschließlich unauffälligen Risikoinventaren

Bei den (1) Schwangeren/Müttern mit mindestens einem auffälligen Risikoinventar handelte es sich um eine Subgruppe der Teilnehmerinnen mit Fallakten (siehe Kapitel 4.2). Diese Frauen haben auf Grund eines auffälligen Risikoinventars oder wegen eigener oder der Meldung durch die Arzthelferinnen mindestens ein Clearing mit der Babylotsein gehabt (Ausnahme: Wenn trotz Versuchen durch die Babylotsen kein Kontakt zustande kam) und einer telefonischen Befragung zugestimmt. (2) Die Schwangeren/Mütter mit ausschließlich unauffälligen Risikoinventaren haben keinen Kontakt zur Babylotsin gehabt. Informationen zu dieser Gruppe liegen nur zur telefonischen Befragung vor, da alle anderen Informationen (soziodemografische Variablen) erst bei Kontakt mit dem Babylotsen im Clearing erhoben wurden. Die telefonische Befragung ermöglicht die Gegenüberstellung der Einstellung, Bewertung und der Verbesserungsvorschläge beider Gruppen (Teilnehmerinnen mit und ohne Unterstützungsbedarf laut RI). In Abbildung 7 sind die n=136 erreichten Schwangeren/Mütter nach dem Ergebnis im RI und der Falleinteilung dargestellt. 64% (n=87) der Befragten hatten mindestens ein auffälliges Risikoinventar und 36% (n=49) der Teilnehmerinnen ausschließlich unauffällige Risikoinventare und keinen weiteren Kontakt zum Babylotsen.

Abbildung 7: Zusammensetzung der telefonisch erreichten Stichprobe

Die telefonisch erreichten Teilnehmerinnen unterschieden sich nicht von den telefonisch nicht-erreichbaren Teilnehmerinnen bezüglich der Faktoren Auffälligkeit im Risikoinventar (Frauen mit mindestens einem und Frauen mit keinem auffälligen Risikoinventar; $\chi^2(1)= 0{,}045$, n=190, p=.833, n.s) und Falleinteilung (Clearing, Beratung, Kurzfall, Intensivfall; $\chi^2(4)= 4{,}746$, n=129, p=.314, n.s). Es ist somit davon auszugehen, dass die erreichten Teilnehmerinnen die Gesamtheit der Teilnehmerinnen, die einer telefonischen Befragung zugestimmt haben, hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfs abbilden.

Alle Frauen wurden gebeten, dass Projekt hinsichtlich (a) der Vorgehensweise in der gynäkologischen Praxis ein RI auszufüllen und anschließend telefonisch durch den Babylotsen kontaktiert zu werden, (b) des mehrmaligen Ausfüllens des RI vor und nach der Geburt, und (c) des Gesamteindruckes vom Projekt zu beurteilen. Die Teilnehmerinnen mit einem auffälligem Risikoinventar wurden außerdem zur Betreuung durch den Babylotsen befragt (Gespräch mit dem Babylotsen, Beratung, Überleitung, und Touchpoints) Die Bewertungen wurden auf einer Skala äquivalent zu einer Schulnotenskala von 1 bis 6 angegeben, wobei 1 „sehr gut“ und 6 „mangelhaft“ bedeutet (Tabelle 18). In Tabelle 19 sind außerdem die Ergebnisse der Testung auf Unterschiede zwischen unauffälligen und auffälligen Müttern in der Bewertung der Aspekte (a) Vorgehensweise, (b) mehrmaliges Ausfüllen des RIs und (c) Gesamteindruck aufgezeigt.

Tabelle 18: Bewertung des Projektes durch Mütter

Elternbefragung							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**M**
auffällige und unauffällige Mütter (n=136)							
Vorgehensweise	34%	59%	7%	-	1%	-	1,8
Mehrmaliges Verteilen des RI	22%	54%	21%	1%	2%	-	2,1
Gesamtbewertung des Projektes	72%	26%	2%	-	-	-	1,3
auffällige Mütter (n=87)							
Gespräch mit dem Babylotsen	71%	27%	2%	-	-	-	1,3
Bei TP: Zeitpunkte der telefonischen Kontaktierung nach Geburt	57%	39%	4%	-	-	-	1,5
Bei Überleitung: Bewertung der Überleitung	55%	37%	8%	-	-	-	1,5
Bei Beratung: Bewertung der Beratung	58%	33%	9%	-	-	-	1,5

Anm:: RI= Risikoinventar; TP=Touchpoint.

Tabelle 19: Vergleich der Bewertung des Projektes bei auffälligen und unauffälligen Müttern

Elternbefragung					
Aspekt	**auffällige Mütter (n=87)**		**unauffällige Mütter (n=49)**		**t**
	MW	SD	MW	SD	
Vorgehensweise	1,7	0,59	1,9	0,70	2,44*
Mehrmaliges Verteilen des RI	2,0	0,81	2,2	0,78	1,49
Gesamtbewertung des Projektes	1,3	0,48	1,6	0,55	1,46
Verständlichkeit des RI	1,6	0,68	1,6	0,62	0,27

Anm.: *p< .05.

Es zeigt sich eine positive **Bewertung** des Projektes durch die befragten (werdenden) Mütter. Der Gesamteindruck wurde im Schnitt mit sehr gut (M=1,3) bewertet. Die Befragung zeigt eine sehr hohe Zufriedenheit der betreuten (auffälligen) Frauen mit der Beratung, den Überleitungen und den Gesprächen zu den Touchpoints (M=1,3 bis M=1,5). Das mehrmalige Austeilen der RIs wurde von der Mehrheit als sehr gut oder gut bewertet (76%), wurde aber von immerhin 24% als befriedigend oder schlechter bewertet. Hinsichtlich des Gesamteindruckes und der Beurteilung des mehrmaligen Austeilens des RIs zeigten sich keine Unterschiede in der Bewertung zwischen auffälligen und unauffälligen Frauen. Frauen mit unauffälligen Risikoinventaren, die somit keinen weiteren Kontakt zum Babylotsen hatten, bewerteten die Vorgehensweise signifikant schlechter als Frauen mit einem auffälligen Risikoinventar.
Die **Verständlichkeit des Risikoinventars** wurde von der Mehrheit als sehr leicht bis leicht bewertet (sehr leicht: 48%, leicht 46%, leichte Schwierigkeiten: 4%, schwer: 2%, Hilfe benötigt: 0%). In der derzeitigen **Bewertung der subjektiven Lebensqualität** gaben die Teilnehmerinnen mit mindestens einem auffälligen Risikoinventar (M=2,3; SD=1,216) eine hoch signifikant niedrigere Lebensqualität an als Teilnehmerinnen mit ausschließlich unauffälligen Risikoinventaren (M=1,5; SD=0,65; t(106)=4,15; p< .001). Die Teilnehmerinnen wurden außerdem gefragt, ob sie sich durch den Babylotsen **mehr Unterstützung** erhofft haben und ob sie sich eine **weitere Betreuung wünschen** (Abbildung 8).

Abbildung 8: Vergleich der Zufriedenheit mit und dem Wunsch nach weiterer Unterstützung durch den Babylotsen zwischen auffälligen und unauffälligen Müttern

Anm.: $\chi^2(2)= 5{,}576$, n=132, p=.06, n.s

Anm.: $\chi^2(2)= 4{,}344$, n=192, p=.11, n.s

Es zeigt sich, dass sich Frauen mit einem unauffälligen Risikoinventar tendenziell häufiger mehr Unterstützung durch den Babylotsen erhofft haben als Frauen mit einem auffälligen Risikoinventar (nicht signifikant). Eine weitere Betreuung wünschten sich tendenziell mehr Frauen mit einem auffälligen Risikoinventar als Frauen mit einem unauffälligem Risikoinventar; letztere haben auf diese Frage häufiger mit unentschlossen geantwortet (nicht signifikant; siehe Datenband Tabelle 28).

Die **Verbesserungsvorschläge** der Schwangeren bzw. Mütter wurden qualitativ ausgewertet und sind in Tabelle 20 ausführlicher dargestellt. Aussagen mit ähnlichem Inhalt wurden zu Kategorien zusammengefasst. Die befragten Teilnehmerinnen gaben als Rückmeldung, dass sie sich Veränderungen im Projektablauf vor allem bei der Informationsgabe zum

Babylotsenprojekt allgemein (z.B. Informationen in der Praxis oder durch die MFA; n=9) und durch den Babylotsen während der Gespräche (n=7) wünschen sowie Veränderungen in Häufigkeit der Verteilung (n=7) und Inhalt (n=3) des Risikoinventars. *Informationen zum Babylotsenprojekt*: Einige Teilnehmerinnen wünschten sich mehr und einheitliche Informationen zu dem Projekt. Dies bezieht sich vor allem auf den Zeitpunkt der Verteilung der RIs in der Praxis. Es wurde angeregt, dass explizit darauf verwiesen wird, wann sich die Babylotsin meldet. Vor allem Schwangere mit einem unauffälligen Risikoinventar hätten öfter damit gerechnet, dass sich die Babylotsen bei ihnen melden. *Informationsgabe durch Babylotsen*: Die befragten Frauen wünschten sich, dass die Babylotsin bestimmte Themenfelder von alleine anspricht und zu diesen Informationen gibt; dabei handelte es sich vor allem um die Geburtsvorbereitung (Hebammensuche, Anmeldung im Krankenhaus) sowie um Angebote nach der Geburt (Babyschwimmen, Fortsetzung des Berufs). Frauen, die aufgrund eines unauffälligen Risikoinventars keinen Kontakt zum Babylotsen hatten, äußerten den Wunsch nach einer Kontaktierung unabhängig vom Ergebnis im Risikoinventar.

Tabelle 20: Kategorien und Beispiele für Verbesserungsvorschläge zum Projekt „ambulanter Babylotse Hamburg“ aus den Elternbefragungen

Gruppe: auffällige Mütter (n=82)		
Kategorie	**n**	**Beispiele**
Mehr Informationsgabe durch Babylotsen	6	„dass die BL grundsätzliche Infos von allein erwähnt, z.B. wann in Geburtsklinik anmelden, wann Hebamme suchen“ „dass BL von sich aus weitere Themen anspricht, wie: Möglichkeiten mit anderen Schwangeren in Kontakt zu kommen, Angebote nach der Geburt (wie Babyschwimmen)“
Informationsdefizit zum Babylotsenprojekt	5	„in der Praxis wurden verschiedene Infos gegeben bzgl. Auftrag der Babylotsin“ „explizit darauf hinweisen wann sich der BL sich meldet, Informationsmaterial was erfolgt genau“
Risikoinventar: Inhalt	3	„weniger ankreuzen, mehr offene Fragen“ „Fragen nicht ganz verstanden“ „Konzeption der Fragen mehrdeutig, da so viele allgemeine Sachen abgefragt wurde“
Risikoinventar: Häufigkeit - zu oft	3	„Zweimal hätte gereicht.“ „zu viele Fragebögen“
Ort des Clearings	2	Gespräch war in den Praxisräumen. Da waren wir nicht ungestört.“
Tageszeit für Anrufe durch BL	2	„tageszeitlich ist vormittags am besten“ „Zeiten für Rückrufe eventuell auch Spätabends (18-20Uhr), da vollzeitarbeitstätig“
Mehr Unterstützung	2	„Mehr Unterstützung bei Wohnungssuche wäre erwünscht gewesen.“

Touchpoints	1	„Bisschen früher“
Risikoinventar: nicht erhalten	1	„2. Risikoinventar in Praxis nicht ausgeteilt worden“
Sprachliche Schwierigkeiten	1	„auf Englisch, sprachliche Schwierigkeiten“
Zeitpunkt der Touchpoints	1	„könnten früher nach der Geburt sein“
Risikoinventar: Häufigkeit- zu selten	1	„sogar noch öfter besser“
Gruppe: unauffällige (n=32)		
Kategorie	**n**	**Beispiele**
Wunsch nach Kontaktierung unabhängig vom Screening	10	„ich wurde nicht kontaktiert, hätte mir aber gewünscht angerufen zu werden“ „innerhalb der ersten 3 Monate nach der Geburt jeden anrufen. Habe Schreikind, das ist eine enorme Herausforderung, die im Vorfeld nicht absehbar war“
Informationsdefizit zum Babylotsenprojekt	4	„im 1. Fragebogen mehr deutlich machen, worum es geht, dass nur problematische Fälle kontaktiert wurden“
Risikoinventar: Häufigkeit - zu oft	3	„So oft ist eher nervig. Die Fragen wiederholen sich.“
Mehr Informationsgabe durch Babylotsen	1	s.o.

3.5.8 Zwischenfazit Befragung der Teilnehmerinnen

Die durchschnittliche Gesamtbewertung des Babylotsenprojektes durch die Teilnehmerinnen war sehr gut. Die befragten Frauen, die Kontakt mit der BL hatten (auffällige Frauen) beurteilten die Arbeit der BL als sehr gut (Gespräch, Beratung, Überleitung, Touchpoints). Verbesserungswünsche liegen im Bereich der Informationen, die zum Projekt in den Praxen gegeben wurden (klarere Informationen zum Ablauf und darüber, dass unauffällige Eltern nicht kontaktiert werden), zur Informationsgabe durch die Babylotsin und bezüglich des Risikoinventars. So wurde das mehrmalige Austeilen des RI von 24% der befragten Eltern nur als befriedigend oder schlechter bewertet und als Kritikpunkte wurden in Einzelfällen sowohl Inhalt (Verständlichkeit der Fragen, mehr offene Fragen) als auch Häufigkeit des Austeilens des Bogens benannt (zu häufig). Einige Frauen mit einem unauffälligen Risikoinventar und damit ohne weiteren Kontakt zu den Babylotsen äußerten den Wunsch nach einer Kontaktierung unabhängig von dem Ergebnis im RI, da bei Ihnen Beratungsbedarf vorgelegen oder sich nachgeburtlich ergeben hätte.

3.6 Bundesweite Gynäkologenbefragung

3.6.1 Stichprobe

Bei einer Rücklaufquote von 35% nahmen n=1035 in Deutschland niedergelassene Gynäkologen an der Fragebogenuntersuchung teil (M=52,08 Jahre; SD=7.48; range: 35-73

Jahre). Der Anteil an Männer betrug 36%. Und lag damit unter dem durchschnittlichen Anteil praktizierender Gynäkologen (männlich 41%; www.gbe-bund.de; *13.11.2013*). Die Dauer der Berufstätigkeit lag im Mittel bei M=24 Jahren (SD=8.42). 59% der Befragten gaben an, eine Zusatzqualifikation erworben zu haben (davon 37% mit psychosomatischer oder therapeutische Weiterbildung, 43% mit medizinischer Zusatzqualifikation, 15% alternative Verfahren wie Akupunktur oder Naturheilverfahren). Die Mehrheit praktizierte in einer Einzelpraxis (61%) und in den alten Bundesländern (83%).

3.6.2 Umgang mit postpartaler Depression und psychosozialen Belastungen

Die Prävalenz der PPD in der eigenen Praxis wird auf 4% (SD=5.76) geschätzt. Die Prävalenz von PSB in der eigenen Praxis wird auf 23% (SD=16,01) geschätzt. Folgend wird der Umgang durch niedergelassene Frauenärzte mit der PPD und PSB während der Schwangerschaft aufgezeigt. Der Umgang umfasst: die subjektive Zuständigkeit, eine aktive Diagnose, Beratung und Weitervermittlung. Eine aktive Diagnose einer PPD oder PSB liegt vor, wenn der Gynäkologe gezielt oder routinemäßig nach PPD oder PSB fragt oder diese per Fragebogen erhebt.

Tabelle 21: Umgang mit der postpartalen Depression und psychosozialen Belastungen

Gynäkologenbefragung		
	PPD	**PSB**
Aspekt	n (%)	n (%)
Zuständigkeit	986 (97%)	989 (97%)
Aktive Diagnose	530 (52%)	745 (72%)
Beratung	852 (82%)	920 (90%)
Vermittlung*	980 (96%)	1016 (98%)

Anm.: *Auswahlmöglichkeiten für Vermittlung umfassten bei PPD: Beratungsstellen, Therapeuten / Kliniken und Sonstige; bei PSB: Beratungsstellen, Therapeuten / Kliniken, Hebammen, Familienhebammen, Projekte Früher Hilfen und Sonstige.

Die Mehrheit der Gynäkologen sieht es als zu ihrem Aufgabenbereich gehörend an, eine PPD oder PSB zu erkennen (97%). Jeder zweite Gynäkologe erfasst eine PPD aktiv. 3% der Gynäkologen nutzen einen Fragebogen zur Erkennung einer PPD und 5% nutzen einen Fragebogen zur Erfassung von PSB. Wird eine PPD oder das Vorliegen von PSB erkannt, wird in mindestens 96% der Praxen eine Vermittlung an weitere Einrichtungen vorgenommen und in mindestens 82% der Fälle erfolgt eine Beratung durch die Frauenärzte.
Die Mehrheit der Frauenärzte (85% bundesweit, 91% in Hamburg) hält eine Verbesserung der Versorgungssituation für Schwangere und Mütter mit einer PPD und PSB für notwendig. Die Frauenärzte wurden nach Aspekten befragt, die eine Beratung bzw. Weitervermittlung der Patientin erschweren und nach Möglichkeiten, die Versorgungssituation zu verbessern. In

Abbildung 9 ist dargestellt, wie viel Prozent der befragten Frauenärzte in Hamburg (n=35) und bundesweit (n=1035) dem jeweiligen Aspekt zustimmen.

Abbildung 9: strukturelle und patientenbezogene Hindernisse bei Beratung und Weitervermittlung

Am häufigsten wurde als **Hindernis für die Versorgung** bei PPD und PSB sowohl bundesweit als auch in Hamburg die mangelnde Zeit für eine Beratung angegeben. Über die Hälfte aller befragten Frauenarzte bundesweit benannten außerdem eine fehlende Vergütung der Beratung und fehlende effektive Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten von Frauen mit einer PPD und PSB als Hindernisse. In Hamburg wurde die Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperation (66%; z.B. mit Beratungsstellung, Kliniken, Therapeuten, Krankenkassen) im Vergleich zur bundesweiten Befragung (40%) häufiger als Barriere benannt. Strukturelle Aspekte werden häufiger als Hindernisse angesehen als patientenbezogene Barrieren. So sehen bundesweit 45% bzw. 47% der Gynäkologen eine fehlende Akzeptanz der Diagnose durch Patientin oder Partner oder das Ablehnen der Überweisung durch die Patientin als Hindernis an. Unter sonstiges wurden am häufigsten der Mangel an psychotherapeutischen Therapieplätzen und die lange Wartezeit für diese genannt. Weiterhin wurde angegeben, dass Frauen mit PPD häufig in der Praxis nicht vorstellig werden, Angst vor Stigmatisierung und Scham empfänden und überfordert seien, selbst aktiv zu werden. Auch Sprachschwierigkeiten und ein Migrationshintergrund wurden benannt.

Die Bewertung zur **Verbesserung der Versorgungssituation** ist in Abbildung 10 dargestellt und zeigt, dass am häufigsten einer engeren Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Familienhebammen, Hebammen, Familienlotsen etc. zugestimmt (75% bundesweit, 83% in Hamburg) genannt wurden. Rund die die Hälfte der befragten Gynäkologen sieht eine Erstattung der Beratungszeit durch die Krankenkassen (60%) und/oder ein systematisches Nachfragen nach psychosozialen Belastungen (47%) als Möglichkeit, die Versorgungssituation zu verbessern. In Hamburg stimmten bei allen Verbesserungsvorschlägen 10% mehr Gynäkologen zu.

Abbildung 10: Möglichkeiten, die Versorgungssituation zu verbessern

Eine **Unterstützung durch einen Familienlotsen** in Anspruch zu nehmen, können sich 87% der Gynäkologen bundesweit und 89% der Hamburger Gynäkologen auf jeden Fall oder vielleicht vorstellen (Abbildung 11). 78% bzw. 81% der Gynäkologen bundesweit bzw. in Hamburg können sich vorstellen, dass ihre Praxis in fünf Jahren Teil der Frühen Hilfen sein wird.

Abbildung 11: Zustimmung und Ablehnung, ob die Inanspruchnahme eines Familienlotsen vorstellbar ist.

3.6.3 Einflussfaktoren auf eine aktive Diagnose und Beratung bei PPD und PSB

Es wurden binär logistische Regressionen durchgeführt, um Einflussfaktoren auf die Outcomes *Durchführung einer aktiven Diagnose* und *Beratung* bei PPD und PSB zu ermitteln. Als Prädiktoren in Betracht gezogen wurden: das *Bundesland* (alt/neu), *Einzugsgebiet* der Praxis (städtisch, ländlich, beides), *Geschlecht* des Gynäkologen (weiblich/männlich), die *Dauer der Berufserfahrung*, *Zusatzqualifikationen* (1. psychosomatisch oder therapeutisch, 2. rein medizinisch, 3. alternative Heilverfahren) und die *Anzahl der system- und patienten-bezogenen*

Hindernisse. Für das Outcome Beratung wurde zusätzlich der Prädiktor das *Stellen einer aktiven Diagnose* miteinbezogen. Die Anzahl der systembezogenen Hindernisse ergibt sich aus der Summe der Items zur fehlenden Vergütung, mangelnden Zeit, fehlenden effektiven Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten und zur Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperation. Die Anzahl der patientenbezogenen Hindernisse ergibt sich aus der Summe der Items „Ablehnen der Überweisung durch den Patienten", „fehlende Akzeptanz der Diagnose durch die Patientin oder den Partner", „andere somatische Probleme im Vordergrund". In die Analysen zur Beratung bei einer PPD und PSB wurden nur diejenigen Gynäkologen mit eingeschlossen, die den Anteil an Frauen mit PPD bzw. PSB in ihrer eigenen Praxis über 0% schätzen. Die Ergebnisse der Analysen sind in den Tabellen 22-25 dargestellt.

Tabelle 22: Logistische Regression zur aktiven Anamnese bei postpartaler Depression

AV: aktive Anamnese der PPD (N=887)	Modellgüte	B	Sig.	Odds Ratio
Gesamtmodell				
Chi²	46.780**			
R^2 (Nagelkerkes)	.069			
Korrekt vorhergesagt	59%			
Prädiktoren				
Bundesland (alt)		- .561	**< .01****	.57
Einzugsgebiet (städtisch)			**< .01****	
ländlich		-.543	**< .01****	.58
beides		-.309	.06	.73
Geschlecht (männlich)		. 315	**< .05***	1.37
Dauer der Berufserfahrung		- .005	.57	.99
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.545	**< .01****	1.72
rein medizinisch		.091	.61	1.09
alternative Heilverfahren		-.035	.89	.96
Anzahl systembezogener Barrieren		.151	**< .05***	1.16
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.165	.06	1.18

Anm.: **p< .05, **p< .01.* Aktive Anamnese: gezieltes Erfragen, routinemäßiges Erfragen, Fragebogeneinsatz.

Tabelle 23: Logistische Regression zur aktiven Anamnese bei psychosozialen Belastungen

AV: aktive Anamnese von PSB (N=888)	Modellgüte	B	Sig	Odds Ratio
Gesamtmodell				
Chi²	45.217**			
R^2 (Nagelkerkes)	.072			
Korrekt vorhergesagt	74%			
Prädikt oren				
Bundesland (alt)		.235	.29	1.26
Einzugsgebiet (städtisch)			.06	
ländlich		-.369	.06	.69
beides		.059	.75	1.06
Geschlecht (männlich)		.626	**< .001*****	1,87
Dauer der Berufserfahrung		.008	.44	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			.30	
psychosomatisch/therapeutisch		.375	.07	1.46

rein medizinisch	.155	.42	1.17
alternative Heilverfahren	.297	.33	1.25
Anzahl systembezogener Barrieren	.284	**< .001*** **	1.33
Anzahl patientenbezogener Barrieren	.055	.58	1.06

Anm.: ***p< .01, ****p< .001.* Aktive Anamnese: gezieltes Erfragen, routinemäßiges Erfragen, Fragebogeneinsatz.

Tabelle 24: Logistische Regression zur Beratung bei postpartaler Depression

AV: Beratung bei PPD (N=831)	Modellgüte	B	Sig	Odds Ratio
Gesamtmodell				
Chi²	42.805***			
R^2 (Nagelkerkes)	.089			
Korrekt vorhergesagt	86%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese einer PPD (ja)		.526	**< .05***	1,63
Bundesland (alt)		- .301	.24	.74
Einzugsgebiet (städtisch)			.25	
ländlich		-.027	.92	.98
beides		.349	.15	1.42
Geschlecht (männlich)		- .149	.51	.86
Dauer der Berufserfahrung		- .017	.18	.98
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.849	**< .01****	2.34
rein medizinisch		.168	.49	1.18
alternative Heilverfahren		.117	.75	1.12
Anzahl systembezogener Barrieren		.369	**< .01****	1.45
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.036	.79	1.04

Anm.: **p< .05, **p< .01, *** p< .001.*

Tabelle 25: Logistische Regression zur Beratung bei psychosozialen Belastungen

AV: Beratung bei PSB (N=854)	Modellgüte	B	Sig	Odds Ratio
Gesamtmodell				
Chi²	31.092**			
R^2 (Nagelkerkes)	.076			
Korrekt vorhergesagt	90%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese von PSB (ja)		.381	.13	1.46
Bundesland (alt)		.001	.99	1.00
Einzugsgebiet (städtisch)			.28	
ländlich		.345	.29	1.41
beides		-.168	.53	.85
Geschlecht (männlich)		. 248	.34	1.28
Dauer der Berufserfahrung		.007	.61	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		1.228	**< .01****	3.41
rein medizinisch		.029	.92	1.03
alternative Heilverfahren		.141	.75	1.15
Anzahl systembezogener Barrieren		.376	**< .01****	1.47
Anzahl patientenbezogener Barrieren		-.147	.34	.86

Anm.: **p< .05, **p< .01.*

Es zeigt sich, dass eine *aktive Diagnose* bei einer PPD eher durchgeführt wird, wenn der Arzt weiblich ist (gilt auch für PSB), eine psychosomatisch oder therapeutisch ausgerichtete

Zusatzqualifikation besitzt, in einem städtischen Einzugsgebiet oder in einem alten Bundesland praktiziert und die Anzahl der systembezogenen Hindernisse hoch ist (gilt auch für PSB).
Eine *Beratung* beim Vorliegen einer PPD oder von PSB ist assoziiert mit einer psychosomatisch oder therapeutisch orientierten Zusatzqualifikation des Arztes und mit einer höheren Anzahl systembezogener Barrieren. Bei der PPD ist zusätzlich das aktive Erfassen einer PPD Prädiktor für eine Beratung. Das Geschlecht des Arztes, das Einzugsgebiet, das Bundesland und die Anzahl patientenbezogener Barrieren hatten keine Vorhersagekraft auf die Beratung. In einem weiteren Schritt, wurde die Art der systembezogenen Barrieren auf die Kriterien aktive Diagnose und Beratung von PPD und PSB untersucht. Hier zeigten sich für eine aktive Diagnose eine geringe/fehlende Vergütung und eine geringe Qualität an Überweisungs- und Kooperationsmöglichkeiten als signifikant mit dem Outcome assoziiert. Mit einer Beratung beim Vorliegen einer PPD waren als systembezogene Hindernisse vor allem ein Mangel an zur Verfügung stehender Zeit und eine geringe Qualität an Überweisungs- und Kooperationsmöglichkeiten assoziiert (siehe Datenband Tabelle 35).

3.6.4 Zwischenfazit bundesweite Gynäkologenbefragung

Obwohl die Mehrheit der Gynäkologen es als zu ihrem Aufgabenbereich gehörend ansieht, eine PPD oder PSB zu erkennen (97%), wird nur von der Hälfte der Ärzte angegeben, eine PPD aktiv zu erfragen. Lediglich 3% bzw. 5% der befragten Gynäkologen nutzen einen Fragebogen, um das Vorliegen einer PPD bzw. von PSB systematisch zu erfassen. Auch wird die durchschnittliche Prävalenz der PPD (4%) in der eigenen Praxis im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (7-13%) deutlich unterschätzt. Während eine aktive Diagnose einer PPD und von PSB nur von einer Minderheit der Frauenärzte durchgeführt wird, wird bei Erkennen einer PPD oder von PSB in der Mehrheit der Fälle eine Beratung oder Vermittlung an weitere Einrichtungen vorgenommen.
Die Mehrheit der Frauenärzte (85% bundesweit, 91% in Hamburg) hält eine Verbesserung der Versorgungssituation für Schwangere und Mütter mit PPD und PSB für notwendig. Es wurden mehr strukturelle Hindernisse bei der Beratung und Vermittlung von psychosozial belasteten Patientinnen angegeben als patienten-bezogene Hindernisse. Am häufigsten wurden die mangelnde Zeit, die geringe/keine Vergütung der Beratung und fehlende effektive Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten von Frauen angegeben. In Hamburg wurde zudem die Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperation z.B. mit Beratungsstellung, Kliniken, Therapeuten, Krankenkassen im Vergleich zur bundesweiten Befragung häufiger als Barriere benannt. Möglichkeiten, die Versorgungssituation zu verbessern, sehen die Gynäkologen vor allem in einer engeren Zusammenarbeit mit kooperierenden Institutionen Kliniken (75%), der Erstattung der Beratungszeit durch die Krankenkassen (60%) und/oder einem systematischem Nachfragen nach psychosozialen Belastungen (47%). Die Teilnahme an zertifizierten, themenspezifischen Fortbildungen wird nur von einer Minderheit als förderlich angesehen, obwohl sich das Vorliegen einer psychosomatischen/therapeutisch Zusatzqualifikation in den Analysen als starker Prädiktor für das Durchführen einer aktiven Anamnese und Beratung ergeben hat. In Hamburg stimmten bei allen Verbesserungsvorschlägen 10% mehr Gynäkologen zu als im Bundesdurchschnitt. Es zeigt

sich, dass eine PPD eher aktiv erfasst wird (gezielt oder routinemäßig erfragt oder durch einen Fragebogen erhoben), wenn der Frauenarzt weiblich ist, in einem alten Bundesland, im städtischen Bereich praktiziert und eine psychosomatisch/therapeutisch orientierte Zusatzqualifikation besaß. Für die Beratung beim Vorliegen einer PPD oder von PSB zeigen sich eine psychosomatische/therapeutische Zusatzqualifikation, das Durchführen einer aktiven Diagnose (nur bei PPD) und die Anzahl der systembezogenen Barrieren als Einflussfaktoren.
Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es aus Sicht der niedergelassenen Gynäkologen Verbesserungsbedarf bei der Versorgung von Frauen mit einer PPD und mit PSB gibt. Es zeigte sich eine große Offenheit der Gynäkologen bezüglich der Zusammenarbeit mit Familienlotsen und dem System Früher Hilfen, wodurch der Bedarf nach einer besseren Kooperation gedeckt werden könnte.

4 Fazit

Der „ambulante Babylotse Hamburg“ wurde seit September 2012 zunächst in fünf und wird derzeit in sechs gynäkologischen Praxen in Hamburg umgesetzt. **Die Relevanz und der Bedarf** nach einer zeitlich ausgedehnten Unterstützung bei der Versorgung psychosozial belasteter Schwangerer und junger Mütter im ambulanten Bereich wird durch eine Vielzahl an Ergebnissen unterstrichen: durch die *Evaluation des „stationären Babylotsen“*, durch die *Machbarkeitsstudie* im Vorfeld des ambulanten Babylotsen (Sichtweise: Schwangere und junge Mütter), durch die Ergebnisse *der bundesweiten Gynäkologenbefragung* (Sichtweise: niedergelassene Gynäkologen) und durch die Ergebnisse der *vorliegenden Evaluation* (Sichtweisen: Schwangere, junge Mütter, Babylotsen, Arzthelferinnen, Gynäkologen).

Bei der Befragung der Eltern im Rahmen der Evaluation des *„stationären Babylotsen“* gaben 17% der von den Babylotsen begleiteten Eltern ein Jahr nach der Geburt Bedarf an weiterer Unterstützung durch den Babylotsen an (Pawils et al., 2010). Es wurde der Wunsch nach einer zeitlichen Ausdehnung des Kontaktes mit den Babylotsen auf die Zeit vor und nach der Geburt deutlich, dem mit dem „ambulanten Babylotsen Hamburg“ nachgekommen wird.

In der *Machbarkeitsstudie* zum „ambulanten Babylotsen“ gab fast die Hälfte aller Familien an, dass sie zu einem Zeitpunkt sowohl vor als auch nach der Geburt Hilfebedarf hatten. Als Ort der Kontaktaufnahme mit einem Babylotsen wurde die gynäkologische Praxis am häufigsten genannt und der Kontakt sollte mindestens bis fünf Monate nach der Geburt weiter geführt werden (44%; Metzner et al., 2010).

In der *bundesweiten Befragung* von 1.035 niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland sahen 85% der Befragten Verbesserungsbedarf bei der Versorgung von Frauen mit psychosozialen Belastungen oder einer postpartalen Depression. Zur Verbesserung wurde am häufigsten eine engere Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Hebammen, Familienlotsen etc. zugestimmt. Die Gynäkologen standen einer Zusammenarbeit mit Familienlotsen und dem System Früher Hilfen mehrheitlich positiv gegenüber. Derzeit werden in nur 3-5% der Praxen Fragebögen zum Erkennen von PSB oder einer PPD eingesetzt. Das Vorgehen im „ambulanten Babylotsen Hamburg“ stellt sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse der bundesweiten Befragung als hoch relevant dar, da durch den Einsatz eines Screening-Instrumentes (Risikoinventar) ein systematisches Erfassen von PSB und depressiven Symptomen ermöglicht wird und die Zusammenarbeit mit dem Babylotsen eine Vielzahl der genannten strukturellen Barrieren abbaut (z.B. Koordination mit passenden, kooperierenden Institutionen, Übernehmen der Beratung).

Bei *der gegenwärtigen Evaluation* zeigte sich, dass fast die Hälfte der rückläufigen Risikoinventare aus den Frauenarztpraxen auffällig war (48%, Vergleich „stationäre Babylotse“: 17%). Häufig auftretende Risikofaktoren während der Schwangerschaft und nach der Geburt waren die sozioökonomische Situation, belastende Umstände wie Belastungen durch Arbeit oder schwere Erkrankung eines Familienangehörigen oder der Teilnehmerin selbst, Belastungen durch psychosoziale Faktoren wie Konflikte mit dem Partner oder eine ungewollte Schwangerschaft, eine psychische Erkrankung und Rauchen in Schwangerschaft und nach der Geburt. In der absoluten Mehrheit der Fälle (66%) ergab sich im Clearing Unterstützungsbedarf, der mindestens eine Beratung umfasste (47% Beratung, 18% Kurzfall

und 5% Intensivfall). 58% wurden in mindestens eine Hilfseinrichtung übergeleitet, für alle 166 Teilnehmerinnen, für die Fallakten vorlagen, ergaben sich 240 Überleitungen. Diese erfolgten vor allem zu Hebammen, Elternschulen, Familienplanungszentren, Kinderärzten und Beratungsstellen. Die Clearings dauerten im Durchschnitt 48 Minuten (Spannweite: 3-150 Minuten), und der Zeitaufwand für zusätzliche Kontaktaufnahmen lag im Mittel bei 15 Minuten, wobei diese Angabe den wahren Zeitaufwand auf Grund fehlender Dokumentation einiger fehlgeschlagener Kontaktversuche unterschätzte. Mit der Fallintensität (Clearing, Beratung, Kurzfall, Intensivfall) nahmen die Dauer des Clearings, die Anzahl der Überleitungen und Kontakte sowie der Zeitaufwand für die Kontakte stark zu. Auch zeigt der hohe Anteil an neuen Überleitungen nach den ersten beiden TPs (63% bzw. 45%) den hohen Unterstützungsbedarf seitens der jungen Mütter in der Zeit nach der Geburt. Die zeitliche Ausdehnung des Kontaktes zwischen Babylotsen und Kindsmutter sollte somit beibehalten werden.

Zur **Bewertung des Projektes und der Touchpoints** werden die *Implementierung des Projektes* anhand der *rückläufigen Risikoinventare,* der *Akteursbefragung* und die *vorläufige Auswertung der Touchpoints* herangezogen.
Wie der zunehmende Rücklauf und die stetig steigenden Fallzahlen belegen, ist die *Implementierung des Projektes* in der Mehrheit der teilnehmenden Praxen nach Anlaufschwierigkeiten gelungen. Hierfür wichtig waren folgende Aspekte: die Etablierung einer fest für das Babylotsenprojekt verantwortlichen Arzthelferin in der jeweiligen Praxis, die mit der Anstellung dieser Arzthelferin auf Minijobbasis bei der Stiftung SeeYou einhergeht, der monatliche Austausch zwischen den verantwortlichen Arzthelferinnen und den Babylotsen auf einer Teamsitzung, sowie Klarheit und Routine in der Dokumentation und dem Ansprechen der Patientinnen durch die Arzthelferinnen. Die Rolle der Arzthelferinnen ist zentral, um den Zugang zu den psychosozial belasteten Schwangeren herzustellen. Fraglich ist nach Einschätzung der Arzthelferinnen und Gynäkologen, ob eine Umsetzung des Projektes auch ohne eine Sonderbezahlung der Arzthelferinnen möglich ist.
Laut der *Ergebnisse der Akteursbefragung* zum „ambulanten Babylotsen Hamburg" wird das Projekt Babylotse aus Sicht aller Beteiligten (Babylotsen, Eltern, Arzthelferinnen, Frauenärzte) durchgehend als sehr gut bewertet. Auch die Zusammenarbeit zwischen dem Babylotsen und den Frauenärzten bzw. Arzthelferinnen wird von den jeweiligen Beteiligten als sehr gut eingeschätzt. Die Akzeptanz, Praktikabilität und Verständlichkeit des Risikoinventars wird im Durchschnitt als gut bewertet. Als **Verbesserungen** wird die Etablierung von mindestens *zwei Arzthelferinnen als feste Ansprechpartner* für das Babylotsenprojekt vorgeschlagen. Damit wird sichergestellt, dass die verantwortlichen Arzthelferinnen kompetent über das Projekt informieren, die Patientinnen gezielt motivieren, eine einheitliche Dokumentation vornehmen und auch in Urlaubs- und Krankheitstagen ein Ansprechpartner in der Praxis bereitsteht. Der *praxisübergreifende Austausch in Teamsitzungen* sollte beibehalten und bei der Einarbeitung neu hinzukommender Praxen genutzt werden. Die Gynäkologen sollten nach Rücksprache mit den Arzthelferinnen, Patientinnen motivieren, das Risikoinventar auszufüllen. Da eine erfolgreiche Überleitung in das Hilfsnetzwerk ein wichtiges Maß für die Effizienz für die Arbeit der Babylotsen ist, sollte das *Monitoring* ausgebaut und das Inanspruchnahme-Verhalten

der Eltern durch die Babylotsen stärker überprüft und dokumentiert werden zum Beispiel durch eine gezielte telefonische Nachfrage bei der Mutter. Aus Sicht der teilnehmenden Schwangeren und Mütter besteht vor allem ein *Mehrbedarf an Informationen* zum Projekt in der Praxis und durch die Babylotsin im Gespräch. Hier wurde zum Beispiel häufig benannt, dass den Teilnehmern unklar gewesen sei, dass sie im Falle eines unauffälligen Risikoinventars nicht durch den Babylotsen kontaktiert werden.

Vorläufige Bewertung der Touchpoints*:* Bis zum Stichtag waren n=57 Kinder mindestens drei Wochen (1. TP) und n=26 Kinder mindestens vier Monate alt (2. TP) alt. Für diese Fälle zeigt sich ein hoher Anteil nicht durchgeführter TPs (1. TP: 37%, 2. TP: 58% nicht durchgeführt). Der Zeitpunkt für einen 3. und 4. TP war bei keiner Teilnehmerin zum Stichtag erreicht. Die zeitliche Platzierung der ersten beiden TPs wird von den Babylotsen als angemessen bewertet, allerdings lagen für den 2. Touchpoint hier nur zwei Bewertungen durch den Babylotsen vor. Die befragten Eltern bewerteten die zeitliche Platzierung der TPs überwiegend als gut bis sehr gut. Der Inhalt von 1. TP und 2. TP wurde von den Babylotsen in 40 bzw. 50% der Fälle als unangemessen beurteilt. Die Babylotsen hielten es für besser, wenn der Inhalt der TPs frei gewählt werden kann und sich thematisch an den bisherigen Gesprächen mit der Mutter orientiert.

Evaluationsbedarf besteht weiterhin bezüglich einer *Wirksamkeitsanalyse* und *der Bewertung von Inhalt und zeitlicher Platzierung der Touchpoints*. Erste Ergebnisse zur *Bewertung der Touchpoints* liegen aus der Analyse der Fallakten, der Befragung der Babylotsen und der telefonischen Befragung der Eltern vor.

Aufgrund der unvorhergesehenen Anlaufschwierigkeiten bei der Implementierung des „ambulanten Babylotsen Hamburg" in die Arztpraxen, kam es zur Verzögerung bei der Teilnehmerrekrutierung zu Beginn des Projektes. Dadurch lagen bei Beendigung der Laufzeit der Evaluation nur n=16 EPDS-Bögen und keine SWE-Bögen für den 2. Messzeitpunkt (1. Geburtstag des Kindes) vor. Somit kann *eine Wirksamkeitsevaluation* (Auswertung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen Müttern mit und ohne Risikofaktoren) nicht vorgenommen werden. Als Zwischenergebnis konnte festgestellt werden, dass Teilnehmerinnen mit Unterstützungsbedarf im 2. Trimester ihrer Schwangerschaft eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen als Teilnehmerinnen ohne ohne Unterstützungsbedarf. Dies zeigt, dass Teilnehmerinnen mit Unterstützungsbedarf eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung hatten. Wichtig wäre es, zu erheben, ob bei Frauen mit Unterstützung durch die Babylotsin die Selbstwirksamkeitserwartung vom 2. Trimester bis zum 1. Geburtstag des Kindes ansteigt bzw. wie sich ihre Selbstwirksamkeitserwartung im Vergleich zu Frauen ohne Unterstützung entwickelt.

Es hat sich gezeigt, dass die Durchführung von Touchpoints, um einen nachgeburtlichen Kontakt aufrechtzuerhalten relevant ist.

Es besteht differenzierter Evaluationsbedarf hinsichtlich der *Bewertung von Inhalt und Zeitpunkte* der Touchpoints. Der Inhalt des 1. und 2. TPs wurde durch die Babylotsen in 40% bzw. 50% als unangemessen beurteilt. Dabei lagen für den 2. TP hinsichtlich Inhalt und zeitlicher Platzierung lediglich zwei Bewertungen durch den Babylotsen vor, für den 3. TP und 4. TP noch keine. Die Bewertung war im Design der Evaluation vorgesehen, aber aufgrund der

oben beschriebenen Verzögerung der Stichprobenrekrutierung in der Anfangsphase des Projektes nicht durchführbar.

Der „ambulante Babylotse Hamburg“ gewinnt nach Schwierigkeiten in der Anlaufphase bei der Umsetzung in den gynäkologischen Praxen zunehmend an Teilnehmerinnen. Das Projekt, die Akzeptanz und die Zusammenarbeit werden von allen Akteuren als sehr positiv beschrieben. Der hohe Rücklauf an auffälligen Risikoinventaren (48% gemessen an allen), die hohe Anzahl an Beratungs-, Kurzfall- und Intensivfällen und Überleitungen, sowie die Ergebnisse der Elternbefragung belegen den Unterstützungsbedarf werdender und junger Mütter. Als wichtig hat sich die Etablierung einer für das Babylotsenprojekt verantwortlichen Arzthelferin in den jeweiligen Praxen herausgestellt, die derzeit von der Stiftung SeeYou auf Minijob-Basis vergütet werden. Fraglich ist, ob eine Umsetzung des Projektes ohne Zusatzvergütung gelingen kann. Weitere Evaluation wird benötigt, um die Wirksamkeit des „ambulanten Babylotsen Hamburg“ nachzuweisen und die Touchpoints, also die nachgeburtlichen Kontakte zwischen Babylotsen und Mutter zu bewerten.

5 Literaturverzeichnis

Aylerle, G.M., Luderer, C. & Behrens, J. (2010). Modellprojekt FrühStart – Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt* 53:1158–1165.

Bilukha, O., Hahn, R.A. et al. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 28: 11- 39.

Brown, J., Cohen, P., Johnsen, J.G & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse And Negectl* 22(11): 1065-78.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Bekanntmachung zur Förderung von Modellprojekten sowie deren wissenschaftlicher Begleitung und Wirkungsevaluation. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Internetredaktion/Pdf-Anlagen/ausschreibung-fruehe-hilfen-text,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [23.10.2013]

Cox J. L., Holden J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Of Psychiatry* 150: 782-6.

Deutsches Jugendinstitut München (DJI) (2007). Early Prevention - Frühe Prävention. Erfahrungen und Strategien aus 12 Ländern. Verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.de/3428.0.html?&cHash=9cf7d82538&tx_prbooks_pi2[curContent]=14185&tx_prbooks_pi2[originalPid]=3428&tx_prbooks_pi2[showUid]=218 [22.10.2013]

Dole, N. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1): 14-24.

Elkan, R., Kendrick, D. et al. (2000). The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment Journal* 4(13): 339-51.

Elsenbruch, S., Benson, S., Rücke, M., Rose, M., Dudenhausen, J, Pincus-Knackstedt, M. K. & Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human reproduction* 22(3): 869–77.

Ertem, I., Leventhal, J. & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet* 356(9232): 814-819.

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.

Halbreich, U. & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and dedpressive symptoms. *Journal of affectivce disorders* 91: 97-111.

Hensen, G. (2005). Soziale Frühwarnsysteme in NRW - Frühe Hilfen für Familien durch verbindliche Formen der Kooperation. *IKK-Nachrichten* 1-2: 5-9.

Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. (2012). Recognizing and treating peripartum depression. *Deutsches Ärzteblatt International* 109 (24): 419-24.

Kindler, H. (2007). Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis. Eine Expertise im Auftrag des Informationszentrums Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung. München: DJI.

Korfmacher, J. (2001). Harder Than You Think: Understanding What Works, For Whom, And Why in Early Childhood Interventions. Second in a series of occasional papers. Chicago: Erikson Institute Herr Research Center.

Kurstejens, D. W. (2001). Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie.* 30(1): 33-41.

Laucht, M. (2005). Die langfristigen Folgen früher Entwicklungsrisiken: Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie zu Risiko- und Schutzfaktoren. In Arnoldy, P. & Traub, B. (Hrsg.), *Sprachentwicklungsstörungen früh erkennen und behandeln* (S. 169-183). Karlsruhe: Loeper.

Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2005). Entwicklungsverläufe von Hochrisikokindern: Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. *Kinderärztliche Praxis 76*(6): 135-142.

Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry 1*(1): 3-13.

Logsdon, M. C. & Usui, W. (2001). Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal* of *Nursing Research* 23(6): 563-74.

MacLeod, J. & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect 24*(9): 1127-1149.

Metzner, F., Reiß, F., Kuntz, J., Schwinn, A. & Pawils, S. (2010). Babylotse Hamburg. Elternbefragung zur ambulanten Durchführung in Frauenarztpraxen. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Mozurkewich, E., Luke, B., Avni, M., & Wolf, F. M. (2000). Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstetrics and gynaecology*, 95(4), 623–35.

Münder, J. (2000). Jugendhilfe und Elternverantwortung - eine schwierige Balance. *Zentralblatt für Jugendrecht* 87(3): 81-120.

Murphy, S., Orkow, B. & Nicola, R.M. (1985). Prenatal prediction of child abuse and neglect. *Child Abuse And Neglect* 9: 225-235.

Hara, M. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression, *International Review of Psychiatry* 8: 37-54.

O'Hare, T., & Creed, F. (1995). Life events and miscarriage. *The British Journal of Psychiatry* 167(6): 799–805.

Paul, M. & Backes, J. (2008). Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Das Nationale Zentraum Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156: 662-668.

Pawils, S., Schwinn, Koch, U, Metzner, F & Reiss, F. (2010). Endbericht Babylotse Hamburg. Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Pawils, S, Metzner, F, Reiss, F, Schwinn, A, Röhrbein, M, Koch, U (2011). Soziale Frühwarnsysteme: ambulant versus stationär - oder beides? Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention 14*(1): 20-33.

Peters, R. & Barlow, J. (2003). Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review 12*: 416-439.

Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt* 53:1048–1055.

Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of epidemiology and community health 60*(3): 221–7.

Riecher-Rössler, A. & Hofecker-Fallahpour, M. (2003): Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108 (418): 51-56.

Rohde, A., Wendt, A. (2003): Einsatz der EPDS in der gynäkologischen Praxis: Die Edinburgh Postnatal Depression Scale zur Erfassung postpartaler Depressionen. *Gynäkologische Praxis* 27(4): S, 693-701.

Sameroff, A. J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics* 102(5 Suppl E): 1287-92.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R., Mueller, J. & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping* 12: 145-161.

Sidebotham, P. & Golding, J. (2001). Child maltreatment in the "children of the nineties" a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl* 25(9): 1177-200.

Snell-Johns, J., Mendez, J. & Smith, B. (2004). Evidence-Based Solutions for Overcoming Access Barriers, Decreasing Attrition, and Promoting Change With Underserved Families. *Journal of Family Psychology* 18(1): 19-35.

Woods, S., Melville, J., Guo, Y., Fan, M. & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 202(1): 61-5

Wu, S., Ma, C., Carter, R., Ariet, M., Feaver, E., Resnick, M. & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse And Neglect* 28(12): 1253-64.

Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Juventa: Weinheim.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

DATENBAND ZUM ENDBERICHT BABYLOTSE AMBULANT

- modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems im ambulanten Setting -
(Stand Oktober 2013)

Dr. S. Pawils – Dipl.-Psych. C. Wendt – Dipl.-Psych. F. Metzner – Prof. Dr. Dr. M. Härter
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52 - 20246 Hamburg
Telefon (040) 74105-3995 - Telefax (040) 74105-4940 - s.pawils@uke.de

in Kooperation mit
Dr. S. Siefert
Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg, SeeYou

Inhalt

Inhalt **2**

1 Beschreibung der Stichprobe **3**

1.1 Merkmale des Kindes 3

1.2 Merkmale der Eltern 4

1.3 Ergebnisse im Risikoinventar 7

1.4 Fallkategorisierung und Verlaufsdokumentation 9

1.5 Analyse der Fälle nach Cluster Kurzfall/Beratung/Intensivfall 12

1.6 Touchpoints 13

2 Akteursbefragung **15**

2.1 Befragung der Arzthelferinnen 15

2.2 Befragung der teilnehmenden Gynäkologen 15

2.3 Befragung der Babylotsten 16

2.4 Befragung der Eltern 16

3 Bundesweite Gynäkologenbefragung **18**

1 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 1: Datengrundlage: Anzahl an Risikoinventare, Fallakten und befragten Akteuren

Datenerhebung	n	%
Rücklauf Risikoinventare	483	65-90*
davon unauffällig	251	52
davon auffällig	232	48
Fallakten mit Zustimmung zur Evaluation**	166	
Arzthelferinnen (MFA)	6	100
Teilnehmende Gynäkologen	6	100
Babylotsen	3	100
Mütter mit Zustimmung zum telefonischen Interview	190	
davon erreichte Mütter	105	56

Anm.: *geschätzter Anteil an rückläufigen Bögen an allen ausgeteilten Bögen. **Fallakten werden nur für Teilnehmer mit auffälligem Risikoinventar oder Teilnehmerinnen, die durch die Arzthelfer als belastet gemeldet wurden, angelegt.

Tabelle 2: Rücklauf auffälliger Risikoinventare pro Praxis

Praxis	Beginn	Rückläufige RI		Fallakten	
		n	(%)	n	(%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Firnrohr & Dr. Späth		145	(30%)	49	(30%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Wagner I		123	(25%)	43	(30%)
Praxis Permien		85	(18%)	27	(16%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Bonk & Klein		81	(17%)	27	(16%)
Praxis Dr. Winter		33	(7%)	11	(13%)
Gemeinschaftspraxis Dr. Wagner II		16	(3%)	4	(3%)
gesamt		**483**		**166**	

Anm.: n=5 Fallakten ohne Angabe der Praxis.

1.1 Merkmale des Kindes

Tabelle 3: Merkmale des Kindes (Falldokumentation)

Merkmale des Kindes (N=57)		
Geschlecht des Kindes (%)	44%	weiblich
	37%	männlich
	20%	keine Angabe
Geburtsgewicht des Neugeborenen (g im Mittel)	3096	[Range 1450 - 4590]
Besonderheiten des Kindes	3,5%	Frühchen/Neo
	1,8%	Herzschäden
	1,8%	Zwillinge
	-	geistige Behinderung
	1,8%	Kaiserschnitt
	-	Entzugssymptomatik
	-	Infektion
	90,5%	Keine Angabe
Geschwister	17%	ja [Range 1-3]
	30%	nein
	53%	keine Angabe
Anzahl der Geschwister	30%	Kein Geschwisterkind
	12%	ein Geschwisterkind
	4%	zwei Geschwister
	1,8%	drei Geschwister

1.2 Merkmale der Eltern

Tabelle 4: Alter, Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund, Aufenthaltsdauer und – status der Eltern

Alter der Eltern (N=166)		
Alter der Eltern (Jahre im Mittel)		Mutter:
	29	Jahre [Range 16-42]
	11,4%	keine Angabe
		Vater
	31	Jahre [Range 20-43]
	94%	keine Angabe
Staatsangehörigkeit der Eltern (N=851)		
Staatsangehörigkeit (%)		Mutter:
	47,0%	Deutsch
	10,2%	Sonstige
	5,4%	Doppelte Staatsbürgerschaft
	37,3%	keine Angabe
		Vater:
	40,4%	Deutsch
	12,0%	Sonstige
	1,8%	Doppelte Staatsbürgerschaft
	45,8%	keine Angabe
Migrationshintergrund (%)		Mutter
	15%	ja
	39%	keine Angabe
		Vater
	12%	ja
	47%	keine Angabe
Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland (Jahre im Mittel)	12	Jahre Mutter [Range 0,3-28]
	11	Jahre Vater [Range 2-21]
Aufenthaltsstatus der Mutter	6%	Unbefristet
	3%	befristet
	0,6%	Duldung
	-	ungeklärt
	90%	keine Angabe
Aufenthaltsstatus des Vaters	2%	Unbefristet
	2%	befristet
	0,6%	Duldung
	3%	ungeklärt
	92%	keine Angabe
Staatsangehörigkeit der Mutter in % (Häufigkeiten)	1,2% (2)	Afghanisch
	1,2% (2)	Chinesisch
	1,2% (2)	Indonesisch
	1,2% (2)	Polnisch
	1,2% (2)	Serbisch Ghanaisch
	1,2% (2)	Thailändisch
	1,2% (2)	Türkisch
	0,6% (1)	Ägyptisch
	0,6% (1)	Bulgarisch
	0,6% (1)	Georgisch
	0,6% (1)	Irakisch
	0,6% (1)	Italienisch
	0,6% (1)	Kosovo
	0,6% (1)	Irakisch
	0,6% (1)	Portugiesisch
	0,6% (1)	Rumänisch
	0,6% (1)	Russisch
	0,6% (1)	Syrisch
	0,6% (1)	Vietnamesisch
Staatsangehörigkeit des Vaters in % (Häufigkeiten)	2% (4)	Türkisch
	2% (3)	Afghanisch
	0,6% (1)	Ägyptisch
	0,6% (1)	Benin
	0,6% (1)	Chinesisch
	0,6% (1)	Indisch
	0,6% (1)	Indonesisch
	0,6% (1)	Irakisch
	0,6% (1)	Irland
	0,6% (1)	Italienisch

	0,6% (1)	Kosovo
	0,6% (1)	Marokkanisch
	0,6% (1)	Nigerianisch
	0,6% (1)	Portugiesisch
	0,6% (1)	Rumänisch
	0,6% (1)	Serbisch
	0,6% (1)	Syrisch

Tabelle 5: Deutschkenntnisse der Eltern

Deutschkenntnisse der Eltern (N=166)		
Deutschkenntnisse der Mutter – verbal -	52%	Vorhanden
	2%	Nicht vorhanden
	46%	keine Angabe
Deutschkenntnisse der Mutter – schriftlich -	52%	Vorhanden
	1%	Nicht vorhanden
	47%	keine Angabe
Deutschkenntnisse des Vaters – verbal -	44%	Vorhanden
	2%	Nicht vorhanden
	53%	keine Angabe
Deutschkenntnisse des Vaters – schriftlich -	44%	Vorhanden
	2%	Nicht vorhanden
	53%	keine Angabe

Tabelle 6: Bildungsstand und Berufstätigkeit der Eltern

Bildungsstand und Berufstätigkeit der Eltern (N=166)		
Höchster Schulabschluss der Mutter	3%	keinen Abschluss
	3%	Hauptschule
	5%	Realschule
	2%	Abitur
	27%	Lehre / Ausbildung
	8%	Fachhochschul- / Universitätsabschluss
	55%	keine Angabe
Erwerbstätigkeit der Mutter	31%	erwerbstätig
	24%	nicht erwerbstätig
	1,8%	in Ausbildung
	1,8%	in Elternzeit
	40%	keine Angabe
Berufliche Stellung der Mutter	18%	ALG I/II, SGB II, AsylbLG
	2%	geringfügig beschäftigt/1-Euro-Job
	5%	befristete Anstellung
	19%	unbefristete Anstellung
	0,6%	Selbständige
	1,2%	Sonstiges
	54%	keine Angabe
Höchster Schulabschluss des Vaters	0,6%	keinen Abschluss
	1%	Hauptschule
	0,6%	Realschule
	1%	Abitur
	23%	Lehre / Ausbildung
	10%	Fachhochschul- / Universitätsabschluss
	-	Sonstiges
	63%	keine Angabe
Erwerbstätigkeit des Vaters	39%	erwerbstätig
	13%	nicht erwerbstätig
	1%	in Ausbildung
	-	in Elternzeit
	47%	keine Angabe

Tabelle 7: Risiko- und Gesundheitsverhalten der Eltern

Risiko- und Gesundheitsverhalten der Eltern (N=166)		
Rauchen (Mutter)	14%	Ja
	46%	Nein
	40%	Keine Angabe
körperliche Erkrankung/Behinderung	4%	Mutter ▪ körperliche Behinderung (1) ▪ Kollagenose (1) ▪ Fibromyalgie (1) ▪ Lipolymphödem (1) ▪ Thrombose im Gehirn (1) ▪ Zysten in der Wirbelsäule (1)
	2%	Vater ▪ Herzerkrankung (1) ▪ Multiple Sklerose (1) ▪ Rückenleiden (1)
Psychische Erkrankung	10%	Mutter
	1%	Vater
		Mutter
	5%	▪ Depression (9)
	1%	▪ Essstörungen (2)
	1%	▪ Angststörung (Panikstörung, Agoraphobie; 2)
	1%	▪ starke Belastung/Traumatisierung (2)
	0,6%	▪ ADHS (1)
	0,6%	▪ Posttraumatische Belastungsstörung (1)
		Vater
	1%	▪ Depression (1)
Behandlungsstatus psychische Erkrankung		in Behandlung:
	8%	Mutter
	1%	Vater
		nicht in Behandlung:
	2%	Mutter
	-	Vater
Suchtproblematik		Mutter
	0%	Ja
		Vater
	1%	ja ▪ Cannabis (1), Drogenabhängigkeit (1)
Behandlungsstatus Suchtproblematik		in Behandlung:
	0%	Mutter
	0%	Vater
		nicht in Behandlung:
	0%	Mutter
	1%	Vater

Tabelle 8: Familiäre Situation

Familiäre Situation (N=851)		
Beziehungsstatus der Eltern	55%	In fester Beziehung
	6%	Keine feste Beziehung
	39%	keine Angabe
Elternschaft	52%	gemeinsame Elternschaft
	10%	Mutter alleinerziehend
	38%	keine Angabe
Stabilität der Partnerschaft	48%	stabil
	10%	instabil
	42%	keine Angabe
Väterliche Unterstützung	52%	vorhanden
	8%	nicht vorhanden
	39%	keine Angabe
	4%	Partner lebt nicht in Hamburg/ Deutschland
		Grund für nicht vorhandene Unterstützung
	5%	▪ Kein Kontakt zum Kindsvater (8)
	4%	▪ Kindsvater lebt nicht in Deutschland (6)
	2%	▪ Sonstiges (1)
Soziale Integration	52%	Sozial eingebettet
	5%	Sozial nicht eingebettet
	42%	Keine Angabe
Wohnsituation	34%	unproblematisch
	27%	problematisch
	40%	keine Angabe
Finanzielle Situation	25%	ausreichend
	36%	problematisch
	40%	keine Angabe

1.3 Ergebnisse im Risikoinventar

Tabelle 9: Ergebnisse im Risikoinventar

Punktzahl (N=166)	t0 (n=90)	t1 (n=76)	t2 (n=29)
	n (%)	n (%)	n (%)
0 – 1 Punkte*	53 (59,9%)	48 (63,1%)	21 (72,4%)
2 – 3 Punkte	30 (33,3%)	22 (29%)	7 (24,1%)
4 – 5 Punkte	6 (6,7%)	5 (6,5%)	1 (3,4%)
6 Punkte	1 (1,1%)	1 (1,3%)	- -
Risikoinventar (Mittel)	1,5 [Range 0-6]	1,4 [Range 0-6]	1,0 [Range 0-6]

Anm.: *Einige Teilnehmerinnen mit unauffälligem Risikobogen (Summenwert=0) wurden durch Arzthelferinnen als belastet gemeldet.

Tabelle 10: Risikofaktoren zum 1.-3. Messzeitpunkt

Auffällige Faktoren im Risikoinventar	t0 (n=121)			t1 (n=90)			t2 (n=32)		
	n	(%)	Missing in %	n	(%)	Missing in %	n	(%)	Missing in %
Sozio-ökonomische Situation	49	(40,4%)	3,3	26	(28,9%)	5,6	9	(28,0%)	3,1
Sonstige Umstände	42	(34,7%)	39,3	28	(31,1%)	10	6	(18,8%)	-
Psychosoziale Faktoren	33	(27,3%)	5,0	17	(18,9%)	6,7	4	(12,5%)	-
Psychische Erkrankung (Mutter)	29	(24,0%)	0,8	17	(18,9%)	1,1	7	(21,9%)	-
Kindsmutter raucht	28	(23,1%)	0,8	20	(22,2%)	1,1	7	(21,9%)	-
Alkohol- oder Drogenkonsum (Vater)	15	(12,4%)	1,7	6	(6,7%)	4,4	2	(6,3%)	-
Keine Unterstützung / sprachl. Schwierigkeiten	14	(11,6%)	7,4	14	(15,6%)	5,6	1	(3,1%)	3,1
Alter des Vaters ≤18 J.	5	(4,1%)	2,5	1	(1,1%)	1,1	4	(12,5%)	-
Psychische Erkrankung (Vater)	3	(2,5%)	2,5	1	(1,1%)	4,4	2	(6,3%)	0
Zwillinge erwartet	2	(1,7%)	8,3	4	(4,4%)	-	1	(3,1%)	3,1
Alter der Mutter ≤18 J.	2	(1,7%)	0,8	2	(2,2%)	-	2	(6,3%)	-
Alkohol- oder Drogenkonsum (Mutter)	1	(0,8%)	-	1	(1,1%)	-	2	(6,3%)	-
Frühgeburt							4	(12,5%)	3,1

Tabelle 11: Spezifikation der genannten Risikofaktoren im Risikoinventar

Risikofaktor		Anzahl	(%)
Sonstige Umstände zum 1. Messzeitpunkt (t0)		**42**	
Davon:	Arbeit oder Arbeitslosigkeit	8	(6%
	schwere Erkrankung eines Familienangehörigen oder der Teilnehmerin selbst	7	(6%)
	Überforderung mit der Schwangerschaft	7	(6%)
	Unvereinbarkeit von Schwangerschaft und gegenwärtiger Ausbildung	6	(4%)
	Wohnungssituation oder finanzielle Sorgen	4	(3%)
	Konflikte mit der Familie	3	(3%)
	Familie außerhalb Deutschlands	2	(2%)
	Hauskauf	1	(1%)
	Sorgen bezüglich Geburt	1	(1%)
	Konflikte mit Behörden	1	(1%)
	Psychische Beschwerden	1	(1%)
	Vorherige Fehlgeburten	1	(1%)
	Schwangerschaftsbeschwerden	1	(1%)
Sonstige Umstände zum 2. Messzeitpunkt (t1)		**28**	
Davon:	Arbeit oder Arbeitslosigkeit	7	(8%)
	schwere Erkrankung eines Familienangehörigen oder der Teilnehmerin selbst	3	(3%)
	Überforderung mit der Schwangerschaft	2	(2%)
	Unvereinbarkeit von Schwangerschaft und gegenwärtiger Ausbildung	0	-
	Wohnungssituation oder finanzielle Sorgen	5	(6%)
	Konflikte mit der Familie	3	(3%)
	Familie außerhalb Deutschlands	1	(1%)
	Hauskauf	-	-
	Sorgen bezüglich Geburt	3	(3%)
	Konflikte mit Behörden	2	(2%)
	Psychische Beschwerden	1	(1%)
	Vorherige Fehlgeburten	-	-
	Schwangerschaftsbeschwerden	1	(1%)
	Kaiserschnittnarbe reißt	1	(1%)
Sonstige Umstände zum 3. Messzeitpunkt (t2)		**6**	
Davon:	Arbeit oder Arbeitslosigkeit	-	-
	schwere Erkrankung eines Familienangehörigen oder der Teilnehmerin selbst	1	(3%)
	Überforderung mit der Schwangerschaft	-	-

	Unvereinbarkeit von Schwangerschaft und gegenwärtiger Ausbildung	-	-
	Wohnungssituation oder finanzielle Sorgen	1	(3%)
	Konflikte mit der Familie	-	-
	Familie außerhalb Deutschlands	-	-
	Hauskauf	-	-
	Sorgen bezüglich Geburt	-	-
	Konflikte mit Behörden	-	-
	Psychische Beschwerden	-	-
	Vorherige Fehlgeburten	-	-
	Schwangerschaftsbeschwerden	-	-
	Kaiserschnittnarbe reißt	-	-
	Keine Unterstützung	2	(7%)
	Baby schreit viel	1	(3%)
	Schwere Geburt	1	(3%)
Psychische Erkrankung der Mutter zum 1. Messzeitpunkt (t0)		**53**	
Davon:	Depression	9	(7%)
	Angststörung (Panikstörung, Soziale Phobie, Agoraphobie)	4	(3%)
	Burnout	3	(2%)
	Essstörungen	2	(2%)
	Posttraumatische Belastungsstörung	1	(1%)
	Schmerzerkrankung	1	(1%)
	ADHS	1	(1%)
	Zwangsstörung	1	(1%)
Psychische Erkrankung der Mutter zum 2. Messzeitpunkt (t1)		**53**	
Davon:	Depression	6	(7%)
	Angststörung (Panikstörung, Soziale Phobie, Agoraphobie)	1	(1%)
	Burnout	2	(2%)
	Essstörungen	3	(3%)
	Posttraumatische Belastungsstörung	1	(1%)
	Schmerzerkrankung	-	-
	ADHS	2	(2%)
	Zwangsstörung	-	-
	Persönlichkeitsstörung (Borderline)	2	(2%)
Psychische Erkrankung der Mutter zum 3. Messzeitpunkt (t2)		**53**	
Davon:	Depression	3	(10%)
	Angststörung (Panikstörung, Soziale Phobie, Agoraphobie)	-	-
	Burnout	-	-
	Essstörungen	-	-
	Posttraumatische Belastungsstörung	1	(3%)
	Schmerzerkrankung	-	-
	ADHS	-	-
	Zwangsstörung	-	-
	Persönlichkeitsstörung (Borderline)	1	(3%)

1.4 Fallkategorisierung und Verlaufsdokumentation

Tabelle 12: Falleinteilung

Falleinteilung	n	(%)
Clearing	19	(12,4%)
Beratung	72	(47,4%)
Kurzfall	27	(17,6%)
Intensivfall	7	(4,6%)
Kein Kontakt	28	(18,3%)

Anm.: zu n=13 Fallakten liegt keine Falleinteilung vor.

Abbildung 1: Falleinteilung

Anm.: zu n=13 (8%) Fallakten liegt keine Falleinteilung vor.

Tabelle 13: Überblick über die Clearinggespräche

Fallakten (N=166)	
Zeitpunkt des Clearing	
Vor der Geburt	99%
Nach der Geburt	1%
Gesprächsdauer (Clearing) Mittel	49 Min. (range: 3-150 Min.)
Kontaktaufnahme aufgrund von...	
Screening-Ergebnis	49%
Auffälligkeiten	6%
Screening-Ergebnis und Auffälligkeiten	5%
Keine Angabe	40%
Auffälligkeiten:	
▪ Gesprächsbedarf / Interesse an Beratung	10%
▪ Schwangerschaftskonflikt	1%
Auffälligkeiten gemeldet durch:	
▪ Medizinische Fachangestellte	8%
▪ Kindsmutter	2%
▪ Arztheferinnen	1%
Anwesende	
Mutter	98%
Ehemann/Partner	10%
Familienangehörige	4%
Bedarfseinschätzung	
Keine Angabe	44%
Unterstützung notwendig	25%

Keine weitere Unterstützung	31%
Gründe:	
▪ Absicherung durch familiäres, soziales Netzwerk/Nachsorgehebamme/Kinderarzt/Betreuerin	16%
▪ kein Bedarf zu ermitteln/keine Einschätzung möglich/ Grund für Auffälligkeit unklar	8%
▪ unspezifiziert	12%
Kindeswohlgefährdung vorhanden	1%

Tabelle 14: Anzahl der Überleitungen pro Fall und Einrichtungen, in welche die Überleitung erfolgte

Anzahl der Überleitungen	
Keine Überleitung	42% (70)
Überleitung	58% (96)
davon 1 Überleitung	14% (23)
2 Überleitungen	21% (34)
3 Überleitungen	13% (22)
4 Überleitungen	5% (9)
>4 Überleitungen	5% (8)
Gesamtanzahl an Überleitungen	240
	Einrichtung
Einrichtung, in die Überleitung erfolgte	
▪ Hebamme	18% (42)
▪ Elternschule	16% (38)
▪ Familienplanungszentren	9% (22)
▪ Kinderarzt	7% (16)
▪ Beratungsstellen	9% (15)
▪ Familienhebamme	6% (11)
▪ Familiennetzwerk	4% (10)
▪ Kinder-Familien-Zentrum	4% (9)
▪ wellcome	4% (9)
▪ Schwangerschaftsberatung	3% (8)
▪ Eltern-Kind-Zentrum	3% (7)
▪ von anfang an	3% (6)
▪ Familienbildungsstätte	2% (5)
▪ Allgemeiner Sozialer Dienst	2% (4)
▪ Diakonisches Werk	2% (4)
▪ Kitas und Tagesmütter / Omas Hilfsdienst	2% (4)
▪ Sonstiges	9% (21)
▪ Babylotsen aus dem Marienkrankenhaus	1% (3)
▪ Flüchtlingszentrum	1% (2)
▪ Psychotherapeut	1% (2)
▪ Ämterlotsen	0,4% (1)
▪ Projekt zur Gesundheitsförderung „mit Migranten für Migranten“ (MiMi)	0,4% (1)
▪ Geburtsvorbereitung	0,4% (1)
▪ SPD	0,4% (1)
▪ Arbeitslosentelefon	0,4% (1)
▪ KIDS e.V.	0,4% (1)
▪ Babymassage	0,4% (1)
▪ Projekt Nestlotse	0,4% (1)
▪ Villa Duisburg	0,4% (1)
▪ Hamburger Kinder- und Jugendhilfe (Ellis Eltern Eck)	0,4% (1)
▪ Jugendamt	0,4% (1)
▪ Das raue Haus	0,4% (1)
▪ Kinderschutzbund	0,4% (1)
▪ Säuglingspflegekurs	0,4% (1)

Tabelle 15: Einordnung der Kontaktaufnahme und Person, mit der Kontakt aufgenommen wurde (N=274).

Klassifizierung der Kontaktaufnahme (n=274)	
Telefonisch	59% (161)
Bitte um Rückruf	15% (42)
Nicht erreicht	11% (29)
Brief, Mail oder SMS	4% (11)
Externer Besuch / Hausbesuch	2% (5)
In der gynäkologischen Praxis	1% (3)
Keine Angabe	8% (22)
Ansprechpartner	
Mutter	62% (169)
Familiennetzwerk/Familienplanzentrum	4% (12)
Ehemann oder Partner	3% (8)
Hebamme	3% (8)
Kinderkrankenschwester	1% (4)
Familienhebamme	1% (4)
Medizinische Fachangestellte (MFA)	1% (3)
Arzt	0,7% (2)
Arbeiter-Samariter-Bund (ASD)	0,7% (2)
Schuldnerberatung	0,4% (1)
Gesamte Familie	0,4% (1)
Sonstige	14% (36)
Keine Angabe	9% (24)
Themen	
Clearing zur aktuellen Situation	43% (118)
Koordination der am Fall Beteiligten	17% (46)
Beratung und Information	16% (45)
Gesundheitszustand des Kindes	2% (6)
Kollegialer Austausch	1,5% (5)
Begleitung	1% (3)
Keine Angabe	18% (51)

Tabelle 16: Dauer des Clearing, Anzahl der Überleitungen, Anzahl der Kontakte und Zeitaufwand für die Kontakte in Abhängigkeit zur Fallkategorisierung

Falleinteilung			Zeitdauer Clearing (Min.)		Anzahl der Überleitungen		Anzahl der Kontakte		Aufwand Kontakte (Min.)	
	n	(%)	Mittel	Range	Mittel	Range	Mittel	Range	Mittel	Range
Clearing	19	(12,4 %)	15	5-35	-	-	1,0	0-3	6	0-27
Beratung	72	(47,4 %)	50	10-90	2,6	1-7	1,3	0-13	8	0-71
Kurzfall	27	(17,6 %)	58	20-150	2,4	1-4	4,2	0-14	30	0-138
Intensivfall	7	(4,6%)	69	50-110	3,4	1-6	8,2	2-23	130	20-380
Kein Kontakt	28	(18,3%)	-	-	-	-	0,4*	0-4	1,3*	0-10

1.5 Analyse der Fälle nach Cluster Kurzfall/Beratung/Intensivfall

Tabelle 17: Soziodemografische Daten der Mütter und Väter nach Fallkategorie

	Clearing n=19	Beratung n=72	Kurzfall n=27	Intensivfall n=7
Alter der Mutter (in Jahren)	M=30,7 (SD=6,4)	M=28,9 (SD=5,5)	M=27,8 (SD=5,5)	M=29,3 (SD=4,2)
Staatsangehörigkeit Mutter (in %)				
deutsch	16	68	63	71
sonstige/doppelte Staatsbürgerschaft	5	24	23	14
keine Angabe	79	8	15	14
Staatsangehörigkeit Vater (in %)				
deutsch	16	61	63	29
sonstige	-	21	19	43
keine Angabe	84	18	19	29
Höchster Schulabschluss Mutter (in %)				

keinen Abschluss	-	3	4	-
Hauptschule	-	2	4	14
Realschule	-	7	7	14
Abitur	5	4	-	-
Lehre / Ausbildung	-	47	26	-
FH- / Universitätsabschluss	-	12	7	-
keine Angabe	95	25	52	71
Erwerbstätigkeit Mutter (in %)				
erwerbstätig	5	57	19	29
nicht erwerbstätig	-	25	56	71
in Ausbildung	5	4	4	-
keine Angabe	90	11	22	-
Höchster Schulabschluss Vater (in %)				
keinen Abschluss	-	1	-	-
Hauptschule /Realschule	-	1	11	-
Abitur	5	-	-	14
Lehre / Ausbildung	-	38	30	14
FH- / Universitätsabschluss	-	18	4	-
keine Angabe	95	41	56	71
Erwerbstätigkeit Vater (in %)				
erwerbstätig	11	67	30	14
nicht erwerbstätig	-	10	37	43
in Ausbildung	-	2	8	-
keine Angabe	89	19	26	43
Elternschaft (in %)				
gemeinsame Elternschaft	5	81	63	71
Mutter alleinerziehend	-	11	33	29
keine Angabe	95	8	25	-
Wohnsituation (in %)				
unproblematisch	5	54	37	43
problematisch	-	38	44	57
keine Angabe	95	8	19	-
Finanzielle Situation (in %)				
ausreichend	5	44	11	14
problematisch	-	47	70	86
keine Angabe	95	8	82	-

1.6 Touchpoints

Tabelle 18: Anzahl der Touchpoints

Zeitpunkt des Touchpoints	n
1. Touchpoint	36
2. Touchpoint	11
3. Touchpoint	-
4. Touchpoint	-

Tabelle 19: Anzahl der Überleitungen, Einrichtungen und Erfolg der Überleitung nach dem 1. und 2. Touchpoint

1. Touchpoint	n	(%)
Anzahl der Überleitungen pro Fall		
Keine Überleitung	13	(36%)
1 Überleitung	12	(33%)
2 Überleitungen	9	(25%)
3 Überleitungen	2	(6%)
Gesamtanzahl	33	
Einrichtung in die Überleitung erfolgte		
Hebammen bzw. Familienhebammen	5	(15%)
Familienplanzentren	4	(12%)
Elternschulen	4	(12%)
wellcome	3	(9%)
Eltern-Kind-Zentrum	1	(3%)
Evangelische Familienbildung	1	(3%)
Schwangerschaftsberatung	1	(3%)
Allgemeiner Sozialer Dienst	1	(3%)
Von Anfang an!	1	(3%)
Wochenbettbetreuung	1	(3%)
Therapeut	1	(3%)
KIDS e.V.	1	(3%)
Beratungsstelle für Alleinerziehende	1	(3%)
Erfolg der Überleitung	33	
Überleitung erfolgreich	16	(48%)
Überleitung nicht erfolgreich	20	(52%)
Keine Angabe	-	-

2. Touchpoint	n	(%)
Anzahl der Überleitungen pro Fall		
Keine Überleitung	5	(55%)
1 Überleitung	3	(27%)
2 Überleitungen	2	(18%)
3 Überleitungen	-	-
Gesamtanzahl	7	
Einrichtung in die Überleitung erfolgte		
Familienhebamme	1	(14%)
Amt für Wohnungsangelegenheiten	1	(14%)
Allgemeiner Sozialer Dienst	1	(!4%)
Flüchtlingszentrum	1	(14%)
Erfolg der Überleitung	7	
Überleitung erfolgreich	5	(71%)
Überleitung nicht erfolgreich	1	(14%)
Keine Angabe	1	(14%)

Abbildung 2: Anzahl der Überleitungen nach dem 1. und 2. Touchpoint

Tabelle 20: Bewertung des Inhalts und des Zeitpunktes des 1. (n=22) und 2. Touchpoints (n=11)

1. Touchpoint	n	(%)
Inhaltliche Bewertung	22	
davon angemessen beurteilt	13	(60%)
davon als unangemessen beurteilt	9	(40%)
Zeitliche Bewertung	21	
davon als angemessen beurteilt	19	(90%)
davon als unangemessen beurteilt	2	(10%)
2. Touchpoint		
Inhaltliche Bewertung	2	
davon als angemessen beurteilt	1	(50%)
davon als unangemessen beurteilt	1	(50%)
Zeitliche Bewertung	2	
davon als angemessen beurteilt	2	(100%)
davon als unangemessen beurteilt	-	-

2 Akteursbefragung

2.1 Befragung der Arzthelferinnen

Tabelle 21: Bewertung des Babylotsenprojektes durch die Arzthelferinnen (n=6)

Befragung der Arzthelferinnen							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	M
Bewertung Projekt Babylotse	6	-	-	-	-	-	1
Bewertung der Zusammenarbeit mit Babylotsen	6	-	-	-	-	-	1
Integration der Risikoinventare in den Praxisalltag	1	3	2	-	-	-	2,2
Praktikabilität der Risikoinventare	3	2	1	-	-	-	1,7
Akzeptanz der Risikoinventare bei Patientinnen	-	2	4	-	-	-	2,7

Tabelle 22: Befragung der Arzthelferinnen (n=6) zur Sonderbezahlung und Arztbeteiligung

Befragung der Arzthelferinnen			
Bewertung	**ja**	**nein**	**unentschlossen**
Umsetzung ohne Sonderbezahlung der MFA möglich?	50%	-	50%
Sollte der Arzt stärker involviert sein?	50%	-	50%
	Patientin	**Arzt**	**unentschlossen**
Sollte der RI durch die Patientin oder durch den Arzt während der Anamnese ausgefüllt werden?	67%	33%	-

2.2 Befragung der teilnehmenden Gynäkologen

Tabelle 23: Bewertung des Babylotsenprojektes durch die Gynäkologen (n=6)

Befragung der Gynäkologen							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	M
Bewertung Projekt Babylotse	3	1	-	-	-	-	1
Bewertung der Zusammenarbeit mit Babylotsen	4	-	-	-	-	-	1

Tabelle 24: Befragung der Gynäkologen (n=6) zur Sonderbezahlung und Ausfüllen des Risikoinventars

Befragung der Gynäkologen			
Bewertung	**ja**	**nein**	**unentschlossen**
Umsetzung ohne Sonderbezahlung der MFA möglich?	%	%	%
	Patientin	**Arzt**	**unentschlossen**
Sollte der RI durch die Patientin oder durch den Arzt während der Anamnese ausgefüllt werden?	%	%	-

2.3 Befragung der Babylotsten

Tabelle 25: Bewertung des Babylotsenprojektes durch die Babylotsen (n=3)

Babylotsenbefragung							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	M
Bewertung Projekt Babylotse	2	1	-	-	-	-	1,3
Integration der Risikoinventare in den Praxisalltag	1	2	-	-	-	-	1,7
Praktikabilität der Risikoinventare	-	3	-	-	-	-	2
Akzeptanz der Risikoinventare	3	-	-	-	-	-	1
Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Praxen	1	2	-	-	-	-	1,7

2.4 Befragung der Eltern

Abbildung 3: Zusammensetzung der telefonisch erreichten Stichprobe

Tabelle 26: Bewertung des Projektes durch Mütter

Elternbefragung							
Bewertung	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**M**
auffällige und unauffällige Mütter (n=136)							
Vorgehensweise	34%	59%	7%	-	1%	-	1,8
Mehrmaliges Verteilen des RI	22%	54%	21%	1%	2%	-	2,1
Gesamtbewertung des Projektes	72%	26%	2%	-	-	-	1,3
auffällige Mütter (n=87)							
Gespräch mit dem Babylotsen	71%	27%	2%	-	-	-	1,3
Bei TP: Zeitpunkte der telefonischen Kontaktierung nach Geburt	57%	39%	4%	-	-	-	1,5
Bei Überleitung: Bewertung der Überleitung	55%	37%	8%	-	-	-	1,5
Bei Beratung: Bewertung der Beratung	58%	33%	9%	-	-	-	1,5

Anm.: RI= Risikoinventar; TP=Touchpoint.

Tabelle 27: Vergleich der Bewertung des Projektes bei auffälligen und unauffälligen Müttern

Elternbefragung					
Aspekt	**auffällige Mütter (n=87)**		**unauffällige Mütter (n=49)**		**t**
	MW	SD	MW	SD	
Vorgehensweise	1,7	0,59	1,9	0,70	2,44*
Mehrmaliges Verteilen des RI	2,0	0,81	2,2	0,78	1,49
Gesamtbewertung des Projektes	1,3	0,48	1,6	0,55	1,46
Verständlichkeit des RI	1,6	0,68	1,6	0,62	0,27

Anm.: *p< .05.

Tabelle 28: Chi-Quadrat-Test der Zufriedenheit und dem Wunsch nach weiterer Unterstützung durch den Babylotsen zwischen auffälligen und unauffälligen Müttern

Elternbefragung						
	Haben Sie sich durch die BL mehr Unterstützung erhofft?			Würden Sie sich eine weitere Betreuung durch den BL wünschen?		
	ja	nein	unentschlossen	ja	nein	unentschlossen
gesamt	28 (21%)	78 (59%)	26 (20%)	52 (40%)	46 (36%)	31 (24%)
auffällige Mütter (n=87)	14 (17%)	56 (67%)	14 (17%)	38 (47%)	27 (33%)	16 (20%)
unauffällige Mütter (n=49)	14 (30%)	22 (46%)	12 (25%)	14 (29%)	19 (40%)	15 (31%)
Chi-Quadrat-Test	$\chi^2(2)$= 5,576, n=132, p=.06, n.s			$\chi^2(2)$= 4,344, n=192, p=.11, n.s		

Abbildung 4: Vergleich der Zufriedenheit mit und dem Wunsch nach weiterer Unterstützung durch den Babylotsen zwischen auffälligen und unauffälligen Müttern

Anm.: $\chi^2(2)$= 5,576, n=132, p=.06, n.s

Anm.: $\chi^2(2)$= 4,344, n=192, p=.11, n.s

Tabelle 29: Kategorien für Verbesserungsvorschläge zum Babylotsenprojekt ambulant aus den Elternbefragungen

Gruppe: auffällige Mütter (n=82)		
Kategorie	**n**	**Beispiele**
Mehr Informationsgabe durch Babylotsen	6	„dass die BL grundsätzliche Infos von allein erwähnt, z.B. wann in Geburtsklinik anmelden, wann Hebamme suchen“ „dass BL von sich aus weitere Themen anspricht, wie: Möglichkeiten mit anderen Schwangeren in Kontakt zu kommen, Angebote für nach der Geburt (Aktivitäten mit Baby wie Babyschwimmen)“
Informationsdefizit zum Babylotsenprojekt	5	„in der Praxis wurden verschiedene Infos gegeben bzgl. Auftrag der Babylotsin“ „explizit darauf hinweisen wann sich der BL sich meldet, Informationsmaterial was erfolgt genau“
Risikoinventar: Inhalt	3	„weniger ankreuzen, mehr offene Fragen“ „Fragen nicht ganz verstanden“ „Konzeption der Fragen mehrdeutig, da so viele allgemeine Sachen abgefragt wurde“
Risikoinventar: Häufigkeit - zu oft	3	„Zweimal hätte gereicht.“ „zu viele Fragebögen“
Ort des Clearings	2	Gespräch war in den Praxisräumen. Da waren wir nicht ungestört.“
Tageszeit für Anrufe durch BL	2	„tageszeitlich ist vormittags am besten“ „Zeiten für Rückrufe eventuell auch Spätabends (18-20Uhr), da vollzeitarbeitstätig“
Mehr Unterstützung	2	„Mehr Unterstützung bei Wohnungssuche wäre erwünscht gewesen.“
Touchpoints	1	„Bisschen früher“
Risikoinventar: nicht erhalten	1	„2. Risikoinventar in Praxis nicht ausgeteilt worden“
Sprachliche Schwierigkeiten	1	„auf Englisch, sprachliche Schwierigkeiten“
Zeitpunkt der Touchpoints	1	„könnten früher nach der Geburt sein“
Risikoinventar: Häufigkeit - zu selten	1	„sogar noch öfter besser“
Gruppe: unauffällige (n=32)		
Kategorie	**n**	**Beispiele**
Wunsch nach Kontaktierung unabhängig vom Screening	10	„ich wurde nicht kontaktiert, hätte mir aber gewünscht angerufen zu werden“ „innerhalb der ersten 3 Monate nach der Geburt jeden anrufen. Habe Schreikind, das ist eine enorme Herausforderung, die im Vorfeld nicht absehbar war“
Informationsdefizit zum Babylotsenprojekt	4	„im 1. Fragebogen mehr deutlich machen, worum es geht, dass nur problematische Fälle kontaktiert wurden“
Risikoinventar: Häufigkeit - zu oft	3	„So oft ist eher nervig. Die Fragen wiederholen sich.“
Mehr Informationsgabe durch Babylotsen	1	s.o.

3 Bundesweite Gynäkologenbefragung

Tabelle 30: Umgang mit der postpartalen Depression und psychosozialen Belastungen

Gynäkologenbefragung				
	PPD		**PSB**	
Aspekt	n	(%)	n	(%)
Zuständigkeit	986	(97%)	989	(97%)
Aktive Diagnose	530	(52%)	745	(72%)
Beratung	852	(82%)	920	(90%)
Vermittlung*	980	(96%)	1016	(98%)

Anm.: *Auswahlmöglichkeiten für Vermittlung umfassten bei PPD: Beratungsstellen, Therapeuten / Kliniken und Sonstige; bei PSB: Beratungsstellen, Therapeuten / Kliniken, Hebammen, Familienhebammen, Projekte Früher Hilfen und Sonstige.

Abbildung 5: strukturelle und patientenbezogene Hindernisse bei Beratung und Weitervermittlung

Abbildung 6: Möglichkeiten, die Versorgungssituation zu verbessern

Abbildung 7: Zustimmung und Ablehnung, ob die Inanspruchnahme eines Familienlotsen vorstellbar ist.

Tabelle 31: Logistische Regression zur aktiven Anamnese bei postpartaler Depression

AV: aktive Anamnese der PPD (N=887)	Modellgüte	B	Sig	Odd ratio
Gesamtmodell				
Chi²	46.780**			
R² (Nagelkerkes)	.069			
Korrekt vorhergesagt	59%			
Prädiktoren				
Bundesland (alt)		- .561	**< .01****	.57
Einzugsgebiet (städtisch)			**< .01****	
ländlich		-.543	**< .01****	.58
beides		-.309	.06	.73
Geschlecht (männlich)		. 315	**< .05***	1.37
Dauer der Berufserfahrung		- .005	.57	.99
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.545	**< .01****	1.72
rein medizinisch		.091	.61	1.09
alternative Heilverfahren		-.035	.89	.96
Anzahl systembezogener Barrieren		.151	**< .05***	1.16
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.165	.06	1.18

Anm.: **p< .05, **p< .01.* Aktive Anamnese: gezieltes Erfragen, routinemäßiges Erfragen, Fragebogeneinsatz.

Tabelle 32: Logistische Regression zur aktiven Anamnese bei psychosozialen Belastungen

AV: aktive Anamnese von PSB (N=888)	Modellgüte	B	Sig	Odd ratio
Gesamtmodell				
Chi²	45.217**			
R² (Nagelkerkes)	.072			
Korrekt vorhergesagt	74%			
Prädiktoren				
Bundesland (alt)		.235	.29	1.26
Einzugsgebiet (städtisch)			.06	
ländlich		-.369	.06	.69
beides		.059	.75	1.06
Geschlecht (männlich)		.626	**< .001*****	1,87
Dauer der Berufserfahrung		.008	.44	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			.30	
psychosomatisch/therapeutisch		.375	.07	1.46
rein medizinisch		.155	.42	1.17
alternative Heilverfahren		.297	.33	1.25
Anzahl systembezogener Barrieren		.284	**< .001*****	1.33
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.055	.58	1.06

Anm.: ***p< .01, ***p< .001.* Aktive Anamnese: gezieltes Erfragen, routinemäßiges Erfragen, Fragebogeneinsatz.

Tabelle 33: Logistische Regression zur Beratung bei postpartaler Depression

AV: Beratung bei PPD (N=831)	Modellgüte	B	Sig	Odd ratio
Gesamtmodell				
Chi²	42.805***			
R² (Nagelkerkes)	.089			
Korrekt vorhergesagt	86%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese einer PPD (ja)		.526	**< .05***	1,63
Bundesland (alt)		- .301	.24	.74
Einzugsgebiet (städtisch)			.25	
ländlich		-.027	.92	.98
beides		.349	.15	1.42
Geschlecht (männlich)		- .149	.51	.86
Dauer der Berufserfahrung		- .017	.18	.98
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.849	**< .01****	2.34
rein medizinisch		.168	.49	1.18
alternative Heilverfahren		.117	.75	1.12
Anzahl systembezogener Barrieren		.369	**< .01****	1.45
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.036	.79	1.04

Anm.: *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$.

Tabelle 34: Logistische Regression zur Beratung bei psychosozialen Belastungen

AV: Beratung bei PSB (N=854)	Modellgüte	B	Sig	Odd ratio
Gesamtmodell				
Chi²	31.092**			
R² (Nagelkerkes)	.076			
Korrekt vorhergesagt	90%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese von PSB (ja)		.381	.13	1.46
Bundesland (alt)		.001	.99	1.00
Einzugsgebiet (städtisch)			.28	
ländlich		.345	.29	1.41
beides		-.168	.53	.85
Geschlecht (männlich)		. 248	.34	1.28
Dauer der Berufserfahrung		.007	.61	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		1.228	**< .01****	3.41
rein medizinisch		.029	.92	1.03
alternative Heilverfahren		.141	.75	1.15
Anzahl systembezogener Barrieren		.376	**< .01****	1.47
Anzahl patientenbezogener Barrieren		-.147	.34	.86

Anm.: *$p < .05$, **$p < .01$.

Tabelle 31: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen

AV: aktive Anamnese der PPD (N=887)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	46.780*			
R² (Nagelkerkes)	.069			
Korrekt vorhergesagt	59%			
Prädiktoren				
Bundesland (alt)		- .561	**< .01****	.57
Einzugsgebiet (städtisch)			**< .01****	
ländlich		-.543	**< .01****	.58
beides		-.309	.06	.73
Geschlecht (männlich)		. 315	**< .05***	1.37
Dauer der Berufserfahrung		- .005	.57	.99
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.545	**< .01****	1.72
rein medizinisch		.091	.61	1.09
alternative Heilverfahren		-.035	.89	.96
Anzahl systembezogener Barrieren		.151	**< .05***	1.16
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.165	.06	1.18
AV: aktive Anamnese von PSB (N=888)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	45.217**			
R² (Nagelkerkes)	.072			
Korrekt vorhergesagt	74%			

Prädiktoren				
Bundesland (alt)		.235	.29	1.26
Einzugsgebiet (städtisch)			.06	
ländlich		-.369	.06	.69
beides		.059	.75	1.06
Geschlecht (männlich)		.626	**< .001*** **	1,87
Dauer der Berufserfahrung		.008	.44	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			.30	
psychosomatisch/therapeutisch		.375	.07	1.46
rein medizinisch		.155	.42	1.17
alternative Heilverfahren		.297	.33	1.25
Anzahl systembezogener Barrieren		.284	**< .001*** **	1.33
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.055	.58	1.06
AV: Beratung bei PPD (N=831)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	42.805***			
R² (Nagelkerkes)	.089			
Korrekt vorhergesagt	86%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese einer PPD (ja)		.526	**< .05***	1,63
Bundesland (alt)		- .301	.24	.74
Einzugsgebiet (städtisch)			.25	
ländlich		-.027	.92	.98
beides		.349	.15	1.42
Geschlecht (männlich)		- .149	.51	.86
Dauer der Berufserfahrung		- .017	.18	.98
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.849	**< .01****	2.34
rein medizinisch		.168	.49	1.18
alternative Heilverfahren		.117	.75	1.12
Anzahl systembezogener Barrieren		.369	**< .01****	1.45
Anzahl patientenbezogener Barrieren		.036	.79	1.04
AV: Beratung bei PSB (N=854)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	31.092**			
R² (Nagelkerkes)	.076			
Korrekt vorhergesagt	90%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese von PSB (ja)		.381	.13	1.46
Bundesland (alt)		.001	.99	1.00
Einzugsgebiet (städtisch)			.28	
ländlich		.345	.29	1.41
beides		-.168	.53	.85
Geschlecht (männlich)		. 248	.34	1.28
Dauer der Berufserfahrung		.007	.61	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		1.228	**< .01****	3.41
rein medizinisch		.029	.92	1.03
alternative Heilverfahren		.141	.75	1.15
Anzahl systembezogener Barrieren		.376	**< .01****	1.47
Anzahl patientenbezogener Barrieren		-.147	.34	.86

Tabelle 32: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen, Miteinbezug der Art der Barrieren

AV: aktive Anamnese der PPD (N=887)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	45.374*			
R² (Nagelkerkes)	.067			
Korrekt vorhergesagt	59%			
Prädiktoren				
Bundesland (alt)		- .577	**< .01****	.56
Einzugsgebiet (städtisch)			**< .01****	
ländlich		-.528	**< .01****	.59
beides		-.333	**< .05***	.72
Geschlecht (männlich)		. 341	**< .05***	1.41
Dauer der Berufserfahrung		- .005	.53	.99
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.510	**< .01****	1.67
rein medizinisch		.065	.71	1.07
alternative Heilverfahren		-.059	.81	.94
Barriere: Zeit		.020	.91	1.02

Barriere: Vergütung		.282	.06	1.33
Barriere: effektive Betreuungsmöglichkeit		.065	.65	1.07
Barriere: Qualität der Kooperationen		.288	. **< .05***	1.33
AV: aktive Anamnese von PSB (N=888)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	48.192***			
R² (Nagelkerkes)	.077			
Korrekt vorhergesagt	74%			
Prädiktoren				
Bundesland (alt)		.231	.31	1.26
Einzugsgebiet (städtisch)			.08	
ländlich		-.369	.06	.70
beides		.039	.83	1.04
Geschlecht (männlich)		.623	**< .001*** **	1,86
Dauer der Berufserfahrung		.005	.60	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			.37	
psychosomatisch/therapeutisch		.209	.09	1.46
rein medizinisch		.196	.49	1.17
alternative Heilverfahren		.303	.36	1.25
Barriere: Zeit		-.011	.96	.99
Barriere: Vergütung		.440	**< .01** **	1.53
Barriere: effektive Betreuungsmöglichkeit		.300	.06	1.35
Barriere: Qualität der Kooperationen		.413	**< .05***	1.51
AV: Beratung bei PPD (N=831)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	50.778***			
R² (Nagelkerkes)	.098			
Korrekt vorhergesagt	85%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese einer PPD (ja)		.540	**< .05***	1.72
Bundesland (alt)		- .230	.36	.79
Einzugsgebiet (städtisch)			.25	
ländlich		-.016	.95	.98
beides		.247	.29	1.28
Geschlecht (männlich)		- .066	.76	.94
Dauer der Berufserfahrung		- .010	.31	.99
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		.855	**< .01** **	2.35
rein medizinisch		.146	.55	1.16
alternative Heilverfahren		-.098	.77	.91
Barriere: Zeit		.544	**< .05***	1.72
Barriere: Vergütung		.315	.14	1.37
Barriere: effektive Betreuungsmöglichkeit		.197	.32	1.22
Barriere: Qualität der Kooperationen		.659	**< .01** **	1.93
AV: Beratung bei PSB (N=854)	**Modellgüte**	**B**	**Sig**	**Odd ratio**
Gesamtmodell				
Chi²	32.187**			
R² (Nagelkerkes)	.076			
Korrekt vorhergesagt	90%			
Prädiktoren				
Aktive Anamnese von PSB (ja)		.314	.21	1.37
Bundesland (alt)		-.074	.82	.93
Einzugsgebiet (städtisch)			.42	
ländlich		.329	.29	1.39
beides		-.075	.78	.93
Geschlecht (männlich)		. 240	.36	1.27
Dauer der Berufserfahrung		.005	.75	1.01
Zusatzqualifikation (keine)			**< .05***	
psychosomatisch/therapeutisch		1.256	**< .01** **	3.51
rein medizinisch		-.011	.927	.99
alternative Heilverfahren		.161	.71	1.18
Barriere: Zeit		.343	.20	1.41
Barriere: Vergütung		.296	.24	1.34
Barriere: effektive Betreuungsmöglichkeit		.314	.19	1.37
Barriere: Qualität der Kooperationen		.544	**< .05***	1.72

Anm.: *$p < .05$, **$p < .01$, ** $p < .001$. Aktive Anamnese: Gezieltes Erfragen, routinemäßiges Erfragen, Fragebogeneinsatz.

1 Anhang (Risikoinventar, Dokumentations- u. Fragebögen)

1.1 Risikoinventar

Der Fragebogen erste Seite

Wilhelm

Gesundheit und Wohlbefinden

Fühlen Sie sich zurzeit besonders belastet...		
...beispielsweise durch eine ungewollte Schwangerschaft, Konflikte in Ihrer Partnerschaft oder in der Bewältigung Ihres Lebensalltages?	☐ ja	☐ nein
...beispielsweise durch die fehlende Unterstützung Ihrer Freunde und Familie oder durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache?	☐ ja	☐ nein
...beispielsweise durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Sorgen, eine schwierige Wohnsituation oder eine fehlende Krankenversicherung?	☐ ja	☐ nein
Gibt es andere für Sie belastende Umstände?	☐ ja, und zwar:	☐ nein

Familie und Partnerschaft

Wir interessieren uns auch für die Gesundheit derjenigen Person, die sich mit Ihnen um das Kind kümmern möchte (der Kindsvater, Ihre Mutter, Ihr Vater, Ihre Schwester, Ihr Bruder, eine nahe Freundin, andere):		
Trinkt die Bezugsperson Alkohol oder nimmt sie Drogen?	☐ ja	☐ nein
Hat die Bezugsperson eine psychische Erkrankung?	☐ ja	☐ nein

Ich habe das Informationsmaterial über Babylotse ambulant erhalten und gelesen, ich wurde über das Projekt aufgeklärt und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Soweit ich Fragen gestellt habe, sind diese zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.
Unabhängig von dem Angebot Babylotse ambulant besteht darüber hinaus die Möglichkeit, an der wissenschaftlichen Begleitstudie durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) teilzunehmen (siehe dazu die beiliegende datenschutzrechtliche Erklärung zum Thema „Forschungsprojekt UKE").

Datum und Unterschrift

Code: XXXXXXXX

BE/SPECIAL • Druck: Technikker Kinderkrankenhaus

Das Projekt Babylotse ambulant

BABY LOTSE

Für einen guten Start

Die Stiftung SeeYou Familienorientierte Nachsorge Hamburg am Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift hat das Projekt Babylotse ambulant entwickelt. Die Babylotsen beraten, begleiten und unterstützen Mütter und Väter vor und nach der Geburt ihres Kindes.

Mit unserem Angebot möchten wir Ihnen mit Ihrem Baby zu einem guten Start verhelfen!

Vielleicht ...
- wünschen Sie sich Kontakt zu anderen Müttern und Vätern?
- benötigen Sie einen Geburtsvorbereitungskurs?
- suchen Sie eine Hebamme für die Wochenbettbetreuung?
- haben Sie Fragen zu Anträgen oder zum Umgang mit Behörden?
- möchten Sie Unterstützung für den Alltag?
- ist die Vorfreude auf Ihr Kind evtl. durch Sorgen belastet?

Die Teilnahme an unserem Angebot ist freiwillig, kostenlos und kann ohne großen Aufwand in Anspruch genommen werden. Um Sie näher kennen lernen zu können, bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Mit Hilfe Ihrer Angaben möchten wir Ihren Unterstützungsbedarf besser einschätzen lernen. So können wir Ihnen die Hilfen vermitteln, die zu Ihnen passen.

Können wir Sie unterstützen? Dann rufen Sie uns einfach an: 040/675 77 758

Den ausgefüllten Fragebogen bitten wir Sie, in den „Babylotsen-Briefkasten" zu werfen, den Sie in der Praxis Ihres Gynäkologen vorfinden.

Es ist selbstverständlich, dass wir Ihre Daten streng vertraulich behandeln, eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Wenn bei der Auswertung Ihres Bogens ein Unterstützungsbedarf festgestellt werden sollte, so setzen wir uns unter der von Ihnen mitgeteilten Telefonnummer oder Adresse mit Ihnen in Verbindung.

Im Beratungsgespräch klären wir mit Ihnen, welche Unterstützung Sie wünschen und benötigen. Das kann eine Hebamme oder ein Geburtsvorbereitungskurs, ein Krippenplatz, Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung oder ein Kurs in der Elternschule sein. Wenn Sie möchten, rufen wir in den jeweiligen Einrichtungen an, vermitteln den Kontakt und begleiten Sie zu Ihrem ersten Termin.

Unser Ziel ist es, Sie so lange zu begleiten, bis Sie sich im Umgang mit Ihrem Kind stark und sicher fühlen.

Auch wenn Sie kein Angebot der Babylotsen in Anspruch nehmen möchten, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie an der begleitenden wissenschaftlichen Studie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) teilnehmen. Hierfür können Sie der Auswertung Ihrer Daten zustimmen. Die Forschung hilft uns, die Notwendigkeit unseres Projektes zu belegen, damit in Zukunft diese Unterstützung noch mehr Familien erhalten können.

Ein Projekt der Stiftung SeeYou — SeeYou

Das Projekt Babylotse ambulant

Liebe (Werdende) Mutter,

Wenn Sie den Mütterbogen „Wilhelm"* ausgefüllt haben, können Sie darüber hinaus freiwillig an einem Forschungsprojekt des Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf (UKE) teilnehmen. Ein Forschungsteam des UKE begleitet die Arbeit der Babylotsen in dieser Praxis wissenschaftlich. Ziel dieser Begleitstudie ist es, die Wirksamkeit des Projektes Babylotse ambulant zu prüfen.

Diese Unterstützung soll allen Müttern zur Verfügung stehen!

Die Daten der Falldokumentation der Babylotsen und des Erfassungsbogens werden dazu in pseudonymisierter Form, das heißt ohne Ihren Namen, Ihre Adresse und Ihr Geburtsdatum, durch die Babylotsen an das Forschungsteam des UKEs zum Fallabschluss bzw. zu den drei Messzeitpunkten des Erfassungsbogens weitergeleitet und nur in dieser Form verwendet. Dazu wird jeder Teilnehmerin eine fortlaufende Nummer zugeordnet, mit der das Forschungsteam arbeiten wird. Personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum etc. verbleiben in der Praxis und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des UKE-Forschungsteams unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und beachten die Datenschutzregelungen des Bundesdatenschutzgesetzes wie auch des Hamburger Datenschutzgesetzes. Die erhobenen Daten werden nur im Rahmen der Begleitstudie und nicht für andere Zwecke verwendet. Anonymisiert werden die Daten nach Abschluss der Studie für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Die Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitstudie ist freiwillig. Ihnen oder Ihrem Kind entstehen sowohl bei Teilnahme als auch bei Nicht-Teilnahme keinerlei Vor- oder Nachteile für die medizinische Behandlung. Selbstverständlich können Sie die Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Im Fall des Widerrufs werden die Daten vollständig anonymisiert und in dieser Form nur eingeschränkt weiterverwendet. Bewahren Sie dazu bitte das Informationsblatt auf, damit Sie auch bei Rückfragen jederzeit den Ansprechpartner erreichen können.

Ansprechpartner für die wissenschaftliche Begleitung
Frau Dr. phil. Silke Pawils
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Telefon: 040 - 741053995 - Mail: s.pawils@uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

BABY LOTSE

Bis das Leben gelingt.

BE/SPECIAL • Druck: UKE

Der Fragebogen erste Seite

Liebe (Werdende) Mutter!

Wir bitten Sie, den vorliegenden Mütterbogen „Wilhelm"* auszufüllen.
Dies können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder alleine tun.
Ihr Babylotsen-Team

Wilhelm

MEINE PERSÖNLICHEN DATEN

Name, Vorname		Festnetznummer	
Straße		Handynummer	
Postleitzahl und Ort		Geburtsdatum	

FRAGEN AN DIE (WERDENDE) MUTTER

Schwangerschaft und Geburt

Ich erwarte ein Kind	☐	Ich bin gerade Mutter geworden	☐
Wann ist der Stichtag der Geburt?		Wann wurde Ihr Kind geboren?	
In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie gerade?		Wie viel wog Ihr Kind bei der Geburt?	_____ Gramm
		Wie alt ist Ihr Kind jetzt?	_____ Wochen
In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie erstmalig Ihren Arzt besucht (siehe in Ihrem Mutterpass)?		Hatten Sie eine Frühgeburt?	☐ ja ☐ nein

Lebenssituation und Gewohnheiten

Wie alt sind Sie?	☐ jünger als 18 Jahre	☐ zwischen 18 und 21 Jahre alt	☐ älter als 21 Jahre
Wie alt ist der Vater Ihres Kindes?	☐ jünger als 18 Jahre	☐ zwischen 18 und 21 Jahre alt	☐ älter als 21 Jahre
Erwarten Sie Zwillinge oder Mehrlinge?	☐ ja	☐ nein	
Wieviele Kinder leben bereits in Ihrem Haushalt?	☐ Anzahl		
Rauchen Sie?	☐ ja	☐ nein	
Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen?	☐ ja, und zwar: _____	☐ nein	
Wurde bei Ihnen einmal eine psychiatrische Erkrankung festgestellt oder fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet?	☐ ja, und zwar: _____	☐ nein	

* „Wilhelm" ist die Abkürzung für den Mütterbogen der Babylotsen am Katholischen Kinderkrankenhaus WILHELMstift.

Code: XXXXXXXX

Das Projekt Babylotse ambulant

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Aufklärung über die Begleitstudie zum Projekt Babylotse ambulant durch das UKE verstanden habe und mich mit der beschriebenen Weitergabe der Daten an die Mitarbeiterinnen des UKE-Forschungsteams zur Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung einverstanden erkläre.

Hamburg, den _____

_____

Name (in Druckbuchstaben)

_____

Unterschrift der Teilnehmerin

Für die telefonische Befragung zu Ihrer Zufriedenheit mit der Arbeit der Babylotsen um den 1. Geburtstag Ihres Kindes bitten wir um Angabe Ihres Namens und Ihrer Telefonnummer. Die Angaben sind freiwillig.

_____ _____

Vor- und Nachname
(in Druckbuchstaben)

Telefon-Nr.
(Bitte nennen Sie uns eine Nummer, unter der wir Sie gut erreichen können)

1.2 Falldokumentation

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Kontaktdaten der Familie und des sozialen Netzwerkes

Name der Familie	
Aktuelle Schwangerschaftswoche	
Adresse	
Telefonnummer	
Zuständiger Babylotse	
☐ **Kinderarzt**	Name:
	Kontakt:
☐ **(Nachsorge)Hebamme**	Ansprechperson:
	Kontakt:
☐ **ASD**	Ansprechperson:
	Kontakt:
☐ **Familie**	Kontakt:
☐ **Freunde / Nachbarn**	Ansprechperson:
	Kontakt:
☐ **Einrichtung**	Ansprechperson:
	Kontakt:

Stammdaten Kind

Vorname			
Geburtsdatum			
Errechneter Geburtstermin			
Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	
Geburtsgewicht			
Besonderheiten	☐ pränatale Auffälligkeiten / Sonstiges		
Geschwister	☐ **ja**	☐ nein	Wenn ja, wie viele?
Geschwisterkind 1	Alter:	☐ in Kita/Schule	
Geschwisterkind 2	Alter:	☐ in Kita/Schule	
Geschwisterkind 3	Alter:	☐ in Kita/Schule	
Geschwisterkind 4	Alter:	☐ in Kita/Schule	
	☐ Kinder leben in der Familie/Partnerschaft		
	☐ Kinder leben nicht in der Familie		
Sonstiges			

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Stammdaten der Mutter

Name, Vorname			
Alter			
Vormund			
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch	☐ türkisch	☐ afghanisch
	☐ ghanaisch	☐ Sonstige:	
Migrationshintergrund	☐ nein	☐ ja, in Deutschland seit ____ Jahr(en)	
	Aufenthaltsstatus:	☐ Duldung ☐ befristet ☐ ungeklärt	☐Sonstiges:
Deutschsprachkenntnisse	☐ sehr gut bis gut ☐ gebrochen / gering ☐ kann sich nicht auf Deutsch verständigen ☐ Schwierigkeiten beim Lesen/Schreiben ☐ Analphabetin		
Deutschkurs	☐ erfolgreich belegt ☐ geplant	☐ abgebrochen ☐ abgelehnt	
Höchster Bildungsabschluss	☐ kein Abschluss ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐ Lehre / Ausbildung	☐ Fachhochschul / Universitätsabschluss ☐ Sonstiges:	
Erwerbstätigkeit	☐ erwerbstätig	☐ nicht erwerbstätig	☐ in Elternzeit
	☐ in Ausbildung	☐ Ausbildung abgebrochen	
Berufliche Stellung	☐ ALG I/II, SGB II, AsylbLG ☐ geringfügig (400€-Job) ☐ befristete Anstellung	☐ unbefristete Anstellung ☐ selbständig ☐ Zeitarbeit	

Stammdaten des Vaters

Name, Vorname			
Alter			
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch	☐ türkisch	☐ afghanisch
	☐ ghanaisch	☐ Sonstige:	
Migrationshintergrund	☐ nein	☐ ja, in Deutschland seit Jahr(en)	
	Aufenthaltsstatus:	☐ Duldung ☐ befristet ☐ ungeklärt ☐ Sonstiges:	
Deutschsprachkenntnisse	☐ sehr gut bis gut ☐ gebrochen / gering ☐ kann sich nicht auf Deutsch verständigen ☐ Schwierigkeiten beim Lesen/Schreiben ☐ Analphabet		
Deutschkurs	☐ erfolgreich belegt ☐ geplant	☐ abgebrochen ☐ abgelehnt	
Höchster Bildungsabschluss	☐ kein Abschluss ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Abitur ☐ Lehre / Ausbildung	☐ Fachhochschul- / Universitätsabschluss ☐ Sonstiges:	
Erwerbstätigkeit	☐ erwerbstätig	☐ nicht erwerbstätig	☐ in Elternzeit
	☐ in Ausbildung	☐ Ausbildung abgebrochen	
	☐ Hartz IV ☐ geringfügig (400€-Job) ☐ befristet Anstellung ☐ SGB XII	☐ unbefristete Anstellung ☐ selbständig ☐ Zeitarbeit	

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

Sozioökonomische Situation der Familie

Finanzielle Situation	☐ ausreichend	☐ problematisch
		Grund: ☐ Arbeitslosigkeit (ALG I/II, SGB II, AsylbLG) ☐ geringes Einkommen ☐ wenig Unterhalt ☐ kein Anspruch auf Kindergeld etc. ☐ Zahlen von Unterhalt ☐ Schulden ☐ Sonstiges:
Wohnsituation	☐ gemeinsamer Haushalt ☐ verschiedene eigene Haushalte ☐ in Haushalt der Eltern bzw. Schwiegereltern ☐ in Haushalt mit anderem Lebenspartner	
	☐ unproblematisch	☐ problematisch
		Grund:
Soziale Integration	☐ sozial eingebettet	☐ sozial nicht eingebettet
Sonstiges		

Sozioökonomische Situation der Familie

Ressourcen und Risiken

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

Beziehung und Elternschaft

Beziehungsstatus	☐ verheiratet ☐ in fester Beziehung ☐ getrennt ☐ keine feste Beziehung ☐ Vater nicht angegeben/unbekannt ☐ Vater /Mutter in Beziehung zu anderen Partner	
Elternschaft	☐ gemeinsame Elternschaft	
	☐ Mutter alleinerziehend	
Eltern-Beziehung	☐ stabil	☐ instabil
		Grund:
Väterliche Unterstützung	☐ vorhanden	☐ nicht vorhanden
		Grund: ☐ kein Kontakt ☐ lebt nicht in Deutschland bzw. Hamburg ☐ Sonstiges:
Sonstiges		
Ressourcen und Risiken		

Risiko- und Gesundheitsverhalten der Eltern

Mutter	Vater
☐ Raucherin ☐ in der Schwangerschaft ☐ Nichtraucherin ☐ nach der Geburt	☐ Raucher ☐ Nichtraucher
☐ körperliche Erkrankung / Behinderung ☐ nein	☐ körperliche Erkrankung / Behinderung ☐ nein .....
☐ Psychische Erkrankung ☐ nein ☐ Depression ☐ andere psychische Erkrankung: ..... ☐ in Behandlung ☐ nicht in Behandlung	☐ Psychische Erkrankung ☐ nein ☐ Depression ☐ andere psychische Erkrankung: ..... ☐ in Behandlung ☐ nicht in Behandlung
☐ Suchtproblematik ☐ nein ☐ Drogenabhängigkeit ☐ Alkoholabhängigkeit ☐ Sonstiges: ..... ☐ in Behandlung ☐ nicht in Behandlung	☐ Suchtproblematik ☐ nein ☐ Drogenabhängigkeit ☐ Alkoholabhängigkeit ☐ Sonstiges: ..... ☐ in Behandlung ☐ nicht in Behandlung

Ressourcen und Risiken

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Clearinggespräch

Datum des Gesprächs	
Babylotse	
Anwesende	☐ Mutter ☐ Ehemann/ Partner ☐ Familien-angehörige ☐ ASD ☐ gesetzl. Betreuer/Vormund
Zeitaufwand fur Kontaktaufnahme	
Gesprächsdauer	
Recherchezeit	
Zeitpunkt der Kontaktaufnahme	☐ vor der Geburt ☐ nach der Geburt ☐ Screening-Ergebnis ☐ Auffälligkeiten
Kontaktaufnahme aufgrund von...	Grund: ☐ Mutter auffällig im Kontakt zum Kind ☐ keine Vorfreude / depressiver Eindruck ☐ Gesprächsbedarf ☐ schwerwiegende Diagnose beim Kind ☐ SS-Konflikt ☐ Sonstiges: gemeldet durch: ☐ Hebamme ☐ Arzt / Ärztin ☐ Mutter / Familie ☐ Sonstiges:
Sonstiges	

Bedarfseinschätzung

ohne weitere Unterstützung

- ☐ kein Bedarf zu ermitteln, keine Einschätzung möglich oder Grund für Auffälligkeit unklar
- ☐ Patientin/Familie sieht keinen Bedarf bzw. hat keine Wünsche
- ☐ Absicherung durch familiäres, soziales Netzwerk, (Nachsorge-(Hebamme, Kinderarzt oder Betreuung
- ☐ Schwiengkeiten aufgelöst bzw. lösen sich auf oder aktuell keine Belastung
- ☐ Gesprächsangebot bei Bedarf gemacht und selbständige Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen bei Bedarf etc. zu erwarten Infomaterial übergeben zu:.....
- ☐ Sonstiges:

mit weiterer Unterstützung

Absprachen zwischen Mutter/Familie und Babylotse

- ☐ Babylotse meldet sich ☐ Konkrete Absprache:
- ☐ Patientin/Familie meldet sich bei Bedarf
- ☐ Angebot abgelehnt

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Fallabschluss

Grund des Fallabschlusses	☐ kein weiterer Handlungsbedarf
	☐ Familie nicht erreichbar/keine Rückmeldung
	☐ Familie sieht keinen Bedarf mehr
	☐ Sonstiges:

Wie belastet ist die Familie? (persönliche Einschätzung)

☐ keine Belastung vorhanden ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

Einschätzung der Hauptproblematik*

	Haupt-problem	Problem 2	Problem 3	Problem 4
Wirtschaftliche Belastung				
Behördenhilfe	☐	☐	☐	☐
Schuldenberatung	☐	☐	☐	☐
Wohnsituation	☐	☐	☐	☐
Familiäre Belastung				
Erkrankung/Tod eines Angehörigen	☐	☐	☐	☐
Ungeklärte Nachsorge	☐	☐	☐	☐

Fallabschluss

	Haupt-problem	Problem 2	Problem 3	Problem 4
Psychosoziale Belastung				
Alltagsbewältigung	☐	☐	☐	☐
Soziale Integration	☐	☐	☐	☐
Partnerschaft/Kindsvater/Elternschaft	☐	☐	☐	☐
Gewalt	☐	☐	☐	☐
Alleinerziehende	☐	☐	☐	☐
Erkrankungen der Eltern				
Abhängigkeitserkrankungen	☐	☐	☐	☐
Psychische Störungen	☐	☐	☐	☐
Körperliche Erkrankungen	☐	☐	☐	☐
Auffälligkeiten beim Kind				
Behinderung / Erkrankung	☐	☐	☐	☐
Frühchen / Zwillinge	☐	☐	☐	☐
Schreikind	☐	☐	☐	☐
Todgeburt / vorhergegangener Tod eines Geschwisterkindes	☐	☐	☐	☐
Migration				
Sprache	☐	☐	☐	☐
Aufenthaltsstatus	☐	☐	☐	☐
Soziale Integration	☐	☐	☐	☐
Finanzen	☐	☐	☐	☐
Sonstiges				
.....	☐	☐	☐	☐

**bitte jeweils nur einen Problembereich pro Spalte (Hauptproblem etc.) ankreuzen*

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Fallabschluss

Wie viel Unterstützung kann Babylotse der Familie geben?

wenig | mittel | viel

☐ kein Hilfebedarf vorhanden ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

Wie viel Unterstützung hat die Familie von den Babylotsen angenommen? (persönliche Einschätzung)

niedrig | mittel | hoch

☐ keine Inanspruchnahme ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

Fallabschluss

Sonstiges

© UKE (Pawils), 2010, 2012
Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

☐☐☐☐☐☐☐☐

Name:

Touchpoint 1: Drei Wochen nach Geburt

Gesprächspartner:	
Datum.	
Mütterliche Erschöpfung, emotionale Verfassung, Wochenbettdepression	
Stillen, Ernährung, Schlaf, Verdauungsprobleme	
Individualität, Verhaltensorganisation, Temperament des Babys, Verständnis und Reaktionen der Eltern adäquat	
Veränderungen sozialer Beziehungen (Paarbeziehung, Familienangehörige Freunde)	

Belastungsgrad der Mutter

Wie belastet ist die Mutter? (persönliche Einschätzung)

niedrig | mittel | hoch

☐ keine Belastung vorhanden ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

☐ Es haben sich neue Themen ergeben

☐ Es hat sich eine neue Überleitung ergeben

Monitoring

☐ es gab bereits eine Überleitung

Überleitung war….	☐ erfolgreich	☐ nicht erfolgreich
Maßnahme	☐ teilgenommen/begonnen ☐ nicht begonnen/nicht teilgenommen	☐ abgebrochen ☐abgeschlossen

© 2012 Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Name:

Touchpoint 2: Vier Monate nach Geburt

Gesprächspartner:	
Datum.	
Eltern-Kind-Bindung:	
Interesse an der Welt	
Betreuungsmuster:	
Forderungen des Babys an Betreuungspersonen	
Väterliches Engagement (evtl. empfindet Mutter dies als Verlust an Intimität.	

Belastungsgrad der Mutter

Wie belastet ist die Mutter? (persönliche Einschätzung)

niedrig	mittel	hoch

☐ keine Belastung vorhanden ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

☐ Es haben sich neue Themen ergeben

☐ Es hat sich eine neue Überleitung ergeben

Monitoring

☐ es gab bereits eine Überleitung

Überleitung war….	☐ erfolgreich	☐ nicht erfolgreich
Maßnahme	☐ teilgenommen/begonnen ☐ nicht begonnen/nicht teilgenommen	☐ abgebrochen ☐abgeschlossen

© 2012 Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Name:

Touchpoint 3: 1. Geburtstag

Gesprächspartner:	
Datum.	
Autonomie (Balance zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit)	
Motorische Fähigkeiten	
Lernen	
Reizbarkeit	

Belastungsgrad der Mutter

Wie belastet ist die Mutter? (persönliche Einschätzung)

niedrig	mittel	hoch

☐ keine Belastung vorhanden ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

☐ Es haben sich neue Themen ergeben

☐ Es hat sich eine neue Überleitung ergeben

Monitoring

☐ es gab bereits eine Überleitung

Überleitung war….	☐ erfolgreich	☐ nicht erfolgreich
Maßnahme	☐ teilgenommen/begonnen ☐ nicht begonnen/nicht teilgenommen	☐ abgebrochen ☐abgeschlossen

© 2012 Stiftung SeeYou

SeeYou
Stark für Familien

Falldokumentation

Name: _____

Individueller Touchpoint : _____

Gesprächspartner:	
Datum.	

Belastungsgrad der Mutter

Wie belastet ist die Mutter? (persönliche Einschätzung)

niedrig	mittel	hoch

☐ keine Belastung vorhanden ☐ keine Einschätzung möglich

Begründung:

☐ Es haben sich neue Themen ergeben

☐ Es hat sich eine neue Überleitung ergeben

Monitoring

☐ es gab bereits eine Überleitung

Überleitung war....	☐ erfolgreich	☐ nicht erfolgreich
Maßnahme	☐ teilgenommen/begonnen ☐ nicht begonnen/nicht	☐ abgebrochen ☐abgeschlossen

© 2012 Stiftung SeeYou

1.3 Befragung: Teilnehmerinnen

Interviewleitfaden – Eltern
Befragung der Eltern

Geburtsdatum des Kindes

Sprache Deutsch	☐ Ja	☐ nein

Datum des Interviews

Einleitung:
In Ihrer gynäkologischen Praxis vor … Monaten haben Sie ein Risikoinventar vom Babylotsen-Projekt ausgefüllt und einer Teilnahme zugestimmt. Um das Projekt bewerten und verbessern zu können, möchten wir Sie heute zu Ihrer Meinung befragen. Die Befragung dauert nur wenige Minuten.
Vorweg, die Arbeit der Babylotsin ist noch nicht beendet. Dies ist eine Zwischenbefragung, weshalb es sein kann, dass einige Fragen nicht genau auf Sie zu treffen.
Bitte vergeben Sie zu folgenden Fragen Schulnoten von 1-6 - eine 1 bedeutet dabei sehr gut und 6 sehr schlecht!

1. Wie beurteilen Sie das Vorgehen, in der gynäkologischen Praxis ein Risikoinventar auszufüllen und anschließend telefonisch durch den Babylotsen kontaktiert zu werden?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✐Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:

2. Wie bewerten Sie das persönliche Gespräch mit den Babylotsen in der Praxis?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✐ Anm., Verb?

3. Wie bewerten Sie es, dass Risikoinventar 3x, also zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Schwangerschaft auszufüllen?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✐Anm., Verb?

4. *nur wenn TPs erfolgt sind:* Nach der Geburt hat die Babylotsin Sie nochmal telefonisch kontaktiert. Wie bewerten Sie die Zeitpunkte der telefonischen Gespräche mit dem Babylotsen nach der Geburt?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2. Welche Abstände zwischen den Zeitpunkten der Anrufe wären aus Ihrer Sicht geeigneter?

5. Haben Sie sich durch die Babylotsin mehr Unterstützung erhofft?

☐ ja	☐ nein	☐ weiß nicht

✐ Anm., Verb?

Nur wenn Überleitung in Einrichtungen erfolgt sind:
6. Wie nützlich bewerten Sie die Vermittlung durch die Babylotsen in die Einrichtung?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎ Anm., Verb?

Nur wenn Beratung oder sonstige Hilfe erfolgt sind:
7. Wie nützlich bewerten Sie die Beratung durch die Babylotsen?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎ Anm., Verb?

8. Wie finden Sie die Arbeit der Babylotsen insgesamt?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎ Anm., Verb?

9. Wie zufrieden sind Sie jetzt gerade mit Ihrem Leben insgesamt (z.B. Wohn- und Arbeitssituation, Finanzen, Familie, ...)

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Würden Sie sich eine weitere Betreuung durch die Babylotsen wünschen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

✎

11. Wie leicht viel Ihnen das Ausfüllen des Risikoinventars

Sehr leicht	leicht	Leichte Schwierigkeiten	schwer	Nur mit Hilfe möglich
☐	☐	☐	☐	☐

12. Verbesserungsvorschläge

✎

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns die Fragen beantwortet haben!

Befragung: Arzthelferinnen

1. Seit wann nimmt Ihre Praxis am Projekt Babylotse teil? Und wie viele Risikoinventare wurden bisher ausgeteilt?

Seit wann:
Anzahl:
(An ca.wendt@uke.de mailen.)

2. Wer ist in Ihrer Praxis hauptverantwortlich für die Umsetzung des Projektes Babylotse?

(Titel, Berufsbezeichnung)
(finanzielle Entschädigung für das Austeilen hier Erfragen: ja/nein)

3. Haben sich im Projektablauf im Laufe des letzten Jahres Veränderungen ergeben?

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

4.1 Wie beurteilen Sie insgesamt das Projekt Babylotse?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2 Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Babylotsen**?**

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.3 Wie ist Ihnen die Integration der Screeningbögen in den Arbeitsalltag gelungen?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.4 Wie bewerten Sie die Praktikabilität der Screeningbögen**?**

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.5 Wie beurteilen Sie die Akzeptanz der Screeningbögen bei ihren Patientinnen**?**

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Wie reagieren die befragten Mütter auf das mehrmalige Austeilen der Bögen?

6. Wie viele fremdsprachige Bögen haben Sie schätzungsweise verteilt? Besteht Bedarf nach weiteren Sprachen?

Anzahl:

Häufigste Sprache:

Weitere Sprachen:

7. Welche (praktischen) Probleme gibt es bei der Umsetzung? Haben Sie Verbesserungswünsche oder –vorschläge?

✎

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

ja	nein	unentschlossen
☐	☐	☐

9. Sollte der Arzt stärker involviert sein?

ja	nein	unentschlossen
☐	☐	☐

Wenn ja, wie könnte das umgesetzt werden?

10. Welche Variante bevorzugen Sie? Ein Ausfüllen des Risikobogens durch die Patientin oder durch den Arzt während der Anamnese?

Patientin	Arzt	unentschlossen
☐	☐	☐

1.4 Befragung: teilnehmende Gynäkologen

Evaluation des ambulanten Babylotsen Hamburg
- Abschlussbefragung -

Sehr geehrter Herr ,
der Umgang mit psychosozialen Belastungen während der Schwangerschaft und frühen Mutterschaft stellt eine große Herausforderung dar. Dabei nehmen Sie, als niedergelassene Gynäkologen, aufgrund ihrer hohen Akzeptanz in der Bevölkerung und des Zugangs im ambulanten Setting eine bedeutsame Stellung als Vertrauensperson für die Patientinnen ein.

Mit ihrer Teilnahme am ambulanten Babylotsenprojekt unterstützen Sie aktiv die Einbindung von betroffenen Frauen in ein interdisziplinäres Hilfesystem.

Der ambulante Babylotse Hamburg wird wissenschaftlich durch das Uniklinikum Hamburg-Eppendorf begleitet. Wir möchten Sie heute bitten, folgende Abschlussfragen für die Evaluation des ambulanten Babylotsen zu beantworten. Bitte senden Sie die beantworteten Fragen **bis zum 10.12.2013 per Fax** an das Uniklinikum Hamburg-Eppendorf (+49-40-7410-54940) zurück.

Wir danken für Ihre Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung und wünschen weiterhin viel Erfolg mit dem ambulanten Babylotsen Hamburg! Für Fragen und Anregungen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß,
Dr. Silke Pawils *Carolin Wendt*

Abschlussbefragung zum Projekt Babylotse

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

1. Wie beurteilen Sie insgesamt das Projekt Babylotse?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den Babylotsen?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Wie hoch schätzen Sie ihren persönlichen Beitrag / Aufwand als Arzt für das Babylotsenprojekt im Praxisalltag ein?

sehr gering	eher gering	eher hoch	sehr hoch
☐	☐	☐	☐

4. Kann das Projekt auch <u>ohne</u> Sonderbezahlung einer Arzthelferin erfolgreich umgesetzt werden?

ja	nein	unentschlossen
☐	☐	☐

5. Welche Variante bevorzugen Sie: Ein Ausfüllen des Risikobogens durch die Patientin im Wartezimmer oder durch den Arzt während der Anamnese?

Patientin	Arzt	unentschlossen
☐	☐	☐

6. Welche Probleme gab/gibt es bei der Umsetzung? Haben Sie Verbesserungswünsche oder –vorschläge?

✎

.....

.....

.....

Bitte an C. Wendt per Fax unter 040 – 7410 – 54940 bis 10.12.2013 zurück!

1.5 Befragung: Babylotsen

Name des BL

Seit wann als ambulanter BL tätig:

Geschätzte Anzahl bisher betreuter Fälle:

Geschätzte Anzahl bisher durchgeführter Clearings:

1. Wie gut lässt sich der Babylotse in Alltag der gynäkologischen Praxen integrieren? Welche Veränderungen bzgl. der Integration haben sich im Laufe des Projektes ergeben? (Sprechzeiten in Praxisräumen, Ansprechpartner für Patientinnen)?

2. Wie beurteilen Sie den Rücklauf der Screeningbögen? Gab es Veränderungen seit Dezember 2012? Wenn ja, welche bzw. wie könnte der Rücklauferhöht werden?

3. Wo traten Schwierigkeiten auf?

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

5.1. Wie beurteilen Sie insgesamt das Projekt Babylotse?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.2. Wie beurteilen Sie die Integration der Screeningbögen in den Arbeitsalltag der gynäkologischen Praxen?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎

5.3. Wie bewerten Sie die Praktikabilität der Screeningbögen**?**

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎

5.4. Wie beurteilen Sie die Akzeptanz der Screeningbögen bei ihren Patientinnen**?**

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎

5.6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den gynäkologischen Praxen?

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

✎

16. Haben Sie noch Verbesserungswünsche oder –vorschläge?

1.6 Fragebogen zur bundesweiten Gynäkologenbefragung

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beschäftigt sich im Rahmen eines Forschungsprojekts mit der psychosozialen Situation von (werdenden) Müttern.

In einer bundesweiten, repräsentativen Befragung soll ermittelt werden, wie niedergelassene Gynäkologen und Gynäkologinnen damit umgehen, wenn sie bei ihren Patientinnen postnatale Depression oder psychosoziale Probleme feststellen.

Wir möchten Sie daher dazu befragen, ob Sie in Ihrem Praxisalltag mit **Patientinnen mit postnataler Depression oder psychosozialen Problemen** konfrontiert sind, wie Sie in solchen Fällen vorgehen und welche Schwierigkeiten oder auch Perspektiven Sie dabei sehen.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Ihnen entstehen in keiner Weise Nachteile, sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt anonym. Sollten Sie Interesse an den Ergebnissen der Befragung haben, bitten wir Sie, Ihre (Email)-Adresse auf dem vorliegenden Fragebogen anzugeben.

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich ein wenig Zeit nehmen könnten, um an der Befragung teilzunehmen. Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum XX.XX.2012 im beiliegenden frankierten Rückumschlag an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zurück.

Sollten Sie Fragen haben, melden Sie sich gerne unter der Telefonnummer 040-74105-3995.

S. Pawils

Dr. Silke Pawils

Forschungsgruppe Prävention
Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
s.pawils@uke.de

1. Fragen zu Ihrer Praxis

Praxisart	☐ Einzelpraxis	☐ Gemeinschaftspraxis	
Kassenzulassung	☐ ja (kassenärztlich)	☐ nein (Privatpraxis)	
Bundesland ✎			
Stadt ✎		**Einwohnerzahl:** ✎	
Einzugsgebiet	☐ eher städtisch	☐ eher ländlich	☐ beides

Anzahl der betreuten Schwangeren pro Jahr (Scheine pro Quartal): ✎

2. Fragen zu Ihrer Person

Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	**Alter:** ✎
Dauer der Berufstätigkeit: ✎			
Zusatzqualifikationen:	☐ ja	☐ nein	

Wenn ja, welche: ✎

3. Fragen zum Umgang mit Patientinnen mit Postpartaler Depression

3.1 Wie hoch schätzen Sie den Anteil von Patientinnen mit Postpartaler Depression in Ihrer Praxis? ..... %

3.2 Wie erfahren/ermitteln Sie von der/die Postpartalen Depression? (Mehrfachantwort möglich)

☐ im Gespräch, und zwar…	❍ …gezielt erfragt	❍ …zufällig bzw. wenn es die Patientin selbst anspricht
☐ mittels Fragebogen, und zwar…	❍ … routinemäßig	❍ … bei Bedarf
☐ durch Hinweise einer dritten Person (z.B. Hebamme, ArzthelferIn. Angehörige)		

3.3 Wie alt sind die betroffenen Patientinnen mit postpartaler Depression durchschnittlich? (Mehrfachantwort möglich)

☐ sehr junge und junge Mütter (unter 20 Jahre)	☐ Mütter im mittleren Alter (20 - 40 Jahre)	☐ Frauen im höheren Alter (über 40 Jahre)

3.4 Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einer Patientin eine Postpartale Depression feststellen? (Mehrfachantwort möglich)

☐ Beratung der Patientin ☐ Vermittlung an eine spezialisierte Beratungsstelle ☐ Überweisung an einen Therapeuten oder eine Klinik ☐ Sonstiges:

3.5 Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits/Aufgabenbereich, eine Postpartale Depression bei den Schwangeren / Patientinnen zu erkennen?

☐ ja, auf jeden Fall ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ nein, auf keinen Fall

Begründung: ✐

4. Fragen zum Umgang bei Verdacht auf Psychosoziale Belastung in der Schwangerschaft

4.1 Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Schwangeren mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen in Ihrer Praxis? ..... %

4.2 Wie erfahren Sie von der Belastungssituation? (Mehrfachantwort möglich)

☐ im Gespräch, und zwar…	❍ …gezielt erfragt	❍ …zufällig bzw. wenn es die Patientin selbst anspricht
☐ mittels Fragebogen, und zwar…	❍ … routinemäßig	❍ … bei Bedarf
☐ durch Hinweise einer dritten Person (z.B. Hebamme, ArzthelferIn, Angehörige)		

4.3 Welche Themen außerhalb der medizinischen Betreuung sprechen Sie im Kontakt mit der Schwangeren an?

	oft	gelegentlich	selten	nie
Einstellung zur Schwangerschaft	❍	❍	❍	❍
Partnerschaft	❍	❍	❍	❍

Psychische Gesundheit	❍	❍	❍	❍
Finanzielle Situation	❍	❍	❍	❍
Belastungen des Partners	❍	❍	❍	❍

4.4 Welche Belastungen ergeben sich bei den Schwangeren? (Mehrfachantwort möglich)

Belastungen…	nie/selten	manchmal	oft	sehr oft
…durch eine ungewollte Schwangerschaft?	❍	❍	❍	❍
…durch Konflikte in der Partnerschaft?	❍	❍	❍	❍
…bei der Alltagsbewältigung (z.B. als Alleinerziehende)?	❍	❍	❍	❍
…aufgrund von geringer sozialer Unterstützung?	❍	❍	❍	❍
…durch Schwierigkeiten mit der Sprache?	❍	❍	❍	❍
…aufgrund von Arbeitslosigkeit?	❍	❍	❍	❍
…aufgrund von Schulden?	❍	❍	❍	❍
…aufgrund von schlechter Wohnsituation?	❍	❍	❍	❍
...aufgrund fehlender Krankenversicherung?	❍	❍	❍	❍
…aufgrund psychischer Probleme?	❍	❍	❍	❍
...aufgrund einer Suchterkrankung?	❍	❍	❍	❍
...aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung des Partners	❍	❍	❍	❍
…durch sonstige Belastungen: ✎.....	❍	❍	❍	❍
	nie/selten	manchmal	oft	sehr oft

4.5 Wie alt sind die betroffenen Patientinnen mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen durchschnittlich? (Mehrfachantwort möglich)

☐ sehr junge und junge Mütter (unter 20 Jahre) ☐ Mütter im mittleren Alter (20 - 40 Jahre) ☐ Frauen im höheren Alter (über 40 Jahre)

4.6 Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einer Patientin Hilfebedarf aufgrund von psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen feststellen? (Mehrfachantwort möglich)

☐ Beratung der Patientin	☐ Vermittlung an eine spezialisierte Beratungsstelle	☐ Überweisung an einen Therapeuten oder eine Klinik	☐ Vermittlung an ein Projekt der Frühen Hilfen
☐ Vermittlung einer Hebamme	☐ Vermittlung an eine Familienhebamme	☐	☐ Sonstiges:

4.7 Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits/Aufgabenbereich, psychosoziale Belastungen bei den Schwangeren / Patientinnen zu erkennen?

☐ ja, auf jeden Fall ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ nein, auf keinen Fall

Begründung:

5. Fragen zur psychosozialen Versorgungssituation für (werdende) Mütter

5.1 Welche Aspekte erschweren aus Ihrer Sicht die Beratung bzw. Weitervermittlung der Schwangeren/ Mutter bei psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen?

Systembezogene Umstände

☐ die zur Verfügung stehende Beratungszeit

☐ die geringe Vergütung der Beratung

☐ die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse

☐ das Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten/ Betreuungsmöglichkeiten

☐ Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperation
(z.B. mit Beratungsstellen, Kliniken, Therapeuten, Krankenkassen)

☐ die zur Verfügung stehende Beratungszeit

Patientenbezogene Umstände

☐ Ablehnen/Nichtinanspruchnahme der Überweisung

☐ fehlende Akzeptanz der Diagnose durch Patientin oder Partner

☐ andere/ (z.B. somatische) Probleme stehen im Vordergrund

Sonstiges:

5.2 Halten Sie es für notwendig, die Versorgungssituation für (werdende) Mütter mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen zu verbessern?

☐ Ja ☐ Nein

Begründung:

5.3 Wenn ja, durch was könnte/muss/müsste die Versorgungssituation verbessert werden?

☐ Teilnahme an zertifizierten Fortbildungen

☐ systematisches Nachfragen nach psychosozialen, finanziellem oder psychischen Problemen

☐ enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Familienhebammen, Hebammen, Familienlots etc.

☐ Erstattung der Beratung durch Krankenkassen

☐ Sonstiges:

Bemerkung:

In der aktuellen Diskussion um den Runden Tisch, Frühe Hilfen und soziale Ungleichheit im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit werden auch Familienlotsen, die in ambulanten Settings - wie gynäkologischen Praxen - angegliedert sind, als Möglichkeit der Intervention angesehen. Sie sollen (werdende) Mütter bei psychosozialen Problemen in das System der Frühen Hilfen überleiten und somit die Ärzte entlasten.

Können Sie sich vorstellen, die Unterstützung eines solchen Familienlotsen in Anspruch zu nehmen?

☐ ja, auf jeden Fall ☐ vielleicht ☐ eher nicht ☐ auf keinen Fall

☐ das mache ich bereits

Bemerkung: ✎

Wenn Sie an Ihre Praxis denken, können Sie sich vorstellen, dass Ihre Praxis in 5 Jahren Teil der Frühen Hilfen sein wird?

☐ ja, auf jeden Fall ☐ vielleicht ☐ eher nicht ☐ auf keinen Fall

Bemerkung: ✎

Möchten Sie über die Ergebnisse dieser deutschlandweiten Befragung von Frauenärzten informiert werden?

☐ ja, bitte senden Sie mir den Ergebnisbericht der Befragung zu.

Adresse oder Email:

Zusatzfragen zum Fragebogen

Bitte markieren Sie mit einem andersfarbigen Stift im Fragebogen die Formulierungen oder Inhalte, die bei einer Befragung von GynäkologInnen problematisch sind/sein könnten.

Erläuterung:

Bitte bewerten Sie den Fragenbogen hinsichtlich

- **der Verständlichkeit der Fragen**

- **Relevanz der Fragen für eine gynäkologische Praxis:**

- **die Praktikabilität des Fragebogens für Gynäkologinnen**

Gibt es Aspekte, die wichtig wären, aber nicht benannt wurden?

Was würden Sie an dem Fragebogen verbessern oder ergänzen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem beigefügten frankierten Rückumschlag an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zurück.