

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Implementation eines psychosozialen Frühwarnsystems in der
Geburtsmedizin – Babylotse Plus

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Silvia Viktoria Luise Fisch

aus Berlin

Datum der Promotion: 4. September 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungsverzeichnis.....	3
2	Zusammenfassung.....	4
3	Einleitung.....	6
3.1	Definition Kindeswohlgefährdung.....	6
3.2	Kindeswohlgefährdung in Deutschland.....	7
3.3	Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen.....	8
3.4	Grundlagen und aktueller Forschungsstand möglicher Risikoindikatoren.....	10
3.5	Screening-Instrumente zur Risikoeinschätzung der Unterstützungsbedürftigkeit.....	12
3.6	Notwendigkeit des Frühwarnsystems.....	17
3.7	Fragestellungen.....	20
4	Material und Methoden.....	21
4.1	Studiendesign <i>Babylotse Plus</i>	21
4.2	Pilotphase <i>Babylotse Plus</i> Screening.....	24
4.3	Studienteilnehmer – Ein- und Ausschlusskriterien.....	25
4.4	<i>Babylotse Plus</i> Screeningbogen.....	28
4.4.1	Durchführung.....	28
4.4.2	Item-Selektion.....	28
4.4.3	Berechnung des Scores.....	31
4.5	<i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch (Referenzstandard).....	32
4.5.1	Durchführung.....	32
4.5.2	Item-Selektion und Dokumentation.....	33
4.5.3	Ergebnis des <i>Babylotse Plus</i> Erstgesprächs.....	34
4.5.4	Dokumentation des <i>Babylotse Plus</i> Erstgesprächs.....	36
4.6	Statistische Auswertung.....	41
5	Ergebnisse.....	45
5.1	Implementation des Screening-Verfahrens.....	45
5.2	Primäre Fragestellung: Untersuchung der diagnostischen Genauigkeit.....	48
5.3	Sekundäre Fragestellungen.....	51
5.3.1	Relevanz einzelner Items als Risikoindikatoren für Unterstützungsbedarf.....	51
5.3.2	Nicht im <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogen enthaltene mögliche Risikoindikatoren des <i>Babylotse Plus</i> Erstgesprächs.....	58
5.3.3	Daten aus dem <i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch: Kontakt, Beratung und Überleitung zu <i>Frühen Hilfen</i>	64

6	Diskussion.....	67
6.1	Wichtigste Ergebnisse.....	67
6.2	Implementation des Screening-Verfahrens.....	67
6.3	Primäre Fragestellung: Untersuchung der diagnostischen Genauigkeit.....	70
6.4	Sekundäre Fragestellungen.....	76
6.4.1	Relevanz einzelner Risikoindikatoren des <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogens.....	76
6.4.2	Nicht im <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogen enthaltene mögliche Risikoindikatoren des <i>Babylotse Plus</i> Erstgesprächs.....	80
6.5	Limitationen des <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogens.....	81
6.6	Limitationen des <i>Babylotse Plus</i> Erstgesprächs (Referenzstandard).....	83
6.7	Schlussfolgerungen.....	84
7	Literaturverzeichnis.....	86
8	Eidesstattliche Versicherung.....	95
9	Lebenslauf.....	96
10	Danksagung.....	97

1 Abkürzungsverzeichnis

Anhaltsbogen: Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

AUC: area under curve

BKiSchg: Bundeskinderschutzgesetz

CCM: Charité Campus Mitte

Charité: Charité - Universitätsmedizin Berlin

CVK: Charité Campus Virchow Klinikum

EBSK: Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung

KI: Konfidenzintervall

KiGGS: Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

KJGD: Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

m: männlich

M: Median

MW: Mittelwert

NPW: Negativer prädiktiver Wert

OR: Odds Ratio

PPW: Positiver prädiktiver Wert

PSQ: The Parent Screening Questionnaire

Q₂₅₋₇₅: 25. bis 75. Quartile

ROC: Receiver Operating Characteristic

SEEK: Safe Environment for Every Kid Model

SSW: Schwangerschaftswoche

USA: United States of America

w: weiblich

2 Zusammenfassung

Einleitung: Die Entwicklung von Kindern, die in Familien mit starken psychosozialen Belastungen geboren werden, ist bereits während der Schwangerschaft und zunehmend postnatal gefährdet. Zielsetzung der Arbeit war es, die diagnostische Genauigkeit des Screeningbogens des psychosozialen Frühwarnsystems *Babylotse Plus* zu untersuchen, um Risikofamilien den notwendigen Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen* im ersten Jahr nach der Geburt zukommen zu lassen.

Methoden: Für alle Geburten von zwei Geburtskliniken der *Charité - Universitätsmedizin Berlin* im Zeitraum 01.01. - 31.08.2013 wurde der *Babylotse Plus* Screeningbogen zur Identifizierung psychosozialer Risikoindikatoren möglicher Kindeswohlgefährdung (Score: 0 = geringstes bis 65 = höchstes Risiko) eingesetzt. Der Referenzstandard war die Expertenmeinung von Sozialpädagogen, sogenannten Babylotsen, die kurz nach der Geburt das umfassende standardisierte *Babylotse Plus* Erstgespräch durchführten, um Ressourcen, mögliche Belastungen und Unterstützungsbedarf zu erfassen.

Ergebnisse: Von 2344 Familien wurden 279 als Studienteilnehmer eingeschlossen, davon 215 Familien mit einem „auffälligen“ Score (≥ 3) und eine Zufallsauswahl von 64 Familien mit einem „unauffälligen“ Score (< 3). Spezifität (33,0 %; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI]: 30,5 - 33,5), positive Likelihood Ratio (1,5; 95 %-KI: 1,3 - 1,5) und “area under curve“ (0,76; 95 %-KI: 0,72 - 0,82) des *Babylotse Plus* Screeningbogens waren schwach. Hervorragend fielen dagegen Sensitivität mit 98,9 % (95 %-KI: 93,4 - 99,9) und negative Likelihood Ratio mit 0,03 (95 %-KI: 0,00 - 0,22) aus. Risikoindikatoren für Unterstützungsbedarf waren insbesondere Partnerschaftsprobleme (Odds Ratio [OR] 9,3; 95 %-KI: 2,9 - 29,5; $p = 0,001$), wirtschaftliche Probleme (OR 3,5; 95 %-KI: 1,8 - 6,7; $p < 0,001$), Probleme bei der Alltagsbewältigung (OR 3,4; 95 %-KI: 1,5 - 7,6; $p = 0,003$), Einschätzung durch medizinisches Personal (OR 3,1; 95 %-KI: 1,6 - 6,2; $p = 0,001$), Alter der Mutter < 21 Jahre (OR 3,1; 95 %-KI: 1,5 - 6,7; $p = 0,003$), Frühgeburt / Geburtskomplikationen (OR 2,3; 95 %-KI: 1,1 - 4,8; $p = 0,031$) und Rauchen (OR 1,8; 95 %-KI: 1,0 - 3,2; $p = 0,044$).

Schlussfolgerungen: Durch die hohe Sensitivität des *Babylotse Plus* Screeningbogens gelang es sehr gut, frühzeitig fast alle psychosozial belasteten Familien mit Unterstützungsbedarf zu identifizieren und deren Überleitung zu *Frühen Hilfen* zu ermöglichen. Durch die relativ geringe Spezifität wurden jedoch viele risikofreie Familien fälschlicherweise positiv getestet, was für den zukünftigen Einsatz akzeptiert werden kann, da ein falsch positives Ergebnis nur ein Gespräch mit einem Babylotsen ohne große Belastungen für die Familie zur Folge hätte.

Zukünftige Studien zur Optimierung des Risikoscreenings sollten versuchen, bei gleichbleibend hoher Sensitivität den Anteil der falsch positiv getesteten Familien zu reduzieren.

Abstract

Introduction: The well-being and healthy development of newborns and toddlers can be hampered pre- and postnatally, when they are born in families with severe psychosocial stress. The aim of the current project was to analyze the diagnostic accuracy of the newly developed "*Babyotse-Plus*"-screening form to identify families at high risk soon after birth.

Methods: *Babyotse-Plus*-screening (score: from 0 = no risk to 65 = high risk) was used for every mother giving birth in two Charité-affiliated maternity clinics between January 1, 2013 and August 31, 2013. The opinion of experts (social workers) based on a comprehensive standardized interview served as the reference standard. The experts explored burdens, resources and stress factors for each family, evaluating the need for support. If necessary, they provided access to early prevention programs (interdisciplinary support from pregnancy on into early childhood years).

Results: From 2344 families 279 participants were included in the analyses, 215 with possible high risk (score ≥ 3) and 64 with no or low risk (score < 3). Results were poor regarding the specificity (33.0 %; 95 %-CI: 30.5 - 33.5), positive likelihood ratio (1.5; 95 %-CI: 1.3 - 1.5) and area under curve (0.76; 95 %-CI: 0.72 - 0.82), whereas the sensitivity at 98.9 % (95 %-CI: 93.4 - 99.9) and negative likelihood ratio at 0.03 (95 %-CI: 0.00 - 0.22) of the screening instrument were excellent. The following risk factors seem to be reliable predictors for the need of support: relationship issues (OR 9.3; 95 %-CI: 2.9 - 29.5; $p = 0.001$), financial problems (OR 3.5; 95 %-CI: 1.8 - 6.7; $p < 0.001$), struggle with everyday life (OR 3.4; 95 %-CI: 1.5 - 7.6; $p = 0.003$), the staff's intuition (OR 3.1; 95 %-CI: 1.6 - 6.2; $p = 0.001$), young mothers < 21 years (OR 3.1; 95 %-CI: 1.5 - 6.7; $p = 0.003$), prematurity / pediatric perinatal complications (OR 2.3; 95 %-CI: 1.1 - 4.8; $p = 0.031$) and smoking during pregnancy (OR 1.8; 95 %-CI: 1.0 - 3.2; $p = 0.044$).

Conclusion: The high sensitivity showed that *Babyotse-Plus*-screening successfully identified families in need of support. Low specificity showed that many families without need for support were falsely identified as families at risk. Nevertheless the low specificity could be accepted, since false positive results would lead to an interview with a social worker without stigmatizing effects or placing great strain on the family. Future research should try to optimize the screening instrument, to reduce false positive results without compromising the sensitivity of the test.

3 Einleitung

3.1 Definition Kindeswohlgefährdung

Kindeswohl ist ein elementares, zu schützendes Gut. Psychosoziale Frühwarnsysteme haben zum Ziel, frühzeitig, systematisch und effektiv Familien mit psychosozialen Belastungen zu identifizieren und ihnen Unterstützung anzubieten, die präventiv und nachhaltig das Wohl des Kindes und auch der Familie fördert. Dies ist Teil *Früher Hilfen*. *Frühe Hilfen* sind interdisziplinäre Unterstützungsangebote für Familien von Beginn der Schwangerschaft bis in die ersten Lebensjahre des Kindes¹. Frühwarnsysteme sollen im Sinne primärer Prävention jegliche Gefährdung des Kindeswohls erkennen und vermeiden helfen. Kindeswohlgefährdung umfasst zunächst alles, was dem Wohlergehen des Kindes und seiner gesunden Entwicklung entgegen steht, inklusive sozialer Gegebenheiten². Durch Unterlassen oder aktives Handeln der betreuenden Personen kann es zu körperlichen Verletzungen, seelischen Schäden oder einer Beeinträchtigung der gesunden körperlichen Entwicklung des Kindes kommen². Allein schon, wenn eine Bedrohung erwartet wird und nicht erst bei einem tatsächlich eingetretenen Schaden, wird von einer Gefährdung des Kindeswohls gesprochen².

Bei den für die gesunde Entwicklung des Kindes nachteiligen Faktoren wird laut Leitlinien zwischen Vernachlässigung und Misshandlung, die beide sowohl körperlicher als auch emotionaler Natur sein können, sowie sexuellem Missbrauch unterschieden³. Als körperliche Misshandlung gilt Gewalt gegen das Kind, zum Beispiel durch Schläge, Tritte, Waffen, Schütteln, thermische oder toxische Maßnahmen sowie unzureichende Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr, die zu Schmerzen oder Verletzungen, aber natürlich auch zu emotionalen Schäden beim Kind führen^{2,3}. Die emotionale oder auch seelische Misshandlung kann durch Handeln oder aktives Unterlassen erfolgen³. Sie kann bei Kindern Minderwertigkeitsgefühle, Gefühle des Ungeliebtseins, aber auch Angst und Überforderungssituationen hervorrufen und dadurch ihre Entwicklung beeinträchtigen^{2,3}. Die genaue Definition emotionaler Misshandlung ist schwierig². Von sexueller Misshandlung spricht man, wenn Kinder aktiv oder auch passiv an sexuellen Handlungen beteiligt werden^{2,3}. Dies kann zu enormen psychischen Schäden führen². Vernachlässigung bedeutet, dass die grundlegenden Bedürfnisse eines Kindes, sei es körperlicher oder emotionaler Natur, nicht befriedigt werden^{2,3}. Der Mangel an Nahrung, Betreuung und Schutz kann dabei ebenso gefährlich sein wie emotionale Vernachlässigung. Unfälle, Krankheiten, Fehlentwicklungen, frühkindliche Deprivationssyndrome und Ähnliches können

daraus resultieren³. Die Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in jeglicher Form können vielfältig sein:

- psychische Probleme (Ängste, Verhaltensauffälligkeiten, posttraumatische Stresssymptome, Depression, Aggression)
- erhöhte Suizidraten unter Betroffenen
- Kriminalität und Gewalt
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch (insbesondere bei Mädchen)
- risikoreiches Sexualverhalten
- eine verminderte Lebensqualität
- langfristig schlechtere Bildungserfolge⁴.

Die resultierenden Probleme können dementsprechend gesundheitlicher, körperlicher, verhaltenstechnischer, emotionaler, kognitiver oder sozialer Art sein⁵. Das Kindeswohl ist ebenso gefährdet, wenn die Erziehungskompetenz der Eltern oder der betreuenden Personen unzureichend oder eingeschränkt ist, zum Beispiel durch Drogenkonsum, psychiatrische Erkrankungen oder geistige Behinderungen². Ob es tatsächlich zu negativen Folgen für das Kind kommt, ist aber auch von der Resilienz des Kindes abhängig². Die Mechanismen und Ursachen, die das Wohl eines Kindes und seiner Entwicklung gefährden, sind also sehr vielfältig.

3.2 Kindeswohlgefährdung in Deutschland

In Deutschland gibt es keine systematische Erfassung der Fälle von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, obwohl die Erhebung dieser Daten auch Untersuchungen zu Risikofaktoren und der Wirksamkeit bzw. dem Versagen von Interventionsmaßnahmen zulassen würde⁶⁻⁸. Es wird eine hohe Dunkelziffer vermutet⁶.

Bekanntes Daten aus dem Jahr 2012 lauten wie folgt: Laut statistischem Bundesamt wurden in Deutschland 106.623 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls eingeleitet, dabei wurde in 38.283 (36 %) Fällen eine latente (56 %) oder akute (44 %) Kindeswohlgefährdung festgestellt⁹. In dieser Zeit lebten in Deutschland 8,1 Millionen Familien mit 12,9 Millionen minderjährigen Kindern¹⁰. Von den 68.340 Fällen, in denen keine Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde, bestand bei 33.884 jedoch Hilfs- oder Unterstützungsbedarf (50 %)⁹. In Berlin wurden 8.791 Verfahren eingeleitet, davon wurde in 4.404 Fällen (50 %) eine Kindeswohlgefährdung festgestellt (64 % latent, 36 % akut)⁹. Von den 4.387 Fällen ohne Kindeswohlgefährdung bestand bei 2.377 (54 %) weiterer Hilfs- oder Unterstützungsbedarf⁹. Deutschlandweit wurden 40.227 vorläufige Schutzmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen ergriffen, 39.365 (98 %) davon waren Inobhutnahmen¹¹.

In der polizeilichen Kriminalstatistik 2012 wird von 3.450 deutschlandweit erfassten Fällen von Kindesmisshandlung berichtet¹². Die polizeiliche Kriminalstatistik ist in Deutschland als einer der besten Annäherungswerte an die Fallzahlen der Kindesmisshandlung anzusehen, sie enthält allerdings nur polizeibekannte Fälle¹³.

Für Berlin liegen Daten zu den Erstkontakten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) zu Familien mit Säuglingen vor: Demnach wurden 25.373 Familien im Jahr 2008 beim Erstkontakt beraten¹⁴. Bei insgesamt 33.374 Familien mit Säuglingen (erfasst durch Geburtenmeldungen des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsfragen sowie Zuzüge im Bezirk) entspricht dies 76 %¹⁴. 6.036 Familien (24 %) hatten darüber hinaus weitergehend Beratungsbedarf¹⁴. Der Beratungsbedarf umfasst Probleme in den Bereichen Gesundheit (42 %), Wirtschaft (48 %), Recht (22 %) oder psychosoziale Aspekte (41 %)¹⁴.

Einer niederländischen Prävalenzstudie zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung lässt sich entnehmen, dass 2,8 % aller minderjährigen Niederländer im Jahr 2005 misshandelt wurden; 31,4 % der misshandelten Kinder waren unter drei Jahren alt, 42,0 % waren zwischen vier und elf Jahren alt; 12,6 % der Fälle waren dem *Child Protection Service* bekannt; die häufigste Misshandlungsart war körperliche Vernachlässigung¹⁵.

Diese Daten zeigen, wie wichtig präventive Maßnahmen zum Kinderschutz sind. Dies gilt insbesondere für Säuglinge und Kleinkinder, denn sie sind aus mehreren Gründen besonders gefährdet: Häufig sind diese Kinder noch nicht in Kindergärten oder ähnlichen Einrichtungen, wo sie von deren Mitarbeitern beobachtet werden können; allgemein sind sie besonders auf Hilfe und Fürsorge angewiesen, verunfallen bei unzureichender Aufmerksamkeit schnell und können bei ungenügender Flüssigkeitszufuhr besonders leicht dehydrieren¹⁶.

3.3 Rechtliche Grundlagen und Voraussetzungen

Am 1. Januar 2012 trat in Deutschland das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft¹⁷. In §1 des BKisSchG wird die Relevanz frühzeitiger Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungspflichten in Form von Informationsvermittlung und gut koordinierten, multiprofessionellen Hilfsangeboten im Rahmen *Früher Hilfen* hervorgehoben. werdende Eltern sollen frühzeitig umfassend und aktiv über die ihnen zur Verfügung stehenden Maßnahmen informiert werden (§2 BKisSchG), die Unterstützungsangebote sollen flächendeckend ausgebaut, weiterentwickelt, vernetzt und verbessert werden (§3 BKisSchG). Dies beinhaltet auch die Einbeziehung von Geburtskliniken in diesen Prozess. Mehr als 100 Millionen Euro sollen bis einschließlich 2015 in den Ausbau *Früher Hilfen* inklusive des

Angebots an Familienhebammen fließen (§3 (4) BKiSchG); anschließend soll es einen Fonds zur Sicherung *Früher Hilfen* geben. Mitarbeiter von Geburtskliniken sind seitdem verpflichtet, bei einem Anhalt auf eine Gefährdung des Kindeswohls auf die Annahme von *Frühen Hilfen* hinzuwirken (§4 (1) BKiSchG) und haben Anspruch darauf, sich bei Unklarheiten durch Fachpersonal beraten zu lassen (§4 (2) BKiSchG). Eine Evaluation der Wirksamkeit aller entsprechenden Gesetzesänderungen ist für das Jahr 2015 vorgesehen (Artikel 4 BKiSchG).

Das 2007 gegründete *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* (NZFH) ist die entsprechende Koordinierungsstelle¹⁸. Dort werden Erfahrungen und Forschungsergebnisse zusammengetragen, um die Projekte und Erkenntnisse zu ergänzen, zu verbessern und zu kombinieren.

Im Land Berlin gilt seit Ende 2009 das Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes (Berliner Kinderschutzgesetz)¹⁹. Formuliert Ziele sind die frühe Erkennung von Risiken für das Kindeswohl sowie die Sicherstellung früher Maßnahmen und die Verbesserung dafür notwendiger Kooperation zwischen staatlichen Einrichtungen und dem Gesundheitssystem (§1 Berliner Kinderschutzgesetz)¹⁹. Des Weiteren sollen Jugend-, Gesundheits- und Sozialämter bereits Schwangere in Belastungssituationen auf Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen (§8.1 Berliner Kinderschutzgesetz)¹⁹. Zusätzlich gibt es ein verbindliches Einlade- und Rückmeldewesen (§6 Berliner Kinderschutzgesetz) für die Früherkennungsuntersuchungen des gelben Untersuchungsheftes für Kinder sowie Regelungen für das Neugeborenencreening (§3 Berliner Kinderschutzgesetz)¹⁹. Eltern, die das Screening oder die Vorsorgeuntersuchung versäumen, werden von der zentralen Stelle für Einladungswesen und Rückmeldeverfahren, die an der *Charité – Universitätsmedizin Berlin (Charité)* eingerichtet wurde, angeschrieben und an das Wahrnehmen der Vorsorgeuntersuchung erinnert sowie über deren Sinn informiert (§4 und 6 Berliner Kinderschutzgesetz)¹⁹. Falls Eltern dieses Angebot nicht wahrnehmen, erfolgt eine Mitteilung an den KJGD des Gesundheitsamtes des zuständigen Bezirks¹⁹. Der KJGD tritt dann mit den Eltern persönlich in Kontakt, gegebenenfalls erfolgt ein Hausbesuch auf freiwilliger Basis¹⁹. Außerdem ist vorgesehen, jede Familie nach der Geburt ihres ersten Kindes oder nach Geburten in schwierigen sozialen Verhältnissen innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt zu Hause zu besuchen¹⁹⁻²². Diese Hausbesuche sollen möglichst flächendeckend im Bundesland durchgeführt werden. Besondere Anhaltspunkte für Besuche sind:

- sehr junge / minderjährige Mütter
- Alleinstehende
- Mehrlingsgeburten
- ungünstige Wohnverhältnisse
- Migrationshintergrund
- hohe Kinderzahl in der Familie
- soziale Brennpunkte
- Substanzabhängigkeit
- bekannte Probleme bei älteren Kindern
- Hinweise auf die Familie von anderen Seiten²¹.

Gesetzlich sind also sowohl bundesweit wie auch im Bundesland Berlin hohe Ansprüche an den Kinderschutz, den Ausbau *Früher Hilfen* und das frühe Erkennen von Unterstützungsbedarf bei Familien verankert. Das *Charité Zentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik (CC 17)* hat eine Kooperationsvereinbarung über vernetzte Fallarbeit mit dem Land Berlin – dem Gesundheitsamt des Bezirks Mitte und dem Jugendamt Bezirk Mitte (inklusive dem KJGD)²³. *Babytse Plus* fügt sich hier als psychosoziales Frühwarnsystem ein.

3.4 Grundlagen und aktueller Forschungsstand möglicher Risikoindikatoren

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die durch die Forschung als Risikofaktoren oder auch Risikoindikatoren für eine mögliche spätere Kindesmisshandlung identifiziert wurden (z.B. durch die *Mannheimer Längsschnittstudie*²⁴⁻²⁹). Beschrieben werden:

- biologische Risikofaktoren des Kindes: niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt, perinatale Komplikationen
- psychosoziale Risikoindikatoren der Familie für die kindliche Entwicklung: niedriges elterliches Bildungsniveau, beengte Wohnsituation, psychische Störungen, Herkunft aus zerrütteten Verhältnissen, Partnerschaftsprobleme, frühe Elternschaft, Alleinerziehende, ungewollte Schwangerschaft, mangelnde soziale Integration, mangelnde soziale Unterstützung, dauerhafte Probleme der Alltagsbewältigung²⁵.

Risikoindikatoren können dabei miteinander verbunden sein. Eine niederländische Studie fand eine signifikante Assoziation zwischen dem Migrationshintergrund der Eltern und dem Bildungsstand sowie zwischen dem Migrationshintergrund und der wirtschaftlichen Situation einer Familie³⁰. Kinder von Immigranten, Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau und Kinder aus großen Familien waren bei den gemeldeten Fällen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Population signifikant überrepräsentiert³⁰. Ein Selektionsbias bei der Meldung der Fälle konnte nicht festgestellt werden³⁰.

In der modernen deutschen Gesellschaft herrscht eine ethnische und kulturelle Vielfalt. In Deutschland leben über 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in erster oder zweiter Generation³¹. Für das Jahr 2010 wurde ein Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Berliner Gesamtbevölkerung von rund 24% (837.000) berichtet³². Laut statistischem Bundesamt lag die Armutsrisikoquote bei Menschen mit Migrationshintergrund bei 26,2 %, ohne Migrationshintergrund bei 14,5 %³¹. Hatten Kinder ihren Migrationshintergrund durch beide Elternteile, waren sie sehr viel häufiger schlecht integriert (56,3 % sehr gut integriert, gering

integriert 24,5 %) als Kinder, bei denen der Migrationshintergrund nur von einem Elternteil stammte (78,3 % sehr gut integriert, gering integriert 13,1 %)³³. Hierbei fiel auf, dass Kinder aus arabisch-islamischen Ländern sowie der Türkei schlechter integriert waren als Kinder aus Polen und Westeuropa³³. Kinder aus der Türkei gehörten wesentlich häufiger (70,7 %) zur untersten sozialen Schicht als Kinder aus Westeuropa (16,0 %). Auch aus hiesigen Projekten *Früher Hilfen* gibt es Erkenntnisse zum Thema Migrationshintergrund. Im Modellprojekt *Pro Kind* werden in Bremen, Niedersachsen und Sachsen seit 2006 Schwangere mit finanzieller und sozialer Belastung von Familienbegleiterinnen bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes betreut und beraten³⁴. Die im Projekt *Pro Kind* erfassten Frauen mit Migrationshintergrund hatten einen geringeren Bildungsabschluss als Frauen ohne Migrationshintergrund³⁴. Bei der Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft gab es keinen Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund³⁴. In der Evaluation des *Babylotsen* Hamburg zeigte sich, dass sich Sprachprobleme und fehlende soziale Integration auf den Migrationshintergrund zurückführen lassen^{35,36}.

Diese Studien zum Thema Migration lassen darauf schließen, dass ein Migrationshintergrund einen starken Einfluss auf soziale und wirtschaftliche Bereiche des Lebens haben kann. Migration ist oft mit anderen sozialen Risikoindikatoren assoziiert, die Einfluss auf die kindliche Entwicklung und das kindliche Wohlergehen haben können.

Eine Studie der John Hopkins Universität aus dem Jahr 2012 zeigte, dass Mütter mit einer raschen Schwangerschaftsfolge (hier die Geburt eines zweiten Kindes innerhalb von 24 Monaten) zwar nicht häufiger ihre Kinder misshandelten, es bei ihnen aber signifikant häufiger zu Kindesvernachlässigung kam³⁷. Auch auf die Entwicklung und das Verhalten der älteren Kinder schien sich die rasche Geburtsfolge negativ auszuwirken (z.B. mehr Verhaltensprobleme und geringere kognitive Fähigkeiten in der ersten Klasse der Schule)³⁷. Große Familien werden als möglicher Risikofaktor für Vernachlässigung beschrieben³⁸.

Ein junges Alter der Mutter (< 20 Jahre) kann ein Risikofaktor für Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch sein^{38,39}. Ebenso wurde für Kinder alleinerziehender Mütter in Deutschland ein höheres gesundheitliches Risiko für körperliche und auch für seelische Erkrankungen nachgewiesen⁴⁰. Sozioökonomisch sind alleinerziehende Mütter zudem oft benachteiligt: Sie haben ein niedrigeres Bildungsniveau, sind häufiger arbeitslos, haben ein geringeres äquivalentes Haushaltsnettoeinkommen und eine höhere Armutsrisikoquote als Frauen in Paarfamilien⁴⁰. Hohe psychosoziale Belastungen wirken sich negativ auf die Mutter-Kind-Interaktion aus⁴¹. Alleinerziehende, problematische Partnerschaften, konfliktreiche Ehen, gering involvierte Väter, wenig väterliche Wärme sowie gewaltbereite

Partner sind Risikofaktoren für Vernachlässigung oder Misshandlung der Kinder³⁸. Gewalt in der Partnerschaft während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für spätere Kindesmisshandlung und zeigt daher, wie wichtig das Erkennen von konfliktreichen Partnerschaften und Gewalt noch vor der Geburt des Kindes ist⁴².

Kinder von Empfängern staatlicher Unterstützung sowie von Menschen mit einem niedrigen Einkommen haben nach einer kanadischen Studie ein erhöhtes Risiko für Misshandlung und Vernachlässigung³⁸.

Weitere Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung sind Substanzmissbrauch und psychische Erkrankungen der Eltern sowie ernsthafte körperliche Erkrankungen der Mütter^{38,39,43,44}.

Risikofaktoren können als Belastung für die Familie gewertet werden, wobei nicht zwangsläufig eine Kindeswohlgefährdung folgen muss, solange entsprechende Ressourcen dem gegenüber stehen⁴⁵.

3.5 Screening-Instrumente zur Risikoeinschätzung der Unterstützungsbedürftigkeit

Mit Hilfe eines Screening-Instrumentes eines psychosozialen Frühwarnsystems soll erfasst werden, ob es Anhaltspunkte für eine besondere Belastung der Familie und die Entstehung von Risiken für die gesunde Entwicklung des Kindes gibt⁴⁶. Es soll kein Beweis für spätere Kindeswohlgefährdung erbracht, sondern ein Anhaltspunkt für die Sinnhaftigkeit einer niederschweligen Zuwendung durch Sozialarbeiter und gegebenenfalls die Vermittlung an *Frühe Hilfen* ermittelt werden.

Ein solches Screening-Instrument zur raschen Risikoeinschätzung in Bezug auf das Kindeswohl kann nach aktuellen Theorien, Expertenmeinungen und Forschungsberichten aus unterschiedlichen Instrumenten nach Bedarf zu einem neuen Instrument zusammengefügt und die Familien je nach Score mit niedrigem, mittlerem oder hohem Risiko bewertet werden^{47,48}.

Diese Instrumente können bei einem strukturierten Vorgehen zur Informationsgewinnung dienen und erfassen mit vielen Faktoren die Komplexität des Entstehens von Risiken⁴⁸. Die Erfassung vieler möglicher Risikofaktoren ist wichtig, da das kumulative Auftreten von Risikofaktoren das Gesamtrisiko erhöht^{49,50}. Kritisch betrachtet werden sollte die Subjektivität und die unscharfe Definition dieser Instrumente⁵¹.

Es liegt eine Publikation aus den USA mit Untersuchung der Sensitivität eines Screening-Verfahrens für Risikofaktoren bei Eltern von Kindern im Vorschulalter für drei verschiedene Methoden vor: Der *The Parent Screening Questionnaire (PSQ)* wurde entweder von den Eltern selbst auf Papier ausgefüllt, in einem persönlichen Gespräch mit einem Interviewer oder an

einem Computer audioassistent durchgeführt⁵². Für sehr sensible Problematiken wie persönliche Erfahrungen mit Kindesmisshandlung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch und Gewalt in der Partnerschaft erwies sich die audioassistentierte Computerbefragung als am sensitivsten⁵². Sie erfasste die Problematik wesentlich empfindsamer als das Selbstausfüllen des Fragebogens mit Stift und Papier⁵². Das persönliche Interview nahm eine mittlere Position ein⁵². Bei weniger sensiblen Themen erwiesen sich alle drei Methoden als gleich sensitiv⁵². Daraus lässt sich für *Babyotse Plus* schließen, dass die persönliche, durch Klinikmitarbeiter geführte Anamnese zum Erheben sensibler Risikoindikatoren besser geeignet ist als das Selbstausfüllen des *Babyotse Plus* Screeningbogens durch die Eltern. Eine Anamnese durch das Klinikpersonal erfolgt generell und bedeutet im Gegensatz zu einer computergestützten Befragung keinen Mehraufwand. Dies ist für die Alltagstauglichkeit eines systematischen Zugangs wichtig.

Risikofaktoren für eine mögliche spätere Kindeswohlgefährdung sind reichlich untersucht (siehe Abschnitt 3.4). Gut untersuchte Screening-Instrumente, die für das Screening aller Eltern rund um die Geburt entwickelt wurden, gibt es wenige. Hier sollen kurz einige Screening-Instrumente vorgestellt werden, die der perinatalen Risikoevaluation dienen und Unterstützungsmaßnahmen für belastete Familien vermitteln.

Das Projekt *Babyotse* Hamburg ist das Kooperationsprojekt von *Babyotse Plus*. Das in Hamburg bereits durchgeführte Projekt wurde für *Babyotse Plus* in Berlin weiterentwickelt. Bei *Babyotse* Hamburg wird über mehrere Geburtskliniken und nun auch ambulant mit Hilfe eines Erfassungsbogens ein systematischer Zugang zu Familien geschaffen³⁶. Mit Hilfe eines Risikoscreenings, das sich an Risikofaktoren der *Mannheimer Längsschnittstudie*^{24,25,27} orientiert, werden in einem vom Personal auszufüllenden Erfassungsbogen psychosoziale Belastungen ermittelt³⁶. *Babyotse* * evaluieren in einem persönlichen Gespräch den Unterstützungsbedarf von Familien mit auffälligem Screening-Ergebnis. Bei Bedarf wird an regionale Unterstützungsangebote vermittelt. Die Evaluation des Projekts 2010 nach drei Jahren zeigte, dass das Projekt von den Eltern sehr gut angenommen wurde^{35,36}. Die Verbindlichkeit, dass der Screening-Erfassungsbogen als Teil der Regelversorgung vom Personal ausgefüllt wird, erscheint zuverlässiger, als wenn Frauen kurz nach der Entbindung auf freiwilliger Basis einen Fragebogen selbst ausfüllen sollen. Der Hamburger Screening-Erfassungsbogen diente als Vorlage für den *Babyotse Plus* Screeningbogen, wurde aber verändert und weiterentwickelt.

* *Babyotse* können männlich oder weiblich sein. Auf Grund besserer Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die Form *Babyotse* (Sozial- bzw. Reha-Pädagogen) verwendet.

Im Projekt *Keiner fällt durchs Netz* wird ebenfalls in Geburtskliniken das psychosoziale Risiko von Familien ermittelt⁵³. Das verwendete Screening-Instrument dort ist die *Heidelberger Belastungsskala*⁵³. Die Skala ist dafür ausgelegt, in Geburtskliniken vom Personal (ärztliches und pflegerisches Personal, Hebammen) ausgefüllt zu werden⁵⁴. Die Anwender werden vorher in der Anwendung geschult⁵⁴. Sie umfasst die vier Bereiche: persönliche Belastung des Kindes, persönliche Belastungen der Eltern bzw. familiäre Belastung, soziale Belastung sowie materielle Belastung, die alle in ihrer Gesamtbelastung bewertet werden⁵⁴. Für die vier Bereiche können 0-100 Punkte vergeben werden, ebenso für die daraus ermittelte Gesamtbelastung⁵⁴. Nach dem Wert der Gesamtbelastung richtet sich der Handlungsbedarf: Ab 40 Punkten (Belastung überwiegt Ressourcen) wird ein Vermitteln passender *Früher Hilfen* empfohlen⁵⁴. Bei hohen Belastungen wird den Familien auf freiwilliger Basis kostenlos eine Familienhebamme für das erste Lebensjahr des Kindes angeboten⁵³. Für alle Eltern besteht darüber hinaus das Angebot einer speziell dafür entwickelten Elternschule an fünf Abenden⁵³.

Im Rahmen des Projekts *Guter Start ins Kinderleben* (Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen) wird das Risikoinventar *Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Anhaltsbogen)* mit empirisch belegten Risikofaktoren verwendet, welches perinatal als Anhalt für ein vertiefendes Gespräch dienen soll⁵⁵. Die Belastung der Eltern wird dabei subjektiv vom Personal (ärztliches und pflegerisches Personal, Hebammen) ermittelt und daraus auf das Risiko für eine mögliche Kindeswohlgefährdung geschlossen⁵⁶. Der *Anhaltsbogen* enthält folgende fünf Angaben mit Möglichkeit zur weiteren Erläuterung:

- ob soziale Belastungsfaktoren vorhanden sind
- ob Schwangerschafts- oder andere Vorsorgen nicht wahrgenommen wurden
- ob das Kind besondere Ansprüche stellt, welche die Familie nicht erfüllen kann (wie Behinderung oder Mehrlinge)
- ob Schwierigkeiten bei dem Umgang oder der Bindung zum Kind beobachtet wurden
- ob Gefühle der Angst oder Überforderung bei den Eltern vorhanden sind^{55,57}.

Es sind nur „Ja“- und „Nein“-Antworten möglich⁵⁶. Damit erfasst dieser Bogen sehr viele Risikofaktoren in zeitökonomischer Form, ist aber auch sehr unspezifisch. Krankenschwestern und Hebammen werden in der Anwendung des Screening-Instrumentes, dessen Bewertung in Form einer Ampel stattfindet, geschult⁵⁷. Familien mit hohem bis sehr hohem Unterstützungsbedarf wird eine Familienhebamme für sechs Monate angeboten; lehnt die Familie dies ab, wird ein Gespräch mit geschulten Fachärzten der Geburtsklinik geführt, die noch einmal vermitteln und bei Ablehnung und starkem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung das Jugendamt informieren⁵⁷.

Auch im englischsprachigen Ausland gibt es Screening-Instrumente, die perinatal ansetzen, in Kanada das Programm *BabyFirst* in der Provinz Manitoba⁵⁸. Nach auffälligem Ergebnis des entwickelten Screening-Instrumentes wird gezielt Unterstützung angeboten⁵⁸. Es liegen Daten von 37.345 in den Jahren 2000 bis 2002 (Nachverfolgung bis Frühjahr 2004) gescreenten Kindern vor⁵⁸. Da Daten zu biologischen Risikofaktoren der Kinder nur aus den Entbindungskliniken vorlagen, konnten Hausgeburten (1 %) nicht eingeschlossen werden⁵⁸. Es wurden 23 Faktoren mit „Ja“- / „Nein“-Antworten erfasst, die biologische, psychosoziale und soziale Risikofaktoren für Kindesmisshandlung umfassen⁵⁸. Diese Risikofaktoren sind:

- Schwangerschaftskomplikationen durch Infektionen, Alkohol- / Drogenmissbrauch
- Kinder mit Behinderungen, niedriges Geburtsgewicht oder Frühgeburtlichkeit
- Geburtskomplikationen, Vorhandensein eines 5-Min.-APGAR-Scores < 7
- Trauma oder Erkrankung des Kindes
- Behinderungen in der Familienanamnese
- Verzicht auf Schwangerschaftsvorsorge vor dem sechsten Schwangerschaftsmonat
- Verzicht auf Geburtsvorbereitungskurse
- Alter der Mutter
- mütterliche Erkrankung (Schizophrenie, Depression, bipolare Störung, geistige Behinderung, Angsterkrankungen)
- Rauchen in der Schwangerschaft
- aktueller Substanzmissbrauch durch ein Elternteil
- hohe Geburtenzahl
- lang andauernde postpartale Trennung von Mutter und Kind
- Einschränkung der Mutter-Kind-Bindung
- soziale Situation und wirtschaftliche Probleme der Familie
- niedriges Bildungsniveau
- Partnerschaftsprobleme
- Härte der Disziplinierungs- / Erziehungsmaßnahmen
- Betreuung eines weiteren Kindes durch das Jugendamt
- Vernachlässigung / Misshandlung der Eltern selbst im Kindesalter
- kriminelle Vergangenheit oder antisoziales Verhalten der Eltern⁵⁸.

Null bis zwei Punkte galten dabei als minimales Risiko, drei bis fünf als geringes Risiko, sechs bis acht als moderates Risiko und mehr als neun bzw. das Vorliegen einer der letzten zehn genannten Risikofaktoren als hohes Risiko⁵⁸. In Kanada bekommt generell jede Mutter routinemäßig Besuch von einer Hebamme, das Screening wurde in diese Besuche integriert⁵⁸.

Das *Kempe Family Stress Inventory* hingegen ist ein wesentlich älteres Screening-Verfahren⁵⁹. Dabei werden zehn Angaben für Mutter und Vater nach einem psychosozialen Anamnesegespräch dokumentiert:

- Misshandlung oder Vernachlässigung der Eltern als Kind
- kriminelle Vergangenheit oder psychiatrische Erkrankungen bzw. Substanzmissbrauch
- Verdacht der Kindesmisshandlung in der Vergangenheit
- Isolation der Eltern mit niedrigem Selbstbewusstsein oder Depression
- hohe Anzahl von Stressoren oder Krisen
- Gewaltausbrüche
- unrealistische Erwartungen an das Kindesverhalten
- harte Bestrafungen des Kindes
- das Kind ist schwierig oder „provoziert“ die Eltern
- das Kind ist nicht gewollt oder hat ein Risiko für ein schlechtes Bonding⁵⁹.

Die zuletzt genannten kindlichen Faktoren sind nicht für die perinatale Periode geeignet. Dieses Risikoinventar wurde in verschiedenen Studien (meist in einem Interview) verwendet⁵⁹. Es scheint den erfassten Angaben nach eher geeignet zu sein, wenn die Familie über einen längeren Zeitraum in ihrer Interaktion beobachtet wird oder ein vertrautes Verhältnis zu ihr besteht.

Seit dem 1. Oktober 2009 gibt es in Berlin ein Modellprojekt, für das ein *Einlegeblatt für den Mutterpass* entwickelt wurde⁶⁰. Wenn die schwangere Frau damit einverstanden ist, sollen in diesem Bogen soziale Daten und Risikofaktoren durch die Mutter angegeben und so für Ärzte und Hebammen ersichtlich werden. Informationen können zu den folgenden Bereichen eingeschrieben werden:

- Tätigkeit / Schule
- Familienstand und Lebenssituation (mit Partner / Familie / allein)
- die Mutter unterstützende Personen
- Wohnsituation
- Informationen zu weiteren Kindern im Haushalt
- wirtschaftliche Situation
- bisherige Beratungen, Frauenarzt, Geburtsklinik (alternativ Geburtshaus oder Hausgeburt) und Hebamme⁶¹.

Auf der Rückseite befindet sich eine Liste von Beratungsstellen⁶¹. Ziel dieses Projekts ist es, niederschwellig Frauen zu erreichen, die von sich aus keine Hilfe suchen würden, um ihnen *Frühe Hilfen* anzubieten. Das *Einlegeblatt für den Mutterpass* gibt es in verschiedenen Sprachen. Eine Evaluation zum *Einlegeblatt* liegt derzeit noch nicht vor. Des Weiteren ist unklar, wie genau die Möglichkeit der Eintragung von Risikofaktoren in den Mutterpass von den niedergelassenen Frauenärzten genutzt wird⁸. In einer zweiwöchigen Pilotphase des *Babyotse Plus* Projekts wurde kein einziges ausgefülltes *Einlegeblatt* gesehen (s. Abschnitt 4.2).

Relevante wissenschaftliche Ergebnisse und Methoden der beschriebenen Screening-Programme werden in Abschnitt 6 diskutiert.

3.6 Notwendigkeit des Frühwarnsystems

Frühe Hilfen sind interdisziplinäre Unterstützungsangebote für Familien von Beginn der Schwangerschaft bis in die ersten Lebensjahre des Kindes, insbesondere für die ersten drei Jahre¹. Diese sollen im Alltag Unterstützung leisten und die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern verbessern¹. Bereits im Jahr 2006 wurde im Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema *Frühe Hilfen* die Etablierung von sozialen Frühwarnsystemen zum Schutz der Kinder vor Misshandlung und Vernachlässigung mit Förderung entsprechender Modellprojekte vereinbart¹⁴. In diesem Zusammenhang wurde auf die Bedeutung der Verbesserung beteiligter Strukturen des Kinderschutzes und auf eine ideale Gestaltung *Früher Hilfen* hingewiesen: Diese sollten möglichst systematisch und frühzeitig - bereits während der Schwangerschaft - ansetzen, um schon die Entstehung von Gefährdungsrisiken zu erkennen und Kinder im jungen und vulnerablen Alter durch Förderung von Ressourcen (z.B. elterliche Erziehungskompetenzen) und Abbau von Risiken präventiv zu schützen^{16,18,35,62}. Frühe Angebote rund um Schwangerschaft und Geburt bieten eine gute Gelegenheit, Eltern zahlreich durch das Gesundheitssystem zu erreichen und die Abklärung von Risikofaktoren ohne das Empfinden von Stigmatisierung durchzuführen; zudem werden Hilfen in diesem Zeitraum gut angenommen^{16,49,63}. Somit ist ein Hilfsangebot bereits in der Schwangerschaft sinnvoll^{50,62,63}.

Ein systematischer Zugang zu Familien verbessert auch den Zugang zu Hochrisikofamilien^{35,64}. Viele belastete Familien können erst zur Geburt im Krankenhaus erreicht werden, da sie Vorsorgeuntersuchungen zum Teil nicht wahrnehmen³⁵. Laut Veröffentlichungen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin wurden 32.359 Kinder im Jahr 2007 in Krankenhäusern geboren, 1.490 kamen außerklinisch zur Welt¹⁴. Das bedeutet, dass rund 97 % aller Eltern einem Screening-Programm in einer Geburtsklinik zugänglich wären. Lediglich 300 Kinder kamen in Wohnungen oder anderen Orten auf die Welt, die übrigen wären über Geburtshäuser, ärztliche Praxen und Hebammenpraxen ebenfalls einer systematischen Erfassung für Risikoerkennung zugänglich gewesen. Eine bundesweit durchgeführte repräsentative Studie zu Erwartungen von Wöchnerinnen und deren Partnern ergab, dass sich 73 % (von n = 5.900) der Eltern eine Gesundheitsberatung rund um Schwangerschaft, Entbindung und Vorsorge wünschen; 25 % wollen dies nur bei konkretem Bedarf⁶⁵. Am ehesten beraten lassen würden sich Familien in Frauenarztpraxen (84 %) und Krankenhäusern (75 %) sowie am liebsten durch

Ärzte (90 %), Hebammen (69 %) oder Kinderkrankenschwestern (60 %) ⁶⁵. Die überwiegende Mehrheit (85 %) wünscht sich eine solche Beratung in Form eines persönlichen Gesprächs ⁶⁵. In einer kontrollierten Studie wurde gezeigt, dass Informationsvermittlung in Form einer vorausschauenden Beratung für Eltern eines ersten Kindes zu Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention beitragen kann ⁶⁶.

Bei einem Frühwarnsystem geht es um einen besseren und verbindlichen Zugang zu Familien und Vermittlung bei Bedarf zu bereits bestehenden *Frühen Hilfen* ¹³. Für ein funktionierendes und auch in schwierigen Situationen effizient arbeitendes System sind verbindliche Kooperationsformen und -wege notwendig ^{16,67}. Insbesondere zwischen Geburtsmedizin und Kinder- und Jugendhilfe fallen Familien mit Unterstützungsbedarf häufig durch das bereits existierende Netz ^{16,68}. Bei der Evaluation eines Projekts mit 33 *Familienhebammen in Sachsen-Anhalt* fiel auf, dass nur 16,9 % der betreuten Frauen durch Ärzte oder Kliniken in Kontakt zu den Familienhebammen gebracht wurden; hier war die Vernetzung unzureichend ⁶⁹.

Es ist auch insofern wichtig, frühzeitig präventiv mit Unterstützungsangeboten an Eltern heranzutreten, da die Tatsache, dass ein Kind schon einmal misshandelt wurde, das Risiko für eine erneute Misshandlung erhöht ^{49,62,68,70}. Kinder unter drei Jahren sind besonders durch Vernachlässigung und Misshandlung gefährdet, weil sie auf ein besonders hohes Maß an Zuwendung durch ihre Eltern angewiesen sind ¹³.

Diesen Anforderungen entsprechend ist es Ziel, ein flächendeckendes, interdisziplinäres System zu schaffen, das alle Eltern und dementsprechend alle Kinder erreicht und ihnen bei Bedarf (u.a. durch ein Risikoscreening erfasst), niedrighschwellig passgenaue *Frühe Hilfen* anbietet, um nachhaltig die Entwicklung der Kinder zu fördern sowie ihre Vernachlässigung und Misshandlung zu verhindern ^{16,35,63,69}. Hierzu müssen Eltern in ihren Ressourcen und Möglichkeiten, eine gute und feinfühligte Bindung zu ihrem Kind zu entwickeln, gefördert werden, damit Kinder vor Kindeswohlgefährdung geschützt sind und insgesamt die besten Voraussetzungen für ihre Entwicklung erhalten ⁶³. Auch Eltern, die auf den ersten Blick unauffällig wirken, sollen erreicht werden und von Unterstützungsangeboten erfahren.

Auf der einen Seite sollen also die universellen, fördernden Angebote zugänglich gemacht werden, auf der anderen Seite auch Risikokonstellationen erkannt und präventiv angegangen werden ⁶³. Als Ansatzpunkt in einem Screening-Verfahren werden Risikoindikatoren verwendet, die statistisch gesehen die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein von Unterstützungsbedarf erhöhen ⁸. Es ist notwendig, klare, regelmäßige Verfahrenswege zu haben, um keine Fragen der Zuständigkeit aufkommen zu lassen und so in schwierigen Situationen die interdisziplinäre Zusammenarbeit effektiv zu gestalten ^{16,70}. Effektiv gestalten bedeutet im Kinderschutz immer,

präventiv und gesundheitsfördernd zu arbeiten - bereits bevor eine Gefährdung entsteht -, sowie interdisziplinär zusammenzuarbeiten und vorhandene Angebote *Früher Hilfen* systematisch zu koordinieren^{7,16,35,49,68}. Es wird davon ausgegangen, dass mit einem Screening-Verfahren, das auf bekannte Risikoindikatoren zurückgreift, ein hoher Anteil an Fällen früher Gefährdungen bereits im Vorfeld erkannt werden kann⁴⁹. Das System muss ins Regelsystem gut aufgenommen werden können und praxistauglich sein^{35,70}. Im klinischen Alltag sollte es also ohne großen zeitlichen Mehraufwand und ohne hohe Kosten durchführbar sein.

3.7 Fragestellungen

Zur Vermeidung der Entstehung von Kindeswohlgefährdung ist eine standardisierte Risikoeinschätzung notwendig, um darauf basierend passende Hilfen anbieten zu können⁶². Ziel ist es, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Risikoeinschätzung als neuen Standard zu entwickeln⁷. Es soll als Screening-Verfahren eines psychosozialen Frühwarnsystems ein Früh-Indikator mit guter Validität sein, der durch einen systematischen Zugang zu allen Familien einen möglichen Bedarf einer niedrighschwellig, frühzeitig ansetzenden Unterstützung für Eltern identifizieren kann, ohne dabei stigmatisierend zu wirken.

Daher wird der entwickelte *Babylotse Plus* Screeningbogen des gleichnamigen Frühwarnsystems in dieser Arbeit auf seine Eignung und Validität hin evaluiert:

- (1) Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der diagnostischen Genauigkeit (Sensitivität und Spezifität, Youden Index, positive und negative Likelihood Ratio, Odds Ratio [OR], area under curve [AUC]) des *Babylotse Plus* Screeningbogens im Vergleich zum Referenzstandard, dem standardisierten *Babylotse Plus* Erstgespräch.
- (2) Zu den sekundären Zielen gehört die Untersuchung
 - (2.1) der Relevanz einzelner Items (Risikoindikatoren) des *Babylotse Plus* Screeningbogens für das Vorliegen von Unterstützungsbedarf, basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, und
 - (2.2) des Einflusses möglicher Risikoindikatoren von Items des *Babylotse Plus* Erstgesprächs, deren Aufnahme als Item in den *Babylotse Plus* Screeningbogen nicht möglich war, auf das Vorliegen von Unterstützungsbedarf.

4 Material und Methoden

4.1 Studiendesign *Babylotse Plus*

Das Projekt *Babylotse Plus* wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen der Bundesinitiative *Frühe Hilfen* (Mittelvergabe durch das NZFH) für das Forschungsprojekt und von der *LEO*-Stiftung für das Praxisprojekt gefördert. Eine Genehmigung der Ethikkommission der *Charité* liegt vor. Kooperiert wird mit dem Projekt *Babylotse* aus Hamburg (Stiftung *SeeYou*), der Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, der Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen, dem Kinderschutznetzwerk Berlin, der Kinderschutzgruppe der *Charité*, dem Bezirksamt Mitte, dem Jugend- und Gesundheitsamt Berlin-Mitte, der Koordinationsstelle für Gewaltschutz (*Charité Campus Virchow Klinikum*) sowie der Landeskoordinierungs- und Servicestelle Netzwerke *Frühe Hilfen*.

Babylotse Plus ist ein psychosoziales Frühwarnsystem und angelehnt an das Kooperationsprojekt *Babylotse* aus Hamburg³⁶. Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde eine zeitlich befristete Vollerhebung (01.01.2013 - 31.08.2013) im Einzugsgebiet der Entbindungskliniken der *Charité*, *Campus Virchow Klinikum* (CVK) und *Charité Campus Mitte* (CCM), durchgeführt. Alle Frauen, die an den Campi der *Charité* entbunden wurden, zur Schwangerenberatung oder auf eine Präpartalstation kamen, wurden systematisch mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erfasst. Ihnen wurde auch mittels eines Flyers das Angebot gemacht, die Babylotsen (Sozial- oder Rehapädagogen) bei Bedarf auf eigenen Wunsch zu kontaktieren und das Projekt als Service- und Unterstützungsangebot anzunehmen.

In der Schwangerenberatung gibt es nicht nur die Möglichkeit, sich zur Geburt anzumelden, sondern auch spezielle Sprechstunden zu nutzen. Dazu gehören Sprechstunden für:

- Pränataldiagnostik mit invasiven Untersuchungen
- Diabetes und Präeklampsie
- intrauterine Wachstumsrestriktionen, Beckenendlage und Mehrlinge
- Schwangere mit Herzfehlern und kardiovaskulären Erkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystems, der Nieren, des rheumatoiden Formenkreises und des Blutsystems sowie Autoimmunkrankheiten
- chronisch entzündliche Erkrankungen
- Infektionskrankheiten
- Sucht- und psychosomatische Probleme.

Durch diese Angebote sowie durch die neonatologische Abteilung (Perinatalzentrum Level eins) sind an der *Charité* viele Frauen mit ernsthaften Erkrankungen, Risikoschwangerschaften oder mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen zu finden.

Der *Babylotse Plus* Screeningbogen enthält Items zu bereits gut untersuchten Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung (vergleiche Abschnitt 3.4) sowie weitere, noch zu untersuchende Faktoren (zum Aufbau des *Babylotse Plus* Screeningbogens siehe Abschnitt 4.4). Der *Babylotse Plus* Screeningbogen wird bei der Aufnahme vom Personal der Geburtskliniken (Hebammen, Ärzte) mit Informationen aus der Anamnese und aus dem Mutterpass ausgefüllt. Die Babylotsen errechnen anhand dieser Angaben zu den Risikoindikatoren den Score und tragen diesen in die Patientenakte ein. Dieses Vorgehen gehört zur Grundversorgung. Wird der Score als auffällig eingestuft (≥ 3), suchen Babylotsen das Gespräch (standardisiertes *Babylotse Plus* Erstgespräch, siehe Abschnitt 4.5) mit der Familie. Ist der Score unauffällig (< 3), so wird der *Babylotse Plus* Screeningbogen ohne Konsequenz in die Patientenakte geheftet.

In einem *Babylotse Plus* Erstgespräch erfolgt die standardisierte Abklärung der individuellen Situation der Familie durch Ermittlung von Belastungsfaktoren und Ressourcen. Wenn der Babylotse Unterstützungsbedarf erkennt und die Familie es wünscht, wird eine Überleitung zu passgenauen *Frühen Hilfen* angeboten. Die Babylotsen führten dieses *Babylotse Plus* Erstgespräch im Rahmen der Studie auch mit einigen Familien mit unauffälligem Score. Der Ablauf des Projekts ist schematisch in Abbildung 1 dargestellt.

Der *Charité*-eigene Sozialdienst wird einbezogen, wenn Hinweise auf eine Suchtproblematik bestehen, psychiatrische Erkrankungen vorliegen, Gewalt in der Familie stattfindet, die Mutter minderjährig ist oder bereits eine Anbindung an das Jugendamt, gesetzliche Betreuung oder Ähnliches besteht. Bei diesen genuinen Aufgaben des klinischen Sozialdienstes wird ärztlicherseits ein Sozialkonsil bestellt und der Babylotse gibt die Beratung und Betreuung an den bestehenden Sozialdienst ab. Hier endet die Aufgabe des Babylotsen. Babylotsen und Sozialdienst arbeiten einander zu und konkurrieren nicht. An den Sozialdienst wird die Familie auch übermittelt, wenn sie einen auffälligen Score mit Items hat, die Kindeswohlgefährdung vermuten lassen, jedoch das *Babylotse Plus* Erstgespräch mit dem Babylotsen ablehnt.

Die Beratung durch den Sozialdienst kann zu unterschiedlichsten Themen gewünscht werden:

- Vermittlung von Hebammen
- Haushaltshilfen
- finanziellen und arbeitsrechtlichen Fragen
- Wohnsituationen
- Vaterschaftsregelungen
- Partnerschaftsproblemen
- Mehrlingen
- kranken Kindern
- psychischen Problemen
- Suchtproblemen
- Adoption.

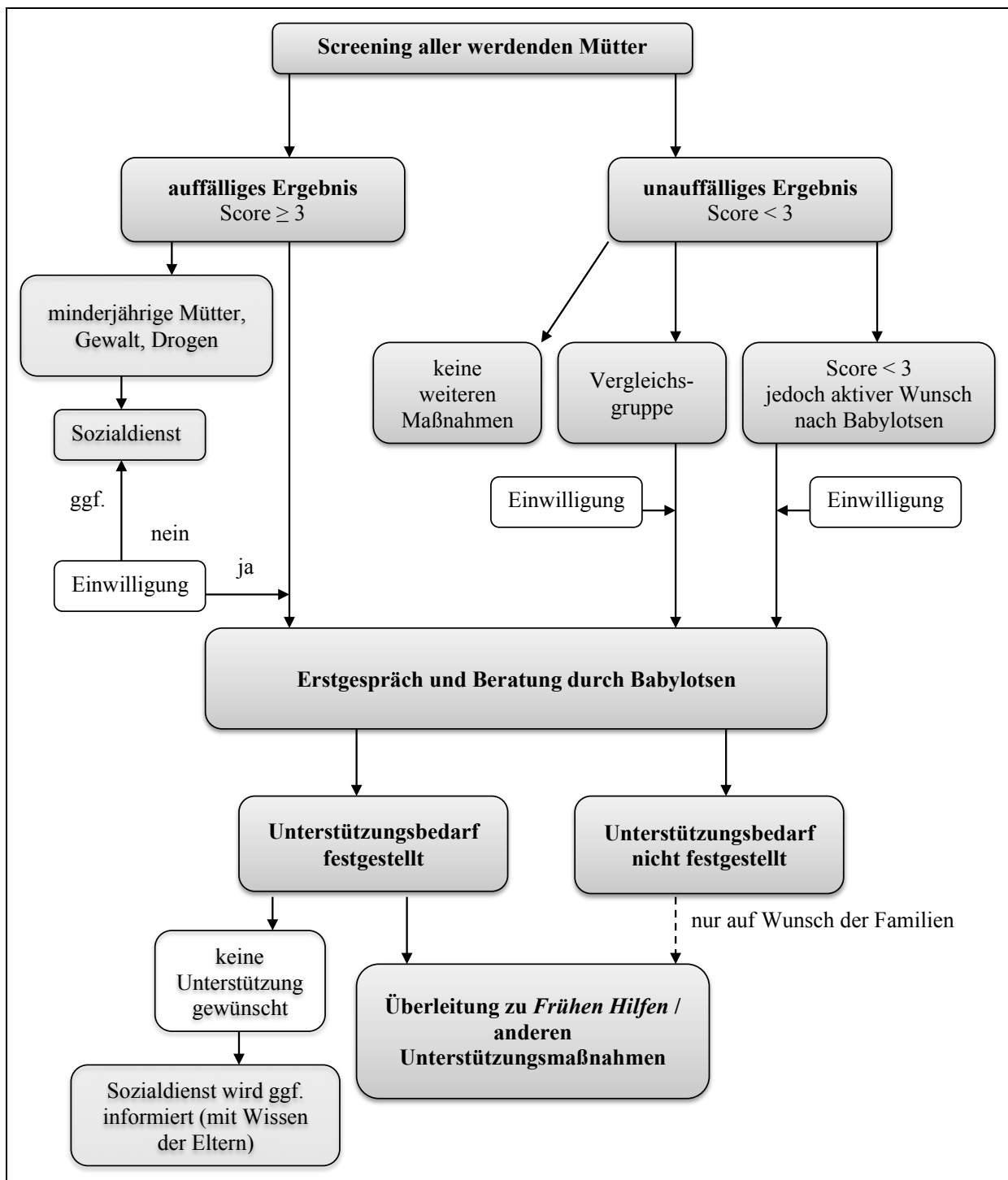


Abbildung 1: Flowchart zum Ablauf des Projekts *Babytse Plus*

Ebenso gibt es eine Ernährungs-, eine Still- und eine Elternberatung der Klinik für Neonatologie für Eltern kranker oder frühgeborener Kinder, die Seelsorge und eine Rauchentwöhnung. Es besteht also schon ein vielfältiges Unterstützungsangebot, jedoch ohne systematischen, niedrighwelligen Zugang zu Familien.

4.2 Pilotphase *Babylotse Plus* Screening

Dem wissenschaftlichen Projekt ging eine zehntägige Pilotphase im Februar 2012 voraus. Diese beinhaltete das Ausfüllen des *Babylotse Plus* Screeningbogens für Schwangere (n = 50), die sich im CVK und CCM (an jeweils fünf Tagen, in Früh- und Spätschichten) vorstellten. Dabei wurden Probleme und Unklarheiten notiert und das Vorgehen sowie die Handhabung mit dem Kreißsaal-Personal diskutiert. Im Juni 2012 startete ein Vorlauf des praktischen Projekts, der bis Dezember 2012 andauerte. Das Klinikpersonal sollte in dieser Zeit den *Babylotse Plus* Screeningbogen verwenden (n = 1.333). Die Babylotsen führten bei auffälligem Score oder auf Wunsch der Eltern bereits *Babylotse Plus* Erstgespräche durch und leiteten zu *Frühen Hilfen* über. Die Daten wurden noch nicht analysiert. Diese Datenerhebungen wurden jeweils während des stationären Aufenthaltes perinatal durchgeführt, wobei der *Babylotse Plus* Screeningbogen etwa null bis vier Tage vor dem *Babylotse Plus* Erstgespräch angewendet wurde. In der gesamten Zeit wurde der *Babylotse Plus* Screeningbogen in Absprache mit den Datenschützern weiter an die Alltagspraxis angepasst und der Ablauf des Verfahrens vom Klinikpersonal geübt. Der Prozentsatz der durch den *Babylotse Plus* Screeningbogen erfassten Familien in der Pilotphase zwischen Juni und Dezember 2012 war standortabhängig anfangs noch sehr gering: 14,0 % im Juli (Minimum) bis 72,5 % im September (Maximum) im CVK bzw. 33,8 % im Juli (Minimum) bis 86,2 % im November (Maximum) im CCM.

Das Projekt wurde mehrfach in den ärztlichen Frühbesprechungen und in den Dienstbesprechungen der Hebammen an den teilnehmenden Campi vorgestellt. Zusätzlich gab es aus den Mitarbeitergruppen (Ärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Sozialdienst der Geburtsklinik) Mitglieder in der Projektgruppe, wodurch Fragen geklärt und Anregungen weitergeleitet werden konnten. Hinweise zum Ausfüllen des *Babylotse Plus* Screeningbogens wurden jedem Mitarbeiter zugänglich gemacht. In regelmäßigen Treffen aller beteiligten Personen des Praxis- und des Forschungs-Teams wurden aktuelle Probleme besprochen und Änderungen vorgenommen.

Alle Mitarbeiter des Projekts *Babylotse Plus*, der Geburtskliniken und der Neonatologie an den teilnehmenden Campi (Ärzte, Hebammen, Sozialdienst-Mitarbeiter, Pflegepersonal) sowie Kooperationspartner des Projekts (Anbieter *Früher Hilfen*) wurden zu einer verbindlichen Fortbildung „Vorausschauende Elternberatung im ersten Lebensjahr“ eingeladen. Das Konzept der Fortbildung stammt aus einer Studie zur Gesundheitsförderung, für die eine Elternschule entwickelt wurde⁶⁶. Ziel dieser Fortbildung war es, die Basis-Beratung in der Geburtsklinik durch das Personal ohne Babylotsen zu vereinheitlichen und dadurch standardisierte Rahmenbedingungen für die Studie zu gewährleisten.

4.3 Studienteilnehmer – Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 aufgelistet und in Abbildung 2 in ihrem Ablauf schematisch dargestellt. Das Vorliegen des schriftlichen Einverständnisses war obligat.

In die Analyse eingeschlossen wurden alle Frauen, die zwischen dem 01.01.2013 und dem 31.08.2013 in der *Charité* an einem der beiden Campi (CCM und CVK) entbunden wurden und dabei folgende Kriterien erfüllten: *Babylotse Plus* Screeningbogen mit einem Score ≥ 3 (auffällig), Score < 3 (unauffällig) bei der Kontrollgruppe, Zustimmung zur Studienteilnahme und das Fehlen von einem der nachfolgend aufgeführten Ausschlusskriterien.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien *Babylotse Plus*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme	keine ausreichenden Deutschkenntnisse
Screeningbogen-Score ≥ 3	Studienteilnahme abgelehnt
zwischen 01.01.2013 und 31.08.2013 Geburt eines Kindes in einer der beiden Geburtskliniken der Charité – Universitätsmedizin Berlin	Zuständigkeitsbereich des Sozialdienstes
	Kind liegt auf einer neonatologischen Station
	Kontakt zu Babylotsen wird abgelehnt
	Eltern können nicht für das <i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch erreicht werden
	Daten des <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogens sind nicht zuordenbar oder unvollständig

Frauen konnten das Unterstützungsangebot der Babylotsen annehmen und die Studienteilnahme, welche die Teilnahme an einer Untersuchung ein Jahr postpartal einschloss, ablehnen. Sie wurden für die Auswertung nicht berücksichtigt. Frauen wurden von der Studienteilnahme ausgeschlossen, wenn sie nicht ausreichend gut Deutsch sprachen, da im Projekt *Babylotse Plus* keine Mittel für Dolmetscher zur Verfügung standen. Selbstverständlich wurden sie trotzdem bei Bedarf an die entsprechende Hilfseinrichtung weitergeleitet und durch die Babylotsen betreut. Für die klinikinterne Dokumentation wurde in diesen Fällen lediglich ein sogenannter „Kurzcheck“ (zweiseitige Routinebefragung) statt des kompletten *Babylotse Plus* Erstgesprächs (s. Abschnitt 4.5.4) durchgeführt.

Wurde primär der Sozialdienst eingeschaltet, wurden die Babylotsen nicht hinzugezogen, z.B.:

- bei aktueller häuslicher Gewalt
- bei Suchtmittelabhängigkeit der Eltern
- bei schwerer psychiatrischer / chronischer Erkrankung
- bei dem Wunsch einer Adoption / anonymen Geburt
- bei bereits bestehender Anbindung an Institutionen wie Jugendamt / Mutter-Kind-Einrichtung / gesetzliche Betreuung etc.).

Der Sozialdienst konnte auch sekundär durch die Babylotsen hinzugezogen werden, wenn sie Bedarf erkannten. Die Betreuung der Patienten erfolgte dann gemeinsam. Diese Fälle wurden nicht in die Analyse aufgenommen.

Eltern von Kindern, die neonatologisch versorgt werden mussten (sehr unreife, sehr leichte und kranke Neugeborene), wurden von der Elternberatung der Neonatologie der *Charité* betreut. Sie wurden ebenfalls nicht in die Auswertung eingeschlossen.

Lehnten Eltern den Kontakt zu Babylotsen ab und bestand dennoch der Verdacht auf gravierende Hilfsbedürftigkeit, konnte der Sozialdienst informiert werden. Die Personen wurden ebenfalls für die aktuelle Analyse ausgeschlossen.

Nicht eingeschlossen werden konnten zudem Fälle, bei denen die Daten aus *Babylotse Plus* Screeningbogen und / oder Erstgespräch nicht zuordenbar / unvollständig waren oder Eltern von den Babylotsen nicht für ein *Babylotse Plus* Erstgespräch erreicht wurden, weil sie z.B. nur ambulant entbunden oder über das Wochenende bereits entlassen wurden.

Frauen mit einem Score unter drei, mit denen ein *Babylotse Plus* Erstgespräch geführt werden sollte, wurden zufällig nach Anwesenheit und Zeit der das Gespräch führenden Person ausgewählt. Die Studienteilnehmer wurden mit den Daten aller Geburten der *Charité* aus dem Jahr 2012 (Geburtenkohorte 2012 der *Charité*) verglichen, um einen möglichen Selektionsbias auszuschließen. Die Daten aus dem Jahr 2012 dienten als bester Annäherungswert, da die Perinataldaten aus 2013 noch nicht zur Verfügung standen.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Angaben des *Babylotse Plus* Screeningbogens und die *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentationen ausgewertet. Für Familien mit Ausschlusskriterien wurden, sofern bekannt, der Score des *Babylotse Plus* Screeningbogens (< 3 ; ≥ 3) sowie der Ausschlussgrund für die vorliegenden Analysen vermerkt.

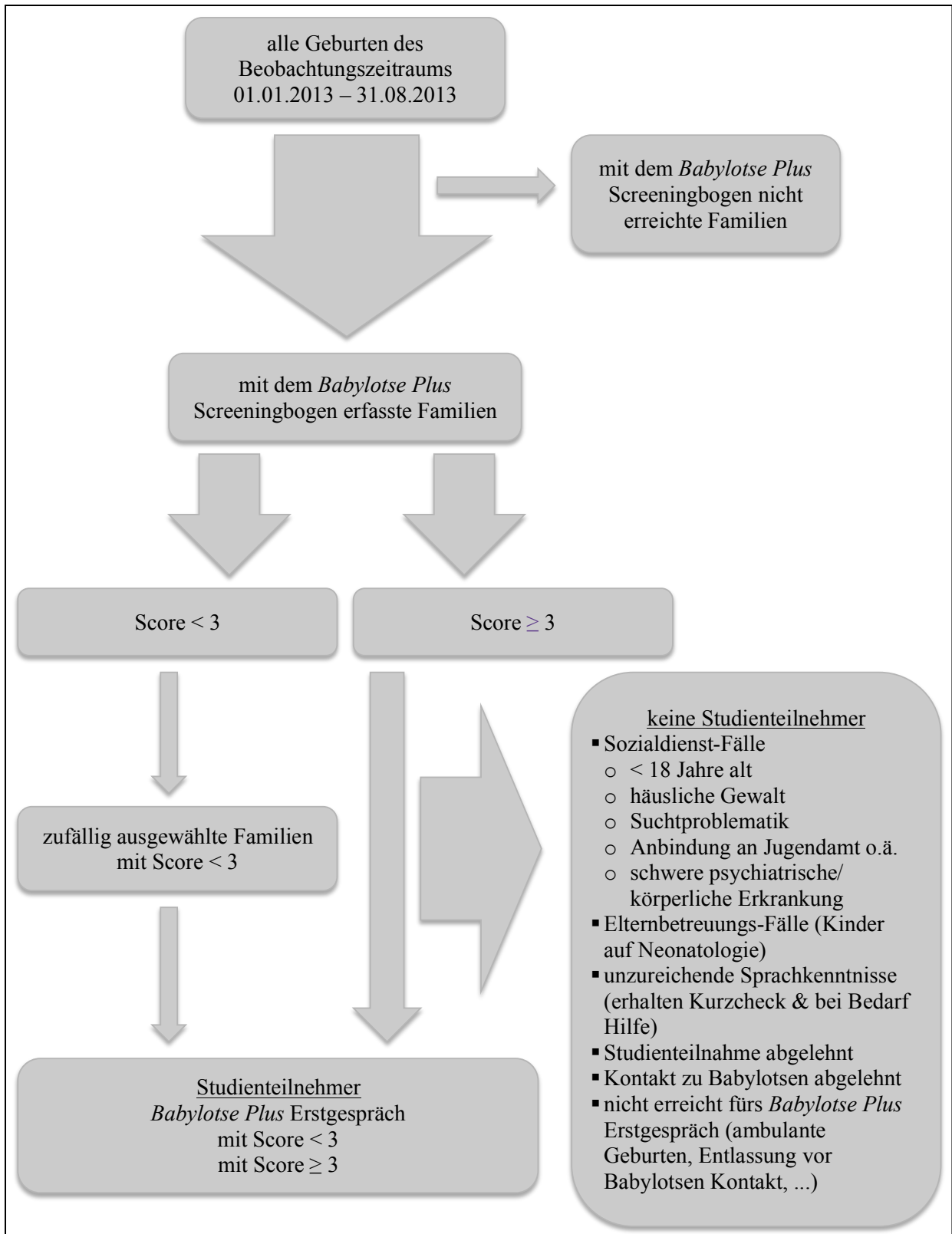


Abbildung 2: Flowchart Ein- und Ausschlussmethodik *Babylotse Plus*
(Studienteilnahme nur mit Einverständnis)

4.4 *Babylotse Plus* Screeningbogen

4.4.1 Durchführung

Der *Babylotse Plus* Screeningbogen wurde bei der Aufnahme der Schwangeren vom Personal der Geburtskliniken (Hebammen, ärztliches und pflegerisches Personal) mit Informationen aus der Anamnese und aus dem Mutterpass ausgefüllt. Für das Ausfüllen des *Babylotse Plus* Screeningbogens mit 27 Items und einem möglichen Score von null (geringstes Risiko) bis 65 (höchstes Risiko) waren etwa fünf Minuten einzuplanen.

4.4.2 Item-Selektion

Der *Babylotse Plus* Screeningbogen ist eine Weiterentwicklung des Instrumentes des *Babylotsen* Hamburg. Er beinhaltet Items zu Risikoindikatoren für die kindliche Entwicklung und ist in Abbildung 3 dargestellt. Dazu gehören Risiken, die das Kind betreffen (niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit und andere Komplikationen)⁶². Darüber hinaus wird erfasst, ob es sich um Mehrlinge handelt. Mehrlingsgeburten sind in Berlin ein Anhaltspunkt für einen Hausbesuch durch den KJGD²⁴. Die Kinderanzahl und auch speziell die Anzahl junger Kinder (unter fünf Jahren) im Haushalt wird notiert. Zwei unselbstständige Kinder im Haushalt sind ein bedeutender Prädiktor für Kindesmisshandlung⁷¹. Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft werden ebenso wie andere Suchterkrankungen dokumentiert. Bekannte psychosoziale Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sind unter anderem:

- psychische Erkrankung der Eltern
- sehr junge Eltern
- unerwünschte Schwangerschaft
- fehlende soziale Integration
- Armut
- beengte Wohnverhältnisse
- soziale Isolation^{24,29,46,72}

Dies wird in folgenden Rubriken erfasst:

- Alter der Mutter
- psychische Erkrankungen der Mutter (differenziert nach Depression, Psychose, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder andere Störungen)
- Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgen sowie des Zeitpunkts der ersten Vorsorge.

Auch die im Mutterpass erfragten psychischen und sozialen Belastungen werden verzeichnet, hierzu zählen bekannte Risikofaktoren wie Partnerschaftsprobleme und Gewalt^{24,25,27,29,46,70,72,73}.

Weitere Variablen sind:

- psychische Belastungen (kranke Kinder und / oder kranke Angehörige)
- Probleme in der Partnerschaft
- Probleme bei der Alltagsbewältigung
- sonstige soziale Belastungen.

Zudem werden soziale Probleme mit den Unterpunkten wirtschaftliche Probleme oder mangelnde Integration vermerkt. Hinweise auf Gewalt werden in einer gesonderten Variablen erfasst. Besondere Erkrankungen, welche die Versorgung des Kindes erschweren können, werden erfragt. Ergänzend wird erfasst, ob bereits eine Betreuung durch das Jugendamt oder ähnliche Institutionen besteht. Der *Babylotse Plus* Screeningbogen fragt auch nach einem Migrationshintergrund. Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu vereinfachen, wird auf dem Bogen dazu erfasst, ob mit den Eltern auf Deutsch kommuniziert werden kann. Ob ein *Babylotse Plus* Erstgespräch auf Grund von Hinweisen von Mitarbeitern (Hebammen / ärztliches oder pflegerisches Personal) indiziert ist, können diese in einem weiteren Item vermerken. So können Klinikmitarbeiter den Babylotsen mitteilen, wenn sie auf Grund ihrer Erfahrung bei dem Umgang der Eltern untereinander oder mit dem Kind ein „ungutes Gefühl“ haben, ohne dass im *Babylotse Plus* Screeningbogen Risikofaktoren erfasst werden können.

Des Weiteren enthält das Instrument Angaben, die nicht Screening-relevant sind. Es wird erfasst, ob das seit 2009 als Modellprojekt in Berlin eingeführte *Einlegeblatt* für den Mutterpass ausgefüllt wurde, ob schon von vornherein feststeht, dass ein Konsil mit dem Sozialdienst von Nöten ist und ob die Erstaussfüllung des *Babylotse Plus* Screeningbogens bereits bei der Schwangerenberatung oder erst im Kreißsaal stattfand. Zur Anonymisierung erhält der *Babylotse Plus* Screeningbogen einen Code.

Ursprünglich waren noch weitere Items im *Babylotse Plus* Screeningbogen geplant. Diese mussten vor Studienbeginn auf Wunsch des Datenschutzbeauftragten (Besprechungen gab es mit klinikinternen und Berliner Datenschutzbeauftragten) allerdings verworfen werden. Dazu gehörte vor allem die Erfassung aller potenziellen Risikoindikatoren, die den Kindesvater betreffen. Dabei wäre dies besonders interessant, weil zu Risiken auf väterlicher Seite bisher nur wenige Studien vorliegen^{25,27,70,74}. Der Migrationshintergrund sollte ursprünglich genau wie in der bundesweiten *KiGGS*-Studie des Robert Koch Instituts⁷⁵ mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen ermittelt werden. Dazu sollten drei Fragen aus dem *KiGGS* Fragebogen⁷⁵ übernommen werden: die Fragen nach Staatsangehörigkeit der Eltern, Land der Geburt selbiger und der Zuhause zumeist gesprochenen Sprache. Ein weiterer Punkt war ein zeitnah geplanter Umzug, da er zum einen natürlich Stress für die Familie bedeuten kann und zum anderen auch entscheidend bestimmt, ob es möglich ist, mit der Familie in Kontakt zu bleiben. Häufige Umzüge sind zudem als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung bekannt²¹. Diese Fragen mussten mit der Begründung gestrichen werden, dass sie für die Behandlung der Mutter (die Entbindung) nicht notwendig seien.



		BABYLOTSE PLUS Charité Geburtsmedizin SCREENINGBOGEN			
Code der Mutter		Ort der Erstauffüllung <input type="checkbox"/> Kreissaal <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> Präpartal			
Kind				Einlegeblatt im Mutterpass	
Geburtsgewicht < 3. Perzentile		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ausgefüllt vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Mehrlingsgeburt		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Frühgeburt, andere Komplikationen (Kind)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Komment. Babylotse	SSW:				
	Alter < 18 Jahre	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Alter < 21 Jahre	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	2 oder mehr Kinder < 5 J.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	mehr als 4 Kinder	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Erste Schwangerschaftsvorsorgen: (nach der 20. SSW) Anzahl durchgeführter Untersuchungen:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	Rauchen in der Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	Alkohol in der Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	Hinweis auf weitere Suchtprobleme: Art der Drogen:	ja <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	psychiatrische Erkrankung diagnostiziert Depression <input type="checkbox"/> Psychose <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> andere:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Erkrankung/ Behinderung, die die Versorgung des Kindes erschwert Art der Erkrankung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	besondere psychische Belastung:				
	▪ durch ungewollte/ verdrängte Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	▪ durch kranke/ behinderte Familienmitglieder	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	▪ durch Probleme mit der Partnerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	▪ durch Probleme mit der Alltagsbewältigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	sonstiges:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Hinweise auf Gewalt	ja <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
	besondere soziale und wirtschaftliche Belastung:				
	▪ durch Integrationsprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	▪ durch wirtschaftliche Probleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	sonstiges:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	zurückliegende/ bestehende Anbindung an unterstützende Institutionen (z.B. Jugendamt, ges. Betreuer) (ohne Arbeitsamt)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Besteht ein Migrationshintergrund?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Kann man sich mit den Eltern auf Deutsch verständigen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Babylotsen-Gespräch gewünscht wegen Hinweisen anderer Mitarbeiter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Sozialdienst Konsil direkt erforderlich (primär)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	Sozialdienst Konsil zusätzlich erforderlich (sekundär)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
_____ Unterschrift Ärztin/Arzt/Hebamme				_____ Unterschrift Babylotsin	
				Score:	

Abbildung 3: *Babylotse Plus* Screeningbogen [sic]

4.4.3 Berechnung des Scores

Die Babylotsen errechnen aus den gemachten Angaben den Score des *Babylotse Plus* Screeningbogens (null bis 65 Punkte). Bei jedem der aufgenommenen Items des *Babylotse Plus* Screeningbogens gibt es die Antwortmöglichkeiten „Ja“ (bewertet mit ein bis vier Punkten, je nach Item) und „Nein“ (bewertet mit null Punkten). In vier Fällen (Alkohol, Rauchen, Drogen, Gewalt) ist zusätzlich die Antwort „Unsicher“ möglich. Es hat sich in Gesprächen mit dem Klinikpersonal in der Pilotphase herausgestellt, dass viele Anwender sich damit schwer tun, ohne Beweise ein „Ja“ anzukreuzen, um Eltern nicht falsch zu beschuldigen. Mit der Möglichkeit, „Unsicher“ auszuwählen, kann leichter ein Verdacht angegeben werden. Bewertet wird das „Unsicher“ jedoch mit der gleichen Punktzahl wie ein „Ja“, damit die Babylotsen dem Verdacht nachgehen können. Die Punkte der einzelnen Items werden zur Berechnung des Scores addiert.

Bei null bis zwei Punkten gilt der Score als unauffällig. Ab drei Punkten suchen die Babylotsen das Gespräch mit den Familien. Zur Übersicht der Punktevergabe siehe Tabelle 2. Die Wertung im Score ist angelehnt an das Projekt *Babylotse Hamburg*³⁶. Allerdings gilt der Erfassungsbogen in Hamburg bereits ab zwei oder mehr Punkten als auffällig.

Als für diese Studie im *Babylotse Plus* Screeningbogen detektierter „Unterstützungsbedarf“ wurden alle Score-Werte ≥ 3 gewertet. Die Score Werte < 3 wurden als „kein Unterstützungsbedarf im *Babylotse Plus* Screeningbogen detektiert“ gewertet.

Tabelle 2: Score-Punktevergabe für Risikoindikatoren des *Babylotse Plus* Screeningbogens

1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	(Absprache) Sozialdienst
Mutter < 21 Jahre	Mehrlinge	Mutter < 18 Jahre	Gewalt	Mutter < 18 Jahre
> 4 Kinder	Rauchen	Alkohol	Sucht- problem	Suchtproblem
niedriges Geburtsgewicht	≥ 2 Kinder < 5 Jahren	psychiatrische Erkrankung		psychiatrische Erkrankung
wenig Vorsorgen	Frühgeburt / Komplikation	Hinweise von Mitarbeitern		Gewalt
späte Vorsorgen		Anbindung Jugendamt / Betreuer		Anbindung Jugendamt / Betreuer
Migrations- hintergrund		Kinderversorgung erschwerende Erkrankung		
keine Deutschkenntnis		besondere psychische Belastung (ungewollte Schwangerschaft, kranke Familienmitglieder, Probleme mit Partnerschaft oder Alltagsbewältigung)		
		besondere soziale / wirtschaftliche Belastungen (Probleme mit Integration oder Finanzen)		

4.5 *Babylotse Plus* Erstgespräch (Referenzstandard)

4.5.1 Durchführung

Das ausführliche *Babylotse Plus* Erstgespräch, das als standardisiertes Interview geführt wird, dient den Babylotsen dazu, anhand von Belastungsfaktoren und Ressourcen, den Unterstützungsbedarf von Familien zu ermitteln. So kann sichergestellt werden, dass die Babylotsen von allen Familien die gleichen Informationen über Belastungen und Ressourcen erhalten und ihre Entscheidung über den Unterstützungsbedarf somit auf einer vergleichbaren Grundlage basiert. Die Experteneinschätzung der Babylotsen nach dem standardisierten Interview diene in der Auswertung als Referenzstandard für die Beurteilung des *Babylotse Plus* Screeningbogens.

Für die Durchführung des *Babylotse Plus* Erstgesprächs mit insgesamt 59 standardisierten Interviewfragen waren etwa 60 Minuten einzuplanen (mindestens zehn Fragen zum Kind und zu dessen Geschwistern [je nach Geschwisteranzahl zusätzliche Fragen], 21 Fragen zur Lebenssituation und Lebensqualität der Mutter, 15 zur Lebenssituation des Vaters, sechs zur Elternbeziehung, sieben zur sozialökonomischen Situation; zusätzlich erfolgte die Dokumentation der Umstände der Kontaktaufnahme, Auffälligkeiten, Screening-Ergebnisse, Beratungsthemen, Vereinbarungen und Maßnahmen). Je nach Problematik und Beratungsbedarf konnte die Dauer stark variieren (15 Minuten bis zwei Stunden).

Das Ergebnis des *Babylotse Plus* Screeningbogens war beim Durchführen des *Babylotse Plus* Erstgesprächs bekannt. Die Kenntnis des *Babylotse Plus* Screeningbogens war eine wichtige Information für die Babylotsen und somit erfolgte das *Babylotse Plus* Erstgespräch nicht unabhängig vom *Babylotse Plus* Screening. Die Dokumentationsvorlage des *Babylotse Plus* Erstgesprächs ist in Abschnitt 4.5.4 abgebildet. Es erfolgte keine Verblindung.

Das *Babylotse Plus* Erstgespräch wurde durch die Babylotsen möglichst vor Ablauf von drei Tagen nach einem *Babylotse Plus* Screening mit einem Score von drei oder mehr Punkten durchgeführt. Die Babylotsen suchten dazu die Eltern auf der Wochenbett-Station auf oder verabredeten sich mit ihnen im Babylotsen-Büro. Es ist wichtig, Familien mit Bedarf zu motivieren, diese Hilfen und Angebote auch in Anspruch zu nehmen. Damit das Angebot von den Familien angenommen wird, ist es natürlich wesentlich, dass die Angebote genau an den Bedarf der Familie angepasst sind.

An jedem Standort waren ein *Babylotse* und eine Vertretung mit einem Stellenanteil von 30 und zehn Stunden pro Woche präsent. Die Babylotsen hospitierten gemeinsam in Hamburg und wurden von den erfahrenen Babylotsen dort über das Vorgehen geschult.

Bei den Gesprächen mit den primär als unauffällig eingeschätzten Familien wurden die Babylotsen durch Medizinstudentinnen, die in einem Interaktionskurs angeleitet wurden, sowie einer Hospitantin (Sozialpädagogik-Studentin) unterstützt (unter Supervision durch Babylotsen). Dies war auf Grund des hohen Bedarfs an *Babylotse Plus* Erstgesprächen durch die Babylotsen und der damit verbundenen knappen zeitlichen Ressourcen erforderlich.

4.5.2 Item-Selektion und Dokumentation

Die Entwicklung der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation und Item-Selektion erfolgte angelehnt an die Dokumentationen von *Babylotse* Hamburg³⁶, *KiGGS*⁷⁵ und *TWEAK*⁷⁶.

Folgende Daten wurden dokumentiert:

- Datum
- Dauer des Gesprächs
- zuständiger Babylotse
- Code der Mutter
- anwesende Personen
- Grund und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme (prä-/ postpartal)
- Score des *Babylotse Plus* Screeningbogens.

Zudem gab es eine kurze Einschätzung, ob die Fakten aus dem *Babylotse Plus* Screeningbogen mit den Informationen des *Babylotse Plus* Erstgesprächs übereinstimmten und in welchen Bereichen die Probleme lagen:

- Mutter-Kind-Kontakt
- keine Freude am Kind / depressiver Eindruck
- Gesprächsbedarf
- Abklärung sozialer Belastungen
- Gesundheitsprobleme der Mutter / des Vaters.

Auch die mütterliche Selbsteinschätzung der Lebensqualität wurde mit Hilfe einer Skala eins bis fünf (eins bedeutet sehr gut und fünf sehr schlecht) notiert.

Zum Kind wurden gesundheitliche Daten dokumentiert wie:

- Größe
- Gewicht
- 5-Min.-APGAR-Score (Vitalstatus fünf Minuten nach der Geburt)
- Geschlecht
- Reife bei Geburt.

Über Geschwister wurde erfasst:

- Alter
- Krankheiten
- Unterbringung in Schule oder Kita
- andere Besonderheiten.

Im Gegensatz zum *Babylotse Plus* Screeningbogen wurden im *Babylotse Plus* Erstgespräch auf freiwilliger Basis mit Einverständnis der Eltern ausführlich psychosoziale Daten zu Mutter und Vater sowie die Qualität ihrer Partnerschaft erfasst. Dazu gehörten:

- Alter
- Staatsangehörigkeit
- die Zuhause gesprochene Sprache
- Geburtsland
- Zeitpunkt der Migration nach Deutschland
- Aufenthaltsstatus
- Bildungsniveau
- Berufstätigkeit beider Eltern
- gesundheitliche Probleme körperlicher und psychiatrischer Natur
- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Problematiken mit anderen Drogen
- bisherige Schwangerschaften und Abbrüche
- Geburtsmodus und Stillen
- Beziehungsstatus
- vorhandene Unterstützung durch den Kindsvater
- Stabilität der Partnerschaft
- Wohnsituation der Eltern
- Anzeichen für Gewalt
- Nettoeinkommen
- Wohnsituation
- Vorhandensein einer Grundausstattung für das Kind
- Unterstützung durch Familie, Freunde oder eine Hebamme.

4.5.3 Ergebnis des *Babylotse Plus* Erstgesprächs

Im *Babylotse Plus* Erstgespräch erfolgte bei Bedarf auch stets eine Beratung. Das Beratungsthema wurde dokumentiert, z.B.:

- finanzielle und sozialrechtliche Fragen
 - Standesamt / Geburtsurkunde
 - Vaterschaftsanerkennung
 - Mutterschutz
 - Elterngeld/Elternzeit
 - Kindergeld
 - Wohngeld
 - Wohnungsprobleme etc.
- Gesundheit und Familie
 - Versorgung / Pflege des Säuglings / der Geschwister
 - Partnerschaftsprobleme
 - Vormundschaft
 - Hebammenbetreuung
 - Haushaltshilfe
 - Krankenversicherung.

Wurde eine Weiterleitung an andere unterstützende Stellen vorgenommen, dokumentierten die Babylotsen auf Grund welcher Probleme die Überleitung durchgeführt wurde und an wen sie erfolgte. Weitergeleitet wurde an:

- Hebammen
- Familienhebammen / Familien- / Kinderkrankenschwestern
- aufsuchende Elternhilfe
- Angebote des Familienzentrums
- Paten / Patinnen

- KJGD
- SOS Kinderdorf
- Haushaltshilfen / Familienpflege
- Zentrum für sexuelle Gesundheit oder andere.
- soziale Wohnhilfe
- Beratungsstellen


Welche Maßnahmen eingeleitet wurden, wurde in verschiedene Kategorien unterteilt:

- A) Nach dem Erstgespräch zeigt sich primär kein weiterer Beratungsbedarf – ein unproblematischer Verlauf ist zu erwarten
- B) Unterstützung durch weitere Dienste, kein weiterer Handlungsbedarf für die Babylotsen
- C) Unterstützung durch weitere Dienste, zusätzlich weitere Beratung durch die Babylotsen
- D) klinikinternes Lotsen (Elternberatung, medizinisches / pflegerisches Personal anderer Stationen / Abteilungen etc.) wird verabredet
- E) Übergabe an den Sozialdienst.


Als „Unterstützungsbedarf im Expertengespräch detektiert“ wurde gewertet, wenn im *Babylotse Plus* Erstgespräch dokumentiert wurde, dass Unterstützung durch weitere Dienste mit oder ohne weiteren Handlungsbedarf für die Babylotsen oder klinikinternes Lotsen (Elternberatung, medizinisches / pflegerisches Personal anderer Stationen / Abteilungen etc.) verabredet wurde oder eine Übergabe an den internen Sozialdienst erfolgte (B, C, D, E). Als „kein Unterstützungsbedarf detektiert“ wurde gewertet, wenn das Item „nach dem Erstgespräch zeigt sich primär kein weiterer Beratungsbedarf – ein unproblematischer Verlauf ist zu erwarten“ mit „Ja“ beantwortet wurde (A) und alle Maßnahmen verneint wurden.

4.5.4 Dokumentation des *Babylotse Plus* Erstgesprächs

[sic]



Basisbefragung



Erstgespräch

Studien-ID der Mutter: _____

Grundlagen / Kurzcheck (S.1 - S.2)

		Gesprächs-Datum	
Babyloitsin		Gesprächsdauer (Uhrzeit bitte eintragen)	
		Beginn	Ende
		Anzahl	Zeitdauer
		(Std.)	(Min.)
<input type="checkbox"/> Patientenkontakte <input type="checkbox"/> telefonische Kontakte <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Einrichtung			
Anwesende	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Ehemann/ Partner <input type="checkbox"/> Familienangehörige <input type="checkbox"/> Sozialdienst <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer/Vormund /andere <input type="checkbox"/> vor der Geburt <input type="checkbox"/> nach der Geburt		
Zeitpunkt der Kontaktaufnahme	<input type="checkbox"/> Wunsch der Mutter <input type="checkbox"/> primäre Kontaktaufnahme nach Screening <input type="checkbox"/> sekundäre Kontaktaufnahme nach Screening <input type="checkbox"/> Wunsch seitens des ärztlichen- oder Pflegepersonals		
Screening-Punkte			
Screening-Ergebnis stimmt mit vorhandenen Informationen überein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Mutter – Kind-Kontakt <input type="checkbox"/> keine Freude am Kind / depressiver Eindruck <input type="checkbox"/> Gesprächsbedarf <input type="checkbox"/> Abklärung sozialer Belastungen <input type="checkbox"/> Gesundheits-Probleme der Mutter <input type="checkbox"/> Gesundheits-Probleme des Vaters		

Erstgespräch


Seite 2 von 11

Grundlagen / Kurzcheck (S.1 - S.2)

	1	2	3	4	5
Wie würde die Mutter ihre (aktuelle) Lebensqualität beurteilen?	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Maßnahmen Kurzcheck	<input type="checkbox"/> Mutter lehnt Erstgespräch ab <input type="checkbox"/> Fallabschluss <input type="checkbox"/> Die Mutter erhält gewünschte Informationen <input type="checkbox"/> BL leitet direkt an den internen Sozialdienst weiter <input type="checkbox"/> BL leitet an den KJGD weiter				

Beratung durch die Babyloitsin

	<input type="checkbox"/> finanzielle und soziale Fragen <input type="checkbox"/> Standesamt/ Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Vaterschaftsanerkennung <input type="checkbox"/> Mutterschutz/ Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> Elterngeld/ Elternzeit <input type="checkbox"/> Kindergeld/ Kinderzuschlag <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Stiftungsgelder <input type="checkbox"/> Wohnungsprobleme <input type="checkbox"/> Sonstiges
Babyloitsin berät zu:	<input type="checkbox"/> Gesundheit, Familie <input type="checkbox"/> Versorgung/Pflege des Säuglings <input type="checkbox"/> Versorgung der Geschwisterkinder <input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Hebammenbetreuung <input type="checkbox"/> Antrag und Rechte auf Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Sonstiges


 In Kooperation mit der Stiftung SeeYou – Babylotse Hamburg

Situation der Mutter

Alter	_____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere, nämlich _____
Geburtsland	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes Land, nämlich _____
In Deutschland lebend	<input type="checkbox"/> Seit der Geburt <input type="checkbox"/> Seit _____ Jahren
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt <input type="checkbox"/> unbefristeter Aufenthalt <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Bürger eines EU-Mitgliedstaates <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Kind einer in Deutschland lebenden Person <input type="checkbox"/> deutschstämmiger Spätaussiedler
Zuhause gesprochene Sprachen	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere Sprachen, nämlich _____
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife/MSA) <input type="checkbox"/> Abschluss Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="checkbox"/> Abitur (Gymnasium bzw. EOS) <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/> Schule beendet ohne Abschluss <input type="checkbox"/> (Noch) keinen Schulabschluss <input type="checkbox"/> Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) <input type="checkbox"/> Berufsschule (beruflich-schulische Ausbildung) <input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Fachakademie) <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität, Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung) <input type="checkbox"/> in beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Student)
Höchste Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> nicht erwerbsstätig (Rentnerin, Hausfrau) <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> vorübergehende Freistellung (Mutterschutz, Elternzeit) <input type="checkbox"/> Teilzeit oder stundenweise berufstätig <input type="checkbox"/> voll berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung (z.B. Lehrling, Studentin)
Geburten	Gravida _____ Para _____

Stammdaten des Kindes

ID bei Zwillingen	_____	_____	_____	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
Geburtsgewicht	_____	_____	_____	_____
Größe bei Geburt	_____	_____	_____	_____
Kopfumfang bei Geburt	_____	_____	_____	_____
APGAR (5 Min.)	_____	_____	_____	_____
Geburt	in der _____ Schwangerschaftswoche			
Das Kind war ...	<input type="checkbox"/> ein Frühgeborenes <input type="checkbox"/> Zwillings <input type="checkbox"/> ein reifes Kind (bis 3 Wo. vor oder bis 2 Wo. nach dem Termin)			
Geschwister	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl: _____		
Geschwisterkind 1	Alter: _____	<input type="checkbox"/> in Kita/ Schule	Erkrankungen _____	
Geschwisterkind 2	Alter: _____	<input type="checkbox"/> in Kita/Schule	Erkrankungen _____	
Geschwisterkind 3	Alter: _____	<input type="checkbox"/> in Kita/ Schule	Erkrankungen _____	
Geschwisterkind 4	Alter: _____	<input type="checkbox"/> in Kita/ Schule	Erkrankungen _____	
Wie viele Kinder leben in der Familie (inkl. Kind)?	_____			
Besonderheiten zu den Geschwisterkindern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kommentar: _____			

Konsum anderer Drogen	<input type="checkbox"/> nur am Beginn der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich welche: _____ <input type="checkbox"/> täglich welche: _____
Anbindung an unterstützende Institutionen	<input type="checkbox"/> aktuell ja, welche _____ <input type="checkbox"/> früher ja, welche _____ <input type="checkbox"/> nein
Situation des <input type="checkbox"/> Vaters <input type="checkbox"/> Lebenspartners	
Alter	_____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere, nämlich _____
Geburtsland	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes Land, nämlich _____
In Deutschland lebend ...	<input type="checkbox"/> Seit der Geburt <input type="checkbox"/> Seit _____ Jahren
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt <input type="checkbox"/> unbefristeter Aufenthalt <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Bürger eines EU-Mitgliedsstaates <input type="checkbox"/> Ehegatte oder Kind einer in Deutschland lebenden Person <input type="checkbox"/> deutschstämmiger Spätaussiedler
Zuhause gesprochene Sprachen	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere Sprachen, nämlich _____
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife/MSA) <input type="checkbox"/> Abschluss Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse) <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="checkbox"/> Abitur (Gymnasium bzw. EOS) <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/> Schule beendet ohne Abschluss <input type="checkbox"/> (Noch) keinen Schulabschluss
Höchster Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung) <input type="checkbox"/> Berufsschule (beruflich-Schulische Ausbildung) <input type="checkbox"/> Fachschule (z.B. Meister-Technikerschule, Fachakademie) <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität, Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Kein beruflicher Abschluss (und auch nicht in der Ausbildung) <input type="checkbox"/> In beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Student)

Schwangerschaften	Fehlgeburten _____	Abbrüche _____
Entbindungsmodus	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> vaginal operativ <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (<input type="checkbox"/> Primär <input type="checkbox"/> Sekundär) <input type="checkbox"/> Geburt wurde subjektiv traumatisch empfunden <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Stillen	<input type="checkbox"/> angelegt <input type="checkbox"/> Mutter hat vor zu stillen <input type="checkbox"/> Mutter hat Probleme beim Stillen <input type="checkbox"/> Mutter hat nicht vor zu stillen	
Gesundheitliche Probleme	<input type="checkbox"/> körperliche <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> in Behandlung	
Rauchen während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur am Beginn der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich	
Rauchen zurzeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich	
Alkohol während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nur am Beginn der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich	
TWEAK-Fragebogen Bei täglichem / gelegentlichem Alkoholkonsum: Tweak-Fragebogen ausfüllen:		
Wie viele Portionen können Sie vertragen (bevor Sie betrunken sind)? Bitte Anzahl der Portionen eintragen (Mehr als 5 Portionen = 2 Punkte) _____		
Waren enge Freunde oder Angehörige besorgt oder haben Sie sich beschwert über Ihren Alkoholkonsum im letzten Jahr? (ja = 2 Punkte) <input type="checkbox"/> ja		
Trinken Sie manchmal schon morgens nach dem Aufstehen Alkohol? (ja = 1 Punkt) <input type="checkbox"/> ja		
(Hat Ihnen schon mal ein enger Freund oder Angehöriger Dinge erzählt, die Sie beim Trinken gesagt oder getan haben, an die Sie sich aber nicht erinnern konnten?) (ja = 1 Punkt) <input type="checkbox"/> ja		
Haben Sie manchmal das Gefühl, Sie sollten weniger trinken? (ja = 1 Punkt) <input type="checkbox"/> ja		
Anzahl der Punkte insgesamt _____		
Erläuterung: Die Skala hat 7 Punkte. Bei 3 oder mehr Punkten besteht ein ernsthaftes Alkoholproblem.		

Beziehung und Elternschaft

Beziehungsstatus	<input type="checkbox"/> verheiratet / in fester Beziehung <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> Vater nicht angeben/unbekannt <input type="checkbox"/> Vater /Mutter in Beziehung zu anderem Partner
Eltern-Beziehung	<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil, Grund:
Elternschaft	<input type="checkbox"/> gemeinsame Elternschaft <input type="checkbox"/> Mutter alleinerziehend <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Väterliche Unterstützung	<input type="checkbox"/> kein Kontakt <input type="checkbox"/> lebt in einer entfernten Stadt <input type="checkbox"/> lebt nicht in Deutschland <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Zusammenleben	<input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> Eltern leben im gemeinsamen Haushalt <input type="checkbox"/> Eltern leben in verschiedenen Haushalten <input type="checkbox"/> Eltern leben bei deren Eltern/Schwiegereltern <input type="checkbox"/> Mutter lebt mit neuem Lebenspartner <input type="checkbox"/> sonstige Wohnformen Kommentar:
Anzeichen für Gewalt in der Familie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher

Sozioökonomische Situation der Familie

Haushaltseinkommen Netto (alle Haushaltsmitglieder einschließlich Elterngeld und Kindergeld)	<input type="checkbox"/> unter 500 € <input type="checkbox"/> 500 bis unter 750 € <input type="checkbox"/> 750 bis unter 1000 € <input type="checkbox"/> 1000 bis unter 1250 € <input type="checkbox"/> 1250 bis unter 1500 € <input type="checkbox"/> 1500 bis unter 1750 € <input type="checkbox"/> 1750 bis unter 2000 € <input type="checkbox"/> 2000 bis unter 2250 € <input type="checkbox"/> 2250 bis unter 2500 € <input type="checkbox"/> 2500 bis unter 3000 € <input type="checkbox"/> 3000 bis unter 4000 € <input type="checkbox"/> 4000 bis unter 5000 € <input type="checkbox"/> 5000 € bis und mehr
--	---

Erwerbstätigkeit zurzeit	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig (Rentner, Hausmann) <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> vorübergehende Freistellung (Elternzeit) <input type="checkbox"/> Teilzeit oder stundenweise berufstätig <input type="checkbox"/> voll berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung (z.B. Lehrling, Student)
Gesundheitliche Probleme	<input type="checkbox"/> körperliche <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> in Behandlung
Rauchen während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
Rauchen zurzeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
TWEAK-Fragebogen	Wie viele Portionen können Sie vertragen (bevor Sie betrunken sind)? Bitte Anzahl der Portionen eintragen: (Mehr als 5 Portionen = 2 Punkte) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Bei täglichem / gelegentlichem Alkoholkonsum: Tweak-Fragebogen ausfüllen:	Waren enge Freunde oder Angehörige besorgt oder haben Sie sich beschwert über Ihren Alkoholkonsum im letzten Jahr? (ja = 2 Punkte) <input type="checkbox"/> ja
	Trinken Sie manchmal schon morgens nach dem Aufstehen Alkohol? (ja = 1 Punkt) <input type="checkbox"/> ja
	(Hat Ihnen schon mal ein enger Freund oder Angehöriger Dinge erzählt, die Sie beim Trinken gesagt oder getan haben, an die Sie sich aber nicht erinnern konnten? (ja = 1 Punkt) <input type="checkbox"/> ja
	Haben Sie manchmal das Gefühl, Sie sollten weniger trinken? (ja = 1 Punkt) <input type="checkbox"/> ja
	Anzahl der Punkte insgesamt <input type="text"/>
Konsum anderer Drogen	Die Skala hat 7 Punkte. Bei 3 oder mehr Punkten besteht ein ernsthaftes Alkoholproblem. <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich welche: _____ welche: _____

Wohnung	_ _ _ qm Wohnfläche _ _ Anzahl der Zimmer _ _ Personen insgesamt
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> wird akzeptiert <input type="checkbox"/> problematisch, Grund: _____ <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Grundausstattung für das Kind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Unterstützung durch die Familie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Unterstützung durch eine Hebamme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht ausreichend <input type="checkbox"/> nicht gewünscht

Beratung /überleitung durch die Babylotsin

	<input type="checkbox"/> finanzielle und sozialrechtliche Fragen <input type="checkbox"/> Standesamt/ Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Vaterschaftsanerkennung <input type="checkbox"/> Mutterschutz/ Mutterschaftsgeld <input type="checkbox"/> Elterngeld/ Elternzeit <input type="checkbox"/> Kindergeld/ Kinderzuschlag <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Stiftungsgelder <input type="checkbox"/> Wohnungsprobleme <input type="checkbox"/> Gesundheit, Familie <input type="checkbox"/> Versorgung/Pflege des Säuglings <input type="checkbox"/> Versorgung der Geschwisterkinder <input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Hebammenbetreuung <input type="checkbox"/> Antrag und Rechte auf Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> sozialrechtliche Fragen <input type="checkbox"/> Vaterschaftsanerkennung <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Stiftungsgelder <input type="checkbox"/> Wohnungsprobleme <input type="checkbox"/> finanzielle Probleme <input type="checkbox"/> gesundheitliche Probleme <input type="checkbox"/> Versorgung/Pflege des Säuglings <input type="checkbox"/> Versorgung der Geschwisterkinder <input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme <input type="checkbox"/> Alkoholprobleme <input type="checkbox"/> Drogenprobleme <input type="checkbox"/> andere Probleme
Babylotsin berät zu:	
Babylotsin leitet weiter wegen:	

	Datum der Weiterleitung
Babylotsin leitet weiter an: <input type="checkbox"/> Hebamme/Hebammenpraxis <input type="checkbox"/> Familienhebamme/Familienkindekrankenschwester <input type="checkbox"/> aufsuchende Elternhilfe <input type="checkbox"/> Familienzentrum Angebot <input type="checkbox"/> Paten/Patinnen <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (K.JGD) <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe/ Familienpflege <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung <input type="checkbox"/> Sozialberatung <input type="checkbox"/> andere Beratung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Absprachen zur Weiterleitung <input type="checkbox"/> Mutter lehnt eine Überleitung ab <input type="checkbox"/> Die Babylotsin stellt den Kontakt zur Einrichtung her <input type="checkbox"/> Die Mutter wendet sich selbst an die Einrichtung (s.o.)	
Absprachen zum Monitoring <input type="checkbox"/> Mutter lehnt Monitoring ab <input type="checkbox"/> Mutter stimmt Monitoring zu, lehnt Kontakt mit Einrichtung ab	

Eingeleitete Maßnahmen

A	Nach dem Erstgespräch zeigt sich primär kein weiterer Beratungsbedarf – ein unproblematischer Verlauf ist zu erwarten.
B	Unterstützung durch weitere Dienste (Details siehe Seite 8, 9) Kein weiterer Handlungsbedarf für die Babylotsin.
C	Unterstützung durch weitere Dienste (Details siehe Seite 8, 9) Zusätzlich weitere Beratung durch die Babylotsin.
D	Klinikinternes Lotsen (Elternberatung, med./pflegerisches Personal anderer Stationen/Abteilungen etc.) wird verabredet. Bitte angeben _____
E	Übergabe an den internen Sozialdienst wegen: _____

Die Seite elf der Dokumentation ist für handschriftliche Notizen frei gelassen.

4.6 Statistische Auswertung

Grundlage der Berechnungen waren die Daten des *Babylotse Plus* Screeningbogens und des *Babylotse Plus* Erstgesprächs. Für die statistische Auswertung wurde das Statistikprogramm SPSS Version 21 für Mac genutzt. Alle Ergebnisse wurden auf eine Stelle nach dem Komma gerundet. Lediglich für p- und Phi-Werte, AUC und Youden-Index wurden auf Grund der Beurteilung drei, für die negative Likelihood Ratio zwei Stellen nach dem Komma angegeben.

DESKRIPTIVE ANALYSEN

Zur Deskription wurde zunächst ein Flowchart zum Ein- und Ausschluss in die Studie erstellt. Zudem wurden die Studienteilnehmer (mit Neugeborenen, die alle im Jahr 2013 geboren wurden) den Familien mit Neugeborenen der Charité aus dem Jahr 2012 vergleichend gegenübergestellt. Es wurden Häufigkeitsanalysen der Items des *Babylotse Plus* Screeningbogens durchgeführt.

PRIMÄRE ENDPUNKTE

Für die primäre Zielsetzung der Arbeit (Untersuchung der diagnostischen Genauigkeit) wurden Sensitivität und Spezifität, die positive und negative Likelihood Ratio, der Youden-Index, die Grenzwertoptimierungs-Kurve (Receiver Operating Characteristic, ROC) mit der „Fläche unter der Kurve“ (area under curve, AUC) und die diagnostische Odds Ratio (OR) für das dichotome Screening-Ergebnis (unauffällig / auffällig) ermittelt. Als Basis wurde eine Vierfeldertafel des dichotomen Screening-Ergebnisses (auffällig / unauffällig) und des dichotomen Referenzstandard-Ergebnisses (Unterstützungsbedarf / kein Unterstützungsbedarf) erstellt.

Die Sensitivität ist definiert als der Anteil der im *Babylotse Plus* Screeningbogen richtig positiv getesteten Familien an allen Familien mit Unterstützungsbedarf. Die Spezifität ist der Anteil der richtig negativ getesteten Familien an allen Familien, die keinen Unterstützungsbedarf haben. Der Youden-Index ist definiert als Sensitivität plus Spezifität - 1, er kann daher Werte von -1 bis +1 annehmen. Ein guter diagnostischer Test sollte einen positiven Youden-Index haben.

Die positive Likelihood Ratio ist der Quotient aus Sensitivität und 1 - Spezifität. Er gibt an, wie viel Mal wahrscheinlicher ein positiver Test bei Familien mit Unterstützungsbedarf ist im Vergleich zu Familien ohne Unterstützungsbedarf (Tests mit positiver Likelihood Ratio > 3 werden als gut eingeschätzt, > 10 als hervorragend).

Die negative Likelihood Ratio ist der Quotient aus 1-Sensitivität und Spezifität. Er gibt an, wie viel Mal wahrscheinlicher ein negativer Test bei Familien mit Unterstützungsbedarf ist im

Vergleich zu Familien ohne Unterstützungsbedarf (Tests mit negativer Likelihood Ratio $< 0,3$ werden als gut eingeschätzt, $< 0,1$ als hervorragend).

Zur Untersuchung, ob sich die Chance für Familien, nach dem *Babylotse Plus* Erstgespräch als unterstützungsbedürftig eingestuft zu werden, pro Score-Punktwert erhöht, wurde die logistische Regression verwendet.

Auf die Berechnung des negativen und positiven prädiktiven Werts (NPW, PPW) wurde verzichtet, da die Werte auf Grund der unklaren Prävalenz in der Quellpopulation keine Aussagekraft hätten.

SEKUNDÄRE ENDPUNKTE

Für die sekundäre Zielsetzung (Untersuchung der Items des *Babylotse Plus* Screeningbogens in Bezug auf ihre Relevanz für das Vorliegen von Unterstützungsbedarf im *Babylotse Plus* Erstgespräch) wurden mittels logistischer Regression die Odds Ratios (OR) und korrespondierende 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) für die Chance des Auftretens von Unterstützungsbedarf im Referenzstandard ermittelt. Die logistische Regression wurde univariabel durchgeführt. Alle Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Ein p-Wert $< 0,05$ wurde als statistisch signifikant betrachtet.

Um zu untersuchen, ob ein im *Babylotse Plus* Screeningbogen angegebener Risikoindikator auch tatsächlich dem Vorhandensein dieses Risikoindikators entsprach, wurden für die einzelnen Items des *Babylotse Plus* Screeningbogens äquivalente Items in der Dokumentation des *Babylotse Plus* Erstgesprächs ermittelt (Tabelle 3). Auch für diese Items des *Babylotse Plus* Erstgesprächs wurden die ORs für das Auftreten von Unterstützungsbedarf berechnet. Des Weiteren wurde der Phi-Koeffizient als Maß des Zusammenhangs (also hier die Übereinstimmung) der äquivalenten Angaben aus dem *Babylotse Plus* Screeningbogen und dem *Babylotse Plus* Erstgespräch berechnet. Dieses Assoziationsmaß ist geeignet für zwei wie hier zu analysierende dichotome Variablen.

Diese Arbeit folgt der STARD-Checkliste zum Berichten von Studien zur diagnostischen Genauigkeit⁷⁷.

Tabelle 3: Items (Risikoindikatoren) des *Babylotse Plus* Screeningbogens und äquivalente Items des *Babylotse Plus* Erstgesprächs

Risikoindikator <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogen [Scorepunkte]	Äquivalent <i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch (Angaben beziehen sich auf die Mutter) [fehlende Angaben]
Geburtsgewicht < dritte Perzentile [1]	-
Mehrlinge [2]	das Kind war ein Zwilling [9]
Frühgeburt / kindliche Komplikationen [2]	das Kind war ein Frühgeborenes [9]
Mutter < 21 Jahren [1]	Alter der Mutter < 21 Jahren [4]
zwei oder mehr Kinder < fünf Jahren [2]	mindestens ein weiteres Kind der Familie ist unter fünf Jahren [112]
> vier Kinder [1]	Kind hat mehr als drei Geschwister [5]
erste Schwangerschaftsvorsorge nach 20. Schwangerschaftswoche [1]	-
< fünf Vorsorgeuntersuchungen [1]	-
Rauchen in der Schwangerschaft [1]	Rauchen während der Schwangerschaft zu Beginn, gelegentlich oder täglich [11]
Alkohol in der Schwangerschaft [3]	Alkohol während der Schwangerschaft zu Beginn, gelegentlich oder täglich [17]
Hinweise auf weitere Suchtprobleme [4]	Konsum anderer Drogen während der Schwangerschaft zu Beginn, gelegentlich oder täglich [16]
psychiatrische Erkrankung [3]	gesundheitliches Problem: psychisch [unklar]
Erkrankung / Behinderung, welche die Versorgung des Kindes erschwert [3]	gesundheitliches Problem: körperlich [unklar]
besondere psychische Belastungen [je 3]	-
ungewollte / verdrängte Schwangerschaft	-
kranke / behinderte Familienmitglieder	Besonderheiten bei Geschwistern: Ja [90]
Probleme in der Partnerschaft	Elternbeziehung instabil oder alleinerziehend [5]
Probleme bei der Alltagsbewältigung	-
Hinweise auf Gewalt [4]	Anzeichen für Gewalt in der Familie [14]
besondere soziale oder wirtschaftliche Belastung [je 3]	-
Integrationsproblem	-
wirtschaftliches Problem	-
Anbindung an unterstützende Institutionen etc. [3]	Anbindung an unterstützende Institutionen aktuell oder früher [13]
Migrationshintergrund [1]	keine deutsche Staatsangehörigkeit oder anderes Geburtsland als Deutschland [2]
keine Verständigung auf Deutsch möglich [1]	Zuhause gesprochene Sprache ist nicht Deutsch [6]
Hinweise von Mitarbeitern [3]	Gespräch erwünscht auf Grund von Hinweisen der Mitarbeiter [24]

Eine OR für das mütterliche Alter unter 18 Jahren wurde nicht berechnet, da es ein Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme war. Für das Geburtsgewicht unterhalb der dritten Perzentile konnte aus dem *Babylotse Plus* Erstgespräch kein Äquivalent berechnet werden, weil dazu nötige Angaben nicht vorhanden waren. Zu Anzahl und Zeitpunkt der Schwangerschaftsvorsorgen konnte aus dem *Babylotse Plus* Erstgespräch ebenso kein äquivalentes Item ermittelt werden, da dazu keine Angaben vorhanden waren, auch nicht zu einigen psychischen Belastungen (allgemein, Probleme bei der Alltagsbewältigung, ungewollte / verdrängte Schwangerschaft). Für besondere und soziale Belastungen konnten keine einzelnen Äquivalente identifiziert werden, da sich diese Bereiche in eine Vielzahl von Angaben aufschlüsselten (Einkommen, Wohnungsgröße, Anzahl der Personen in der Wohnung, Wohnsituation akzeptabel, Unterstützung durch Freunde und Familie etc.) (s. Abschnitt 4.5.4). Des Weiteren wurden für die Untersuchung des Einflusses potentiell relevanter Items des *Babylotse Plus* Erstgesprächs, deren Aufnahme als Item des *Babylotse Plus* Screeningbogens nicht möglich war, die OR und korrespondierende 95 %-KI für die Chance des Auftretens von Unterstützungsbedarf im Referenzstandard ermittelt.

Beobachtungen mit fehlenden Werten wurden bei allen Analysen ausgeschlossen (complete case analysis).

5 Ergebnisse

5.1 Implementation des Screening-Verfahrens

Im Beobachtungszeitraum vom 01.01.2013 bis 31.08.2013 wurden 2.344 (82,2 %) von insgesamt 2.850 Geburten (CVK 2052, CCM 798) durch den *Babylotse Plus* Screeningbogen erfasst. Bei 1.116 Familien (47,6 %) wurde mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen ein Unterstützungsbedarf (Score ≥ 3) vermutet. Für die Mehrzahl dieser Familien lag jedoch mindestens ein Ausschlussgrund vor, sodass nur 215 Familien in die vorliegende Arbeit eingeschlossen werden konnten (Abbildung 4).

Von den 1.228 Familien mit unauffälligem *Babylotse Plus* Screening-Ergebnis (Score < 3) wurden 64 (63 aus der CVK-, 1 aus der CCM-Geburtsklinik) zufällig ausgewählt und wie die Familien mit auffälligem Score in einem intensiven standardisierten *Babylotse Plus* Erstgespräch umfassend zu ihrer psychosozialen Situation befragt (Abbildung 4). Es waren nicht genügend Ressourcen vorhanden, dieses ausführliche Erstgespräch mit allen Familien, die im Screening unauffällig waren, zu führen.

Die Merkmale der 279 Studienteilnehmer wurden mit allen Geburten der Perinatalstatistik an der *Charité* aus dem Vorjahr (2012) verglichen (vgl. Tabelle 4). Die Daten aller mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erfassten Familien standen nicht detailliert zur Verfügung. Daher war ein Vergleich nicht abschließend möglich, um z.B. einen eventuellen Selektionsbias zu beurteilen. In der Mehrzahl der untersuchten Charakteristika ähnelten sich die Daten der Studiengruppe und der Geburtenkohorte 2012 (mütterliches Alter bei der Geburt des Kindes, 5-Min.-APGAR-Score zum Vitalstatus kurz nach der Geburt, Häufigkeit der ersten Vorsorgeuntersuchung nach der 20. Schwangerschaftswoche (SSW), Geburtsgewicht des Kindes, Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen). Leichte Unterschiede gab es beim Geschlecht der Kinder, der Häufigkeit von Mehrlingen und dem Herkunftsland bzw. der Staatsangehörigkeit / dem Geburtsland. Alleinerziehende Frauen gab es in der Studienpopulation deutlich seltener als alleinstehende Frauen in der Geburtenkohorte aus dem Jahr 2012. In der Geburtenkohorte gaben deutlich weniger Frauen an zu rauchen als in der Studienpopulation.

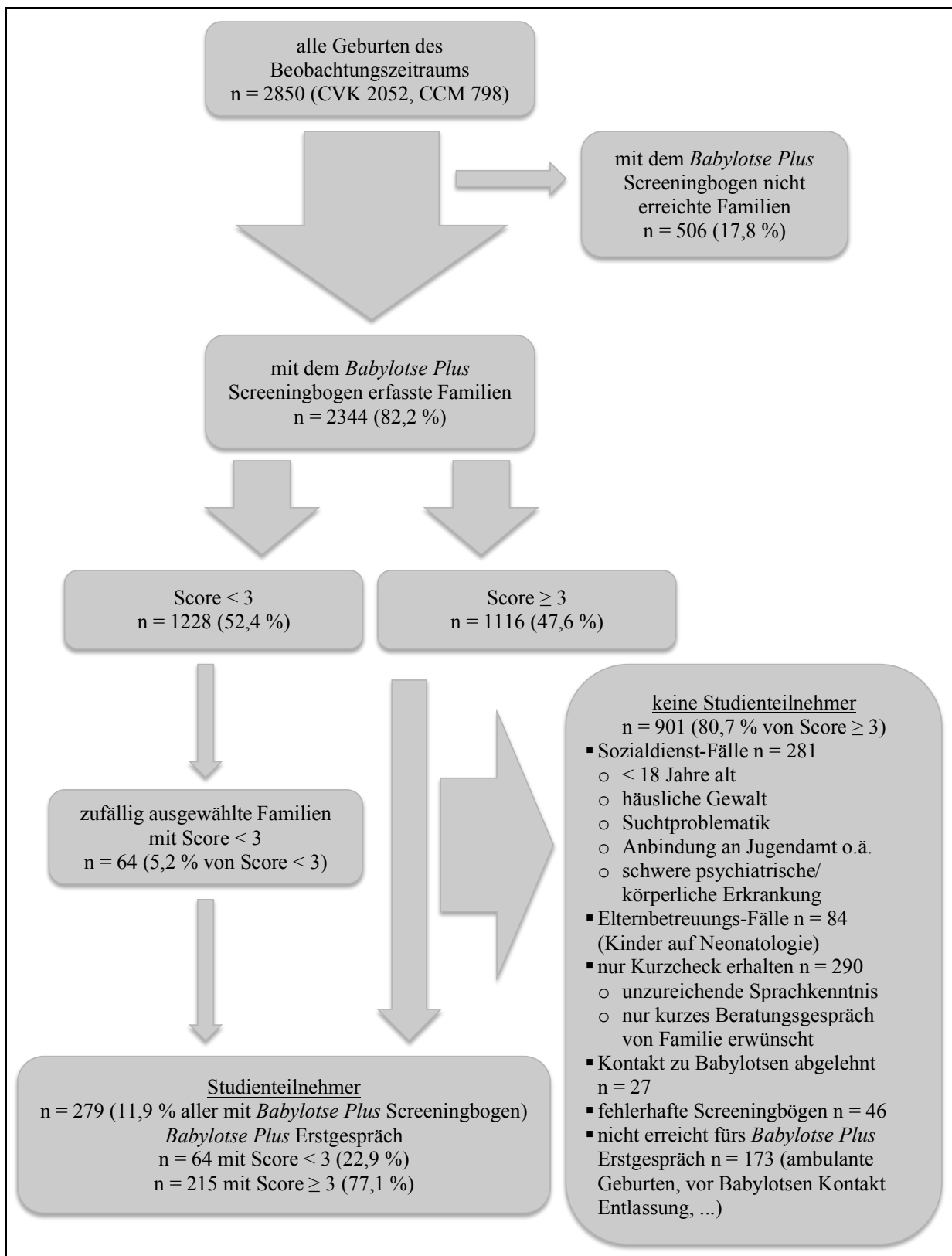


Abbildung 4: Flowchart zu Ein- und Ausschlusskriterien der Auswahl der *Babylotse Plus* Studienteilnehmer

Tabelle 4: Vergleich der *Babyotse Plus* Studienteilnehmer (n = 279 *) mit der Grundgesamtheit des Geburtenjahrgangs 2012 der *Charité* (n = 4875 Kinder, n = 4680 Mütter) (k.A. = keine Angaben) MW = Mittelwert, M = Median, Q₂₅₋₇₅ = 25. - 75. Quartil, m = männlich, w = weiblich, *Mehrfachnennung möglich

Charakteristika	Geburten 2012		<i>Babyotse Plus</i>			
	gesamt	k.A. [%]	gesamt n = 279	Score ≥ 3 n = 215	Score < 3 n = 64	k.A. [%]
Alter [Jahre]	MW 30,7 M 31 Q ₂₅₋₇₅ 26 - 35	0,0	MW 29,4 M 29 Q ₂₅₋₇₅ 24 - 35	MW 28,7 M 28 Q ₂₅₋₇₅ 23 - 34	MW 31,7 M 31 Q ₂₅₋₇₅ 26 - 37	1,4
Mehrlinge [%]	4,0	0,0	9,0	10,7	3,1	0,0
Herkunftsland der Mutter [%]						
Herkunftsland Deutschland	57,3	0,0				
Staatsangehörigkeit Deutsch			64,5	62,3	75,0	0,0
Geburtsland Deutschland			60,4	59,0	65,1	1,1
Partnerschaft [%] alleinstehend / alleinerziehend	45,1	3,3	15,1	17,4	7,8	2,9
Erwerbstätigkeit [%]						
berufstätig	45,1	4,6				
arbeitslos /nicht erwerbstätig			54,3	65,9	15,6	0,4
Mutterschutz / Elternzeit			34,9	29,4	53,1	0,4
Voll- / Teilzeit / in Ausbildung			15,8	8,4	40,6	0,4
Rauchen in der Schwangerschaft [%]	3,0	0,0	36,8	35,8	3,1	3,9
erste Vorsorgeuntersuchung nach der 20. SSW [%]	4,2	12,3	5,9	7,7	0,0	3,2
Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen [absolute Zahlen]	MW 10,7 M 11 Q ₂₅₋₇₅ 9 - 13	16,4	MW 8,9 M 9 Q ₂₅₋₇₅ 6 - 11	MW 8,8 M 9 Q ₂₅₋₇₅ 6 - 11	MW 10 M 9 Q ₂₅₋₇₅ 9 - 10	87,1
Geschlechterverteilung der Kinder (bei Mehrlingen in der Studie Kind 1)	47,6 w 52,4 m	0,0	53,5 w 46,5 m	54,0 w 46,0 m	51,6 w 48,4 m	1,4
5-Min-APGAR-Score [Wert absolut]	MW 9,5 M 10 Q ₂₅₋₇₅ 9 - 10	0,7	MW 9,4 M 10 Q ₂₅₋₇₅ 10 - 10	MW 9,5 M 10 Q ₂₅₋₇₅ 9 - 10	MW 9,2 M 9 Q ₂₅₋₇₅ 9 - 10	3,9
Geburtsgewicht [g] (bei Mehrlingen in der Studie Gewicht Kind 1)	MW 3139,6 M 3270 Q ₂₅₋₇₅ 2830 - 3610	0,0	MW 3164,5 M 3220 Q ₂₅₋₇₅ 2750 - 3638	MW 3131,8 M 3128 Q ₂₅₋₇₅ 2700 - 3608	MW 3274,8 M 3320 Q ₂₅₋₇₅ 2950 - 3660	1,4

*Die Daten der *Babyotse Plus* Screeningbogen-Items beinhalten die n = 279 Studienteilnehmer. Für die insgesamt n = 2344 mit dem Screening erfassten Familien lagen die Daten nicht für die Auswertung vor.

5.2 Primäre Fragestellung: Untersuchung der diagnostischen Genauigkeit

215 Familien (77,1 %) hatten einen Score ≥ 3 und galten damit im *Babylotse Plus* Screening als auffällig. Bei 87 dieser Familien (40,4 %) sahen auch die Babylotsen einen weitergehenden Unterstützungsbedarf. Nur bei einer der 64 zunächst als unauffällig bewerteten Familien sahen die Babylotsen nach dem *Babylotse Plus* Erstgespräch (1,6 %) einen Unterstützungsbedarf. Zur Beurteilung der diagnostischen Genauigkeit wurde eine Vierfeldertafel mit den dichotomen Ergebnissen des *Babylotse Plus* Screeningbogens (auffällig/unauffällig) und denen des *Babylotse Plus* Erstgesprächs (Unterstützungsbedarf / kein Unterstützungsbedarf) erstellt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Vierfeldertafel zum Vergleich der Ergebnisse aus dem *Babylotse Plus* Screeningbogen mit dem *Babylotse Plus* Erstgespräch

<i>Babylotse Plus</i> Screeningbogen	<i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch (Referenzstandard)		Gesamt
	Unterstützungsbedarf	kein Unterstützungsbedarf	
Unterstützungsbedarf	87	128	215
kein Unterstützungsbedarf	1	63	64
Gesamt	88	191	279

Tabelle 6: Übersicht der Test-Kriterien für das Testinstrument *Babylotse Plus* Screeningbogen im Vergleich zum Referenzstandard, dem ausführlichen *Babylotse Plus* Erstgespräch (95 %-KI = 95 %- Konfidenzintervall)

Sensitivität	Spezifität	Youden Index	Positive Likelihood Ratio	Negative Likelihood Ratio	Diagnostische Odds Ratio	Area under curve für Score 0-22	Area under curve für auffällig vs. unauffällig
98,9 %	33,0 %	0,32	1,5	0,03	42,8	0,76	0,66
95 %-KI 93,4- 99,9	95 %-KI 30,5-33,5	95 %-KI 0,24-0,33	95 %-KI 1,3 -1,5	95 %-KI 0,00-0,22	95 %-KI 5,8 - 314,6	95 %-KI 0,72-0,82	95 %-KI 0,60-0,72

Für den *Babylotse Plus* Screeningbogen ergab sich eine hohe Sensitivität von 98,9 % (richtig Positive), jedoch nur eine geringe Spezifität von 33,0 % (richtig Negative). Es gelang sehr zuverlässig, unterstützungsbedürftige Familien als solche zu detektieren, jedoch wurden die nicht unterstützungsbedürftigen nicht sicher als solche erkannt (Tabelle 6).

Der Youden-Index war 0,32 (Tabelle 6). Da er die niedrige Spezifität beinhaltet, fiel dieser Wert schwach aus. Eine genaue Trennung zwischen Familien mit und ohne Unterstützungsbedarf, ohne falsch positive und falsch negative Resultate, gelang mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen nur bedingt (optimal gelänge dies bei einem Index von 1)⁷⁸.

Die positive Likelihood Ratio des Screeningbogens fällt mit 1,5 gering aus: Unterstützungsbedürftige Familien hatten nur mit einer 1,5-fach höheren Wahrscheinlichkeit ein positives Testergebnis als Familien, die keinen Unterstützungsbedarf hatten (Tabelle 6). Trotz positivem Testergebnis konnte in vielen Fällen im ausführlichen *Babylotse Plus* Erstgespräch kein Unterstützungsbedarf festgestellt werden.

Die negative Likelihood Ratio des Screeningbogens war hingegen mit 0,03 sehr niedrig und damit exzellent (Tabelle 6). Sie zeigte, dass einem negativen Testergebnis eine große diagnostische Bedeutung beigemessen werden konnte⁷⁹. Wenn der *Babylotse Plus* Screeningbogen Familien als nicht unterstützungsbedürftig identifizierte, hatten sie mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich keinen Unterstützungsbedarf.

Die diagnostische OR des *Babylotse Plus* Screeningbogens (auffällig / unauffällig) betrug 42,8 (95 %-KI 5,8 - 314,6) (Tabelle 6). Damit lag die OR, also die Chance, bei einem auffälligen Screening-Ergebnis tatsächlich unterstützungsbedürftig zu sein, sehr hoch, jedoch zeigte sich am breiten Konfidenzintervall die geringe Präzision des Effektschätzers.

In Abbildung 5 sind die ROC-Kurven für das *Babylotse Plus* Screeningbogen-Ergebnis auffällig / unauffällig sowie die genauen Score-Werte null bis 22 dargestellt. Der Unterstützungsbedarf war bei der Berechnung der positive Ist-Zustand. Daraus ergaben sich $AUC_{\text{Score (0-22)}}$ 0,76 und $AUC_{\text{Screening (auffällig/unauffällig)}}$ 0,66. Am relativ nahen Verlauf der Kurven an der Bezugslinie ist zu sehen, dass das Screening-Instrument im mittleren Gütebereich lag (begründet durch die relativ hohe Zahl falsch positiver Ergebnisse).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein auffälliger Score im *Babylotse Plus* Screeningbogen nicht zwangsläufig mit einem tatsächlichen Unterstützungsbedarf einherging; ein unauffälliges Screening-Ergebnis jedoch bedeutete, dass die Familien ziemlich sicher keinen Unterstützungsbedarf hatten.

Der Score des *Babylotse Plus* Screeningbogens hatte bei den 215 auffälligen Studienteilnehmern ein Minimum von 3 und ein Maximum von 22. Der Mittelwert war 6,1; der Median war 5.

Die Score-Werte für die 64 unauffälligen Familien verteilten sich wie folgt: Minimum 0; Maximum 2; Mittelwert 0,8 und Median 1. Die Verteilung ist in Abbildung 6 dargestellt.

Die Berechnung der logistischen Regression ergab, dass die Chance für Familien nach dem *Babylotse Plus* Erstgespräch als unterstützungsbedürftig eingestuft zu werden, pro Score-Punktwert um den Faktor 1,3 (95 %-KI: 1,2 - 1,3) stieg.

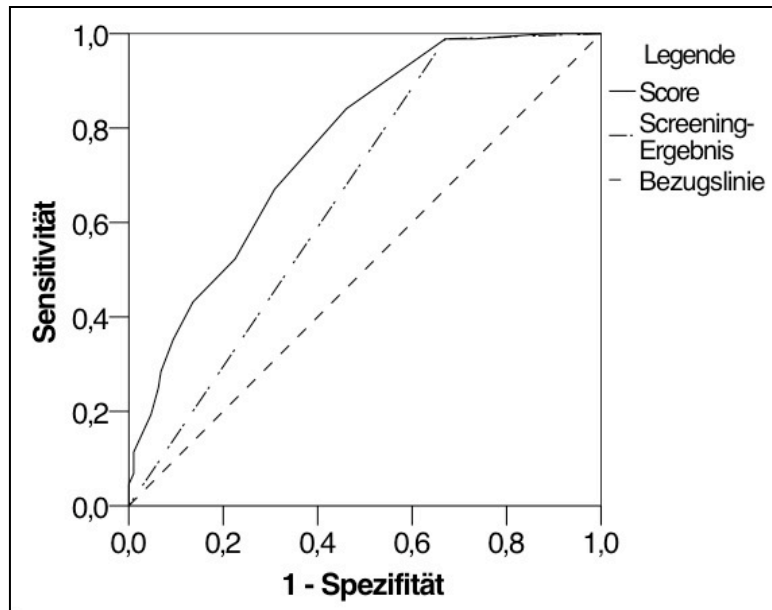


Abbildung 5: ROC-Kurve für den *Babylotse Plus* Screeningbogen als Testinstrument für Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen*, Referenzstandard ist das standardisierte *Babylotse Plus* Erstgespräch
 Screening-Score-Werte von 0 (kein Risiko) – 22 (höchstes Risiko);
 Screening-Ergebnis: „auffällig“ (Score ≥ 3) / „unauffällig“ (Score < 3)

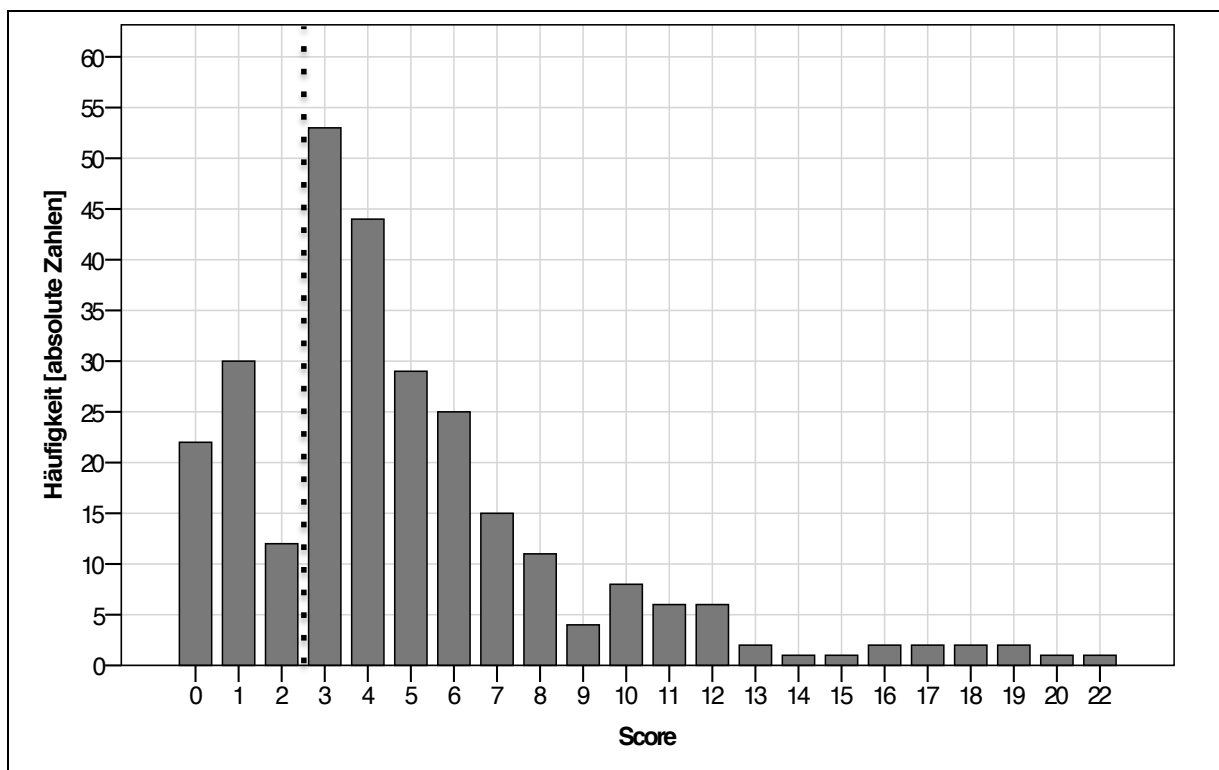


Abbildung 6: Score-Verteilung des *Babylotse Plus* Screeningbogens aller Studienteilnehmer (n = 279)
 Score < 3 entspricht einem „unauffälligen“, ≥ 3 einem „auffälligen“ *Babylotse Plus* Screeningbogen-Ergebnis

5.3 Sekundäre Fragestellungen

5.3.1 Relevanz einzelner Items als Risikoindikatoren für Unterstützungsbedarf

In Tabelle 7 sind die Häufigkeiten der mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erfassten möglichen Risikoindikatoren dargestellt.

Bei den Familien, bei denen die Babylotsen nach dem *Babylotse Plus* Erstgespräch einen weiteren Unterstützungsbedarf sahen, waren die nachfolgend genannten potenziellen Risikoindikatoren häufiger als bei Familien, welche die Babylotsen nicht als unterstützungsbedürftig einschätzten:

- Geburtsgewicht unter der dritten Perzentile
- Mehrlinge, Frühgeburt oder Komplikation
- Alter unter 21 Jahren
- Rauchen in der Schwangerschaft
- Alkohol in der Schwangerschaft
- Hinweise auf Suchtprobleme
- psychiatrische Erkrankung
- die Kindesversorgung erschwerende Erkrankung / Behinderung
- ungewollte oder verdrängte Schwangerschaft
- behinderte oder kranke Familienmitglieder
- Probleme in der Partnerschaft
- Probleme bei der Alltagsbewältigung
- Hinweise auf Gewalt
- Integrationsprobleme
- wirtschaftliche Probleme
- Anbindung an Jugendamt oder Ähnliches
- Hinweise von Mitarbeitern.

Bei den nach dem *Babylotse Plus* Erstgespräch als nicht weiter unterstützungsbedürftig eingeschätzten Familien waren hingegen diese Faktoren häufiger:

- mehr als vier Kinder
- mindestens zwei Kinder unter fünf Jahren
- später Vorsorgebeginn nach der 20. Schwangerschaftswoche
- weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen
- sonstige soziale Belastungen
- Migrationshintergrund
- keine Deutschkenntnisse.

Tabelle 7: Items mit Antwort „Ja“ des *Babylotse Plus* Screeningbogens und des *Babylotse Plus* Erstgesprächs dargestellt als absolute Häufigkeiten und Prozent (in Reihenfolge der Erfassung)

Risikoindikator <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogen	keine Angaben n/279 (%)	Gesamt n/279 (%)	Score ≥ 3 n/215 (%)	Score < 3 n/64 (%)	<i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch: auffällig n/88 (%)	<i>Babylotse Plus</i> Erstgespräch: unauffällig n/191 (%)
Geburtsgewicht < 3. Perzentile	42 (15,1)	15 (6,3)	13 (7,1)	2 (3,7)	9 (11,7)	6 (3,8)
Mehrlinge	36 (12,9)	26 (10,7)	26 (14,7)	0 (0,0)	11 (14,5)	15 (9,0)
Frühgeburt / Komplikation	41 (14,7)	33 (13,9)	28 (15,2)	5 (9,3)	16 (21,1)	17 (10,5)
Alter < 21Jahre	9 (3,2)	31 (11,5)	31 (15,0)	0 (0,0)	17 (20,2)	14 (7,5)
> vier Kinder	9 (3,2)	21 (7,8)	21 (10,1)	0 (0,0)	6 (7,1)	15 (8,1)
\geq zwei Kinder unter fünf Jahren	3 (1,1)	68 (24,0)	58 (27,4)	10 (15,6)	16 (18,2)	52 (27,7)
Vorsorgestart nach 20. SSW	9 (3,2)	16 (5,9)	16 (7,7)	0 (0,0)	4 (4,7)	12 (6,5)
< 5 Vorsorgen	243 (87,1)	3 (8,3)	3 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,3)
Rauchen in der Schwangerschaft	4 (1,4)	64 (23,3)	63 (29,7)	1 (1,6)	25 (29,1)	39 (20,6)
Alkohol in der Schwangerschaft	5 (1,8)	3 (1,1)	3 (1,4)	0 (0,0)	2 (2,4)	1 (0,5)
Suchtprobleme	3 (1,1)	2 (0,7)	2 (1,0)	0 (0,0)	2 (2,4)	0 (0,0)
psychiatrische Erkrankung	9 (3,2)	14 (5,2)	14 (6,8)	0 (0,0)	8 (9,8)	6 (3,2)
Erkrankung / Behinderung, die Kindesversorgung erschwerend	15 (5,4)	9 (3,4)	9 (4,5)	0 (0,0)	4 (4,9)	5 (2,7)
ungewollte / verdrängte Schwangerschaft	23 (8,2)	9 (3,5)	9 (4,7)	0 (0,0)	5 (6,7)	4 (2,2)
behinderte / kranke Familienmitglieder	21 (7,5)	15 (5,8)	15 (7,7)	0 (0,0)	7 (9,3)	8 (4,4)
Probleme in der Partnerschaft	23 (8,2)	17 (6,6)	17 (9,8)	0 (0,0)	13 (17,3)	4 (2,2)
Probleme bei All- tagsbewältigung	22 (7,9)	27 (10,5)	27 (13,9)	0 (0,0)	15 (19,5)	12 (6,7)
Hinweise auf Gewalt	28 (10,0)	5 (2,0)	5 (2,7)	0 (0,0)	2 (2,6)	3 (1,7)
Integrations- probleme	20 (7,2)	21 (8,1)	21 (10,8)	0 (0,0)	8 (10,3)	13 (7,2)
wirtschaftliche Probleme	18 (6,5)	44 (16,9)	44 (22,3)	0 (0,0)	24 (30,0)	20 (11,0)
sonstige soziale Belastungen	0 (0,0)	15 (5,4)	15 (7,0)	0 (0,0)	4 (4,5)	10 (5,2)
Anbindung an Jugendamt etc.	35 (12,5)	14 (5,7)	14 (7,7)	0 (0,0)	5 (7,5)	9 (5,1)
Migrations- hintergrund	7 (2,5)	153 (56,3)	126 (60,0)	27 (43,5)	46 (54,8)	107 (56,9)
keine Deutschkenntnisse	11 (3,9)	17 (6,4)	12 (5,7)	5 (8,5)	5 (5,8)	12 (6,6)
Hinweise von Mitarbeitern	123 (44,1)	55 (35,3)	52 (39,4)	3 (12,5)	30 (51,7)	25 (25,5)
<i>Hinweise von Mitarbeitern auf alle 279 Studienteilnehmer bezogen (inkl. fehlende Angaben)</i>		55 (19,7)	52 (24,2)	3 (4,7)	30 (34,1)	25 (13,1)

Für die einzelnen Risikoindikatoren des *Babylotse Plus* Screeningbogens sind die Zusammenhänge mit dem Auftreten von Unterstützungsbedarf nach *Babylotse Plus* Erstgespräch in Abbildung 7 und Tabelle 8 dargestellt. Für die *Babylotse Plus* Screeningbogen-Items Migrationshintergrund, mehr als vier Kinder und spät begonnene Vorsorgeuntersuchungen zeigten sich keine Zusammenhänge mit dem Vorliegen von Unterstützungsbedarf im *Babylotse Plus* Erstgespräch. Waren mindestens zwei Kinder unter fünf Jahren in der Familie, war, statistisch grenzwertig signifikant, kein Unterstützungsbedarf vorhanden. Die Beantwortung der anderen im *Babylotse Plus* Screeningbogen enthaltenen Items mit „Ja“ erhöhte die Chance für die Feststellung eines Unterstützungsbedarfs im *Babylotse Plus* Erstgespräch. Dies galt sehr deutlich und auch statistisch signifikant insbesondere für Partnerschaftsprobleme, Hinweise auf

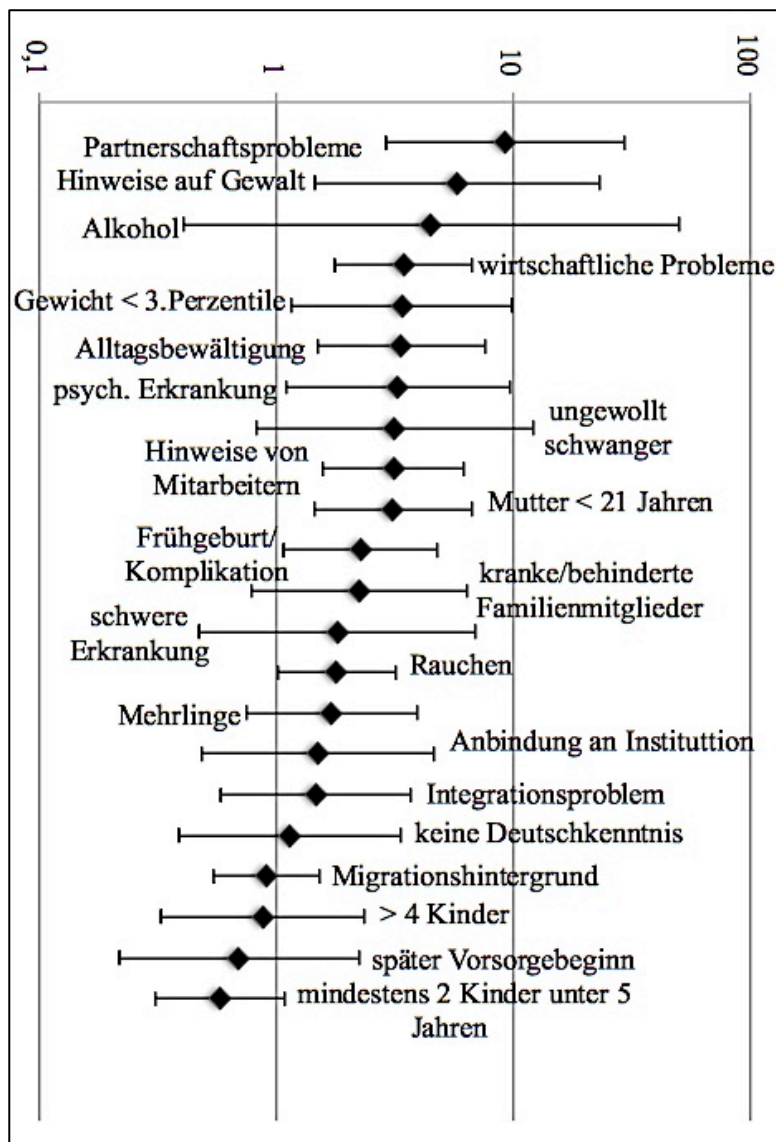


Abbildung 7: Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervalle von Risikoindikatoren (Items) des *Babylotse Plus* Screeningbogens für Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch

Gewalt, wirtschaftliche Probleme, niedriges Geburtsgewicht unter der dritten Perzentile, Probleme bei der Alltagsbewältigung, psychiatrische Erkrankung, Hinweise von Krankenhausmitarbeitern, mütterliches Alter unter 21 Jahren, Frühgeburt bzw. kindliche Komplikationen bei der Geburt und Rauchen in der Schwangerschaft (Tabelle 8).

Für die Items Verdacht auf andere Süchte und Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen waren die Assoziationen nicht schätzbar.

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen potenziellen Risikoindikatoren im *Babylotse Plus* Screeningbogen und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch (95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall)

Risikoindikatoren des <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogens	Odds Ratio	95 %-KI	p-Wert
Partnerschaftsprobleme	9,3	2,9 – 29,5	0,001
Hinweise auf Gewalt	5,8	1,5 – 23,1	0,012
Alkohol in der Schwangerschaft	4,5	0,4 – 50,7	0,220
wirtschaftliche Probleme	3,5	1,8 – 6,7	< 0,001
Geburtsgewicht unter der dritten Perzentile	3,4	1,2 – 9,9	0,025
Problem bei der Alltagsbewältigung	3,4	1,5 – 7,6	0,003
psychiatrische Erkrankung	3,3	1,1 – 9,8	0,033
verdrängte / ungewollte Schwangerschaft	3,2	0,8 – 12,1	0,093
Hinweise von Mitarbeitern	3,1	1,6 – 6,2	0,001
mütterliches Alter unter 21 Jahren	3,1	1,5 – 6,7	0,003
Frühgeburt / kindliche Komplikationen	2,3	1,1 – 4,8	0,031
krankte oder behinderte Familienmitglieder	2,3	0,8 – 6,5	0,131
schwere Erkrankung, die Versorgung des Kindes erschwerend	1,8	0,5 – 6,9	0,384
Rauchen in der Schwangerschaft	1,8	1,0 – 3,2	0,044
Mehrlinge	1,7	0,7 – 3,9	0,203
bestehende Anbindung an unterstützende Institutionen oder Betreuer	1,5	0,5 – 4,7	0,479
Integrationsprobleme	1,5	0,6 – 3,7	0,408
keine Kommunikation auf Deutsch möglich	1,1	0,4 – 3,4	0,807
Migrationshintergrund	0,9	0,5 – 1,5	0,741
mehr als vier Kinder	0,9	0,3 – 2,3	0,877
später Beginn der Schwangerschaftsvorsorge nach der 20. SSW	0,7	0,2 – 2,2	0,546
mind. zwei Kinder unter fünf Jahren	0,6	0,3 – 1,1	0,091

Zusätzlich zu den Items des *Babylotse Plus* Screeningbogens wurden auch für deren Äquivalente in der Dokumentation des *Babylotse Plus* Erstgesprächs die Assoziationen mit dem Unterstützungsbedarf geschätzt (Abbildung 8 und Tabelle 9).

Hier fiel auf, dass die sechs Risikoindikatoren bzw. ihre Äquivalente im *Babylotse Plus* Erstgespräch mit der höchsten Chance für das Vorliegen von Unterstützungsbedarf (psychiatrische Erkrankung der Mutter, Hinweis des Personals ist Grund für Kontaktaufnahme, Frühgeburt, Alter der Mutter unter 21 Jahren, Partnerschaftsprobleme und Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft) statistisch signifikant waren (Tabelle 9).

Für die Risikofaktoren „Hinweise auf Gewalt“ (nur ein Fall, bei dem das Ereignis vor der Trennung des Paares stattgefunden hat) und „Drogen in der Schwangerschaft“ waren die Assoziationen mit Unterstützungsbedarf auf Grund kleiner Fallzahlen nicht schätzbar.

Die Phi-Koeffizienten für die gewählten Äquivalenzpaare sind in Tabelle 10 abgebildet. Sie sind das Maß für die Übereinstimmung von Angaben zu Risikoindikatoren des *Babylotse Plus* Screeningbogens und den dazu äquivalenten Angaben in der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation. Die Werte entsprechen einer starken Übereinstimmung für Mehrlinge, Frühgeburt, Alter der Mutter unter 21 Jahren, mehr als vier Kinder, Rauchen in der Schwangerschaft und Migrationshintergrund. Was zu diesen Faktoren mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erhoben wurde, stimmte mit dem, was die Babylotsen im *Babylotse Plus* Erstgespräch dokumentierten, sehr gut überein. Die Ergebnisse waren statistisch signifikant.

Dagegen war der Zusammenhang zwischen den äquivalenten Angaben für Anbindung an unterstützende Institutionen, psychiatrische Erkrankungen, Gespräch auf Grund von Hinweisen der Klinikmitarbeiter, körperliche Erkrankung der Mutter, besondere Belastung durch kranke Geschwister des Neugeborenen und mehr als zwei Kinder unter fünf Jahren zwar auch statistisch signifikant, jedoch nur mittelgradig gut.

Nur schwache Übereinstimmungen bestanden zwischen den jeweiligen Äquivalenzangaben der Risikoindikatoren Alkohol in der Schwangerschaft, Drogen in der Schwangerschaft, Hinweise auf Gewalt und keine Kommunikation auf Deutsch möglich. Bei diesen im *Babylotse Plus* Screeningbogen durch die Klinikmitarbeiter bejahten Risikoindikatoren konnten im ausführlichen *Babylotse Plus* Erstgespräch durch die Babylotsen das Vorliegen dieser Risikoindikatoren nicht bestätigt werden. Dies unterstreichen die Phi-Werte. Familien, bei denen sich ein Alkohol- und Drogenabusus in der Schwangerschaft oder Gewaltprobleme tatsächlich bestätigten oder auch erst herausstellten, wurden an den Sozialdienst übergeben und daher nicht

in die Studie aufgenommen (vgl. Abbildung 4). Familien, mit denen tatsächlich keine Kommunikation auf Deutsch möglich war, wurden ebenfalls ausgeschlossen (vgl. Abbildung 4). Eine schwache Übereinstimmung bestand ebenso für das Item Partnerschaftsprobleme. Zu den Risikoindikatoren lässt sich zusammenfassend sagen, dass besonders die Items Hinweise der Klinikmitarbeiter, Alter der Mutter unter 21 Jahren, Frühgeburtlichkeit, Rauchen in der Schwangerschaft, Partnerschaftsprobleme, Probleme in der Alltagsbewältigung, wirtschaftliche Probleme und psychiatrische Erkrankungen klinisch relevante Risikoindikatoren zu sein scheinen (Abbildung 7, Abbildung 8, Tabelle 8, Tabelle 9, Tabelle 10).

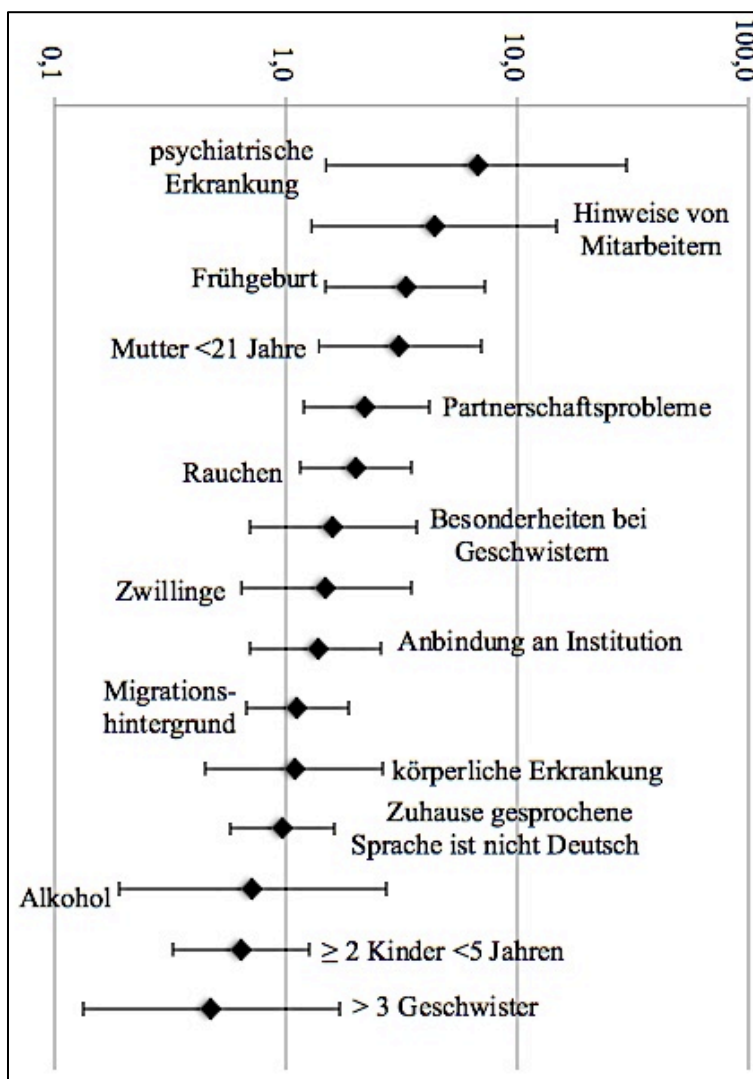


Abbildung 8: Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervalle der Items (potentielle Risikoindikatoren) aus der Dokumentation des *Babyotse Plus* Erstgesprächs zur Darstellung des Risikos eines im *Babyotse Plus* Erstgespräch detektierten Bedarfs an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen*

Tabelle 9: Zusammenhang von Items (potentiellen Risikoindikatoren) der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation, die äquivalent zu den im *Babylotse Plus* Screeningbogen erfassten Risikoindikatoren sind, und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch (95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall)

Äquivalente der <i>Babylotse Plus</i> Erstgesprächsdokumentation zu Risikoindikatoren des <i>Babylotse Plus</i> Screeningbogens	Odds Ratio	95 %-KI	p-Wert
psychiatrische Erkrankungen	6,8	1,5 – 30,2	0,012
Hinweise des Personals sind Grund für die Kontaktaufnahme	4,4	1,3 – 15,0	0,018
Frühgeburt	3,3	1,5 – 7,4	0,003
Mutter ist unter 21 Jahren	3,1	1,4 – 7,0	0,006
Partnerschaftsprobleme	2,2	1,2 – 4,2	0,017
Rauchen in der Schwangerschaft	2,0	1,2 – 3,5	0,013
Besonderheiten bei Geschwistern des Neugeborenen	1,6	0,7 – 3,7	0,257
Kind ist ein Zwilling	1,5	0,6 – 3,5	0,338
aktuell bestehende Anbindung an unterstützende Institutionen	1,4	0,7 – 2,6	0,314
Migrationshintergrund der Mutter	1,1	0,7 – 1,9	0,593
körperliche Erkrankung der Mutter	1,1	0,5 – 2,7	0,843
Zuhause gesprochene Sprache ist nicht Deutsch (Mutter)	1,0	0,6 – 1,6	0,903
Alkohol in der Schwangerschaft	0,7	0,2 – 2,7	0,631
mehr als zwei Kinder unter fünf Jahren	0,6	0,3 – 1,3	0,206
Kind hat mehr als drei Geschwister	0,5	0,1 – 1,7	0,259

Tabelle 10: Phi-Werte als Maß der Übereinstimmung von „Ja“-Antworten bei den Items (Risikoindikatoren) im *Babylotse Plus* Screeningbogen und den dazu äquivalenten Angaben im *Babylotse Plus* Erstgespräch

Äquivalenzpaare	Phi	p-Wert
Mehrlinge	0,954	< 0,001
Frühgeburt	0,707	< 0,001
Alter der Mutter unter 21 Jahren	0,887	< 0,001
mehr als zwei Kinder unter fünf Jahren	0,304	< 0,001
mehr als vier Kinder	0,805	< 0,001
Rauchen in der Schwangerschaft	0,819	< 0,001
Alkohol in der Schwangerschaft	0,148	0,018
Drogen in der Schwangerschaft	0,011	0,858
psychiatrische Erkrankungen	0,494	< 0,001
körperliche Erkrankung der Mutter	0,304	< 0,001
besondere Belastung durch kranke Geschwister des Neugeborenen	0,320	< 0,001
Partnerschaftsprobleme	0,229	< 0,001
Hinweise auf Gewalt	0,014	0,834
Anbindung an unterstützende Institutionen	0,503	< 0,001
Migrationshintergrund	0,689	< 0,001
keine Kommunikation auf Deutsch möglich	0,092	0,138
Gespräch auf Grund von Hinweisen anderer Mitarbeiter	0,385	< 0,001

5.3.2 Nicht im *Babylotse Plus* Screeningbogen enthaltene mögliche Risikoindikatoren des *Babylotse Plus* Erstgesprächs

Für Items aus dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, die nicht im *Babylotse Plus* Screeningbogen enthalten waren, wurden für das Outcome Unterstützungsbedarf („Ja“ / „Nein“) basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch ORs berechnet.

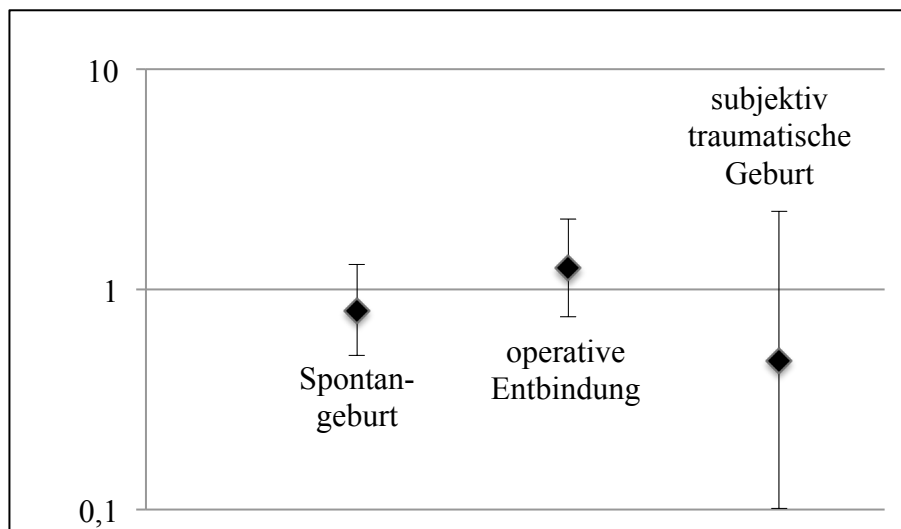


Abbildung 9: Zusammenhang (Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervall) der Entbindungsmodi und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch

Die OR für verschiedene Varianten des Entbindungsmodus (4 fehlende Angaben) sind in Abbildung 9 dargestellt (Spontangeburt $p = 0,392$; operative Entbindung wie vaginal operativ, primäre und sekundäre Sectio $p = 0,392$; Geburt wurde subjektiv als traumatisch empfunden $p = 0,476$). Keines dieser Ergebnisse war statistisch signifikant.

Der Wunsch der Mutter als Grund für die Kontaktaufnahme erhöhte stark und statistisch signifikant die Chance für im *Babylotse Plus* Erstgespräch festgestellten Unterstützungsbedarf $OR = 4,4$ (95 %-KI: 1,3 -15,0; $p = 0,018$; 24 fehlende Angaben). Hatte die Familie weitere Kinder, bestand seltener Unterstützungsbedarf, der Zusammenhang war jedoch statistisch nicht signifikant: $OR = 0,7$ (95 %-KI: 0,4 - 1,2; $p = 0,182$), 5 fehlende Angaben.

Für verschiedene berufliche Faktoren des *Babylotse Plus* Erstgesprächs ergaben sich für den Unterstützungsbedarf die in Abbildung 10 abgebildeten ORs, fehlende Angaben und p-Werte dazu in Tabelle 11. Statistisch signifikant waren davon die Arbeitslosigkeit der Mutter und der fehlende berufliche Abschluss des Vaters. Beide erhöhten die Chance für im *Babylotse Plus* Erstgespräch festgestellten Unterstützungsbedarf.

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen der beruflichen Situation der Eltern und dem Bedarf für Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babytse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio (OR), 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) und p-Werte

Berufliche Situation	OR	95 %-KI	p-Wert	fehlende Angaben
Mutter hat keinen beruflichen Abschluss und ist auch nicht in einer Ausbildung	1,3	0,8 - 2,3	0,271	11
Vater hat keinen beruflichen Abschluss und ist auch nicht in einer Ausbildung	2,2	1,3 – 3,9	0,006	18
Mutter ist arbeitslos	1,9	1,1 – 3,1	0,019	1
Vater ist arbeitslos	1,7	0,9 – 2,9	0,087	35
Mutter ist voll berufstätig	0,2	0,1 - 1,1	0,061	1
Vater ist voll berufstätig	0,7	0,4 – 1,3	0,273	35

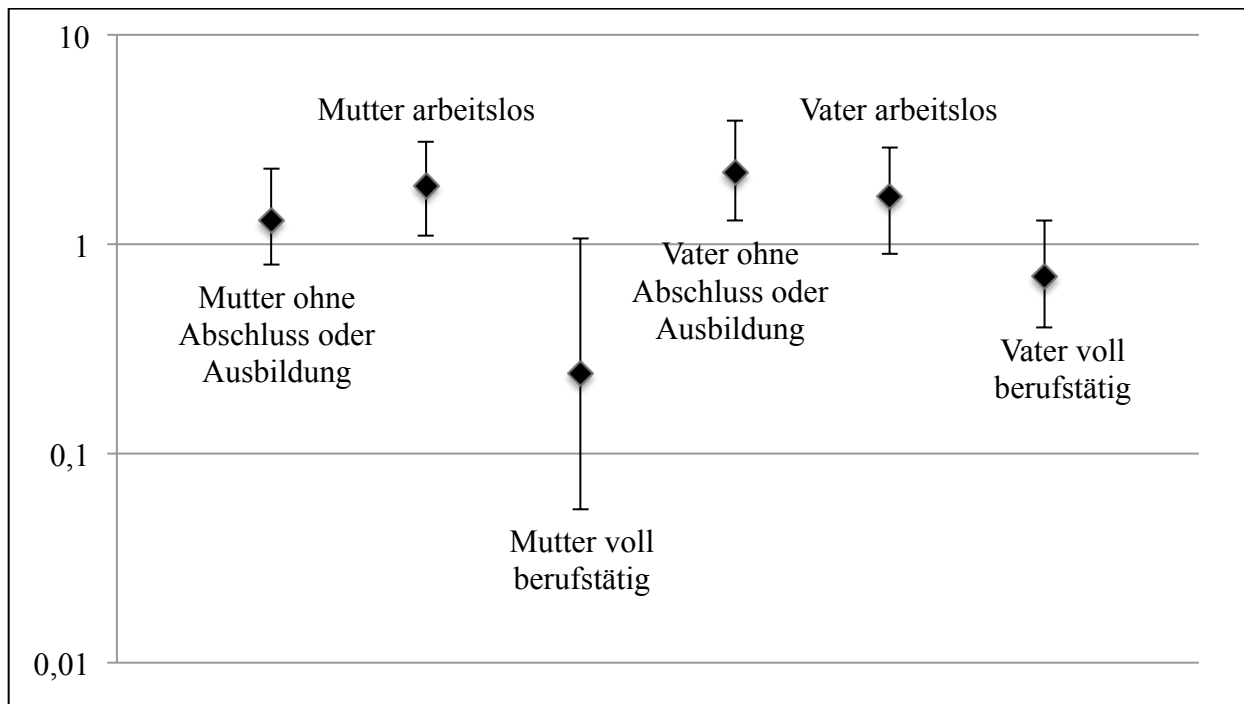


Abbildung 10: Zusammenhang zwischen der beruflichen Situation der Eltern und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babytse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervalle

Zum Bildungsniveau der Mutter lagen weitere Angaben vor (vgl. Tabelle 12). Keines dieser Items war statistisch signifikant. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein niedriges Bildungsniveau und/ oder fehlende Berufstätigkeit der Eltern hinweisende Risikoindikatoren sein können.

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen dem im *Babylotse Plus* Erstgespräch ermittelten Bildungsniveau der Mutter und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf den *Babylotse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio (OR), 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) und p-Werte

Bildungsniveau	OR	95 %-KI	p-Wert
Mutter hat keinen oder maximal einen Haupt- / Volksschulabschluss	1,5	0,9 - 2,4	0,155
Mutter hat mehr als einen Haupt- / Volksschulabschluss (Abitur, Fachhochschule, polytechnische Oberschule, Realschule)	0,7	0,4 - 1,2	0,155

Die spezifischen väterlichen Faktoren des *Babylotse Plus* Erstgesprächs für den Unterstützungsbedarf sind in Abbildung 11 und Tabelle 13 dargestellt.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine harmonische Elternbeziehung, Unterstützung durch den Vater sowie das Ausbleiben von Rauchen väterlicherseits die Chance statistisch signifikant dafür erhöhten, dass kein Unterstützungsbedarf bei den Familien bestand. Die Ergebnisse für Drogenabusus, fehlende väterliche Unterstützung und keinen bestehenden Kontakt zum Vater waren nicht statistisch signifikant.

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen väterlichen Items der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio (OR), 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) und p-Werte

Item	OR	95 %-KI	p-Wert	Fehlende Angaben
der Vater raucht nie während der Schwangerschaft	0,4	0,2 - 0,7	0,010	48
der Vater raucht täglich während der Schwangerschaft	1,7	1,0 - 2,9	0,002	48
der Vater nimmt Drogen	2,2	0,1 - 35,3	0,488	56
der Vater wird nicht angegeben oder ist unbekannt	5,7	1,1 - 29,9	0,036	6
die Elternbeziehung ist instabil	2,6	1,1 - 5,9	0,022	12
es besteht eine gemeinschaftliche Elternschaft	0,4	0,2 - 0,8	0,035	8
väterliche Unterstützung ist vorhanden	0,4	0,2 - 0,8	0,023	4
väterliche Unterstützung ist nicht vorhanden	1,9	0,9 - 4,1	0,091	4
es besteht kein Kontakt zum Vater	3,8	0,9 - 6,2	0,067	4

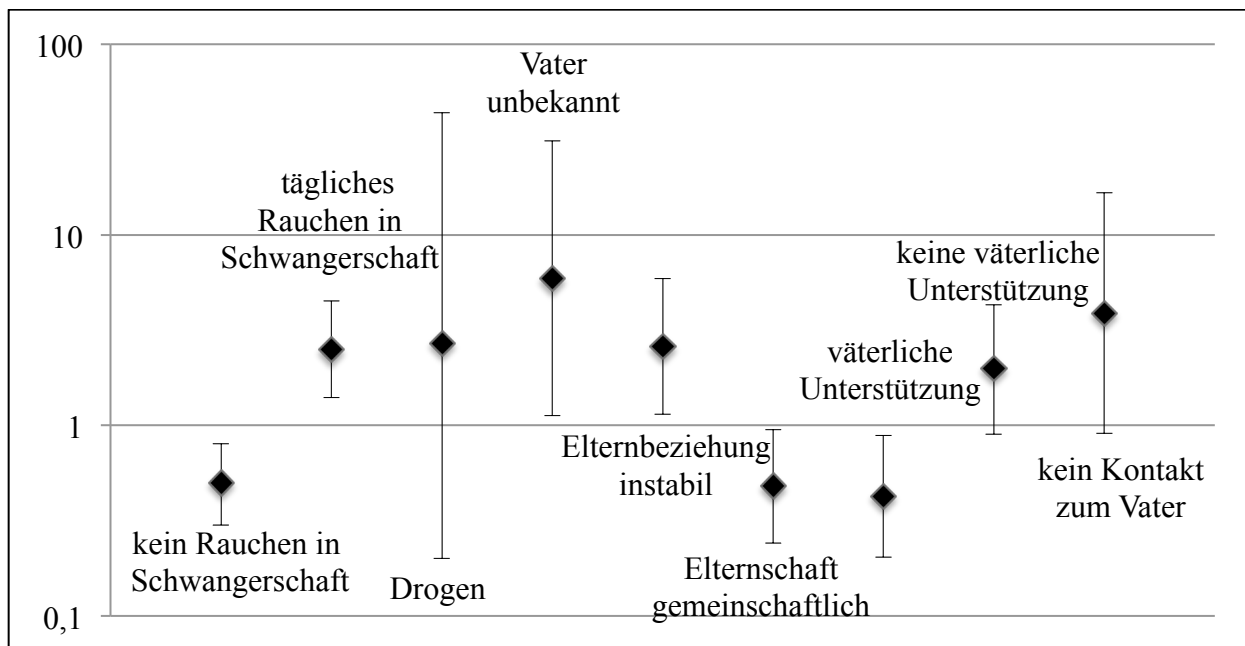


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen väterlichen Faktoren und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervalle

Für Faktoren des *Babylotse Plus* Erstgesprächs, die das Maß an vorhandener sozialer Unterstützung als Ressource widerspiegeln, ergeben sich für den Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen* folgende Assoziationen (s. Abbildung 12 und Tabelle 14):

Tabelle 14: Items der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation als Maß vorhandener sozialer Unterstützung und ihr Zusammenhang mit dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio (OR), 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) und p-Werte

Soziale Unterstützung	OR	95 %KI	p-Wert	Fehlende Angaben
nicht ausreichende Unterstützung oder nicht gewünschte Unterstützung durch die Familie	1,1	0,5 - 2,3	0,738	14
nicht ausreichende oder nicht gewünschte Unterstützung durch Freunde	2,4	1,1 - 5,5	0,033	10
nicht ausreichende oder nicht gewünschte Unterstützung durch Hebammen	1,8;	1,1 - 3,1	0,030	92

Mangelnde Ressourcen sozialer Unterstützung scheinen demnach mit erhöhtem Unterstützungsbedarf assoziiert zu sein, insbesondere fehlende Unterstützung durch Freunde (Tabelle 14, Abbildung 12).

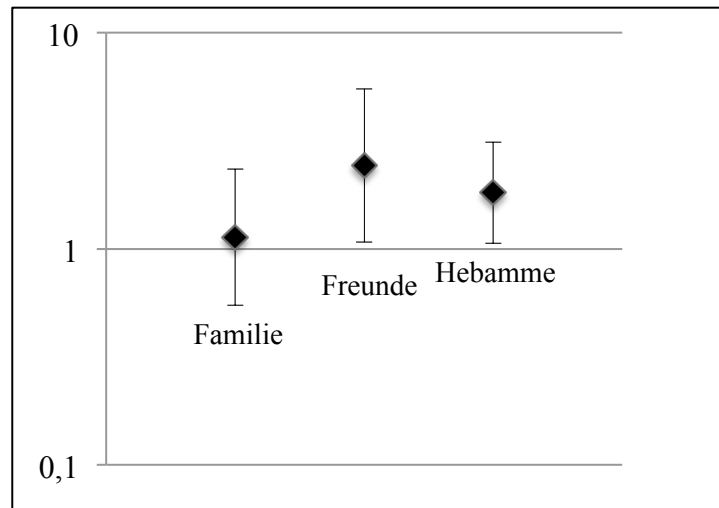


Abbildung 12: Zusammenhang zwischen "mangelnder Unterstützung an ..." und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne Früher Hilfen basierend auf dem *Babytose Plus* Erstgespräch, Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervalle

In der Dokumentation des *Babytose Plus* Erstgesprächs ordneten die Babylotsen die Themen gegebenenfalls durchgeführter Beratungen während des Gesprächs unterschiedlichen finanziellen und rechtlichen Rubriken zu. Für diese Rubriken der Beratungsthemen des *Babytose Plus* Erstgesprächs ergaben sich für den Unterstützungsbedarf folgende ORs (s. Abbildung 13) und p-Werte (Tabelle 15).

Tabelle 15: Beratungsthemen des *Babytose Plus* Erstgesprächs und ihr Zusammenhang mit dem Bedarf an Unterstützung im Sinne Früher Hilfen basierend auf dem *Babytose Plus* Erstgespräch

Beratungsthemen	Odds Ratio	95 %-Konfidenzintervall	p-Wert
Finanzen / Sozialrechtliches	1,5	0,9 - 2,5	0,129
Standesamt / Geburtsurkunde	2,6	1,5 - 4,5	0,001
Vaterschaftsanerkennung	3,7	2,2 - 6,4	< 0,001
Mutterschutz / -schaftsgeld	3,0	1,7 - 5,3	< 0,001
Elterngeld / Elternzeit	2,0	1,2 - 3,4	0,008
Kindergeld / -zuschlag	2,0	1,2 - 3,3	0,008
Wohngeld	1,4	0,5 - 3,4	0,503
Stiftungsgelder	1,7	1,0 - 2,8	0,046
Wohnungsprobleme	1,4	0,8 - 2,4	0,287
Gesundheit und Familie	1,8	1,1 - 3,1	0,029,
Versorgung / Pflege Säugling	2,3	1,4 - 3,9	0,002
Versorgung von weiteren Kindern	1,6	0,9 - 2,9	0,095
Partnerschaftsprobleme	1,7	0,8 - 3,6	0,155
Vormundschaft	2,2	0,1 - 35,3	0,582
Hebammenbetreuung	3,2	1,8 - 5,5	< 0,001
Haushaltshilfe	2,5	1,3 - 4,7	0,006
Krankenversicherung	1,7	0,7 - 3,8	0,219

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Babylotsen-Beratung im *Babylotse Plus* Erstgespräch gezielt zu den Themen Standesamt / Geburtsurkunde, Vaterschaftsanerkennung, Mutterschutz / -schaftsgeld, Kindergeld / Kinderzuschlag, Stiftungsgelder, Versorgung / Pflege des Säuglings sowie Gesundheit und Familie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Unterstützungsbedarf einherging.

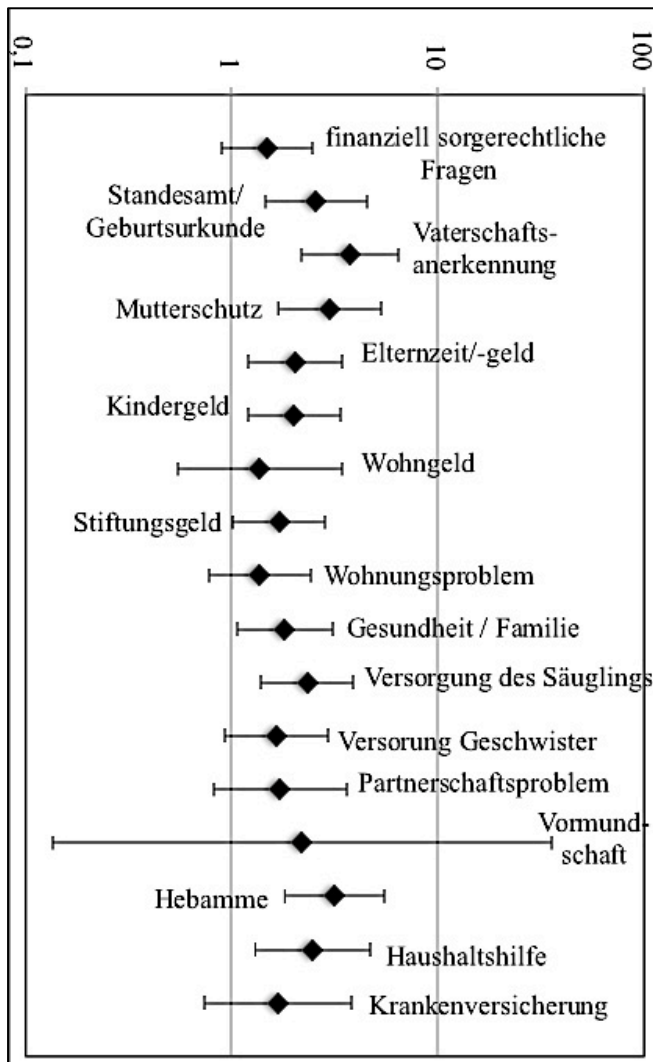


Abbildung 13: Zusammenhang zwischen verschiedenen Themen der Beratung durch die Babylotsen und dem Bedarf an Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, Odds Ratio plus 95 %-Konfidenzintervalle

5.3.3 Daten aus dem *Babylotse Plus* Erstgespräch: Kontakt, Beratung und Überleitung zu Frühen Hilfen

Das *Babylotse Plus* Erstgespräch fand in sechs Fällen vor der Geburt (2,2 %) und in 269 Fällen nach der Geburt statt (97,8 %) (vier Angaben fehlten = 1,4 %). Der Wunsch seitens des ärztlichen / pflegerischen Personals war bei 33 Familien (12,9 %) als Grund der Kontaktaufnahme genannt (dies ging mit auffälligem Screening-Ergebnis einher). Ein Wunsch der Mutter nach einer Kontaktaufnahme zu Babylotsen bestand in zwölf Fällen (4,7 %). Bei 24 Familien (8,6 %) fehlte die Angabe dazu.

Im *Babylotse Plus* Erstgespräch konnte bei Bedarf auch eine Beratung erfolgen. Die Häufigkeit verschiedener Beratungsthemen wurde für alle Studienteilnehmer und abhängig vom Unterstützungsbedarf im *Babylotse Plus* Erstgespräch analysiert (Tabelle 16).

Tabelle 16: Häufigkeiten der Themen durchgeführter Beratungen durch Babylotsen im *Babylotse Plus* Erstgespräch in absoluter und prozentualer Häufigkeit unterteilt nach weiterem festgestelltem Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen* basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch, Mehrfachnennungen waren möglich, Angaben in Reihenfolge der Dokumentation

Beratung zu...	kein Unterstützungsbedarf n = 191 Anzahl (%)	Unterstützungsbedarf n = 88 Anzahl (%)	Studienteilnehmer insgesamt n = 279 Anzahl (%)
Finanzen / Sozialrecht	92 (48,2)	51 (58,0)	143 (51,3)
Standesamt / Geburtsurkunde	106 (55,5)	67 (76,1)	173 (62,0)
Vaterschaftsanerkennung	42 (22,0)	45 (51,1)	87 (31,2)
Mutterschutz / Mutterschaftsgeld	32 (16,0)	33 (37,5)	65 (23,3)
Elterngeld / Elternzeit	91 (47,6)	57 (64,8)	148 (53,0)
Kindergeld / Kinderzuschlag	80 (41,9)	52 (59,1)	132 (47,3)
Wohngeld / Unterstützungsbedarf	13 (6,8)	8 (9,1)	21 (7,5)
Stiftungsgelder	63 (33,0)	40 (45,5)	103 (36,9)
Wohnungsprobleme	45 (23,6)	26 (29,5)	71 (25,4)
Familie / Gesundheit	53 (27,7)	36 (40,9)	89 (31,9)
Versorgung / Pflege des Säuglings	80 (41,9)	55 (62,5)	135 (48,4)
Versorgung von Geschwistern des Kindes	39 (20,4)	26 (29,5)	65 (23,3)
Partnerschaftsprobleme	19 (9,9)	14 (15,9)	33 (11,8)
Vormundschaft	1 (0,5)	1 (1,1)	2 (0,7)
Hebammenbetreuung	93 (48,7)	66 (75,0)	159 (57,0)
Antrag & Recht auf Haushaltshilfe	24 (12,6)	23 (26,1)	47 (16,8)
Krankenversicherung	15 (7,8)	11 (12,5)	26 (9,3)

Die fünf häufigsten Beratungsthemen im *Babylotse Plus* Erstgespräch waren Fragen zu Standesamt und Geburtsurkunde, Elterngeld / Elternzeit, Finanzen / Sozialrecht allgemein, Versorgung / Pflege des Säuglings und Kindergeld / Kinderzuschlag. Es gab bei den Eltern offensichtlich viele rechtliche und organisatorische Fragen, jedoch ebenso Fragen zur Versorgung des Kindes. Jedes Beratungsthema war häufiger in der Gruppe mit weiterem Unterstützungsbedarf im *Babylotse Plus* Erstgespräch als in der Gruppe ohne weiteren Bedarf. Am häufigsten wurde bei detektiertem Unterstützungsbedarf folglich an andere, nicht der *Charité* angehörige Dienste weitergeleitet.

Babylotsen gaben am häufigsten die Versorgung des Kindes selbst oder eines seiner Geschwister als Weiterleitungsgrund an. Organisatorische bzw. rechtliche Probleme trugen aber nicht unerheblich zu Überleitungen zu *Frühen Hilfen* bei.

Tabelle 17: Häufigkeit verschiedener Formen des basierend auf dem *Babylotse Plus* Erstgespräch festgestellten Unterstützungsbedarfs im Sinne *Früher Hilfen*, Mehrfachangaben möglich

Form des Unterstützungsbedarfs	N =	%
Unterstützung durch weitere Dienste ohne weiteren Handlungsbedarf für die Babylotsen	67	76,1
Unterstützung durch weitere Dienste mit zusätzlichem Beratungsbedarf durch die Babylotsen	21	23,9
Übergabe an den internen Sozialdienst (z.B. wegen bereits vorab eingeschalteten Jugendamtes, Depression, Gewalt durch Partner, Anbindung an eine Mutter-Kind-Einrichtung, Partnerschaftsproblemen, Suchtproblematik)	10	11,4
klinikinernes Lotsen (Übergabe an Elternberatung, medizinisches / pflegerisches Personal, andere Stationen, Sozialdienst, Hebammen etc.)	3	3,4

Tabelle 18: Häufigkeiten, an welche Einrichtungen die Babylotsen bei festgestelltem weitergehendem Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen* weiterleiteten, 8 fehlende Angaben (9,1 %)

Weiterleitung an ...	N =	%
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	31	38,8
Hebamme / Hebammenpraxis	31	38,8
sonstige Einrichtung (z.B. Haushaltshilfe, Jugendamt, regionaler Sozialdienst, Kleinkindsprechstunde des sozialpädiatrischen Zentrums, Selbsthilfverbände, Süd Ost e.V.)	14	17,5
Haushaltshilfe / Familienpflege	11	13,8
aufsuchende Elternhilfe	9	11,3
andere Beratung (z.B. für Integration und Migration, Lebenshilfe, Netzwerk Frauen Berlin, Stiftungen für wirtschaftliche Beratung und Unterstützung)	5	6,3
Familienzentrum	3	3,8
Paten / Patinnen	3	3,8
Familienhebamme / Familienkinderkrankenschwester	2	2,5
Sozialberatung	1	1,3
Erziehungsberatung	0	0,0

Tabelle 19: Häufigkeiten der Gründe für die Weiterleitungen bei den n = 88 Familien mit Unterstützungsbedarf mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung, keine Angaben n = 19 (21,6 %)

Grund der Weiterleitung	N =	%
Versorgung / Pflege des Säuglings	48	69,6
sozialrechtliche Fragen	20	29,0
Versorgung weiterer Kinder	19	27,5
gesundheitliche Probleme	16	23,2
finanzielle Probleme	14	20,3
andere Probleme	13	18,8
Vaterschaftsanerkennung	10	14,5
Wohnungsprobleme	8	11,6
Stiftungsgelder	7	10,1
Partnerschaftsprobleme	6	8,7
Wohngeld	2	3,0
Alkoholprobleme	2	2,9
Drogenprobleme	1	1,4

6 Diskussion

6.1 Wichtigste Ergebnisse

Die große Mehrzahl der Geburten im Beobachtungszeitraum konnte mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erfasst werden. Für die Auswertung der diagnostischen Güte des *Babylotse Plus* Screeningbogens in der vorliegenden Arbeit mussten jedoch viele potenzielle Probanden ausgeschlossen werden. Gründe dafür waren insbesondere unzureichende Sprachkenntnisse für die Teilnahme an der Studie sowie die primäre Betreuung der Familien durch den Sozialdienst (schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen, Suchtprobleme etc.) oder die Elternberatung (Versorgung der Neugeborenen auf der neonatologischen Station) (vgl. Abbildung 4).

Der *Babylotse Plus* Screeningbogen zeigte eine sehr hohe Sensitivität und eine sehr niedrige negative Likelihood Ratio für die Identifizierung von „Risikofamilien“. Er war damit hervorragend geeignet, Familien mit Unterstützungsbedarf im Sinne *Früher Hilfen* zuverlässig zu erkennen. Leider waren die Spezifität und die positive Likelihood Ratio des Screening-Instrumentes relativ niedrig. Viele Familien ohne wirklichen Unterstützungsbedarf wurden anhand des *Babylotse Plus* Screeningbogens daher fälschlicherweise zunächst als unterstützungsbedürftig eingestuft.

Das nachgeschaltete umfassende *Babylotse Plus* Erstgespräch als Referenzstandard definierte dann abschließend den wirklichen Unterstützungsbedarf. Außerdem diente es dazu, weitere für ein Screening-Instrument potenziell wichtige Risikoindikatoren für Unterstützungsbedarf zu untersuchen. Hier könnte z.B. die Aufnahme von Informationen über den Vater und Gewalterfahrungen der Eltern in der eigenen Kindheit die diagnostische Güte des *Babylotse Plus* Screeningbogens weiter verbessern.

6.2 Implementation des Screening-Verfahrens

Mit 82,2 % aller erfassten Geburten im Zeitraum 01.01.2013 bis 31.08.2013 an den Standorten *Charité* CCM und CVK liegen die Ergebnisse des *Babylotse Plus* Screeningbogens im Vergleich zu anderen deutschen Frühwarnsystemen ähnlich gut. Das in Hamburg durchgeführte Kooperationsprojekt *Babylotse* erreichte über zwei Jahre und acht Monate 71 % (n = 4.581) der Geburten (Evaluation 2010)³⁶. Das Screening-Instrument *Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch* erreichte 94,8 % (n = 828) der Familien (sechs Geburtskliniken in Baden-Württemberg, Oktober bis Dezember 2010)⁵⁶. Das kanadische *BabyFirst* Programm (Manitoba) erfasste 81,6 % (n = 40.886) der Kinder (2000 bis 2002)⁵⁸. Obwohl *Babylotse Plus* damit in

einem guten Bereich liegt, sind höhere Screening-Raten für einen wirklich systematischen Zugang zu Familien wünschenswert. Bei *BabyFirst* wurde gezeigt, dass von den 3 % der Kinder, die aus ihren Familien heraus in Obhut genommen werden mussten, 30,2 % nicht gescreent worden waren⁵⁸.

Insgesamt hatte fast die Hälfte aller mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erreichten Familien einen auffälligen Score. Ein tatsächlicher Unterstützungsbedarf nach Durchführung des *Babylotse Plus* Erstgesprächs bestand bei einem Drittel der Studienteilnehmer. Bereits im Evaluationsbericht zu *Frühen Hilfen* aus dem Jahr 2006 wurde angenommen, dass bei einem systematischen und einfachen Screening aller in Geburtskliniken gebärenden Frauen mit ungefähr 20 % ein ausführliches, klärendes Gespräch zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs geführt werden müsse⁸. Bei *Babylotse* Hamburg waren 17 % im Screening auffällig³⁶. *BabyFirst* detektierte bei 14,9 % aller Kinder ein Risiko im Screening⁵⁸. Mit der Anzahl der im Risikoscreening als auffällig bewerteten Familien liegt *Babylotse Plus* relativ hoch. Jedoch ist zu bedenken, dass es ein niederschwelliges Screening ist, das möglichst systematisch sein soll. Des Weiteren lebt im Einzugsgebiet der teilnehmenden Campi eine Patientenklientel mit relativ hoher psychosozialer Belastung. Zusätzlich berichtete der höherschwellig angelegte Sozialdienst, dass durch *Babylotse Plus* erheblich mehr Familien von ihnen zu betreuen waren. Es scheint, als detektierte *Babylotse Plus* viele schwerwiegende Fälle. Ob diese auch ohne den *Babylotse Plus* Screeningbogen aufgefallen wären, lässt sich nicht überprüfen.

Ebenso kann über die große Zahl der auffälligen Screening-Ergebnisse, die nicht im Rahmen der Studie analysiert werden konnten, keine Aussage getroffen werden. Nur ein kleiner Teil der erfassten Familien konnte in die Analyse eingeschlossen werden. Schwierigkeiten gab es beim Ausfüllen des *Babylotse Plus* Screeningbogens: 17,8 % aller im Untersuchungszeitraum an der *Charité* entbundenen Frauen wurden nicht mit dem *Babylotse Plus* Screeningbogen erfasst. Die insgesamt geringen Ausfüllraten zu Beginn des Projekts konnten durch gezieltes Nacharbeiten und wiederholtes Besprechen der Problematik gesteigert werden. Durch mehr Babylotsen-Präsenz könnten zusätzlich weitere auffällige Familien für ein *Babylotse Plus* Erstgespräch erreicht werden. Der direkte Kontakt zu den Babylotsen für ein *Babylotse Plus* Erstgespräch wurde nur selten abgelehnt. Daraus lässt sich schließen, dass die Arbeit der Babylotsen allgemein gut von den Eltern angenommen wurde.

Um einen möglichen Selektionsbias durch die Reduktionen aller gescreenten Familien auf die Studienteilnehmer zu untersuchen, wurde die Stichprobe mit den Perinataldaten der gesamten Geburtenkohorte der *Charité* aus dem Jahr 2012 als beste Annäherung verglichen (s. Tabelle 4).

In den meisten der untersuchten Charakteristika ähnelten sich die Daten der Studiengruppe und der Geburtenkohorte 2012 (mütterliches Alter, 5-Min.-APGAR-Score zum kindlichen Vitalstatus kurz nach der Geburt, später Beginn der Vorsorgeuntersuchungen [nach der 20. Schwangerschaftswoche], Geburtsgewicht des Kindes, Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen). Bei einigen Charakteristika gab es leichte Unterschiede (Geschlecht der Kinder, Herkunftsland bzw. Staatsangehörigkeit / Geburtsland). In Merkmalen, die zum Score des *Babyotse Plus* Screeningbogens beitrugen, unterschieden sie sich konsekutiv deutlich. Bei den unauffälligen Studienteilnehmern gab es weniger Mehrlinge, weniger Alleinerziehende, weniger Raucherinnen, weniger Arbeitslosigkeit und weniger späte Vorsorgen. Der Anteil an in Deutschland geborenen oder die deutsche Staatsangehörigkeit besitzenden Frauen war in der unauffälligen Gruppe etwas höher als der Anteil in der auffälligen Gruppe. In der Studiengruppe war der Anteil der in Deutschland geborenen / die deutsche Staatsangehörigkeit besitzenden Mütter möglicherweise etwas höher, da es als Ausschlusskriterium galt, wenn keine Verständigung auf Deutsch möglich war. Dies ist bei Familien mit Migrationshintergrund häufiger der Fall. Alleinerziehende Frauen gab es in der Studiengruppe deutlich seltener als alleinstehende Frauen in der Geburtenkohorte 2012. Jedoch schloss die Angabe „alleinstehend“ der Geburtenkohorte auch unverheiratete Paare ein. *Babyotse Plus* unterschied nicht zwischen „fester Beziehung“ und „verheiratet“. Die Vergleichskohorte aus 2012 wurde den wirklich Alleinerziehenden der Studie gegenübergestellt. In der Perinatalstatistik wurde außerdem lediglich zwischen „berufstätig“ und „nicht berufstätig“ unterschieden. In der Studie erfolgte eine genauere Differenzierung zwischen „arbeitslos“, „nicht erwerbstätig“ (Hausfrau oder Rentnerin), „in Elternzeit / Mutterschutz“, „Voll- / Teilzeit arbeitend“ und „in Ausbildung oder Studium“ – Mehrfachnennungen waren möglich. In der Vergleichskohorte gaben deutlich weniger Frauen an zu rauchen als in der Studiengruppe. Vermutlich erklären das Setting und gezielte Nachfragen im *Babyotse Plus* Erstgespräch mindestens einen Teil der höheren Raucherquote als in der Vergleichsgruppe aus dem Jahr 2012.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Gruppen in den Variablen unterscheiden, die Teil des *Babyotse Plus* Screeningbogens waren; sie waren sich ansonsten jedoch ähnlich. Der Selektionsbias ist hier nicht abschließend beurteilbar, da die Daten der Geburten aus dem Jahr 2012 nicht mit denen der Grundgesamtheit aller mit dem *Babyotse Plus* Screeningbogen erfassten Familien verglichen wurden, sondern lediglich mit denen der 279 Studienteilnehmer. Von diesen Studienteilnehmern hatten mehr als zwei Drittel ein auffälliges Screening-Ergebnis und daher auch bestimmte Charakteristika. Ein Vergleich mit der Grundgesamtheit an sich war nicht möglich.

Viele Familien konnten auf Grund einer Sprachbarriere nicht in die Studie aufgenommen werden, da keine finanziellen Mittel für Dolmetscher zur Verfügung standen. Möglicherweise ist jedoch gerade diese Klientel besonders unterstützungsbedürftig und eine Investition in Dolmetscher sinnvoll. In einer Studie aus den USA zeigten sich für chronisch kranke Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund ein schlechterer Zugang und eine geringere Nutzung des Gesundheitssystems sowie ein schlechterer gesundheitlicher Zustand als für chronisch kranke Kinder ohne Migrationshintergrund. Ein Teil des Unterschieds ließ sich durch ein niedriges Bildungsniveau, ein niedriges Einkommen und eine höhere Arbeitslosenquote der Eltern erklären⁸⁰. Auf Grund des vollkommen anders aufgebauten Gesundheitssystems und der hohen Anzahl nicht Krankenversicherter, insbesondere unter Migranten in den USA, sind die Ergebnisse nicht direkt auf Deutschland übertragbar. Dennoch kann es für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund auf Grund verschiedener Ko-Faktoren schwieriger sein, z.B. bei chronischen Erkrankungen, die notwendige medizinische Unterstützung im ausreichenden Maß zu erhalten, als für Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund⁸⁰. In Deutschland zeigte sich, dass Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund durch beide Elternteile wesentlich schlechter wahrgenommen wurden als bei Kindern ohne Migrationshintergrund oder mit Migrationshintergrund durch nur einen Elternteil³³. Dies war insbesondere bei Kindern mit türkischem Migrationshintergrund der Fall³³. Es scheint daher wichtig zu sein, die Chance des primären, unterstützenden Kontakts um den Zeitpunkt der Geburt herum gezielt auch zur Kontaktaufnahme mit Migrantenfamilien zu nutzen.

6.3 Primäre Fragestellung: Untersuchung der diagnostischen Genauigkeit

Für die Güte eines Instrumentes zur Risikoeinschätzung ist die prognostische Validität wichtig⁵¹. Wird das Risiko fälschlicherweise zu hoch eingeschätzt, werden Ressourcen unnötig überstrapaziert, wird jedoch das Risiko fälschlicherweise zu niedrig eingeschätzt, kann das in Bezug auf Kindeswohlgefährdung fatale Folgen haben⁴⁷.

Bei der Beurteilung der Validität des *Babyotse Plus* Screeningbogens stellt sich vor allem die Frage, ob bedürftige Familien identifiziert werden konnten. Denn auf dieser Grundlage sollen im weiteren Verlauf Familien die notwendige und individuell passende Unterstützung vermittelt bekommen, um schwerwiegende Ereignisse der Kindeswohlgefährdung zu vermeiden.

Für den entwickelten *Babyotse Plus* Screeningbogen wurde eine sehr hohe Sensitivität (98,9 %) und deutlich geringere Spezifität (33,0 %) ermittelt. Dies bedeutet, dass 98,9 % der Familien mit Unterstützungsbedarf durch den *Babyotse Plus* Screeningbogen identifiziert werden konnten,

jedoch nur 33,0 % der nicht unterstützungsbedürftigen Familien korrekt erkannt wurden. Da falsch negative Ergebnisse einen möglichen Schaden nach sich ziehen können (im schlimmsten Fall Kindeswohlgefährdung) und kein Fall von Unterstützungsbedarf übersehen werden soll, ist diese hohe Sensitivität wichtig. Bei einem Screening der Gesamtpopulation ist von einer niedrigen Prävalenz auszugehen, daher ist mit vielen falsch positiven Ergebnissen zu rechnen. Weil bei falsch positivem Ergebnis nur ein niedrigschwelliges *Babylotse Plus* Erstgespräch zur weiteren Abklärung folgt, kann eine niedrige Spezifität in Kauf genommen werden. Es sollte jedoch in weiteren quantitativen und qualitativen Studien untersucht werden, ob das Projekt von den Eltern tatsächlich als nicht stigmatisierend empfunden wird, da eine fälschlicherweise zu hohe Einschätzung des Risikos als stigmatisierend missverstanden werden könnte³⁹. Eine niedrige Spezifität wirkt sich auf den Arbeitsumfang und die Anzahl benötigter Babylotsen und damit auf die Kosten aus. Vielleicht sollte im Sinne eines zweistufigen Verfahrens ein *Babylotse Plus* Screeningbogen-Score ≥ 3 eher als „weiterer Abklärungsbedarf“ ausgewiesen, statt „Unterstützungsbedarf im Screening entdeckt“ genannt zu werden. Der *Babylotse Plus* Screeningbogen ist zur Ressourcen schonenden Vorselektion gedacht, um herauszufinden, bei wem ein Expertengespräch sinnvoll ist. Das spiegelt sich in den anderen Validitätskriterien wider. Werte, welche die Test-Spezifität beinhalten, zeigten eher schwache Ergebnisse.

Auf eine Berechnung der sonst zur Beurteilung der diagnostischen Genauigkeit verwendeten prädiktiven Werte (NPW und PPW) wurde auf Grund der unklaren Prävalenz verzichtet. Im Gegensatz zu Sensitivität und Spezifität sind diese abhängig von der Prävalenz des gemessenen Ereignisses. Es gibt jedoch kein Maß für die Prävalenz des Unterstützungsbedarfs an *Frühen Hilfen* aller werdenden Eltern, und es liegt in Deutschland keine Untersuchung mit einer belastbaren Abschätzung zur Prävalenz von Kindeswohlgefährdung vor.

Ein Parameter für die Einschätzung eines diagnostischen Tests ist die positive und negative Likelihood Ratio⁷⁹. Die geringe positive Likelihood Ratio (1,5) verdeutlichte, dass ein positives Testergebnis nicht unbedingt einen tatsächlich bestehenden Unterstützungsbedarf beinhaltet, diesbezüglich war der diagnostische Wert für das Detektieren von Unterstützungsbedarf gering⁷⁹. Der Youden-Index war auf Grund der niedrigen Spezifität ebenfalls relativ gering. Die diagnostische Odds Ratio des *Babylotse Plus* Screeningbogen-Ergebnisses (auffällig/unauffällig) für die Detektion von Unterstützungsbedarf war zwar sehr hoch, muss aber auf Grund des breiten Konfidenzintervalls als ungenau bewertet werden. Ebenso liegen die Ergebnisse der ROC und der AUC (AUC des dichotomen Screeningbogen-Ergebnisses „auffällig“/„unauffällig“ 0,66; der genauen Score-Werte 0,76) im mittleren Gütebereich. Optimal wären Werte, die an eins

heranreichen. Solche Werte ergäben sich, wenn sowohl Sensitivität als auch Spezifität sehr hoch wären.

Die sehr niedrige negative Likelihood Ratio (0,03) zeigte, dass einem negativen Testergebnis in der vorliegenden Studie eine große diagnostische Bedeutung beigemessen werden konnte⁷⁹. Es fielen nur sehr wenige Unterstützungsbedürftige durchs Netz, dies entsprach der Zielsetzung (Ausschluss-Test).

Die höchste Aussagekraft hat der *Babytse Plus* Screeningbogen folglich bei einem unauffälligen *Babytse Plus* Screeningbogen-Ergebnis, denn die Wahrscheinlichkeit für das tatsächliche Nicht-Vorliegen von Unterstützungsbedarf ist sehr hoch.

Interessant ist der Vergleich zu ähnlichen Screening-Instrumenten. Für die *Heidelberger Belastungsskala* (n = 284 Familien: n = 133 belastete Familien aus dem Projekt *Keiner fällt durchs Netz*, n = 151 Familien einer Kontrollgruppe) wurden die Gesamtbelastungswerte mit den Fällen von Inobhutnahmen im ersten Lebensjahr verglichen, wobei es nur elf Inobhutnahmen bei sieben Familien gab⁵⁴. Die Sensitivität lag bei 63,6 %, die Spezifität bei 73,6 %⁵⁴. Der *Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch* wurde in sechs Geburtskliniken Baden-Württembergs von Oktober bis Dezember 2010 verwendet (n = 828 ausgefüllte Bögen)⁵⁶. Mütter wurden gebeten, das *Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung* auszufüllen (EBSK, deutsches Äquivalent zum *Child Abuse Potential Inventory*), mit dem bei guter Validität die subjektive elterliche Belastung und damit das Risiko für Kindeswohlgefährdung durch die Eltern ermittelt werden kann⁸¹. Für n = 160 Mütter (rund 21 %) gab es Daten aus dem EBSK und dem *Anhaltsbogen*⁵⁶. Der EBSK wurde nicht für ein systematisches Screening in Geburtskliniken konzipiert. In Fällen, in denen im *Anhaltsbogen* keine Risikoindikatoren angegeben wurden, gaben die Eltern beim EBSK signifikant geringere Stresslevel an als Familien, bei denen auf Grund des *Anhaltsbogens* ein vertiefendes Gespräch geführt wurde⁵⁶. Bei *BabyFirst* untersuchten Hebammen die Familien auf Risikoindikatoren⁵⁸. Als Annäherung an Kindeswohlgefährdung wurde die Quote der Kinder genommen, die im Studienzeitraum aus ihren Familien in außerhäusliche / -familiäre Unterbringungen gebracht wurden (out-of-home care); der Zusammenhang zur Risikoeinschätzung wurde überprüft⁵⁸. Die Sensitivität (hier: Anteil der Kinder, die ihren Familien entzogen wurden mit festgestelltem Risiko im Screening) betrug 77,6 %, die Spezifität (hier: Anteil der Kinder, die in ihren Familien blieben ohne festgestelltes Risiko im Screening) 83,3 %⁵⁸. Validitätsstudien zum *Kempe Family Stress Inventory* wurden in einem Review untersucht; es ergaben sich eine Sensitivität zwischen 69 % und 97 %, eine Spezifität zwischen 21 % und 89 %⁵⁹. Als Fazit wurde trotz reichlich klinischen Einsatzes auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zur Validität und

Vorhersagegenauigkeit geschlossen⁸². Im Kooperationsprojekt *Babylotse* Hamburg wurden Sensitivität und Spezifität für Risikocluster berechnet. Sensitivität und Spezifität wurden aus der Übereinstimmung der erkannten Risikofaktoren im Screening-Instrument und im Erstgespräch (hier: Falldokumentation) bemessen³⁶. Daraus ergaben sich für den Cluster-Bereich soziale Probleme eine Sensitivität von 86 % und eine Spezifität von 57 %, für psychische Belastungen eine Sensitivität von 44 % und eine Spezifität von 69 % und für psychiatrische Auffälligkeiten eine Sensitivität von 70 % und eine Spezifität von 92 %³⁶. Die Effizienz (Maß richtig positiver und richtig negativer Fälle) betrug 70 % (soziale Probleme), 61 % (psychische Probleme) und 90 % (psychiatrische Auffälligkeiten)³⁶.

Es gibt des Weiteren Screening-Instrumente, bei denen die Eltern das Screening-Instrument selbst ausfüllen. Für das in Hongkong entwickelte Screening-Instrument *CARAS* (*Child Abuse Risk Assessment Scale*) wurde eine repräsentative Stichprobe aus der chinesischen Bevölkerung gescreent. Es ergaben sich eine Sensitivität von 81,9 % und eine Spezifität von 81,9 %⁸³. Der im amerikanischen *SEEK Model* (*Safe Environment for Every Kid Model*) verwendete Fragebogen *PSQ* (*The Parent Screening Questionnaire*) enthält 20 Items und wurde von den Eltern, die in Kinderarztpraxen an der Studie teilnahmen, eigenständig und freiwillig ausgefüllt (z.B. für das Screening von Depressionen: 74 % Sensitivität, 80 % Spezifität)⁸⁴. Er sollte in Kinderarztpraxen schwerwiegende psychosoziale Probleme und Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung wie mütterliche Depression, Substanzmissbrauch in der Familie und Gewalt in der Partnerschaft aufdecken⁸⁵⁻⁸⁷.

Insgesamt zeigten sich im Vergleich zu diesen Screening-Verfahren für die Sensitivität des *Babylotse Plus* Screeningbogens zufriedenstellende Ergebnisse. Eine höhere Spezifität würde zur Schonung finanzieller Ressourcen führen, da weniger *Babylotse Plus* Erstgespräche geführt werden müssten. Jedoch wurden auch Familien ohne weitergehenden Unterstützungsbedarf beraten und haben so womöglich eine hilfreiche Unterstützung erhalten. Im Vergleich der Instrumente lässt sich sagen, dass der *Babylotse Plus* Screeningbogen als Ausschluss-Test für das Vorhandensein von Unterstützungsbedarf im Rahmen *Früher Hilfen* sehr gut geeignet ist.

Im Erfassungsbogen von *Babylotse* Hamburg lag der Score zwischen 0 und 25 Punkten³⁶. Obwohl in Hamburg insgesamt etwas höhere Score-Werte erzielt wurden, lag der durchschnittliche Score-Wert bei *Babylotse Plus* in Berlin (4,9) etwas höher als in Hamburg (4,3). Der für *Babylotse Plus* verwendete Score war an den des Kooperationsprojekts in Hamburg angelehnt. Verschiedene Gewichtungen der Risikoindikatoren in den Projekten *Babylotse Plus*, *Babylotse* Hamburg und *Familienhebammen in Sachsen-Anhalt* sind in Tabelle

20 gegenübergestellt. Die Gewichtungen ähneln sich insofern, als psychosoziale Belastungen mit hohen Punkten versehen und äußere Umstände (junges Alter, Kinderzahl, Migrationsstatus etc.) mit nicht so hohen Punkten bewertet werden.

Für die Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern wird ein multifaktorielles Geschehen angenommen⁸⁸. Das Risiko für eine spätere Kindesmisshandlung ist insbesondere dann erhöht, wenn mehrere Risikoindikatoren kumuliert auftreten^{46,89}. In mehr als der Hälfte der Fälle von Kindeswohlgefährdung, die in einer großen Längsschnittstudie in den USA untersucht wurden, lagen in der Familie mindestens drei Risikofaktoren kumuliert vor⁸⁹. Es zeigte sich außerdem, dass eine Kumulation von vorhandenen psychosozialen Risikofaktoren das Gesamtrisiko für spätere psychische Störungen der Kinder erhöhte (von 20,8 % bei ein bis zwei Risikofaktoren auf 61,5 % bei über sechs)²⁸.

Da in vielen Screening-Verfahren das kumulierte Vorliegen von Risikoindikatoren beobachtet wurde, ist interessant, ob die Höhe des Gesamt-Scores, die durch das Vorhandensein mehrerer Risikofaktoren bedingt ist, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Unterstützungsbedarf zusammenhing. Es zeigte sich, dass die Chance für (im Referenzstandard *Babyotse Plus* Erstgespräch festgestellten) Unterstützungsbedarf pro Score-Punkt stark stieg. Ein höherer Screeningbogen-Score war mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für Unterstützungsbedarf assoziiert. Sind personelle Ressourcen knapp, sollten sie also gezielt für Familien mit hohen Scores eingesetzt werden.

Längst nicht alle Kinder, die psychosozialen Risiken ausgesetzt werden, entwickeln später Auffälligkeiten²⁸. Es gibt hierbei offenbar sogenannte Schutzfaktoren, die in der Resilienzforschung untersucht werden.

Tabelle 20: Gewichtung der Risikoindikatoren bei der Score-Wertung in den Projekten *Babyotse Plus*³⁶, *Babyotse Hamburg* und *Familienhebammen in Sachsen-Anhalt*⁹⁰ im Vergleich
 Hebammen = *Familienhebammen in Sachsen-Anhalt*, Hamburg = *Babyotse Hamburg*

Risikoindikator	Gewichtung	sehr stark und / oder Sozialdienst)	stark	mittel	niedrig
minderjährige Mutter		▪ <i>Babyotse Plus</i>	▪ Hamburg		
Suchtprobleme		▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg ▪ Hebammen			
psychiatrische Erkrankung		▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg ▪ Hebammen			
Gewalt		▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hebammen			
bestehende Anbindung an Jugendamt o.Ä.		▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hebammen	▪ Hamburg		
schwere Erkrankung/ Behinderung		▪ Hebammen	▪ <i>Babyotse Plus</i>		
besondere psychische Belastungen			▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg		
ungewollte Schwangerschaft			▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hebammen		
Partnerschaftsprobleme		▪ Hebammen	▪ <i>Babyotse Plus</i>		
Alltagsbewältigung problematisch		▪ Hebammen	▪ <i>Babyotse Plus</i>		
Alkohol in der Schwangerschaft			▪ <i>Babyotse Plus</i>		
besondere soziale Probleme			▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg	▪ Hebammen	
wirtschaftliche Probleme			▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg		
Integrationsprobleme			▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg	▪ Hebammen	
Hinweise von Mitarbeitern			▪ <i>Babyotse Plus</i>		
Rauchen in der Schwangerschaft				▪ <i>Babyotse Plus</i>	▪ Hamburg
mehrere junge Kinder			▪ Hebammen	▪ <i>Babyotse Plus</i>	
Mehrlinge				▪ <i>Babyotse Plus</i>	
Frühgeburt / Komplikation				▪ <i>Babyotse Plus</i>	
niedriges Geburtsgewicht					▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg
junge Mutter			▪ Hebammen		▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg
> 4 Kinder					▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg
späte und wenige Vorsorgen					▪ <i>Babyotse Plus</i> ▪ Hamburg
Migrationshintergrund					▪ <i>Babyotse Plus</i>
keine Deutschkenntnis					▪ <i>Babyotse Plus</i>
väterliche Risikoindikatoren					▪ Hamburg
Mutter-Kind-Trennung > 1 Woche				▪ Hebammen	
Gewalt in Ursprungsfamilie			▪ Hebammen		
schwieriges Kind		▪ Hebammen			
Überforderung / Vernachlässigung / Misshandlung		▪ Hebammen			
Informationsmangel		▪ Hebammen			

6.4 Sekundäre Fragestellungen

6.4.1 Relevanz einzelner Risikoindikatoren des *Babylotse Plus* Screeningbogens

Die Häufigkeit des Vorkommens der Risikoindikatoren wurde mit denen bei *Babylotse* Hamburg³⁶ verglichen (s. Tabelle 21). In Hamburg wurden häufig besondere soziale Probleme (62 %) und besondere psychische Belastungen (35 %) festgestellt³⁶. Bei *Babylotse Plus* in Berlin wurden diese Belastungen genauer unterschieden. Suchtprobleme (Hamburg 2 %³⁶) wurden bei *Babylotse Plus* ebenfalls genauer in Hinweise auf weitere Suchtprobleme (*Babylotse Plus* 0,7 %) und Alkohol in der Schwangerschaft (*Babylotse Plus* 1,1 %) differenziert, waren insgesamt aber ähnlich häufig. Minderjährige Mütter gab es in Hamburg mit einer Häufigkeit von 4 %³⁶, für die Auswertungen der vorliegenden Arbeit galt es als Ausschlusskriterium. Insgesamt zeigte sich bei den Häufigkeiten der verschiedenen Risikoindikatoren von *Babylotse Plus* in Berlin eine große Ähnlichkeit zu der Stichprobe des *Babylotse* aus Hamburg.

Tabelle 21: Vergleich der Häufigkeiten des Vorhandenseins von Risikoindikatoren im Screening-Instrument bei *Babylotse Plus* in Berlin und *Babylotse* in Hamburg³⁶

Risikoindikator	<i>Babylotse Plus</i> in Berlin [%]	<i>Babylotse</i> Hamburg ³⁶ [%]
Migrationshintergrund	56,3	59
Rauchen in der Schwangerschaft	23,3	20
junge Mütter	11,5	15
geringes Geburtsgewicht	6,3	7
später Vorsorgebeginn	5,9	5
bestehende Anbindung an unterstützende Institutionen	5,7	11
psychiatrische Erkrankungen	5,2	9
mehr als vier Kinder	7,8	4
wenige Vorsorgeuntersuchungen	8,3	5
Mehrlinge	10,7	3

Zusammenhänge zwischen der Notwendigkeit von Unterstützung basierend auf dem Referenzstandard (*Babylotse Plus* Erstgespräch) und Items des *Babylotse Plus* Screeningbogens sowie auch deren entsprechenden äquivalenten Items der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation wurden einzeln untersucht. Insbesondere die Items Hinweise der Klinikmitarbeiter, Alter der Mutter unter 21 Jahren, Frühgeburtlichkeit, Rauchen in der Schwangerschaft und Partnerschaftsprobleme stellten sich dabei als klinisch relevante Risikoindikatoren heraus.

Der Faktor Partnerschaftsprobleme war im *Babylotse Plus* Screeningbogen einer der stärksten Indikatoren für im *Babylotse Plus* Erstgespräch detektierten Unterstützungsbedarf. Studien zeigen, dass Kinder alleinerziehender Eltern einem höheren Risiko für Vernachlässigung (nicht für körperliche Misshandlung) ausgesetzt sind⁹¹. Mit Partnerschaftsproblemen assoziierte Hinweise auf Gewalt wurden nur einmal im *Babylotse Plus* Screeningbogen angegeben. Es stellte sich im Gespräch heraus, dass die Trennung in diesem einen Fall bereits erfolgt war. Der Einfluss von Gewalt in der Familie konnte in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht werden, da dieser Parameter zu den Ausschlusskriterien zählte (Übergabe an den Sozialdienst).

Kindliche Risikofaktoren wurden im *Babylotse Plus* Screeningbogen in Form von niedrigem Geburtsgewicht (unter der dritten Perzentile), Mehrlingsgeburt und Frühgeburt oder anderen perinatalen kindlichen Komplikationen erfasst. Diese Indikatoren waren positiv mit Unterstützungsbedarf assoziiert, im besonderen Maß die Frühgeburtlichkeit. Vermutlich sind die Einflüsse der kindlichen Faktoren noch größer, da sehr leichte, sehr unreife sowie sehr kranke Kinder auf der neonatologischen Station versorgt und die Familien durch die Elternberatung betreut werden (Ausschlusskriterium). Ein niedriges Geburtsgewicht ist ein bekannter Risikofaktor für Kindesmisshandlung⁸⁹. Ebenso wird für behinderte Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit für Kindeswohlgefährdung beschrieben⁹².

Eine frühe Mutterschaft wurde auf dem Instrument zweimal erfasst: „minderjährige Mütter unter 18 Jahren“ und „Mütter unter 21 Jahren“. Da minderjährige Mütter nicht in die Auswertung einbezogen wurden, wurde dieser Risikoindikator hier nicht analysiert. Für den Risikoindikator „mütterliches Alter unter 21“ Jahren ergaben sich hohe, statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem Bedarf für Unterstützung. Ein junges mütterliches Alter bei der Geburt ist signifikant mit späterer Kindesmisshandlung und Vernachlässigung assoziiert⁹¹. Obwohl dies nicht bedeutet, dass junge Mütter automatisch „schlechte Mütter“ werden, kann es als Indikator für die Notwendigkeit eines Angebots unterstützender *Früher Hilfen* betrachtet werden. Junge Mutterschaft im Teenageralter, aber auch mit Anfang zwanzig, ist ein Risikofaktor für die psychomentele Entwicklung der Kinder; auch weil junge Mutterschaft häufig mit anderen psychosozialen Risikofaktoren und nachteiligen Familieneigenschaften assoziiert ist⁹³.

Rauchen in der Schwangerschaft war bei den Familien statistisch signifikant mit im *Babylotse Plus* Erstgespräch detektierten Unterstützungsbedarf assoziiert. Die Untersuchung des Äquivalents ergab eine hohe Verlässlichkeit dieser im Screening gemachten Angabe. Rauchen wurde in einer amerikanischen Studie als starker Risikofaktor für spätere Kindesmisshandlung identifiziert⁸⁹.

Die im *Babyotse Plus* Screeningbogen erfasste Einschätzung der Mitarbeiter (Babyotse-Gespräch auf Grund von Hinweisen der Mitarbeiter) wurde ebenfalls im *Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch* im Modellprojekt *Guter Start ins Kinderleben* (Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen) indirekt erfasst. Dies geschah dort als Dokumentation der Beobachtung von Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind durch die Eltern⁵⁵. Bei *Babyotse Plus* stellte sich die Intuition der Mitarbeiter als sehr starker und verlässlicher Risikoindikator heraus. Wenig väterliche oder auch mütterliche Wärme und wenig elterliches Engagement sind bekannte Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung³⁸. Eine Einschätzung des Personals über den Umgang der Eltern mit dem Kind ist offenbar ein bedeutsamer Faktor. Jedoch muss bedacht werden, dass den Bewertern des *Babyotse Plus* Erstgesprächs die Einschätzung der Kollegen bereits bekannt war und daher ein Bewerter-Bias nicht sicher auszuschließen ist.

„Alkohol in der Schwangerschaft“ im *Babyotse Plus* Screeningbogen und im *Babyotse Plus* Erstgespräch war nicht eindeutig mit dem Bedarf für Unterstützung im Sinne *Früher Hilfen* assoziiert, die äquivalenten Faktoren in beiden Erhebungen hingen nur schwach zusammen. Diese Ergebnisse sind auf Grund der Ausschlusskriterien kaum beurteilbar: Schwerwiegende Fälle wurden nicht in die Analyse eingeschlossen. Dies gilt ebenso für „keine Kommunikation auf Deutsch möglich“ und „Drogen in der Schwangerschaft“. Wie erwartet, existierte kaum ein Zusammenhang zwischen den Äquivalenten in beiden Erhebungen (*Babyotse Plus* Screeningbogen und Erstgespräch).

Für psychiatrische Erkrankung zeigte sich, obwohl schwerwiegende Fälle vom Sozialdienst übernommen wurden, ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Angaben im *Babyotse Plus* Screeningbogen und im *Babyotse Plus* Erstgespräch. Auch wenn auf Grund der Ausschlusskriterien hier nur eine eingeschränkte Beurteilung erfolgen kann, sind psychiatrische Erkrankungen der Mutter klinisch relevant für den Unterstützungsbedarf junger Familien^{24,67}.

Eine problematische Alltagsbewältigung wirkte genauso Risiko erhöhend wie wirtschaftliche Probleme.

„Schwere Erkrankung oder Behinderung, welche die Versorgung des Kindes erschweren“ sowie „besondere Belastung durch kranke oder behinderte Familienmitglieder“ waren nicht mit Unterstützungsbedarf assoziiert. Dies galt ebenso für die Faktoren „bestehende und zurückliegende Anbindung an unterstützende Institutionen oder Betreuer“, „mindestens zwei Kinder unter fünf Jahren“, „mehr als vier Kinder“ und „ein später Beginn der Schwangerschaftsvorsorge (nach der 20. Schwangerschaftswoche)“. Die geringen Fallzahlen in

der vorliegenden Studie könnten dazu beigetragen haben, dass diese Items in der vorliegenden Arbeit nicht beurteilbar waren. Es gibt Hinweise darauf, dass das Vorhandensein von drei oder mehr weiteren Kindern ein Risikofaktor für Kindesmisshandlung sein könnte⁸⁹. Ebenso scheinen große Familien und ungeplante Kinder signifikant mit Kindeswohlgefährdung zusammenzuhängen⁹⁴.

Die Frage nach dem Migrationshintergrund wurde im *Babylotse Plus* Screeningbogen durch drei Angaben erfasst: Vorhandensein eines Migrationshintergrundes, besondere soziale Belastung durch Integrationsprobleme und keine Verständigung mit den Eltern auf Deutsch.

Integrationsprobleme erhöhten in der vorliegenden Untersuchung das Risiko für Unterstützungsbedarf. Die *Babylotse Plus* Screeningbogen-Bewertung „keine Kommunikation auf Deutsch möglich“ durch das medizinische Personal wurde in 17 Fällen anschließend während des intensiven *Babylotse Plus* Erstgesprächs von den Babylotsen als Fehleinschätzung gewertet, da doch eine ausreichende Verständigung auf Deutsch möglich war (Voraussetzung für die Studienteilnahme). Positiv war die hohe Übereinstimmung der Einschätzung des *Babylotse Plus* Screeningbogens, ob ein Migrationshintergrund besteht, mit der genauen Erfassung im *Babylotse Plus* Erstgespräch. In früheren Untersuchungen zeigte sich, dass insbesondere Kinder unter drei Jahren mit Migrationshintergrund wesentlich seltener gemeinschaftliche Einrichtungen wie Kindergärten besuchen als Kinder der Gesamtbevölkerung³¹. Dies bedeutet eine schwere Erreichbarkeit dieser Kinder, besonders im Zusammenhang mit dem selteneren Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen^{31,33}. Um diese Kinder zu erreichen, die Eltern zu unterstützen und das Wohlergehen der Kinder zu sichern, ist ein früher Zeitpunkt der Kontaktaufnahme wie zum Zeitpunkt der Geburt oder bereits in der Schwangerschaft empfehlenswert. Umso mehr, da sich zeigte, dass Menschen mit Migrationshintergrund sozioökonomisch häufig schlechter gestellt sind als Menschen ohne. Trotz positiven Trends ist die Rate der Menschen ohne Schulabschluss unter Menschen mit Migrationshintergrund immer noch fast doppelt so hoch wie in der restlichen Bevölkerung³¹. Ferner liegt der Prozentsatz an Menschen ohne Ausbildungsabschluss trotz positiver Entwicklung bei Menschen mit Migrationshintergrund noch deutlich höher als der bei Menschen ohne³¹. Die Arbeitslosenquote ist unter Bürgern mit Migrationshintergrund fast doppelt so hoch³¹. Besonders Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sind zudem häufiger von Gewalt in der Partnerschaft betroffen als deutsche Frauen⁹⁵.

Die Sprachbarriere kann sich bei Frühwarnsystemen und *Frühen Hilfen* als Problem erweisen. Das zeigte sich auch in der "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (*KiGGS*)“ des Robert Koch Instituts, die Sprachbarriere stellte ein Hindernis für die

Teilnahme an der bevölkerungsbasierten Studie dar³³. Um dieses Problem zu reduzieren, wurde in *KiGGS* auf einfach, ohne Fachbegriffe gestaltete Anschreiben und Fragebögen in sechs verschiedenen Sprachen sowie auf Laiendolmetscher zurückgegriffen³³. Für über 60 % der Teilnehmer mit Migrationshintergrund konnte eine volle Studienteilnahme erfolgen³³. Lokale Migrantenorganisationen, religiöse Gemeinden, Migrantenmedien und Ähnliches wurden einbezogen, Familien mit telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme angesprochen, ihre Ängste beachtet und abgebaut³³. Diese Maßnahmen sind sehr personal- und kostenintensiv. Dies konnte im Rahmen des *Babylotse Plus* Projekt nicht geleistet werden.

6.4.2 Nicht im *Babylotse Plus* Screeningbogen enthaltene mögliche Risikoindikatoren des *Babylotse Plus* Erstgesprächs

Eine große amerikanische Längsschnittstudie zu Kindeswohlgefährdung ergab, dass die Erfassung von Risikofaktoren und ihr kumuliertes Auftreten in einem Risikoscreening bei Geburt erfolgen sollte⁸⁹. Dafür wurden die folgenden Items vorgeschlagen:

- Rauchen in der Schwangerschaft
- mehr als zwei Geschwisterkinder
- unverheiratete Eltern
- niedriges Geburtsgewicht
- die in den USA spezifische *Medicaid beneficiary* (System für finanzielle Unterstützung sozial Schwacher im amerikanischen Gesundheitssystem)
- kurzes Intervall zwischen zwei Schwangerschaften ≤ 15 Monaten
- erste Schwangerschaft oder ein vorausgegangenes negatives Schwangerschaftserlebnis.⁸⁹
- niedrige mütterliche Bildung
- inadäquate Schwangerschaftsvorsorge
- mütterliches Alter unter 20 Jahren

Die ethnische Zugehörigkeit für sich alleine war kein Risikofaktor⁸⁹.

In der *Mannheimer Längsschnittstudie* wurden als psychosoziale Risikofaktoren für spätere psychische Auffälligkeiten und Störungen der Kinder beziehungsweise Jugendlichen unter anderem identifiziert:

- zerrüttete Verhältnisse der Mutter
- niedriges Ausbildungsniveau
- schlechte Problembewältigung
- unerwünschte Schwangerschaft
- alleinerziehende Mütter
- frühe Elternschaft
- psychische Auffälligkeiten der Eltern
- alkoholranke Väter
- Armut, beengte Wohnverhältnisse²⁸.

Die von *Babylotse Plus* erfassten Indikatoren decken einen Großteil dieser Faktoren ab.

Die Ergebnisse zur beruflichen Bildung der Mutter in der vorliegenden Arbeit waren nicht eindeutig; sie lassen einen negativen Einfluss eines geringen Bildungsniveaus jedoch vermuten.

Ein niedriges mütterliches Bildungsniveau ist als Risikofaktor für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung bereits beschrieben worden^{38,96}. Daher sollte überlegt werden, diesen Faktor im *Babylotse Plus* Screeningbogen mit aufzunehmen. Was berufliche und damit ebenfalls sozialwirtschaftliche Faktoren betrifft, zeigte sich, dass „kein beruflicher Abschluss“ oder ein sich noch nicht in einer Ausbildung befindender Vater sowie die Arbeitslosigkeit der Mutter mit Unterstützungsbedarf assoziiert waren. Die Problematik der systematischen Erhebung dieser Parameter für ein Screening bei Geburt, ist noch mit den Datenschutzbeauftragten zu klären.

Ein umfangreicheres Screening wäre schwieriger in den klinischen Alltag zu integrieren.

In der *Babylotse Plus* Erstgesprächsdokumentation wurden viele weitere Faktoren erfasst. Rauchte der Vater nie während der Schwangerschaft, zeigte sich dies als protektiv, rauchte er täglich, war es eher ein Risikofaktor für Unterstützungsbedarf. Wurde der Vater nicht angegeben oder war er unbekannt, war die Elternbeziehung instabil, lag eher eine Einstufung als unterstützungsbedürftig vor. Bei gemeinschaftlicher Elternschaft und väterlicher Unterstützung war das Risiko hingegen geringer. Auch andere Studien zeigten, dass väterliche Probleme einen Einfluss hatten: Alkoholprobleme von Vätern gingen mit Risiken für die kindliche Entwicklung einher, insbesondere waren die Kinder dieser Väter anfälliger für psychische Störungen⁹⁷. Zwischen körperlicher Misshandlung und väterlicher Arbeitslosigkeit bestand ein hoher Zusammenhang⁹⁸.

Zum Einfluss des Geschlechts der Kinder auf eine potentielle Risikoerhöhung der Kindeswohlgefährdung liegen Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen vor. Einige zeigten, dass das Geschlecht der Kinder keinen Risikofaktor für Kindesmisshandlung darstellte⁸⁹. Andere wiederum deuteten darauf hin, dass Jungen ein höheres Risiko für physische Misshandlungen und Mädchen für sexuellen Missbrauch hatten^{38,96}.

Der Befund, dass Eltern selbst als Kind misshandelt wurden, gilt als häufiger mit späterer Kindesmisshandlung und Vernachlässigung der eigenen Kinder assoziierter Risikoindikator³⁸. Dieser Punkt wurde nicht im *Babylotse Plus* Screeningbogen und ebenso nicht im *Babylotse Plus* Erstgespräch erfasst. *Babylotse Plus* Screeningbogen und *Babylotse Plus* Erstgespräch sollten um dieses Thema erweitert und ein möglicher Zusammenhang evaluiert werden.

6.5 Limitationen des *Babylotse Plus* Screeningbogens

Untersuchungen zur Interrater-Reliabilität lagen nicht vor. Würden diese durchgeführt werden, könnte gezeigt werden, ob ein verlässliches Screening-Ergebnis zu erwarten ist, unabhängig davon wer in der Klinik den *Babylotse Plus* Screeningbogen ausfüllt. Er wurde zumeist von den

jeweiligen Hebammen oder Ärzten im Dienst ausgefüllt. Bei *Babyotse Plus* verdeutlichen die vielen fehlenden Angaben und die offensichtlich falsch angekreuzten Items (z.B. dass keine Kommunikation auf Deutsch möglich sei) mögliche Fehleinschätzungen und Probleme beim Ausfüllen des *Babyotse Plus* Screeningbogens. Für das Risikoinventar des *Babylotsen* Hamburg liegt eine Untersuchung der Interrater-Reliabilität vor³⁶. Dafür erstellte Fallvignetten wurden von Schauspielern gespielt und von drei Babylotsen eingeschätzt³⁶. Dabei ergaben sich nur geringe bis mäßige Übereinstimmungen³⁶. Die Standardisierung (z.B. des Vorgehens der Babylotsen) wurde dort zu diesem Zeitpunkt als mangelhaft bewertet³⁶.

Auch bei anderen ähnlichen Projekten wurde die Interrater-Reliabilität untersucht. Bei der *Heidelberger Belastungsskala* füllten Psychologiestudenten/-innen und Familienhebammen die Skala für die gleichen Familien aus, dabei zeigte sich keine signifikante Interrater-Reliabilität für die Gesamtbelastung⁵⁴. Familienhebammen schätzten dort die Belastung geringer ein als Psychologiestudentinnen⁵⁴. Innerhalb einer Berufsgruppe war die Interrater-Reliabilität jedoch sehr hoch⁵⁴.

Beim *Anhaltensbogen für ein vertiefendes Gespräch* wurde die Interrater-Reliabilität anhand von Fallvignetten mit Videosequenzen durch 50 Humanmedizinstudenten und 40 Mitarbeiter von Geburtskliniken (ärztliches / pflegerisches Personal, Hebammen) überprüft⁵⁶. Ca. 93 % stimmten mit der Lösung überein, obwohl bei den Studenten kaum praktische Erfahrungen in dem Bereich vorlagen⁵⁶. Durch die gute Interrater-Reliabilität wurde ein gutes Maß an Objektivität vermutet⁵⁶. Für die Reliabilität diagnostischer Tests sind die Interrater-Reliabilität und die Intrarater-Reliabilität zu untersuchen⁹⁹. Einer oder beide Tests sollten durchgeführt werden, wenn das *Babyotse Plus* Risikoscreening weiter etabliert werden soll.

Beim Aufbau des Instrumentes sollte die Art und Weise des Erfassens bestimmter Risikoindikatoren weiterentwickelt werden. So sollte die Erfassung des Migrationshintergrundes an das *KiGGS*-Projekt des Robert Koch Instituts angelehnt werden (Staatsangehörigkeit, das Geburtsland, das Einreisejahr, die Zuhause gesprochene Sprache sowie die Zugehörigkeit zu einer Zuwanderungsgruppe für beide Elternteile)³³. Dies war im vorliegenden Projekt auf Grund der Bedenken des Berliner Datenschutzbeauftragten nicht möglich. Auch in anderen Studien konnte eine genauere Definition als im *Babyotse Plus* Screeningbogen verwendet werden. Dennoch stimmte die Einschätzung zum Migrationshintergrund im *Babyotse Plus* Screeningbogen sehr gut mit der genauen Erfassung im *Babyotse Plus* Erstgespräch überein.

6.6 Limitationen des *Babylotse Plus* Erstgesprächs (Referenzstandard)

Zur Validierung der Güte des *Babylotse Plus* Screeningbogens wurde die Expertenmeinung der Babylotsen nach Durchführung eines standardisierten *Babylotse Plus* Erstgesprächs zur Erfassung von Belastungen und Ressourcen der Familien mit Neugeborenen angenommen. Das *Babylotse Plus* Erstgespräch ist bisher nicht validiert. Da es jedoch nicht darum geht, bestehende Kindeswohlgefährdung aufzudecken, sondern einen eventuellen Unterstützungsbedarf zu erkennen, wurde die Expertenmeinung als Vergleich für den *Babylotse Plus* Screeningbogen gewählt und, soweit wie möglich, standardisiert. Langfristig sind *Babylotse Plus* Screeningbogen und *Babylotse Plus* Erstgespräch ergänzend und nicht konkurrierend im Einsatz.

Zwar wurde bei der Vergleichsgruppe mit unauffälligem Score ein Teil ($n = 36$) der *Babylotse Plus* Erstgespräche durch angeleitete Medizinstudenten und nicht durch die Babylotsen geführt, jedoch wurde vermutlich kein relevanter Unterstützungsbedarf bei den anderen Gesprächen verpasst. Denn dass bei den 28 durch die Babylotsen geführten Gesprächen bei unauffälligem Screening-Ergebnis in nur einem Fall doch Unterstützungsbedarf im *Babylotse Plus* Erstgespräch entdeckt wurde, lässt vermuten, dass dies bei unauffälligem Screening-Ergebnis selten ist. Zwei bis drei Fälle mehr mit Unterstützungsbedarf in der unauffälligen Vergleichsgruppe hätten Sensitivität und Spezifität des Screeningbogens nur geringfügig verändert.

Sowohl bei der *Heidelberger Belastungsskala*⁵⁴ als auch beim kanadischen *BabyFirst* Programm⁵⁸ wurden für die Validierung der Instrumente Daten der Inobhutnahmen, bei denen Kinder außerhalb ihres Zuhauses untergebracht wurden, hinzugezogen. So sollte bestimmt werden, ob das Risiko richtig erkannt wurde. Inobhutnahmen wären in dieser Studie allerdings nicht geeignet, da sie nur bei schwerwiegenden Fällen von Kindeswohlgefährdung stattfinden und somit an der niederschweligen und präventiven Zielsetzung des *Babylotse Plus* Projekts vorbeigegangen wären. Darüber hinaus können sie nicht die Dunkelziffer an Kindeswohlgefährdung darstellen. Das *Babylotse Plus* Erstgespräch mit den Babylotsen wurde als Referenzstandard („Goldstandard“) verwendet, da es keine zuverlässigere Methode gab, sicher unterstützungsbedürftige Familien zu erkennen.

6.7 Schlussfolgerungen

Generell sind wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Schutz vor Kindeswohlgefährdung nicht einfach durchzuführen. Wie viele Kindeswohlgefährdungen mit präventiven Maßnahmen verhindert werden können, ist in einem Studiensetting mit Beobachtung und Befragung von Risikofamilien schwierig zu beurteilen. Ebenso kann aus ethischen Gründen einer Kontrollgruppe keine unterstützende Maßnahme verwehrt werden. Denkbar wäre der Vergleich zweier unterschiedlicher niedrigschwelliger Interventionen.

Mit dem *Babyotse Plus* Screeningbogen gelang es zuverlässig, keine unterstützungsbedürftige Familie (nach Expertenmeinung) sich selbst zu überlassen, sondern ihnen den Zugang zu *Frühen Hilfen* zu eröffnen. Dabei sollte auf Grund der hohen Zahl falsch Positiver im *Babyotse Plus* Screeningbogen das *Babyotse Plus* Erstgespräch weiterhin ergänzend im Einsatz sein, denn in diesem wird häufig auch eine erste bedarfsgerechte Beratung durchgeführt.

Als besonders geeignete Risikoindikatoren sind diejenigen zu betrachten, welche die Chance für die Einschätzung als „unterstützungsbedürftig“ erhöhten und eine hohe Übereinstimmung zu ihrem Äquivalent im *Babyotse Plus* Erstgespräch hatten, also richtig erkannt wurden. Dazu zählen:

- Hinweise (Intuition) der Klinikmitarbeiter
- junges Alter der Mutter (< 21 Jahren)
- Frühgeburtlichkeit
- Rauchen in der Schwangerschaft
- Partnerschaftsprobleme
- Probleme in der Alltagsbewältigung
- wirtschaftliche Probleme
- und vermutlich auch psychiatrische Erkrankungen.

Väterliche Faktoren (keine väterliche Unterstützung, Rauchen und Arbeitslosigkeit) sollten ebenso erfasst werden. Einwände von Datenschutzbeauftragten, welche Variablen in einem Risikoscreening erfasst werden dürfen, um sinnvolle psychosoziale Frühwarnsysteme zu entwickeln, sollten dringend geklärt werden.

Dass die Intuition der Mitarbeiter mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Unterstützungsbedarf einherging, sollte daran denken lassen, dass gut geschultes Personal mit ausreichend zeitlichen Ressourcen für Patienten im Kinderschutz von großer Bedeutung ist. Im amerikanischen *SEEK* Projekt wurde verdeutlicht, dass ein gezieltes Training von Assistenzärzten über die Bedeutung, das Erkennen und Ansprechen von psychosozialen Risikofaktoren wichtig ist¹⁰⁰. Das Training von Personal pädiatrischer Praxen (Kinderarzt und Arzthelfer / Schwester) auf das Erkennen und Adressieren von Risikofaktoren (elterliche Depression, Substanzmissbrauch, starker Stress und Gewalt in der Partnerschaft) für die

kindliche Entwicklung, Gesundheit und Sicherheit kann nach einem Jahr zu weniger psychischen Aggressionen und weniger kleineren körperlichen Attacken (in einer risikoarmen Population) und somit zur Vermeidung von Kindesmisshandlung führen⁸⁴. Anlehnend daran könnten regelmäßige Schulungen für Mitarbeiter der Geburtsklinik diskutiert werden.

Neben Risikoindikatoren für Kindeswohlgefährdung gibt es sogenannte Schutzfaktoren, die in der Resilienzforschung untersucht werden. Einige sind Eigenschaften, die das Kind mitbringt - sie können im Rahmen psychosozialer Frühwarnsysteme nicht erfasst und berücksichtigt werden – andere, wie eine stabile Eltern-Kind-Bindung und unterstützende familiäre Bedingungen^{5,28}, können gezielt gestärkt werden. Dazu gehören auch: stabile, gute Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson, sicheres Bindungsverhalten und die Entlastung von (alleinerziehenden) Müttern, soziale Förderung des Kindes (wie in Gruppenangeboten)¹⁰¹. Diese zu stärken ist das Ziel *Früher Hilfen*. Mit dem gezielten Vermitteln von *Frühen Hilfen* an bedürftige Familien ist es genauso das Ziel des *Babyotse Plus* Projekts.

Es sind noch weitere Anstrengungen notwendig, um nachhaltig das Wohlergehen aller Kinder zu schützen. Ein wichtiger Schritt ist mit *Babyotse Plus* erreicht worden, indem frühzeitig und systematisch psychosozial belastete Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert werden konnten, um sie an unterstützende Einrichtungen anzubinden.

Zukünftige Studien zur Verbesserung des *Babyotse Plus* Screeningbogens sollten versuchen, bei gleichbleibend hoher Sensitivität die Spezifität zu verbessern, also die Anzahl der falsch Positiven zu reduzieren. Es sollte evaluiert werden, ob dies durch Aufnahme genauerer Angaben bzw. Informationen zu z.B. väterlichen Faktoren und Gewalterfahrung der Eltern in der eigenen Kindheit in das Screening-Instrument und der Herausnahme scheinbar weniger gut geeigneter Items erreicht werden kann. Bei der Weiterentwicklung des Screening-Instrumentes ist zu berücksichtigen, dass der aktuelle Umfang nicht weiter vergrößert werden sollte, um ihn als praktikables Screening-Instrument im klinischen Alltag einsetzen zu können. Ebenso sollte neben der Validierung inklusive der Interrater-Reliabilität eines veränderten Screeningbogens in zukünftigen Studien die diagnostische Güte des Instrumentes auch unter Einschluss von Familien mit schlechten Deutschkenntnissen durch Heranziehung von Dolmetschern untersucht werden.

7 Literaturverzeichnis

1. Was sind Frühe Hilfen? Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (Accessed February 22, 2013, at <http://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/>.)
2. Benz U, Egle U, Hardt J, et al. Kindeswohlgefährdung Erkennen und Helfen. Berlin: Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.; 2009.
3. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin übernommen von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – Langfassung. 2008. (Accessed August 27, 2012, at http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071-003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf)
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. England, 2009;68-81.
5. Afifi TO, Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. Can J Psychiatry 2011;56:266-72.
6. Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM, Goldbeck L. Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland: Annäherung an ein Dunkelfeld. Kindheit und Entwicklung 2011;20:64-71.
7. Ziegenhain U, Fegert JM, Ostler T, Buchheim A. Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter - Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2007;56:410-28.
8. Helming E, Sandmeir G, Sann S, Walter M. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Ed: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München: Deutsches Jugendinstitut e. V. Abteilung Projekt Kurzevaluation Frühe Hilfen; 2006.
9. Kinder- und Jugendhilfe. Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls nach § 8a Absatz 1 SGB VIII im Jahr 2012 nach Ländern und dem Ergebnis der Verfahren. 2013. (Accessed July 31, 2013, at <https://http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/Tabellen/GefaehrdungKindeswohl2012.html>.)
10. In Deutschland leben 8,1 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern. Statistisches Bundesamt. (Accessed April 30, 2014, at <https://http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/AktuellFamilien.html>.)

11. Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Schutzmaßnahmen, Vorläufige Schutzmaßnahmen – Zeitreihe. Statistisches Bundesamt. (Accessed March 29, 2012, at <https://http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/SozialeLeistungen/KinderJugendhilfe/Tabellen/Schutzmassnahmen.html>.)

12. Polizeiliche Kriminalstatistik 2012. Berlin: Bundesministerium des Innern; 2013. (Accessed May 25, 2014, at http://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true)

13. Nüsken D. Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme – Strukturen, Zugänge und Modelle zum Kinderschutz und zur Früherkennung riskanter Lebenslagen. In: Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung. Bildung - Risiken - Prävention in der frühen Kindheit, eds. Robert, G. Pfeifer, K. Dröbner, T., Wiesbaden, 2011:271-90.

14. Brandt B, Deininger S, Erdmann B, et al. Basisbericht 2009, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. eds. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme, Berlin: Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt; 2010.

15. Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. Prevalence of child maltreatment in The Netherlands. *Child Maltreat* 2010;15:5-17.

16. Schwanda S, Schneider S, Künster AK, et al. Prävention von Kindeswohlgefährdung auf der Basis früher Hilfen und interdisziplinärer Kooperation am Beispiel des Modellprojekts "Guter Start ins Kinderleben". *Gesundheitswesen* 2008;70:696-701.

17. Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG). 2975. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011, 2011.

18. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), ed. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2010:11-9.

19. Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes. 65 Jahrgang, Nr 33, 30. Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, 2009.

20. Gemeinsame Ausführungsvorschriften über die Durchführung von Maßnahmen zum Kinderschutz in den Jugend- und Gesundheitsämtern der Bezirksämter des Landes Berlin (AV Kinderschutz Jug Ges). Senat für Bildung, Jugend und Wissenschaft, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2008. (Accessed January 14, 2015, at https://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-jugend/rechtvorschriften/av_kinderschutz.pdf?start&ts=1418297825&file=av_kinderschutz.pdf)

21. Jugend in Berlin, Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz, Kinderschutz verbessern - Gewalt gegen Kinder entgegenwirken. eds. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz; 2007.
22. Jugend in Berlin, Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung Empfehlungen zur Umsetzung nach § 8 a SGB VIII. eds. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz; 2007.
23. Kooperationsvereinbarung über vernetzte Fallarbeit zwischen der Charité Universitätsmedizin Berlin und dem Land Berlin. Berlin, 2009.
24. Laucht M, Esser G, Schmidt MH, et al. "Risikokinder": Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1992;41:274-85.
25. Laucht M, Esser G, Schmidt MH, et al. Viereinhalb Jahre danach: Mannheimer Risikokinder im Vorschulalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1996;24:67-81.
26. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:843-53.
27. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1998;26:6-20.
28. Laucht M. Die Mannheimer Längsschnittstudie - Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. 16. Kölner Kinderpsychotherapie Kolleg „Multimodale Diagnostik und Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Köln, 2009.
29. Laucht M, Schmidt MH, Esser G. Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2002;30:5-19.
30. Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreat. United States* 2011:63-73.
31. Engels D, Köller R, Koopmans R, Höhne J. Zweiter Integrationsindikatorenbericht. ed: die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Köln, 2011.
32. Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Bevölkerung 2010 nach Migrationshintergrund und Ländern. Statistisches Bundesamt. (Accessed March 30, 2012, at <https://http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundLaender.html?nn=151688>.)

33. Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch Institut; 2008.
34. Kurtz V, Brand T, Maier-Pfeiffer A, Hartmann S, Jungmann T. Implementierung Früher Hilfen für Familien mit und ohne Migrationshintergrund Ergebnisse des Modellprojekts „Pro Kind“. Prävention und Gesundheitsförderung 2012;7:135-41.
35. Pawils S, Koch U, Metzner F, Reiß F, Schwinn A, Röhrbein M. Soziale Frühwarnsysteme: ambulant versus stationär. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung 2011;1:22-33.
36. Pawils S, Schwinn A, Metzner F, Reiß F, Koch U. Endbericht Babyotse Hamburg: Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems. Hamburg, 2010.
37. Crowne SS, Gonsalves K, Burrell L, McFarlane E, Duggan A. Relationship between birth spacing, child maltreatment, and child behavior and. Matern Child Health J 2012;16:1413-20.
38. Gonzalez A, MacMillan HL. Preventing child maltreatment: an evidence-based update. J Postgrad Med 2008;54:280-6.
39. MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health C. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ 2000;163:1451-8.
40. Scharte M, Bolte G. Kinder alleinerziehender Frauen in Deutschland: Gesundheitsrisiken und Umweltbelastungen. Gesundheitswesen 2012;74:123-31.
41. Dinter-Jorg M, Polowczyk M, Herrle J, Esser G, Laucht M, Schmidt MH. Mannheimer Beobachtungsskalen zur Analyse der Mutter-Kind-Interaktion im Kleinkindalter. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1997;25:207-17.
42. Chan KL, Brownridge DA, Fong DY, Tiwari A, Leung WC, Ho PC. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: a longitudinal study. Child Abuse Negl. England: 2012; 2012:275-84.
43. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. Child Abuse Negl 2003;27:1409-25.
44. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. Child Abuse Negl 2002;26:11-22.
45. Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. Nervenarzt 1997;68:683-95.

46. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. 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 Negl* 1998;22:1065-78.
47. D'Andrade A, Austin MJ, Benton A. Risk and safety assessment in child welfare: instrument comparisons. *J Evid Based Soc Work* 2008;5:31-56.
48. English DJ. Evaluation and risk assessment of child neglect in public child protection services. In: Dubowitz H, ed. *Neglected children: Research, practice and policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 1999:191-210.
49. Künstler AK, Schöllhorn A, Knorr C, Fegert JM, Ziegenhain U. Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2010;59:731-43.
50. Larson K, Russ SA, Crall JJ, Halfon N. Influence of multiple social risks on children's health. *Pediatrics* 2008;121:337-44.
51. Rycus JS, Hughes RC. Issues in risk assessment in child protective services: Policy white paper. Columbus, OGH: North American Resource Center for Child Welfare, Center for Child Welfare Policy; 2003.
52. Kim J, Dubowitz H, Hudson-Martin E, Lane W. Comparison of 3 data collection methods for gathering sensitive and less. *Ambul Pediatr* 2008;8:255-60.
53. Eickhorst A, Borchardt S, Cierpka M. Differenzielle Angebotsstrukturen in der Betreuung belasteter Familien am Beispiel des Frühe-Hilfen-Projektes "Keiner fällt durchs Netz". *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2012;61:781-90.
54. Sidor A, Eickhorst A, Stasch M, Cierpka M. Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2012;61:766-80.
55. Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künstler A, Hofer AK, König C, Fegert JM. Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch. Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben, Werkbuch Vernetzung: Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2010:131-4.
56. Besier T, Pillhofer M, Botzenhart S, et al. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Risiko-Screening in der Geburtshilfe. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2012;72:397-402.
57. Filsinger B, Bechtold I, Gehrman J. Die geburtshilfliche Anamnese als Schlüssel für frühe individuelle Hilfen. *Frauenarzt* 2008;49:528-30.
58. Brownell MD, Chartier M, Santos R, Au W, Roos NP, Girard D. Evaluation of a newborn screen for predicting out-of-home placement. *Child Maltreat*. United States 2011:239-49.

59. Korfmacher J. The Kempe Family Stress Inventory: a review. *Child Abuse Negl* 2000;24:129-40.
60. Pressemitteilung „Modellprojekt für mehr Kinderschutz gestartet“. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2009. (Accessed March 30, 2012, at <http://www.berlin.de/landespressestelle/archiv/2009/10/05/141317/index.html>.)
61. Einlegeblatt für den Mutterpass / das Kindervorsorgeheft. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz mit freundlicher Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. (Accessed March 30, 2012, at http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/kindergesundheit/einlegeblatt_deutsch.pdf?start&ts=1302789107&file=einlegeblatt_deutsch.pdf.)
62. Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ref. 511, Arbeitsgruppe frühe Hilfen/Frühwarnsysteme, 2006. (Accessed January 8, 2015, at http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/60816KonzeptFrueheHilfen.pdf)
63. Keupp H. Verwirklichungschancen von Anfang an. Frühe Forderung im 13. Kinder- und Jugendbericht. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53:1011-7.
64. Renner I. Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53:1048-55.
65. Bergmann RL, Kamtsiuris P, Bergmann KE, Huber M, Dudenhausen JW. Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindung. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2000;204:60-7.
66. Bergmann KE, Bergmann RL, Richter R, Finke C, Dudenhausen JW. Frühe Gesundheitsförderung und Prävention am Beginn des 20. und des 21. Jahrhunderts. Daten und Gedanken zum 100. Jahrestag der Eröffnung des Kaiserin Auguste Victoria Hauses zu Berlin. *Gesundheitswesen* 2009;71:709-21.
67. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DP. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child* 2006;91:744-52.
68. Künstler AK, Knorr C, Fegert JM, Ziegenhain U. Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den Frühen Hilfen. Eine Pilotuntersuchung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53:1134-42.

69. Ayerle GM, Luderer C, Behrens J. Modellprojekt FrühStart - Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2010;53:1158-65.
70. Kindler H. Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2010;53:1073-9.
71. Kotch JB, Browne DC, Dufort V, Winsor J. Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. Child Abuse Negl 1999;23:305-19.
72. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. J Child Psychol Psychiatry 1997;38:843-53.
73. Stith SM, Liu T, Davies LC, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. Aggression and Violent Behavior 2009;14:13-29.
74. Weindrich D, Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Marital discord and early child development. Acta Paedopsychiatr 1992;55:187-92.
75. KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch Instituts. Robert Koch Institut. (Accessed March 30, 2012, at <http://www.kiggs.de/>.)
76. Chan AW, Pristach EA, Welte JW, Russell M. Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. Alcohol Clin Exp Res 1993;17:1188-92.
77. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, et al. The STARD statement for reporting studies of diagnostic accuracy: explanation and elaboration. Ann Intern Med 2003;138:W1-12.
78. Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. Cancer 1950;3:32-5.
79. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. Jama 1994;271:703-7.
80. Javier JR, Huffman LC, Mendoza FS, Wise PH. Children with special health care needs: how immigrant status is related to health care access, health care utilization, and health status. Matern Child Health J 2010;14:567-79.
81. Deegener G, Spangler G, Körner W, Becker N. EBSK. Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung. Deutsche Form des Child Abuse Potential Inventory (CAPI) by Joel S. Milner. Göttingen: Hogrefe; 2009.
82. Korfmacher J. The Kempe Family Stress Inventory: a review. Child Abuse Negl 2000;24:129-40.

83. Chan KL. Evaluating the risk of child abuse: the Child Abuse Risk Assessment Scale (CARAS). *J Interpers Violence*. United States 2012;951-73.
84. Dubowitz H, Lane WG, Semiatin JN, Magder LS. The SEEK model of pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in. *Acad Pediatr* 2012;12:259-68.
85. Dubowitz H, Prescott L, Feigelman S, Lane W, Kim J. Screening for intimate partner violence in a pediatric primary care clinic. *Pediatrics* 2008;121:e85-91.
86. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, et al. Screening for depression in an urban pediatric primary care clinic. *Pediatrics* 2007;119:435-43.
87. Lane WG, Dubowitz H, Feigelman S, et al. Screening for parental substance abuse in pediatric primary care. *Ambul Pediatr* 2007;7:458-62.
88. Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull* 1993;114:413-34.
89. Wu SS, Ma CX, Carter RL, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Negl*. England 2004;1253-64.
90. Ayerle GM, Makowsky K, Schucking BA. Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care. *Midwifery* 2012;28:E469-77.
91. Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ, Gromoske AN. Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreat* 2009;14:73-88.
92. Jones L, Bellis MA, Wood S, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. England: 2012 Elsevier Ltd; 2012:899-907.
93. Trautmann-Villalba P, Gerhold M, Laucht M, Schmidt MH. Early motherhood and disruptive behaviour in the school-age child. *Acta Paediatr* 2004;93:120-5.
94. Zuravin SJ. Unplanned childbearing and family size: their relationship to child neglect and. *Fam Plann Perspect* 1991;23:155-61.
95. Gesundheit - Gewalt - Migration, Eine vergleichende Sekundäranalyse zur gesundheitlichen und Gewaltsituation von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Accessed January 4, 2015, at <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gesundheits-gewalt-migration-langfassung-studie,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>)

96. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ 2000;163:1451-8.
97. Furtado EF, Laucht M, Schmidt MH. Psychische Auffälligkeiten von Kindern alkoholkranker Väter. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2002;30:241-50.
98. Gillham B, Tanner G, Cheyne B, Freeman I, Rooney M, Lambie A. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. Child Abuse Negl. England 1998:79-90.
99. Khan KS, Chien PF. Evaluation of a clinical test. I: assessment of reliability. Bjog 2001;108:562-7.
100. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address. Acad Pediatr 2011;11:474-80.
101. Egle UT, Hardt J, Nickel R, Kappis B, Hoffmann SO. Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit - Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate1/2. Z Psychosom Med Psychother 2002;48:411-34.

8 Eidesstattliche Versicherung

Ich, Silvia Viktoria Luise Fisch, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „*Babytse Plus* – Implementation eines psychosozialen Frühwarnsystems in der Geburtsmedizin“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum:

Unterschrift:

9 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

10 Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Thomas Keil, dass er mir wissenschaftliches Arbeiten näher gebracht, sich meiner Dissertation angenommen und sie ermöglicht hat. Stets erhielt ich von ihm rasch konstruktives Feedback, hilfreiche Ratschläge und Anregungen, effektive Unterstützung in meinem Promotionsvorhaben sowie aufbauende Worte. Danke für die produktive und angenehme Arbeitsatmosphäre!

Frau Dr. med. Christine Klapp danke ich für ihr Vertrauen, mich als Doktorandin an diesem Projekt von Beginn an Teil haben zu lassen, mir in schwierigen Phasen Mut zuzusprechen, mich zu meinen ersten Kongressvorträgen zu ermutigen, für ihre Betreuung und für *Babylotse Plus*.

Ich danke Cynthia Hohmann, Theresa Keller, Prof. Dr. med. Renate L. Bergmann und Prof. Dr. med. Karl E. Bergmann für ihren fachlichen Rat und ihre Unterstützung, die alles andere als selbstverständlich waren.

Nurina Nazmy und Ellika Maass, den Babylotsen, Danke! Was wäre *Babylotse Plus* ohne euch – sowohl in praktischer als auch in menschlicher Hinsicht! Ich danke euch für die Unterstützung! Dies gilt ebenso für Nevena Ljubinkovic und Jacqueline Baumgart: Danke!

Auch Heike Heyduschka danke ich für ihren Beistand und *Babylotse Plus*.

Ulrike Stasun und Angelika Mindel-Hennies danke ich für ihre Mühe und Geduld.

Für all die Arbeit und Ausdauer über drei Jahre hinweg, für Anregungen und wahrlich tatkräftige Unterstützung danke ich dem gesamten *Babylotse Plus* Team sowie allen Mitarbeitern der Geburtsklinik und des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, die an Planung sowie Umsetzung der Studie gegen alle Widrigkeiten und der Erfassung und Verarbeitung der Daten beteiligt waren. Ohne diese Teamarbeit wäre das Projekt nicht möglich gewesen.

Selbstverständlich wäre es auch nie ohne das Vertrauen der teilnehmenden Familien gegangen – auch ihnen gilt mein Dank!

Babylotse Hamburg danke ich für die freundliche Einladung nach Hamburg und Kooperation!

Zu guter Letzt, aber VON GANZEM HERZEN danke ich meiner Familie und meinen Freunden für all die Liebe und Unterstützung, die ich über die Jahre hinweg von euch erfahren haben, für euer Vertrauen in mich, dafür, dass ihr in den Höhen und Tiefen während des Promovierens für mich da wart, stets Trost und Motivation gespendet habt, fürs geduldige Lesen meiner Arbeit, konstruktive Kritik und so vieles mehr! Ohne euch wäre NICHTS, wie es ist!