

Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung

Ilona Renner, Sara Scharmanski, Juliane van Staa, Anna Neumann,
Mechthild Paul

Author's accepted manuscript version

Publisher's Version:

Published in: Springer-Verlag Berlin Heidelberg: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (ISSN: 1437-1588)

Publication date: 04 September 2018

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2805-0>

Cite as: Renner, I., Scharmanski, S., van Staa, J. et al. Bundesgesundheitsbl (2018) 61: 1225.

<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2805-0>

Hintergrund

Seit dem 01.01.2012 gilt das Bundeskinderschutzgesetz [1]. In diesem Gesetz ist die Einrichtung eines Fonds enthalten, der ab Januar 2018 in Form einer „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ mit Bundesmitteln dazu beiträgt, die Netzwerke Früher Hilfen und die Angebote psychosozialer Unterstützung für junge Familien dauerhaft sicherzustellen.

Für die Frühen Hilfen wurde damit ein Meilenstein erreicht. In gemeinsamer Anstrengung aller föderalen Ebenen in Deutschland ist es gelungen, die Frühen Hilfen flächendeckend auszubauen und in die regelhafte Versorgung zu überführen [2, 3].

Das Präventionsdilemma in den Frühen Hilfen

Obwohl inzwischen vieles erreicht ist, gibt es weiterhin Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Qualität der Angebote. So stellt sich nach wie vor die Frage, ob mit den Angeboten der Frühen Hilfen (auch) diejenigen Familien in ausreichendem Maße angesprochen werden, für die die Frühen Hilfen konzipiert wurden.

Bisherige Erkenntnisse aus der Forschung belegen einen sozialen Gradienten bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten rund um die Geburt eines Kindes, wie beispielsweise die Geburtsvorbereitung oder die Nachsorge durch eine Hebamme. Gerade Familien, deren Lebenslagen durch multiple Belastungen gekennzeichnet sind und die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, können nur schwer erreicht und zur Inanspruchnahme dieser Angebote motiviert werden (sog. Präventionsdilemma; [4]). Dies scheint, wenn auch geringer ausgeprägt, ebenso für die spezifischen Angebote der Frühen Hilfen zuzutreffen, wie beispielsweise die Betreuung durch eine Familienhebamme [5].

Der Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen wird voraussichtlich auch in Zukunft Thema der Frühen Hilfen sein. Die Unterstützungssysteme sind herausgefordert, sich dieser Situation zu stellen.

Zugänge schaffen durch intersektorale Kooperation

Schon mit dem Beginn des bundespolitischen Engagements für die Frühen Hilfen wurde konstatiert, dass interdisziplinär gestaltete kommunale (Präventions-)Netzwerke unbedingt erforderlich sind, um allen Familien – und damit auch den Familien mit erhöhtem psychosozialen Hilfebedarf – einen Zugang zu frühen Unterstützungsmöglichkeiten zu eröffnen [6].

In der kommunalen Praxis Früher Hilfen wird die intersektorale Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens als sehr wichtig, jedoch oftmals als mühselig beschrieben [7]. Beklagt werden verschiedene Kooperationshemmnisse, wie beispielsweise die Tatsache, dass zentrale Leistungen des medizinischen Sektors zur Vermittlung von Familien mit psychosozialen Hilfebedarf (Gespräche mit der Familie, Teilnahme an Netzwerktreffen, weitere Aufwände für Kooperation) nicht bzw. nicht angemessen vergütet werden.

Inzwischen scheinen sich die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns zu verändern (siehe Abschnitt „Veränderte Rahmenbedingungen“). Zum einen gibt es Hinweise darauf, dass sich – trotz wirtschaftlichen Aufschwungs – der Anteil der Familien mit psychosozialen Hilfebedarf aufgrund von verfestigten Armutslagen sowie Immigration erhöht hat, sodass der Handlungsdruck im Gesundheitswesen zunimmt. Zum anderen wird es Ärztinnen und Ärzten durch Richtlinien, Vereinbarungen und (geringfügige) Ergänzungen aktueller gesetzlicher Vorgaben erleichtert, angemessen auf den psychosozialen Hilfebedarf ihrer Patientinnen und Patienten zu reagieren.

Forschungsfragen/Ziel des vorliegenden Beitrags

Inwieweit spiegeln sich die veränderten Rahmenbedingungen in den Haltungen und Handlungen der Gesundheitsakteure wider? Verändert sich die fallbezogene intersektorale Zusammenarbeit? Welche Faktoren stärken die Kooperation; welche erweisen sich als Hemmnis?

Um diese Fragen systematisch zu beantworten, hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Jahre 2017 ein Forschungsprogramm zur dauerhaften Beobachtung von Entwicklungstendenzen zentraler Gesundheitsakteure auf den Weg gebracht. Im Forschungsprogramm „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monito-

ring) werden in regelmäßigen Abständen repräsentative Daten zur Analyse der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Frühen Hilfen erhoben. Im Fokus stehen dabei die niedergelassene Gynäkologie, die Geburtskliniken und die niedergelassene Pädiatrie. Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Darstellung von Hintergründen, Zielen und Design des Forschungsprogramms.

Im Folgenden soll zunächst expliziert werden, warum die oben genannten Gesundheitsakteure besonders relevante Partner für die Frühen Hilfen sind, aber bis in die jüngste Zeit hinein nicht ausreichend für eine Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe gewonnen werden konnten. Anschließend wird der Frage nachgegangen, inwieweit einzelne Rahmenbedingungen der Versorgung junger Familien in niedergelassener Gynäkologie, Geburtsklinik und niedergelassener Pädiatrie in Prozessen der Veränderung begriffen sind.

Im nächsten Schritt wird das Design des Forschungsprogramms skizziert und abschließend werden erste Ergebnisse berichtet, die einen erhöhten Handlungsdruck im Gesundheitswesen belegen sowie für eine in Zukunft zunehmende Akzeptanz und Relevanz der Frühen Hilfen sprechen.

Relevante Akteure im Gesundheitswesen und Qualität der Kooperation mit den Frühen Hilfen

Relevante Akteure

Im Jahr 2010 hat das NZFH Mitarbeitende und Leitungen von Modellprojekten im Bereich Früher Hilfen nach ihren Erfahrungen mit Kooperation und Vernetzung befragt [8]. Die Ergebnisse der explorativen Studie zeigen, dass Akteure des Gesundheitswesens hoch relevante Kooperationspartner waren: Niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte, die Geburtskliniken und die niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte erhielten (neben Jugendamt und Hebammen) die höchsten Bewertungen für ihre Bedeutung hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Frühen Hilfen.

Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen können bereits im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft vertrauliche Kontakte herstellen, neben medizinischen Risiken auch psychosoziale Belastungen wahrnehmen sowie die Schwangeren und ihre Partner beraten bzw. auf Beratungsangebote aufmerksam machen [9].

98 % der Kinder kommen in Geburtskliniken zur Welt [10, 11]. Somit können Mitarbeitende auf Geburtsstationen persönlichen Kontakt zu Familien mit hohem Unterstützungsbedarf herstellen und ihnen den Zugang zum kommunalen System Frühe Hilfen eröffnen. Schon kurz nach der Geburt des Kindes haben niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte über die ersten Früherkennungsuntersuchungen Kontakt zu nahezu allen jungen Familien, auch solchen in belastenden Lebenslagen [12]. Aufgrund ihrer besonderen Vertrauensstellung zu jungen Eltern können Kinderärztinnen und -ärzte auch Gespräche und Beratungen durchführen, die neben medizinischen auch psychosoziale Fragen betreffen.

Kooperationshemmnisse

Akteuren des Gesundheitssystems kommt aus Sicht der Frühen Hilfen höchste Bedeutung als „Türöffner“ und Zugangsweg zu hoch belasteten Familien zu. Die zusammengefassten Erfahrungen aus den Modellprojekten der Frühen Hilfen zeigten jedoch auch, dass die Qualität der „fallbezogenen“ Zusammenarbeit im Jahr 2010 noch nicht den damit verbundenen Hoffnungen und Erwartungen entsprach [9]. In eine ähnliche Richtung weisen aktuelle Befunde zur Qualität der „fallübergreifenden“ Kooperation aus Sicht der Kommunen [13, 14].

Um einen systematischen Einblick in die fallbezogene Kooperation zu erhalten, wurden 2013 im Kontext eines Forschungsprojekts 28 Kinderärztinnen und -ärzte gebeten, psychosoziale Belastungen der Familien, die mit ihren Kindern an der U5 (Früherkennungsuntersuchung im 6. Lebensmonat des Kindes) teilnahmen, einzuschätzen [15]. Obwohl etwas mehr als 13 % (n = 31) der Familien von Ärztinnen und Ärzten als psychosozial belastet eingeschätzt wurden, wurde nur eine einzige dieser Familien in die Frühen Hilfen, die passende Unterstützung hätten anbieten können, vermittelt.

In offenen Nennungen begründeten die teilnehmenden Kinderärztinnen und -ärzte die geringe Vermittlungsrate damit, dass die pädiatrische Beratung bereits ausreichend gewesen sei (22,5 % der genannten Gründe fielen in diese Kategorie). Häufig wurde angegeben, die Angebote Früher Hilfen nicht gut genug zu kennen (14,1 %); vielfach wurden jedoch auch Vorbehalte formuliert (9,9 %) oder es wurde von einer Vermittlung abgesehen, weil kein Feedback der Kinder- und Jugendhilfe erwartet wird (11,3 %). Jede siebte Nennung bezog sich auf Schwierigkeiten beim Ansprechen psychosozialer Themen im Rahmen der U-Untersuchungen.

Veränderte Rahmenbedingungen

Inzwischen scheinen sich die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns zu verändern. Zum einen gibt es Hinweise darauf, dass der Anteil junger Familien mit hohem psychosozialen Hilfebedarf aktuell angestiegen ist, zum anderen beginnen sich sowohl für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch für Geburtskliniken Möglichkeiten zu eröffnen, dieser Herausforderung im Arbeitsalltag zu begegnen.

Junge Familien mit psychosozialen Unterstützungsbedarf

Die deutsche Wirtschaft befindet sich seit 2013 in einem Aufschwung, der sich im Jahr 2017 nochmals merklich beschleunigt hat [16]. Trotz der damit einhergehenden Beschäftigungsperspektiven ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen im SGB-II-Bezug („Hartz IV“) seit 2012 mit einem Zuwachs von 8 % stark angestiegen. Dies gilt in besonderem Maße für Kinder von 0–3 Jahren, von denen 2017 jedes sechste Kind in Familien aufwuchs, die auf Leistungen nach SGB II angewiesen waren [17]. Mit einer Armutslage sind häufig multiple Belastun-

<p>I. Renner · S. Scharmanski · J. van Staa · A. Neumann · M. Paul</p> <p>Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Hintergrund: Frühe Hilfen sind Angebote für Familien mit Kindern bis zum Alter von 3 Jahren. Sie leisten einen Beitrag zur Förderung von elterlichen Kompetenzen, um die Entwicklungs- und Lebensbedingungen von Familien zu verbessern. Ein weiteres, zentrales Element der Frühen Hilfen sind kommunale (Präventions-)Netzwerke. In diesen Netzwerken arbeiten Akteure des Gesundheitswesens mit Akteuren der Kinder- und Jugendhilfe zusammen, um den Familien einen nichtstigmatisierenden Zugang zu den Angeboten der Frühen Hilfen zu eröffnen. Im Forschungsprogramm „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring) des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden seit 2017 repräsentative Daten zur Qualität der Kooperation aus Perspektive der niedergelassenen Gynäkologie, der Geburtskliniken sowie der niedergelassenen Pädiatrie erhoben.</p> <p>Ziel der Arbeit: Dargestellt werden Hintergründe und Ziele des ZuFa-Monitorings sowie Design und Methoden der einzelnen Studien. Im vorliegenden Beitrag werden Stichprobenbeschreibungen und Analysen zur Repräsentativität der Erhebungen in Geburtskliniken (ZuFa_GK) und pädiatrischen Praxen (ZuFa_Päd) sowie erste Ergebnisse zur Kooperationsqualität berichtet.</p> <p>Erste Ergebnisse: Die Stichproben sind repräsentativ für die Grundgesamtheit der Geburtskliniken bzw. der pädiatrischen Praxen in Deutschland. Zwei Drittel der Befragten geben an, dass der Anteil psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren zugenommen hat. Deren Versorgung wird aufgrund von Zeitmangel, nichtangemessener Vergütung und erschwerenden Bedingungen wie Sprachbarrieren als Herausforderung bewertet. Von den Frühen Hilfen wird Entlastung erwartet.</p> <p>Diskussion: Das ZuFa-Monitoring erhebt Informationen zur Versorgung psychosozial belasteter Familien und generiert Hinweise auf hemmende und fördernde Bedingungen, die im Rahmen des weiteren Strukturauf- und -ausbaus lokaler Netzwerke berücksichtigt werden können. So kann ein Beitrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen geleistet werden.</p> <p>Schlüsselwörter: Frühe Hilfen, Geburtskliniken, Pädiatrie, Gynäkologie, Psychosoziale Versorgung</p>	<p>The health sector and early childhood intervention: intersectoral collaboration in research</p> <p>Abstract</p> <p>Background: Early childhood interventions are locally and regionally organized support services for families from pregnancy until the end of the third year of life. The interventions promote diverse measures to enhance parental skills in order to improve developmental and living circumstances. One crucial element of early childhood intervention in Germany are prevention networks at municipal level. The collaboration of healthcare professionals and child and youth welfare professionals in these networks aims to provide nonstigmatizing access to early childhood intervention for families with psychosocial burdens. From the point of view of the healthcare sector, the research program Together for Families (ZuFa Monitoring) of the National Centre on Early Prevention (NZFH) at the Federal Centre for Health Education (BZgA) has collected representative data at the interfaces of gynecology, obstetrics, pediatrics, and early childhood intervention since 2017.</p> <p>Goal: The background and goals, as well as design and methods of the ZuFa Monitoring studies are described. For obstetrics clinics and resident pediatricians, sample descriptions, including data on representativeness and early data regarding collaboration quality, are given.</p> <p>Early results: The samples are representative for the population of obstetric clinics and resident pediatricians in Germany. At least two-thirds of the respondents indicate that the proportion of families with psychosocial burdens has increased. Care for psychosocially burdened families is regarded as challenging due to a lack of time, limited financial compensation, and aggravating conditions, such as language barriers. Respondents expect early childhood intervention to alleviate their daily work.</p> <p>Discussion: ZuFa Monitoring collects data regarding the care for families with psychosocial burdens at the interface of the health and the child and youth welfare sector. The research program generates information on inhibitory as well as promoting factors, thereby informing the further development and expansion of prevention networks at the municipal level, and heightening the quality of care for families in the health sector.</p> <p>Keywords: Early childhood intervention, Obstetrics, Pediatrics, Gynecology, Psychosocial care</p>
---	---

gen und ein hoher Unterstützungsbedarf verbunden [18, 19, 20].

Seit Jahren sind Alleinerziehende und Mehrkindfamilien (3 und mehr Kinder) von Armut besonders betroffen [21]. 2015 lag das Risiko für Alleinerziehende, in Armutgefährdung zu geraten, bei 43,8 %¹. Paare mit drei oder mehr Kindern waren zu einem Viertel armutsgefährdet, im Vergleich zu knapp 10 % der Paare mit einem Kind.

Besonders bedenklich sind Anzeichen dafür, dass solche Armutslagen häufig intergenerational „vererbt“ werden [22]. Es ist zu befürchten, dass Kinder, die in armutsgefährdeten Familien aufwachsen, trotz Hochkonjunktur keine fairen Chancen haben, die Armutslage in ihrem eigenen Erwachsenenleben zu überwinden.

Der wirtschaftliche Aufschwung hat die Lage armutsgefährdeter Familien

¹ Armutgefährdung definiert als relative Größe: weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten).

nicht hinreichend verbessern können. Zusätzlich ist seit 2012 eine große Anzahl Menschen, mit teils hohen psychosozialen Belastungen, aus unterschiedlichen Gründen nach Deutschland zugewandert.

80 % der Menschen, die im Jahr 2015 neu nach Deutschland zugewandert sind, sind jünger als 40 Jahre. Damit gehören sie zu einer Altersgruppe, in der Familien gegründet und erweitert werden. In der Gesamtbevölkerung Deutschlands ist der Anteil junger Frauen und Männer mit 42 % nur halb so hoch [23]. Der im Jahr 2016 beobachtete Anstieg der Geburtenrate ist dementsprechend in starkem Maße auf Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft zurückzuführen (+25 % ggü. 2015), während die Zahl der Geburten bei Frauen mit deutschem Pass (mit und ohne Migrationsgeschichte) deutlich geringer angestiegen ist (+3 % ggü. 2015; [24]).

Eine bisher unveröffentlichte Recherche des NZFH in Geburtskliniken [25] zeigt, dass eine zusätzliche, aktuelle Herausforderung bei der Versorgung psychosozial belasteter Familien rund um die Geburt Verständigungsprobleme und kulturelle Barrieren sind.

Um eine adäquate Versorgung aufrechtzuerhalten, bedarf es nicht nur personeller und räumlicher Kapazitäten, sondern oft – neben den entsprechenden Sprachkompetenzen – auch Kenntnisse darüber, wie schwierige psychosoziale Themen kultursensibel angesprochen werden können und welche passenden weiterführenden Hilfen zur Unterstützung der Familien und Entlastung der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen verfügbar sind.

Initiativen zur Unterstützung von Überleitungsaktivitäten

Mit den überarbeiteten Kinderrichtlinien (1), dem Präventionsgesetz (2) und den Förderkriterien der Bundesstiftung Frühe Hilfen (3) sind die Regularien dahin gehend aktualisiert worden, dass Aktivitäten zur Überleitung vom Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe bzw. in die Frühen Hilfen stärker unterstützt werden.

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Jahr 2015 die „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ [26] überarbeitet. Demnach soll bei den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) im Kindesalter das Erkennen psychosozialer Aspekte stärker berücksichtigt werden [27]. Ziel ist, Verhaltensauffälligkeiten und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen früh zu erkennen und den Eltern entsprechende Hilfen anzubieten.
2. Ähnliche Hinweise auf Vermittlungsmöglichkeiten enthält das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), das am 25.07.2015 in Kraft getreten ist (§§ 24d, 26; [28]). Damit ist gesetzlich verankert, dass in den U-Untersuchungen (bei entsprechendem Bedarf) die Familien auch zu regionalen Unterstützungsangeboten informiert werden.
3. Seit dem 01.01.2018 sind über die Bundesstiftung Frühe Hilfen auch Maßnahmen förderfähig, die eine Überleitung psychosozial belasteter Familien aus dem Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe unterstützen [29], wie beispielsweise die Einrichtung von „Lotsensystemen“ in Geburtskliniken.

Das Monitoring ZuFa (Zusammen für Familien)

Gemäß einer Evidence-based-Policy-Strategie, nach der bei politischen Entscheidungen auf eine breite Datenbasis und wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgegriffen werden soll [30, 31], wird in der „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ der weitere Ausbau Früher Hilfen wissenschaftlich begleitet [32].

Um die Art der Kooperation zwischen Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Frühen Hilfen sowie die Kooperationsintensität und -qualität dauerhaft und systematisch zu beobachten, hat das NZFH seit 2016 den Forschungszyklus „Zusammen für Familien (ZuFa-Monitoring)“ auf den Weg gebracht.

Das Vorgehen bei den Querschnittsbefragungen folgt einem Mixed-Methods-Design [33]. Die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden der Datenerhebung ermöglicht eine tiefergehende inhaltliche Interpretation statistischer Zusammenhänge, sodass komplexe Untersuchungsgegenstände ganzheitlich analysiert werden können. Die qualitativen Methoden, die im ZuFa-Monitoring eingesetzt werden, umfassen leitfadengestützte Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten, Fokusgruppen sowie Workshops mit Fachkräften. Im Folgenden werden ausschließlich die quantitativen Studienteile dargestellt. Nach der Beschreibung von Methodik und Stichproben von ZuFa_GK (Geburtskliniken) und ZuFa_Päd (niedergelassene Pädiatrie) folgt ein kurzer Überblick über die geplante Befragung ZuFa_Gyn (niedergelassene Gynäkologie).

Alle Befragungen des ZuFa-Monitorings wurden der Freiburger Ethikkommission International (FEKI) vorgelegt, die den Studien uneingeschränkt zustimmte.

Monitoring Geburtsklinik und Frühe Hilfen (ZuFa_GK)

Rekrutierung: Der Deutsche Krankenhausinstitut e. V. (DKI) war mit dem Feldzugang und dem gesamten Datenmanagement beauftragt. Die quantitative Querschnittserhebung erfolgte von April bis August 2017.

Als erster Schritt wurde eine quantitative Fragebogenerhebung durchgeführt. Die Festlegung der Grundgesamtheit erfolgte anhand einer öffentlich zugänglichen Liste aller Geburtskliniken in Deutschland, die neben Kontaktinformationen auch die Geburtenanzahl in den einzelnen Häusern für das Jahr 2015 enthält [34]. So konnten insgesamt N = 673 Kliniken identifiziert werden, die die Einschlusskriterien für die Erhebung – mehr als 300 Geburten im Jahr 2015 – erfüllten (Abb. 1).

Vor dem Feldzugang und dem Versand des Fragebogens wurden die Klinikdirektionen schriftlich kontaktiert und über die Erhebung informiert; der Fragebogen war über einen Link online für die Direktion einsehbar. Lehnte die Klinikdi-

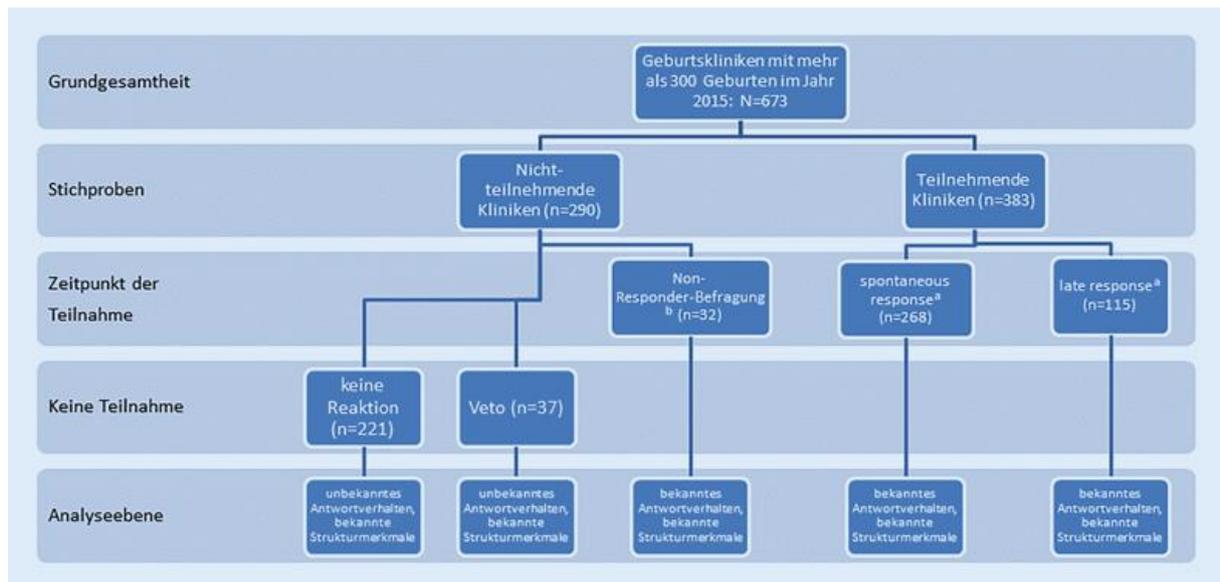


Abb. 1: Übersicht zu den Stichproben im ZuFa-Monitoring der Geburtskliniken und Frühen Hilfen (ZuFa_GK). a „spontaneous response“: Teilnahme bei 1./2. Welle (nach Versand des Hauptfragebogens inkl. Reminder); „late response“: Teilnahme bei 3. Welle nach erneutem Versand des Reminders und telefonischem Kontakt (stichprobenartig). b Ergänzender Versand eines Non-Responder-Fragebogens bei 3. Welle

reaktion eine Teilnahme an der Befragung ab, so konnte sie bei dem beauftragten Feldinstitut ein Veto einlegen. Es schloss sich der postalische Versand der Fragebögen der Hauptbefragung an, der in drei Wellen durchgeführt wurde: (1) erster Versand des Fragebogens der Hauptbefragung an 643 Geburtskliniken, von denen die Direktion vor dem Feldzugang kein Veto eingelegt hatte (n = 30 Direktionen legten vor Beginn der Feldphase ein Veto ein, weitere 7 nach erfolgtem Erstkontakt), (2) Erinnerungsschreiben inkl. erneuten Versands des Fragebogens an 465 Geburtskliniken und (3) Erinnerungsschreiben inkl. Versand des Fragebogens und des Non-Responder-Fragebogens, in dem Ausfallgründe und zentrale Variablen der Haupterhebung enthalten waren, an 363 Geburtskliniken und Durchführung stichprobenartiger telefonischer Kontakte.

Insgesamt haben sich n = 383 (57 %) Geburtskliniken an der Haupterhebung beteiligt (vgl. Abb. 1).

Erhebungsinstrument

In dem Fragebogen werden Informationen zu folgenden Bereichen erfragt: Struktur der Geburtsstation, Häufigkeit und Art von psychosozialen Belastungen der versorgten Familien, Herausforderungen bei der Versorgung von Familien mit psychosozialen Belastungen, interne Organisation der Versorgung, Frühe Hilfen in der Geburtsklinik sowie Bewertung der Frühen Hilfen.

Um die Verständlichkeit der Items für die Zielgruppen, der Passung zum Feld und die inhaltliche Konsistenz des Fragebogens zu überprüfen, wurde das Erhebungsinstrument vor dem praktischen Einsatz einem kognitiven Pretest und einem Expertenreview unterzogen.

Ergänzend zu den oben genannten Fragebogendaten liegen für die Grundgesamtheit aller N = 673 Geburtskliniken die folgenden strukturellen Merkmale vor: Größe des Hauses (Anzahl Planbetten, Anzahl Geburten), geografische Daten (Bundesland, Region, Siedlungstyp) sowie die Trägerschaft des Hauses und ein durchschnittlicher Kaufkraftindex je Haushalt im Postleitzahlengebiet der Klinik.

Zielpersonen der Befragung waren alle Mitarbeitenden der Geburtsstation, die maßgeblich für die Versorgung von psychosozial belasteten Familien zuständig sind. Auch konnten gemäß Instruktion mehrere Personen den Fragebogen gemeinsam ausfüllen.

Selektivität und Repräsentativität der Stichprobe

Selektivitätseffekte im Hinblick auf die Stichprobenzusammensetzung können einen bedeutsamen Einfluss auf Parameterschätzungen und die Struktur des Datensatzes bzw. dessen Validität und Reliabilität nehmen [35].

Zur Analyse möglicher Selektionseffekte wird in der vorliegenden Analyse auf den Vergleich der Strukturmerkmale zwischen der Stichprobe der Kliniken, die an der Hauptbefragung teilgenommen haben (n = 383), und den Kliniken, die nicht teilgenommen haben (n = 290), zurückgegriffen ([36]; Tab. 1).

Die regionale Verteilung der Krankenhäuser, die an der Hauptbefragung teilgenommen haben, unterscheidet sich nicht von der Verteilung der Häuser, die nicht teilgenommen haben (χ^2 (6, N = 673) = 7,69, p = 0,262, Chi-Quadrat-Test). Signifikante Unterschiede zeigen sich jedoch in der Größe der Krankenhäuser: Die Effektstärken liegen jedoch im (sehr) kleinen Bereich, sodass die

Tab. 1: Vergleich der Strukturmerkmale zwischen den teilnehmenden (n = 383) und den nichtteilnehmenden Geburtskliniken (n = 290)

Strukturmerkmale der Kliniken		An der Hauptbefragung teilnehmende Kliniken (n = 383)	An der Hauptbefragung nichtteilnehmende Kliniken (n = 290)	Vergleich		
				Teststatistik ^a	df	p
Anzahl Planbetten	MW = 451	MW = 399	-2,312	659	0,021	0,18
	MW, trimm = 394	MW, trimm = 353				
	SD = 312	SD = 269				
Anzahl Geburten in 2015	MW = 1124	MW = 918	-4,067	668	0	0,31
	MW, trimm = 1016	MW, trimm = 818				
	SD = 728	SD = 590				
Kaufkraftindex je Haushalt ^c	MW = 95,8	MW = 96,8	0,74	593	0,46	-
	SD = 16,88	SD = 18,36				
				Vergleich		
				Teststatistik ^b	df	p
Siedlungstyp ^d	Großstädtisch (n = 202)	130 (64 %)	72 (36 %)	9,106	3	0,028
	Städtisch (n = 233)	133 (57 %)	100 (43 %)			
	Ländlich (n = 130)	63 (48 %)	67 (52 %)			
	Dünn besiedelt (n = 108)	57 (53 %)	51 (47 %)			
Trägerschaft	Öffentlich-rechtlich (n = 313)	173 (55 %)	140 (45 %)	8,63	2	0,013
	Freigemeinnützig (n = 270)	169 (63 %)	101 (37 %)			
	Privat (n = 90)	41 (46 %)	49 (54 %)			

^aWelch-Test
^bChi-Quadrat-Test; df Freiheitsgrade, p Irrtumswahrscheinlichkeit; MW Mittelwert; WM, trimm getrimmter Mittelwert, SD Standardabweichung
^cAuf PLZ-Ebene, GfK Kaufkraftkennziffern (Quelle: Datengrundlage GfK Geomarketing 2017)
^dSiedlungsstrukturelle Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Quelle: Laufende Raumbearbeitung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] 2015)

Mittelwertunterschiede von geringer praktischer Relevanz sind [37] und eine Gewichtung nach diesen Merkmalen nicht notwendig erscheint. Anders verhält es sich im Hinblick auf die Strukturmerkmale „Siedlungstyp“ und „Trägerschaft“: Vor allem Kliniken im ländlichen, aber auch im dünn besiedelten Raum sowie in privater Trägerschaft sind in der Stichprobe der Haupterhebung deutlich unterrepräsentiert.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurden im nächsten Schritt unterschiedliche Gewichtungsfaktoren und deren Auswirkungen auf den Datensatz als Ganzes sowie auf die Verteilung der Strukturmerkmale geprüft. Es zeigte sich, dass die Verwendung eines kombinierten Gewichtungsfaktors aus Siedlungstyp und Trägerschaft die Verteilungen der einzelnen Strukturmerkmale zwischen den beiden Stichproben am besten angleicht. Lediglich die Anzahl der Geburten unterscheidet sich auch nach der Gewichtung noch signifikant (MW_{resp} = 1084 (SD = 696,9), MW_{no_resp} = 917,5 (SD = 588,88); t(671) = 3,364, p < 0,01, t-Test inkl. Zellgewichtung), wobei die praktische Relevanz des Mittelwertunterschieds mit Cohen's d = 0,26 gering und damit zu vernachlässigen ist.

Die verwendeten Gewichte liegen zwischen 0,85 und 1,5 und damit im akzeptablen Bereich. Parallel sind die Auswirkungen der Gewichtung auf die Reliabilität des Datensatzes der Haupterhebung als Ganzes und damit auf die Analysen nicht bedeutsam (DEFF = 1,02, Kish's N = 373; [38, 39]).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Stichprobe der 383 Kliniken, die an der Hauptbefragung teilgenommen haben, ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit aller Geburtskliniken in Deutschland mit mehr als 300 Geburten im Jahr darstellt. Die Ergebnisse werden somit auf diese Grundgesamtheit generalisierbar sein.

Monitoring Pädiatrie und Frühe Hilfen (ZuFa_Päd)

Analog zu den Geburtskliniken wurde auch bei den Kinderärztinnen und -ärzten ein zweistufiger Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Mit Feldzugang, Erhebung und Datenmanagement beider Studienteile wurde die Kantar Health GmbH beauftragt.

Rekrutierung: Die quantitative Querschnitterhebung erfolgte von Februar bis Juli 2017.

Für die Stichprobenziehung (Abb. 2) wurden 4788 von einem Adressanbieter zur Verfügung gestellte Kontaktadressen niedergelassener Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte genutzt. Aus Ge-

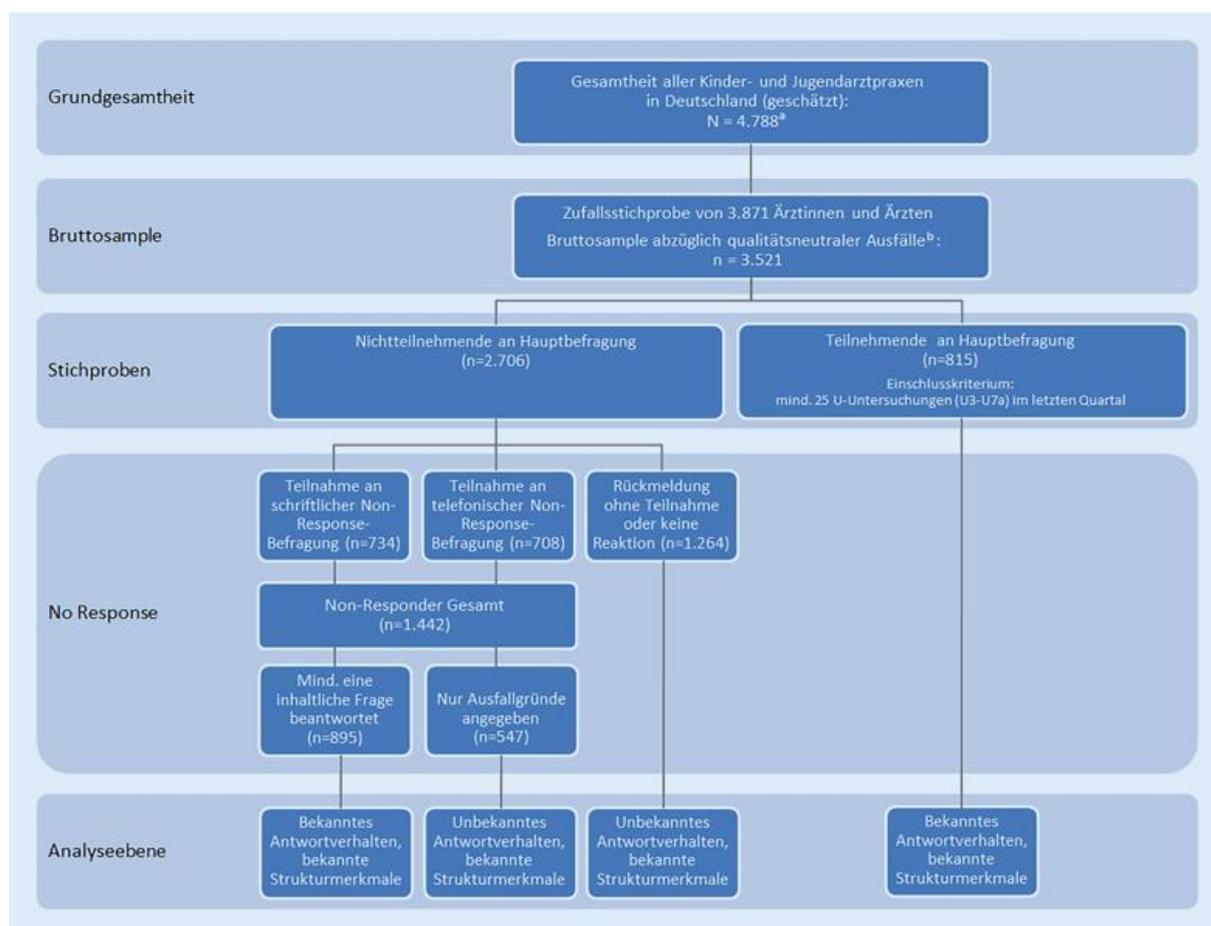


Abb. 2: Übersicht zu den Stichproben im ZuFa-Monitoring der Pädiatrie und Frühen Hilfen (ZuFa_Päd). ^a Aus Gemeinschaftspraxen wurde per Zufall jeweils nur ein Arzt berücksichtigt. ^b Z. B. Praxis aufgegeben, <25 U-Untersuchungen im letzten Quartal, kein Kinderarzt

meinschaftspraxen wurde zufällig jeweils ein Kontakt ausgewählt. Die gelieferten Adressen entsprechen weitgehend der Gesamtheit aller Kinder- und Jugendarztpraxen in Deutschland.

Per Zufallsauswahl wurde aus diesem Adresspool eine Stichprobe von 3871 Adressen gezogen, womit die Bruttostichprobe ca. 80 % der vom Adressanbieter gelieferten Kinder- und Jugendarztpraxen entspricht.

Angestrebt war eine Nettostichprobe von n = 800 Kinderärztinnen und -ärzten. Hierzu wurden alle 3871 Ärztinnen und Ärzte aus dem Bruttosample in einer Erhebungswelle postalisch angeschrieben.

Als einziges Einschlusskriterium wurde die Durchführung von mind. 25 frühen U-Untersuchungen im letzten Quartal definiert (U3–U7a, gemäß Zielgruppe Frühe Hilfen: „Kinder von 0–3 Jahren“). Dies war notwendig und sinnvoll, da sich viele Fragen konkret auf die Beratungssituation im Rahmen der U-Untersuchungen beziehen.

Um Selektionseffekte bzw. ein mögliches Non-Responder-Bias analysieren zu können, wurde nach der 6-wöchigen Erhebungswelle für die Hauptbefragung zusätzlich eine telefonische und postalische Non-Responder-Befragung durchgeführt. Neben Gründen für die Nichtteilnahme an der Haupterhebung wurden mithilfe des Non-Responder-Fragebogens zentrale Parameter der Praxis (wie Anzahl der U-Untersuchungen und Anteil psychosozial belasteter Familien) sowie zentrale Aspekte der Haupterhebung erhoben.

Nach Abschluss der Haupterhebung und beider Non-Responder-Wellen lagen insgesamt n = 815 ausgefüllte Hauptfragebögen vor. Bezogen auf die um qualitätsneutrale Ausfälle bereinigte Bruttostichprobe (n = 3521) entspricht dies einer Responserate von 23,1 %.

Von weiteren 1442 Arztpraxen (41,0 % der bereinigten Bruttostichprobe) liegen Basisdaten aus der Non-Responder-Befragung vor.

Erhebungsinstrument: Um die Verständlichkeit und Praktikabilität des Erhebungsinstruments zu überprüfen und eine Responseschätzung vornehmen zu können, wurde im Vorfeld der Erhebung ein Pretest durchgeführt (n = 31). Zusätzlich ging das Feedback verschiedener externer Expertinnen und

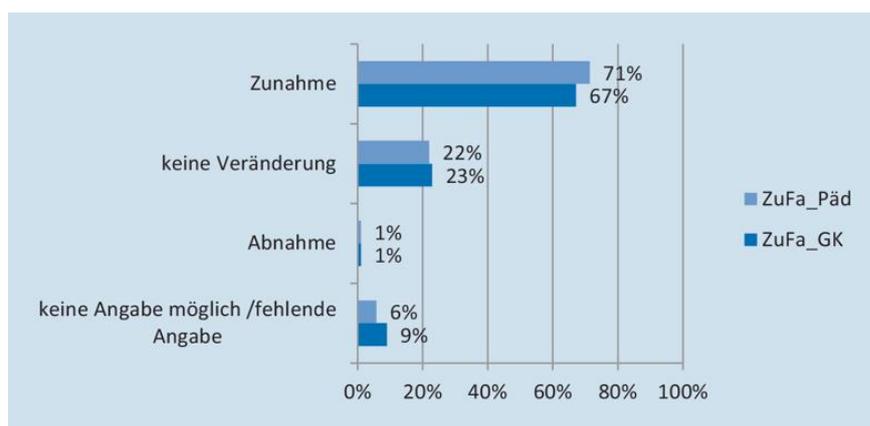


Abb. 3: Subjektiv eingeschätzte Veränderung des Anteils psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren in der pädiatrischen Praxis (ZuFa_Päd: n = 815) bzw. Geburtsklinik (ZuFa_GK: n = 383)

Experten sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in den Fragebogen ein. Die Pretestergebnisse belegten insgesamt eine gute Eignung des Instruments, sodass nur noch gering-

fürige Anpassungen vorgenommen werden mussten.

Der 20-seitige Fragebogen umfasst Fragestellungen zu folgenden Themen: Wahrnehmung von psychosozialen Belastungen im Rahmen von U-Untersuchungen; Herausforderungen bei der Versorgung psychosozial belasteter Familien; Nutzung von Einschätzungsbögen; Fallbeispiel einer psychosozial belasteten Familie inklusive gegebenenfalls ergriffener Maßnahmen; Bekanntheit und Nutzung von Angeboten, Netzwerken und Fortbildungen im Bereich Frühe Hilfen; wahrgenommene Hemmnisse bei der arztseitigen Vermittlung von Familien in Frühe Hilfen; Bekanntheit und Auswirkungen des Präventionsgesetzes. Des Weiteren wurden zentrale Praxismerkmale erhoben, um eine spätere Analyse nach verschiedenen Subgruppen zu ermöglichen.

Für die Bruttostichprobe aller N = 3521 Arztpraxen liegen zusätzlich die folgenden Strukturmerkmale vor: Praxistyp, Privatpraxis, geografische Daten (Bundesland/Region, politische Gemeindegrößenklassen) und ein Kaufkraftindex.

Selektivität und Repräsentativität der Stichprobe: Zur Überprüfung der repräsentativen Struktur der Stichprobe und zur Analyse möglicher Selektionseffekte wurde ein Vergleich der Strukturmerkmale zwischen der Stichprobe der Pädiaterinnen und Pädiater, die an der Hauptbefragung teilgenommen haben (n = 815), und den Nichtteilnehmenden der bereinigten Bruttostichprobe (n = 2706) durchgeführt.

Der Vergleich anhand oben genannter Strukturmerkmale belegt eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen den beiden Gruppen, signifikante Unterschiede sind nicht nachweisbar: Praxistyp ($\chi^2(4, N = 3521) = 8,92, p > 0,05$, Chi-Quadrat-Test); Privatpraxis ($\chi^2(1, N = 3521) = 0,82, p > 0,05$, Chi-Quadrat-Test); Region ($\chi^2(6, N = 3521) = 7,74, p > 0,05$, Chi-Quadrat-Test); politische Gemeindegrößenklasse ($\chi^2(6, N = 3521) = 7,03, p > 0,05$); Kaufkraftindex ($U = -1,686, p > 0,05$, Mann-Whitney-U-Test). Die Stichprobe der 815 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte stellt somit ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte in Deutschland dar.

Monitoring Gynäkologie und Frühe Hilfen (ZuFa_Gyn)

Neben Geburtskliniken und Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten sollen niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen zu den Frühen Hilfen und zur Beratung von psychosozial belasteten Patientinnen befragt werden. Die Studie „ZuFa_Gyn“ befindet sich derzeit in Vorbereitung. Design und Methodik sind eng an das ZuFa_Päd-Monitoring angelehnt: Geplant ist auch hier ein Mixed-Methods-Design mit einem quantitativen und einem qualitativen Teil. Seit Ende Mai 2018 läuft die Datenerhebung; es soll eine bundesweit repräsentative Stichprobe von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen befragt werden. Angestrebt wird eine Stichprobengröße von 800. Mit Feldzugang, Erhebung und Datenmanagement wurde das SOKO-Institut Bielefeld beauftragt.

Die Inhalte des Fragebogens sind an die beiden vorangegangenen ZuFa-Studien angelehnt. Zusätzlich werden Fragen gestellt, die sich speziell auf die Betreuung von psychosozial belasteten Schwangeren beziehen, z. B. zur Nutzung des Mutterpasses zur Dokumentation psychosozialer Belastungen. Der Fragebogen wurde vorab einem Pretest unterzogen.

Erste Ergebnisse ZuFa_Päd und ZuFa_GK

Im Folgenden werden ausgewählte erste Ergebnisse der beiden ZuFa-Monitorings „ZuFa_Päd“ und „ZuFa_GK“ vorgestellt. Ergebnisse der Repräsentativbefragung niedergelassener Gynäkologinnen und Gynäkologen werden 2019 vorliegen.

Entwicklung des Anteils psychosozial belasteter Familien

Sowohl Kinderärztinnen und -ärzte als auch für die Versorgung psychosozial belasteter Familien zuständige Mitarbeitende von Geburtsstationen geben für ihre Praxis bzw. Klinik mehrheitlich an, dass ihrer subjektiven Einschätzung nach der Anteil psychosozial belasteter Familien in den letzten Jahren zugenommen hat (vgl. Abb. 3). Rund ein Fünftel der teilnehmenden Personen beider Stichproben bewertet den Anteil als unverändert; eine Abnahme wird so gut wie gar nicht wahrgenommen.

Herausforderungen im Umgang mit psychosozial belasteten Familien

Die wahrgenommene Zunahme des Anteils psychosozial belasteter Familien in den Praxen bzw. Kliniken deutet auf einen

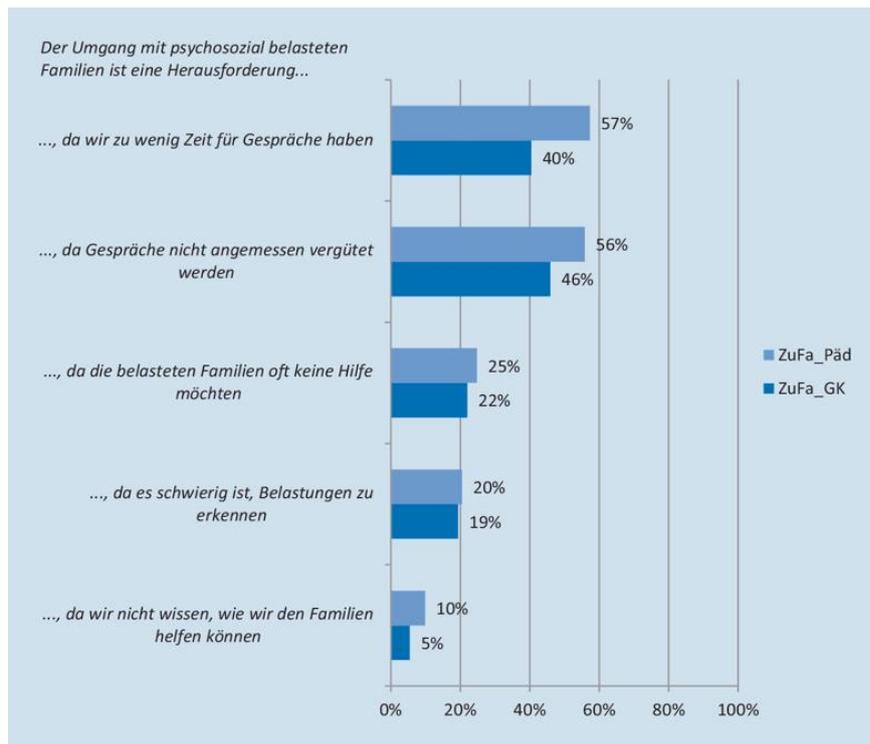


Abb. 4: Bewertung der Herausforderung im Zusammenhang mit der Versorgung von psychosozial belasteten Familien (Top-2-Zustimmung auf einer 5-stufigen Skala von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“); ZuFa_Päd: n = 815, ZuFa_GK: n = 382

steigenden Handlungsdruck im Hinblick auf die Anpassung der Versorgungsstrukturen hin. Entsprechend geben 92 % der Kinderärztinnen und -ärzte² an, dass sie den Umgang mit psychosozial belasteten Familien als Herausforderung empfinden. Nach konkreten Herausforderungen in der Versorgung von Familien mit psychosozialen Belastungen gefragt, sind sich die Teilnehmenden der Befragungen in Geburtskliniken und niedergelassener Pädiatrie weitgehend einig (vgl. Abb. 4): Als die

mit großem Abstand drängendsten Probleme werden in beiden Gruppen die fehlende Zeit für Gespräche sowie die nichtangemessene Vergütung dieser Gespräche angesehen. Es fällt auf, dass die Themen „Zeitressourcen und Vergütung“ für die Pädia-terinnen und Pädia-ter eine noch deutlich größere Rolle zu spielen scheinen als für die Mitarbeitenden von Geburtsstationen.

Als am wenigsten ursächlich für eine erlebte Herausforderung sehen die Gesundheitsakteure ihre möglicherweise nicht ausreichenden Kompetenzen bei der Erkennung psychosozialer Belastungen bei Familien: Nur jeweils ein Fünftel stimmt der Aussage zu, dass es schwierig sei, Belastungen zu erkennen.

Dringender Handlungsbedarf im Kontext der Versorgung von psychosozial belasteten Familien wird somit von den hier befragten Gesundheitsakteuren in erster Linie in den strukturellen Rahmenbedingungen gesehen.

Beachtenswert sind zudem die Nennungen von Ursachen in einem offenen Textfeld, das zusätzlich zu den skaliert abgefragten Herausforderungen angeboten wurde: Hier werden in beiden Stichproben mit Abstand am häufigsten Sprach- und Kulturbarrieren genannt, was auf die große Bedeutung des Themas Migration in den Frühen Hilfen hinweist.

Mit Blick auf die weitere Ausgestaltung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und den Frühen Hilfen ist der Befund sehr positiv zu bewerten, dass die Frühen Hilfen von den Kinderärztinnen und -ärzten³ mit großer Mehrheit als hilfreich beurteilt werden: Rund drei Viertel stimmen der Aussage (voll) zu, dass die Frühen Hilfen eine Entlastung für ihre Tätigkeit als Kinderärztin bzw. -arzt sind bzw. wären. Diese positive Grundhaltung lässt eine prinzipielle Offenheit niedergelassener Pädia-terinnen und Pädia-ter für die zukünftige Ausgestaltung der Netzwerke und Kooperationsbeziehungen mit der Kinder- und Jugendhilfe erwarten.

Fazit und Ausblick

Mit dem ZuFa-Monitoring wird erstmals versucht, die Perspektive der Gesundheitsakteure auf die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe repräsentativ zu erfassen. Trotz des hohen Arbeitsaufkommens in Geburtskliniken und pädiatrischen Praxen scheint es gelungen zu sein, eine hinreichend große Anzahl von Protagonisten für die Teilnahme an den Befragungen zu gewinnen. Die Analysen zur Repräsentativität der Stichproben zeigen darüber hinaus, dass es keine selektive Verzerrung der Grundgesamtheit gegeben hat, sodass eine repräsentative Abbildung der Geburtskliniken und niedergelassenen Pädia-ter erreicht werden konnte.

Erste Auswertungen der Repräsentativbefragungen in Geburtskliniken und pädiatrischen Praxen bestätigen ein ausgeprägtes Problembewusstsein. Sowohl in der Geburtsklinik als auch in den kinder- und jugendärztlichen Praxen wird eine Zunahme psychosozial belasteter junger Familien beobachtet. Deren Versorgung wird von den Ärztinnen und Ärzten als Herausforderung erlebt, die Frühen Hilfen als eine Möglichkeit, hier Entlastung zu schaffen. Diese Ergebnisse spiegeln einen hohen Handlungsdruck hin zu einem Engagement für die Implementierung von Verfahren und Modellen zur Information, Beratung und Überleitung psychosozial belasteter Familien in Angebote der Kinder- und Jugendhilfe.

Die Geburtskliniken haben inzwischen unterschiedliche Modelle ent-

² Frage wurde in den Geburtskliniken nicht gestellt.

³ Frage wurde in den Geburtskliniken nicht gestellt.

wickelt und umgesetzt, um belastete Familien in die Frühe Hilfen zu „lotsen“ [40]. Vergleichbare Initiativen werden zurzeit auch für die niedergelassene Pädiatrie und Gynäkologie erprobt. Ein umfassendes Modell – mit interprofessionellen Qualitätszirkeln, ärztlichen Fortbildungen und Selektivverträgen – wurde in Baden-Württemberg durch das NZFH gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) entwickelt, in die Praxis gebracht und auf weitere KVen ausgeweitet [41]. Vielerorts haben sich Akteure des Gesundheitswesens auf den Weg gemacht. Mit den veränderten Kinderrichtlinien, dem Präventionsgesetz und den aktualisierten Förderschwerpunkten der Bundestiftung Frühe Hilfen wurde damit begonnen, diese Initiativen zur Stärkung der intersektoralen Kooperation und ihre Ausweitung zu unterstützen. Mit dem ZuFa-Monitoring des NZFH, das in regelmäßigen zeitlichen Abständen fortgeführt werden soll, wird dieser Prozess wissenschaftlich begleitet.

Korrespondenzadresse

Ilona Renner
Nationales Zentrum Frühe Hilfen – In der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161, 50825 Köln, Deutschland
ilona.renner@nzfh.de

Danksagung

Die Autorinnen möchten sich bei allen Mitarbeitenden in Praxen und Kliniken bedanken, die uns mit der Beantwortung der Fragen an ihrem Wissen teilhaben ließen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt: I. Renner, S. Scharmanski, J. van Staa, A. Neumann und M. Paul geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) Bundeskinderschutzgesetz
2. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2016) Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
3. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2017) Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt 3 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln
4. Bauer U, Bittlingmayer UH (2005) Who benefits from parent training? Z Soziol Erzieh Sozialisation 25:3
5. Eickhorst A et al (2016) Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59:1271–1280
6. Helming E, Sandmeir G, Sann A, Walter M (2006) Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Deutsches Jugendinstitut, Berlin
7. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (2018) Unveröffentlichter Bericht zu Rechercheergebnissen im Auftrag des NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
8. Renner I (2010) Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53:1048–1055
9. Breitenstein S (2016) Vergleichende Analyse von Schwangerschaftsbetreuungsparametern von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten. Dissertation, Freie Universität Berlin
10. Deutscher Bundestag (2014) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Cornelia Möhring, Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 18/738 Deutscher Bundestag Berlin, Drucksache 18/900
11. Loytved C (2017) Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. QUAG e.V und Verlag Wissenschaftliche Scripten, Qualitätsbericht 2016 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland
12. Thaiss HM, Burchardt S (2013) Früherkennungsuntersuchungen im Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Gesundheitsförderung. Datenreport NZFH, S 28–35
13. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2017) Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen. Faktenblatt 4 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
14. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2017) Vernetzung der stationären medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen. Faktenblatt 5 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
15. Barth M, Renner I (2013) Kindermedizin und Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
16. CESifo Group, CESifo-Gruppe München (2017) ifo Institut erhöht Wachstumsschätzung für 2017 und 2018, CESifo Group. http://www.cesifo-group.de/de/ifoHome/presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen-Archiv/2017/Q4/press_20171123_Wirtschaftswachstum.html. Zugegriffen: 27. März 2018
17. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (2017) SGB II-Quoten unter Kindern, 2011–2017. Hans Böckler Stiftung. http://www.boeckler.de/wsi_111307.htm. Zugegriffen: 27. Apr. 2018
18. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeti D, Prabhakaran D (2017) Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. Lancet 389(10072):951–963
19. Mondt CF, Reynolds AJ, Ou S-R (2017) Predictors of depressive symptoms in emerging adulthood in a low-income urban cohort. J Appl Dev Psychol 50:45–59
20. Spijkers W, Jansen DEMC, Reijneveld SA (2012) The impact of area deprivation on parenting stress. Eur J Public Health 22(6):760–765
21. Asmus A, Pabst F (2017) Armut Alleinerziehender. Der Paritätische Gesamtverband, Berlin
22. Groh-Samberg O (2014) No Way Out—Dimensionen und Trends der Verfestigung der Armut in Deutschland. Sozialer Fortschr, Bd. 63, S 307–315
23. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016) Migrationsbericht. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
24. Statistisches Bundesamt (2018) Pressemitteilungen – Geburtenanstieg setzte sich 2016 fort“, destatis. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/03/PD18_115_122.html. Zugegriffen: 10. Apr. 2018
25. von Prondzinski L, Scharmanski S (2018) Zu wenig Zeit und Personal für Frühe Hilfen in der Geburtshilfe. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
26. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). Bundesanz. Verl., Nr. BAnz AT 18.08.2016 B1
27. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016) KBV – Gelbes Heft angepasst: Neue Kinder-Richtlinie tritt in Kraft. kbv.de. http://www.kbv.de/html/1150_22603.php. Zugegriffen: 27. Apr. 2018
28. Bundestag (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)
29. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018) Leistungsleitlinien. Bundesstiftung Frühe Hilfen zur Umsetzung des Fonds Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln

30. Atkinson J-A, Page A, Wells R, Milat A, Wilson A (2015) A modelling tool for policy analysis to support the design of efficient and effective policy responses for complex public health problems. *Implement Sci* 10:1
31. Lambrecht M, Rürup M (2012) Bildungsforschung im Rahmen einer evidence based policy: Das Beispiel ‚Schulinspektion‘. In: Schul- und Unterrichtsreform durch ergebnisorientierte Steuerung. VS, Wiesbaden, S 57–77
32. Paul M, Renner I (2017) Frühe Hilfen in Deutschland: Kann Evaluation zum Erfolg politischer Programme beitragen? *Z Eval* 16:2
33. Creswell JW, Clark VLP (2011) *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE, New York
34. Milupa (2016) *Geburtenliste. Deutschland 2015*. Milupa, Friedrichsdorf
35. Groves RM (2006) Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opin Q* 70(5):646–675
36. Gelman A, Carlin JB (2001) *Poststratification and weighting adjustments*. Survey Nonresponse, John Wiley & Sons, New York
37. Cohen J (1992) A power primer. *Psychol Bull* 112:155–159
38. Kish L (1995) Method for design effects. *J Off Stat* 11:55–77
39. Uitenbroek DG (2009) Design, wegen en het designeffect. *GGD gezondheidsenquêtes. Tijdschr Gezondheidswet* 87(2):64–68
40. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2018) Forum 3 – Babyotse Hamburg und Berlin <https://www.fruehehilfen.de/wir-ueber-uns/nzfh-tagungsdokumentationen/fachtagung-fruehe-hilfen-und-geburtskli-niken/foren-gute-praxis/forum-3-babyotse-hamburg-und-berlin/>. Zugegriffen: 4. Mai 2018
41. Siebolds M, Münzel B, Müller R, Häußermann S, Paul M, Kahl C (2016) Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59:1310–1314