

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
der Universität zu Köln

Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. St. Bender

Die Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe

Eine repräsentative Befragung von Mitarbeitenden der stationären
Geburtshilfe zur intersektoralen Kooperation mit den Frühen Hilfen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines doctor rerum
medicinalium
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Sara Scharmanski
aus Köln

promoviert am 11. Dezember 2019

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Gutachter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner

2. Gutachterin: Privatdozentin Dr. med. A. M. Kribs

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 24/2011) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 04.02.2019

Unterschrift:

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden mit meiner Mitarbeit in dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut e.V. (DKI) erhoben.

Ich war an der Versuchsplanung, dem Feldmanagement und der Methodenentwicklung (inkl. Fragebogenentwicklung) maßgeblich beteiligt.

Die Auswertung ist von mir selbst nach Rücksprache mit Prof. Dr. Manfred Döpfner ausgeführt worden.

Danksagung

Herzlichen bedanken möchte ich mich bei allen teilnehmenden Geburtskliniken und deren Mitarbeitenden für ihre Zeit, Unterstützung und ihr Vertrauen.

Desweiteren gilt mein Dank allen an dieser Dissertation beteiligten Personen, die mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben:

- Herrn Professor Döpfner für die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit und die Betreuung dieser Dissertation.
- Mechthild Paul und Ilona Renner vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ohne deren Zuspruch und Unterstützung diese Dissertation nicht möglich gewesen wäre.
- Bruno und Rosi für ihre Sorgfalt und Beharrlichkeit.
- Dennis und meiner Familie fürs „Rücken freihalten“ und das emotionale Stützen sowie meinem Sohn fürs „Anfeuern“ und Geduldigsein.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	9
1.1.	Der gesellschafts- und sozialpolitische Rahmen Früher Hilfen in Deutschland	9
1.2.	Das biopsychosoziale Modell als theoretischer Hintergrund Früher Hilfen.....	13
1.3.	Psychosoziale Belastungen als Determinanten für Gesundheit	16
1.3.1.	Soziale und gesundheitliche Ungleichheit aus makrosystemischer Perspektive	17
1.3.2.	Gesundheitszustand von vulnerablen Bevölkerungsgruppen aus mikrosystemischer Perspektive	21
2.	Gesundheitsförderung und Prävention.....	28
2.1.	Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.....	28
2.1.1.	Non-Communicable Diseases	28
2.1.2.	Neue Morbiditäten	30
2.1.3.	Perspektivenwechsel in der gesellschaftsbezogenen Gesundheitsförderung.....	31
2.2.	Möglichkeiten und Grenzen von Prävention	34
2.2.1.	Effektivität von Prävention	34
2.2.2.	Effizienz von Prävention.....	36
2.2.3.	Das Präventionsdilemma.....	38
2.2.4.	Kategorisierung, Responsibilität und Paternalismus als mögliche Folgen von Prävention.....	41
3.	Frühe Hilfen	43
3.1.	Frühe Hilfen im internationalen und nationalen Vergleich	44
3.2.	Stand des Strukturaufbaus Früher Hilfen in Deutschland.....	53
3.3.	Intersektorale Kooperation in den Frühen Hilfen	56

3.3.1.	Intersektorale Kooperation als Strategie der gesellschaftsbezogenen Gesundheitsförderung.....	58
3.3.2.	Konkrete Handlungsfelder und strukturelle Rahmenbedingungen intersektoraler Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe	61
3.3.2.1.	Risikoscreening und die Einschätzung eines psychosozialen Hilfebedarfs	63
3.3.2.2.	Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen	64
3.3.3.	Frühe Hilfen in der stationären Geburtshilfe	67
4.	Methodik	71
4.1.	Hypothesen	72
4.1.1.	Hypothesenblock 1: Psychosozial belastete Familien in der stationären Geburtshilfe	72
4.1.2.	Hypothesenblock 2: Die Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe	73
4.2.	Vorgehen.....	73
4.3.	Daten und Erhebungsinstrument.....	77
4.3.1.	Pretestung des Fragebogens	77
4.3.2.	Der Fragebogen der Haupterhebung	79
4.3.3.	Der Fragebogen der Non-Responderbefragung	83
4.3.4.	Sekundärdaten	83
4.4.	Zur Selektivität und Teilnahmewahrscheinlichkeit	84
4.4.1.	Analyse möglicher Selektionseffekte.....	85
4.4.2.	Non-Responder-Analyse	89
4.4.3.	Item-No-Response.....	91
4.5.	Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Personen.....	91
4.6.	Statistische Analysen	92
4.6.1.	Multiple lineare und logistische Regressionen	93

4.6.1.1.	Preprocessing, Diagnostik einflussnehmender Fälle und Multikollinearität.....	93
4.6.1.2.	Parameterselektion.....	96
4.6.1.3.	Bewertung der Modelle im Hinblick auf deren explorative und prädikative Validität	99
5.	Ergebnisse	101
5.1.	Merkmale und Angebote von Geburtskliniken in Deutschland.....	101
5.2.	Psychosozial belastete Familien in der stationären Geburtshilfe.....	105
5.2.1.	Relative Fallzahlen von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe.....	105
5.2.2.	Zusammenhang zwischen Armut, strukturellen und geographischen Klinikmerkmalen sowie anderen Belastungen	108
5.2.2.1.	Befunde des Preprocessing	108
5.2.2.2.	Parameterselektion.....	111
5.2.2.3.	Bewertung der Modelle: Explorative und prädikative Validität.....	115
5.2.3.	Herausforderungen für die stationäre Geburtshilfe bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien	118
5.2.3.1.	Psychosoziale Belastungen als Herausforderungen für die stationäre Geburtshilfe	118
5.2.3.2.	Variation der Zustimmung in Abhängigkeit von anderen Merkmalen der Kliniken.....	119
5.3.	Psychosoziale Versorgungsstrukturen und Frühe Hilfen in der stationären Geburtshilfe.....	121
5.3.1.	Umsetzungsstand Früher Hilfen in der stationären Geburtshilfe.....	121
5.3.2.	Wahrgenommene Hemmnisse beim Aufbau Früher Hilfen in der stationären Geburtshilfe.....	122
5.3.3.	Einrichtung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen	123
5.3.3.1.	Befunde des Preprocessing	124
5.3.3.2.	Parameterselektion.....	125

5.3.3.3.	Bewertung der Modelle: Explorative und prädikative Validität.....	129
5.3.4.	Teilnahme am lokalen Netzwerk Frühe Hilfen	132
5.3.4.1.	Befunde des Preprocessing	132
5.3.4.2.	Parameterselektion.....	133
5.3.4.3.	Bewertung der Modelle: Explorative und prädikative Validität.....	137
6.	Diskussion.....	140
6.1.	Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse	140
6.1.1.	Zusammenhänge zwischen wahrgenommenen Armutslagen von Familien und anderen Merkmalen	142
6.1.2.	Intersektorale Kooperation bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe	148
6.2.	Limitationen.....	152
6.3.	Implikationen und Fazit	155
7.	Zusammenfassung.....	162
8.	Literaturverzeichnis	164
9.	Vorabveröffentlichung von Ergebnissen	195
10.	Anhang.....	196
A.	Erhebungsinstrument der Haupterhebung.....	196
B.	Erhebungsinstrument Non- Responder	208
11.	Lebenslauf.....	210

1. Einleitung

1.1. Der gesellschafts- und sozialpolitische Rahmen Früher Hilfen in Deutschland

Frühe Hilfen sind regional orientierte Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des 3. Lebensjahres (vgl. Kap. 3). Neben alltagspraktischer Unterstützung sollen Frühe Hilfen als familienzentrierte Maßnahmen auch einen Beitrag zur Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenzen (werdender) Eltern leisten, um so im Sinne sekundärer Prävention Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen zu befähigen, ihre Entwicklungs- und Lebensbedingungen zu verbessern (vgl. Kap. 1.3 und Kap. 2.1).

Zentrales Element Früher Hilfen sind lokal organisierte Netzwerke, in denen Fachkräfte bei der Versorgung der Familien interdisziplinär an der Schnittstelle zwischen den Helfersystemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe kooperieren (NZFH, 2014a) (vgl. Kap. 3.3).

Der Aufbau Früher Hilfen in Deutschland begann 2005 als Reaktion auf zwei zentrale Ereignisse. Zum einen sorgten öffentlich bekannt gewordene Fälle von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung für einen breiten öffentlichen und gesellschaftspolitischen Diskurs zum Thema Kinderschutz. Zum anderen wurde von Seiten der Pädiatrie mit Nachdruck auf die Entwicklung neuer und neuerer Morbiditäten hingewiesen: Zunehmend konnte ein verändertes Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter beobachtet werden. Es treten deutlich weniger akute und somatische Krankheitsverläufe auf. Stattdessen nehmen chronische und psychische Erkrankungen in der pädiatrischen Versorgung deutlich zu (vgl. Kap. 2.1.2).

Aus diesem breiten gesellschaftspolitischen Diskurs zum Thema Kinderschutz einerseits und veränderten Morbiditäten in der pädiatrischen Versorgung andererseits wurden Forderungen an politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger abgeleitet, die gesetzlichen Rahmenbedingungen des präventiven Kinderschutzes zu modifizieren. Der in Deutschland gewählte sozialpolitische Weg sollte dabei der Förderung von elterlicher Selbsthilfe Vorrang vor Kontrolle und Bestrafung einräumen. Entsprechend wurden im Sinne des Empowermentprinzips das Angebot an sekundärpräventiven

Unterstützungsmaßnahmen für psychosozial belastete Familien ausgebaut und als zentrale Elemente der Angebote Früher Hilfen das Primat der Freiwilligkeit, der Niedrigschwelligkeit und der frühestmöglichen Intervention formuliert (vgl. Kap. 2.1). Dieser Ansatz steht im Einklang mit den Prinzipien der internationalen Gesundheitsförderung, wonach keine Risikofaktoren für Krankheit eliminiert, sondern vielmehr vulnerable Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsförderlichem Verhalten befähigt werden sollen (vgl. Kap. 2.1.3).

Der Auf- und Ausbau Früher Hilfen in Deutschland unter den oben genannten Prinzipien ist in den Koalitionsverträgen von 2005 bis 2013 festgeschrieben. Gemäß einer „Evidence Based Policy“-Strategie, nach der politische Entscheidungen und sozialpolitischer Strukturauf- und -ausbau daten- und evidenzbasiert erfolgen sollte (Lambrecht & Rürup, 2012, Atkinson et al., 2015), wurde der gesamte Ausbau Früher Hilfen in Deutschland wissenschaftlich begleitet (Paul & Renner, 2017). Erkenntnisse der jeweiligen Förderphase sollten so in den darauffolgenden Entwicklungsschritten bei der verwaltungs- und sozialrechtlichen Ausgestaltung der Versorgungsstruktur berücksichtigt werden (Paul et al., 2018).

In den Jahren 2007 bis 2010 wurde der Aufbau Früher Hilfen in Deutschland durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unter dem Titel „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ (Struzyna, 2008) in allen Bundesländern durch Modellprojekte und Programme gefördert (Jungmann et al., 2010; Suess et al., 2010; Ayerle, Luderer, & Behrens, 2010). Ziel war dabei die Systematisierung der heterogenen und sich aus dem Versorgungsalltag entwickelnden Angebote.

Aus dieser Modellphase wurden zwei zentrale Befunde abgeleitet, die als bedeutsam für den effektiven und effizienten Einsatz Früher Hilfen in Deutschland angesehen wurden (Paul & Renner, 2017): (1) Es zeigte sich, dass die Vernetzung und intersektorale Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe elementar für eine hohe Versorgungsqualität von psychosozial belasteten Familien ist. Hier sind v.a. Leistungen zu nennen, die gemäß dem fünften (SGB V, 1988), dem achten (SGB VIII, 1990) und neunten (SGB IX, 2001) Sozialgesetzbuch sowie dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG, 1992) erbracht werden. (2) Des Weiteren

schien sich der Einsatz spezifisch fortgebildeter Gesundheitsfachkräfte – sogenannte Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) – bewährt zu haben. Familienhebammen und FGKiKP sind staatlich examinierte Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Zusatzqualifikation, die Familien mit Kindern in psychosozial belastenden Lebenslagen von Beginn der Schwangerschaft bis zum vollendeten ersten bzw. dritten Lebensjahr unterstützen (NZFH, 2013, 2014b).

Diese Rückschlüsse aus der Modellphase wurden dann in den Förderrichtlinien der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen (BI)“ berücksichtigt. Die BI war im 2012 verabschiedeten Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG, 2012) in §3, Abs. 4 zunächst bis Ende 2015 (dann verlängert bis Ende 2017) zeitlich befristet festgesetzt, um Förderstrategien zu erproben und Frühe Hilfen deutschlandweit zu etablieren. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurden Projektmittel von der Bundesebene über die Länder den Kommunen zum Auf- und Ausbau Früher Hilfen auf regionaler Ebene zur Verfügung gestellt.

Seit dem 01.01.2018 ist der „Fond Frühe Hilfen“ zur nachhaltigen Sicherstellung lokaler Netzwerke Frühe Hilfen in Kraft getreten, der in Form der „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ in sozialpolitische Verwaltungsstrukturen umgesetzt wurde.

Eine weitere bedeutende Entwicklung für die Frühen Hilfen in Deutschland ist die Gründung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) in Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. im Jahre 2007. Aufgaben des NZFH sind neben der Unterstützung der Fachpraxis im Bereich Qualitätsentwicklung primär die wissenschaftliche Begleitung des Strukturauf- und -ausbaus. Neben einer Förderung des fachlichen und wissenschaftlichen Diskurses im Bereich früher Präventionsnetzwerke und der Unterstützung der Fachpraxis mit Faktenwissen können so sukzessive Hinweise für erforderliche, strukturelle Adaptionen generiert werden.

Ein zentraler Befund der wissenschaftlichen Begleitforschung ist, dass in der vergangenen Dekade in fast allen deutschen Kommunen Netzwerke Früher Hilfen

aufgebaut wurden (98.4 %) (Küster, Pabst & Sann, 2017a)¹, die Einbindung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen – wie der Gynäkologie, Pädiatrie und Geburtshilfe - jedoch noch nicht ausreichend gelingt (Küster, Pabst & Sann, 2017b, c). Im Widerspruch hierzu steht die enorme Bedeutung von Akteuren des Gesundheitswesens bei der intersektoralen Versorgung von psychosozial belasteten Familien, v.a. im Hinblick auf das Feststellen von familiären psychosozialen Risikofaktoren sowie die Akzeptanz dieser Akteure bei den Familien (Clauss et al., 2014; Renner, 2010) (vgl. Kap. 3.3).

Aus diesem Grund wird seit 2016 der Forschungszyklus *Zusammen für Familien (ZuFa Monitoring)* vom NZFH durchgeführt (Renner et al., 2018). So sollen Hinweise auf Kooperationsintensität und -qualität zwischen Akteuren des Gesundheitswesens und den Frühen Hilfen gewonnen werden. Auch die Passung von Strukturen und Prozessen an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen wird im Kontext sich stetig verändernder Rahmenbedingungen kontinuierlich überprüft. Neben bestehenden Modellen des Schnittstellen- und Überleitungsmanagements werden deren Auswirkungen auf Mitarbeitende in den Einrichtungen, auf die Versorgungsqualität sowie auf Prozesse und Strukturen der beteiligten Organisationen erfasst.

Einbezogen werden pädiatrische und gynäkologische Praxen sowie die stationäre Geburtshilfe. Durch regelmäßiges Monitoring werden Veränderungen im Zeitverlauf sichtbar, um so die umgesetzten Maßnahmen bewerten und Ansatzpunkte für zukünftige Anpassungen generieren zu können.

Die vorliegende Dissertation basiert auf Sekundäranalysen dieses Monitorings und es werden Daten der Querschnittsbefragung „Monitoring Geburtsklinik und Frühe Hilfen (ZuFa_GK)“ zur Analyse herangezogen (vgl. Kap. 4). Die Erhebung wurde in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. (DKI) durchgeführt.

Nachfolgend wird der theoretische Hintergrund Früher Hilfen sowie wissenschaftliche Erkenntnisse, aus denen sich die Ausgestaltung gesellschaftspolitischer Maßnahmen zur

¹ Die nachfolgend berichteten Befunde wurden primär im Eigenverlag des NZFH veröffentlicht. Da bis dato jedoch keine vergleichbaren Analysen in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert wurden, wird nachfolgend auf diese Ergebnisse zurückgegriffen.

Gesundheitsförderung und zur Förderung von kindlichen Entwicklungsbedingungen ableiten lassen, dargestellt.

1.2. *Das biopsychosoziale Modell als theoretischer Hintergrund Früher Hilfen*

Was beeinflusst den kindlichen Entwicklungs- und Reifeprozess? Unveränderbare, intrinsische Determinanten oder erfahrungsbasierte, extrinsische Eigenschaften eines Kindes?

Diese Diskussion (nature vs. nurture bzw. Anlage-Umwelt-Diskussion) hat in der Entwicklungspsychologie eine lange Tradition und kann als eine Art thematischen Überbaus der Entwicklung des Forschungsfeldes gesehen werden. Vor allem im Kontext von pathologischen Entwicklungsverläufen geriet die Anlage-Umwelt-Diskussion schnell in den Fokus: Sind genetische Veranlagung oder aber Umweltbedingungen ursächlich für eine manifeste Entwicklungspathologie? Wer trägt also die „Verantwortung“ für dysfunktionales Entwicklungsgeschehen, die intrinsische genetische Disposition des Kindes oder aber extrinsische Sozialisations- und Erziehungsbedingungen?

In dieser Anlage-Umwelt-Diskussion bildeten sich zwei Extrempole heraus: Zum einen die Position des Behaviorismus und der klassischen Lerntheorie, nach der Entwicklungsgeschehen exklusiv auf Umwelteinflüsse zurückzuführen sei. Dem gegenüber stand die Annahme, dass alle Merkmale eines Individuums als Charakteristika mit Geburt prädisponiert und damit unveränderbar seien. Mit der kognitiven Wende in den 1960er Jahren gewann eine neue Strömung zunehmend an Bedeutung: Maßgeblich beeinflusst auch von neuen Erkenntnissen in der Biologie und der Kognitionspsychologie konnte der Einfluss sowohl genetischer und physiologischer Dispositionen als auch von Kognitionen auf Verhalten und Entwicklung nicht mehr geleugnet werden.

Heute gilt als Konsens, dass ein umfassendes Verständnis von Entwicklung und Verhalten ohne gleichzeitige Berücksichtigung von Umwelteinflüssen und der Interaktion zwischen Mensch und Umwelt nicht möglich ist (Sameroff, 2010).

Entsprechend ist dem ökologischen Modell von Bronfenbrenner nach wie vor große Aktualität zu zuschreiben (Bronfenbrenner, 1986). Hier wurde erstmals eine wechselseitige Beeinflussung zwischen intrinsischen Faktoren des Individuums und extrinsischen Umweltbedingungen als Determinante von menschlicher Entwicklung formuliert. Gemäß der modellhaften Annahmen findet menschliche Entwicklung in den folgenden Systemen statt: (1) Mikrosystem (das System, in dem ein Individuum lebt, z.B. die Familie eines Kindes), (2) Mesosystem (Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Mikrosystemen eines Individuums, z.B. Interaktion zwischen Familie und Kindergarten), (3) Exosystem (Systeme, in denen ein Individuum nicht direkt handelt, die aber Einfluss auf das Individuum nehmen und von diesem wiederum beeinflusst werden, z.B. Arbeitsplatz der Eltern) und (4) Makrosystem (der Kultur- und Sozialisationsraum, in dem Werte, Vorstellungen, Normen, Ideologien, Überzeugungen geprägt werden).

Parallel zu den Arbeiten Bronfenbrenners prägte Engel (1977) den Begriff des „biopsychosozialen Modells“ und führte ein systemtheoretisches Verständnis von Krankheitsentwicklungen und -verläufen in die (psycho-) somatische Medizin ein, das auch heute noch zur Beschreibung der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt in pathologischen Kontexten herangezogen wird (Adler, 2009).

Bedingt durch technologische Fortschritte v.a. im Bereich der Computertechnologie führten neue Methoden und Erkenntnisse in den Bereichen der Neurowissenschaften und der Molekular- und Genombiologie zu immer kleinteiligeren Ausdifferenzierungen der einzelnen Elemente des biopsychosozialen Modells: intrinsische Faktoren werden beispielsweise in Endophenotypen unterteilt und auch die individuelle soziale Umwelt wird in immer kleineren Partitionen beschrieben (z.B. Morris & Halkitis, 2015; Sameroff, 2010).

Auch wenn sich die aktuellen Modelle im Bezug zur detaillierten Ausgestaltung unterscheiden, so sind doch die folgenden Kernannahmen allen gemein: (1) Die Integration von intrinsischen und extrinsischen Faktoren, (2) die Interaktion bzw. wechselseitige Beeinflussung zwischen allen Elementen der Modelle bzw. Submodelle und (3) die Beeinflussung dieser Interaktionsprozesse durch intrinsische und extrinsische Faktoren.

Dieses systemtheoretische Modell stellt das theoretische Fundament von Interventionen im Bereich bevölkerungsbezogener Gesundheitsförderung und damit auch der Frühen Hilfen dar (vgl. Kap. 2).

Bei diesem systemischen Modell handelt es sich um eine theoretische Rahmung zur Beschreibung von Entwicklungs- und Krankheitsverläufen, die mit wissenschaftlichen Evidenzen abgesichert werden können. Nachfolgend werden einige zentrale Befunde aus wegweisenden Studien dargestellt, die die Annahmen der biopsychosozialen Modelle untermauern.

Als bedeutsam ist die frühe Arbeit von Bowlby aus dem Jahre 1951 hervorzuheben (Bowlby, 1951). Er konnte belegen, dass eine längere Deprivation in Früher Kindheit mit bedeutsamen und negativen Folgen für die kindliche Entwicklung einhergeht und Merkmale des häuslichen Umfeldes mit Entwicklungsgeschehen im Zusammenhang stehen.

Ebenfalls ab den 1950er Jahren wurden großangelegte und ressourcenintensive Längsschnittstudien initiiert, um Einflüsse von Umwelt- und Lebensbedingungen über einen langen Zeitraum von der Kindheit über die Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter beobachten und beschreiben zu können (z.B. Reynolds, Mathieson & Topitzes, 2009; Reynolds, Ou & Topitzes, 2004; Werner, 2004; Werner & Smith, 1979). Für den deutschsprachigen Raum sind v.a. die Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht, Esser & Schmidt, 2000, Esser & Schmidt, 2017) und der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart, 2007; Robert- Koch- Institut, 2018) zu nennen.

Die genannten Längsschnittstudien führten zu folgenden Beobachtungen:

- (1) Kinder aus psychosozial belasteten Familien scheinen ein erhöhtes Risiko für Auffälligkeiten in der sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung zu haben. Auch der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern ist mit bestimmten Merkmalen des sozialen Lebens- und Entwicklungsraums – beispielsweise dem sozioökonomischen Status – assoziiert.

- (2) Negative Entwicklungsverläufe können bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter beschrieben werden; sozial belastete Lebenslagen in früher Kindheit gehen mit langfristigen psychischen und physischen Einschränkungen sowie einem allgemein erhöhten Krankheitsrisiko einher.
- (3) Des Weiteren stehen psychosoziale Belastungen mit Defiziten im Bereich personaler, familiärer und sozialer Ressourcen im Zusammenhang, wobei diese genannten Faktoren auch protektiv wirken und so einer dysfunktionalen Entwicklung vorbeugen können.
- (4) Bestimmte soziale Lebensbedingungen gehen mit einem negativen Gesundheitsverhalten bei gleichzeitig geringer Inanspruchnahme von medizinischen und präventiven Leistungen des Gesundheitswesens einher.

In den genannten Studien werden jedoch primär Korrelationen nachgewiesen. Auf Basis dieser Studien bleibt die Frage nach möglichen Wirkungspfaden, die die gefundenen Zusammenhänge moderieren, unbeantwortet. Auch Aussagen im Hinblick auf einen relativen Einfluss einzelner ökologischer Merkmale sowie kompensatorische Mechanismen sind nur begrenzt möglich.

Die Beantwortung dieser und anderer Fragen scheint jedoch unerlässlich, um wirksame und effiziente Präventionsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen entwickeln und umsetzen zu können.

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die wissenschaftliche Disziplin der Public Health Forschung seit den 1990er Jahren vermehrt diesen und anderen Forschungsfragen zuwandte.

1.3. *Psychosoziale Belastungen als Determinanten für Gesundheit*

Auch wenn im Bereich der medizinischen Pathogenese vermehrt integrative ökologische bzw. biopsychosoziale Modelle zum Einsatz kommen, wird in vielen Bereichen der klassischen Medizin nach wie vor das Individuum als unabhängige Einheit betrachtet (Duncan, 2015).

Anders verhält es sich in Disziplinen des Public Health bzw. der Sozialmedizin, der Sozialepidemiologie oder der medizinischen Soziologie: Hier hat die Untersuchung der wechselseitigen Beziehung von Umwelt und Gesundheit eine lange Tradition und ist deutlich beeinflusst von den Arbeiten Bronfenbrenners (vgl. Kap. 1.2): Das Individuum mit individuellen physiologischen Dispositionen bewegt sich in einem ökologischen System, das in Interaktion mit proximalen Systemen (Mikroebene) steht, die wiederum von mehreren distalen Systemen (Makroebene) beeinflusst werden. Pathologische Krankheits- und Entwicklungsprozesse werden demnach als multifaktorielles Geschehen aufgefasst, bei dem die Faktoren dieser Systeme untereinander und mit Merkmalen des Individuums interagieren (Morris & Halkitis, 2015).

Nachfolgend werden Befunde der Public Health Forschung bzw. der Sozialepidemiologie vorgestellt, die aus einer makrosystemischen Perspektive den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen Faktoren beleuchten (vgl. Kap. 1.3.1). Es schließt sich, ausgehend von spezifischen Risikokonstellationen bestimmter Bevölkerungsgruppen, eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes an. Durch die Betrachtung von Risikokonstellationen und deren Auswirkungen auf individueller Ebene können Hinweise auf mögliche Wirkungszusammenhänge gewonnen werden (vgl. Kap. 1.3.2).

1.3.1. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit aus makrosystemischer Perspektive

Ausgehend von biopsychosozialen Modellen hat die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen sozialen Lebensbedingungen und dem Gesundheitszustand aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive in der Public Health Forschung bzw. der Sozialepidemiologie eine lange Tradition (z.B. Krieger, 2001; Link & Phelan, 1995). Erste Beobachtungen wurden bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts berichtet: Louis-René Villermé untersuchte in den 1830er Jahren den Einfluss eines Stadtteils auf die Todesrate und zeigte eine hohe Korrelation zwischen Armuts- und Todesraten in den einzelnen Stadtteilen auf (Julia & Valleron, 2011).

Seit Beginn der 1990er Jahre nahm die Forschung zu sozialen Determinanten von Mortalitäts- und Morbiditätsraten rasant zu (Bouchard et al., 2015) und die gewonnenen Befunde konnten seitdem kontinuierlich repliziert und erweitert werden.

So konnte im Rahmen der Momont Whithall Study II nachgewiesen werden, dass in Großbritannien höhere Prävalenzraten für weit verbreitete Erkrankungen - wie Angina, Ischämie oder Bronchitis - in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozialem Status vorhanden sind. Auch belegte die Autorenschaft, dass in diesen Bevölkerungsgruppen Verhaltensweisen und Lebensbedingungen, die die Genese dieser Erkrankungen begünstigen - wie beispielsweise Rauchen - überproportional häufig auftreten (Marmot & Brunner, 1991; Marmot et al., 1991).

In anderen Studien wird die soziale Position häufig mit dem zur Verfügung stehenden Einkommen operationalisiert. Hier zeigte sich im anglo-amerikanischen Raum, dass weniger die absolute Höhe des Einkommens, sondern vielmehr das Ausmaß an Einkommensdifferenz – also das relative Einkommen – mit erhöhter Mortalität im Zusammenhang steht (Wilkinson & Pickett, 2008).

Des Weiteren werden gender- und altersspezifische Unterschiede im Zusammenhang mit Einkommensungleichheit und Mortalitätsrate berichtet: Hohe Korrelationen werden für Männer zwischen 24 und 65 Jahren berichtet, für Frauen ab 65 Jahren liegt hingegen kein Zusammenhang vor (Backlund et al., 2007).

Die Wechselbeziehung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit scheint sich in den letzten Jahrzehnten verfestigt zu haben (Zajacova & Montez, 2017). Es liegen aber auch Belege vor, die über diese Persistenz hinausgehen und vielmehr auf eine Zunahme der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit hindeuten: So hat in den USA von 1980 bis 2015 die Einkommensungleichheit zugenommen. Dies ging mit einer Zunahme an Ungleichheit bezüglich Gesundheitszustand und Lebenserwartung einher. Verstärkt wird nun diese Entwicklung dadurch, dass der Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Einkommen in den letzten Jahren ebenfalls überproportional an Stärke gewonnen hat (Bor, Cohen & Galea, 2017).

Die vorangegangenen dargestellten Befunde deuten somit darauf hin, dass im anglo-amerikanischen Raum soziale Determinanten mit Morbiditäts- und Mortalitätsraten im Zusammenhang stehen: Soziale Ungleichheit geht mit gesundheitlicher Ungleichheit einher und dieser Zusammenhang ist persistent bzw. progredient.

Die Persistenz von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist auch darauf zurückzuführen, dass diese Merkmale scheinbar transgenerational vererbt werden und mit jeder neuen Generation die Kaskade von neuem beginnt. So stellten Walker et al. (2015) in einer prospektiven Kohortenstudie fest, dass der Einfluss von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung auf Entwicklungsparameter auch in der darauffolgenden Generation zu beobachten ist.

Da sich die hier zitierten Studien primär auf den anglo-amerikanischen Raum beziehen, können die Ergebnisse nur eingeschränkt auf Deutschland übertragen werden, da sich sowohl das Gesundheits- als auch das Sozialsystem deutlich voneinander unterscheiden (Andreß & Heien, 2001; Ridic, Gleason & Ridic, 2012).

Doch auch für den europäischen Raum und für Deutschland liegen Belege vor, nach denen höhere Mortalitäts- und Morbiditätsraten und gesundheitsschädliches Verhalten mit niedrigem sozioökonomischen Status assoziiert sind, wobei zum Teil große regionale und nationale Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs berichtet werden (Kemptner et al., 2008; Mackenbach et al., 2008).

Für das Kindes- und Jugendalter liegen ebenfalls einige Befunde vor, die aufzeigen, dass soziale Umweltfaktoren mit gesundheitsbezogenen Parametern im Zusammenhang stehen. Internationale und nationale Studien weisen die wechselseitige Abhängigkeit des allgemeinen Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen sowie die Manifestation von Suchtstörungen und vor allem Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter mit sozialen Lebensbedingungen - wie beispielsweise der sozioökonomische Status der Familie - nach (Russell et al., 2016; Wolitzky-Taylor et al., 2017; Kuntz et al., 2018). Des Weiteren korreliert auch das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit der sozialen Lage: Ein niedriger sozioökonomischer Status geht mit ungesunder Ernährung, seltenerem Sporttreiben und Adipositas einher (Kuntz, Waldhauer, et al., 2018).

Auch werden soziale Gradienten für den plötzlichen Kindstod berichtet (Shipstone, Young & Kearney, 2017): Eine erhöhte Prävalenz sei – neben Frühgeburtlichkeit und geringem Geburtsgewicht – bei reduziertem elterlichen Schutzverhalten sowie

zahlreichen distalen Risikofaktoren, wie beispielsweise junges Alter der Eltern, soziale Benachteiligung, Armutslagen und Arbeitslosigkeit, zu erkennen.

Des Weiteren lassen sich die Folgen sozial deprivierter Lebensumstände in früher Kindheit bis ins Erwachsenenalter nachverfolgen: Die soziale Klasse ist im Kindesalter mit somatischen Parametern – wie Bluthochdruck und BMI – aber auch mit depressiven Symptomen und undifferenzierten Schmerzsymptomen im Erwachsenenalter verbunden (Power et al., 2007).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sozial und materiell deprivierte Lebensumstände im Kindes- und Jugendalter mit einem erhöhten Risiko für allgemeine Morbidität, chronische Erkrankungen und damit einem bereits im Kindesalter erhöhten Bedarf an spezieller Gesundheitsversorgung einhergehen.

Die hier dargestellten Befunde belegen auf makrosystemischer Ebene einen Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Disparitäten. Doch Rückschlüsse auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sind auf Basis dieser korrelativen Befunde nicht möglich. So kann die Frage, ob die soziale Lage bzw. die Lebensumwelt der Auslöser im Sinne einer verursachenden Bedingung für pathologisches Entwicklungsgeschehen ist, nicht beantwortet werden. In Bezug zu dieser Frage wären beispielsweise prinzipiell zwei konkurrierende Positionen denkbar (Jan et al., 2018): Die erste Hypothese ginge davon aus, dass sozial deprivierte Lebensumstände als Auslöser für einen schlechten Gesundheitszustand ursächlich sind – im Sinne des Ausspruchs: „Armut macht krank“. Die konkurrierende Hypothese hingegen würde annehmen, dass der soziale Selektionsprozess durch den Gesundheitszustand maßgeblich beeinflusst wird und die gesundheitliche Verfassung die materielle Situation im Sinne von „Krankheit macht arm“ determiniert.

Abschließend sei auch auf die methodischen Herausforderungen verwiesen, die mit der Erforschung des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit einhergehen (Diderichsen et al., 2012; Lago et al., 2018). Analysen der Korrelationen zwischen sozialen und gesundheitlichen Parametern sind immer beeinflusst von Merkmalen des Erhebungsdesigns, des Vorgehens und der Operationalisierungen; so variieren die Ergebnisse mit den in den jeweiligen Studien verwendeten methodischen

Ansätzen und Indikatoren für „Ungleichheit“, „Gesundheit“ und „soziales Milieu“. Eine weitere methodische Herausforderung betrifft Längsschnittstudien: Die Kategorisierung von Konstrukten wie Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand ist in hohem Maße von aktuellen gesamtgesellschaftlichen Diskursen und einem variablen kulturellen Verständnis abhängig. Dies kann über einen längeren Zeitraum zu veränderten normativen Vorstellungen innerhalb einer Gesellschaft führen. Ergebnisse, die einen Verlauf von sozialen und gesundheitsbezogenen Parametern über mehrere Dekaden beschreiben, könnten aus diesem Grund nur eingeschränkt vergleichbar sein (Arcaya, Arcaya & Subramanian, 2015).

Ein zusammenhängendes ökologisches Wirkmodell, das sowohl Merkmale des Lebensraums als auch Risikofaktoren und protektive Faktoren sowie Interaktionen zwischen den Modellelementen berücksichtigt, liegt aktuell noch nicht vor (Bouchard et al., 2015).

1.3.2. Gesundheitszustand von vulnerablen

Bevölkerungsgruppen aus mikrosystemischer Perspektive

In diesem Kapitel werden empirische Befunde zur Erklärung des Zusammenhangs von sozialen Determinanten und Mortalität bzw. Morbidität aus der Perspektive einzelner vulnerabler Bevölkerungsgruppen dargestellt.

Zu Beginn soll jedoch zuerst ein integratives, heuristisches Pyramidenmodell vorgestellt werden (vgl. Abbildung 1). Zu betonen ist an dieser Stelle, dass die Ebenen des Modells keine empirisch belegten kausalen Ursache-Wirkungsbeziehungen darstellen. Vielmehr soll das Modell als ein Rahmenkonzept verstanden werden, anhand dessen empirische Befunde subsumiert und eingeordnet werden können.

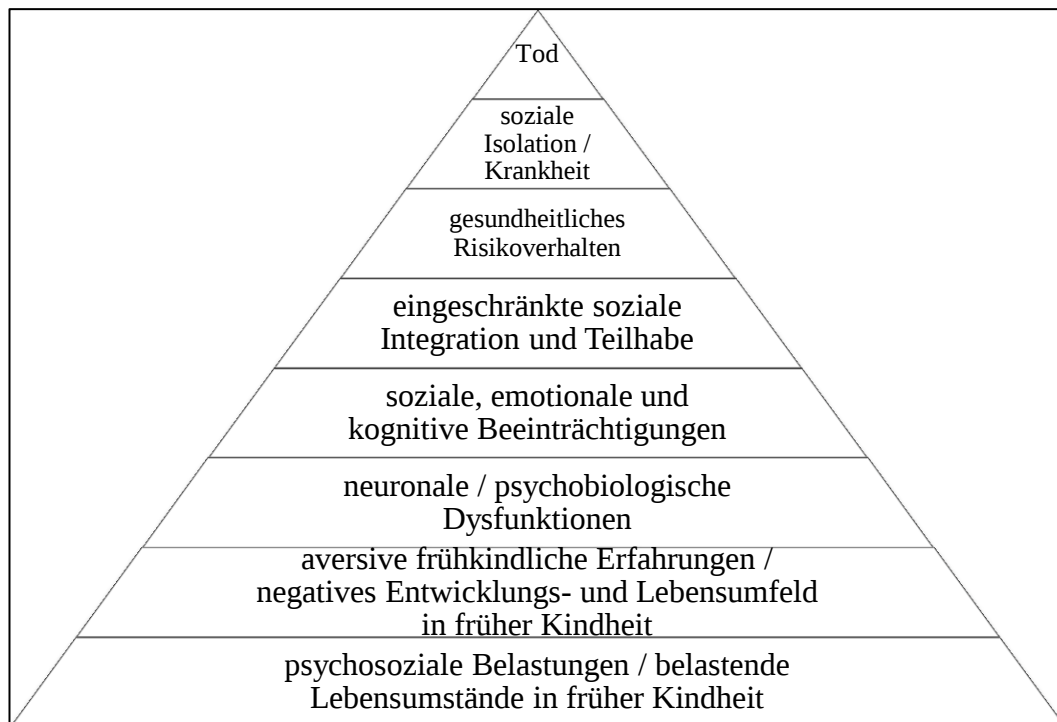


Abbildung 1: Pyramidenmodell zur heuristischen, integrativen Betrachtung des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Disparität (modifiziert nach Felitti et al. (1998) und Egle et al. (2016)).

Stressoren, psychosoziale Belastungen und aversive Erfahrung in früher Kindheit (aversive childhood experience, ACE) können als Ausgangspunkt einer Ereigniskette mit unterschiedlichen Entwicklungspfaden angesehen werden, an deren Ende erhöhte Morbidität und Mortalität stehen können. Basis der schematischen Betrachtung ist ein Pyramidenmodell von Felitti et al. (1998), nach dem kindliche Stressoren bzw. ACE zu Beeinträchtigungen in Bereichen der sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung führen können. Dies wiederum geht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für gesundheitliches Risikoverhalten einher, was dann zur Erhöhung der Morbidität und Mortalität führen kann. Eine Modifizierung erfuhr dieses Modell von Egle et al. (2016), die empirische Hinweise auf mögliche moderierende (psycho-)biologische Dysfunktionen als Folge von ACE in die Darstellung aufnahmen. Die nun hier eingefügte Abbildung integriert beide Modelle und nimmt einige wenige eigene Anpassungen und Ergänzungen vor.

Ausgehend von der untersten Ebene des Pyramidenmodells folgt zu Beginn eine Darstellung von Befunden zu Zusammenhängen zwischen ACE und psychosozialen Risikofaktoren.

Als bewiesen gilt, dass Merkmale der sozialen Lage mit ACE in Zusammenhang stehen. Zu nennen wären hier: soziale Benachteiligung (Lee, Coe & Ryff, 2017) sowie familiäre Konflikte und Kohäsion (Stith et al., 2009). Auch bestimmte Merkmale der Eltern – wie z.B. elterlicher Stress, psychische Störungen der Eltern und Missbrauchserfahrung in der eigenen Kindheit (Munro, Taylor & Bradbury-Jones, 2014; Stith et al., 2009) – legen ein erhöhtes Risiko für ACE nahe.

Diese ACE haben Auswirkungen bis in die Adoleszenz und ins Erwachsenenalter. Hier sind einerseits Folgen im Hinblick auf soziale Integration und Teilhabe zu nennen: Negative Erfahrungen in der frühen Kindheit gehen im Erwachsenenalter mit erhöhter Kriminalität (Currie & Tekin, 2012), reduzierter sozialer Interaktion (Watts, 2017) und niedrigem sozioökonomischen Status (Pinto, Li & Power, 2017) einher.

Andererseits stehen ACE mit vermehrt gesundheitsschädlichem Verhalten bzw. schlechterem Gesundheitszustand im Jugend- und Erwachsenenalter im Zusammenhang. Belegt sind ein erhöhtes Risiko für Alkoholismus, Drogenmissbrauch (Shin, McDonald & Conley, 2018; Zohsel et al., 2017), Depression, Suizidalität (Li, D'Arcy & Meng, 2016), die Manifestation psychischer Symptome (Schulz et al., 2017; Shin et al., 2018), sexuell übertragbare Erkrankungen und sexuelles Risikoverhalten (Norman et al., 2012), Diabetes (Shields et al., 2016) sowie Spielsucht (Sharma & Sacco, 2015). Hughes et al. (2017) berichten in einer Metaanalyse die stärksten Korrelationen zwischen ACE und riskantem Sexualverhalten, psychischen Störungen, Selbst- und Fremdschädigung sowie massivem Alkohol- und Drogenabusus.

Neben den Zusammenhängen zwischen Merkmalen der sozialen Lage, gesundheitsbezogenen Parametern und ACE, die Auswirkungen auf die gesamte Lebensspanne nehmen, gilt auch als gesichert, dass viele Risikofaktoren gemeinsame Varianzanteile haben, da diese häufig zusammen im Sinne einer multifaktoriellen Risikokonstellation in vulnerablen Bevölkerungsgruppen beobachtbar sind. Risikofaktoren scheinen sich gegenseitig zu bedingen und zu verstärken. Sie üben so einen kumulierenden Einfluss auf Lebens- und Entwicklungsbedingungen der ganzen

Familie aus (Browne et al., 2015; Giovanelli et al., 2016) und gehen mit vermehrt gesundheitsschädlichem Verhalten (Caleyachetty et al., 2016) sowie geringer sozial-kognitiver Kompetenz (Wade et al., 2015) im Erwachsenenalter einher.

Aus der vorangegangenen Darstellung wird deutlich, dass frühkindliche Lebensbedingungen und Erfahrungen Einfluss auf Entwicklungsgeschehen nehmen und Langzeitfolgen noch im Erwachsenenalter gut zu erkennen sind. Lebens- und Entwicklungsbedingungen in der frühen Kindheit haben direkten und indirekten Einfluss auf den Gesundheitszustand und den sozioökonomischen Status im Erwachsenenalter, wie von Lago et al. (2018) auch in einem systematischen Review gezeigt wurde. Dieser Einfluss ist umso bedeutsamer, je mehr Risikofaktoren zusammen auftreten.

Doch wie sind langfristige Effekte im Erwachsenenalter von kindlichen Armutslagen, ACE bzw. kindlicher sozialer Deprivation zu erklären? Welche Wirkmechanismen sind bekannt, die von psychosozialen Belastungen in früher Kindheit letztendlich zu erhöhter Mortalität und Morbidität im Erwachsenenalter führen? Nachfolgend sollen ausgewählte empirische Befunde den bisherigen Kenntnisstand zu möglichen moderierenden Prozessen und Eigenschaften auf psychischer und (neuro-) physiologischer Ebene darstellen.

In einer Studie wiesen Wade et al. (2015) nach, dass der Zusammenhang zwischen risikobehafteten Lebensumständen zum Zeitpunkt der Geburt mit geringeren sozial-kognitiven Kompetenzen im Alter von 18 Monaten in Zusammenhang steht, wobei diese Assoziation durch geringe mütterliche Responsivität moderiert wird.

Auch andere Studien belegen, dass sich soziale Risikofaktoren auf psychische Prozesse bzw. psychisches Erleben der Eltern und das Ausmaß an familiären Konflikten auswirken, die wiederum sowohl das elterliche Interaktions-, Erziehungs- und Fürsorgeverhalten (z.B. Choe et al., 2013; Fuchs et al., 2015; Ganzel et al., 2010) als auch die kindliche Gesundheit – hier die Manifestation einer ADHS-Symptomatik – beeinflussen (Russell et al., 2016). Des Weiteren gibt es Hinweise, dass die kognitive Entwicklung des Kindes sowohl durch mütterliche Sensitivität als auch durch psychosozialen Stress der Mutter vorhergesagt werden kann (Zwönitzer et al., 2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen von ACE scheinen im Erwachsenenalter mit

dysfunktionalem Bindungsverhalten (Turanovic & Pratt, 2015; Corcoran & McNulty, 2018), geringerem Selbstwerterleben (Arslan, 2016) und negativem Selbstkonzept (Cohen et al., 2016) in Zusammenhang zu stehen. Diese psychologischen Auffälligkeiten können gemäß diesen Studien die Genese von psychopathologischen Störungen begünstigen.

Für eine Stichprobe von $N = 2477$ Jugendlichen und deren Familien in Südafrika konnten Meinck et al. (2017) anhand eines Strukturgleichungsmodells den Pfad von familiärer Benachteiligung über abusives elterliches Verhalten sowie elterliche psychische Symptome bis zu Gesundheitsrisiken im Jugendalter nachweisen. Für alleinerziehende Mütter mit einem niedrigen sozioökonomischen Status liegen Hinweise vor, dass depressive Störungen der Mutter den Zusammenhang zwischen sozialer Kohäsion und Kindesmisshandlung und -vernachlässigung moderieren (Barnhart & Maguire-Jack, 2016).

Neben diesen Befunden, die eher psychologische bzw. psychopathologische Prozesse als mögliche Mediatoren und Moderatoren beschreiben, können zunehmend auch physiologische Korrelate von ACE identifiziert werden. So sprechen Befunde dafür, dass frühe aversive kindliche Erfahrungen mit neuroanatomischen (Plener, Ignatius, Huber-Lang & Fegert, 2017; Shonkoff et al., 2012) und neurofunktionalen Auffälligkeiten (Hanson et al., 2016) einhergehen, die wiederum mit gesundheitlichen Folgen bzw. bestimmten Verhaltensmustern und emotionalem Erleben verbunden sind. Darüber hinaus liegen Hinweise vor, dass mütterliche Deprivation und kindliches Stresserleben die strukturelle und funktionale Entwicklung jener Gehirnareale beeinflussen, die in Gedächtnisleistungen, emotionale Regulation und Exekutivfunktionen involviert sind (Sheridan et al., 2017); diese neuroanatomischen Auffälligkeiten könnten auf der Verhaltensebene gering ausgeprägte sozial-emotionale Kompetenzen der Kinder bedingen. Auch ein geringes Volumen der grauen Substanz in bestimmten Gehirnarealen wird als Folge von frühkindlichem Stresserleben berichtet, die u.a. als neuronales Korrelat psychischer Probleme und antisozialen Verhaltens diskutiert werden (Tyborowska et al., 2018).

Andere Studien konnten hingegen nach Kontrolle um klinisch relevante psychische Störungen keine anatomischen Auffälligkeiten als Folge von ACE feststellen (Calem et al., 2017).

Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle, dass die Studien zu neuronalen Korrelationen v.a. aus methodischen Gründen auch kritisch diskutiert werden (Johnson, Riis & Noble, 2016).

Neben der Suche nach neuronalen Korrelaten von ACE und sozialdeprivierten Lebenslagen sowie der zunehmenden Berücksichtigung der Interaktion zwischen Gendisposition und Umweltfaktoren (Latendresse, Musci & Maher, 2018) wurden von der physiologischen Forschung in der letzten Dekade zunehmend auch pränatale Einflüsse in den Fokus genommen.

Allen voran sei auf das Forschungsfeld der „fetal and developmental origins of health and disease (DOHaD)“ hingewiesen (Wadhwa et al., 2009). Studien aus diesem Bereich befassen sich mit der Erforschung von fötalen und entwicklungsbedingten Ursprüngen von Gesundheit bzw. Krankheit. Theoretische Basis stellt dabei die Annahme dar, dass pränatale Einflüsse im Sinne einer „fötalen Programmierung“ einen Effekt auf dauerhaft wirkende metabolische und funktionale Prozesse sowie physiologisch-strukturelle Merkmale ausüben, die dann die Manifestation von Erkrankungen im Erwachsenenalter begünstigen. Ein Beispiel ist eine Studie von Plant et al. (2016), bei der die Autorenschaft nachwies, dass mütterliche Depressionen während der Schwangerschaft das Immunsystem des Kindes beeinflussen, so dass die Langzeitfolgen bis ins Erwachsenenalter beschreibbar sind. Des weiteren liegen Ergebnisse vor, die mütterliche depressive Symptomatik in der Spätphase der Schwangerschaft als Mediator für den Zusammenhang zwischen erlebter Kindeswohlgefährdung der Mutter und einer Asthma- und Allergiediagnose des Kindes im Alter von 24 Monaten erklären (Tomfohr-Madsen, Bayrampour & Tough, 2016).

Auch der Einfluss von mütterlichem psychologischen und sozialen Stress während der Schwangerschaft auf die fötale Entwicklung und Merkmale der kindlichen Epigenetik sowie deren langfristige Folgen für die physiologische und mentale Gesundheit der Kinder werden beforscht und diskutiert (z.B. Entringer et al., 2015; Palma-Gudiel et al., 2015).

Als Überleitung zum nachfolgenden Kapitel soll an dieser Stelle der aktuelle Stand der Forschung zu sozialen Determinanten von Gesundheit resümiert werden: Erstens

scheint ein psychosozial belastetes Lebens- und Entwicklungsumfeld während der Schwangerschaft bzw. in früher Kindheit mit mittel- und langfristigen negativen Folgen für die Entwicklung, den allgemeinen Gesundheitszustand und damit der gesellschaftlichen Teilhabe insgesamt im Zusammenhang zu stehen. Zweitens scheinen Gesundheitsverhalten, schlechter Gesundheitszustand und sozioökonomische Lebensbedingungen intergenerational „vererbt“ zu werden, wodurch Ungleichheit zementiert wird. Drittens schließlich scheint ein komplexes Wirkmodell, das Einflussfaktoren auf Makro- und Mikroebene integriert, als Erklärungsraum für diese Zusammenhänge unerlässlich.

Der aktuelle Stand der Forschung legt nahe, dass eine singuläre Betrachtung des Individuums und die damit einhergehende Vernachlässigung des Lebenskontextes nicht die Gesamtheit der Phänomene „Gesundheit“ und „Krankheit“ erklären kann.

Diese Erkenntnisse sind auch im Hinblick auf die bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung relevant: Ohne Berücksichtigung des sozialen Lebensraums und dessen Wechselwirkung mit Individualmerkmalen bei Maßnahmen zur Prävention werden diese nicht erfolgreich sein können.

Im folgenden Kapitel werden nun die Konsequenzen und Schlussfolgerungen dieser Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung und internationale Gesundheitspolitik dargestellt.

2. Gesundheitsförderung und Prävention

Im Bereich der Public Health Forschung gilt als Konsens, dass soziale Lebens- und Entwicklungsbedingungen mit erhöhter Mortalität und Morbidität sowie reduzierter gesellschaftlicher Teilhabe im Zusammenhang stehen, wie die Betrachtung im vorangegangenen Kapitel zeigte.

Entsprechend sollen in dem nachfolgenden Kapitel die Konsequenzen dieser Befunde auf gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen der Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung dargestellt werden (vgl. Kap. 2.1), wobei auch die Grenzen und Schwierigkeiten dieser Strategie nicht verschwiegen werden (vgl. Kap. 2.2).

2.1. *Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik*

2.1.1. Non-Communicable Diseases

Dass bestimmte Merkmale der sozialen Lage mit reduzierten gesundheitsbezogenen Kompetenzen zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen, wurde auch in einem Bericht der WHO und der „Commission on Social Determinants of Health“ formuliert (World Health Organization, 2008). Dies ging mit der Etablierung eines neuen Krankheitsbegriffs einher - dem der „Non-Communicable diseases (NCD)“ (World Health Organization, 2013). Unter dieser Bezeichnung werden durch Umweltfaktoren modulierte Erkrankungen, wie Diabetes, Infarkte und Insulte sowie chronifizierte kardiovaskuläre und pleunomologische Erkrankungen, subsumiert. Als Hauptrisikofaktoren für NCD werden u.a. Alkohol- und Tabakkonsum, reduzierte körperliche Bewegung und unausgewogene Ernährung angesehen (25 x 25 Risikofaktoren).

Mit der Definition von NCD durch die WHO begann auch die Erforschung dieser Erkrankungen. So haben sich die 25 x 25 Risikofaktoren als empirisch evident und im internationalen Vergleich als stabil erwiesen (Mendenhall et al., 2017).

Ebenfalls im internationalen Vergleich stabil ist der Befund, dass neben den 25 x 25 Risikofaktoren der sozioökonomische Status der stärkste Prädiktor für NCD zu sein scheint, da in dieser Bevölkerungsgruppe risikofördernde Verhaltensweisen verstärkt auftreten (Hosseinpoor et al., 2012). In einer Multicohortenstudie mit Metaanalyse, bei der 48 einzelne prospektive Studien eingeschlossen wurden, zeigten Stringhini et al.

(2017), dass das Risiko für NCD bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status im Vergleich zu Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status deutlich erhöht war, wobei die Höhe des Risikos auch nach Kontrolle der 25 x 25 Risikofaktoren nahezu unverändert blieb. Der sozioökonomische Status kann somit als eine Art Proxy bzw. Stellvertreter für die anderen, eher verhaltensbezogenen Risikofaktoren für NCD angesehen werden und sollte, gemäß der Autorenschaft, auch von der internationalen Gesundheitsförderung als ebenso gleichwertiger Risikofaktor wie die 25 x 25 Risikofaktoren betrachtet werden (Stringhini et al., 2017).

Egger und Dixon (2014) systematisieren ökonomische, soziale und umweltbezogene Determinanten für gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, die mit NCD assoziiert sind, anhand der folgenden hierarchisch strukturierten Ebenen: (1) *Distale*, umweltbezogene Lebensbedingungen – wie beispielsweise der ökonomische Lebensraum - gehen mit (2) Determinanten auf *medialer* Ebene einher. Diese Ebene ist durch soziale Beziehungen gekennzeichnet und kann im Falle vorhandener distaler Risikofaktoren mit sozialer Benachteiligung, Stresserleben, Stigmatisierung oder Druck des sozialen Umfeldes einhergehen, was dann wiederum auf (3) *proximaler Ebene* mit Auswirkungen auf der Verhaltens- und Erlebensebene der Personen einhergeht und beispielsweise zu erhöhtem Alkohol- und Drogenkonsum führen kann.

Anhand dieser Annahmen, die deutlich an einer ökologisch-systemischen Betrachtungsweise orientiert sind (vgl. Kap. 1.2), wird deutlich, wie ein geringer sozioökonomischer Status auf distaler Ebene gesundheitsbezogenes Risikoverhalten auf proximaler Ebene beeinflussen kann, um dann die Manifestation von z.B. NCD zu begünstigen. Eine Vernachlässigung dieser Determinanten bei der Erklärung von NCD führe gemäß Egger & Dixon (2014) zwangsläufig zu einer ungerechtfertigten und einseitigen Schuldzuweisung an die erkrankten Personen („blaming the victim“) (vgl. Kap. 2.2.4).

Auch unabhängig von NCD wird heute für viele Krankheiten eine mehr oder weniger starke „systemische“ Pathogenese angenommen (z.B. Infektionen, psychische Probleme, Verhaltensauffälligkeiten sowie Intoxikationen). Für diese Krankheitszustände können Zusammenhänge mit sozialer und materieller Deprivation aufgezeigt werden, da sie vermehrt in Bevölkerungsgruppen mit schlechteren sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen auftreten (Kickbusch, 2015; Mendenhall et al.,

2017). Aufgrund dieser Tatsache ist die Aussage zulässig, dass für bestimmte Bevölkerungsgruppen mit spezifischen sozialen und ökonomischen Determinanten eine deutlich erhöhte Vulnerabilität für bestimmte Krankheitszustände angenommen werden kann (Singer et al., 2017).

Diese oben dargestellten Studien können als Beleg für eine Betrachtungsweise gesehen werden, die von der klassischen Perspektive der medizinischen Pathogenese abweicht: Statt eines linearen und isolierten Verständnisses von Krankheit wird ein multikausales Erklärungsmodell angenommen (vgl. auch Kap. 1.2). Und die WHO scheint sich dieser Sichtweise sukzessive anzuschließen, auch wenn der sozioökonomische Status bis dato nicht in die Gruppe der 25 x 25 Risikofaktoren für NCD aufgenommen wurde.

Komplexe und auf vielfältige Weise interagierende soziale Determinanten von Gesundheit werden im Sinne einer „systemischen“ Pathogenese als bedeutsam angesehen. Daraus folgt, dass gemäß dieser Perspektive zunehmend Forderungen an gesundheits- und sozialpolitische Entscheiderinnen und Entscheider gestellt werden, präventive gesundheitsbezogene Leistungen für vulnerable Bevölkerungsgruppen auszubauen (Frenk & Gómez-Dantés, 2017). Die konkrete Umsetzung von evidence-based Präventionsmaßnahmen zur Reduktion von verhaltensbezogenen Erkrankungen wird jedoch häufig durch Hemmnisse auch auf politischer Ebene erschwert, wie beispielsweise durch staatliche Förderprioritäten (Furtado et al., 2018).

2.1.2. Neue Morbiditäten

Der Begriff der „neuen Morbiditäten“ wurde in der Pädiatrie geprägt und beinhaltet im Kern ein verändertes pathogenetisches Verständnis. Begründet wird dieser Perspektivenwechsel mit der Beobachtung von sich verändernden Krankheitsspektren im Bereich der pädiatrischen Versorgung: die „neue“ bzw. „neuere Morbidität“. Die Krankheitsbilder wandelten sich von akuten zu chronifizierten und von somatischen zu zunehmend psychischen Phänotypen. Dabei wird eine Zunahme der Prävalenz von Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie von ungünstigen familiären Entwicklungs- und Lebensbedingungen berichtet (z.B. Ravens-Sieberer et al., 2007; Schlack et al., 2008). Auch psychische Störungen oder Drogenabusus der Eltern, familiäre Instabilität und Konflikte bis hin zu häuslicher Gewalt und deren Auswirkung auf die Gesundheit von

Kindern und Jugendlichen gewinnen seit Beginn des 20. Jahrhunderts in der pädiatrischen Versorgung zunehmend an Bedeutung (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2001).

Aktuell plädieren einige Autoren für die Akzeptanz so genannter „millennial morbidities“ (Palfrey, 2005). Darunter wird die deutliche Zunahme jener Krankheitszuständen verstanden, die auf anhaltende ökonomische und kulturelle Ungleichheit im Kindesalter zurückzuführen sind. Die Autorenschaft nennt beispielsweise die Zunahme an Übergewicht bei Kindern als Folge ungesunder und unausgewogener Ernährung, die primär in sozial und materiell deprivierten Bevölkerungsgruppen festzustellen sei. Die zweite Welle der KIGGS Studie repliziert den Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und erhöhtem Adipositasrisiko im Kindesalter für den deutschsprachigen Raum (Kuntz, Waldhauer, et al., 2018).

Das multifaktorielle Zusammenwirken von sozialen, biologischen, ökonomischen und umweltbezogenen Bedingungen im Sinne eines biopsychosozialen Modells, das diesen Befunden zugrunde liegt, ist in den vorangegangenen Kapiteln hinreichend beschrieben und beansprucht auch in der pädiatrischen Versorgung Gültigkeit (Schor, 2015).

Auch aufgrund der „neuen Morbiditäten“ nimmt der Druck auf Politik und Gesellschaft zu, dem Zusammenhang zwischen sozialen und ökonomischen Lebens- und Entwicklungsbedingungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und Teilhabe von Kindern Rechnung zu tragen. Bedeutende pädiatrische Vereinigungen in den USA und Großbritannien fordern beispielsweise, die finanzielle und ökonomische Stabilität von Familien zu gewährleisten, ihnen notwendige Unterstützung zu gewähren und diese Unterstützungsangebote mit allen relevanten kommunalen Akteuren zu koordinieren (APP Council on Community Pediatrics, 2016; Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH) & Child Protection Action Group, 2017).

2.1.3. Perspektivenwechsel in der gesellschaftsbezogenen Gesundheitsförderung

Aufgrund der Vielzahl an empirischen Befunden und zunehmenden Forderungen der Versorgungspraxis wird ein eher systemisches, pathogenetisches Verständnis bei der

Implementierung von gesundheitsbezogenen Präventionsmaßnahmen und der allgemeinen Gesundheitsförderung zunehmend berücksichtigt.

Welche Strategien der Gesundheitsförderung gerade bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen am effektivsten sind, ist jedoch nach wie vor Gegenstand intensiver Diskussionen. So sind Präventions- und Interventionsmaßnahmen auf unterschiedlichen systemischen Ebenen denkbar (vgl. Kap. 1.2). Eine Möglichkeit liegt darin, auf struktureller, makrosystemischer Ebene Maßnahmen zur Reduktion der Ungleichheit von sozialen und materiellen Lebensumständen zu ergreifen. Alternativ böte sich an, auf mikrosystemischer Ebene des Individuums gesundheitsschädliches Verhalten zu reduzieren und gesundheitlich förderliches Verhalten zu stärken. In Bezug zu der erstgenannten Präventionsstrategie liegt der Fokus darauf, im Sinne einer Ursachenbekämpfung soziale und gesundheitliche Ungleichheit gar nicht erst entstehen zu lassen. Bei mikrosystemischen, verhaltensbezogenen Interventionen hingegen wird eine eher nachgelagerte präventive Wirkung der Maßnahmen angenommen und im Sinne einer Art Copings vulnerable Bevölkerungsgruppen in risikobehafteten Lebenslagen beim Aufbau von gesundheitlich förderlichem Verhalten unterstützt, um so die Auswirkungen von sozialer und materieller Deprivation auf Gesundheit und Entwicklung zu reduzieren.

Doch welcher Position schließt sich die internationale Gesundheitsförderung an? Und: Sind Maßnahmen zur Reduktion von sozialer und materieller Ungleichheit unter Berücksichtigung von makroökonomischen, global kapitalistischen Zusammenhängen überhaupt gesundheits- oder sozialpolitisch umsetzbar?

Ein zentraler Meilenstein in der Diskussion um die strategische Ausrichtung internationaler gesamtgesellschaftlicher Gesundheitsförderung stellt die Ottawa Charta der WHO aus dem Jahre 1986 dar (World Health Organisation, 1986). Hier wird das einzelne Individuum in den Fokus von präventiven Maßnahmen gestellt: Der mikrosystemischen Gesundheitsförderung wird Vorrang vor der Eliminierung von Risikofaktoren auf gesamtgesellschaftlicher Ebene eingeräumt. Ziele sind gemäß der Ottawa Charta, das Individuum zur Verhaltensänderung anzuhalten und gesundheitsbezogene Kompetenzen zu fördern. Diese auf Empowerment basierende strategische Ausrichtung beschreibt eine Abkehr von einer defizitorientierten

Pathogenese hin zum ressourcenorientierten Ansatz der Salutogenese (Antonovsky, 1987). Wurde Gesundheit vorher dichotom als die Abwesenheit von Krankheit betrachtet, so wird diese nun im salutogenetischen Modell als ein Kontinuum mit den Endpolen „Gesundheit“ und „Krankheit“ dimensional beschreibbarer Zustand aufgefasst. An welcher Position sich ein Individuum in diesem Kontinuum befindet, hängt maßgeblich von den Risikofaktoren und Ressourcen der einzelnen Person ab.

Aus diesen Annahmen wurden nun in der Ottawa Charta die folgenden strategischen Ziele von Gesundheitsförderung abgeleitet (World Health Organisation, 1986):

- (1) Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesundheitspolitik,
- (2) Schaffung unterstützender Umwelten zur Gesundheitsförderung,
- (3) Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen („Health Literacy“),
- (4) Einbeziehung des Gemeinwesens bzw. Koordinierung präventiver Maßnahmen durch die Zusammenarbeit aller relevanten Akteure auf kommunaler Ebene und
- (5) Neuorientierung der Gesundheitsdienste im Sinne eines Perspektivwechsels von einer rein medizinisch-heilenden bzw. pflegenden hin zu einer systemischen Gesundheitsversorgung.

Gemäß diesen Prämissen muss Gesundheitsförderung als integrativer Prozess verstanden werden, bei dem alle gesellschafts- und gesundheitspolitischen Ebenen involviert und verantwortlich sind.

Entsprechend erscheint die Weiterentwicklung der Ottawa Charta zum sogenannten „Community und Setting Ansatz“ konsequent. Im Sinne des „Whole of Society Approach“ (Dubé et al., 2014) kann Gesundheitsförderung nur gelingen, wenn diese als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird und explizit intersektorale und interdisziplinäre Kooperation mit einschließt (World Health Organisation, 2011).

In Deutschland wird dieser präventive Ansatz in dem Konzept der „Prävention in Lebenswelten“ umgesetzt, das anteilig auch in dem in 2015 verabschiedeten „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ („Präventionsgesetz“) formuliert ist (PrävG, 2015).

Wie die Bezeichnung „Prävention in Lebenswelten“ bereits suggeriert, ist mit dieser strategischen Ausrichtung neben der Aufforderung zur intersektoralen und

interdisziplinären Netzwerkarbeit auch eine Fokussierung auf „Settings“ bzw. „Lebensräume“ verbunden, wonach Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensumfeld der Menschen stattfinden sollte (Geene, 2017).

Basierend auf diesen Voraussetzungen kann als zentraler Ort der Gesundheitsförderung das Gemeinwesen identifiziert werden: Gesundheitsförderung findet mit und im Gemeinwesen statt. In Kombination mit dem Empowermentansatz führt dies zu folgenden gesundheitspolitischen Zielen in Deutschland (Naidoo & Wills, 2013):

- (1) lokale Orientierung der Maßnahmen mit Koordination und Vernetzung aller relevanten Akteure,
- (2) Berücksichtigung von Ressourcen, Mobilisierung von Selbsthilfe und Aktivierung vulnerabler Bevölkerungsgruppen sowie
- (3) Maßnahmen zur Vermittlung zwischen Makro- und Mikroebenen.

Gerade die lokale intersektorale Kooperation zwischen Akteuren des Gesundheitswesens, kommunalen Einrichtungen und Trägern der Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe hat sich bei der Gesundheitsförderung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen als sehr wirksam erwiesen (Wong et al., 2012). In der praktischen Umsetzung jedoch ist die intersektorale und interdisziplinäre Netzwerkarbeit mit zahlreichen Hürden und Hemmnissen verbunden (z.B. Toomey, 2011). Dies wird auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargestellt (vgl. Kap. 3.3).

Die in diesem Kapitel aufgezeigten gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungen sowie neue Perspektiven und Paradigmen im Bereich der Gesundheitsförderung stellen die Basis der Entwicklung Früher Hilfen in Deutschland dar. Bevor Frühe Hilfen national und international näher betrachtet werden (vgl. Kap. 3), sollen im folgenden Kapitel Aspekte der allgemeinen Prävention dargestellt.

2.2. *Möglichkeiten und Grenzen von Prävention*

2.2.1. Effektivität von Prävention

Wie in den meisten sozialwissenschaftlichen Disziplinen gilt auch im Bereich der Präventionsforschung der Einsatz von Random-Control-Trials (RCT) als Wirksamkeitsnachweis einer Intervention als der methodische „Goldstandard“. Diese Entwicklung vollzog sich in der Public Health Forschung im Kontext der Beforschung

von risikoerhöhenden und protektiv wirkenden Faktoren auf bestimmte pathologische Zustände: Bevölkerungsgruppen mit und ohne risikobehafteter Disposition wurden bzgl. eines bestimmten gesundheitsbezogenen Ergebnisses miteinander verglichen.

Auch zum Nachweis der Wirksamkeit von sozialpolitischen Programmen oder großangelegten bevölkerungsbezogenen Präventionsmaßnahmen wird häufig der RCT herangezogen. Vorrangig ist bei RCT Studiendesigns der Beleg eines unverzerrten Kausalzusammenhangs, der die Veränderung einer abhängigen Variablen zweifelsfrei und mit hoher interner Validität auf eine Intervention zurückführt.

Nach einigen Jahrzehnten Forschung mit diesem Forschungsdesign muss jedoch festgehalten werden, dass die Rate an positiven Befunden und signifikanten Effekten im Kontext der Präventionsforschung gering ist. Viele RCT, die im Rahmen von großen sozialpolitischen Programmen eingesetzt wurden, führen nur zu kleinen oder gar keinen Effekten (Orr, 2015). Dies betrifft auch RCT zum Effektivitätsnachweis von Präventionsmaßnahmen in der frühen Kindheit oder im Bereich Früher Hilfen im deutschsprachigen Raum (Taubner, Wolter & Rabung, 2015) (vgl. Kap. 3.1).

Dieser Befund kann mit den spezifischen Eigenschaften des Forschungsfeldes in Zusammenhang stehen: (1) Eine neu entwickelte, wenig erprobte Maßnahme wird gegen eine etablierte und über längere Zeit in der Praxis modifizierte „Standardversorgung“ getestet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die neue Maßnahme der gut etablierten und an die Gegebenheiten der Praxis angepassten Versorgung überlegen ist, erscheint vor diesem Hintergrund gering. (2) Gemäß dem biopsychosozialen Modell (vgl. Kap. 1.2) bewegen sich Menschen mit spezifischen Eigenschaften und Dispositionen in einer komplexen Umwelt mit zahlreichen Einflussfaktoren. In einem solchen „natürlichen“ Forschungsfeld mit komplexen, multifaktoriellen und interaktionellen Bedingungsbeziehungen ist es methodisch sehr herausfordernd, eindeutige lineare Ursache-Wirkungsbeziehungen nachzuweisen. Und (3) gewinnt der zuvor dargestellte Sachverhalt im Bereich der Präventionsforschung im Besonderen an Brisanz, da hier lange Zeiträume - bis hin zu der gesamten Lebensspanne eines Menschen - betrachtet werden müssen, um den Effekt einer Maßnahme bewerten zu können.

Des Weiteren kommt erschwerend hinzu, dass selbst im Falle signifikanter und praktisch bedeutsamer Befunde aus RCT, die Generalisierbarkeit auf andere Zielgruppen, andere Lebensräume und andere sozial- und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen in der Regel nur sehr eingeschränkt möglich ist (Kern et al., 2016). Dies steht jedoch im Widerspruch dazu, dass gerade im Kontext einer „Evidence-based Policy“ Strategie die Betrachtung der externen Validität von zentraler Bedeutung ist. Gilt es im Rahmen von politischen Entscheidungen öffentliche finanzielle Mittel für die Implementierung bestimmter Programme und Angebote bereit zu stellen, reicht der wissenschaftliche Nachweis, dass ein Programm für eine bestimmte Zielgruppe in einem spezifischen Setting wirksam ist, in der Regel nicht aus. Relevant ist vielmehr, ob die gefunden Effekte auf *andere* situative und strukturelle Rahmenbedingungen und *andere* Zielgruppen übertragbar sind (Westbrook, 2017). Die Interaktion der Haupteffekte „Programm“, „Zielgruppe“ und „Kontext“ darf bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen somit nicht vernachlässigt werden. Der Effekt einer Maßnahme unterscheidet sich zwischen einzelnen Subpopulationen und Settings, wird aber auch von diesen beeinflusst (Klerman, 2017).

Hier sind zunehmend neue Forschungsdesigns und statistische Analysemodelle gefordert (z.B. Gottfredson et al., 2015), um den veränderten Herausforderungen, die sich aus einer „Evidence-based Policy“ Strategie ergeben, auch methodisch gerecht zu werden. Denn die politische und gesellschaftliche Öffentlichkeit stellt sich die Frage, *warum* Gelder der Gemeinschaft für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe ausgegeben werden sollen. Die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Präventionen und Interventionen gewinnt vor dem Hintergrund der Rechtfertigung der Mittelausgabe zunehmend an Bedeutung.

2.2.2. Effizienz von Prävention

Aus dem Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ergeben sich sowohl im gesundheitsbezogenen Sektor als auch im Sozialwesen Kosten, die mittel- bis langfristig weiter zunehmen werden (Norman et al., 2012). Bedingt durch steigende Prävalenzen von Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die mit dem sozialen Status oder aversiven frühkindlichen Erfahrungen einhergehen, steigen die gesamtgesellschaftlichen Kosten für die Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen (Fiddler et al., 2004; Ferrara et al., 2016).

Dadurch gerät nicht nur die Frage nach der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in den Fokus des Interesses, sondern auch die Frage nach der Effizienz hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses dieser Maßnahmen: Geht mit der Investition in Präventionsangebote für vulnerable Bevölkerungsgruppen mittel- bis langfristig eine Kostenreduktion einher („Return of Investment²“)?

Mit dem radikalen Fokus auf Produktivität im streng ökonomischen Sinne begründete der amerikanische Ökonom und Wirtschafts-Nobelpreisträger James J. Heckman die Investition in Maßnahmen für vulnerable und sozial benachteiligte Kinder. Er integriert Befunde der letzten Dekaden aus den Bereichen Ökonomie, Neurowissenschaften und Entwicklungspsychologie in seine Argumentation. Seine Kernthese lautet: Je früher eine Intervention erfolgt, desto höher ist das „Return of Investment“ und das „Benefit-Cost-ratio“³ (Heckman, 2006; Heckman & Masterov, 2007). Ausgangspunkt seiner Betrachtung ist der empirisch gut beschriebene Befund, dass sozial und ökonomisch benachteiligte Entwicklungs- und Lebensumfelder in früher Kindheit sozialen und ökonomischen Misserfolg im Erwachsenenalter vorhersagen können (vgl. Kap. 1.3.1). Die mittel- und langfristigen Kosten im Bereich Gesundheitsversorgung, Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozial- und Justizwesen, die mit diesen Entwicklungsverläufen verbunden sind, führen dazu, dass das Problem „sozial benachteiligte Kinder“ nicht als individualisiertes Problem, sondern vielmehr aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive betrachtet werden müsse. Denn für die Kosten, die sich aus den negativen Entwicklungsverläufen ergeben, muss die Gesellschaft aufkommen. Durch Kosten-Nutzen-Analysen und die darin enthaltenen Schätzungen des „Return of Investment“ und „Cost-Benefit“ Parameter wiesen Heckman et al. (2013) den volkswirtschaftlichen Nutzen von Interventionen in Früher Kindheit nach. Sie beschrieben anhand der sogenannten „Heckman-Curve“, dass ein Entwicklungsrückstand, der mit benachteiligten elterlichen Wohn- und Entwicklungsumfeldern in früher Kindheit einhergeht, durch spätere Förderungen ausgeglichen werden kann. Diese seien umso effektiver und ökonomisch effizienter, je früher die Interventionen ansetzten. Somit seien frühest mögliche Investitionen in benachteiligte Kinder nicht nur sozial gerecht, sondern leisteten auch einen Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen

² Zuwachs an Einnahmen und anderen monetär messbaren Ergebnisse je Geldeinheit, die in ein Kind/eine Familie investiert werden.

³ Das Verhältnis aus Effekten und Kosten eines Programms über die gesamte Lebensdauer eines Kindes.

Produktionssteigerung und hätten damit einen volkswirtschaftlichen Nutzen für die Gesellschaft als Ganzes.

Konkret liegt beispielsweise ein Beleg vor, dass Interventionen zur Reduktion von externalisiertem Verhalten mit positiven Effekten auf Kriminalität, Arbeitsmarkt und Gesundheitsverhalten einhergehen, was sich wiederum positiv auf eine gesamtgesellschaftlich relevante Kostenreduktion und Produktivitätssteigerung auswirkt (Campbell et al., 2014; Heckman et al., 2013).

Aus dieser Perspektive können frühe Präventionen und Interventionen für vulnerable Bevölkerungsgruppen als ökonomisches Investment verstanden werden (Grunewald & Rolnick, 2010).

Ein weiterer Vorteil der Unterstützung sozial und materiell benachteiligter Kinder und Familien im Sinne einer sekundären Präventionsstrategie sei, dass im Vergleich zu universellen präventiven Maßnahmen weniger Streueffekte zu erwarten seien, was wiederum zu einem effizienten Einsatz von Ressourcen der Gemeinschaft führe (Heckman & García, 2017). Die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Familien anzusprechen, sei somit im Sinne effizienter Sozial- und Gesundheitspolitik.

Bleibt abschließend zu erwähnen, dass Studien zu Kosten-Nutzen-Analysen im Kontext von frühen Präventionsmaßnahmen noch sehr spärlich vorhanden sind, was auch auf methodische Herausforderungen zurückzuführen ist, da ökonomische Analysen in der Regel auch eine Bewertung der Effektivität beinhalten (Petrou & Gray, 2005) (vgl. Kap. 2.2.1).

2.2.3. Das Präventionsdilemma

Die vorangegangenen Betrachtungen belegen sowohl theoretisch als auch empirisch die Notwendigkeit zur gezielten Gesundheitsförderung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, damit der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit reduziert wird.

All diesen Überlegungen zum Trotz scheinen Präventionsprogramme zum Aufbau von gesundheitsförderlichem Verhalten überwiegend von Personen aus dem bürgerlichen Milieu im Sinne einer „Mittelschicht-Bias“ in Anspruch genommen zu werden

(Mackenzie et al., 2011). Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit beispielsweise niedrigerem sozioökonomischen Status, niedrigerem Haushaltseinkommen oder niedrigerer Bildung, werden nur schwer erreicht, obwohl sie häufig die primäre Zielgruppe dieser Maßnahmen darstellen (Eapen et al., 2017; Silverstein, Lamberto, DePeau & Grossman, 2008).

In Bezug zur Inanspruchnahme von präventiven Leistungen des Gesundheitswesens (Routinevorsorgeuntersuchungen) in Deutschland konnten Hajek, Bock & König (2018) im Rahmen einer großen Querschnittbefragung von 7708 Personen über 40 Jahren nachweisen, dass die Höhe des Einkommens alleine keinen signifikanten Erklärungsbeitrag für die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistung leistet. Vielmehr scheinen psychologische Faktoren, deren Ausprägung jedoch mit dem Einkommen korrelieren, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu beeinflussen: Der Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen steht demnach positiv mit Lebenszufriedenheit, positiven Affekten, Optimismus, Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und Selbstregulation in Zusammenhang.

Auch bei explizit familienzentrierter Maßnahmen, wie z.B. Elternprogrammen, ist die Teilnahmequote von Familien aus sozial deprivierten Lebensverhältnissen sehr gering. Ursachen dafür sind zum einen auf Seiten der Eltern (z.B. Einstellungen, Lebensstil, fehlende Ressourcen), aber auch auf Seiten der Angebote (z.B. Zugangsbarrieren, inhaltliche und strukturelle Vereinbarung) zu finden (Whittaker & Cowley, 2012). Auch die Inanspruchnahme von Hausbesuchen im Kontext Früher Hilfen wird in hohem Maße durch die finanzielle Situation der Familie moderiert (Evers & Schröder, 2018).

Doch nicht nur die schwere Erreichbarkeit und die geringe Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch vulnerable Bevölkerungsgruppen erschwert sinnvolle und effektive Prävention. Partizipieren diese Bevölkerungsgruppen an einem Angebot, so sind auch die Abbruchsquoten sehr hoch (Dumas et al., 2001; Holland et al., 2014).

Andere Autorenschaften untersuchen die zugrunde liegenden Mechanismen des Inanspruchnahmeverhaltens von vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Demnach kann die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens als ein Aushandlungsprozess zwischen den beteiligten Personen angesehen werden. Auf diesen dynamischen Prozess

nehmen v.a. der soziale Kontext des Kontaktes, die Verfügbarkeit von Ressourcen auf beiden Seiten sowie Merkmale des Angebots Einfluss und wirken sich so auf das Inanspruchnahmeverhalten aus (Dixon-Woods et al., 2006).

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass die Höhe elterlichen Engagements von aufsuchenden Hilfsangeboten sowohl mit Merkmalen der Familie (z.B. alleinerziehend, junges Alter der Eltern, Wohnortwechsel) als auch mit soziodemographischen Faktoren (z.B. Haushaltseinkommen, soziokultureller Hintergrund) in Zusammenhang steht. Ergänzend liegen Hinweise vor, dass dieses elterliche Engagement den Effekt der Intervention vorhersagen kann (Raikes et al., 2006). Als förderlich auf die Inanspruchnahme und Partizipation hat sich soziale Unterstützung erwiesen (Pannebakker et al., 2018).

Das sogenannte „Präventionsdilemma“ beschreibt somit die Beobachtung, dass die Bevölkerungsgruppen, die am meisten von den Unterstützungs- und Präventionsangeboten profitieren würden, von diesen seltener in Anspruch genommen werden (Bauer, 2005). Dies führt dazu, dass gesundheitliche Ungleichheit noch weiter verstärkt wird: Vulnerable Bevölkerungsgruppen verfügen über einen schlechteren Gesundheitszustand und sie nehmen verhaltensbezogene Präventionsprogramme nicht in Anspruch. Parallel dazu werden diese Angebote jedoch von jenen Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen, die aus eher gut situierten Milieus kommen und nicht von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind. Durch die erhaltenen präventiven Leistungen jedoch bessert sich der allgemeine Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppen noch mehr. In der Konsequenz wird die Kluft zwischen den sozialen Milieus größer und soziale und gesundheitliche Ungleichheit persistiert nicht nur, sondern nimmt zu.

Doch welche Strategien können hilfreich sein, dieser sozialen Selektion bei der Inanspruchnahme vorzubeugen? Sogenannte „Komm-Strukturen“ scheinen wenig geeignet zu sein, um sozial benachteiligte aber bedürftige Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Stattdessen könnte sich auch zur Lösung des Präventionsdilemmas das Konzept des „Whole-Society-Approach“ bzw. „Präventionen in Lebenswelten“ bewähren (vgl. Kap. 2.1.3): Präventionsmaßnahmen und Angebote zur Gesundheitsförderung müssen im Lebensraum vulnerabler Bevölkerungsgruppen

verortet sein, was intersektorale und interdisziplinäre Kooperation aller relevanten Akteure auf kommunaler Ebene voraussetzt (vgl. Kap. 3.3).

2.2.4. Kategorisierung, Responsibilität und Paternalismus als mögliche Folgen von Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen kann zunehmend als Aufgabe des Gemeinwesens verstanden werden, bei der auf kommunaler Ebene alle relevanten Beteiligten intersektoral kooperieren.

In diesem Kapitel soll auf normative und ethische Schwierigkeiten hingewiesen werden, die mit diesem Ansatz verbunden sein können.

Als Zielpopulation der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden jene Bevölkerungsgruppen identifiziert, für die bestimmte Risikokonstellationen vorliegen. Wird ein eher ökonomisches Verständnis von Risiko herangezogen, geht dies mit der Annahme einher, dass sich ein bestimmtes Risiko rational messen, vorhersagen und somit reduzieren lasse. Gepaart mit einem neoliberalen und individualisierten Menschenbild ist die verantwortliche Instanz für dieses Risiko das einzelne Individuum (Keddell, 2014). Wird dieser Betrachtungsweise gefolgt, besteht die Gefahr von stigmatisierenden Attributionen: Aufgrund einer erhöhten Korrelation zwischen einem Risikofaktor und einem Ereignis wird allen Bevölkerungsteilen mit diesem spezifischen Risikofaktor die Verantwortung für das Eintreten dieses Ereignisses zugeschrieben und die einzelnen Personen tragen dafür die Schuld. Dies kann umso stärker für ökonomisch und sozial benachteiligte Familien gelten.

Im Ergebnis können Personen mit bestimmten Risikofaktoren Stigmatisierung und Responsibilität erleben. Dies ist v.a. vor dem Hintergrund der Inanspruchnahme von präventiven Leistungen durch die betroffenen Personen von großer Bedeutung, da dieses zum Gefühl der Scham und der Vorverurteilung sowie Angst vor Bloßstellung führen könnte. In der Konsequenz kann dieses Erleben dazu führen, dass potentiell hilfreiche Unterstützungsangebote von Betroffenen gar nicht erst aufgesucht werden (Mullis, Cornille & Mullis, 2005; Tschoepe-Scheffler, 2006) (vgl. Kap. 2.2.3).

Vor diesem Hintergrund sei auch auf den ambivalenten Nutzen von Screenings hingewiesen: Ermöglichen sie einerseits die effiziente Identifikation eines erhöhten Risikos für dysfunktionale Entwicklung, so bergen sie andererseits auch immer die

Gefahr, Personen aufgrund von bestimmten Risikohinweisen zu stigmatisieren. Bei der Entwicklung von Screening-Instrumenten sollte somit immer ein besonderes Augenmerk nicht nur auf die Sensitivität sondern v.a. auf die Spezifität gelegt werden. Screening-Instrumente, deren Raten von falsch-positiven oder auch falsch-negativen Urteilen nicht überprüft bzw. unverhältnismäßig hoch sind, können für die Betroffenen zu großer psychischer Belastung führen und auf Seiten der Professionellen falsche Sicherheit suggerieren (Mühlhauser, 2014).

Neben möglichen Stigmatisierungs- und Responsibilisierungstendenzen ist mit einer auf Verhaltensprävention für vulnerable Bevölkerungsgruppen ausgerichteten Strategie der Gesundheitsförderung auch immer die Gefahr des Paternalismus verbunden (Leppert, 2009). Familien in sozial deprivierten Lebenslagen werden bevormundet; ihnen wird häufig die Autonomie abgesprochen und sie sind mit einseitiger Schuldzuweisung im Sinne des „Blaming-the-Victim“ konfrontiert – so die Position einiger Autorenschaften (z.B. Bittlingmayer, 2008). Dies könnte dazu führen, dass Eltern aus prekären sozialen Lebenslagen nicht als gleichwertig, sondern als passive Empfänger von Unterstützungsleistungen angesehen werden. Ergänzend sei nach John (2018) mit der aktuellen Präventionsstrategie die Gefahr verbunden, dass gesundheitsförderliches Verhalten als normativ und höchstes moralisches Gut angesehen werde, das für alle Individuen einer Gesellschaft Gültigkeit besitzen müsse und somit die Wahl der Mittel rechtfertige.

All diese Annahmen stehen natürlich im Widerspruch zum Empowermentgedanken, der in vielen präventiven Maßnahmen und Angeboten als handlungsleitender Maßstab formuliert wird.

Nicht zuletzt wird durch eine einseitige Fokussierung auf Risikokonstellationen der Individualebene strukturelle und risikoerhöhende Bedingungen auf der Makroebene ignoriert (Berner & Phillips, 2005).

Prävention und Gesundheitsförderung, speziell für vulnerable Bevölkerungsgruppen, findet somit immer im Spannungsfeld zwischen möglicher Bevormundung bzw. Stigmatisierung und Respektierung der Autonomie des Einzelnen statt.

3. Frühe Hilfen

Frühe Hilfen sind familienzentrierte Unterstützungsmaßnahmen, die darauf abzielen, die Entwicklungschancen von Kindern zu erhöhen, den Gesundheitszustand von sozial benachteiligten Familien zu verbessern sowie deren gesellschaftliche Teilhabe und Ressourcen zu stärken.

In Bezug zu konkreten Maßnahmen wird unter Frühen Hilfen ein sehr breites und heterogenes Spektrum an unterschiedlichen Angeboten und Projekten verstanden: Heterogen im Hinblick auf Zielgruppen, Zielsetzung, praktische und theoretische Ausgestaltung sowie Trägerschaft und Organisation. Diese Maßnahmen reichen beispielsweise von Elterncafés über Beratungsstellen zu Themen wie Schwangerschaft, Erziehung und Familie bis hin zu aufsuchenden Hilfsangeboten von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen.

Gemeinsames Merkmal dieser Angebote ist, dass sie sich gegenseitig ergänzen und als Zielgruppen Familien in psychosozialen Problemlagen mit Kindern bis zum Ende des dritten Lebensjahres adressieren. Frühe Hilfen basieren des Weiteren auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und Niedrigschwelligkeit und orientieren sich am Hilfebedarf der Familien, bei denen im Sinne des Empowerment-Prinzips Ressourcen, Selbsthilfekompetenzen und Eigenverantwortung gestärkt werden sollen (vgl. Kap. 1.1). Weitere zentrale Elemente Früher Hilfen in Deutschland sind die kommunale Verankerung und die Organisation in lokalen Netzwerken, in denen Akteure des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe intersektoral und interdisziplinär zusammenarbeiten (NZFH, 2014a).

Damit stehen Frühe Hilfen in der Tradition des „Whole of Society Approach“, der als wegweisend für die strategische Ausrichtung internationaler Gesundheitsförderung angesehen wird (vgl. Kap. 2.1.3). Zentral ist demnach keine einseitige Fokussierung auf Gefahrenabwehr zur Verhinderung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung, sondern die Förderung positiver Entwicklungsbedingungen von Familien aus einer ganzheitlichen und systemischen Perspektive unter Bezugnahme auf das biopsychosoziale Modell (vgl. Kap. 1.2) sowie den salutogenetischen Ansatz (vgl. Kap. 2.1.3).

Die Entwicklung Früher Hilfen in Deutschland wurde im Rahmen des ersten Kapitels ausführlich dargestellt (vgl. Kap. 1.1). In den folgenden Kapiteln werden zu Beginn Frühe Hilfen im nationalen und internationalen Vergleich dargestellt und Wirksamkeitsnachweise berichtet (vgl. Kap. 3.1). Anschließend soll der Blick auf Befunde zur intersektoralen Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe gerichtet werden (vgl. Kap. 3.2).

3.1. Frühe Hilfen im internationalen und nationalen Vergleich

Zu Beginn dieses Kapitels sei auf den Umstand hingewiesen, dass international keine einheitliche Definition von Frühen Hilfen vorliegt.

Im anglo-amerikanischen Raum haben frühe Unterstützungsangebote für Familien in risikobehafteten Lebenslagen („families at-risk“) eine lange Tradition: Unter dem Stichwort „early childhood intervention“ werden Angebote subsumiert, die sich an Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen richten und häufig ein aufsuchendes, häusliches Unterstützungsangebot durch Fachkräfte oder Ehrenamtliche beinhalten. Die Fachkräfte kommen entweder aus dem Gesundheitswesen (z.B. Hebammen oder Pflegekräfte) oder aus pädagogischen Bereichen.

Diese „Home visiting programs“ in den USA zielen darauf ab, die Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Familien in belastenden Lebenslagen mit kleinen Kindern zu verbessern und ihnen Unterstützung zu bieten, zu der sie sonst keinen Zugang hätten. Familiäre Risikofaktoren, auf die sich diese Angebote konzentrieren, sind v.a. Armutslagen, junges Alter der Eltern bei der Geburt des Kindes, wenig soziale Unterstützung bzw. soziale Isolation, ethnisch-kulturelle Benachteiligung und Drogenabusus. Angebote dieser Art sind in den USA seit ca. 20 Jahren vorhanden und basieren – wie Frühe Hilfen in Deutschland – auf freiwilliger Inanspruchnahme durch die Familien (Peacock et al., 2013).

Das wohl einflussreichste Programm dieser Art ist das „Nurse-Family-Partnership (NFP)“ (Olds et al., 1998; Olds, 2006), welches seit mehreren Dekaden intensiv beforscht wird (z.B. Giovanelli, Reynolds, Mondi & Ou, 2016; Kitzman et al., 2010; Olds et al., 2007; Olds et al., 2004) und über Lizenzvereinbarungen international große

Verbreitung gefunden hat - beispielsweise in Großbritannien (Robling et al., 2016), Deutschland (Jungmann et al., 2010) und Frankreich (Saïas et al., 2013).

Die Programmimplementierung von aufsuchenden Hilfsangeboten wird in den meisten Fällen wissenschaftlich begleitet. Auch hier kann das NFP-Programm auf eine Vielzahl an wissenschaftlichen Belegen verweisen. Dabei werden kontinuierlich positive sowohl kurz- als auch langfristige Effekte in RCT veröffentlicht: So liegen Belege vor, dass das aufsuchende Betreuungsangebot für Familien in psychosozial belastenden Lebensumständen mit reduziertem antisozialem Verhalten und Substanzabusus in der Adoleszenz (Olds et al., 1998), signifikant geringerer Jugendkriminalität und Jugendarrest sowie einer besseren sprachlichen Entwicklung der Kinder (Miller, 2015) einhergehen. Darüber hinaus werden höhere Abstände zwischen den Geburten des ersten und zweiten Kindes, höhere Stabilität in der Partnerschaft, bessere schulische Leistungen der Kinder sowie reduzierte Kindersterblichkeit (Kitzman et al., 2010; Olds et al., 2007) und ein insgesamt besserer Gesundheitszustand der Kinder (Miller, 2015) berichtet. Auch ein positiverer Blick auf die Mutterschaft, weniger mütterlicher Drogenkonsum und ein geringerer Anteil an klinisch relevanten internalisierenden psychischen Störungen der Mütter im Vergleich zu Kontrollgruppen sind belegt (Olds et al., 2010). Ergänzend liegen Analysen vor, die als Folge des NFP-Programms eine Kostenreduktion durch rückläufige finanzielle Unterstützungsleistungen des Gemeinwesens (z.B. für Lebensmittelgutscheine) sowie eine Kostenersparnis aufgrund von geringer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aufzeigen (Miller, 2015). Keine Effekte lassen sich hingegen auf klinisch relevante Suchtstörungen, Kriminalität und Inhaftierung der Eltern, häusliche Gewalt und psychisches Stresserleben der Mütter, Inobhutnahmen oder Verhaltensstörungen der Kinder aus den vorangegangenen berichteten Studien ableiten. Langfristige Effekte auf kognitive und sozio-emotionale Entwicklungsparameter im Alter von 12 Jahren sind einer aktuellen Analyse zufolge nur für Jungen nachweisbar (Heckman et al., 2017).

Die Adaption des NFP-Programms in anderen Ländern wird ebenfalls wissenschaftlich begleitet, wobei die Anzahl an Studien mit RCT deutlich geringer ist und positive Effekte seltener berichtet werden: So können hier teilweise gar keine (z.B. Robling et al., 2016) oder nur marginale Effekte im Bereich mütterlicher Kompetenzen (Sierau et al., 2015) festgestellt werden. Positive Effekte liegen für eine Reduktion des

Zigarettenkonsums und ein Anstieg des Stillverhaltens (Mejdoubi et al., 2015) sowie geringere Gewalt in der Intimpartnerschaft (Mejdoubi et al., 2013) vor.

Als Ursachen für die eingeschränkte Replizierbarkeit der NFP-Programmeffekte diskutieren Robling et al. (2016) die Hypothese, dass positive Auswirkungen erst langfristig wirksam werden könnten, wobei die Autorenschaft empirische Belege nicht benennt. Doch auch die Zielgruppen der Interventionen sowie die verwendeten Variablen zur Operationalisierung der Wirksamkeit sind nicht oder nur eingeschränkt mit dem Originalprogramm vergleichbar: Der Wirksamkeitsnachweis des originalen NFP-Programms erfolgte i.d.R. in Bezug zu sehr eng umschriebenen Zielpopulationen mit genau definierten (und gut messbaren) Problemlagen (z.B. junge Mütter) sowie methodisch zuverlässig zu operationalisierenden Outcome-Variablen (z.B. Zigarettenkonsum, Abstand zwischen zwei Geburten). In anderen Ländern richtet sich das adaptierte NFP-Programm hingegen häufig eher unspezifisch an Familien mit multiplen und heterogenen Belastungs- bzw. Risikokonstellationen; des Weiteren werden teilweise komplexe und multifaktoriell beeinflusste Verhaltensweisen, wie beispielsweise mütterliches Bindungsverhalten und die kognitive Entwicklung der Kinder, als Outcome-Variable im Studiendesign verwendet (z.B. Jungmann et al., 2017).

Auch Präventionsmaßnahmen aus dem Bereich aufsuchender Hilfsangebote im häuslichen Umfeld, die nicht auf dem lizenzierten NFP-Programm basieren, werden sukzessive in vielen, überwiegend industrialisierten Ländern entwickelt und aufgebaut: Zu nennen sind die USA (Caldera et al., 2007), Deutschland (Pillhofer et al., 2015; Suess et al., 2010), Großbritannien (Longhi et al., 2016), Schweiz (Neuhauser & Lanfranchi, 2016), Kanada (Catherine et al., 2016; Drummond et al., 2014), Schweden (Burström et al., 2017), Niederlande (Horrevorts et al., 2015), Irland (Doyle, 2017), Dänemark (Kristensen & Kronborg, 2018) und Südafrika (Tomlinson et al., 2017). Allen Programmen ist gemein, dass sie sich an Familien in allgemein psychosozial belastenden Lebenslagen richten, im häuslichen Kontext stattfinden und von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen oder Ehrenamtlichen durchgeführt werden. Darüber hinaus sind viele Programme als Reaktion auf Fälle von Kindeswohlgefährdung gestartet und hatten dessen Prävention zum Ziel. Dabei wurden sie häufig von regierungsnahen Institutionen unterstützt (z.B. Duggan et al., 2007).

Wird jedoch die konkrete Ausgestaltung der aufsuchenden häuslichen Betreuung betrachtet, so ist eine große Heterogenität festzustellen. Dies betrifft Aspekte der Fort- und Weiterbildung und der Supervision von Fachkräften bzw. Ehrenamtlichen, den sozial- und gesundheitspolitischen Hintergrund der Implementierung, die Struktur und Organisation der Betreuung sowie die differenzielle Zielgruppe des Angebots (zum Vergleich von vier europäischen Programmen siehe Jungmann et al., 2017).

Auch diese Programme werden wissenschaftlich begleitet und mögliche Effekte mit RCT untersucht. Hier wurden langfristige und signifikant positive Veränderungen auf die kindliche Entwicklung und die häusliche Lernumgebung in einer Stichprobe von Müttern mit depressiven Störungen und von sozial benachteiligten Familien festgestellt, die während oder nach der Schwangerschaft eine aufsuchende, häusliche Beratung in Anspruch genommen haben. Einschränkend sei auf Effektstärken im lediglich kleinen bis moderaten Bereich hingewiesen (Hackworth et al., 2017; Tomlinson et al., 2017). Für das deutsche Projekt „Keiner fällt durch das Netz“, werden im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Effekte auf mütterliche Feinfühligkeit, depressive Symptome und elterlichen Stress berichtet; lediglich im Bereich der sozialen Entwicklung des Kindes und der elterlichen Wahrnehmung des kindlichen Temperaments wurden signifikante Gruppenunterschiede in marginaler Höhe gefunden (Sidor et al., 2016).

Weitere Studien, die aufsuchende Hilfsangebote durch Gesundheitsfachkräfte in Deutschland untersuchen, aber nicht auf ein RCT zurückgreifen und eher explorativen Charakter haben, liefern vorsichtige Hinweise auf einen möglichen Nutzen der Intervention im Hinblick auf elterliche Fürsorge und Alltagsorganisation sowohl aus Perspektive der Fachkräfte selber (Renner & Scharmanski, 2016) als auch der Mütter (Scharmanski & Renner, 2018). Des Weiteren liegen Befunde aus einer explorativen Pilotstudie vor, die auf einen Anstieg des elterlichen psychosozialen Funktionsniveaus sowie der mütterlichen Feinfühligkeit durch die erhaltene Betreuung hinweisen (Künster et al., 2013). In einer Gruppe aus hochbelasteten Müttern hingegen kann kein Effekt durch das Unterstützungsangebot auf die kindliche Entwicklung festgestellt werden (Zwönitzer et al., 2016).

Eindeutig positive Effekte hingegen werden auch international für eine weitere Anbindung der Familien an andere und - je nach Indikation - intensivere Unterstützungsangebote (z.B. Suchtbehandlungen) durch die häusliche Betreuung

berichtet (Green, Sanders & Tarte, 2017). Diese „Lotsenfunktion“ ist auch im Leistungsspektrum von Gesundheitsfachkräften für Frühe Hilfen in Deutschland fest verankert, so dass für deren Nutzen empirische Hinweise vorliegen: Kann der psychosoziale Hilfebedarf aufgrund der familiären Risikokonstellation nicht durch die Gesundheitsfachkraft abgedeckt werden, so leitet diese die Familien entweder in intensivere Unterstützungsangebote (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe oder Psychotherapie) oder in anders gelagerte Beratungsangebote (z.B. Schuldnerberatung) über (Renner & Scharmanski, 2016).

Ebenfalls deutlich positive Effekte durch aufsuchende, häusliche Unterstützungsangebote liegen für den allgemeinen Gesundheitszustand des Säuglings, dessen Sicherheit im häuslichen Umfeld sowie eine Förderung der sozialen Teilhabe der Familie und verstärkter Kontakt zur Gemeinschaft vor (Dodge et al., 2014); auch das Stillen und eine geringere Erkrankungsrate des Säuglings (Le Roux et al., 2014), erhöhtes Geburtsgewicht und ein geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit (Guo et al., 2016; Ichikawa, Fujiwara & Nakayama, 2015) sowie ein positiveres Gesundheitsverhalten der Mutter (Rotheram-Borus et al., 2014) gehen mit der Inanspruchnahme von frühen häuslichen Unterstützungsangeboten einher.

Die Befundlage zur Wirksamkeit von frühen aufsuchenden Unterstützungsangeboten auf kindliche Entwicklungsparameter, elterliches Erziehungs- und Fürsorgeverhalten sowie elterliche psychische Symptomatik ist zusammenfassend als widersprüchlich und uneinheitlich zu bewerten, was auch durch Metaanalysen überwiegend bestätigt wird. Über die einbezogenen Studien können im Bereich kognitiver und sozial-emotionaler Entwicklung der Kinder und elterlichen Erziehungsverhaltens überwiegend kleine Effekte von $d < .20$ festgestellt werden, wobei die Spannweite der berichteten Effekstärken zwischen den einzelnen Studien sehr groß ist (Layzer et al., 2001; Sweet & Appelbaum, 2004; Filene et al., 2013).

Die in Einzelstudien erwähnten positiven Effekte auf den Gesundheitszustand der Säuglinge wurden hingegen auch in Metaanalysen bestätigt (Peacock et al., 2013).

In einer weiteren Metaanalyse von Taubner, Wolter & Rabung (2015), ausschließlich für den deutschsprachigen Raum, wurden neun Studien mit RCT einbezogen. Im Vergleich zu Kontrollgruppen werden für die Interventionsgruppen kleine bis Null-Effekte für mütterliche Kompetenzen sowie kleine Effekte für eine Reduktion

mütterlicher psychischer Symptomatik festgestellt. Auf die soziale Unterstützung waren ebenso keine Effekte nachweisbar wie auf die kindliche psychische und motorische Entwicklung; auch für follow-up Erhebungen - sofern diese in den einzelnen Studien implementiert waren – berichtet die Autorenschaft metaanalytisch keine Effekte.

Neben der Wirkung auf kind-, familien- und betreuungsbezogene Parameter steht auch ein präventiver Effekt auf Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch im Fokus der internationalen Forschung, da dies häufig den sozial- und gesundheitspolitischen Hintergrund der Implementierung von aufsuchenden Betreuungsangeboten darstellte. Doch auch hier stellt sich die Befundlage als uneinheitlich dar: Für einzelne Programme liegen Wirksamkeitsnachweise vor (MacMillan et al., 2005; Mejdoubi et al., 2015), insgesamt stellt sich die Evidenz in Metaanalysen und wissenschaftlichen Reviews jedoch als eher heterogen heraus: Einerseits werden die Programme im Hinblick auf präventive Effekte als nur sehr gering wirksam beschrieben (Howard & Brooks-Gunn, 2009); andererseits weisen andere Autorenschaften nach, dass frühe aufsuchende Hilfsangebote die Anzeigen von Kindeswohlgefährdung signifikant reduzierten, woraus ein hoher präventiver Nutzen ableitbar ist (Sweet & Appelbaum, 2004; Geeraert et al., 2004; Chen & Chan, 2016).

Die Heterogenität empirischer Evidenz von aufsuchenden familienzentrierten Unterstützungsangeboten zeigt sich also auch im Bezug zu Aspekten des Kinderschutzes (Bilukha et al., 2005).

Jedoch sind einige Autorinnen und Autoren der Auffassung, dass die Prävention von Kindeswohlgefährdung nicht das primäre Ziel von frühen Interventionen bzw. Frühen Hilfen darstellen sollte (Green et al., 2017). Zum einen liegen Hinweise vor, dass Betreuungsangebote im Kontext Früher Hilfen für Familien mit einem sehr hohen Risiko sowie Anzeichen für mögliche Kindeswohlgefährdung nicht in gleicher Weise wirksam sind wie für Familien mit einem vergleichsweise moderaten Belastungsniveau (Renner & Scharmanski, 2016, 2018). Zum anderen stehen im Falle von vorliegenden Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung die Prinzipien der Niedrigschwelligkeit und Freiwilligkeit der Angebote Früher Hilfen im Widerspruch zu Kinderschutzrechten. Diese Perspektive schlägt sich zunehmend auch in der sozialpolitischen Ausgestaltung Früher Hilfen in Deutschland nieder, wobei explizit Fälle unterhalb der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung angesprochen werden.

Der letzte Teil dieses Kapitels soll mögliche Ursachen für die heterogene Befundlage sowie die häufig nur kleinen positiven Effekte von aufsuchenden, häuslichen Hilfsangeboten im Kontext Früher Hilfen diskutieren. Einige Studien untersuchten differentielle Effekte und identifizierten moderierende Einflüsse im Bereich des methodischen Vorgehens, der Programmgestaltung und der Zielgruppeneigenschaften, die mit Effekten im Zusammenhang stehen. So zeigt sich, dass die Effekte umso positiver zu sein scheinen, je früher die Intervention startet (z.B. während der Schwangerschaft), je hochfrequenter und länger die Betreuung durchgeführt wird, je besser ehrenamtliche Betreuungspersonen geschult sind und je enger umschrieben die Zielpopulation und deren Risikolagen sind (Nievar, Van Egeren & Pollard, 2010; Peacock et al., 2013). Auch andere Studien weisen nach, dass die Höhe der Effekte mit Merkmalen des Programms (z.B. Qualifizierung und Supervision der Fachkräfte sowie Treatmentintegrität) und Studiendesigns (Vergleich von Effekten in Bezug zu spezifischen vs. universellen Zielpopulationen) im Zusammenhang stehen (Casillas et al., 2016). Auch Befunde zu konfundierenden Merkmalen auf Ebene der Familien liegen vor: Zu nennen sind häusliche Gewalt (Eckenrode et al., 2000) und die Compliance der Mütter (Holland et al., 2018), was die Wirksamkeit der Intervention beeinflusst. Des Weiteren stehen geringe Evidenzen auch mit den allgemein hohen Dropout-Raten, der vergleichsweise geringen Compliance der Mütter (Duggan et al., 2007) sowie dem typischerweise erschwerten Zugang zur Zielpopulation (Latimore et al., 2017) im Zusammenhang (vgl. Kap. 2.2.3). Keinen Einfluss auf den Wirksamkeitsnachweis in Bezug zu mütterlichem Verhalten konnte hingegen für den Professionalisierungsgrad der Fachkräfte (ehrenamtliche vs. professionelle Betreuungspersonen) festgestellt werden (Nievar et al., 2010).

Als kritisch wird auch eine häufig mangelnde theoretische Fundierung vieler früher Hilfsangebote gesehen (Segal, Sara Opie & Dalziel, 2012). Die Autorenschaft konnte belegen, dass für jene Programme, die auf einer fundierten theoretischen Basis entwickelt und evaluiert wurden, und die detaillierte Annahmen im Sinne eines Wirkmodells und dessen Ableitung in Programmstrukturen vornehmen, signifikant häufiger positive Effekte berichtet werden.

Auf methodischer Ebene ist der Wirksamkeitsnachweis des Weiteren herausfordernd, da selbst innerhalb einer Studie die Interventionen und Zielpopulationen häufig sehr

heterogen sind. So wird beispielsweise die Treatmentintegrität nur sehr selten methodisch kontrolliert und Familien mit sehr unterschiedlichen psychosozialen Problemkonstellationen und Ressourcen in einer Stichprobe zusammengefasst. Ergänzend erschweren die oftmals kleinen Stichprobenumfänge die Analyse von weiteren ggf. homogeneren Subgruppen.

Zudem können elterliches Fürsorge- und Erziehungsverhalten sowie Fähigkeiten im Bereich der Alltagsorganisation als komplexes, multifaktoriell beeinflusstes Geschehen angesehen werden. Somit ist der Nachweis von langfristigen Effekten in mittlerer bis hoher Stärke auch aufgrund der verwendeten Outcome-Variablen häufig kaum möglich. Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung von psychometrisch abgesicherten Items zur Erfassung von validen Outcome-Variablen äußerst schwierig – aber umso bedeutsamer (Zubrick et al., 2014). Und selbst wenn valide und psychometrisch abgesicherte Assessments verwendet werden, so operationalisieren diese häufig nicht realistische Betreuungsziele von Frühen Hilfen im häuslichen Kontext. So liegt beispielsweise die Reduktion einer klinisch relevanten psychischen Symptomatik der Eltern nicht im Kompetenzbereich von Gesundheitsfachkräften und stellt somit kein realistisches Betreuungsziel dar (Scharmanski & Renner, 2016).

Abschließend sei auf die nach wie vor kontrovers geführte Debatte hingewiesen, im Rahmen derer um das Für und Wider von RCT als dem „Gold Standard“ zum Wirksamkeitsnachweis von Interventionen in komplexen sozialen Systemen gerungen wird. Im vorangegangenen Kapitel wurde diese Debatte im Kontext der Effektivität von allgemeiner Prävention bereits angeschnitten und soll an dieser Stelle aufgegriffen werden (vgl. Kap. 2.2.1). Als kritisch werden v.a. die Anwendungsvoraussetzungen von RCT vor der Frage diskutiert, ob diese im Kontext komplexer und dynamischer sozialer Interventionen überhaupt zu realisieren oder als sinnvoll zu erachten sind (Smith & Pell, 2003). Zu nennen wären beispielsweise ethische Aspekte, die häufig die Implementierung einer Kontrollgruppe nicht zulassen. Oder aber auch die einseitige Fokussierung auf die Maximierung der internen Validität, die Interventionen von sehr hohem Standardisierungsgrad und Manualtreue in einer maximal störfaktorenfreien Umgebung verlangen, was bei langen Interventionen mit hohem Praxisbezug häufig nicht zu realisieren ist. In der Konsequenz gehen RCT zwangsläufig mit reduzierter ökologischer Validität und geringem Praxisbezug einher (Hawkins, 2016). So wird teilweise gefordert, im Falle komplexer Interventionen in „natürlichen“ sozialen

Settings den rigiden Primat des RCT durch die Forderung nach methodischer Angemessenheit und Passung zu ersetzen (AEA, 2003). Auch alternative statistische Analysemodelle, welche die ökologische Rahmung der sozialen Programme im Sinne des biopsychosozialen Modells berücksichtigen (vgl. Kap. 1.2), könnten einen Beitrag zu einem realistischeren Abbild der Bedingungsbeziehungen auch auf Auswertungsebene leisten. Zu nennen wären Strukturgleichungsmodelle bzw. Mehrebenenanalysen, die auch Kontextfaktoren und deren moderierenden Einfluss berücksichtigen (z.B. Latimore et al., 2017). Auch „mixed-method“ Designs haben sich bewährt, da durch die Kombination einer quantitativen Erhebung mit qualitativen Methoden eine tiefgründige Exploration einzelner Bedingungsbeziehungen ermöglicht wird (Lucero et al., 2018).

Nicht nur innerhalb der Wissenschaft wird die Wirksamkeit von frühen aufsuchenden Hilfsangeboten methodisch und inhaltlich kontrovers diskutiert, auch zwischen Wissenschaft und Praxis ist ein intensiver Diskurs zu beobachten: Aus Perspektive der Fachpraxis werden scheinbare Widersprüche zwischen theoretischen Konzepten und alltäglichen Anforderungen, der Wettstreit unterschiedlicher Ansätze untereinander sowie der Gegensatz zwischen bedarfsorientierten und evidenzbasierten Ansätzen kritisiert. Diese Konfliktfelder führen zwangsläufig auch zu Kontroversen im Hinblick auf wahrgenommene und empirische Wirksamkeit, sowie zu der Kritik, dass die Fachkräfte die Ansprüche an ihre Arbeit nicht immer für gerechtfertigt halten (Bray & Daly, 2016).

Eine Möglichkeit zur Annäherung der unterschiedlichen Positionen von Theorie und Praxis bieten jene Forschungsvorhaben, die dem Prinzip des „Research and Community Partnership“ folgen (Brookman-Frazee et al., 2016; Hicks et al., 2012). So können zum einen Erfahrungen und Expertisen der Praxis im wissenschaftlichen Prozess berücksichtigt und zum anderen die gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse unmittelbar in das natürliche Feld zurück gespielt werden. Empirische Befunde nehmen so direkt Einfluss auf politische und soziale Entwicklungen bzw. auf die gesellschaftliche Gesundheitsförderung, ohne aber die strukturellen Bedingungsbeziehungen des „natürlichen“ Settings zu vernachlässigen. Zudem entsteht ein wechselseitiger Wissenschaft-Praxis-Transfer, der für beide Seiten profitabel und bereichernd sein könnte: Eine Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis trägt zur Akzeptanz der jeweils anderen Perspektive bei, indem Verständnis für

die häufig gegensätzlich verlaufenden Bedürfnislagen, aufgebaut wird. Und eine breite Datenbasis ist als Argumentationshilfe für Forderungen der Fachpraxis gegenüber Kostenträgern oder politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern von großer Bedeutung und könnte so zu einer Stärkung ihrer Position auch im Wettstreit um Fördermittel beitragen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nationale und internationale Hinweise zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfsangeboten aus dem Spektrum früher Interventionen bzw. Früher Hilfen vorliegen. Die deutlichsten Effekte zeigen sich im Bereich des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Müttern.

In Bezug zu elterlichem Erziehungs-, Bindungs-, Fürsorge- und Interaktionsverhalten sowie im Bereich kindlicher Entwicklung ist die Befundlage weniger eindeutig, was anteilig auch auf die oben diskutierten methodischen Herausforderungen zurückgeführt werden kann.

Auch für Hochrisiko-Familien scheinen aufsuchende Hilfsangebote nur eine von vielen Unterstützungsmaßnahmen zu sein, zu deren Zugang Frühe Hilfen aber im Sinne einer „Lotsenfunktion“ einen bedeutenden Beitrag leisten können.

Die Intensivierung von Forschungsvorhaben mit alternativen Forschungs- und Auswertungsdesigns scheint unabdingbar, um eine valide Datenbasis für den Ausbau und die differentielle Ausgestaltung von Frühen Hilfen zu schaffen. Auch eine Klärung dessen, was als methodisch angemessen zum Wirksamkeitsnachweis angesehen wird, gilt es innerhalb eines wissenschaftlichen Diskurses, aber auch im Austausch mit der Fachpraxis herbeizuführen.

3.2. *Stand des Strukturaufbaus Früher Hilfen in Deutschland*

Die vorangegangene Darstellung zeigt, dass auch für den deutschsprachigen Raum vereinzelt Wirksamkeitshinweise von aufsuchenden häuslichen Hilfsangeboten aus dem Bereich Früher Hilfen vorliegen.

Doch nur der Nachweis einer möglichen Evidenz ist nicht ausreichend, damit Familien in sozial belastenden Lebenslagen von den Angeboten profitieren können. Vielmehr setzt dies voraus, dass 1) Familien in risikobehafteten Lebenslagen im Sinne einer Fallfindung erkannt werden, 2) Unterstützungsangebote flächendeckend vorhanden sind

und 3) mit diesen Hilfsangeboten Eltern erreicht werden können und diese die Angebote auch in Anspruch nehmen.

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, förderte das Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit der „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen (BI)“ den flächendeckenden Auf- und Ausbau intersektoraler kommunaler Netzwerke (vgl. Kap. 1.1 und Kap. 3.3) sowie den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Im Sinne einer „Evidence Based Policy“-Strategie (Atkinson et al., 2015) sollten politische Entscheidungen auf Grundlage einer breiten Datenbasis getroffen werden, was dazu führte, dass der sozialpolitische Strukturauf- und -ausbau kontinuierlich wissenschaftlich begleitet wurde (Paul & Renner, 2017). Entsprechend liegen Informationen zur Beschreibung des kommunalen Ausbaustandes Früher Hilfen in Deutschland vor (Pabst, Küster, & Sann, 2017)⁴.

So waren 2015 in nahezu allen Kommunen in Deutschland Netzwerkstrukturen mit personellen Zuständigkeiten für Frühe Hilfen etabliert. Sie waren in den meisten Fällen beim Jugendamt angesiedelt (Küster et al., 2017a). Auch Gesundheitsfachkräfte, die eine langfristige häusliche Betreuung von Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen anbieten, sind in knapp 90 % der Kommunen verfügbar; der Fachkräftemangel im Bereich der Pflege und der Hebammenversorgung sowie fehlende nachhaltige Finanzierungsmöglichkeiten verhinderten jedoch nach Angaben der befragten Personen eine bedarfsgerechte Versorgung (Küster, Pabst & Sann, 2016).

Wie bereits erwähnt, ist die Inanspruchnahme der Angebote durch Eltern in psychosozial belastenden Lebenslagen ein weiterer Indikator für effektiven Strukturaufbau. Nur wenn die Zielpopulation die Angebote auch in Anspruch nimmt, können Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen von den (teilweise evidenzgesicherten) Programmen profitieren, so dass der Aufbau von lokalen Präventionsnetzwerken Früher Hilfen als erfolgreich bezeichnet werden kann.

In Einklang mit Befunden der internationalen Präventionsforschung (vgl. Kap. 2.2.3) zeigt sich auch für die Frühen Hilfen in Deutschland, dass die Kenntnis und die

⁴ Die nachfolgend berichteten Befunde wurden primär im Eigenverlag des NZFH veröffentlicht. Da bis dato jedoch keine vergleichbaren Analysen in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert wurden, wird nachfolgend auf diese Ergebnisse zurückgegriffen.

Inanspruchnahme dieser Angebote deutlich positiv mit dem Bildungsniveau assoziiert ist (Eickhorst et al., 2016). Auch der Strukturaufbau Früher Hilfen in Deutschland sieht sich mit dem Präventionsdilemma konfrontiert, nach dem v.a. Eltern mit mittlerem und höherem Bildungs- und Einkommensniveau die Angebote kennen und in Anspruch nehmen; die Zielpopulation, auf die viele Angebote zugeschnitten sind, wird nur schwer erreicht, wobei eine Ausnahme das aufsuchende häusliche Hilfsangebot von Gesundheitsfachkräften zu sein scheint (Eickhorst et al., 2016).

Wie der augenscheinlich erfolgreiche Zugang von Gesundheitskräften zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen zeigt, könnten v.a. Akteure des Gesundheitswesens zu einer Abmilderung des Präventionsdilemmas beitragen, indem sie Familien in belastenden Lebenslagen den Zugang zu wirksamen Unterstützungsangeboten ebnen (Renner, 2010). Ein Grund könnte sein, dass Interventionen von Akteuren aus dem Gesundheitswesen von Eltern in schwierigen sozialen Lebenslagen als weniger stigmatisierend erlebt werden. Zudem stehen Mitarbeitende des Gesundheitswesens gerade in der Zeit vor und nach der Geburt – eine Phase, in der Eltern besonders offen und empfänglich für Hilfsangebote sind - in engem Kontakt mit den Familien und könnten somit psychosoziale Risikokonstellationen von Familien gut erfassen (Claus et al., 2014). Nicht zuletzt könnte ein Bedarf an zusätzlicher Unterstützung bei Interventionen aus dem Gesundheitswesen alleine mit der Gesundheit des Kindes begründet werden.

Jedoch liegen explorative Hinweise vor, dass die intersektorale Kooperation und die fallübergreifende Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe noch ausbaufähig zu sein scheinen. Zwar geben die Kommunen einerseits an, dass an den meisten lokalen Netzwerken Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens beteiligt sind (Küster et al., 2017b), doch andererseits scheinen diese Akteure nur selten Familien an das lokale Netzwerk Früher Hilfen bzw. in Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zu vermitteln (Barth & Renner, 2013).

Nachfolgend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen intersektoraler Kooperationen sowie der internationale Forschungsstand und mögliche Bereiche wirksamer Zusammenarbeit zwischen den Helfersystemen genauer dargestellt.

3.3. *Intersektorale Kooperation in den Frühen Hilfen*

Die Notwendigkeit zum Auf- und Ausbau von Strukturen zur intersektoralen Zusammenarbeit, um Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen wirksam zu unterstützen und die Entwicklungs- und Teilhabechancen von Kindern zu erhöhen, wird sowohl international (Britto et al., 2017) als auch in Deutschland betont (Künster et al., 2010) (vgl. Kap. 3.3.1).

Dieser Forderung zum Trotz liegen bis dato nur vereinzelte gesetzliche Regelungen vor, die Leistungen des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe festlegen.

So sind im fünften Sozialgesetzbuch zur gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V, 1988) keine Leistungen im Bereich intersektoraler Kooperation vorgesehen. Dies betrifft jene Leistungen des Gesundheitswesens, die sich - über die reine Informationsweitergabe hinaus - auf die Vermittlung und Überleitung von Familien in Angebote der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Früher Hilfen beziehen. Im achten Sozialgesetzbuch der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII, 1990) ist hingegen explizit ein Kooperationsgebot festgeschrieben (§81). Damit ist eine Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen gesetzlich verankert (Thyen, 2010). Die sozialpolitischen Grundlagen für eine Kooperation zwischen den Helfersystemen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe sind somit einseitig im SGB VIII festgelegt.

Weitere rechtliche Rahmenbedingungen zur intersektoralen Kooperation sind ansatzweise im „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ („Präventionsgesetz“) formuliert, das bestehende Sozialgesetzbücher ergänzt (PrävG, 2015). Hier wurde festgelegt, dass die Beratung im Rahmen der ärztlichen Versorgung, beispielsweise im Kontext von Schwangerschaftsroutineuntersuchungen oder pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen, auch die Weitergabe von Informationen über regionale Unterstützungsangebote umfassen solle (§§ 24d und 26 des SGB V). Diese Vorgabe wird jedoch überwiegend als allgemeine ärztliche Informationspflicht interpretiert. Eine Verpflichtung zur expliziten Kooperation zwischen Leistungserbringern gemäß den Sozialgesetzbüchern V und VIII oder gar eine

verpflichtende Überleitung bei vorhandener Indikation vom Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe kann daraus nicht abgeleitet werden (Geene, 2016).

Entsprechend haben sich seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahre 2015 allenfalls vereinzelt neue Formen präventiver Beratung, die über die routinemäßige, ärztliche Informationspflicht hinausgehen, etabliert. Aktuell finden diese Formate lediglich in Modellprojekten Anwendung (z.B. Siebolds et al., 2016).

Neben dem Präventionsgesetz wird im „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz“ (KKG), welches Teil des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG, 2012) ist, auf Frühe Hilfen Bezug genommen. Aus dem KKG ergibt sich jedoch nur eine Modifikation der SGB VIII, dem neunten Sozialgesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX, 2001) sowie des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG, 1992); die Leistungserbringung nach SGB V wird hiervon nicht berührt.

Ein Angebot der stationären Versorgung, das psychosoziale Betreuung beinhalten könnte, stellt der Sozialdienst in Krankenhäusern dar, dessen Leistungen im SGB V (§ 112) und ergänzend in den Landeskrankenhausgesetzen der einzelnen Bundesländer festgeschrieben sind. Gemäß Vorgaben dient diese Leistung der Sicherstellung der poststationären Pflege und Rehabilitation, soll aber bei Bedarf auch eine soziale Betreuung und Beratung der Patientinnen und Patienten beinhalten. Die Leistungen des Sozialdienstes werden anteilig über die DRGs finanziert, so dass soziale Beratung und Betreuung immer unter Bezugnahme auf somatische Krankheitsparameter und nicht unter präventiven Gesichtspunkten erfolgt. Ergänzend gibt es Stimmen, die im Krankenhaussozialdienst eher koordinierende Instanz des Entlassmanagements unter Wirtschaftlichkeitsaspekten sehen (Gödecker-Geenen & Nau, 2000). Spezifische Funktionen Früher Hilfen könnten dem Sozialdienst angegliedert werden, eine sozialrechtliche Verpflichtung explizit „gesunde“ Familien in sozial belastenden Lebenslagen anzusprechen und im Sinne eines präventiven Auftrags intersektoral überzuleiten, liegt jedoch nicht vor.

Bleibt noch zu erwähnen, dass in den einzelnen Bundesländern Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Landeskinderschutzgesetze vorliegen. Deren Ausgestaltungen sind jedoch sehr heterogen. Eine sozialrechtliche

Finanzierungsgrundlage für Leistungen des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zu SGB VIII kann daraus nicht abgeleitet werden.

Unabhängig von fehlenden sozialgesetzlichen Regelungen und damit auch fehlenden Finanzierungsgrundlagen, wodurch im Gesundheitswesen eine strukturelle, fallübergreifende Zusammenarbeit erschwert wird, soll nachfolgend der aktuelle Stand der Forschung zu intersektoraler Kooperation zwischen den Helfersystemen näher beleuchtet werden. Dies schließt auch die kritische Betrachtung möglicher Ursachen für ausbleibende Zusammenarbeit mit ein (vgl. Kap. 3.3.1). Konkrete Handlungsfelder im gesundheitlichen Sektor werden identifiziert, in denen Zusammenarbeit über die Grenzen der Helfersysteme hinweg gewinnbringend möglich sein könnte (vgl. Kap. 3.3.2), um abschließend intersektorale Kooperationen, ausgehend von Geburtskliniken, zu beschreiben (vgl. Kap. 3.3.3).

3.3.1. Intersektorale Kooperation als Strategie der gesellschaftsbezogenen Gesundheitsförderung

In vielen industrialisierten Ländern arbeiten lokale Akteure und Einrichtungen aus unterschiedlichen Bereichen innerhalb kommunaler Kooperationsstrukturen („Community Coalitions“) zum Zweck allgemeiner Gesundheitsförderung und universeller Prävention zusammen; zu nennen sind beispielsweise die Kooperationen von Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens, Mitarbeitende von Bildungseinrichtungen und Vertreterinnen und Vertreter kommunalpolitischer Institutionen (Norman & Axelsson, 2007; Hawkins et al., 2008; Gray et al., 2012; Longo, Notarnicola & Tasselli, 2015).

Diese lokalen Netzwerke werden international im Hinblick auf (1) den Prozess der Zusammenarbeit und (2) den universell-präventiven Effekt auf Gesundheitsindikatoren in der Bevölkerung beforscht.

In Bezug zum Prozess wurden bestimmte übergeordnete und themenunabhängige Mechanismen identifiziert, die mit einer positiven und partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Netzwerk einhergehen. Konkret hat sich für den Prozess der Netzwerkarbeit eine tragfähige vertrauensvolle Beziehung zwischen den Teilnehmenden (Wong et al., 2012), die regelmäßige Teilnahme an den

Kooperationstreffen (Barile et al., 2012), die Berücksichtigung der jeweiligen politischen, ökonomischen, kulturellen Kontexte sowie eine maximale sektorale Diversität (Bowen et al., 2017) der Beteiligten als förderlich erwiesen. Doch gerade zu sektoraler Diversität liegen widersprüchliche Befunde vor, da diese in anderen Studien als kooperationshemmend beschrieben werden (Brown et al., 2017)

Jedoch liegen noch keine Erkenntnisse darüber vor, wie diese übergeordneten Mechanismen und Prozessmerkmale im Sinne eines Wirkmodells positive, präventive Effekte moderieren könnten (Corbin, Jones & Barry, 2016). Auch die eher pauschale Annahme, dass Netzwerkarbeit zwangsläufig mit positiven präventiven Effekten verbunden sei, wurde bis dato nur vereinzelt untersucht. Signifikante Ergebnisse als Folge intersektoraler Kooperation liegen in Bezug zur Prävention von Substanzmissbrauch im Jugendalter vor (Spath et al., 2011). Studien, die den Umsetzungsgrad von evidenzbasierten Präventionsprogrammen als Folge von kommunaler Netzwerkarbeit betrachten, berichten jedoch eher uneinheitliche Ergebnisse (Shapiro et al., 2013). Hinsichtlich der Wirksamkeit kommunaler Netzwerkarbeit scheint somit deutlicher Forschungsbedarf vorzuliegen (Corbin et al., 2016).

Speziell bezüglich der Zielpopulation von sozial benachteiligten und vulnerablen Bevölkerungsgruppen und deren Gesundheitsförderung liegen jedoch Hinweise vor, dass sich lokale Netzwerke, in denen Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens und der politischen Vertretungen kooperieren, bewährt haben. Positive Effekte durch die lokale Vernetzung werden in Bezug zur allgemeinen Gesundheitsförderung und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen berichtet (Anderson et al., 2015).

Werden Prozessmerkmale von präventiver Netzwerkarbeit speziell im Kontext der Gesundheitsförderung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen betrachtet, so hat sich die Klärung von klaren Verantwortlichkeiten und eine hohe Diversität innerhalb der Netzwerke als wirksam erwiesen; als Hürden wurden hingegen häufig geringe Nachhaltigkeit und schwierige Finanzierungsgrundlagen der Programme genannt (Stevens, Rice & Cousineau, 2007). Dieser Befund steht im Einklang mit einer Studie, die intersektorale Kooperationen im Bereich sekundärer Prävention für vulnerable Bevölkerungsgruppen in 17 europäischen Ländern vergleicht. Hier konnten als primäre

Hemmnisse der Netzwerkarbeit die fehlende bzw. unzureichende Finanzierung und Liquidierung von Leistungen an der Schnittstelle zwischen den Helfersystemen sowie das Fehlen von klaren Verantwortlichkeiten und einer koordinierenden Instanz identifiziert werden; im Ergebnis führt dies in vielen Ländern zu einer nach wie vor fragmentierten Leistungserbringung und ausbleibender bzw. geringer Kooperation zwischen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens (McDaid et al., 2007).

Wie im Bereich der universellen Präventionsarbeit, liegen auch im Hinblick auf vulnerable Bevölkerungsgruppen noch keine belastbaren Erkenntnisse vor, *wie* intersektorale Netzwerkarbeit einen positiven und präventiven Effekt ausüben kann und *wie* Netzwerkarbeit gestaltet sein sollte, damit der Nutzen für die Zielpopulationen optimiert werden kann. Entsprechend sind eindeutige Belege, die positive Effekte für vulnerable Bevölkerungsgruppen zweifelsfrei auf die Netzwerkarbeit zurückführen, noch nicht vorhanden - und auch nur schwer zu erbringen (Berkowitz, 2000; Harris et al., 2018). Denn dieses „Lack of Evidence“ kann auch in diesem Forschungsfeld auf methodische Herausforderungen zurückgeführt werden, die mit den bereits dargestellten Schwierigkeiten bei dem Wirksamkeitsnachweis von allgemeiner Präventionsarbeit (vgl. Kap. 2.2.1) und von aufsuchenden Unterstützungsangeboten (vgl. Kap. 3.1) vergleichbar sind. Entsprechend wird auch bei der Erforschung von Prozessen und Effekten von intersektoraler Kooperation eine wissenschaftliche Debatte um alternative Forschungs- und Auswertungsdesigns gefordert (Lee et al., 2018).

Der vorangegangene Forschungsstand bezieht sich vor allem auf den internationalen Raum, so dass die Ergebnisse nur eingeschränkt auf Deutschland übertragen werden können, da sowohl sozialpolitische Strukturen als auch die Ausgestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens zwischen den Ländern nicht vergleichbar sind. Auch wenn in Deutschland vereinzelt Modellprojekte zur Stärkung der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe implementiert wurden (z.B. Kratzsch et al., 2012; Schwanda et al., 2008; Siebolds et al., 2016), so ist deren Evidenzgrad zusammenfassend als eher gering einzuschätzen.

3.3.2. Konkrete Handlungsfelder und strukturelle Rahmenbedingungen intersektoraler Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe

Gilt es Bereiche des Gesundheitswesens zu identifizieren, in denen Kooperationen zur Kinder- und Jugendhilfe relevant sein können, so sind die stationäre und ambulante Pädiatrie, die stationäre Geburtshilfe sowie die ambulante Gynäkologie als Schlüsseldisziplinen zu nennen. Das relative Gewicht dieser genannten Akteure in lokalen Präventionsnetzwerken ist schon länger bekannt (Helming et al., 2006), da Mitarbeitende im Gesundheitswesen familiäre psychosoziale Risikolagen gut identifizieren und daher eine Überleitung in Einrichtungen der Leistungserbringung gemäß SGB VIII gut gelingen könnte (Belzer et al., 2018).

Die Schlüsselfunktion dieser medizinischen Fachbereiche im Rahmen intersektoraler Versorgung ist auch darauf zurückzuführen, dass deren Leistungen von nahezu allen Familien in Anspruch genommen und eine empfohlene Maßnahme durch den gesundheitsorientierten Fokus der Patientenansprache von den Eltern als nicht stigmatisierend erlebt werden könnte.

Gerade die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten durch vulnerable Bevölkerungsgruppen ist in der letzten Dekade angestiegen, was auch auf das breit eingeführte Erinnerungs- und Meldeverfahren zurückgeführt werden kann. So nahmen fast alle Kinder mindestens einmal jährlich eine allgemeinmedizinische Leistung in Anspruch, überwiegend in einer pädiatrischen, in knapp 35 % der Fälle aber auch in einer allgemeinmedizinischen Praxis (Rattay et al., 2014). Auch aus Perspektive der Ärzteschaft selber wird die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen als sehr gut beschrieben; dies macht sie auch nach eigener Einschätzung zu einem wertvollen Akteur in lokalen Präventionsnetzwerk (Metzner, Ravens-Sieberger, et al., 2015).

Ein weiteres bedeutsames klinisches Setting könnten gynäkologische Praxen darstellen, da gerade im Kontext von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen Gynäkologinnen

und Gynäkologen gute Einblicke in die sozialen Lebensumstände und das Gesundheitsverhalten von schwangeren Frauen erhalten – und das zu einem frühen Zeitpunkt noch vor der Geburt des Kindes (Ziegenhain et al., 2010). Zudem dürften Mütter während dieser Zeit gut ansprechbar und offen für Empfehlungen sein, die primär das Wohl des (ungeborenen) Kindes betreffen.

Empirische Befunde zur Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sind jedoch eher heterogen. So liegen einerseits Hinweise vor, dass ihre Inanspruchnahme mit sozialen Merkmalen – wie beispielsweise Bildungsstatus und Herkunftsland der Mutter – im Zusammenhang zu stehen scheint (Koller, Lack & Mielck, 2009). Eine andere Studie berichtet hingegen von einer ausreichenden gynäkologischen Versorgungslage von Müttern mit Migrationshintergrund (Breitenstein, 2016). Eine weitere Befragung von Gynäkologinnen und Gynäkologen lässt erkennen, dass Frauen in psychosozial belastenden Lebenslagen in gynäkologischen Praxen fast ein Viertel der Patientinnen ausmachen und sich Teile der Ärzteschaft auch für diese verantwortlich fühlen. Entsprechend bestätigen auch 74 % der befragten Gynäkologinnen und Gynäkologen ihre Teilnahme an lokalen Präventionsnetzwerken Früher Hilfen, wobei die befragte Ärzteschaft Entwicklungspotential im Bereich Vernetzung und Finanzierung ausmachen (Metzner, Siefert & Pawils, 2017).

Die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Geburtshilfe wird in einem gesonderten Kapitel genauer betrachtet (vgl. Kap. 3.3.3).

Aufgrund der relativ hohen Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens und dem dadurch gewährleisteten Zugang zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen könnten in diesen klinischen Settings folgende mögliche Leistungen an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden:

- (1) Feststellen einer psychosozialen Risikolage bzw. eines Hilfebedarfs,
- (2) Information und Beratung zu sekundär präventiven Unterstützungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe,
- (3) Überleitung in diese Unterstützungsangebote sowie
- (4) Teilnahme an fallübergreifenden Besprechungen und Netzwerktreffen auf lokaler Ebene.

3.3.2.1. Risikoscreening und die Einschätzung eines psychosozialen Hilfebedarfs

Die meisten (werdenden) Eltern nehmen Leistungen des Gesundheitswesens in der Zeit vor und nach der Geburt eines Kindes in Anspruch. Im Zusammenhang mit diesen Leistungen bietet sich die Möglichkeit, psychosoziale Risikokonstellationen und daraus entstehenden Hilfebedarf von Familien systematisch zu erfassen.

Im klinischen Versorgungsalltag scheinen jedoch Häufigkeit und Umfang, mit denen eine psychosoziale Anamnese und Risikoeinschätzung durchgeführt wird, sehr heterogen zu sein. Erfolgt eine systematische Exploration möglicher familiärer Risikolagen im Rahmen der Versorgungsroutine, so könnten sich aufgrund fehlender Handlungsleitlinien die eingesetzten Standards, Prozesse und Erfassungsraten sehr stark unterscheiden.

In der internationalen klinischen Praxis werden standardisierte und systematische Explorationsprozesse i.d.R. in Form von Risikoscreenings durchgeführt und beziehen sich meistens auf Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch (Louwers et al., 2012; Ezpeleta et al., 2017; Hoft & Haddad, 2017). Doch auch zur Identifikation eines möglichen psychosozialen Hilfebedarfs unter der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung sind vereinzelte standardisierte Einschätzungsverfahren verfügbar (Duggan et al., 2007; Korfmacher, 2000).

Im Zuge des Strukturaufbaus Früher Hilfen entstand auch in Deutschland eine relativ hohe Anzahl an deutschsprachigen Screeninginstrumenten, die zur Einschätzung familiärer psychosozialer Risikolagen und Belastungen angewendet werden können. Diese Assessments unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf Evidenzgrad, erfasste Risikofaktoren, mögliche Cut-off-Werte bzw. Normierungsgrade sowie den klinischen Einsatzbereich (Belzer, Kleinert, et al., 2015, Fisch et al., 2016, Belzer et al., 2018), so dass ein allgemein akzeptierter Erfassungsstandard noch nicht vorliegt.

Ein bedeutender Vorteil des Einsatzes von standardisierten Screeninginventaren ist die effiziente und systematische Erfassung möglicher risikobehafteter Lebenslagen durch eine klar definierte Routine im klinischen Arbeitsalltag, der häufig von hoher Arbeitsverdichtung geprägt ist (Belzer et al., 2018). Des Weiteren leisten Screenings

einen Beitrag zum effizienten Mitteleinsatz im Bereich präventiver Gesundheitsförderung (Kindler, 2010).

Auf kritische Aspekte im Kontext der Anwendung von Risikoscreenings wurde an anderer Stelle bereits hingewiesen (vgl. Kap. 2.2.4). Im klinischen Setting ist v.a. die Anwendung von Inventaren mit gesicherter psychometrischer Qualität inkl. überprüfter Spezifität und Sensitivität von großer Bedeutung. Des Weiteren erfordert der routinemäßige Einsatz von standardisierten Einschätzungsinstrumenten eine kontinuierliche Schulung des Personals, um die Validität der Anwendung, eine angemessene Befundbewertung, die Sensibilisierung für die Grenzen standardisierter Screeningprozeduren sowie eine möglichst hohe Erfassungsrate zu gewährleisten (Belzer et al., 2018).

Letztendlich ist ein Screeningbefund nur eine Informationsquelle von vielen und liefert anhand der objektivierten Risikokonstellationen nur eine sehr oberflächliche Einschätzung (Evers & Schröder, 2018); das subjektive Belastungserleben der einzelnen Personen sowie eine vertiefende Exploration der risikoerhöhenden Lebensbedingungen und auch von möglichen Ressourcen kann nur innerhalb eines ausführlichen, vertrauensvollen Gespräches erfolgen. Eine solche vertiefende Exploration könnte sich jedoch in Abhängigkeit von Screeningbefunden anschließen und den Ausgangspunkt eines systematischen Überleitungsprozesses aus dem Gesundheitswesen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bilden (z.B. Fisch et al., 2016). In diesem Sinne würde das systematische Screening im Rahmen einer klinischen Standardroutine zu einem effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen beitragen.

3.3.2.2. Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen

Leistungen des Gesundheitswesens werden in hohem Umfang auch von vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen. Entsprechend werden auch international vermehrt neue Versorgungsansätze untersucht, bei denen ausgehend von Einrichtungen des Gesundheitswesens – hier ist primär die stationäre und ambulante pädiatrische Versorgung angesprochen – Leistungen von (psycho-)sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen ineinander verzahnt werden, um psychosozial belasteten Familien individuelle und frühzeitige Unterstützungen bieten zu können (Lynam, Scott, Looock & Wong, 2011; Meyer et al., 2016; Wong et al., 2012).

Somit scheint es naheliegend, dass auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2015 ergänzend zu den Vorgaben des SGB V die „Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ für die pädiatrische Versorgung überarbeitet hat (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015). Die neue Richtlinie sieht vor, dass bei den Früherkennungsuntersuchungen die Exploration psychosozialer Aspekte stärker berücksichtigt werden soll, um Risikofaktoren für psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter frühzeitig erkennen zu können. Entsprechend wurde in den Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U6 die Sozialanamnese sowie die Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion als ärztliche Aufgabe definiert. Wird ein psychosozialer Hilfebedarf festgestellt, soll Beratung zu Unterstützungsangeboten erfolgen; als Angebote werden Eltern-Kind-Hilfen und explizit auch Frühe Hilfen genannt, wobei Merkmale und Kriterien des Beratungsprozesses nicht genauer beschrieben sind.

Den sowohl rechtlich-normativen Vorgaben als auch fachlich-präventiven Empfehlungen zum Trotz, scheint die Vermittlungsrate von Familien aus der pädiatrischen Versorgung in die Frühen Hilfen eher gering zu sein (Barth & Renner, 2013)⁵. Als Gründe für die geringe Kooperation geben die befragten Ärztinnen und Ärzte den strikten zeitlichen und inhaltlichen Rahmen der Früherkennungsuntersuchung an. Diese Untersuchungen folgen oftmals einer sehr starren Routine, die sowohl von den Eltern als auch der Ärzteschaft implizit eingehalten wird. Auch wenig flexible Abläufe in den Praxen sowie eine enge Termintaktung lassen häufig keinen Raum für thematische und strukturelle Anpassungen der Untersuchungsinhalte, so dass eine systematische Betrachtung psychosozialer Risikolagen sehr erschwert wird (Bolling & Teervooren, 2009). Des Weiteren könnte die Sorge vor negativer Beeinflussung der Eltern-Arzt-/Ärztin-Beziehung, oder gar die Sorge vor einem „Arztwechsel“ und damit dem Beziehungsabbruch, latent Einfluss auf das ärztliche Verhalten nehmen, was zu einer Nichtbeachtung psychosozialer Themen im Kontext der U-Untersuchungen führt. Diese ärztliche Befürchtung könnte mit steigender Diskrepanz zwischen ärztlicher und elterlicher Beurteilung der psychosozialen Risikolage zunehmen (Barth, 2015). Des Weiteren zeigen Analysen der pädiatrischen Versorgungspraxis, dass es in den

⁵ Aktuellere Erhebungen könnten aufgrund des fortschreitenden Strukturaufbaus und der Implementierung von Modellprojekten innerhalb der letzten Jahre höhere Vermittlungsraten berichten; belastbare Ergebnisse sind jedoch nicht veröffentlicht. Auch wurde die hier zitierte Studie im Eigenverlag des NZFH veröffentlicht.

Früherkennungsuntersuchungen derzeit keinen „Slot“ zu geben scheint, der den beteiligten Akteuren anzeigt, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Art und Weise psychosoziale Themen von Eltern und Arzt bzw. Ärztin besprochen werden könnten (Barth, 2016). Neben dieser impliziten Rahmung der U-Untersuchungen liegen aber auch Belege dafür vor, dass eine demotivierende bzw. auf geschlossenen Fragen basierende ärztliche Gesprächsführung den Eltern signalisiert, dass die Früherkennungsuntersuchung nicht der geeignete Rahmen für das Thematisieren von psychosozialen Belastungslagen darstellt (Nunes & Ayala, 2010; Ferrara & Ianniello, 2017). Ergänzend scheinen sich einige Mitglieder der niedergelassenen Ärzteschaft nicht als verantwortliche Instanz für psychosozial belastende Lebenslagen von Familien anzusehen (Clauß et al., 2016). Auch Zeitmangel sowie eine unzureichende Vergütung erschweren die Versorgung von psychosozial belasteten Familien aus Sicht der niedergelassenen Pädiatrie (Renner et al., 2018).

Die Folge von diesen strukturell-situativen aber auch impliziten Hemmnissen ist eine Fokussierung der Früherkennungsuntersuchungen auf primär somatische kindliche Entwicklungsparameter. Lediglich in Fällen von sehr auffälligem Entwicklungsgeschehen dürften familiäre und soziale Lebenslagen thematisiert werden.

Aus der Darstellung der aktuellen, noch ausbaufähigen Befundlage zur Partizipation der niedergelassenen Ärzteschaft an lokalen, intersektoralen Präventionsnetzwerken scheinen sich folgende Implikationen für die pädiatrische und gynäkologische Praxis ableiten zu lassen, die auch auf den stationären Kontext übertragen werden könnten: (1) Es bedarf bestimmter Strukturen und Prozesse sowie impliziter Signale, die sowohl Eltern als auch Akteuren des Gesundheitswesens Zeitfenster für die Besprechung psychosozialer Themen im Rahmen der medizinischen Versorgung anzeigen und ermöglichen. (2) Auch Fortbildungen von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen – beispielsweise in motivierender, non-direktiver Gesprächsführung – könnten ebenfalls die Identifikation von Familien mit einem psychosozialen Hilfebedarf erleichtern. (3) Des Weiteren scheint die Etablierung einer spezifischen, koordinierenden Funktion in Einrichtungen des Gesundheitswesens hilfreich zu sein, die in einer Art „Lotsendienst“ mit der Überleitung der Familien in andere Unterstützungsangebote beauftragt ist. Auch die Repräsentanz und Kommunikation der Einrichtung innerhalb des Netzwerks könnte von dieser „Lotsenstelle“ übernommen werden. Im Ergebnis lägen klar definierte

Verantwortlichkeiten vor, personelle Ressourcen für eine effektive Überleitung in andere Angebote bei gleichzeitiger Entlastung des übrigen Personals würden bereitgestellt und die Versorgungsqualität könnte gesteigert werden.

Gerade hinsichtlich der „Lotsendienste“ wurden in den letzten Jahren in Deutschland vereinzelte Modellprojekte initiiert (Belzer, Ebel, et al., 2015), eine flächen- und bedarfsdeckende Implementierung liegt aber noch in sehr weiter Ferne. Ergänzend fehlt es an Daten, die Hinweise zur Häufigkeit von Strukturen Früher Hilfen in Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Verfügung stellen und deren Wirksamkeit für vulnerable Bevölkerungsgruppen nachweisen. Auch mögliche, auf die Vermittlung hemmend wirkende Prozesse, Strukturen und Einstellungen bei allen beteiligten Akteuren und Einrichtungen sollten genauer untersucht werden (Renner et al., 2018).

3.3.3. Frühe Hilfen in der stationären Geburtshilfe

Im Jahre 2016 wurden insgesamt 792 123 Kinder lebend geboren, wovon 774 464 in Krankenhäusern zur Welt kamen, was einem Anteil von knapp 98 % entspricht (eigene Berechnung nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018). Somit könnten mögliche familiäre psychosoziale Risikolagen in diesem klinischen Setting theoretisch gut festgestellt und Familien bei Bedarf in passende Angebote übergeleitet werden.

Auch international wird die Bedeutung von Geburtskliniken zur Identifikation von Familien in sozial belastenden Lebenslagen betont und ein flächendeckendes, systematisches Screening gefordert (Lepistö et al., 2017). In Deutschland böte sich beispielsweise der Zeitpunkt der Entlassung im Rahmen der U2 Früherkennungsuntersuchung für eine systematische Exploration an (Clauß et al., 2014).

Auch die aktive Teilnahme von Geburtskliniken an lokalen Präventionsnetzwerken sei nach Angaben von Gesundheitsfachkräften gerade für Familien mit sozialem und emotionalem Hilfebedarf von großer Bedeutung (Psaila et al., 2015b). Um eine effektive Anbindung der Familien in die Kinder- und Jugendhilfe bzw. die Frühen Hilfen zu gewährleisten, bedarf es jedoch klar definierter Verantwortlichkeiten bzw. einer spezifischen Instanz, die mit der Kommunikation innerhalb und außerhalb der

Klinik betraut ist und so Familien und Mitarbeitende der Klinik bei der Überleitung in poststationäre Versorgungs- und Hilfsangebote unterstützen könnte (Psaila, Kruske, et al., 2014).

Doch analog zu den anderen Bereichen des Gesundheitswesens, liegen auch für Geburtskliniken keine empirisch fundierten Erkenntnisse über die konkrete Ausgestaltung von Strukturen und Prozessen zur intersektoralen Kooperation sowie deren Effekte auf Versorgungsparameter vor.

Vereinzelt wurden in Geburtskliniken Strukturen des Überleitungsmanagements aufgebaut. Diese werden i.d.R. von spezifisch fortgebildeten Fachkräften ausgefüllt, denen die lokale Angebotsstruktur bekannt ist und die fallübergreifend im Netzwerk aktiv sind, wobei sie im Bedarfsfall im Sinne einer „Lotsenfunktion“ die Überleitung von Familien in poststationäre Angebote koordinieren. Zentral ist die Bereitstellung von personellen Ressourcen für diese Aufgaben (Prüßmann, Junghans, Stindt & Thyen, 2015; Ziegenhain et al., 2010).

Im Widerspruch zu der Forderung nach festen poststationären Überleitungsstrukturen stehen jedoch Hinweise, dass eine somatische und auf den aktuellen stationären Aufenthalt fokussierte Sichtweise die stationäre geburtshilfliche Versorgung nach wie vor zu dominieren scheint. In einer Befragung von Müttern zum stationären Aufenthalt geben teilweise weit über die Hälfte der Befragten an, dass aus ihrer Perspektive die Aufklärung über die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten und soziale Unterstützungsmöglichkeiten unzureichend gewesen sei (Stahl & Nadj-Kittler, 2017)⁶.

Wird ein psychosozialer Hilfebedarf im Zuge des stationären Aufenthaltes festgestellt, so sei nach Angaben der Mütter eine als nicht stigmatisierend erlebte und bedürfnisorientierte Gesprächsführung, eine Passgenauigkeit der poststationären Angebote sowie ein konsistentes Verhalten aller Netzwerkakteure für die subjektiv als erfolgreich erlebte poststationäre Anbindung relevant (Prüßmann et al., 2016). Aus Perspektive der Autorenschaft stellten jedoch genau diese Anforderungen einige

⁶ Die Ergebnisse der Befragung wurden im Eigenverlag des Picker- Institutes veröffentlicht, das sich der Förderung einer Partientenorientierung im Bereich der stationären Versorgung verpflichtet hat („Picker“). Die wissenschaftliche Qualität der Studie wurde nicht unabhängig überprüft, was bei der Bewertung der hier aufgeführten Befunde berücksichtigt werden muss. Vergleichbare qualitätsgesicherte Studien für den deutschsprachigen Raum liegen jedoch nicht vor, so dass auf diese Erhebung zurückgegriffen wird.

Geburtskliniken aufgrund nicht vorhandener Kompetenzen und fehlender Ressourcen sowie wegen einer auf den körperlichen Zustand fokussierten medizinischen Versorgung vor große Herausforderungen.

Nicht nur aus der Perspektive der Mütter selbst, sondern auch aus der Perspektive der Kommunen und der dort verantwortlichen Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren ist vor allem die Qualität der fallübergreifenden Kooperation mit stationären Gesundheitseinrichtungen ausbaufähig (Küster et al., 2017c)⁷.

Die Perspektive der Mitarbeitenden in Geburtskliniken wird in der Studie „Zusammen für Familien“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) erfasst. Mitarbeitende wurden im Rahmen einer qualitativen Befragung zur Versorgungslage von vulnerablen Familien sowie dem Ausbaustand Früher Hilfen in der Geburtsklinik befragt (Steffen & Blum, 2018)⁸. Ein zentraler Befund stellt fest, dass die Versorgung von Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen sehr zeit- und personalintensiv ist; als Gründe wurden der erhöhte Bedarf an Zuwendung und Anleitung der Patientinnen sowie ein zeitintensiver Austausch innerhalb und außerhalb der Klinik genannt. Gleichzeitig erschwere jedoch aus der Perspektive des Stationspersonals Zeit- und Personalmangel, fehlende oder unklare Verantwortlichkeiten und Prozesse, kurze Verweildauern sowie eine ausbleibende oder unzureichende Überleitung die Versorgung von vulnerablen Familien.

Entsprechend haben sich die folgenden Strukturen und Prozesse aus Perspektive der befragten Personen als hilfreich zur Steigerung der Versorgungsqualität und zur Entlastung vorhandener personeller Ressourcen erwiesen:

- eine systematische, frühzeitige Identifikation und Dokumentation psychosozialer Risikokonstellationen,
- die strukturierte Weitergabe dieser Information an eine zuständige Person bzw. zuständige Instanz,
- die gezielte und geschulte Ansprache der Frauen und Familien im Sinne eines vertieften, persönlichen Gesprächs und, wenn nötig,

⁷ Der berichtete Befund wurde im Eigenverlag des NZFH veröffentlicht. Da bis dato jedoch keine vergleichbaren Analysen in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert wurden, wird nachfolgend auf diese Ergebnisse zurückgegriffen.

⁸ Die zitierte Studie liegt bis dato nur als Forschungsbericht vor und wurde noch nicht gemäß gängigen wissenschaftlichen Standards veröffentlicht. Da vergleichbare Studien für den deutschsprachigen Raum fehlen, sollen die Ergebnisse trotzdem hier berichtet werden.

- die Überleitung in entsprechende Hilfsangebote, zum Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe.

Als zentrale Hemmnisse zur Etablierung effektiver Versorgungsstrukturen werden auch von Seiten der Mitarbeitenden die Bereitstellung personeller Ressourcen, die Finanzierung durch die zuständigen Stellen sowie eine nicht auf Prävention und Nachsorge ausgerichtete Krankenhausstrategie angegeben (Steffen & Blum, 2018).

Diese qualitativen Befunde stehen im Einklang mit Ergebnissen der internationalen Forschung zu intersektoraler Kooperation (vgl. Kap. 3.3.1).

Seit dem 1.1.2018 können über die „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ solche koordinierenden Instanzen und Lotsendienste zur Überleitung psychosozial belasteter Familien aus dem Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe (anteilig) finanziert werden (Nationales Zentrum Frühe Hilfen & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018). Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Förderpolitik liegen jedoch noch nicht vor. Ergänzend dürfte das gesamte Fördervolumen der Bundesstiftung von 51 Mio. € pro Jahr für einen flächendeckenden und nachhaltigen Aufbau von Lotsendiensten in der stationären Geburtshilfe bei weitem nicht ausreichend sein – zumal über dieses Budget auch Angebote und Strukturen Früher Hilfen außerhalb von Geburtskliniken und des Gesundheitswesens finanziert werden.

Entsprechend liegen noch keine Daten dazu vor, inwieweit sich als Folge der veränderten Rahmenbedingungen in Deutschland auch die Strukturen und Prozesse in Geburtskliniken an der Schnittstelle zwischen den Hilffssystemen SGB V und SGB VIII verändert haben und welche Bedingungen eine intersektorale Kooperationen begünstigen oder hemmen. Die vorliegende Studie soll einen Beitrag dazu leisten, die aktuellen psychosozialen Versorgungsstrukturen in der stationären Geburtshilfe sowie die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe bzw. den Frühen Hilfen näher zu untersuchen.

4. Methodik

Die einleitenden Kapitel legen dar, dass psychosoziale Risikolagen in früher Kindheit mit reduzierten Entwicklungs- und Teilhabechancen sowie einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand einhergehen und so auf die gesamte Lebensspanne Einfluss nehmen. Durch die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Geburtshilfe böte sich die Möglichkeit, Familien mit psychosozialen Risikokonstellationen zu identifizieren und diese im Bedarfsfall in unterstützende Angebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Frühen Hilfen zu vermitteln.

Doch die Versorgung von Familien in belastenden Lebenslagen ist ressourcenintensiv. Gerade Armutslagen scheinen ein bedeutsamer Stellvertreter bzw. „Proxy“ für eine komplexe und multifaktoriell bedingte Risikokonstellation sowie Prädiktor für ungünstige Entwicklungsverläufe zu sein, so dass Mitarbeitende des Gesundheitswesens vor große Herausforderungen gestellt werden und Ressourcen auch in der stationären Geburtshilfe gebunden sind.

Die vorliegende Analyse soll diese kumulative Risikokonstellation im Zusammenhang mit Armut replizieren. Des Weiteren werden aktuell vorhandene Versorgungsstrukturen in der stationären Geburtshilfe erhoben und analysiert.

Die zu analysierenden Daten entstammen dem Monitoring „Zusammen für Familien“ (ZuFa-Monitoring) des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), im Rahmen dessen in regelmäßigen Abständen repräsentative Daten zu Schnittstellen zwischen dem Gesundheitswesen und Frühen Hilfen erhoben werden. Die vorliegende Erhebung ist die erste Querschnittsbefragung des 2016 etablierten Forschungszyklus und wurde zusammen mit dem Deutschen Krankenhausinstitut e. V. (DKI) durchgeführt.

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsfragen (vgl. Kap. 4.1), das Vorgehen (vgl. Kap. 4.2), das eingesetzte Erhebungsinstrument (vgl. Kap. 4.3) sowie die angewandte statistische Auswertungsprozedur (vgl. Kap. 4.6) detailliert dargestellt. Auch zur Repräsentativität der Stichprobe wird Stellung genommen (vgl. Kap. 4.4).

4.1. Hypothesen

Die zu prüfenden Hypothesen werden innerhalb zweier thematisch übergeordneter Hypothesenblöcke zusammengefasst: Zur Beschreibung der Problemlage werden zuerst aus der Perspektive der Mitarbeitenden Häufigkeiten und assoziierte Bedingungen von Familien mit psychosozialen Belastungen in der stationären Geburtshilfe analysiert. Der zweite Hypothesenblock hat dann die klinische Versorgungspraxis dieser Familien in Geburtskliniken zum Thema.

4.1.1. Hypothesenblock 1: Psychosozial belastete Familien in der stationären Geburtshilfe

Die erste zu prüfende inhaltliche Hypothese ist:

1. In Geburtskliniken wird ein bestimmter Anteil an Familien mit spezifischen psychosozialen Belastungen und Risikofaktoren von den Mitarbeitenden festgestellt. Einige psychosoziale Belastungen können in diesem Setting häufiger nicht festgestellt bzw. nicht beobachtet werden als andere (vgl. Kap. 5.2.1).

Armutslagen von Familien können als Proxy bzw. Stellvertreter angesehen werden, da sie mit vielen anderen familiären psychosozialen Schwierigkeiten einhergehen (vgl. Kap. 1.3). Entsprechend soll überprüft werden, ob sich ein vergleichbarer Befund auch anhand der Angaben der teilnehmenden Personen aus den Geburtskliniken bestätigen lässt. Die zweite Hypothese dieses Blocks lautet:

2. Der berichtete Anteil an Familien, die in Armut leben, steht mit geographischen und strukturellen Merkmalen der Kliniken sowie dem wahrgenommenen Anteil an Familien mit weiteren Risikofaktoren im Zusammenhang (vgl. Kap. 5.2.2).

In den einleitenden Kapiteln wird des Weiteren beschrieben, dass die Versorgung von psychosozial belasteten Familien eine Herausforderung darstellen könnte. Als Gründe werden vor allem Zeitmangel und ein Mangel an personellen Ressourcen angegeben (vgl. Kap. 3.3.2). Dieser Befund soll anhand der vorliegenden Daten repliziert werden, was in den folgenden Hypothesen formuliert wird:

3. Zeitmangel wird als Grund für eine erlebte Herausforderung bei der Versorgung von Familien in belastenden Lebenslagen von den Mitarbeitenden der Geburtsklinik berichtet (vgl. Kap. 5.2.3.1).

4. Diese Beurteilung unterscheidet sich nicht in Abhängigkeit von geographischen und strukturellen Merkmalen der Kliniken sowie des wahrgenommenen Anteils an Familien mit psychosozialen Belastungen (vgl. Kap. 5.2.3.2).

4.1.2. Hypothesenblock 2: Die Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe

In dem zweiten Hypothesenblock werden aktuelle psychosoziale Versorgungsstrukturen untersucht. Ausgehend von nationalen und internationalen empirischen Befunden und Praxisbeispielen (vgl. Kap. 3.3) könnten Frühe Hilfen einen Beitrag zur Steigerung der Versorgungsqualität und zur Entlastung personeller Ressourcen leisten.

Auf Basis dieser Vorüberlegungen soll der Umsetzungsstand Früher Hilfen in Geburtskliniken mit den folgenden Hypothesen überprüft werden:

1. Der Umsetzungsstand Früher Hilfen in Geburtskliniken stellt sich innerhalb deskriptiver Analysen als heterogen dar (vgl. Kap. 5.3.1). Unterschiedliche Hemmnisse erschweren intersektorale Kooperation aus der Perspektive der Mitarbeitenden (vgl. Kap. 5.3.2).
2. Der Umsetzungsstand Früher Hilfen – operationalisiert durch die Teilnahme an Netzwerktreffen Früher Hilfen und der Einrichtung einer spezifischen Funktion Früher Hilfen (z.B. „Lotsendienst“) – steht mit bestimmten strukturellen und geographischen Merkmalen der Kliniken, der berichteten Anzahl an Familien mit bedeutenden psychosozialen Belastungen sowie mit subjektiv wahrgenommenen Hemmnissen im Zusammenhang (vgl. Kap. 5.3.3 und Kap. 5.3.4).

4.2. Vorgehen

Insgesamt folgte das Vorgehen bei der vorliegenden Querschnittsbefragung einem „mixed – method design“ (Creswell & Clark, 2011) und kombinierte qualitative und quantitative Methoden der Datenerhebung, was sich besonders zur Evaluation von Sozialprogrammen und von am Gemeinwesen orientierten Forschungsvorhaben eignet (Lucero et al., 2018).

Die nachfolgend dargestellten statistischen Analysen schließen ausschließlich die quantitativen Daten ein, da die Ergebnisse der qualitativen Befragungen bereits an

anderer Stelle in Form eines Forschungsberichtes veröffentlicht sind (vgl. Steffen & Blum, 2018).

Die quantitative Fragebogenerhebung wurde von April bis August 2017 durchgeführt. Eingeschlossen und zur Teilnahme eingeladen wurden alle Geburtskliniken in Deutschland mit mehr als 300 Geburten im Jahr 2015. Die Festlegung der Grundgesamtheit erfolgte anhand einer öffentlich zugänglichen Liste, die neben Kontaktinformationen auch die jährliche Geburtenzahl der einzelnen Geburtskliniken für das Jahr 2015 enthält (Milupa GmbH, 2016). Die Liste und die enthaltenen Kontaktinformationen wurden auf Korrektheit überprüft und infolgedessen insgesamt $N = 673$ Kliniken identifiziert, die die Einschlusskriterien für die Erhebung – mehr als 300 Geburten im Jahr 2015 und nicht geschlossene Geburtsabteilung - erfüllten. In diesen eingeschlossenen Kliniken fanden gemäß eigener Berechnung im Jahre 2015 98.4 % aller Geburten statt. Das definierte Einschlusskriterium von mehr als 300 Geburten pro Jahr wurde aufgrund der a priori formulierten Annahme gewählt, dass die Umsetzung von Strukturen und Prozessen Früher Hilfen aus Rentabilitätsgründen nur bei einer hinreichend großen Anzahl an jährlichen Geburten effizient sein dürfte. Ergänzend dazu werden kleine Geburtsstationen mit wenigen jährlichen Geburten sukzessive geschlossen, was sich auch im Zuge des Feldzugangs bei der vorliegenden Studie zeigte⁹.

Vor dem Feldzugang und dem Versand des Fragebogens wurden die Klinikdirektionen schriftlich kontaktiert und über die Erhebung informiert; die Direktionen der Kliniken konnten den Fragebogen online über einen Link einsehen. Lehnte die Klinikdirektion eine Teilnahme an der Befragung ab, konnten diese ein „Veto“ einlegen und das Feldmanagement über die Ablehnung der Teilnahme ihrer Klinik informieren. Von dieser Möglichkeit machten im Zuge der gesamten Befragung $n = 37$ (5.50 %) Häuser Gebrauch ($n = 30$ vor dem Feldzugang und weitere $n = 7$ während des Feldzugangs nach der ersten Erhebungswelle). Als Gründe für das „Veto“ wurden vielfach personelle Engpässe und/oder fehlende Ressourcen genannt.

⁹ Trotz sorgfältiger Kontrolle der Adressliste vor dem Feldzugang wurde von $n = 8$ Kliniken die zwischenzeitliche bzw. bevorstehende Schließung der Geburtsabteilung zurückgemeldet; dies betraf v.a. Kliniken mit wenigen jährlichen Geburten.

Es schloss sich der postalische Versand der Fragebögen in drei Wellen an (vgl. Abbildung 2):

- (1) Erster Versand des Fragebogens der Hauptbefragung an 643 Geburtskliniken, von denen die Direktionen vor dem Feldzugang kein Veto einlegten. An dieser Welle nahmen $n = 166$ (25.8 %) Kliniken teil.
- (2) Erinnerungsschreiben inkl. erneutem Versand des Fragebogens an 465¹⁰ Geburtskliniken nach 6 Wochen. 102 Fragebögen wurden in dieser Welle zurück gesandt, was einer Ausschöpfungsquote von 21.9 % in dieser Welle entspricht.
- (3) Erinnerungsschreiben inkl. Versand des Fragebogens und des Non-Responderfragebogens an 363 Geburtskliniken nach drei weiteren Wochen. Parallel zum Versand der Fragebögen im Rahmen der dritten Welle erfolgten telefonische Kontakte mit ausgewählten Kliniken, die im Hinblick auf Strukturmerkmale zu dem damaligen Zeitpunkt des Feldzugangs in der vorliegenden Stichprobe unterrepräsentiert waren. Der gesamte Rücklauf, bezogen auf diese Welle, belief sich auf $n = 147$ (40.5%) Fragebögen; $n = 32$ (8.82 %) Kliniken sendeten den Non-Responderfragebogen und $n = 115$ (31.7 %) den Fragebogen der Haupterhebung zurück.

Insgesamt haben sich $N = 383$ (56.9 %) Geburtskliniken an der Haupterhebung beteiligt; von weiteren $N = 32$ (4.75 %) Häusern wurde ausschließlich der Non-Responderfragebogen zurück gesendet.

¹⁰ Nach der ersten Welle teilten weitere 7 Direktionen mit, dass sie eine Teilnahme ihres Hauses nicht wünschten; weitere 5 Kliniken mussten aufgrund sonstiger Gründe (z.B. fehlerhafte, nicht nachzuprüfende Adressen) ausgeschlossen werden. In der Folge reduzierte sich somit die Anzahl der zu kontaktierenden Kliniken in dieser Welle von 477 auf 465.

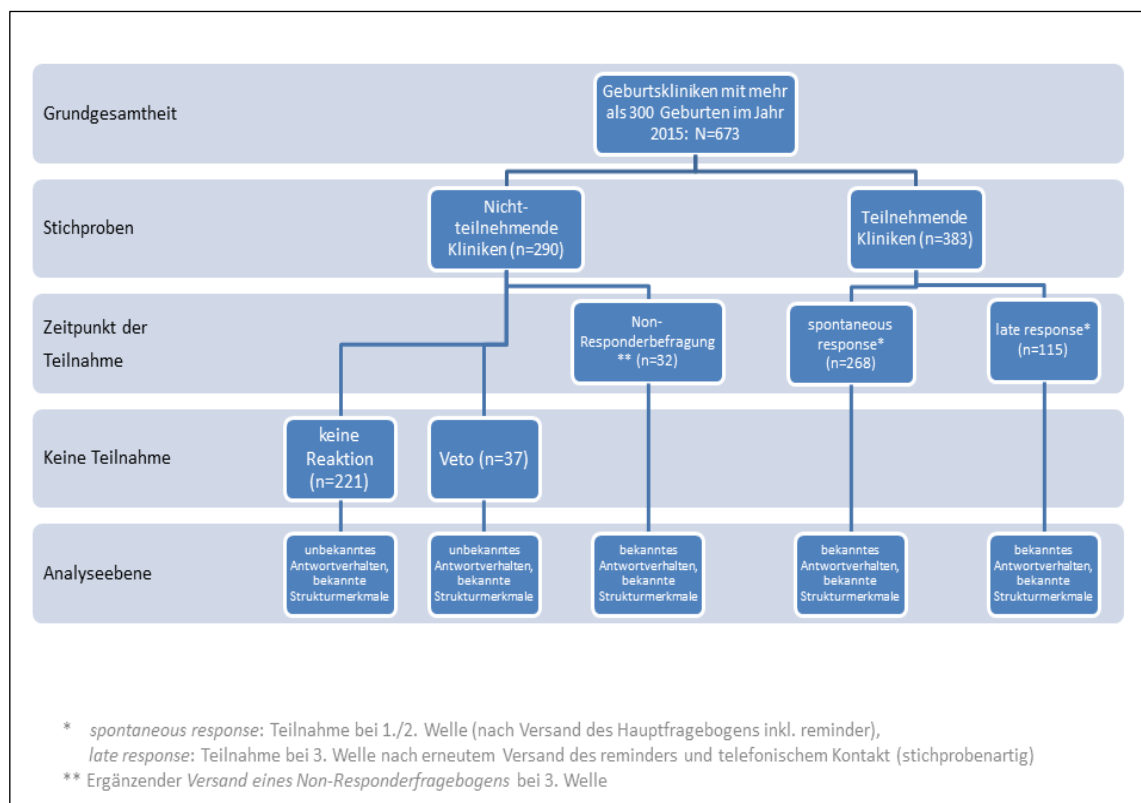


Abbildung 2: Graphische Darstellung des Feldzugangs und des Rücklaufs.

Die Kontrolle des Rücklaufs und die Steuerung des Feldmanagements wurden über die Vergabe von Fragebogen-IDs sichergestellt, so dass eine Zuordnung des Fragebogens zur jeweiligen Klinik möglich war. Aus Gründen des Datenschutzes wurden diese Informationen unabhängig von den Fragebogendaten gespeichert, ausschließlich zur Steuerung des Feldzugangs verwendet und unmittelbar nach Abschluss der Datenerhebung von allen Datenträgern gelöscht.

Jeweils ein Fragebogen inkl. Anschreiben wurde pro Klinik versandt, wobei sie an die Chefärztinnen und Chefärzte der Geburtskliniken adressiert wurden. Diese wurden im Anschreiben gebeten, den Fragebogen an Personen weiterzuleiten, die in der Geburtsklinik maßgeblich für die Versorgung von psychosozial belasteten Familien zuständig sind.

Sowohl die Klinikdirektion als auch die Chefärztinnen und Chefärzte und die teilnehmenden Mitarbeitenden wurden im Sinne eines „informed consent“ umfassend über die Ziele der Studie, die Einhaltung des Datenschutzes sowie den Zweck der Datenverarbeitung aufgeklärt.

Darüber hinaus wurde den teilnehmenden Häusern, sofern dies gewünscht und eine Kontaktanschrift angegeben wurde, als Gratifikation für die Teilnahme die Zusendung eines Ergebnisberichts zugesagt, der auch im Sinne eines Benchmarkings für strategische und operative Entscheidungen der Leitungsebene genutzt werden kann. Aus Gründen des Datenschutzes und zur Wahrung der Anonymität wurden auch diese Kontaktinformationen separat von den Angaben im Fragebogen elektronisch erfasst und nach Versand des Berichtes gelöscht.

Zur Absicherung der Einhaltung ethischer und sozialwissenschaftlicher Standards wurde die gesamte Befragung vor dem Feldzugang einer Ethikkommission vorgelegt, die der vorliegenden Studie ohne Vorbehalte zustimmte.

Weitere Informationen zu den eingesetzten Fragebögen und den erhobenen Daten werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

4.3. Daten und Erhebungsinstrument

Um die Versorgung von psychosozial belasteten Familien sowie den Umsetzungsstand Früher Hilfen in der stationären Geburtshilfe systematisch zu erfassen, wurde ein Fragebogen entwickelt und überprüft.

Zielpersonen der Befragung waren all jene Mitarbeitenden der Geburtsstationen, die maßgeblich für die Versorgung von psychosozial belasteten Familien verantwortlich sind, wie beispielsweise Familienhebamme, Hebamme, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte oder auch Mitarbeitende des Sozialdienstes. Gemäß den Instruktionen konnten auch mehr als eine Person den Fragebogen ausfüllen.

Das Ausfüllen des Fragebogens nahm ca. 20 Minuten Zeit in Anspruch.

4.3.1. Pretestung des Fragebogens

Vor der Haupterfragung wurde der Fragebogen im Rahmen eines kognitiven Pretests validiert. Ziel des Pretests war die Überprüfung der Eignung der formulierten Items im Hinblick auf Konsistenz, Praktikabilität, Durchführungsökonomie sowie die Passung zum Feld (z.B. im Hinblick auf die verwendete Begrifflichkeit).

Ein Leitfaden für die Pretestung gewährleistete, dass die folgenden Aspekte systematisch von allen teilnehmenden Personen erfragt wurden:

- Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Fragen und Antwortformate,
- Korrektheit der Terminologie,
- Fragen und Aspekte, die im Fragebogen nicht erhoben werden sollten,
- Fragen und Aspekte, die im Fragebogen zusätzlich erhoben werden sollten,
- Verständlichkeit der Filterführung,
- Beantwortungszeit bzw. Länge des Fragebogens und
- Attraktivität von Design und Layout.

Der kognitive Pretest wurde zum einen in Form von Think-Aloud-Interviews und zum anderen als schriftlicher Pretest durchgeführt. Im Fall der Think-Aloud-Interviews wurde mit den Teilnehmenden ein Telefontermin vereinbart und der Fragebogen per E-Mail vorab zugeschickt. Die Probanden wurden gebeten, den Fragebogen erst im Rahmen des Telefoninterviews auszufüllen und währenddessen alles auszusprechen, was ihnen bei der Bearbeitung durch den Kopf ging. Bei dem schriftlichen Pretest wurde der Fragebogen an die Befragten übermittelt, die ihre Anmerkungen und Bewertungen schriftlich oder telefonisch zurückmeldeten.

Als Probanden für den Pretest wurden Mitarbeitende aus Krankenhäusern angesprochen, die bereits Frühe Hilfen nutzen. So konnte sichergestellt werden, dass sie die Passung des Fragebogens zum Feld zuverlässig beurteilen konnten, da sie sowohl über Wissen zum Setting „Geburtsklinik“ als auch über den Gegenstand der Erhebung „Frühe Hilfen“ verfügen. Ergänzend bewerteten Personen aus dem politisch-theoretischen Sektor als Expertinnen und Experten den Fragebogen.

Im Rahmen des Pretests wurden insgesamt $n = 6$ Personen (vier mündlich, zwei schriftlich) befragt und $n = 2$ Interviews mit Expertinnen und Experten geführt.

Der Fragebogen wurde im Pretest insgesamt als gut und verständlich bewertet. Dennoch ließen sich zahlreiche Aspekte identifizieren, die im Hinblick auf eine Präzisierung des Fragebogens sinnvoll waren. Dies betraf vor allem die folgenden Aspekte:

- Unklare Begrifflichkeiten und Formulierungen,
- Bereiche und Dinge, die in Geburtskliniken nicht relevant, nicht vorhanden oder

nicht zutreffend sind,

- redundante Bereiche und
- Ergänzungen durch fehlende Aspekte und Bereiche.

Auf Basis dieser Informationen wurde der Fragebogen anschließend überarbeitet.

4.3.2. Der Fragebogen der Haupterhebung

Informationen zu den folgenden zentralen Bereichen wurden in dem Fragebogen erhoben:

- Die Struktur der Geburtsstation,
- der wahrgenommene Anteil an Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen und Herausforderungen bei deren Versorgung,
- die interne Organisation der Versorgung von psychosozial belasteten Familien auf den Geburtsstationen,
- Fragen zu Frühen Hilfen in der Geburtsklinik, die sich v.a. auf den Umsetzungsstand, die Versorgungsstrukturen sowie mögliche Hemmnisse bei der Implementierung bezogen sowie
- eine abschließende Bewertung der Frühen Hilfen.

Der Fragebogen ist in voller Länge dem Anhang zu entnehmen (siehe Anhang A).

Im Folgenden werden jene Items genauer vorgestellt, die zur Absicherung der Repräsentativität (vgl. Kap. 4.4) sowie zur Hypothesentestung (vgl. Kap. 5) der vorliegenden Arbeit herangezogen werden.

Berichtete Anzahl an Familien mit psychosozialen Belastungen in der stationären Geburtshilfe (Frage 2A). Für insgesamt 12 unterschiedliche distale und proximale Belastungs- und Risikofaktoren gaben die teilnehmenden Mitarbeitenden der Geburtshilfe an, bei wie vielen von 100 Familien sie die genannten Belastungen feststellen konnten. Die Analyse der psychometrischen Qualität der Items sowie deren Faktorstruktur ergaben, dass ein aggregierter Kennwert über mehrere Items nicht mit ausreichend hoher psychometrischer Qualität gebildet werden kann. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Analysen auf einzelne Items zurückgegriffen und auf die Berechnung eines aggregierten Wertes verzichtet.

Darüber hinaus wurde in einer zusammenfassenden Frage erhoben, bei wie vielen von 100 Familien psychosoziale Belastungen feststellbar sind, die aus Perspektive der befragten Personen bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung des Kindes sind (Frage 2B).

Bei beiden Fragen bestand die Möglichkeit anzugeben, dass ein spezifischer Belastungsfaktor in der stationären Geburtshilfe nicht feststellbar und beobachtbar war, was - je nach Erkenntnisinteresse - entweder als fehlender Wert angesehen oder separat analysiert wird.

Subjektive Gründe für die erlebte Herausforderung bei der Versorgung (Frage 3I). Um zu erfassen, aus welchen Gründen der Umgang mit psychosozial belasteten Familien für Mitarbeitende in Geburtskliniken herausfordernd ist, bewerteten die teilnehmenden Personen unterschiedliche Aussagen anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“. Auch hier zeigte die Analyse der psychometrischen Eigenschaften der fünf Items, dass die Berechnung eines übergeordneten aggregierten Wertes nicht möglich ist. An dieser Stelle sei erwähnt, dass dies im Vorfeld bei der Itementwicklung auch nicht intendiert war. Vielmehr sollte ein übergeordneter Aspekt mithilfe eines Items operationalisiert werden. Alle a priori denkbaren und nach dem Pretest identifizierten Gründe für erlebte Herausforderungen wurden in jeweils einem Item formuliert, so dass geringe Korrelationen zwischen einzelnen Items und nicht vorhandene Faktorladungen nicht überraschen. Entsprechend werden Verteilungen und Lageparameter auf Itemebene berichtet und in die Analysen einbezogen, die im Sinne einer Top-2-Skalierung recodiert wurden (die Werte 1 bis 3 wurden mit „stimme nicht zu / weder noch“ (= 0) und die Werte 4 und 5 mit „stimme zu (top-2)“ (= 1) umcodiert).

Kennwert Umsetzungsstand Frühe Hilfen (Frage 4A). Anhand von 8 Items wurde der Umsetzungsstand von Angeboten Früher Hilfe in den Geburtskliniken und deren Partizipation am lokalen Netzwerk aus Perspektive der teilnehmenden Mitarbeitenden erfragt. Die Items konnten auf einer vierstufigen Likert-Skala mit 1 = „Nein, auch nicht angedacht“, 2 = „Nein, aber Zukunftsthema“, 3 = „Ja, konkret in Planung“ und 4 = „Ja, umgesetzt“ bewertet werden; konnte oder wollte die befragte Person keine Beurteilung vornehmen, so stand die Antwortkategorie „Keine Angabe möglich“ zur Verfügung. Die Errechnung eines Mittelwerts als Kennwert für den berichteten Umsetzungsstand

Früher Hilfen erfolgte im Falle von 75 % gültiger Werten je Skala und ist nach erfolgter Analyse der psychometrischen Qualität des Itempools auch zulässig, wie nachfolgend berichtet wird.

Für die Gesamtstichprobe aller zurück gesandten Fragebögen der Haupterhebung ($N = 390$)¹¹ wurde die psychometrische Qualität dieser Items mittels Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis, PCA) mit Varimax Rotation überprüft. Die Eignung der einzelnen Items und des gesamten Datensatzes für die Durchführung einer PCA ist gewährleistet (MSA -Werte der einzelnen Items der Anti-Image-Korrelationsmatrix von $> .70$; Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium $KMO = .82$; Bartlett-Test auf Sphärizität: *approximates* $\chi^2(28) = 1014$, $p < .001$); Items mit Faktorladungen kleiner als $.40$ mussten nicht ausgeschlossen werden.

Es zeigte sich, dass sich die Items zwei Faktoren zuordnen lassen (gesamte Varianzaufklärung: 62.3 %): (1) *Umsetzung auf operativer Ebene* (3 Items¹²; Eigenwert 3.96; Varianzaufklärung 49.6 %) und (2) *Umsetzung auf strategischer Ebene* (5 Items¹³; Eigenwert 1.02; Varianzaufklärung 12.8 %). Auch die interne Konsistenz des Kennwerts „Umsetzung auf operativer Ebene“ ist mit *Cronbach's Alpha* = $.76$ als ausreichend zu bezeichnen. Die Trennschärfe (korrigierte Item-Skala-Korrelation) der Items variiert zwischen $.43$ und $.69$, was ebenfalls als hinreichend angesehen werden kann (Cicchetti, 1994). Auch die Reliabilitätswerte des zweiten Kennwerts „Umsetzung auf strategischer Ebene“ sprechen für eine gute interne Konsistenz und Trennschärfe (*Cronbach's Alpha* = $.80$, korrigierte Item-Skala-Korrelation: *range* = $.45 - .73$).

In der vorliegenden Arbeit werden auch deskriptive Statistiken auf Itemebene berichtet. Zu diesem Zweck und zur Anwendung einzelner Items als Kriterium im Rahmen der logistischen Regression (vgl. Kap. 4.6.1) wurden die einzelnen Items recodiert (Top-2-Skalierung). So wurden die Angaben „Ja, umgesetzt“ und „Ja, konkret in Planung“ in „umgesetzt/konkret in Planung“ (= 1) und die Kategorien „Nein, nicht angedacht“, „Nein, aber Zukunftsthema“ und „keine Angabe möglich“ in „nicht umgesetzt“ (= 0)

¹¹ Einbezogen wurden hier auch Kliniken mit weniger als 300 Geburten, die kontaktiert wurden und den Fragebogen zurücksendeten.

¹² 4A_5: Schriftl. Prozess-Standards/Verfahrensanweisungen zur internen Organisation, 4A_6: Schriftl. Prozess-Standards/Verfahrensanweisungen zur Zusammenarbeit m. ext. Akteuren, 4A_7: Regelm. Team- oder Fallbesprechungen zu psychosoz. belasteten Familien (Sortierung gemäß absteigender Faktorladungen)

¹³ 4A_3: Öffentlichkeitsarbeit zu Frühen Hilfen, 4A_1: Festlegung verbindl. Ziele zu Frühen Hilfen, 4A_8: Teilnahme v. Klinikmitarbeitern an Treffen des lokalen Netzwerks Frühe Hilfen, 4A_2: Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zu Frühen Hilfen, 4A_4: Einrichtung einer spezifischen Funktion für Frühe Hilfen (Sortierung gemäß absteigender Faktorladungen)

recodiert. Systembedingte fehlende Werte und keine eindeutigen Antworten wurden unverändert als fehlende Werte belassen und mit „keine Angabe“ bezeichnet.

Kennwert wahrgenommener Kooperationshemmnisse (Frage 4I). Mithilfe von 10 weiteren Items wurden mögliche intersektorale Kooperationshemmnisse und Hürden beim Ausbau Früher Hilfen in den Geburtskliniken aus Perspektive der teilnehmenden Mitarbeitenden erfragt. Die Aussagen konnten auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll und ganz zu“ bewertet werden. Als Restkategorie stand „Keine Angabe möglich“ zur Verfügung. Auch hier wurden die zusammenfassenden Kennwerte in Form des Mittelwertes nur in Fällen von 75 % gültiger Werte je Itemgruppe durchgeführt.

Diese Items wurden ebenfalls zur Überprüfung der Faktorstruktur mit einer PCA inkl. Varimax Rotation analysiert. Auch hier eignen sich die einzelnen Items für die Durchführung einer PCA (MSA-Werte der einzelnen Items $> .70$; Bartlett-Test auf Sphärizität: $\text{approximatives } X^2(45) = 9829, p < .001$)¹⁴ und Faktorladungen kleiner als .40 wurden ausgeschlossen, was jedoch nicht erfolgen musste.

Zwei Faktoren bildeten sich heraus, denen die Items zugeordnet werden können (gesamte Varianzaufklärung: 48.6 %): (1) *Hemmnisse aufgrund krankenhauser interner Strukturen und Einstellungen* (6 Items¹⁵; Eigenwert 3.71; Varianzaufklärung 37.1 %) und (2) *Hemmnisse aufgrund krankenhausexterner Bedingungen* (3 Items¹⁶; Eigenwert 1.15; Varianzaufklärung 11.5 %). Die interne Konsistenz und Trennschärfe (korrigierte Item-Skala-Korrelation) der beiden Kennwerte sind nach Ausschluss eines Items (4I_9: „Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil belastete Familien zu kurz im KH sind“) knapp ausreichend (Kennwert „Hemmnisse aufgrund krankenhauser interner Strukturen und Einstellungen“: *Cronbach`s Alpha* = .74; korrigierte Item-Skala-Korrelation: *range* = .40 - .58; Kennwert „Hemmnisse aufgrund eher krankenhausexterner Bedingungen“:

¹⁴ Die Absicherung der Eignung des Datensatz als Ganzes zur Durchführung einer PCA (KMO- Wert) wurde vorangegangen bereits dargestellt und hat auch hier Gültigkeit.

¹⁵ 4I_4: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil es Vorbehalte gibt, mit Familien über psychosoz. Themen zu sprechen, 4I_5: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil das Thema nicht relevant in der geburtshilfl. Versorgung ist, 4I_10: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil die Führungskräfte dies nicht ausreichend unterstützen, 4I_1: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil es Vorbehalte gegenüber den Frühen Hilfen gibt, 4I_3: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil Unsicherheiten hinsichtl. Datenschutz u. Schweigepflicht bestehen, 4I_6: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil keine Zeit zur Verfügung steht, um Beratungen durchzuführen (Sortierung gemäß absteigender Faktorladungen)

¹⁶ 4I_7: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil es keine Rückmeldungen der Frühen Hilfen gibt, 4I_8: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil der Begriff und die Angebote schwer greifbar/ wenig konkret sind. 4I_2: Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil Kenntnisse über konkrete, regionale Angebote fehlen (Sortierung gemäß absteigender Faktorladungen)

Cronbach's Alpha = .70; korrigierte Item-Skala-Korrelation: *range* = .44 - .67) (Cicchetti, 1994).

Auch hier wird die Likert-Skala im Falle der Verwendung einzelner Items im Sinne der Top-2-Skalierung recodiert: Die Werte 1 bis 3 wurden mit „stimme nicht zu / weder noch“ (= 0) und die Werte 4 und 5 mit „stimme zu (top-2)“ (=1) recodiert. Die Angabe „keine Angabe möglich“ blieb unverändert und wurde gemeinsam mit systembedingten fehlenden Werten in „keine Angabe“ recodiert.

4.3.3. Der Fragebogen der Non-Responderbefragung

Um eine Non-Responder-Bias und eine damit verbundene Verzerrung des Antwortverhaltens, die mit der Teilnahmewahrscheinlichkeit assoziiert sein könnte, auszuschließen, wurde ergänzend zu dem Fragebogen der Haupterhebung auch ein Non-Responderfragebogen eingesetzt. In diesem Fragebogen waren insgesamt neun Items der Haupterhebung enthalten, die im Vorfeld der Erhebung als zentral identifiziert wurden (siehe Anhang B).

Da der Rücklauf mit $N = 32$ Non-Responderfragebögen für eine belastbare Analyse als zu gering eingeschätzt wurde, erfolgte ein alternatives Vorgehen zur Analyse einer möglichen Non-Responder-Bias (vgl. Kap. 4.4.2).

4.3.4. Sekundärdaten

Ergänzend zu den oben genannten Fragebogendaten wurde der Datensatz der Grundgesamtheit von $N = 673$ Geburtskliniken mit mehr als 300 Geburten im Jahr um zentrale Sekundärdaten ergänzt. Da es sich bei Angeboten der Frühen Hilfen um Unterstützungsstrukturen auf Gemeindeebene handelt, an denen Geburtskliniken freiwillig teilnehmen können, sind geographische und sozioökonomische Informationen des Einzugsgebietes sowie strukturelle Merkmale der Geburtskliniken von großer Bedeutung für die Hypothesentestung. Auch zur Bewertung der Repräsentativität der Stichprobe werden diese Merkmale herangezogen (vgl. Kap. 4.4).

Bei den eingesetzten Sekundärdaten handelt es sich zum einen um Informationen, die die Struktur der Krankenhäuser genauer beschreiben (Trägerschaft, Anzahl Planbetten, Anzahl Geburten im Jahr 2015). Zum anderen wurden auch das Bundesland, die Region, der Siedlungstyp sowie ein Kaufkraftindex je Haushalt auf Postleitzahlenebene

zur Beschreibung des geographischen Einzugsgebiets der Kliniken der Bruttostichprobe hinzugefügt.

Die Informationen zur Anzahl der Planbetten, zum Bundesland und zur Trägerschaft im Jahre 2017 entstammen der Datenbank des Deutschen Krankenhausinstituts e.V.. Das Merkmal „Regionen“ wurden aus der Variablen „Bundesland“ recodiert – auch um im Falle von gering besetzten Zellobstufigkeiten die Anonymität der teilnehmenden Kliniken zu wahren und um methodisch-statistische Nachteile zu verhindern. So erfolgte die Zusammenfassung der Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland in die „Region Mitte“, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Hamburg und Bremen in die „Region Nord“, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin in die „Region Nordost“ und Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in die „Region Ost“. Von externen Dienstleistern wurde der Siedlungstyp (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2015) sowie der Kaufkraftindex pro Haushalt auf Postleitzahlenebene (Gesellschaft für Konsumforschung (GfK), 2017) bezogen.

4.4. *Zur Selektivität und Teilnahmewahrscheinlichkeit*

Selektivitätseffekte im Hinblick auf die Stichprobenzusammensetzung können einen bedeutsamen Einfluss auf Parameterschätzungen und die Struktur des Datensatzes als Ganzes und dessen Validität und Reliabilität nehmen. Entsprechend gilt es zu überprüfen, ob die Wahrscheinlichkeit an der Erhebung teilzunehmen, (a) mit bestimmten Strukturmerkmalen und / oder (b) mit einem bestimmten Antwortverhalten im Sinne einer Non-Responder-Bias im Zusammenhang steht. Ist die Repräsentativität der Stichprobe nicht gegeben oder liegen Selektivitätseffekte vor, so geht dies mit eingeschränkter externer Validität, systematischen Verzerrungen und geringer Teststärke einher (Groves, 2006; Koch & Blohm, 2015). Entsprechend sind die Untersuchung möglicher Selektivitätsaspekte und eine eventuell vorliegende Non-Responder-Bias im vorliegenden Datensatz zur Wahrung der externen Validität von großer Bedeutung (vgl. Kap. 4.4.1 und Kap. 4.4.2).

Abschließend erfolgt eine Analyse der Item-No-Response pro Fragebogen, in der die Anzahl an fehlenden Werten pro Datenreihe betrachtet wird (vgl. Kap. 4.4.3) (Yan & Curtin, 2010). So sind Rückschlüsse auf die Qualität der Angaben der teilnehmenden Personen möglich: Eine hohe Anzahl an nicht beantworteten Fragen pro Fragebogen legt die Vermutung nahe, dass die befragte Person entweder über eine unzureichende

Informationsbasis zur Beantwortung der Frage verfügte oder ihre Teilnahmemotivation zu gering war; in beiden Fällen muss die Validität und Reliabilität der Angaben in Zweifel gezogen werden.

4.4.1. Analyse möglicher Selektionseffekte

Um Hinweise auf mögliche Selektionseffekte bei der Stichprobenzusammensetzung im Hinblick auf die Verteilung struktureller und geographischer Merkmale der Kliniken zu erhalten, erfolgt der Vergleich zwischen den Stichproben der an der Haupterhebung teilnehmenden ($n_{resp} = 383$) und nicht teilnehmenden ($n_{no_resp} = 290$) Kliniken.

In dem zu analysierenden Datensatz sind die Randverteilungen geographischer und struktureller Merkmale der Kliniken in der Grundgesamtheit bekannt, so dass theoretisch eine einfache Zellgewichtung zur Anpassung der Stichprobe an die Grundgesamtheit aller Kliniken mit mehr als 300 Geburten vorgenommen werden könnte. Hier kann man auf eine nachträgliche Schichtung (post-stratification weights) zurückgreifen und Zellgewichte implementieren. Ein Ausgleich der unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten im Zuge der Stichprobenzusammensetzung kann so gelingen (Gelman & Carlin, 2001).

Im Vergleich der Strukturmerkmale zwischen den an der Haupterhebung teilnehmenden und nicht teilnehmenden Kliniken zeigen sich signifikante Unterschiede in der Größe der Krankenhäuser: Die Kliniken der Haupterhebung verfügen über signifikant mehr Planbetten und mehr Geburten (vgl. Tabelle 1). Die Effektstärken sind mit *Cohen's d* = .18 und .31 jedoch im sehr kleinen oder kleinen Bereich, so dass die Mittelwertunterschiede von geringer praktischer Bedeutung sind (Cohen, 1992) und eine Gewichtung nach diesen Merkmalen nicht notwendig erscheint.

Tabelle 1: Vergleich der geographischen und strukturellen Merkmale auf kontinuierlichem Skalenniveau zwischen den teilnehmenden ($n = 383$) und den nicht teilnehmenden Geburtskliniken ($n = 290$) vor Gewichtung.

Strukturmerkmale der Kliniken	An der Hauptbefragung teilnehmende Kliniken ($n = 383$, 56.9 %)	An der Hauptbefragung nicht teilnehmende Kliniken ($n = 290$, 43.1 %)	Vergleich		
			Test-statistik ⁺	df	p
Anzahl Planbetten	MW=451 SD=312	MW=399 SD=269	-2.31	659	.021
Anzahl Geburten in 2015	MW=1124 SD=728	MW=918 SD=590	-4.07	668	< .001
Kaufkraftindex je Haushalt	MW=95.8 SD=16.9	MW=96.8 SD=18.4	0.74	593	.46

⁺Welch-Test

Anders verhält es sich im Hinblick auf die Strukturmerkmale Siedlungstyp und Trägerschaft: Kliniken vor allem im ländlichen, aber auch im dünn besiedelten Raum sowie in privater Trägerschaft sind in der Stichprobe der Haupterhebung deutlich unterrepräsentiert (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Vergleich der geographischen und strukturellen Merkmale auf kategorialem Skalenniveau zwischen den teilnehmenden ($n = 383$) und den nicht teilnehmenden Geburtskliniken ($n = 290$) vor Gewichtung. Angabe in Häufigkeiten (Prozent).

		An der Hauptbefragung teilnehmende Kliniken ($n = 383$, 56.9 %)	An der Hauptbefragung nicht teilnehmende Kliniken ($n = 290$, 43.1 %)	Vergleich		
				Test-statistik ⁺	df	p
Siedlungstyp	Kreisfreie Großstadt ($n=202$)	130 (64.4 %)	72 (35.6 %)	9.12	3	.028
	Städtische Kreise ($n=233$)	133 (57.1 %)	100 (42.9 %)			
	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen ($n=130$)	63 (48.5 %)	67 (51.5 %)			

		An der Hauptbefragung teilnehmende Kliniken (n = 383, 56.9 %)	An der Hauptbefragung nicht teilnehmende Kliniken (n = 290, 43.1 %)	Vergleich		
				Test-statistik ⁺	df	p
	Dünn besiedelte ländliche Kreise (n=108)	57 (52.8 %)	51 (47.2 %)			
Regionen	Bad.-Württemberg (n=84)	52 (61.9%)	32 (38.1%)	7.69	6	.262
	Bayern (n=102)	50 (49.0%)	52 (51.0%)			
	NRW (n=148)	94 (63.5%)	54 (36.5%)			
	Region Mitte (n=90)	52 (57.8%)	38 (42.2%)			
	Region Nord (n=108)	55 (50.9%)	53 (49.1%)			
	Region Nordost (n=55)	31 (56.4%)	24 (43.6%)			
	Region Ost (n=86)	49 (57.0%)	37 (43.0%)			
Trägerschaft	Öffentlich-rechtlich (n=313)	173 (55.3 %)	140 (44.7 %)	8.63	2	.013
	Freigemeinnützig (n=270)	169 (62.6 %)	101 (37.4 %)			
	Privat (n=90)	41 (45.6 %)	49 (54.4 %)			

⁺ χ^2 -Test

Im nächsten Schritt wurden unterschiedliche Gewichtungsfaktoren und deren Auswirkungen auf den Datensatz und die Verteilung der Strukturmerkmale in den beiden Stichproben der teilnehmenden (resp) und nicht teilnehmenden Kliniken (no_resp) verglichen. Es zeigte sich, dass die Verwendung eines kombinierten Gewichtungsfaktors aus Siedlungstyp und Trägerschaft die Verteilungen aller Strukturmerkmale zwischen den beiden Stichproben am besten angleicht und die Auswirkungen auf die Streuungsparameter am geringsten sind. Es können also unter

Verwendung des kombinierten Gewichtungsfaktors aus Siedlungstyp und Trägerschaft keine signifikanten Unterschiede zwischen den teilnehmenden und nicht teilnehmenden Kliniken im Hinblick auf nahezu alle strukturellen Merkmale festgestellt werden. Lediglich die Anzahl an Geburten unterscheidet sich auch nach Gewichtung noch signifikant ($MW_{resp} = 1084$ ($SD_{resp} = 697$), $MW_{no_resp} = 918$ ($SD_{no_resp} = 589$); $t(671) = 3.36$, $p < .001$, t-Test inkl. Zellgewichtung), wobei die praktische Relevanz des Mittelwertunterschieds mit *Cohens`d* = .26 gering und damit zu vernachlässigen ist (Cohen, 1992).

Die verwendeten Gewichte liegen zwischen 0.85 und 1.5 und damit nach Einschätzung der Autorin im akzeptablen Bereich. Parallel sind die Auswirkungen der Gewichtung auf die Reliabilität des Datensatzes als Ganzes nicht vorhanden, so dass eine Reduktion der Teststärke als Folge evtl. erhöhter Standardfehler durch die Gewichtung nicht zu erwarten ist (*Kish`s N*¹⁷ = 373 (Kish, 1995)).

Auch auf theoretisch-inhaltlicher Ebene scheint die Zellgewichtung nach Trägerschaft und Siedlungstyp sinnvoll, da gerade diese beiden Merkmale bedeutsam für die Hypothesentestung sind: Die Umsetzung und Ausgestaltung Früher Hilfen als regionales Angebot wird maßgeblich von Strukturen und Prozessen in den Kommunen beeinflusst und könnte sich somit in Abhängigkeit von regionalen Merkmalen der Kliniken stark unterscheiden – beispielsweise im Sinne eines Stadt-Land-Ungleichgewichts. Des Weiteren ist die Gewichtung nach Trägerschaft bei Krankenhausbefragung in vielen Fällen indiziert, da die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung von Krankenhäusern in privater Trägerschaft, unabhängig vom Befragungsgegenstand, in der Regel geringer ist als in öffentlich-rechtlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern (Quelle: Erfahrungswissen des DKI). Vor diesem theoretisch-inhaltlichen Hintergrund wird es als bedeutsam eingeschätzt, dass sich die vorliegende Stichprobe gerade hinsichtlich dieser beiden strukturellen Merkmale repräsentativ gemäß der Grundgesamtheit verteilt.

¹⁷ *Kish`s Effective Samplesize* dient als Kennwert der Bewertung der Gewichtungseffizienz und erfasst, in welchem Umfang die gewichtete und ungewichtete Verteilungen der Variablen übereinstimmen. Dies hat den Hintergrund, dass die Gewichtung Einfluss sowohl auf die *SD* als auch auf den Standardfehler nimmt und dadurch ein signifikantes Ergebnis artifiziell entstehen könnte. Wird die *Effective Samplesize* mit der ursprünglichen Stichprobengröße verglichen und ist die Abweichung gering, kann die Beeinflussung der Varianzmerkmale durch die Gewichtung ausgeschlossen werden. Im vorliegenden Datensatz kann lediglich eine Differenz von 10 berichtet werden, was einer Abweichung von lediglich 2.61 % in Relation zur Originalstichprobengröße von $N = 383$ entspricht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Stichprobe der 383 Kliniken, die an der Hauptbefragung teilgenommen haben, unter Einbeziehung einer nachträglichen Zellgewichtung mit dem kombinierten Faktor „Siedlungstyp x Trägerschaft“ in Bezug zu geographischen und strukturellen Merkmalen ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit aller Geburtskliniken in Deutschland mit mehr als 300 Geburten pro Jahr darstellt. Die Ergebnisse werden somit auf diese Grundgesamtheit generalisierbar sein.

4.4.2. Non-Responder-Analyse

Es schließt sich die Analyse einer möglichen Non-Responder-Bias an und es wird untersucht, ob die Teilnahmewahrscheinlichkeit mit einem bestimmten Antwortverhalten in Zusammenhang steht. Zu diesem Zweck wurde das Antwortverhalten der Kliniken in der Gruppe der „spontaneous responder“ ($n = 268$) mit der Gruppe der „late responder“ ($n = 147$) verglichen (vgl. Abbildung 2). Der Gruppe der „spontaneous responder“ wurden jene Kliniken zugeordnet, die im Rahmen der 1. oder 2. Welle des Feldzugangs antworteten; „late responder“ waren hingegen jene Häuser, die den Haupt- ($n = 115$) oder Nonresponderfragebogen ($n = 32$) erst beim dritten Kontakt und nach stichprobenartigen Telefonaten zurücksendeten.

Die folgenden deskriptiven Analysen und Gruppenvergleiche wurden inkl. Zellgewichtung mit dem kombinierten Faktor „Siedlungstyp x Trägerschaft“ durchgeführt. Aufgrund ungleich großer Stichprobenumfänge kamen non-parametrische Verfahren zum Einsatz.

Die Ergebnisse zeigen, dass keine Unterschiede zwischen den Gruppen der „spontaneos“ und „late responder“ in zentralen Items des Fragebogens vorliegen. So unterscheiden sich die Angaben im Hinblick auf den wahrgenommenen Anteil an Familien mit bedeutenden psychosozialen Belastungen ebenso wenig ($MD_{\text{spontaneous}} = 5$, $MD_{\text{late}} = 5$; $U(348) = 0.70$, $p = .48$, Kruskal-Wallis Test inkl. Zellgewichtung) wie die Bewertung der Herausforderungen bei deren Versorgung (Schwierigkeiten beim Erkennen der Belastungen: $X^2(4, 1655) = 1.27$, $p = .28$; Zeitmangel: $X^2(4, 1656) = 0.90$, $p = .46$; Keine angemessene Vergütung: $X^2(4, 1656) = 0.38$, $p = .82$; Kein Wissen: $X^2(4, 1651) = 0.80$, $p = .53$; Familien lehnen Hilfe ab: $X^2(4, 1654) = 1.03$, $p = .39$; alle

genannten Vergleiche mit Pearson's χ^2 -Test inkl. Rao-Scott Korrektur¹⁸ und Zellgewichtung).

Auch die Umsetzung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen in den Geburtskliniken ($\chi^2(4, 1653) = 0.88, p = .43$; Pearson's χ^2 -Test inkl. Rao-Scott Korrektur und Zellgewichtung), das Vorhandensein eines kommunalen Netzwerkes Früher Hilfen im Einzugsbereich der Klinik ($\chi^2(1, 414) = 0.01, p = .94$, Pearson's χ^2 -Test inkl. Rao-Scott Korrektur und Zellgewichtung) und die Häufigkeit eines persönlichen, vertiefenden Beratungsgesprächs bei Familien mit Unterstützungsbedarf ($\chi^2(3, 1241) = 0.69, p = .56$, Pearson's χ^2 -Test inkl. Rao-Scott Korrektur und Zellgewichtung) unterscheidet sich nicht zwischen „spontaneos“ und „late responder“.

Da in der Gruppe der „late responder“ von den teilnehmenden Personen in vielen Fällen der Hauptfragebogen zurückgesendet wurde ($n = 115$), waren neben der Analyse der Items des Non-Responderfragebogens auch Vergleiche von einzelnen aggregierten Kennwerten des Hauptfragebogens an hinreichend großen Stichproben möglich. Auch hier können im non-parametrischen Kruskal-Wallis Test keine signifikanten Unterschiede zwischen Kliniken, die spontan auf die ersten beiden Kontaktversuche antworteten und den Kliniken, die schwieriger zu erreichen waren, berichtet werden (*Umsetzungsstand Früher Hilfe*: Kennwert „operative Ebene“: $MD_{spontaneous} = 9, MD_{late} = 8; U(320) = -0.88, p = .38$; Kennwert „strategische Ebene“: $MD_{spontaneous} = 10.4, MD_{late} = 10; U(314) = -0.83, p = .41$; *Kooperationshemmnisse*: Kennwert „krankenhausinterne Strukturen und Einstellungen“: $MD_{spontaneous} = 2.17, MD_{late} = 2.17; U(363) = -0.59, p = .56$; Kennwert „krankenhausexterne Bedingungen“: $MD_{spontaneous} = 3, MD_{late} = 3; U(367) = -0.24, p = .81$, alle genannten Vergleiche mit Kruskal-Wallis Test inkl. Zellgewichtung).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Non-Responder-Bias eher unwahrscheinlich ist: Die Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme an der Befragung scheint nicht mit bestimmten Antworttendenzen zu korrelieren.

Dieser Befund ist insofern einzuschränken, da keine gesicherten Informationen über das Antwortverhalten „echter“ Non-Responder vorliegen. Jedoch sind die Kliniken, die nur schwer zu rekrutieren waren (late responder), jenen Kliniken, die gar keine Reaktion

¹⁸ Die χ^2 - Teststatistik wird im Falle von Kontingenztabellen mit ungleichgroßen Zellproportionen nach Rao- Scott korrigiert (Rao & Scott, 1987).

zeigten, am ähnlichsten, so dass hier approximativ eine Einschätzung der Non-Responder- Bias zulässig erscheint.

Keine Aussagekraft zur Aufklärung einer möglichen Non-Responder-Bias ist hingegen der Frage nach den Gründen für eine Nicht-Teilnahme beizumessen (Brick, 2013). Aufgrund dieser Tatsache wird in dem vorliegenden Bericht auf eine Analyse der angegebenen Ausfallgründe verzichtet.

4.4.3. Item-No-Response

Hier wird untersucht, wie viele fehlende Werte in jeder Datenreihe – d.h. pro Fragebogen – vorliegen. Ist die Anzahl gültiger Werte innerhalb einer Datenreihe zu gering, sollte diese aus den Analysen ausgeschlossen werden.

Im Maximum hat ein Datensatz der Hauptbefragung 45 fehlende Werte. Bei 166 Items (exkl. offener Textnennungen und Filterfragen) entspricht dies einer maximalen Quote an fehlenden Werten über alle Items des vorliegenden Datensatzes von .27 (27.1 %). Im Mittel enthalten alle Datenreihen 8.09 ($SD = 6.26$, $range = 0 - 45$) fehlende Werte, was einem durchschnittlichen Item-No-Response über alle Fragebögen von 4.87 % entspricht.

Aufgrund des Untersuchungsgegenstandes, der ausschließlich die Analyse struktureller Organisations- und Prozessmerkmale in einem spezifischem Arbeitsumfeld beinhaltet, werden diese Werte als vertretbar angesehen und ein Fallausschluss als Folge von zu hoher Item-No-Response Quote wird als nicht notwendig erachtet.

4.5. Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Personen

Der Fragebogen wurde in den meisten Fällen von Mitarbeitenden des ärztlichen Dienstes und/oder Hebammen ausgefüllt (vgl. Tabelle 3).

Per Instruktion konnte auch mehr als eine Person die Fragen beantworten. In 54.3 % der Fälle wurde der Fragebogen von einer Person und in 28.9 % der Fälle von 2 Personen bearbeitet ($MD = 1$, $MW = 1.68$, $SD = 0.92$).

Tabelle 3: Berufsgruppen, die den Hauptfragebogen federführend ausfüllten (Mehrfachantworten möglich bei $n = 381$ gültigen Antworten; Verteilungen inkl. Zellgewichtung)

		Antworten		Prozent der Fälle
		Häufigkeit	Prozent	
Berufsgruppe	Geschäftsführer	5	0.76%	1.28%
	Hebammen mit Qualifikation "Familienhebamme"	33	5.16%	8.71%
	Hebammen ohne Qualifikation "Familienhebamme"	122	18.9%	32.0%
	FGKiKP	43	6.66%	11.2%
	Mitarbeiter aus Pflegedienst	60	9.35%	15.8%
	Ärztlicher Dienst	303	47.2%	79.7%
	Sozialdienst	29	4.47%	7.56%
	Babylotsen o.ä.	14	2.14%	3.62%
	Fallkoordinator/-in	10	1.51%	2.55%
	Sonstige Berufsgruppe	25	3.85%	6.50%
Gesamtsumme		643	100%	169%

4.6. Statistische Analysen

Deskriptive Statistiken dienen der Abbildung von Verteilungen und Lageparametern relevanter Variablen in der vorliegenden Stichprobe. Alle Verteilungen werden unter Berücksichtigung der Zellgewichtung (vgl. Kap. 4.4.1) mit dem kombinierten Faktor „Siedlungstyp x Trägerschaft“ berichtet.

Die Überprüfung zentraler Inferenzen bei der vorliegenden Arbeit erfolgt mit regressionsanalytischen Modellen, wobei die statistischen Prozeduren stets der gleichen Routine folgen, die in den nächsten Kapiteln detaillierter beschrieben wird: In einem ersten Schritt werden die Datensätze im Rahmen eines Preprocessings für die Analysen vorbereitet und die Anwendungsvoraussetzungen für regressionsanalytische Modelle überprüft (vgl. Kap. 4.6.1.1). Anschließend erfolgt die Formulierung des finalen Modells, in dem zusätzliche Prädiktoren schrittweise und geschachtelt in drei Blöcken in die Modelle aufgenommen werden (vgl. Kap. 4.6.1.2). Zur Beurteilung der Güte der Modelle wird ein Bestimmtheitsmaß als Indikator für die Anpassungsqualität der Modelle an die empirischen Daten (explorative Validität) herangezogen; zudem wird

ergänzend die Vorhersagegenauigkeit (prädikative Validität) der Modelle durch Kreuzvalidierung an einem unabhängigen Datensatz abgesichert (vgl. Kap. 4.6.1.3).

Die zentralen Regressionsanalysen der vorliegenden Arbeit wurden mit R (R Core Team, 2018), R Studio (RStudio Team, 2016) sowie den primären Paketen caret (Kuhn, 2008, 2018), knitr (Xie, 2018), ggplot2 (Wickham, 2016), survey (Lumley, 2017), dplyr (Wickham et al., 2018), margins (Leeper, 2018), pROC (Robin et al., 2011) und weights (Pasek, 2018) durchgeführt. Bei vereinzelt deskriptiven Statistiken und graphischen Abbildungen kam SPSS 22.0 (IBM Corp, 2013) und MS Excel zur Anwendung.

4.6.1. Multiple lineare und logistische Regressionen

Nachfolgend wird das Vorgehen der statistischen Analysen detaillierter dargestellt. Handelt es sich bei dem Kriterium um eine kontinuierliche Variable, so wird eine lineare Regression angewendet, im Fall eines dichotomen Kriteriums eine logistische Regression.

4.6.1.1. Preprocessing, Diagnostik einflussnehmender Fälle und Multikollinearität

In einem ersten Schritt wird der Datensatz für die Regressionsanalysen vorbereitet, indem die Daten – nach Bedarf und Skalenniveau – transformiert und im Hinblick auf Anwendungsvoraussetzungen der Regressionsanalysen überprüft werden.

Eine zentrale Voraussetzung für die Anwendung von regressionsanalytischen Modellen zur Hypothesenprüfung ist die Identifikation und Bereinigung des Datensatzes von möglichen Outliern (Field & Miles, 2012). Werte mit extremen Ausprägungen nehmen unverhältnismäßig starken Einfluss auf die Regressionsanalyse, was zu Verzerrungen und damit nicht validen Parameterschätzungen führt. Outlier wurden identifiziert, indem die Verteilungen der kontinuierlichen Variablen in einem Box-and-Whisker-Plot dargestellt wurden. Im Einklang mit der „Tukey rule on quartiles“ (Tukey, 1977) wurden Werte jenseits der beiden Grenzen (1) $1. \text{ Quartil} - (1.5 * IQR)$ und (2) $3. \text{ Quartil} + (1.5 * IQR)$ als Outlier identifiziert und anschließend durch diese Grenzwerte ersetzt. So kann sichergestellt werden, dass Outlier auch nach Ersetzung den höchst bzw. kleinst möglichen Wert annehmen, ohne jedoch bedeutsamen Einfluss auf die

Parameterschätzung zu nehmen. In der Ergebnisdarstellung (vgl. Kap. 5) werden die Anzahl an Ersetzungen und deren Einfluss auf Lageparameter berichtet.

Eine weitere für Regressionsanalysen bedeutsame Voraussetzung ist das Vorhandensein vollständiger Messreihen. Sind in den Variablen eines Modells fehlende Werte enthalten, so wird die gesamte Datenreihe aus der Parameterschätzung ausgeschlossen. Der fall- oder paarweise Ausschluss dieser Messreihen wird – wenn überhaupt – nur im Falle weniger fehlender Werte empfohlen, da dies zu einer Reduktion der Stichprobengröße und ggf. der Teststärke als Folge erhöhter Standardfehler führt (Lang & Little, 2018). Stattdessen haben sich multiple Imputationsverfahren bewährt, bei denen fehlende Werte auf Basis der vorhandenen Informationen vorhergesagt werden (de Goeij et al., 2013; Lüdtke, Robitzsch, Trautwein & Köller, 2007). In der vorliegenden Arbeit werden fehlende Werte nach dem Prinzip der „k-nearest neighbours“ (k-NN Algorithmus) geschätzt, die den sogenannten Hot Deck Imputationsverfahren zugeordnet werden (García-Laencina et al., 2009; Andridge & Little, 2010). Bei diesem Vorgehen werden für jene Fälle mit fehlenden Werten, die es zu ersetzen gilt, auf Basis der übrigen vorhandenen Informationen im restlichen Datensatz k Fälle gesucht, die dem Fall mit dem zu ersetzenden Wert maximal ähnlich sind. Die verwendeten Informationen sind in der Gesamtmenge aller Prädiktoren der jeweiligen (finalen) Modelle enthalten, deren Ähnlichkeit anhand der Euklidischen Distanz bewertet wird. So wurden in der vorliegenden Analyse $k = 5$ ähnliche Fälle („Nachbarn“) gewählt und die Ausprägung des fehlenden Wertes auf Basis der bekannten Werte der „Nachbarn“ geschätzt.

Die Anwendung des k-NN Algorithmus ist an die Voraussetzungen gebunden, dass (1) die Stichprobe hinreichend groß ist, um möglichst ähnliche Fälle im Sinne von geeigneten „Nachbarn“ zu finden und (2) die Anzahl an fehlenden Werten pro Item einen gewissen Anteil nicht überschreitet. In der vorliegenden Analyse werden nur jene Variablen ersetzt, bei denen maximal 25 % der Werte fehlen; potentielle Prädiktoren mit mehr als 25 % fehlenden Werten werden nicht in die Modelle aufgenommen. Der Datensatz als Ganzes wird zur Anwendung des k-NN Algorithmus als hinreichend groß eingeschätzt.

Vor der Imputation müssen kontinuierliche Variablen zwingend standardisiert und zentriert werden, da dies die Präzision der Schätzung mit dem k-NN Algorithmus

erhöht, indem der Einfluss vormals unterschiedlicher Skalen und deren Spannbreite reduziert wird.

Liegen fehlende Werte in kategorialen Variablen vor, so werden diese in Abhängigkeit von der Qualität der Modelle entweder als eigene Kategorie dummy-codiert in die Modelle aufgenommen oder ausgeschlossen.

Im nächsten Schritt der Datenvorbereitung erfolgt die Dichotomisierung der kategorialen Prädiktoren mit mehr als zwei Ausprägungen in Dummy-Variablen.

Im Anschluss an diese Prozeduren wurde der Gesamtdatensatz per Zufall in einen sogenannten Trainingsdatensatz und einen Testdatensatz aufgeteilt, um die Vorhersagegenauigkeit der einzelnen Modelle durch Kreuzvalidierung an einem von der Parameterschätzung unabhängigen Datensatz überprüfen zu können (vgl. Kap. 4.6.1.3). Der Trainingsdatensatz umfasst 80 % der Fälle, der Testdatensatz 20 %. Die Parameterschätzung erfolgt ausschließlich anhand des Trainingsdatensatzes.

Nach jeder Parameterschätzung werden die Modelle anschließend auf mögliche einflussnehmende Fälle überprüft. In Abhängigkeit von den Befunden dieser Diagnostik werden einzelne Fälle ausgeschlossen und die Schätzung im Anschluss ohne diese einflussnehmenden Fälle wiederholt. So kann gewährleistet werden, dass die Regression über den gesamten Datensatz stabil ist und die Vorhersage somit für jeden Fall Gültigkeit beanspruchen kann. Im Ergebnisbericht wird die Anzahl der Fälle, die aufgrund der Diagnostik ausgeschlossen werden mussten, für jedes einzelne Modell berichtet (vgl. Kap. 5). Folgende Kennwerte wurden zur Bewertung einer möglichen beeinflussten Parameterschätzung herangezogen: *DFFit*¹⁹, *Cook's Distanz*²⁰ und *Leverage-Werte*²¹ (Field & Miles, 2012).

¹⁹ Der Kennwert *DFFit* bewertet die Differenz zwischen dem bereinigten vorhergesagten Wert (adjusted predicted value) und dem tatsächlichen Wert. *DFFit*-Kennwerte größer als $2 * \sqrt{\frac{k+1}{n}}$ mit k Anzahl Prädiktoren werden als Indiz für eine bedeutsame Beeinflussung der Parameterschätzung durch diesen Fall gewertet und vor erneuter Schätzung ausgeschlossen.

²⁰ *Cook's Distanz* bewertet den Einfluss eines Falls auf das Modell als Ganzes. Bezüglich der Grenzwerte gibt es unterschiedliche Konventionen, hier werden Fälle mit Kennwerten größer als $4/n$ als problematisch angesehen und ausgeschlossen.

²¹ *Leverage-Werte* (auch *hat values*) erlauben Aussagen über den Einfluss eines Falls auf das Kriterium über den vorhergesagten Wert. Wenn ein Fall keinen bedeutsamen Einfluss auf die Vorhersage ausübt, dann liegt der *Leverage*-Wert dieses Falls nahe dem durchschnittlichen *Leverage*-Wert der gesamten Stichprobe. Kritische Fälle haben einen doppelt so hohen *Leverage*-Wert im Vergleich zum Stichprobendurchschnitt, was gemeinhin als ein eher konservativer Grenzwert angesehen wird (vereinzelt werden auch Kennwerte in dreifacher Höhe des Stichprobendurchschnitts als akzeptabel angesehen).

Eine weitere Quelle von eventuell einflussnehmenden Bedingungen stellen mögliche Multikollinearitäten zwischen den einzelnen Prädiktoren des Modells dar. In deren Folge kann die Stabilität der Schätzung stark beeinträchtigt und das Bestimmtheitsmaß artifiziell erhöht sein. In der vorliegenden Analyse werden Multikollinearitäten mit dem *Variance inflation factor (VIF)* untersucht. Dieser Kennwert liefert Hinweise darauf, in welchem Ausmaß die Varianz eines Regressionskoeffizienten durch die Korrelation zwischen den Prädiktoren ansteigt. Hinsichtlich akzeptabler Höhen des *VIF* scheint keine einheitliche Konvention vorzuliegen. So werden gemeinhin *VIF* Kennwerte größer als 10 als problematisch angesehen, wobei es auch konservativere Konventionen gibt, die lediglich Werte kleiner als 5 bzw. 4 oder gar 2.5 als akzeptabel ansehen. Zudem ist bekannt, dass auch einige andere Bedingungen außer Multikollinearitäten zu hohen *VIF* Kennwerten führen können (O'Brien, 2007). In den folgenden Regressionsanalysen wurden für alle Prädiktoren der einzelnen Modelle die *VIF* Kennwerte berechnet und erhöhte Werte anschließend im Hinblick auf mögliche Ursachen und Konsequenzen diskutiert.

4.6.1.2. Parameterselektion

Nach diesen vorbereitenden Arbeiten, die zur Sicherstellung der Stabilität und Gültigkeit der Regressionsanalyse unerlässlich sind, schloss sich die eigentliche Parameterschätzung bzw. Modellformulierung an. In Abhängigkeit von dem Skalenniveau der zu schätzenden Kriteriumsvariablen wurden entweder lineare oder logistische Regressionsanalysen angewendet.

Alle Regressionsanalysen wurden inkl. Zellgewichtung durchgeführt (vgl. Kap. 4.4.1). Zur Vermeidung einer Überanpassung der Modelle durch die Aufnahme zusätzlicher Prädiktoren in relativ großer Anzahl - was auch auf die Dummy-Codierung zahlreicher Prädiktoren zurück geführt werden kann - wurde ein schrittweises Vorgehen gewählt, bei dem jeweils drei Prädiktorblöcke geschachtelt in das Modell aufgenommen wurden.

Voraussetzung für ein „gutes Modell“ sind v.a. zwei Eigenschaften: (1) Das Modell soll die empirische Verteilung bzw. Eintretenswahrscheinlichkeit der Kriteriumsvariablen möglichst gut erklären (explorative Validität) und (2) die Ausprägung der Werte bzw. Wahrscheinlichkeiten des Kriteriums möglichst gut vorhersagen (prädikative Validität) können.

Nachfolgend werden das Vorgehen bei den statistischen Analysen sowie die relevanten Kennwerte je nach Art der Regression erläutert.

Bei der *linearen Regression* wird als Bestimmtheitsmaß und zur Bewertung der Passung des Modells der angepasste multiple Regressionskoeffizient *adjusted R^2 (adj. R^2)* verwendet. Es wird auf den angepassten Koeffizienten zurückgegriffen, da viele Prädiktoren auch ohne signifikanten Einfluss auf das Kriterium in das Modell aufgenommen werden. Ein weiterer bedeutsamer Kennwert ist der *Dispersionsparameter (Root Mean Square Error (RMSE))*, der als Fehlerterm die durchschnittliche Differenz zwischen auf Basis des Modells vorhergesagtem und tatsächlichem Kriterium innerhalb des Trainingsdatensatzes beschreibt.

Im Anschluss an die Formulierung des finalen Modells wird untersucht, welchen Vorhersage- bzw. Erklärungsbeitrag die einzelnen Prädiktoren leisten. Standardisierte Regressionskoeffizienten β geben an, in welchem Ausmaß sich das Kriterium verändert, wenn der Prädiktor um eine Einheit erhöht wird. Die einzelnen Regressionsparameter werden im Hinblick auf ihren Beitrag zur Varianzaufklärung des Kriteriums mit dem t-Test auf Signifikanz untersucht.

Wird eine *logistische Regression* durchgeführt und soll die Eintretenswahrscheinlichkeit einer dichotomen Merkmalsausprägung erklärt bzw. vorhergesagt werden, so liefert der Kennwert *Pseudo R^2 nach McFadden* (McFadden, 1974) Hinweise auf die Passung des Modells zu den empirischen Daten. Es ist eine Vielzahl an Pseudo-Bestimmtheitsmaßen verfügbar, die eine Interpretation analog zu dem multiplen Regressionskoeffizienten ermöglichen. Jedoch ist zu beachten, dass sich diese Pseudo-Bestimmtheitsmaße dem Kennwert R^2 lediglich annähern und im Hinblick auf die Spannweite möglicher Werte sowie deren Bewertung nicht hundertprozentig deckungsgleich sind (Tabachnick & Fidell, 2007). Entsprechend werden im Falle von *Pseudo R^2 nach McFadden* bereits Werte im Intervall zwischen .20 - .40 als Indikator für eine gute Passung des Modells angesehen (Domencich & McFadden, 1975; Louviere et al., 2000). Der *Dispersionsparameter (Mean Square Error (MSE))* wird hier zur Bewertung der prognostischen Güte innerhalb des Trainingsdatensatzes angewendet.

Ist die Modellformulierung im Rahmen der logistischen Regression mit hinreichender explorativer Qualität erfolgt, sollen die einzelnen Prädiktoren und deren Einfluss auf die Eintretenswahrscheinlichkeit der Kriteriumsvariablen betrachtet werden. Ein gängiges Maß sind die *Odds Ratios (OR)* eines jeden Prädiktors, die sich aus dem Exponential der *Logits* ($OR = e^{\beta}$) errechnen lassen, so dass eine Aussage darüber möglich ist, wie groß die Veränderung des *Odds* des Kriteriums als Folge einer Prädiktormanipulation um eine Einheit ist.

Es gibt jedoch zunehmend Hinweise, die die Verwendung von *OR* zur Interpretation der Höhe des Einflusses von Prädiktoren in einem logistischen Regressionsmodell in Zweifel ziehen (Best & Wolf, 2012). Logistische Regressionen sollen, analog zu linearen Regressionen, Aussagen ermöglichen, in welchem Ausmaß sich das Kriterium verändert, wenn der Prädiktor um eine Einheit verändert wird. Im Falle von *OR* in logistischen Regressionsmodellen kann jedoch lediglich gesagt werden, wie sich die *Odds* - also die Chance für das Eintreten eines Ereignisses in Relation zur Chance, dass das Ereignis nicht eintritt - verändern, wenn ein Prädiktor um eine Einheit variiert wird. Damit entzieht sich das Verständnis des *OR* in logistischen Modellen einer leicht verständlichen und intuitiven Interpretation. Zudem zitieren Greenland et al. (2016) eine Simulationsstudie, in der nachgewiesen wurde, dass unterschiedliche Auftretenswahrscheinlichkeiten eines Ereignisses zu gleichen *Logits* und damit zur gleichen *OR* führen können. Auch gering besetzte Merkmalskategorien einzelner Prädiktoren – wie dies in der vorliegenden Analyse teilweise der Fall ist – führen dazu, dass keine gültigen bzw. sinnvoll zu interpretierenden *Logits* bzw. *OR* geschätzt werden können.

Aus diesen Gründen werden als Alternative zu *OR* in der vorliegenden Analyse *Durchschnittliche Marginale Effekte* (Average Marginal Effects (*AME*)) herangezogen (Leeper, 2017). Der *AME* eines kategorialen Prädiktors beschreibt die durchschnittliche Veränderung der Eintretenswahrscheinlichkeit des Kriteriums in Prozent im Vergleich zur Referenzkategorie, wenn alle anderen Prädiktoren konstant gehalten werden. Im Falle metrischer Prädiktoren erlauben *AME* die Aussage, um wie viele Prozentpunkte sich die Eintretenswahrscheinlichkeit des Kriteriums verändert, wenn der Prädiktor um eine Einheit verändert wird. Damit sind *AME* mit der aus der linearen Regression bekannten Interpretation der Steigungsparameter vergleichbar.

4.6.1.3. Bewertung der Modelle im Hinblick auf deren explorative und prädikative Validität

Im Rahmen der Modellformulierung werden Prädiktoren im Block schrittweise aufgenommen und anschließend danach bewertet, ob dadurch eine statistisch bedeutsame Verbesserung des Erklärungsbeitrags der Kriteriumsvarianz erzielt werden kann. Um eine Überanpassung der Modelle zu vermeiden, wird der Anstieg von R^2 ($\Delta adj. R^2$), der zwangsläufig mit der Aufnahme zusätzlicher Prädiktoren verbunden ist, im Falle von linearen Regressionen durch Vergleich mit der F-Verteilung auf Signifikanz überprüft.

Bei logistischen Regressionen dient die *log-likelihood* als Kennwert zur Bewertung der Vorhersagegenauigkeit zwischen empirischem und beobachtetem Wert eines Modells (Tabachnick & Fidell, 2007). Zum Vergleich zweier Modelle und zur Beurteilung einer signifikanten Modellverbesserung durch zusätzliche Prädiktoren wird die *Deviance-2LL* der zu vergleichenden Modelle herangezogen und mit dem likelihood-ratio Test (χ^2 -Verteilung) auf Signifikanz überprüft.

Für beide oben dargestellte Prozeduren gilt, dass dann, wenn keine signifikante Zunahme des varianzerklärenden Anteils durch die zusätzlichen Prädiktoren erzielt werden kann, das sparsamere Modell mit der geringeren Prädiktoranzahl gewählt wird.

Wie oben erwähnt, wurde im Rahmen des Preprocessings der Gesamtdatensatz in zwei Partitionen aufgeteilt (vgl. Kap. 4.6.1.1), um im Anschluss an die Parameterschätzung die Vorhersagegenauigkeit des Modells auch an einem von der Modellformulierung unabhängigen Datensatz überprüfen zu können. Die erste Partition besteht aus 80 % der Fälle, an denen die Parameterschätzungen vorgenommen wurden (Trainingsdatensatz); die zweite Partition – der Testdatensatz – setzte sich aus den restlichen 20 % der Fälle zusammen.

Das weitere Vorgehen der Kreuzvalidierung folgt der Logik des „maschinellen Lernens“: Anhand der Fälle des Trainingsdatensatzes soll das Modell die Beziehung zwischen dem Kriterium und den Prädiktoren „lernen“. Dieses Modell wird anschließend verwendet, um die empirischen Kriteriumswerte des Testdatensatzes, die nicht für die Modellformulierung verwendet wurden, vorherzusagen. Der Vergleich zwischen dem vorhergesagten und dem unabhängigen tatsächlichen Wert gibt

anschließend Aufschluss über die Güte des Modells im Hinblick auf dessen Vorhersagegenauigkeit und Stabilität.

Zu diesem Zweck wird im Falle von kontinuierlichen Kriteriumsvariablen auf den Pearson's Korrelationskoeffizienten r zurückgegriffen, der zwischen dem vorhergesagten und dem empirischen Wert des Testdatensatzes berechnet wird. Nach Cohen (1992) sind Korrelationen von $r = .10$ als gering, Werte von $r = .30$ als mittel und Korrelationen von $r = .50$ als hoch zu bewerten; ergänzend werden sie auf Signifikanz geprüft. Der *Root Mean Squared Error (RMSE)* gibt darüber hinaus Auskunft über die Höhe des Standardfehlers der Schätzung und kann ebenfalls als Indikator für die Prognosequalität dienen. Ein Streudiagramm aus vorhergesagten und empirischen Werten erlaubt zusätzlich eine visuelle Bewertung der Übereinstimmung und damit der Prognosegenauigkeit.

Handelt es sich bei dem Kriterium um eine dichotome Variable und wurde eine logistische Regression durchgeführt, so werden die vorhergesagten und tatsächlichen Werte des Testdatensatzes mit Hilfe einer 2 x 2 -Kreuztabelle verglichen. In dieser Kreuztabelle dient die Summe der Diagonalwerte in Relation zur Gesamtzahl an vorgenommenen n Prognosen im Testdatensatz der Bewertung der Beurteilungsgenauigkeit (*Correct Classification Rate, CCR*). Ergänzend wird der *Mean Squared Error (MSE)* berichtet, da gerade im Fall von ungleich großen Klassen der Prozentsatz richtiger Prognosen (*CCR*) zu Verzerrungen führen kann. Denn die Wahrscheinlichkeit, die Zugehörigkeit einer Klasse per Zufall zu wählen, liegt nicht bei 50:50. Zudem berücksichtigt die *CCR* einseitig die Sensitivität. Die Spezifität fließt jedoch in deutlich geringerem Ausmaß in den Kennwert ein. Aus diesem Grund wird auch eine visuelle Bewertung der Prognosegenauigkeit anhand von ROC-Kurven vorgenommen, auf denen das Verhältnis aus Spezifität und Sensitivität der erfolgten Vorhersage abgetragen ist. Im Kontext von ROC-Kurven kann ergänzend der *AUC*-Kennwert betrachtet werden, der ebenfalls bei den folgenden Analysen zur Bewertung der Vorhersagequalität herangezogen wird (Robin et al., 2011).

5. Ergebnisse

5.1. Merkmale und Angebote von Geburtskliniken in Deutschland

Geographische und strukturelle Merkmale der Kliniken, deren Mitarbeitende an der Erhebung teilnahmen, sind in Tabelle 4 dargestellt. Ergänzend zu der vorangegangenen Darstellung (vgl. Kap. 4.4.1) werden hier zellgewichtete Verteilungen in der Stichprobe aus $N = 383$ Kliniken der Haupterhebung berichtet.

Tabelle 4: Strukturelle und geographische Merkmale der teilnehmenden Kliniken ($N = 383$; inkl. Zellgewichtung).

Strukturelle und geographische Merkmale der Kliniken		An der Hauptbefragung teilnehmende Kliniken; MW und SD bzw. absolute (prozentuale) Häufigkeit
Anzahl Planbetten		MW=441 SD=297
Anzahl Geburten in 2015		MW=1084 SD=697
Kaufkraftindex je Haushalt		MW=96.0 SD=17.1
Siedlungstyp	Kreisfreie Großstadt	113 (29.6%)
	Städtische Kreise	135 (35.3%)
	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	75 (19.7%)
	Dünn besiedelte ländliche Kreise	59 (15.5%)
Regionen	Bad.-Württemberg	55 (14.0%)
	Bayern	55 (14.0%)
	NRW	85 (21.7%)
	Region Mitte	53 (13.6%)
	Region Nord	59 (15.1%)
	Region Nordost	31 (8.1%)
	Region Ost	53 (13.4%)
Trägerschaft	Öffentlich-rechtlich	178 (46.7%)
	Freigemeinnützig	153 (40.1%)
	Privat	51 (13.2%)

Ergänzend zu diesen Sekundärdaten wurden im ersten Teil des Fragebogens die Angebote der Kliniken für Eltern rund um die Geburt sowie weitere strukturelle Merkmale der Kliniken erfragt.

Es zeigte sich, dass in Geburtskliniken mit mehr als 300 Geburten pro Jahr eine Vielzahl an unterschiedlichen, primär nicht somatisch orientierten Angeboten vorhanden ist. Am häufigsten werden Geburtsvorbereitungskurse und Leistungen aus den Bereichen Akupunktur / Aromatherapie / Hypnose / Homöopathie sowie allgemeine Informationsveranstaltungen genannt (vgl. Tabelle 5).

Des Weiteren gaben über die Hälfte (51.8 %; $n = 198$) der befragten Mitarbeitenden an, dass das Krankenhaus, in dem sie tätig sind, neben der Geburts- auch über eine Kinderklinik verfügt, mit der die stationäre Geburtshilfe bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien fast immer (96.0 %; $n = 190$) kooperiert. Nur 71 Kliniken (18.5 %) seien hingegen lt. Angabe der Befragten als „Babyfreundliches Krankenhaus“²² gemäß Vorgaben der WHO und UNICEF zertifiziert.

Tabelle 5: Angebote der Geburtskliniken für Familien rund um die Geburt ($N = 383$, inkl. Zellgewichtung, Mehrfachantworten möglich).

Angebote der Klinik	Antworten		Prozent der Fälle
	Häufigkeit	Prozent	
Geburtsvorbereitungskurse	347	10.6%	90.9%
Schwangeren-Yoga / -gymnastik	221	6.77%	57.9%
Still-Ambulanz / Still-Café / Stillgruppe etc.	276	8.44%	72.2%
Schrei-Ambulanz / Beratung bei Regulationsstörungen	56	1.71%	14.6%
Diät-/ Ernährungsberatung für Mütter	185	5.68%	48.6%
Babypflegekurse / Babymassage	271	8.31%	71.1%
Infoveranstaltungen	340	10.4%	89.1%
Rückbildungsgymnastik	319	9.78%	83.7%
Schwangerenambulanz / Schwangerentelefon	302	9.24%	79.1%
Hebammensprechstunde	284	8.70%	74.4%

²² Die 1991 gestartete und in 152 Ländern eingeführte Initiative hat die Verbesserung von Strukturen und der Versorgungsqualität in der stationären Geburtshilfe zum Ziel, wobei v.a. die Förderung von Bindungsaspekten zwischen Mutter und Kind im Vordergrund steht (WHO).

Angebote der Klinik	Antworten		Prozent der Fälle
	Häufigkeit	Prozent	
Dolmetscherdienst / Berücksichtigung v. Fremdsprachigkeit	259	7.92%	67.7%
Akupunktur / Aromatherapie / Hypnose / Homöopathie	343	10.5%	89.9%
Sonstige Angebote der Geburtsklinik	62	1.89%	16.2%
Gesamt	3266	100%	855%

Auch personelle Ressourcen der Geburtsstationen wurden in dem Fragebogen erfasst. Zum Stichtag 31.12.2016 sollten die befragten Mitarbeitenden die Vollzeitäquivalente der einzelnen Dienste und Berufsgruppen angeben. Da die Geburtskliniken im Hinblick auf Betten- und Geburtenanzahl stark variieren, sind sowohl die auf den Stationen verfügbaren absoluten personellen Ressourcen zwischen den Krankenhäusern, aber auch zwischen den Berufsgruppen und Diensten sehr heterogen und wenig aussagekräftig (vgl. Tabelle 6). Aus diesem Grund wurde die Anzahl an Vollzeitäquivalenten pro Berufsgruppe und Dienst in Relation zu der Geburtenanzahl im Jahre 2016 ($MW = 1173$, $SD = 768$, $Min = 292$, $Max = 5340$) gesetzt, die ebenfalls im Fragebogen erhoben wurde (vgl. Tabelle 6). Im Ergebnis zeigt sich zweierlei: (1) Die Varianz der jährlichen Geburtenanzahl pro Vollzeitäquivalent zwischen den einzelnen Kliniken ist sehr groß – diese Auffälligkeit betrifft primär den ärztlichen und pflegerischen Dienst, die jede Geburtsstation bereitstellen muss; (2) die Anzahl an Personen, die keine Angabe gemacht haben, ist ebenfalls sehr hoch.

Diese beiden Befunde lassen Zweifel an der Datenqualität und der Validität der Angaben aufkommen. So könnte es sein, dass Mitarbeitende des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, die primär den Fragebogen beantworteten (vgl. Kap. 4.5), nur begrenzt über die erfragten Informationen verfügten. Um beide Fragen, die zur Berechnung der Quote herangezogen wurden (Anzahl Geburten und Vollzeitäquivalente), ansatzweise zuverlässig beantworten zu können, bedarf es jedoch Kenntnisse auf operativ-strategischer Ebene der Stationen und des Krankenhauses, über die Mitarbeitende des pflegerischen und ärztlichen Dienstes oft nur begrenzt verfügen dürften.

Aufgrund dieser Befunde werden personelle Ressourcen der Geburtskliniken in der weiteren Analyse nicht als Prädiktoren berücksichtigt.

Tabelle 6: Personelle Ressourcen der teilnehmenden Geburtskliniken nach Angabe der befragten Mitarbeitenden ($N = 383$, inkl. Zellgewichtung).

Berufsgruppe	Berufsgruppe vorhanden?		Anzahl Vollzeitäquivalente am Stichtag 31.12.2016				Personalquote ⁺			
	Gültiges N	Häufigkeit (gültige %)	Gültiges N	MW (SD)	Min	Max	Gültiges N	MW (SD)	Min	Max
Fest angestellte Ärztinnen und Ärzte	375	364 (97.0%)	304	10.2 (5.17)	0.5	35.0	292	126 (115)	36.4	1262
Examiniertes (Kinder-) Krankenpflegepersonal	369	363 (98.2%)	267	12.3 (8.03)	1.00	48.0	259	114 (131)	24.3	1820
Fest angestellte Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger mit Zusatzqualifikation (FGKiKP)	296	140 (47.3%)	102	4.82 (4.94)	0.00	25.0	97	571 (652)	41.0	2777
Fest angestellte Hebammen	365	293 (80.3%)	220	12.3 (7.60)	1.00	45.0	214	148 (275)	41.3	2674
Fest angestellte Hebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	290	121 (41.7%)	103	1.67 (1.43)	0.00	9.00	98	1057 (991)	49.1	6248
Stillberaterinnen	377	325 (86.3%)	255	2.03 (1.31)	0.00	7.75	244	776 (665)	59.0	5288
Sonderpädagogen/-innen. Sozialarbeiter/-innen in der Geburtshilfe (NICHT im Sozialdienst)	346	51 (14.7%)	40	1.06 (0.56)	0.00	2.25	36	2540 (3397)	319	19200

⁺ Vollzeitäquivalente in Relation zur Anzahl der Geburten in 2016

5.2. *Psychosozial belastete Familien in der stationären Geburtshilfe*

Vorangegangene Analysen haben einen ersten Überblick über strukturelle Bedingungen, geographische Merkmale sowie Angebote und Ausstattung der stationären Geburtshilfe in Deutschland geboten.

Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen intersektoral vom Gesundheitswesen in die Frühen Hilfen bzw. die Kinder- und Jugendhilfe überzuleiten, könnte eine Leistung der stationären Geburtshilfe sein. Damit Geburtskliniken als effektiver und effizienter Akteur zwischen dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe bzw. den Frühen Hilfen agieren können, setzt dies jedoch zweierlei voraus: (1) Psychosoziale Belastungen von Familien können im Setting der stationären Geburtshilfe festgestellt werden und (2) Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen werden in einer hinreichend großen Anzahl gesehen, die die Implementierung von speziellen Versorgungsstrukturen rechtfertigt.

Aus diesem Grund wird in einem ersten Schritt deskriptiv analysiert, welche Risikofaktoren und Belastungen in der stationären Geburtshilfe überhaupt erkannt werden können und – wenn ja – in welchem Umfang (vgl. Kap. 5.2.1).

In einem zweiten Schritt soll festgestellt werden, ob der berichtete Anteil an Familien, die scheinbar in Armut leben, mit bestimmten strukturellen und geographischen Merkmalen sowie mit der relativen Häufigkeit anderer berichteter Belastungen im Zusammenhang steht (vgl. Kap. 5.2.2).

Abschließend wird untersucht, aus welchen Gründen die Versorgung von Familien in belastenden Lebenslagen in Geburtskliniken als Herausforderung bewertet wird und ob diese Bewertung mit anderen Merkmalen der Kliniken sowie der relativen Fallzahlen korreliert (vgl. Kap. 5.2.3).

5.2.1. Relative Fallzahlen von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe

Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der erfragten distalen und proximalen familiären Belastungen von den Mitarbeitenden in der Geburtshilfe erkannt werden können (vgl. Tabelle 7). Hohe Häufigkeiten der Angabe „Belastung ist in der stationären Geburtshilfe

nicht zu beobachten oder festzustellen“ sind für „Gewalt und Konflikte in der Partnerschaft“ sowie „Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung / Behinderung des Kindes“ zu berichten.

Tabelle 7: Distale und proximale Belastungsfaktoren von Familien, die in der stationären Geburtshilfe festgestellt werden können (N = 383, inkl. Zellgewichtung).

Belastung	Belastung ist festzustellen		Belastung ist in der stat. Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen		Keine Angabe gemacht	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
Distale Belastungen von Familien						
Junges Alter von Mutter und / oder Vater bei Geburt des Kindes	360	93.9%	7.43	1.94%	14.7	3.85%
Anzeichen für Armut	333	86.9%	33.8	8.82%	15.3	4.01%
Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse	366	95.5%	2.99	0.78%	13.3	3.48%
Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine	329	85.8%	35.7	9.32%	17.5	4.56%
Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter	364	95.0%	5.82	1.52%	12.1	3.17%
Proximale Belastungen von Familien						
Anzeichen für psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater	352	91.8%	18.2	4.75%	12.2	3.19%
Hinweise auf körperl. oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und / oder Vater	335	87.5%	33.0	8.61%	13.7	3.58%
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und / oder Vater	332	86.7%	35.7	9.31%	14.0	3.65%
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft	292	76.3%	72.2	18.9%	17.3	4.52%
Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung	309	80.7%	50.3	13.1%	22.4	5.84%
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung / Behinderung des Kindes	280	73.1%	77.7	20.3%	24	6.27%
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind	308	80.5%	54.0	14.1%	19.6	5.13%

Bezogen auf 100 Familien sind die meisten familiären Belastungen nach Angaben der Mitarbeitenden in der stationären Geburtshilfe Verständigungsschwierigkeiten, Armutslagen sowie ein Flüchtlings- und Asylstatus der Mutter (vgl. Tabelle 8). Bei

lediglich knapp 2 von 100 Familien können nach Angaben der Mitarbeitenden der Kliniken Anzeichen für Kindeswohlgefährdung vorliegen.

Insgesamt werden relativ mehr Familien mit distalen als mit proximalen Belastungsfaktoren von den Mitarbeitenden in der Geburtshilfe angegeben.

Auffallend ist auch die zum Teil große Spannweite der geschätzten relativen Häufigkeiten zwischen den teilnehmenden Kliniken.

Tabelle 8: Wahrgenommene Häufigkeit von Familien mit einzelnen Belastungen je 100 Familien in der Geburtshilfe ($N = 383$, inkl. Zellgewichtung).

Belastung	Gültige N	MW	SD	Min	Max
Distale Belastungen von Familien					
Junges Alter von Mutter und / oder Vater bei Geburt des Kindes	360	7.63	7.33	0	65
Anzeichen für Armut	334	12.3	10.9	0.5	65
Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse	366	17.2	13.1	0.5	70
Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine	329	6.91	6.85	0	45
Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter	363	11.6	9.87	1	80
Proximale Belastungen von Familien					
Anzeichen für psychische Erkrankung bei Mutter und / oder Vater	353	7.85	7.86	0.1	45
Hinweise auf körperl. oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und / oder Vater	337	4.51	6.01	0	40
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und / oder Vater	335	6.45	8.81	0	60
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft	296	4.79	5.62	0	30
Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung	313	1.98	2.06	0	15
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung / Behinderung des Kindes	284	6.66	9.48	0	100
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind	312	3.14	3.94	0	30

Auf die Frage nach dem wahrgenommenen Anteil an Familien, bei denen Belastungen die weitere Entwicklung des Kindes im bedeutsamen Umfang beeinträchtigten könnten, wurden mit Mittel 8.92 ($SD = 9.54$, $range = 0 - 60$, inkl. Zellgewichtung) Familien von 100 angegeben.

5.2.2. Zusammenhang zwischen Armut, strukturellen und geographischen Klinikmerkmalen sowie anderen Belastungen

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen der berichteten relativen Häufigkeit von Familien in Armutslagen und strukturellen geographischen Merkmalen sowie dem berichteten Anteil an Familien mit anderen Belastungen wurde eine lineare multiple Regression inkl. Zellgewichtung an dem Trainingsdatensatz mit anschließender Kreuzvalidierung an dem Testdatensatz durchgeführt (vgl. Kap. 4.6.1).

Im Rahmen des schrittweisen Vorgehens bei der Formulierung des finalen Modells wurden die Parameter von drei Modellen geschätzt:

- (1) Das Kriterium „wahrgenommener Anteil an Familien in Armutslagen“ wird durch geographische und strukturelle Merkmale erklärt.
- (2) Das Kriterium „wahrgenommener Anteil an Familien in Armutslagen“ wird durch geographische und strukturelle Merkmale sowie die berichtete Anzahl der einzelnen distalen Belastungsfaktoren je 100 Familien erklärt.
- (3) Das Kriterium „wahrgenommener Anteil an Familien in Armutslagen“ wird durch geographische und strukturelle Merkmale sowie die berichtete Anzahl der einzelnen distalen und proximalen Belastungsfaktoren je 100 Familien erklärt.

5.2.2.1. Befunde des Preprocessing

Zur Vorbereitung auf die lineare, schrittweise Regression inkl. Kreuzvalidierung werden die Daten im Rahmen eines Preprocessings vorbereitet (vgl. Kap. 4.6.1).

Outlier, die einen bedeutsamen Einfluss auf die Parameterschätzung nehmen könnten, wurden lediglich für die relative Anzahl distaler und proximaler Belastungen festgestellt. Tabelle 9 fasst die Identifikation und Ersetzung sowie die Veränderung der Lageparameter nach Ersetzung dieser Outlier zusammen.

Anschließend wurden fehlende Werte mit dem k-NN Algorithmus imputiert. Diese Prozedur wurde jedoch nur für jene Variablen durchgeführt, bei denen weniger als 25 % ($n = 96$) der Werte fehlen. Entsprechend wurde der Belastungsfaktor „Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung / Behinderung des Kindes“ ausgeschlossen. Als fehlende Werte wurden sowohl die Angabe „Belastung ist in der stationären Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen“ als auch keine gemachte Angabe gewertet.

Tabelle 9: Ersetzung von Outlier in den Prädiktoren des Modells ($N = 383$, inkl. Zellgewichtung).

Variable	Fehlende Werte	Vor Outlierersetzung		Nach Outlierersetzung		Anzahl Ersetzungen
		MW (SD)	range	MW (SD)	range	
Distale Belastungen von Familien						
Junges Alter von Mutter und / oder Vater bei Geburt des Kindes	23	7.63 (7.33)	0 - 65	7.18 (5.47)	0 - 20.5	14
Anzeichen für Armut	49	12.3 (10.9)	0.5 - 65	12.1 (10.2)	0.5 - 42.5	5
Verständigungs-schwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse	17	17.2 (13.1)	0.5 - 70	16.0 (10.1)	0.5 - 35	32
Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine	54	6.91 (6.85)	0 - 45	6.57 (5.68)	0 - 22	10
Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter	20	11.6 (9.87)	1 - 80	11.2 (8.44)	1 - 30	16
Proximale Belastungen von Familien						
Anzeichen für psychische Erkrankung bei Mutter und / oder Vater	30	7.85 (7.86)	0.1 - 45	7.27 (6.13)	0.1 - 22	22
Hinweise auf körperl. oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und / oder Vater	46	4.51 (6.01)	0 - 40	3.62 (3.26)	0 - 11	30
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und / oder Vater	48	6.45 (8.81)	0 - 60	5.42 (5.55)	0 - 17.9	36
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft	87	4.79 (5.62)	0 - 30	4.05 (3.48)	0 - 11	24
Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung	70	1.98 (2.06)	0 - 15	1.60 (1.10)	0 - 3.5	50

Variable	Fehlende Werte	Vor Outlierersetzung		Nach Outlierersetzung		Anzahl Ersetzungen
		MW (SD)	range	MW (SD)	range	
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung / Behinderung des Kindes	99	6.66 (9.48)	0 - 100	6.02 (6.34)	0 - 23.5	15
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind	71	3.14 (3.94)	0 - 30	2.76 (2.61)	0 - 9.13	32

Der Dummy-Codierung von kategorialen Daten schloss sich die Aufteilung des Gesamtdatensatzes ($N = 383$) in einen Trainingsdatensatz mit 80 % ($n = 307$) und einen Testdatensatz mit 20 % der Fälle ($n = 76$) an.

Alle drei Modelle wurden nach jedem Durchgang der Parameterschätzung auf mögliche einflussnehmende Fälle untersucht. Tabelle 10 fasst die Zahl der ausgeschlossenen Fälle zusammen, da von diesen ein negativer Einfluss auf die Stabilität der Parameterschätzung angenommen werden kann.

Tabelle 10: Fallausschlüsse der drei Modelle aufgrund der diagnostischen Befunde möglicher einflussnehmender Fälle.

	Anzahl Fallausschlüsse
Modell 1	18
Modell 2	24
Modell 3	28

Auch Multikollinearität zwischen den Prädiktoren konnte in keinem der drei Modelle festgestellt werden: Kein VIF über alle Modelle überschreitet den Grenzwert von 10 bzw. 4. Ein maximaler VIF von 3.48 kann für die Dummy-Variable „Anzahl Geburten: mehr als 1300 Geburten“ des dritten Modells berichtet werden. Insgesamt sind die höchsten Kennwerte mit $VIF > 2.5$ überwiegend für die dummy-kodierten Variablen festzustellen. Es handelt sich also um Variablen mit ehemals disjunkten Kategorien, so dass moderate Korrelationen zwischen den einzelnen Dummy-Variablen nicht überraschen. Vor diesem Hintergrund werden die leicht erhöhten VIF -Werte nicht als Hinweis für schwerwiegende Multikollinearitäten zwischen den Prädiktoren der

jeweiligen Modelle gesehen, sondern als logische Folge der notwendigen Dichotomisierung kategorialer Variablen. Ein Ausschluss von Prädiktoren aus dem Modell ist nicht indiziert.

5.2.2.2. Parameterselektion

Im Rahmen der schrittweisen linearen Regression zeigte sich, dass die Modellgüte (*adj. R²*) durch die Aufnahme von distalen und proximalen Belastungsfaktoren sehr stark erhöht werden kann. Die Prädiktoren des dritten Modells, die einen signifikanten varianzaufklärenden Beitrag leisten, können den wahrgenommenen Anteil an Familien in Armutslagen zu 63 % erklären (vgl. Tabelle 11).

Im finalen Modell 3 stellten sich auf Ebene der Prädiktoren die folgenden Zusammenhänge als bedeutsam heraus: Der Anteil der Familien in Armutslagen ist höher, wenn die Geburtsklinik nicht in Baden-Württemberg, sondern in NRW oder in der Mitte von Deutschland liegt. Auch im ländlichen und im dünn besiedelten Raum wird im Vergleich zu großstädtischen Siedlungstypen ein höherer Anteil von Mitarbeitenden in der Geburtsklinik angegeben. Des Weiteren werden in Häusern mit mehr Geburten auch häufiger Familien in scheinbaren Armutslagen gesehen.

Bedeutsame und starke Zusammenhänge zwischen dem berichteten Anteil an Familien in Armutslagen können des Weiteren zu der relativen Häufigkeit an Familien mit distalen und proximalen Belastungen festgestellt werden: Je höher der berichtete Anteil an Familien in Armutslagen ist, desto höhere relative Fallzahlen werden für junge Eltern, Familien mit Verständigungsschwierigkeiten, Eltern mit Anzeichen für psychische Erkrankungen und Substanzmissbrauch, körperliche und/oder geistige Beeinträchtigung von Mutter und/oder Vater sowie Familien mit häuslicher Gewalt und Paarkonflikten von den Mitarbeitenden angegeben.

Die berichtete relative Häufigkeit von Familien mit Anzeichen von Kindeswohlgefährdung, mangelnder Zuwendung, alleinerziehendem Elternteil und einem Flüchtlings- und Asylstatus der Mutter hängt hingegen nicht mit dem angegebenen Anteil von Familien in Armutslagen zusammen.

Tabelle 11: Lineare, schrittweise multiple Regression zur Erklärung des wahrgenommenen Anteils an Familien in Armutslagen an den Daten des Trainingsdatensatzes ($n = 307$, inkl. Zellgewichtung).

Modell			N	adj. R ²	β	SE (β)	t	p	RMSE
Modell 1			289	.12					.17
	Intercept				.28	.054	5.21	<.001	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern			-.055	.035	-1.58	.12	
		NRW			.13	.040	3.31	.001	
		Mitte			.086	.042	2.08	.039	
		Nord			-.023	.037	-0.64	.52	
		Nordost			.055	.055	1.00	.32	
		Ost			-.037	.045	-0.82	.41	
	Siedlungstyp (Referenz: größtstädtisch)	städtisch			.002	.032	0.073	.94	
		ländlich			.027	.036	0.73	.47	
		dünn besiedelt			.033	.038	0.89	.38	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	freige- mein- nützig			-.017	.025	-0.67	.51	
		privat			-.010	.036	-0.29	.77	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599			-.013	.025	-0.53	.60	
		> 600			-.025	.041	-0.61	.54	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769			.035	.031	1.11	.27	
		770 bis 1299			.025	.035	0.72	.47	
		> 1300			.073	.038	1.89	.060	
	Kaufkraft pro Haushalt				-.29	.078	-3.70	<.001	
Modell 2			283	.53					.14
	Intercept				-.057	.042	-1.36	.18	
	Regionen (Referenz	Bayern			.001	.027	0.052	.96	
		NRW			.086	.032	2.68	.008	

Modell			N	adj. R ²	β	SE (β)	t	p	RMSE
	BaWü)	Mitte			.086	.029	2.90	.004	
		Nord			-.011	.024	-0.47	.64	
		Nordost			.061	.036	1.73	.085	
		Ost			-.025	.031	-0.81	.42	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch			.034	.023	1.49	.14	
		ländlich			.085	.025	3.35	.001	
		dünn besiedelt			.029	.027	1.07	.29	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	freige- mein- nützig			.002	.021	0.11	.92	
		privat			-.007	.025	-0.29	.77	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599			-.015	.019	-0.79	.43	
		> 600			-.036	.030	-1.22	.22	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769			.026	.025	1.05	.30	
		770 bis 1299			.038	.028	1.36	.17	
		> 1300			.095	.032	2.96	.003	
	Kaufkraft pro Haushalt				-.088	.053	-1.67	.097	
	Junges Alter von Mutter und / oder Vater bei Geburt des Kindes				.28	.043	6.47	<.001	
	Verständigungsschwierigk eiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse				.17	.048	3.56	<.001	
	Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine				.16	.048	3.36	.001	
	Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter				.061	.046	1.31	.19	
Modell 3			279	.63					.10
	Intercept				-.14	.043	-3.21	.002	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern			-.002	.024	-0.073	.94	
		NRW			.057	.027	2.15	.032	
		Mitte			.066	.025	2.66	.008	
		Nord			-.012	.024	-0.51	.61	

Modell			N	adj. R ²	β	SE (β)	t	p	RMSE
		Nordost			.042	.029	1.44	.15	
		Ost			-.027	.029	-0.93	.35	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch			.033	.021	1.56	.12	
		ländlich			.096	.023	4.08	<.001	
		dünn besiedelt			.076	.026	2.91	.004	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	Frei- gemein- nützig			.019	.019	1.05	.30	
		privat			.006	.022	0.27	.79	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599			-.020	.018	-1.13	.26	
		> 600			-.022	.028	-0.80	.43	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769			.037	.023	1.60	.11	
		770 bis 1299			.054	.026	2.07	.040	
		> 1300			.091	.029	3.16	.002	
	Kaufkraft pro Haushalt				-.036	.051	-0.71	.48	
	Junges Alter von Mutter und / oder Vater bei Geburt des Kindes				.16	.037	4.39	<.001	
	Verständigungs- schwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse				.16	.042	3.87	<.001	
	Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine				-.032	.046	-0.68	.50	
	Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter				.017	.040	0.42	.67	
	Anzeichen für psychische Erkrankung bei Mutter und / oder Vater				.087	.032	2.72	.007	
	Hinweise auf körperl. oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und / oder Vater				.099	.039	2.52	.012	

Modell	N	adj. R^2	β	SE (β)	t	p	RMSE
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und / oder Vater			.067	.030	2.20	.029	
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft			.20	.041	4.95	<.001	
Anzeichen für Kindeswohlgefährdung			.009	.037	0.23	.82	
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind			.033	.039	0.83	.41	

5.2.2.3. Bewertung der Modelle: Explorative und prädikative Validität

In einem ersten Schritt wird die Zunahme $\Delta adj. R^2$ als Differenz zwischen zwei R^2 Kennwerten auf Signifikanz geprüft.

Wie Tabelle 12 zu entnehmen ist, kann die Passung des Modells mit der Aufnahme der zusätzlichen Prädiktoren schrittweise gesteigert werden. Eine Überanpassung des Modells und ein dadurch bedingtes hohes Bestimmtheitsmaß $adj. R^2$ kann somit ausgeschlossen werden.

Tabelle 12: Vergleich der drei Modelle hinsichtlich deren explorativer Validität.

Modell	N	adj. R^2	$\Delta adj. R^2$	F ($df_{\Delta predictors}, df$)	p
Modell 1	289	.12			
Modell 2	283	.53	.41	68.22 (4,261)	<.001
Modell 3	279	.63	.10	16.99 (6,251)	<.001

In einem nächsten Schritt wird nun die prognostische Qualität aller drei Modelle jeweils an dem unabhängigen Testdatensatz ($n = 76$) abgesichert.

Es zeigt sich, dass mit der schritt- und blockweisen Aufnahme der zusätzlichen Prädiktoren eine deutliche Verbesserung der Übereinstimmung zwischen vorhergesagten und tatsächlichen Werten erreicht werden kann (vgl. Tabelle 13): Der Korrelationskoeffizient als Indikator für die Höhe des Zusammenhangs nimmt zu und der RMSE der Vorhersage ab. Zwischen dem zweiten und dritten Modell kann kein Zugewinn im Hinblick auf die Vorhersagegenauigkeit erzielt werden. Abbildung 3,

Abbildung 4 und Abbildung 5 stellen den Zusammenhang sowie die Vorhersagefehler zwischen tatsächlich beobachteten Werten im Testdatensatz und den Werten, die aufgrund der Regressionen vorhergesagt wurden, in einem Streudiagramm dar. Die gute Vorhersagequalität des zweiten und dritten Modells wird bestätigt.

Tabelle 13: Korrelation zwischen vorhergesagten und beobachteten Werten sowie Angabe des Vorhersagefehlers zur Überprüfung der prädikativen Validität am Testdatensatz. ($n = 76$; inkl. Kreuzvalidierung).

Modell	r^+	RMSE ⁺⁺
Modell 1	.16	.23
Modell 2	.68***	.17
Modell 3	.67***	.17

⁺ Pearson's Korrelationskoeffizient; ⁺⁺ Root Mean Square Error; *** $p < .001$

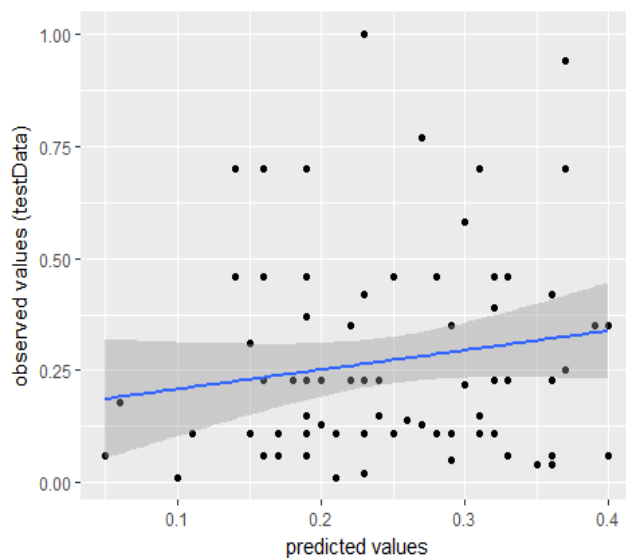


Abbildung 3: Streudiagramm mit vorhergesagten und tatsächlichen Werten des Testdatensatzes für das Modell 1 ($n = 76$).

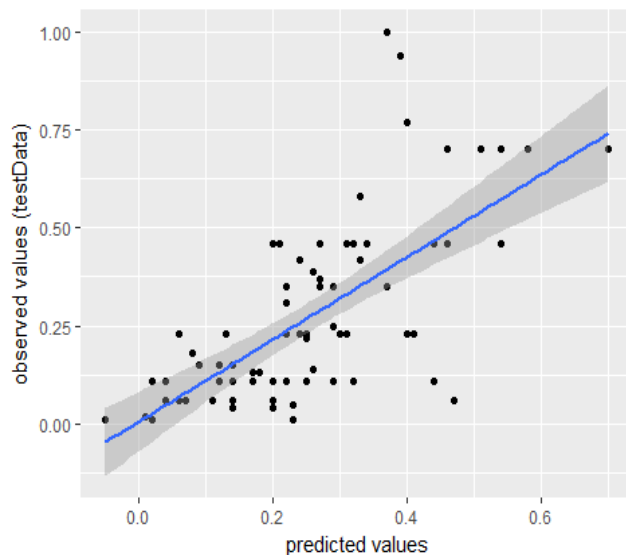


Abbildung 4: Streudiagramm mit vorhergesagten und tatsächlichen Werten des Testdatensatzes für das Modell 2 ($n = 76$).

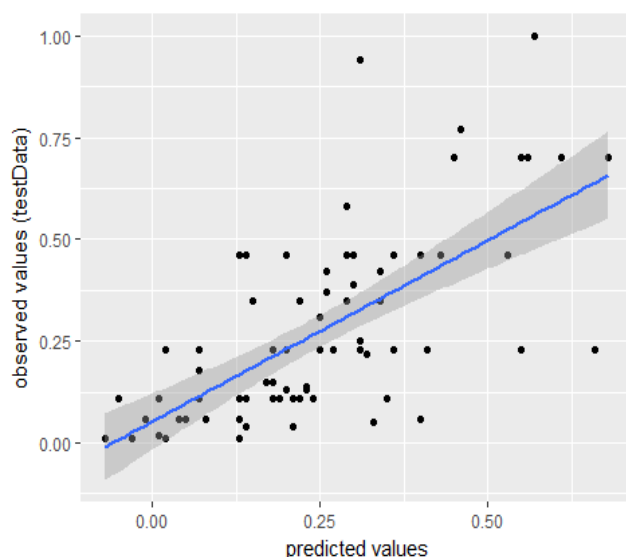


Abbildung 5: Streudiagramm mit vorhergesagten und tatsächlichen Werten des Testdatensatzes für das Modell 3 ($n = 76$).

Die obenstehende Betrachtung der explorativen und prädikativen Validität des finalen Modells zeigt, dass die Parameterschätzung zu einem Modell mit hoher Vorhersagegüte und hohem Erklärungsbeitrag geführt hat. Der Zusammenhang zwischen dem berichteten Anteil an Familien in Armutslagen und den genannten anderen Merkmalen kann als gesichert und zuverlässig angesehen werden.

5.2.3. Herausforderungen für die stationäre Geburtshilfe bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien

Familien mit psychosozialen Belastungen werden in nicht unerheblichem Umfang in der stationären Geburtshilfe gesehen (vgl. Kap. 5.2.1) und die wahrgenommene relative Häufigkeit von Familien in Armutslagen ist mit geographischen und strukturellen Merkmalen, aber auch mit einem deutlich erhöhten wahrgenommenen Anteil von Familien mit anderen Belastungs- und Risikofaktoren assoziiert (vgl. Kap. 5.2.2).

Nachfolgend soll untersucht werden, ob sich die in anderen Studien berichteten Befunde, nach denen Zeitmangel die medizinische Versorgung von psychosozial belasteten Familien erschwert, bestätigen lassen (vgl. Kap. 3.3.3 und Kap. 5.2.3.1). Des Weiteren wird eine mögliche Variation der Ursachenzuschreibung für die als herausfordernd erlebte Versorgung in Abhängigkeit von anderen Merkmalen analysiert (vgl. Kap. 5.2.3.2).

5.2.3.1. Psychosoziale Belastungen als Herausforderungen für die stationäre Geburtshilfe

Zu Beginn werden auf deskriptiver Ebene Gründe für die erlebte Herausforderung bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien dargestellt.

Zu diesem Zweck wurden die einzelnen Items recodiert (vgl. Kap. 4.3.2).

Es zeigte sich, dass die meisten befragten Personen der Aussage zustimmten, dass die Versorgung von psychosozial belasteten Familien auf Grund von Zeitmangel und mangelnder Vergütung eine Herausforderung darstellt (vgl. Abbildung 6).

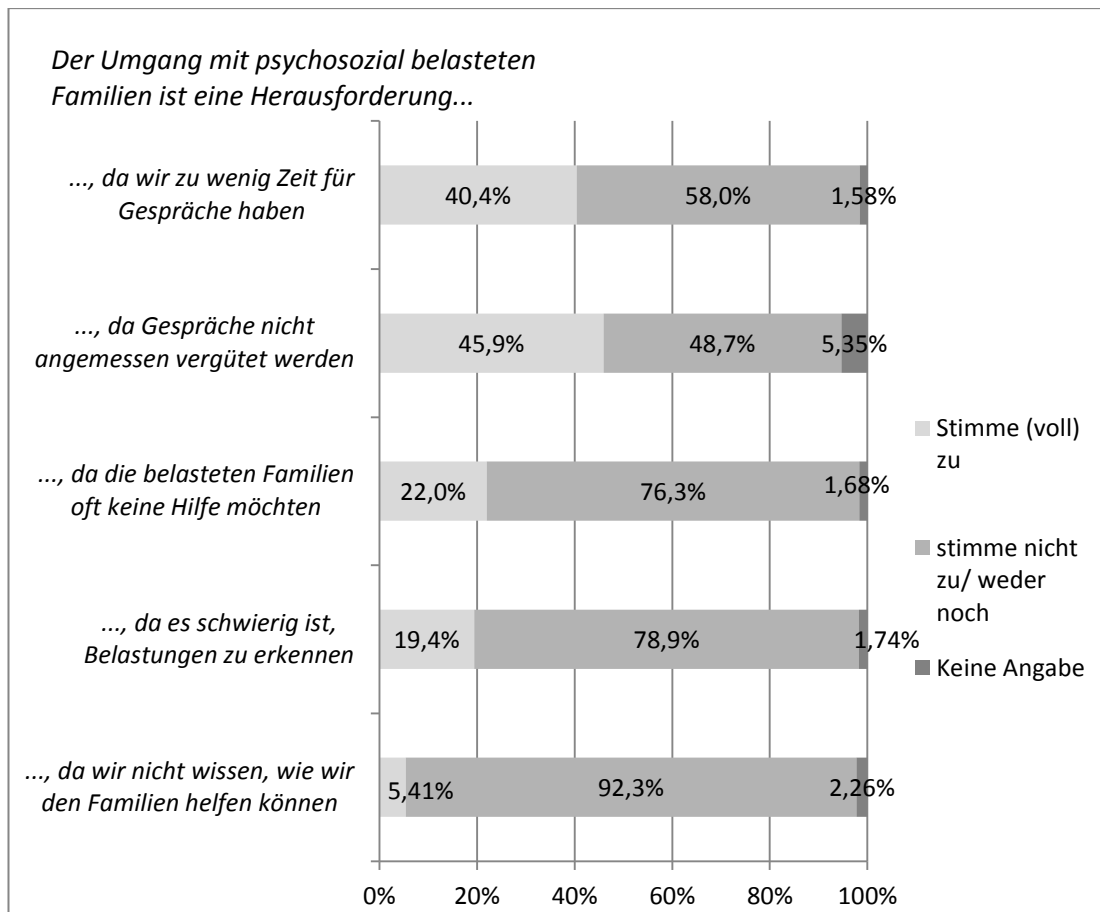


Abbildung 6: Bewertung der Hausforderung im Zusammenhang mit der Versorgung von psychosozial belasteten Familien (Top-2-Zustimmung auf einer 5-stufigen Skala von 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 5 = „stimme voll zu“); $N = 383$, inkl. Zellgewichtung.

5.2.3.2. Variation der Zustimmung in Abhängigkeit von anderen Merkmalen der Kliniken

Nach der deskriptiven Analyse wurde untersucht, ob sich die Zustimmung zu den Aussagen in Abhängigkeit von strukturellen und geographischen Merkmalen sowie dem berichteten Anteil an Familien mit psychosozialen Belastungen unterscheidet. Der Fokus liegt dabei auf den Gründen, denen die meisten teilnehmenden Personen zugestimmt haben.

Das Vorgehen bei der Datenvorbereitung (Preprocessing) und der Parameterschätzung folgte weitestgehend analog zu der beschriebenen statistischen Routine (vgl. Kap. 4.6). Nach durchgeführter Diagnostik von einflussnehmenden Fällen, wurden Datensätze mit kritischen Kennwerten ausgeschlossen (Vorhersage der Zustimmung zum Zeitmangel: Modell 1: 7 Fälle, Modell 2: 9 Fälle, Modell 3: 14 Fälle; Vorhersage der Zustimmung zu mangelnder Vergütung: Modell 1: 4 Fälle, Modell 2: 6 Fälle, Modell 3: 10 Fälle).

Da es sich bei dem vorherzusagenden Kriterium um eine dichotomisierte Variable handelt, wurde eine logistische Regression durchgeführt (vgl. Kap. 4.6.1), bei der die gleichen Prädiktoren wie bei der vorangegangenen Analyse (vgl. Kap. 5.2.2) schrittweise als Block in die Modelle aufgenommen wurden.

Es kann berichtet werden, dass die Zustimmung zur Aussage, dass Zeitmangel ursächlich für die Herausforderung bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe ist, nicht durch die Gesamtheit der jeweils in die Modelle aufgenommenen Prädiktoren erklärt werden kann; der Kennwert zur Bewertung der Passung des Modells lag über alle drei Modelle hinweg maximal bei $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .13. Vorhersagefehler (MSE)²³ um die 1.00 sprechen ebenfalls für eine nicht vorhandene Vorhersagegüte (Modell 1: $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .05, MSE = 0.99; Modell 2: $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .09, MSE = 0.99; Modell 3: $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .13, MSE = 1.02).

Auch die Zustimmung zur Aussage, dass eine mangelnde Vergütung die erlebte Herausforderung bei der Versorgung der Familien begründet, lässt sich ebenfalls nicht durch die genannten Prädiktoren erklären. Die Kennwerte aller drei Modelle sind unzureichend (Modell 1: $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .02, MSE = 1.00; Modell 2: $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .05, MSE = 1.00; Modell 3: $Pseudo-R^2$ (McFadden) = .07, MSE = 0.99).

Auf eine Kreuzvalidierung wurde aufgrund der unzureichenden Modellgüte beider Regressionen verzichtet. Auch eine ausführliche Darstellung der Modelle und deren Parameter scheint an dieser Stelle nicht notwendig zu sein.

Die Analysen weisen nach, dass die Zustimmung der teilnehmenden Mitarbeitenden zu den Gründen für die erlebte Herausforderung bei der Versorgung von Familien in schwierigen Lebenslagen – nämlich Zeitmangel und mangelnde Vergütung – unabhängig von den in das Modell aufgenommenen Prädiktoren ist. Wenn den Aussagen zugestimmt wurde, erfolgt dies unabhängig von der Lage und der Struktur der

²³ Der Vorhersagefehler bezieht sich hier auf die Differenz zwischen dem vorhergesagten und dem tatsächlichen Wert innerhalb des Datensatzes, an dem auch die Parameterschätzung vorgenommen wurde. Auf eine Kreuzvalidierung wurde aufgrund von unzureichender Modellpassung verzichtet.

Klinik sowie der relativen Häufigkeit, mit der Familien mit psychosozialen Belastungen in der Klinik gesehen werden. Vielmehr scheinen andere Bedingungen und Prozesse Einfluss darauf zu nehmen, ob eine befragte Person den Aussagen zustimmte oder nicht.

5.3. Psychosoziale Versorgungsstrukturen und Frühe Hilfen in der stationären Geburtshilfe

Analysen im vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Familien in belastenden Lebenslagen und deren Versorgung aufgrund der Höhe der relativen Fallzahlen und der erlebten Herausforderung ein durchaus bedeutsames Thema in einigen Geburtskliniken zu sein scheinen.

Nachfolgend wird untersucht, in welchem Umfang Versorgungsstrukturen Früher Hilfen in Geburtskliniken vorhanden sind (vgl. Kap. 5.3.1) und welche Hemmnisse aus Sicht der befragten Personen eine intersektorale Kooperation und den Ausbau Früher Hilfen in Geburtsstationen erschweren (vgl. Kap. 5.3.2).

Abschließend sollen zwei zentrale Elemente eines effektiven Schnittstellenmanagements – eine spezifische Funktion Früher Hilfen auf der Geburtsstation und die Teilnahme von Mitarbeitenden der Klinik an dem lokalen Netzwerk Frühe Hilfen – hinsichtlich deren Umsetzungsbedingungen genauer betrachtet werden (vgl. Kap. 5.3.3 und Kap. 5.3.4).

5.3.1. Umsetzungsstand Früher Hilfen in der stationären Geburtshilfe

Der berichtete aktuelle Stand des Strukturaufbaus Früher Hilfen in Geburtskliniken zeigt, dass am häufigsten Mitarbeitende der Klinik an Treffen des lokalen Netzwerks teilnehmen, von Seiten der Klinik Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt wird und verbindliche Ziele im Bereich Frühe Hilfen festgelegt werden oder dies in konkreter Planung ist; diese genannten Strukturen sind nach Angaben der befragten Personen mindestens in ca. 50 % der Geburtskliniken vorhanden bzw. konkret in Planung (vgl. Abbildung 7). Weniger weit verbreitet sind schriftliche Prozess-Standards und Verfahrensanweisungen für interne und externe Kooperationen sowie die Einrichtung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen in den Geburtskliniken.

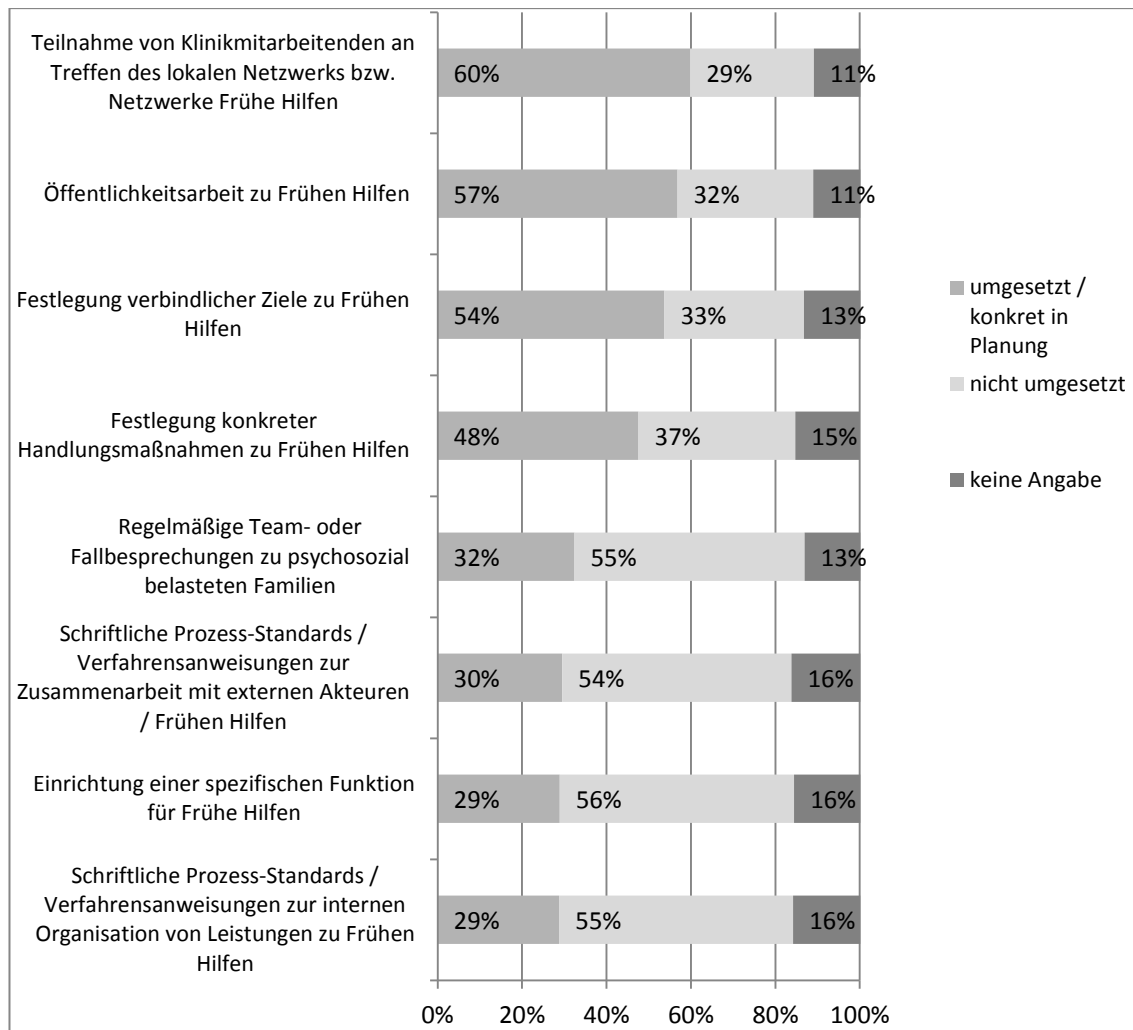


Abbildung 7: Umsetzungsstand Früher Hilfen in Geburtskliniken (Top-2-Skalierung; $N = 383$, inkl. Zellgewichtung).

5.3.2. Wahrgenommene Hemmnisse beim Aufbau Früher Hilfen in der stationären Geburtshilfe

In einem nächsten Schritt wurden die teilnehmenden Mitarbeitenden zu Hemmnissen im Bereich intersektoraler Kooperation und Aufbau Früher Hilfen in den Geburtskliniken befragt.

Die meiste Zustimmung entfiel auf die Ursachen, dass Familien zu kurz im Krankenhaus seien und aufgrund dessen kein Bedarf an Frühen Hilfen festgestellt werden könne. Auch eine fehlende Rückmeldung seitens der Frühen Hilfen wird als häufiges Kooperationshemmnis angegeben (vgl. Abbildung 8).

Vom größten Teil der befragten Personen abgelehnt wurde hingegen die Aussage, dass die Vermittlung aufgrund von Vorbehalten gegenüber den Frühen Hilfen erschwert werde.

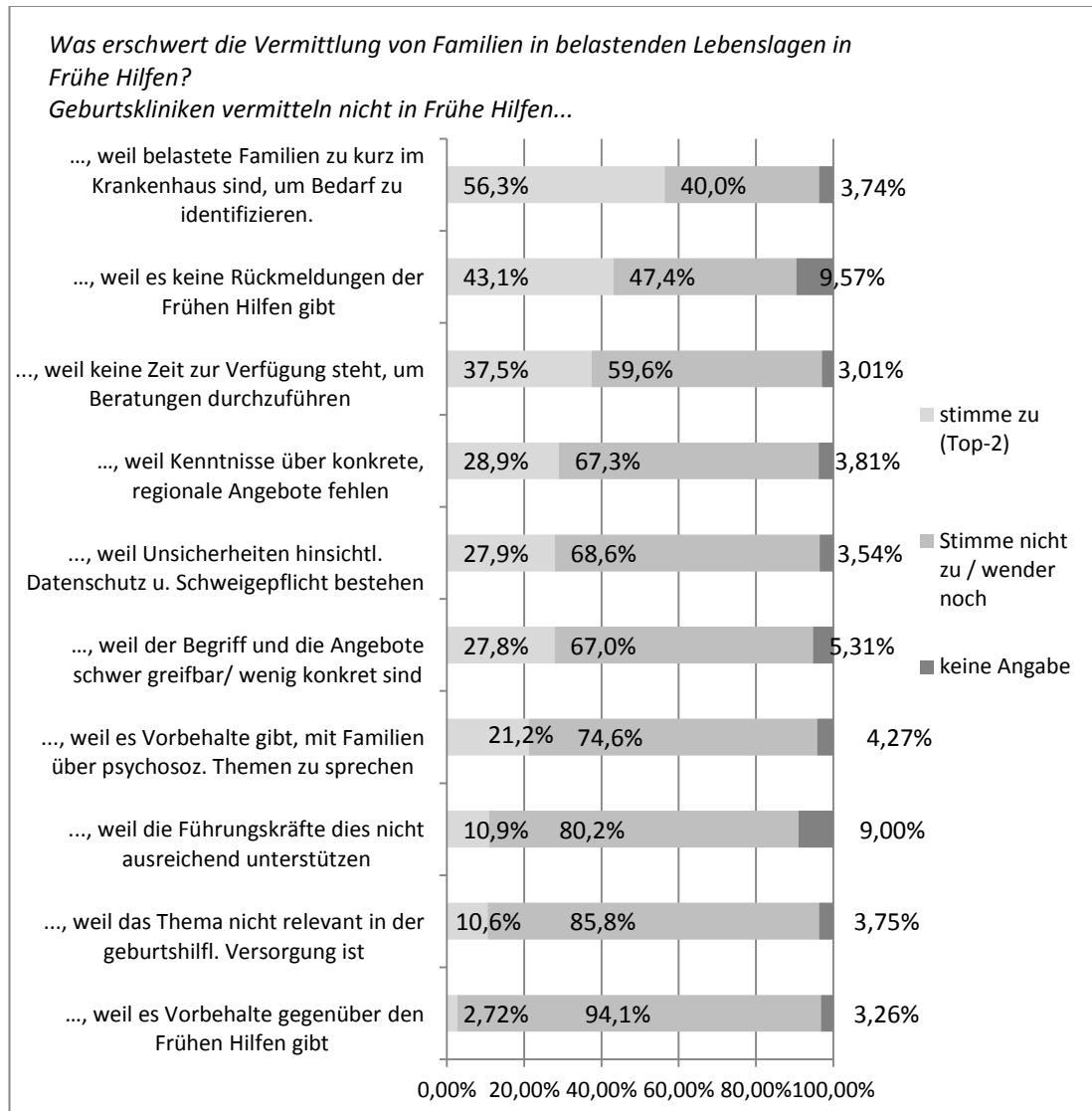


Abbildung 8: Subjektiv wahrgenommene Kooperationshemmnisse (Top-2-Skalierung; $N = 383$; inkl. Zellgewichtung).

5.3.3. Einrichtung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen

Vorangegangene Analysen zeigen einen unterschiedlichen Ausbaustand der Versorgungsstrukturen Früher Hilfen in Geburtskliniken.

Im Folgenden wird untersucht, ob die Einrichtung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen mit strukturellen und geographischen Merkmalen sowie dem berichteten Anteil an Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen im Zusammenhang steht. Zu

diesem Zweck wurde eine logistische, schrittweise Regression inkl. Zellgewichtung mit anschließender Kreuzvalidierung durchgeführt (vgl. Kap. 4.6.1).

Im Rahmen des schrittweisen Vorgehens wurden insgesamt drei Modelle geschätzt:

(1) Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Funktion Frühe Hilfen umgesetzt wird bzw. konkret in Planung ist, steht mit geographischen und strukturellen Merkmalen im Zusammenhang.

(2) Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Funktion Frühe Hilfen umgesetzt wird bzw. konkret in Planung ist, steht neben den Prädiktoren des ersten Modells mit dem wahrgenommenen Anteil von Familien mit bedeutenden psychosozialen Belastungen im Zusammenhang. Hier wird auf die Gesamtbeurteilung²⁴ zurückgegriffen.

(3) Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Funktion Frühe Hilfen umgesetzt wird bzw. konkret in Planung ist, steht neben den Prädiktoren des ersten und zweiten Modells mit subjektiv wahrgenommenen Hemmnissen im Zusammenhang. Bei diesen letzten aufgenommenen Prädiktoren wird auf einzelne dichotome Items in Top-2-Skalierung zurückgegriffen. Es wurden jene Items ausgewählt, die zum einen über eine ausreichende Balance zwischen den binären Kategorien verfügen und zum anderen wenige fehlende Werte aufweisen.

5.3.3.1. Befunde des Preprocessing

Auch im Falle der vorliegenden logistischen Regression inkl. Kreuzvalidierung wurden die Daten im Zuge eines Preprocessings auf die Parameterschätzung vorbereitet.

Outlier in dem Prädiktor „Anzahl an Familien mit bedeutsamen psychosozialen Belastungen von 100 Familien“ wurden identifiziert und ersetzt (vgl. Kap. 4.6.1.1). 27 Ersetzungen wurden vorgenommen, wodurch sich der relevante Lageparameter reduzierte (vor Ersetzung: $MW_{\text{gewichtet}} = 8.92$ ($SD_{\text{gewichtet}} = 9.54$); nach Ersetzung: $MW_{\text{gewichtet}} = 7.99$ ($SD_{\text{gewichtet}} = 6.93$)).

Anschließend wurden fehlende Werte in kontinuierlichen Prädiktoren mit dem k-NN Algorithmus imputiert. Datenreihen mit fehlenden Werten in dichotomen Variablen wurden hingegen ausgeschlossen ($n = 72$), da die Berücksichtigung fehlender Werte als

²⁴ Vgl. Anhang A, Frage 2B: „Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie psychosoziale Belastungen feststellten, die aus Ihrer Sicht bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind.“.

eigenständige Kategorie in den Modellen zu sehr hohen Fallausschlüssen als Folge der Diagnostik geführt hätte.

Nach der Dichotomisierung von kategorialen Prädiktorvariablen erfolgte das Aufteilen des Datensatzes in 2 Partitionen im Verhältnis 80:20 (Trainingsdatensatz mit $n = 251$, Testdatensatz mit $n = 60$).

Tabelle 14 stellt die Anzahl an Fallausschlüssen in den einzelnen Modellen nach der Diagnostik von einflussnehmenden Fällen dar.

Auch die errechneten *VIF*-Werte zur Identifikation von möglicher Multikollinearität sind über alle Modelle geringer als 4.0, wobei auch hier wieder erhöhte Kennwerte von $VIF > 2.5$ für die dichotomisierten Dummy-Variablen zu berichten sind. Aus den bereits dargestellten Gründen werden diese nicht als Hinweise für schwerwiegende Korrelationen zwischen den Prädiktoren der Modelle angesehen (vgl. Kap. 5.2.2.1).

Tabelle 14: Fallausschlüsse der drei Modelle aufgrund diagnostischer Befunde möglicher einflussnehmender Fälle.

	Anzahl Fallausschlüsse
Modell 1	9
Modell 2	9
Modell 3	7

5.3.3.2. Parameterselektion

Das finale Modell inkl. aller Prädiktoren kann 26 % der Wahrscheinlichkeit aufklären, dass eine spezifische Funktion Frühe Hilfen in der Klinik umgesetzt wird bzw. konkret in Planung ist (vgl. Tabelle 15).

Auf der Ebene der Prädiktoren sind vor allem regionale Merkmale der Klinik als bedeutsamer Einflussfaktor zu nennen²⁵: Liegt die Klinik in einer östlichen Region statt in Baden-Württemberg so sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Funktion

²⁵ Der prozentuale Anteil der Veränderung der Wahrscheinlichkeit, die auf die Variation des Prädiktors um eine Einheit zurückzuführen ist, ergibt sich aus $AME * 100$

vorhanden ist, um durchschnittlich 37.3 %. Des Weiteren steht der Siedlungstyp mit der Auftretenswahrscheinlichkeit in einem signifikanten Zusammenhang: Befindet sich die Klinik im ländlichen Raum, so reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass dort eine spezifische Funktion installiert ist, um durchschnittlich 30.4 % im Vergleich zu einer Klinik im großstädtischen Raum. Des Weiteren steigt die Wahrscheinlichkeit um 13.3 %, dass eine Funktion Frühe Hilfen installiert oder konkret in Planung ist, wenn sich die Klinik in freigemeinnütziger statt in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befindet. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit in großen Häusern mit mehr als 600 Betten um 18.9 % größer als in kleinen Häusern mit weniger als 300 Betten. Abschließend zeigte sich, dass wenn die teilnehmende Person zustimmte, dass die Verweildauer zu kurz ist, dies mit einer reduzierten Wahrscheinlichkeit von 18.0 % einher geht, dass in der Klinik eine spezifischen Funktion Frühe Hilfen eingesetzt wird bzw. dies konkret in der Planung ist (im Vergleich zur Nicht-Zustimmung bzw. neutraler Aussage).

Tabelle 15: Schrittweise lineare logistische Regression zur Vorhersage der Umsetzung einer spezifischen Funktion am Trainingsdatensatz ($n = 251$, inkl. Zellgewichtung).

Modell		N	Pseudo- R^2 ⁺	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
Modell 1		242	.22						.84
	Intercept			-1.12		0.88	-1.28	.20	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern		-0.027	-.005	0.65	-0.042	.97	
		NRW		-0.56	-.092	0.59	-0.94	.35	
		Mitte		0.47	.078	0.57	0.83	.41	
		Nord		-1.19	-.20	0.66	-1.82	.071	
		Nordost		-0.056	-.009	0.73	-0.077	.94	
		Ost		-2.08	-.34	0.81	-2.57	.011	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch		-0.60	-.10	0.40	-1.53	.13	
		ländlich		-1.89	-.31	0.77	-2.47	.014	
		dünn besiedelt		-0.27	-.044	0.59	-0.45	.65	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	freige- mein- nützig		0.77	.13	0.40	1.95	.053	
		privat		-0.62	-.10	0.58	-1.06	.29	
	Größe KH: Anzahl	300 bis 599		0.65	.11	0.42	1.55	.12	

Modell			N	Pseudo- R ²⁺	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
	Planbetten (Reverenz: < 299)	> 600			1.52	.25	0.61	2.48	.014	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769			0.33	.055	0.60	0.56	.58	
		770 bis 1299			0.80	.13	0.57	1.40	.16	
		> 1300			0.94	.16	0.62	1.52	.13	
	Kaufkraft pro Haushalt				-0.98	-.16	1.09	-0.90	.37	
Modell 2			242	.23						.83
	Intercept				-1.33		0.89	-1.49	.14	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern			-0.036	-.006	0.65	-0.055	.96	
		NRW			-0.62	-.10	0.60	-1.04	.30	
		Mitte			0.42	.069	0.58	0.74	.46	
		Nord			-1.26	-.20	0.65	-1.93	.054	
		Nordost			-0.16	-.026	0.75	-0.21	.83	
		Ost			-2.20	-.36	0.82	-2.67	.008	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch			-0.66	-.11	0.39	-1.67	.097	
		ländlich			-1.95	-.32	0.75	-2.60	.010	
		dünn besiedelt			-0.35	-.057	0.58	-0.60	.55	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	frei- gemein- nützig			0.78	.13	0.40	1.96	.051	
		privat			-0.62	-.10	0.60	-1.04	.299	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599			0.58	.095	0.42	1.39	.17	
		> 600			1.45	.24	0.62	2.34	.020	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769			0.28	.046	0.59	0.48	.63	
		770 bis 1299			0.74	.12	0.57	1.28	.20	
		> 1300			0.88	.14	0.62	1.41	.16	
	Kaufkraft pro Haushalt				-0.88	-.14	1.07	-0.83	.41	
	Bedeutsame psychosoziale Belastungen				0.92	.15	0.55	1.68	.094	

Modell		N	Pseudo- R^2 +	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
Modell 3		244	.26						.83
	Intercept			-0.93		0.91	-1.02	.31	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern		0.35	.055	0.73	0.48	.63	
		NRW		-0.59	-.093	0.65	-0.91	.37	
		Mitte		0.46	.072	0.62	0.74	.46	
		Nord		-0.90	-.14	0.67	-1.34	.18	
		Nordost		-0.38	-.059	0.77	-0.49	.63	
		Ost		-2.38	-.37	0.84	-2.85	.005	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch		-0.80	-.12	0.43	-1.84	.068	
		ländlich		-1.95	-.30	0.74	-2.64	.009	
		dünn besiedelt		-0.28	-.044	0.56	-0.50	.62	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	frei- gemein- nützig		0.85	.13	0.43	2.00	.047	
		privat		-0.44	-.069	0.56	-0.78	.43	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599		0.48	.076	0.45	1.08	.28	
		> 600		1.34	.21	0.63	2.14	.033	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769		0.60	.094	0.63	0.96	.34	
		770 bis 1299		1.20	.19	0.61	1.95	.052	
		> 1300		1.21	.19	0.69	1.75	.082	
	Kaufkraft pro Haushalt			-0.71	-.11	1.05	-0.68	.50	
	Bedeutsame psychosoziale Belastungen			0.78	.12	0.55	1.42	.16	
	Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil keine Zeit zur Verfügung steht, um Beratungen durchzuführen (Reverenz: stimme nicht zu / weder noch)			-0.42	.039	0.40	-1.05	.29	

Modell	N	Pseudo- R^2 ⁺	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil Kenntnisse über konkrete, regionale Angebote fehlen (Reverenz: stimme nicht zu / weder noch)			0.25	-.066	0.39	0.63	.53	
Familien bleiben zu kurz auf Station (Reverenz: stimme nicht zu / weder noch)			-1.15	-.18	0.35	-3.28	.001	

⁺nach McFadden, ⁺⁺Average marginal effects

5.3.3.3. Bewertung der Modelle: Explorative und prädikative Validität

Das Modell 3 weist den höchsten Kennwert *Pseudo R²* auf. Die Zunahme an explorativer Validität wurde mit dem Vergleich der Beurteilungsgenauigkeiten (log-likelihood Kennwerte) der drei Modelle analysiert.

Es ist festzustellen, dass der Vergleich zwischen Modell 1 und Modell 2 nicht signifikant ist und durch die Aufnahme zusätzlicher Prädiktoren keine Steigerung der Vorhersagegenauigkeit erzielt werden kann ($\chi^2(1) = 2.84, p = .094$). Der Vergleich zwischen Modell 2 und Modell 3 ist hingegen signifikant ($\chi^2(3) = 13.1, p = .004$). Da die Veränderung zwischen Modell 1 und Modell 2 dagegen nicht signifikant ist, wurden ergänzend auch der Unterschied zwischen Modell 1 und Modell 3 überprüft, der sich auch unter Berücksichtigung einer Alpha-Fehler-Kumulierung als signifikant herausstellte ($\chi^2(4) = 16.40, p = .003$). Damit weist das dritte Modell die höchste explorative Validität auf, wobei deren Zunahme nicht auf eine Überanpassung des Modells zurückzuführen ist.

Auch im Falle der hier vorliegenden logistischen, schrittweisen Regression wurde die Güte der Vorhersage der jeweiligen Regressionsmodelle an einem unabhängigen Testdatensatz ($n = 60$) überprüft. Es zeigt sich, dass das Modell 3 die beste Prognosegenauigkeit aller drei Modelle aufweist (Tabelle 16). Diese Quote ist um 18 % besser als jene, die durch Erraten erzielt werden würde (.50). Der validere AUC-Kennwert jedoch liegt lediglich .12 über dem Kennwert von .50, was für eine eher mäßige Prognosegenauigkeit des finalen Modells spricht. Auch das Betrachten der ROC-Kurve legt nahe, dass die Genauigkeit der Vorhersage aller drei Modelle mit Aufnahme

zusätzlicher Prädiktoren nicht nennenswert verbessert wird (vgl. Abbildung 9, Abbildung 10 und Abbildung 11).

Tabelle 16: Bewertung der Vorhersagegenauigkeit im Testdatensatz ($n = 60$).

Modell	CCR	MSE	AUC
Modell 1	.65	.25	.61
Modell 2	.60	.25	.61
Modell 3	.68	.24	.62

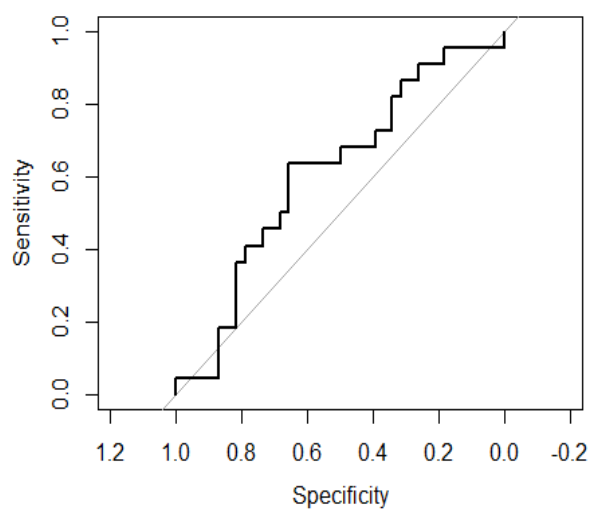


Abbildung 9: ROC-Kurve des Modells 1 zur Beurteilung der Vorhersagegenauigkeit von „Spezifische Funktion vorhanden bzw. konkret in Planung“ im Testdatensatz ($n = 60$).

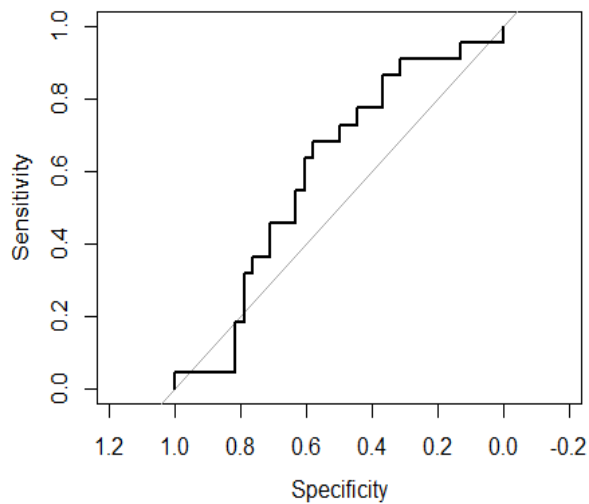


Abbildung 10: ROC-Kurve des Modells 2 zur Beurteilung der Vorhersagegenauigkeit von „Spezifische Funktion vorhanden bzw. konkret in Planung“ im Testdatensatz ($n = 60$).

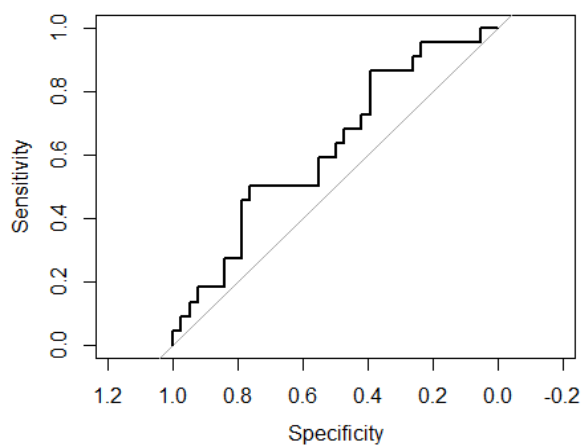


Abbildung 11: ROC-Kurve des Modells 3 zur Beurteilung der Vorhersagegenauigkeit von „Spezifische Funktion vorhanden bzw. konkret in Planung“ im Testdatensatz ($n = 60$).

Zusammenfassend zeigt die vorangegangene Analyse, dass sich das finale dritte Modell inkl. der aufgenommenen Prädiktoren nur mit Einschränkungen zur Vorhersage und Erklärung des Ereignisses „Umsetzung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen ist erfolgt bzw. konkret geplant“ eignet. Der Erklärungsbeitrag des Modells ist als moderat zu bewerten – auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das Pseudo-Bestimmtheitsmaß $Pseudo R^2$ in seiner Höhe selbst bei guter Passung des Modells im

Vergleich zu R^2 geringer ausfällt. Die Vorhersagegenauigkeit des Modells ist hingegen eher mäßig.

So scheint es, dass andere Prädiktoren in das Modell integriert werden müssen, um die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Funktion Frühe Hilfen umgesetzt oder konkret in Planung ist, mit höherer prädikativer Genauigkeit vorhersagen zu können.

5.3.4. Teilnahme am lokalen Netzwerk Frühe Hilfen

Mit der gleichen Auswertungsroutine (logistische, schrittweise Regression inkl. Zellgewichtung mit anschließender Kreuzvalidierung) wurde des Weiteren untersucht, ob die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende an Treffen des lokalen Netzwerkes Frühe Hilfen teilnehmen bzw. dies konkret geplant ist, sich ebenfalls durch die bekannten Prädiktoren erklären lässt (vgl. Kap. 5.3.3).

Im Rahmen des schrittweisen Vorgehens wurden auch hier drei Modelle geschätzt:

- (1) Die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende der Geburtsklinik an Treffen des lokalen Netzwerkes teilnehmen oder dies konkret in Planung ist, steht mit geographischen und strukturellen Merkmalen in Zusammenhang.
- (2) Die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende der Geburtsklinik an Treffen des lokalen Netzwerkes teilnehmen oder dies konkret in Planung ist, steht neben den Prädiktoren des ersten Modells auch mit dem wahrgenommenen Anteil an Familien mit bedeutenden psychosozialen Belastungen im Zusammenhang.
- (3) Die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende der Geburtsklinik an Treffen des lokalen Netzwerkes teilnehmen oder dies konkret in Planung ist, steht neben den Prädiktoren des ersten und zweiten Modells auch mit subjektiv wahrgenommenen Hemmnissen in Zusammenhang.

5.3.4.1. Befunde des Preprocessing

Die Identifikation und Ersetzung von Outlier in der Variablen „bedeutsame psychosoziale Belastungen“ sowie die Analyse möglicher Multikollinearitäten wurde bereits berichtet und soll hier nicht erneut dargestellt werden, da die gleichen Prädiktoren wie in der vorangegangenen Analyse in das logistische Regressionsmodell aufgenommen wurden (vgl. Kap. 5.3.3.1).

Auch bei dieser Regression konnten die fehlenden Werte in binären und kategorialen Variablen nicht als zusätzliche Kategorie berücksichtigt werden, sondern mussten ausgeschlossen werden ($n = 79$); die Anzahl an Fallausschlüssen nach erfolgter Diagnostik von einflussnehmenden Fällen wäre auch hier sehr groß gewesen. Fehlende Werte in kontinuierlichen Variablen mit kontinuierlichem Skalenniveau wurden hingegen mit dem k-NN Algorithmus ersetzt, sofern mindestens 75 % gültige Werte in den jeweiligen Variablen zur Verfügung standen.

Es schloss sich das Aufteilen des Datensatzes in den Trainingsdatensatz ($n = 260$) und den Testdatensatz ($n = 64$) sowie die anschließende Diagnostik und ggf. der Ausschluss einflussnehmender Fälle im Trainingsdatensatz an (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Fallausschlüsse der drei Modelle aufgrund der diagnostischen Befunde möglicher einflussnehmender Fälle.

	Anzahl Fallausschlüsse
Modell 1	14
Modell 2	15
Modell 3	13

5.3.4.2. Parameterselektion

Im finalen Modell werden 24 % der Varianz der Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende der Klinik an Treffen lokaler Netzwerke teilnehmen oder dies konkret in Planung ist, durch die Gesamtheit aller Prädiktoren erklärt (vgl. Tabelle 18).

Auf Ebene der einzelnen Prädiktoren zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende der Klinik an den lokalen Netzwerktreffen teilnehmen bzw. dies geplant ist, für Kliniken in NRW um 20.9 % und für Kliniken im Norden um 25.0 % im Vergleich zu Baden-Württemberg reduziert ist. Des Weiteren ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Klinik an dem Netzwerk partizipiert, in Häusern mit eher wenigen Geburten (515 bis 769) im Vergleich zu Geburtskliniken mit sehr wenigen Geburten (300 bis 515 Geburten) um 17.4 % erhöht ist. Darüber hinaus ist zu berichten, dass wenn eine Klinik im Durchschnitt *eine* Familie (von 100 Familien) mehr berichtet,

bei der bedeutsame psychosoziale Belastungen festgestellt werden können, dies mit einem Anstieg der Eintretenswahrscheinlichkeit um 24.5 % einhergeht. Zu Guter Letzt zeigte sich, dass die Zustimmung zu der Aussage, dass die Vermittlung in Frühe Hilfen erschwert ist, weil regionale Angebote nicht bekannt sind, die Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme an lokalen Netzwerktreffen um 18.0 % sinkt (im Vergleich zur Nicht-Zustimmung bzw. neutraler Aussage).

Tabelle 18: Schrittweise lineare logistische Regression zur Vorhersage der Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme an Netzwerktreffen am Trainingsdatensatz ($n = 260$; inkl. Zellgewichtung).

Modell		N	Pseudo- R^{2+}	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
Modell 1		246	.18						.87
	Intercept			2.45		1.13	2.16	.032	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern		-1.08	-.16	0.86	-1.25	.21	
		NRW		-2.42	-.37	0.85	-2.86	.005	
		Mitte		-1.39	-.21	0.85	-1.62	.11	
		Nord		-2.74	-.41	0.86	-3.18	.002	
		Nordost		-2.27	-.34	0.96	-2.36	.019	
		Ost		-1.19	-.18	0.93	-1.29	.20	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch		0.67	.10	0.47	1.41	.16	
		ländlich		0.18	.027	0.66	0.28	.78	
		dünn besiedelt		-0.71	-.11	0.66	-1.09	.28	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	freige- mein- nützig		0.047	.007	0.39	0.12	.90	
		privat		0.42	.063	0.58	0.72	.47	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599		-0.072	-.011	0.41	-0.17	.86	
		> 600		0.78	.12	0.62	1.25	.21	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769		1.40	.21	0.55	2.55	.012	
		770 bis 1299		0.95	.14	0.55	1.73	.084	
		> 1300		-0.24	-.036	0.64	-0.37	.71	

Modell		N	Pseudo- R ² +	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
	Kaufkraft pro Haushalt			-0.82	-.12	1.33	-0.62	.54	
Modell 2		245	.21						.86
	Intercept			1.44		1.11	1.29	.20	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern		-0.56	-.083	0.78	-0.72	.47	
		NRW		-2.19	-.32	0.71	-3.10	.002	
		Mitte		-1.05	-.15	0.77	-1.36	.18	
		Nord		-2.63	-.39	0.74	-3.54	< .001	
		Nordost		-1.57	-.23	0.88	-1.78	.077	
		Ost		-0.78	-.11	0.85	-0.91	.36	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch		0.72	.11	0.49	1.47	.14	
		ländlich		-0.096	-.014	0.68	-0.14	.89	
		dünn besiedelt		-1.01	-.15	0.64	-1.57	.12	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	frei- gemein- nützig		0.032	.005	0.40	0.080	.94	
		privat		0.19	.029	0.60	0.32	.75	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599		0.020	.003	0.40	0.050	.96	
		> 600		1.19	.18	0.64	1.87	.063	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769		1.49	.22	0.55	2.69	.008	
		770 bis 1299		0.97	.14	0.54	1.79	.075	
		> 1300		-0.51	-.075	0.65	-0.79	.43	
	Kaufkraft pro Haushalt			-0.088	-.013	1.37	-0.064	.95	
	Bedeutsame psychosoziale Belastungen			1.35	.20	0.67	2.02	.045	
Modell 3		247	.24						.86
	Intercept			1.28		1.08	1.18	.24	
	Regionen (Referenz BaWü)	Bayern		-0.17	-.024	0.71	-0.24	.81	
		NRW		-1.46	-.21	0.70	-2.11	.036	
		Mitte		-0.86	-.12	0.69	-1.25	.21	
		Nord		-1.75	-.25	0.73	-2.41	.017	

Modell			N	Pseudo- R ²⁺	β	AME ⁺⁺	SE (β)	t	p	MSE
		Nordost			-1.32	-.19	0.80	-1.65	.10	
		Ost			0.17	.024	0.83	0.20	.84	
	Siedlungstyp (Referenz: großstädtisch)	städtisch			0.63	.090	0.53	1.19	.23	
		ländlich			-0.61	-.088	0.71	-0.87	.38	
		dünn besiedelt			-1.31	-.19	0.72	-1.81	.071	
	Trägerschaft (Referenz: öffentlich- rechtlich)	Frei- gemein- nützig			-0.010	-.001	0.41	- 0.023	.98	
		privat			0.31	.044	0.56	0.55	.58	
	Größe KH: Anzahl Planbetten (Reverenz: < 299)	300 bis 599			0.14	.020	0.42	0.33	.74	
		> 600			1.31	.19	0.70	1.86	.065	
	Größe KH: Anzahl Geburten in 2015 (Reverenz: < 514)	515 bis 769			1.22	.17	0.51	2.40	.017	
		770 bis 1299			0.86	.12	0.59	1.46	.15	
		> 1300			-0.55	-.079	0.71	-0.78	.43	
	Kaufkraft pro Haushalt				0.70	.099	1.44	0.49	.63	
	Bedeutsame psychosoziale Belastungen				1.72	.24	0.71	2.42	.016	
	Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil keine Zeit zur Verfügung steht, um Beratungen durchzuführen (Reverenz: stimme nicht zu / weder noch)				-0.36	-.052	0.38	-0.96	.34	
	Keine Vermittlung in die Frühen Hilfen, weil Kenntnisse über konkrete, regionale Angebote fehlen (Reverenz: stimme nicht zu / weder noch)				-1.26	-.18	0.40	-3.13	.002	
	Familien bleiben zu kurz auf Station (Reverenz: stimme nicht zu / weder noch)				-0.12	-.017	0.37	-0.32	.75	

5.3.4.3. Bewertung der Modelle: Explorative und prädikative Validität

Auch in diesem Fall weist das Modell 3 den höchsten Kennwert *Pseudo R²* auf, so dass dessen Zunahme auf Signifikanz geprüft wird.

Es zeigte sich, dass der Vergleich zwischen Modell 1 und Modell 2 signifikant ist und durch die Aufnahme des zusätzlichen Prädiktors „Anzahl Familien mit bedeutsamen psychosozialen Belastungen“ eine statistisch relevante Steigerung der aufgeklärten Varianz erzielt werden kann ($\chi^2(1) = 4.39, p = .037$). Der Vergleich zwischen Modell 2 und Modell 3 ist ebenfalls signifikant ($\chi^2(3) = 14.6, p = .002$). Somit weist das dritte Modell die höchste explorative Validität auf. Die Aufnahme weiterer Prädiktoren verbessert die Passung des Modells an die empirischen Daten, ohne zu einer Überanpassung zu führen.

Es schloss sich die Beurteilung der prognostischen Qualität des Modells an dem unabhängigen Testdatensatz ($n = 64$) an. Es ist zu berichten, dass das Modell 3 die beste CCR und den geringsten Fehlerterm *MSE* aller drei Modelle aufweist, auch wenn die Unterschiede nur geringfügig sind und die absolute Höhe der Kennwerte für eine nicht vorhandene Vorhersagegenauigkeit sprechen (vgl. Tabelle 19). Die Höhe des validierten *AUC*-Kennwertes hingegen kann als deutlicheres Indiz für eine nicht vorhandene Diskriminierungsfähigkeit aller drei Modelle interpretiert werden: Alle *AUC*-Werte liegen nur marginal über dem Wert von .50, wobei das erste Modell noch die höchste Beurteilungsgenauigkeit aufweist. Auch die visuelle Beurteilung der ROC-Kurven der drei Modelle bestätigt den Befund, dass keinem der drei Modelle eine halbwegs gute prognostische Qualität zugeschrieben werden kann (vgl. Abbildung 12, Abbildung 13 und Abbildung 14).

Tabelle 19: Bewertung der Genauigkeit der Vorhersage am Testdatensatz ($n = 64$).

Modell	CCR	MSE	AUC
Modell 1	.59	.31	.58
Modell 2	.61	.30	.52
Modell 3	.63	.27	.55

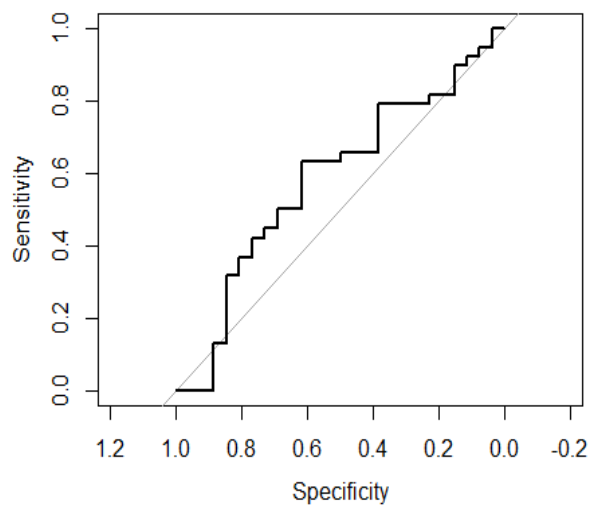


Abbildung 12: ROC-Kurve des Modells 1 zur Beurteilung der Vorhersagegenauigkeit von „Teilnahme am lokalen Netzwerk Frühe Hilfen“ im Testdatensatz ($n = 64$).

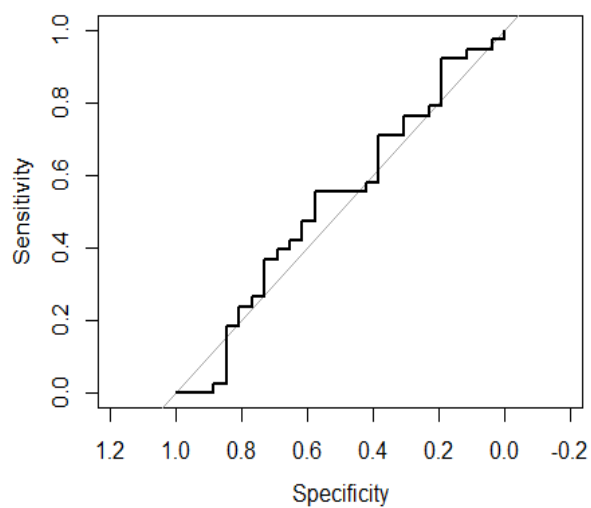


Abbildung 13: ROC-Kurve des Modells 2 zur Beurteilung der Vorhersagegenauigkeit von „Teilnahme am lokalen Netzwerk Frühe Hilfen“ im Testdatensatz ($n = 64$).

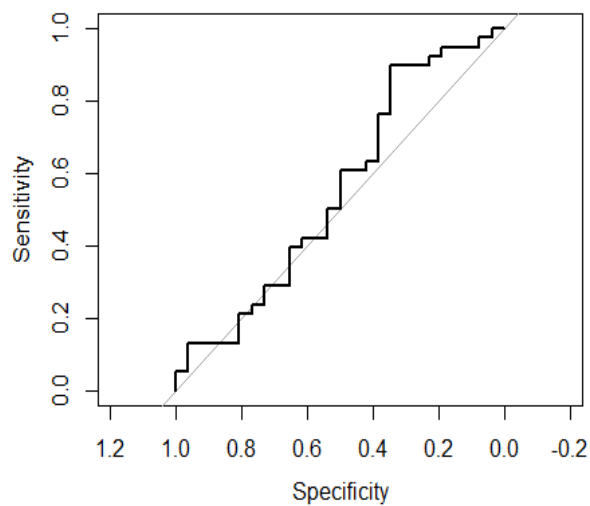


Abbildung 14: ROC-Kurve des Modells 3 zur Beurteilung der Vorhersagegenauigkeit von „Teilnahme am lokalen Netzwerk Frühe Hilfen“ im Testdatensatz ($n = 64$).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Passung aller Modelle zur Erklärung und Vorhersage der Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende der Geburtsklinik an Treffen der lokalen Netzwerke Früher Hilfen teilnehmen oder dies geplant sei, unzureichend ist. Die Modelle vermögen trotz akzeptabler aufgeklärter Varianz ($Pseudo R^2$) die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende an dem Netzwerk Frühe Hilfen teilnehmen oder dies in Planung ist, nicht besser vorherzusagen als dies durch Erraten möglich wäre. Dies legt den Schluss nahe, dass andere Variablen und Merkmale, über die keine Informationen vorliegen, mit der Eintretenswahrscheinlichkeit des Kriteriums in Zusammenhang stehen.

6. Diskussion

6.1. *Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse*

Vorangegangene deskriptive Verteilungen bieten einen zusammenfassenden Überblick über strukturelle und geographische Merkmale der Geburtskliniken in Deutschland (vgl. Kap. 5.1). Zur besseren Einordnung der Befunde soll zu Beginn der Diskussion die aktuelle Situation in der stationären Geburtshilfe, die seit einigen Jahren von großen Veränderungs- und Anpassungsprozessen betroffen ist, beschrieben werden.

Werden strukturelle Merkmale näher betrachtet, so sticht v.a. die Verteilung der Trägerschaften von Geburtskliniken heraus: Die stationäre Geburtshilfe befindet sich in fast der Hälfte der Fälle in freigemeinnütziger und in 40 % der Fälle in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft; lediglich ca. 14 % der Häuser sind hingegen in privater Trägerschaft. Dies ist insofern interessant, als über alle medizinischen Fachbereiche hinweg der Anteil an Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit 36 % mehr als doppelt so hoch ist wie in der stationären Geburtshilfe (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017a). Bei einer öffentlich-rechtlichen Trägerschaft verhält es sich entgegengesetzt: 46 % der Geburtskliniken werden von der öffentlich-rechtlichen Hand unterhalten im Gegensatz zur Verteilung über alle medizinischen Fachbereiche, bei der sich Kliniken lediglich zu 29 % in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft befinden. Die meisten Geburtskliniken befinden sich also in öffentlich-rechtlicher oder freigemeinnütziger Verantwortung, was einen beachtenswerten Unterschied der geburtshilflichen Versorgung zu anderen medizinischen Fachbereichen darstellt, in denen der Anteil privater Kliniken um ein Vielfaches höher ist.

Ursachen und Konsequenzen dieser Verteilungsunterschiede werden aufgrund des geringen Bezugs zum Thema der vorliegenden Arbeit an dieser Stelle nicht näher betrachtet. Jedoch sollte bei der folgenden Diskussion und Einordnung der Ergebnisse die Tatsache, dass fast alle Geburtskliniken in den Zuständigkeitsbereich der öffentlichen und freigemeinnützigen Hand fallen, nicht vernachlässigt werden. Institutionen sowohl der öffentlichen als auch der freigemeinnützigen Hand beanspruchen für sich ein nach dem Grundsatz der Gemeinnützigkeit ausgerichtetes Handeln, woraus sich eine moralische Verantwortung und Fürsorgepflicht für Familien in deprivierten sozialen und materiellen Lebensumständen ergibt.

Werden Versorgungsstrukturen der stationären Geburtshilfe sowie deren Veränderungen innerhalb der letzten Jahre genauer betrachtet, so fällt auf, dass trotz steigender Geburtenzahlen 2016 (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018a) die Anzahl an Planbetten in der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe seit vielen Jahren rückläufig ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes., 2018). Seit 1991 wurden ca. 40 % der Geburtshilfestationen geschlossen (Ärzteblatt, 2017). Von Schließungen sind primär kleine Krankenhäuser mit weniger als 600 Geburten pro Jahr betroffen (Stahl & Nadj-Kittler, 2017)²⁶. Dies zeigten auch Hinweise im Zuge des Feldmanagements der vorliegenden Studie (ohne systematisch analysiert zu werden) (vgl. Kap. 4.2). Als Begründung für den Rückbau stationärer Kapazitäten wird häufig die schlechte Bettenauslastung genannt, die trotz steigender Geburtenzahlen mit 61 % im Jahre 2016 eine der geringsten Auslastungsquoten aller medizinischen Fachbereiche aufwies (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017a). Parallel dazu hat sich ein an der Maximalversorgung orientierter Standard in Geburtskliniken etabliert, der nahezu überall vorgehalten wird. Dieses Dilemma, bestehend aus hohen Vorhaltungs- und Personalkosten, führt zu hohem ökonomischem Druck, so dass gerade Kliniken mit wenigen Geburten pro Jahr geschlossen werden müssen.

Im Widerspruch zu dieser Entwicklung stehen Hinweise, dass die verbleibenden Kliniken in der geburtshilflichen Versorgung überlastet sind und mit den bestehenden Ressourcen die Versorgungsqualität nicht oder nur schwer aufrechterhalten können. In einer Umfrage gaben 35 % der Kliniken in Deutschland an, mindestens einmal in den vergangenen sechs Monaten Schwangere unter der Geburt abgewiesen zu haben. Dies wurde mit einem Mangel an personellen Ressourcen begründet (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., 2018). Die hier zitierte Umfrage genügt jedoch keinen wissenschaftlichen Standards und kann somit lediglich als vorsichtiger Hinweis auf einen Versorgungsmangel verstanden werden. Hier sind weitere Studien erforderlich, die die Versorgungsqualität und die Ressourcenauslastung auch differentiell zwischen den einzelnen Kliniken empirisch gesichert untersucht. Erschwerend dürfte sich hier jedoch die aktuelle Dynamik des Feldes erweisen.

²⁶ Der berichtete Befund wurde im Eigenverlag des Picker-Institutes veröffentlicht (vgl. auch Fußnote 6). Da bis dato jedoch keine vergleichbaren und v.a. aktuellen Analysen in einschlägigen Fachzeitschriften publiziert wurden, wird nachfolgend auf diese Ergebnisse zurückgegriffen. Vor dem Hintergrund der Dynamik im Feld der stationären Geburtshilfe wird gerade die Aktualität der Ergebnisse als bedeutsam eingeschätzt.

Im Kontext dieser Dynamik und der gerade für kleinere und vergleichsweise geringer ausgelastete Kliniken latenten Bedrohung der Schließung ist auch die Vielzahl an Angeboten zu sehen, die nicht originär die geburtshilfliche stationäre Versorgung betreffen (vgl. Kap. 5.1). In der vorliegenden Befragung wurden am häufigsten Geburtsvorbereitungskurse, Akupunktur / Aromatherapie / Hypnose und Homöopathie sowie allgemeine Informationsveranstaltungen als Leistungen aus diesem Angebotsspektrum genannt. Diese Angebote dürften hauptsächlich von Familien mit einem mittleren oder hohen Bildungs- und Einkommensniveau genutzt werden (Eickhorst et al., 2016). Entsprechend können diese Angebote als Serviceleistungen betrachtet werden, die Kliniken anbieten, um sich auf einem hart umkämpften Markt für potentielle Patientinnen und Patienten konkurrenzfähig aufzustellen und so ihre Fallzahlen und damit die Bettenauslastung zu erhöhen.

Die Versorgungsstruktur in der stationären Geburtshilfe befindet sich also aktuell in einem Anpassungs- und Veränderungsprozess, bei dem kleine Geburtskliniken zugunsten einer eher zentralisierten und in großen Kliniken organisierten Versorgungslandschaft geschlossen werden. Die verbleibenden größeren Kliniken scheinen hingegen überlastet zu sein, was sich aus patientenorientierter Sicht in einer im Vergleich zu kleineren Kliniken geringeren Zufriedenheit mit der Versorgung ausdrückt. Der Mangel an personellen Ressourcen im Bereich pflegerischer und ärztlicher Dienste, aber auch bei der Hebammenversorgung stellt nicht nur Geburtskliniken sondern das gesamte Gesundheitswesen vor große Herausforderungen, so dass die Lösung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden muss.

Zusammenfassend stellt dies die aktuelle Situation der stationären Geburtshilfe in Deutschland dar. Vor deren Hintergrund sollen nun die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diskutiert werden.

6.1.1. Zusammenhänge zwischen wahrgenommenen

Armutslagen von Familien und anderen Merkmalen

Vorangegangene Analysen haben gezeigt, dass familiäre Belastungs- und Risikofaktoren im Setting der stationären Geburtshilfe überwiegend gut feststellbar sind. Für die meisten Familien werden eher distale Belastungen berichtet. So gibt es v.a. hohe wahrgenommene Anteile an Familien in Armut, mit

Verständigungsschwierigkeiten oder einem Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter (vgl. Kap. 5.2.1).

Wichtig ist an dieser Stelle zu betonen, dass die wahrgenommenen relativen Häufigkeiten nicht als objektive Prävalenz im epidemiologischen Sinne interpretiert werden dürfen; vielmehr wurde eine subjektive Einschätzung des Anteils relevanter Fallzahlen aus Perspektive von Mitarbeitenden in der stationären Geburtshilfe erfasst.

Nach Angaben der befragten Personen werden bei durchschnittlich 12.3 % der Familien Anzeichen für Armut festgestellt. Dieser Anteil ist mit der offiziellen Statistik vergleichbar, wonach 14.6 % der Minderjährigen in Familien mit Anspruch auf Transferleistungen nach SGB II („Hartz VI“) aufwachsen (Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut, 2017). Natürlich muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass die Verwendung des Bezugs von Transferleistungen als Indikator für Armutslagen gesellschaftspolitisch und wissenschaftlich nicht konsensfähig ist. Vielmehr sind die Definition von Armut und die Berechnung von Armutsgrenzen Gegenstand intensiver Debatten, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll. In der vorliegenden Befragung wurde kein objektiver Kennwert, wie beispielsweise das monatliche Haushaltseinkommen, zur Erfassung von familiären Armutslagen verwendet, sondern der Anteil an Familien erfasst, die nach subjektiver Einschätzung der befragten Mitarbeitenden Anzeichen für Armut aufweisen.

Des Weiteren berichten die Mitarbeitenden in Geburtsstationen in 11.6 % der Fälle von einem Flüchtlings- und Asylstatus der Mutter. Im Vergleich zu den offiziellen Angaben des statistischen Bundesamtes, nach dem am 31.12.2016 lediglich 1.9 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland Schutzsuchende waren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017b), ist eine große Abweichung zwischen den relativen Häufigkeiten festzustellen. Dies könnte darin begründet sein, dass das Durchschnittsalter der Schutzsuchenden am genannten Stichtag bei 29.3 Jahren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017b) und somit im biologischen Lebensalter einer Geburt lag. Geburtskliniken scheinen aufgrund der demographischen Struktur der nach Deutschland ziehenden und schutzsuchenden Menschen überproportional stark in die gesundheitliche Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe eingebunden zu sein. Dies führt dazu, dass die Kliniken ebenfalls besonders häufig mit den damit assoziierten Schwierigkeiten – wie

beispielsweise Verständigungsschwierigkeiten, erhöhter bürokratischer und organisatorischer Aufwand – konfrontiert sind (Metzner, Schwinn, et al., 2015).

Anteilig ist die Differenz der relativen Häufigkeitsangaben zwischen der vorliegenden Erhebung und der offiziellen Statistik aber auch auf eine nur eingeschränkte vergleichbare Erfassung zurückzuführen. In dem Fragebogen der vorliegenden Studie wurde nicht nur der Anteil von Müttern mit Asylstatus einbezogen, sondern auch eine allgemeine Migration oder Zuwanderung erfasst, die in der offiziellen Statistik des Statistischen Bundesamtes der Schutzsuchenden nicht enthalten sind.

Insgesamt zeigt sich, dass im Mittel über alle Geburtskliniken hinweg knapp 8 % der Familien psychosoziale Belastungen aufweisen, die aus Sicht der Mitarbeitenden einen bedeutsamen Einfluss auf die gesunde Entwicklung des Kindes nehmen können. Familiäre Armutslagen – ein bedeutsamer Proxy für dysfunktionales Entwicklungsgeschehen und geringe Teilhabechancen – liegen sogar bei geschätzt über 12 % der versorgten Familien vor. Vor dem Hintergrund, dass mehr als jede 10. Familie scheinbare Risikofaktoren für erhöhte Morbidität und geringere soziale Teilhabe aufweist, wird die Relevanz des Themas in der geburtshilflichen stationären Versorgung deutlich. Die Bedeutung dürfte in einigen Kliniken noch größer sein: Bis zu geschätzten 45 %²⁷ der Familien sind aus der Perspektive von Mitarbeitenden von Armut bedroht.

Der Aufbau von Versorgungsstrukturen, die explizit psychosoziale Aspekte betrachten, scheint vor dem Hintergrund der hohen anteiligen Fallzahlen mehr als gerechtfertigt – und in einigen Kliniken unabdingbar.

Vergleichbare Studien, die die Häufigkeit von Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen aus der Perspektive von Mitarbeitenden in der stationären Geburtshilfe erfassen, liegen nicht vor. Jedoch wird von Akteuren der Pädiatrie – wie der „American Academy of Pediatrics“ (APP Council on Community Pediatrics, 2016) oder des „Royal College of Paediatrics and Children Health“ (Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH) & Child Protection Action Group, 2017) – auf die Bedeutsamkeit von kindlichen Armutslagen und deren gesundheitsbezogene Konsequenzen hingewiesen. Sie appellieren an einschlägige Interessenvertretungen im Gesundheitswesen sowie

²⁷ Nach Bereinigung um Outlier (vgl. Tabelle 9)

politische Entscheiderinnen und Entscheider, Familien in Armutslagen zu beachten, deren Lebensumstände zu verbessern und Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Vor allem materielle Armutslagen von Familien sind ein bedeutsamer Risikofaktor für negative Entwicklungsverläufe, da diese mit zahlreichen anderen Belastungen und Risiken sowie einer dysfunktionalen kindlichen Entwicklung, schlechtem gesundheitlichen Allgemeinzustand und reduzierter gesellschaftlicher Teilhabe verbunden sind. Die Folgen von materiell und finanziell deprivierten Lebensumständen in der Kindheit sind bis ins hohe Erwachsenenalter belegt. Sie werden häufig intergenerational „vererbt“. Familiäre Armutslagen können somit als Proxy bzw. Stellvertreter für psychosoziale Belastungs- und Risikolagen von Familien interpretiert werden, da Armut augenscheinlich mit zahlreichen anderen ungünstigen Entwicklungsumständen in Zusammenhang stehen.

Entsprechend wurde in einem nächsten Schritt der wahrgenommene Anteil an versorgten Familien in Armutslagen für das Setting der stationären Geburtshilfe genauer untersucht. Für die vorliegende Befragung wurde analysiert, inwieweit die relativen Fallzahlen mit geographischen und strukturellen Merkmalen der Krankenhäuser sowie dem Anteil an Familien mit anderen Belastungsfaktoren im Zusammenhang stehen. So soll die Frage beantwortet werden, ob sich a) der wahrgenommene Anteil an Familien in Armutslagen zwischen den Regionen, der Krankenhausgröße sowie der Trägerschaft unterscheidet und b) relativ viele Familien in Armutslagen auch mit einer erhöht wahrgenommenen relativen Häufigkeit von Familien mit anderen distalen und proximalen Belastungen einhergehen.

Im Rahmen der linearen Regression mit Kreuzvalidierung konnte gezeigt werden, dass der subjektiv geschätzte Anteil an Familien in Armutslagen sowohl mit geographischen und strukturellen Merkmalen als auch mit der wahrgenommenen relativen Häufigkeit an Familien mit anderen distalen und proximalen Belastungen in Zusammenhang steht. Im finalen Modell zeigte sich, dass der berichtete Anteil an Familien in Armutslagen in Kliniken in NRW und der Region Mitte im Vergleich zu Baden-Württemberg signifikant höher ist. Auch im ländlichen und dünn-besiedelten Siedlungsraum berichten Mitarbeitende in der stationären Geburtshilfe von einem signifikant höheren Anteil an Familien in Armutslagen als jene Mitarbeitende, die in großstädtischen Krankenhäusern tätig sind. Auch ein Zusammenhang mit der Klinikgröße scheint

gemäß der Ergebnisse vorhanden zu sein: In großen Kliniken ist der berichtete Anteil an Familien in Armutslagen signifikant höher als in kleineren Kliniken.

Die relative Häufigkeit von Familien mit anderen distalen und proximalen Belastungen wurde ergänzend in das Regressionsmodell integriert. Hier zeigt sich, je höher der Anteil an Familien in Armutslagen angegeben wird, desto größer sind auch die wahrgenommenen relativen Fallzahlen für andere psychosoziale Belastungen: Je höher der wahrgenommene Anteil an Familien in Armutslagen, desto höher war auch die berichtete relative Häufigkeit von jungen Eltern, Familien mit Verständigungsschwierigkeiten, Familien mit Anzeichen für psychische Störungen, Substanzmissbrauch und anderen Beeinträchtigungen bei Mutter und / oder Vater sowie konflikthafter elterlichen Beziehungen und häuslicher Gewalt. Kein Zusammenhang hingegen konnte zur relativen Anzahl an alleinerziehenden Elternteilen, einem Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter, Anzeichen für Kindeswohlgefährdung sowie mangelnder elterlicher Zuwendung gefunden werden.

In den einleitenden Kapiteln wurde dargestellt, dass Armutslagen mit einer Vielzahl an anderen sozialen und gesundheitsbezogenen Belastungen und Risikofaktoren im Zusammenhang stehen. Dies konnte auch die vorliegende Analyse bestätigen.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass aufgrund der Anlage der Erhebung keine Aussage auf Ebene der Familien möglich ist; die Annahme, dass dann, wenn *eine* Familie arm ist, diese *eine* Familie dann auch signifikant häufiger mit anderen belastenden Lebensumständen konfrontiert wäre, ist nicht zulässig. Vor diesem Hintergrund scheint eine Einordnung der vorliegenden Ergebnisse in den internationalen Forschungskontext – z.B. durch Vergleich mit Befunden aus längsschnittlichen Kohorten-Studien – nicht möglich zu sein.

Bei der Versuchsplanung und Designentwicklung war dieser Vergleich auch nicht beabsichtigt. Vielmehr diente die Einschätzung der Anteile von psychosozial belasteten Familien einer Problembeschreibung für den Versorgungsbereich der stationären Geburtshilfe und nicht der Identifikation von familienbezogenen Risikokonstellationen. Zentral bei der Designentwicklung war somit die Frage: Wie häufig werden Mitarbeitende in Geburtskliniken mit psychosozial belasteten Familien konfrontiert und welche Risikofaktoren treten besonders häufig auf? Auf der Basis des gewählten Vorgehens ist somit zusammenfassend die folgende Aussage zulässig: Versorgt eine Klinik einen relativ hohen Anteil an Familien in Armutslagen, so geht dies mit ebenfalls

erhöhten relativen Fallzahlen von Familien in anderen risikobehafteten Lebenslagen einher.

Wie ebenfalls in den einleitenden Kapiteln dargestellt, ist die Versorgung von psychosozial belasteten Familien scheinbar mit erhöhtem Arbeits- und Versorgungsaufwand verbunden (vgl. Kap. 3.3). Die vorliegende Studie liefert einen Beitrag zu dieser Diskussion: Vor allem eine nicht ausreichende Liquidierungsgrundlage und knappe personelle Ressourcen wurden als Gründe dafür genannt, dass die Versorgung von psychosozial belasteten Familien eine Herausforderung für die stationäre Geburtshilfe darstellt. Dies ist unabhängig davon, ob lediglich eine oder relativ viele Familien in belastenden Lebenslagen stationär betreut werden.

Diese quantitativen Befunde decken sich mit Ergebnissen des qualitativen Befragungsteils der vorliegenden Studie. Auch hier geben die befragten Mitarbeitenden Personal- und Zeitknappheit als größtes Problem bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien an (Steffen & Blum, 2018).

Die gesundheitliche Versorgung von Familien in finanziell und materiell deprivierten Lebenslagen stellt besondere Anforderungen an die Gesundheitsversorgung. Dies scheint auch international Konsens zu sein. Als Reaktion auf die besonderen Bedürfnisse und die erhöhte Vulnerabilität von sozial benachteiligten Kindern und Familien wurde in Kanada beispielsweise die sogenannte RICHER Initiative (Responsive, Intersectoral-Interdisciplinary, Child-Community, Health, Education and Research) als „soziale Pädiatrie“ gegründet (Lynam et al., 2011). In dieser Initiative arbeiten interdisziplinär und intersektoral Akteure des Gesundheitswesens, der primären Gesundheitsversorgung und anderer kommunaler Organisationen und Einrichtungen zusammen, um Versorgungslücken von Kindern und Familien in risikobehafteten Lebenslagen zu identifizieren und zu schließen. Es zeigte sich, dass RICHER die besonderen Bedürfnisse von vulnerablen Zielpopulationen berücksichtigt und zu deren Empowerment beiträgt (Wong et al., 2012). Auch kann ergänzend angenommen werden, dass durch eine arbeitsteilige Versorgung ein Beitrag zur effizienten Nutzung der personellen und finanziellen Ressourcen bei allen beteiligten Institutionen geleistet werden kann.

Zusammenfassend zeigte die vorliegende Analyse, dass die Versorgung von Familien in belastenden Lebenslagen ein relevantes Thema für die stationäre geburtshilfliche Versorgung darstellt, wobei geographische und strukturelle Unterschiede in der Bedeutsamkeit auszumachen sind. In Abhängigkeit von der versorgten Patientenklientel und dem damit einher gehenden Bedarf an psychosozialer Versorgung, sollten Strukturen etabliert werden, die die intersektorale Zusammenarbeit ermöglichen und durch arbeitsteilige Prozesse personelle Ressourcen im pflegerischen und ärztlichen Dienst entlasten.

6.1.2. Intersektorale Kooperation bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der stationären Geburtshilfe

In einem weiteren Schritt wurden in der vorliegenden Arbeit die strukturelle Versorgung von psychosozial belasteten Familien und der Umsetzungsstand Früher Hilfen in Geburtskliniken deskriptiv untersucht. Es zeigte sich, dass Mitarbeitende von knapp 60 % der Kliniken an lokalen Netzwerktreffen teilnehmen oder konkret planen dies zu tun. Weitere 57 % der Kliniken betreiben Öffentlichkeitsarbeit im Kontext Früher Hilfe und 54 % haben verbindliche Ziele festgelegt oder planen dies zu tun. Am seltensten sind hingegen schriftliche Prozess-Standards oder Verfahrensanweisungen zur internen Organisation sowie die Einrichtung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen in Geburtskliniken vorhanden oder in Planung: Beides ist auf knapp 29 % der Geburtsstationen umgesetzt oder geplant. Doch gerade die letztgenannten Maßnahmen – nämlich die Zuschreibung klarer Verantwortlichkeiten in Form von Standards und die Bereitstellung personeller Ressourcen – könnte einen bedeutsamen Beitrag zur Entlastung des Stationspersonals und zur Erhöhung der Versorgungsqualität leisten. Beide Maßnahmen setzen jedoch das Bereitstellen von finanziellen Mitteln voraus. Da keine sozialrechtlichen Grundlagen für die Etablierung psychosozialer Versorgungsstrukturen außerhalb des Sozialdienstes vorliegen, kann dies ausschließlich auf freiwilliger Basis von Seiten der Krankenhausträgerschaft und -direktion umgesetzt werden. Im Vergleich zu den notwendigen strategischen und operativen Ressourcen, die mit der Etablierung von konkreten Verfahrensanweisungen oder der Bereitstellung einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen einhergehen, scheinen die Teilnahme von Netzwerktreffen und die Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit leichter umsetzbar, ressourcenschonender und konsensfähiger zu sein.

Mögliche Ursachen für eine ausbleibende oder erschwerte intersektorale Kooperation wurden auch in der vorliegenden Befragung erfasst. Die Mitarbeitenden nannten am häufigsten eine zu kurze Verweildauer der Familien als primäres Kooperationshemmnis, wodurch das Feststellen eines psychosozialen Hilfebedarfs nur sehr schwer ermöglicht würde. Auch ausbleibende Rückmeldung von Seiten der Frühen Hilfen und fehlende Zeit für eine intensive Beratung werden als Ursache für eine geringe Kooperationsquote der jeweiligen Geburtskliniken mit der Kinder- und Jugendhilfe oder den Frühen Hilfen angegeben. Vorbehalte gegenüber den Frühen Hilfen und eine reduzierte Relevanz des Themas in der Geburtshilfe sowie eine nicht vorhandene Unterstützung durch Führungskräfte spielen nach Angaben der Mitarbeitenden eine eher untergeordnete Rolle

Die Einordnung der vorliegenden Ergebnisse in den internationalen Forschungskontext ist nur eingeschränkt möglich, da es keine Studien gibt, die explizit die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Geburtskliniken und dem Gemein- und Sozialwesen oder der Kinder- und Jugendhilfe untersuchen. Auch die Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens sind international nicht vergleichbar (vgl. Kap. 3.3.1).

Eine Studie in Australien untersucht jedoch die Überleitung von Müttern nach der Geburt innerhalb des Gesundheitssektors von der Schwangerschafts- und Geburtsversorgung in die „child and family health services“ (Psaila, Kruske, et al., 2014). Die in der vorliegenden Analyse gefundenen Hemmnisse bei intersektoraler Kooperation werden durch diese Studie weitestgehend bestätigt: eine mangelnde Kommunikation sowie ein ineffizienter und ineffektiver Informationsaustausch erschweren eine wirksame Überleitung von einem Helfersystem in das andere. Als Ursachen hierfür werden in der Studie personelle Engpässe, kurze stationäre Verweildauern, geringe Schnittstellen zwischen den Systemen und Spannungen zwischen den Akteuren aufgrund von Rollenkonflikten genannt (Psaila, Schmied, et al., 2014; Psaila, Fowler, et al., 2014; Psaila et al., 2015). Doch gerade für Familien in risikobehafteten Lebenslagen ist die poststationäre Anbindung unabdingbar (Psaila, Kruske, et al., 2014). Zur Verbesserung der Überleitung werden ein elektronischer Datenaustausch zwischen den beteiligten Akteuren, regelmäßige Treffen sowie die

Klärung von Verantwortlichkeiten oder die Einrichtung einer koordinierenden Instanz von der Autorenschaft empfohlen.

Zu Kooperationen zwischen Einrichtungen innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe liegen Befunde aus Schweden vor (Norman & Axelsson, 2007). Es zeigte sich, dass organisatorische und kulturelle Unterschiede zwischen den Einrichtungen, Loyalitätskonflikte sowie ebenfalls ein Mangel an Ressourcen eine Zusammenarbeit innerhalb des Sektors der Kinder- und Jugendhilfe erschweren.

Aus den wenigen internationalen Studien zu Kooperationsmerkmalen liegen zusammenfassend Hinweise vor, dass die intrasektorale Kooperation *innerhalb* eines Helfersystems aufgrund unterschiedlicher Hemmnisse erschwert wird. Wird nun eine Zusammenarbeit *zwischen* unterschiedlichen Sektoren angestrebt, so liegt die Vermutung nahe, dass die Hemmnisse und Hürden in diesem Falle noch einmal schwerwiegender sind. Diese Annahme wird von einigen empirischen Ergebnissen gestützt: Hohe sektorale Diversität eines Netzwerks scheint negativ mit dem Kooperationsprozess im Zusammenhang zu stehen (Brown et al., 2017). Des Weiteren scheint das Kooperationsergebnis umso schlechter zu sein, je größer die Heterogenität zwischen den Sektoren ist (Brown et al., 2017). In der vorliegenden Befragung gaben die Mitarbeitenden jedoch an, dass Vorbehalte gegenüber Frühen Hilfen im Sinne einer Skepsis gegenüber dem anderen Helfersystem nicht ursächlich für eine geringe Vermittlung von Familien aus Geburtskliniken in die Frühen Hilfen seien. Inwieweit diese Angaben von sozialer Erwünschtheit beeinflusst sein können, wird im nachfolgenden Kapitel diskutiert (vgl. Kap. 6.2).

Kooperationshemmnisse scheinen somit international vergleichbar zu sein – selbst wenn „nur“ intrasektoral innerhalb eines Helfersystems vermittelt werden soll. Wirksame Kooperationen und Zusammenarbeit über die Grenzen des eigenen Versorgungsbereichs hinweg benötigen vor allem zeitliche und personelle Ressourcen, aber auch eine klare Zuschreibung von Verantwortlichkeiten zur Vermeidung von Rollen- und Loyalitätskonflikten. Auch eine zentrale vermittelnde und den Prozess steuernde Instanz kann intersektorale Kooperationen stärken.

Dies setzt natürlich die Bereitstellung und Finanzierung dieser koordinierenden Instanz voraus, wie es Corbin et al. (2016) als grundlegende Voraussetzung für intersektorale Kooperation formulierten. Aber auch eine effektive Führung innerhalb des Netzwerks mit dem Fokus auf Integration und Inspiration ist gemäß dieser Studie unerlässlich. Als bedeutsam stellte sich aber vor allem die Entwicklung einer gemeinsamen Mission heraus, die von allen Partnern im Netzwerk geteilt wird.

Auch in Deutschland scheint die intersektorale Kooperation zwischen der stationären Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe oder den Frühen Hilfen noch nicht systematisch zu erfolgen, wie die vorliegende Analyse belegt. In einem nächsten Schritt wurde in der vorliegenden Arbeit der Zusammenhang zwischen dem Umsetzungsstand Früher Hilfen – operationalisiert durch die Einrichtung einer spezifischen Funktion Früher Hilfe und der Teilnahme am Netzwerk – und strukturellen und geographischen Merkmalen der Kliniken analysiert. Auch der Einfluss eines potentiellen wahrgenommenen Bedarfs an Frühen Hilfen sowie ausgewählte mögliche Kooperationshemmnisse wurde regressionsanalytisch berücksichtigt. Im Rahmen der Analysen wurden zwar einzelne bedeutsame Zusammenhänge mit ausreichender explorativer Güte identifiziert, jedoch schränkt vor allem die schlechte Prognosequalität die Robustheit beider Modelle erheblich ein.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Funktion Frühe Hilfen in einer Geburtsklinik vorhanden ist, kann auf Basis des Modells am zuverlässigsten erklärt werden: Durch das Modell kann die Vorhersagegenauigkeit im Vergleich zum Zufall immerhin um knapp 25 % verbessert werden. Da es sich um die Untersuchung einer Maßnahme in einem komplexen, multifaktoriell beeinflussten Feld handelt, könnte diese Steigerung der Prognosegenauigkeit bereits als bedeutsam angesehen werden, wobei empirische Kennwerte aus vergleichbaren Studien fehlen.

Des Weiteren wird auch die Verwendung des *AUC*-Kennwerts zur Überprüfung der Modellqualität gerade im Falle von unbalancierten Gruppen gelegentlich als nicht angemessen beschrieben und die Anwendung von alternativen Prozeduren empfohlen (LeDell, van der Laan & Petersen, 2016; Ren et al., 2018).

In diesem Bereich ist eindeutig weiterer Analysebedarf festzustellen: Das Modell zur Vorhersage einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen in Geburtskliniken sollte mit anderen oder ergänzenden Prädiktoren und alternativen statistischen Kennwerten

überprüft werden. In Bezug zur Prädiktorauswahl könnte beispielsweise das Vorhandensein einer Förderpolitik auf Ebene der einzelnen Bundesländer einen bedeutsameren Vorhersagebeitrag leisten, als lediglich die gruppierte Region. Von Seiten der Landespolitik wird vereinzelt der Ausbau Früher Hilfen in Geburtskliniken gezielt gefördert (Rheinland-Pfalz), wobei systematisch aufbereitete Informationen für alle Bundesländer noch nicht vorliegen.

Trotz eines weiteren Analysebedarfs und der nicht eindeutig zu interpretierenden prognostischen Kennwerte scheint der Strukturaufbau Früher Hilfen in Geburtskliniken noch nicht systematisch zu erfolgen. Dies wird von qualitativen Daten gestützt. Die Tatsache, dass Frühe Hilfen in einer Geburtsklinik etabliert sind, scheint weniger von Merkmalen der Kliniken, dem subjektiv eingeschätzten Bedarf oder bestimmten strukturellen Kooperationshemmnissen abzuhängen. Vielmehr scheinen andere Faktoren Einfluss zu nehmen, die eher unspezifischer oder zufälliger Natur sind – wie beispielsweise die Initiative und das Engagement einzelner Mitarbeitenden in den Kliniken (Steffen & Blum, 2018).

6.2. Limitationen

In diesem Kapitel sei auf methodische Limitationen hingewiesen, die die Aussagekraft der vorliegenden Befunde einschränken.

Erstens zeigte sich, dass einige Items des verwendeten Fragebogens nicht valide von den Personen der Stichprobe beantwortet werden konnten. An der Befragung nahmen v.a. Mitarbeitende des ärztlichen und pflegerischen Dienstes teil, die mit eher operativen Prozessen der Patientenversorgung betraut sind. Fragen, die jedoch die strukturelle und personelle Ausgestaltung der Station betrafen, konnten durch die befragten Personen nicht zuverlässig beantwortet werden oder sie hätten von den teilnehmenden Mitarbeitenden aufwändig recherchiert werden müssen. Die Angabe von Vollzeitäquivalenten, die Geburtenzahlen der Station oder die Frage der Förderung Früher Hilfen aus Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen²⁸ sind beispielsweise solche Items. Zwar sollte der Fragebogen per Instruktion auch an andere Mitarbeitende weitergereicht werden; dies erfolgte in der Praxis aber wohl nur sehr eingeschränkt. Eine intensivere und größer angelegte Pretestung des Fragebogens hätte hier Abhilfe

²⁸ Für dieses Item liegt mit $n = 162$ (42.3 %) ein sehr hoher Anteil an fehlenden Werten vor.

schaffen und möglicherweise diese Fehlentwicklung bei der Fragebogenkonstruktion aufdecken können. Zukünftig könnte auch der Einsatz zweier unterschiedlicher Fragebögen sinnvoll sein: Ein Fragebogen, der die klinische Versorgung von psychosozial belasteten Familien im Stationsalltag erfasst und von Pflegekräften, Hebammen und Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt wird, sowie ein weiterer Fragebogen, der sich an Mitarbeitende auf Ebene der Verwaltung und Leitung richtet und in dem Informationen zu strukturellen Prozessen und organisatorischen Rahmenbedingungen in den Geburtskliniken erhoben werden.

Gerade Informationen über die personelle Ausstattung im Sinne einer Personalbemessungsquote und Informationen über Fördermittel in der Klinik hätten für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellungen von großer Bedeutung sein können, da die Bewertung der Versorgung von psychosozial belasteten Familien und dem Strukturaufbau Früher Hilfen von der Verfügbarkeit personeller und finanzieller Ressourcen abhängig sein könnte.

Zum Zweiten sei im Bereich der strukturellen Merkmale, die zur Beschreibung der Geburtskliniken herangezogen wurden, auf die nicht einheitlichen Zeitpunkte der Erfassung hingewiesen. So bezieht sich die Anzahl an jährlichen Geburten auf das Jahr 2015. Andere Merkmale, wie beispielsweise der Kaufkraftindex oder auch die Anzahl an Planbetten, stammen jedoch aus dem Jahre 2017. Da es sich bei der stationären Geburtshilfe um ein aktuell sehr dynamisches und von vielen Anpassungs- und Umstrukturierungsprozessen betroffenes Forschungsfeld handelt, könnten die unterschiedlichen Messzeitpunkte Einfluss auf die Aussagekraft der Parameterschätzungen nehmen. Hinweise über das Ausmaß der Beeinflussung liegen jedoch nicht vor.

Zum Dritten kann nicht ausgeschlossen werden, dass viele Angaben der Mitarbeitenden von sozialer Erwünschtheit oder Selbstdarstellungstendenzen beeinflusst sind. Der Feldzugang erfolgte stets über die Klinikdirektion und die cheförztlische Leitungsebene, von wo aus der Fragebogen dann an Mitarbeitende des ärztlichen und pflegerischen Dienstes weitergeleitet wurde. Trotz der Zusicherung, dass anhand der Angaben keine Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Krankenhäuser möglich sind, könnte es sein, dass einzelne Beurteilungen in der Tendenz positiver ausfielen: Die Aufforderung, den Fragebogen auszufüllen, wurde von einem Mitglied der Leitungsebene übermittelt, was

eine hinreichende motivationale Vorbedingung für verzerrende Antworttendenzen darstellt. Da Mitarbeitende in Krankenhäusern nur mit Zustimmung der Klinikdirektion und über die cheförztliche Leitungsebene kontaktiert werden können, kam ein alternatives Vorgehen bei dem Feldzugang nicht in Betracht. Bei zukünftigen Erhebungen könnte jedoch die Implementierung spezieller Items, die Hinweise auf verzernte Antworttendenzen identifizierbar und ggf. kontrollierbar machen, sinnvoll sein.

Des Weiteren sind auch auf Ebene der statistischen Auswertung limitierende Aspekte vorhanden. Im Rahmen des Preprocessings, das vor den logistischen Regressionen durchgeführt wurde, wurden Datenreihen mit fehlenden Werten ausgeschlossen (vgl. Kap. 5.3.3 und Kap. 5.3.4). Doch auch für dichotome Variablen stehen multiple Imputationsverfahren zur Verfügung, wobei für binäre Variable mit nur zwei möglichen Ausprägungen die Präzision und Genauigkeit der Schätzung deutlich reduziert sein dürfte. Eine weitere leicht umzusetzende Strategie besteht darin, fehlende Werte als eigenständige zusätzliche Kategorie in das Modell aufzunehmen. Dieses Vorgehen wurde geprüft, jedoch zeigte sich, dass die Anzahl an Fallausschlüssen nach erfolgter Diagnostik von einflussnehmenden Fällen stark zunahm. Im Ergebnis war die Anzahl an Fällen, die in die Regressionsschätzung eingeschlossen werden konnten, geringer als im Falle eines Ausschlusses der Datenreihen mit fehlenden Werten. Mögliche statistische Ursachen, die zu dem Anstieg der Anzahl einflussnehmender Fälle geführt haben könnten, sind an dieser Stelle noch unbekannt. Fehler in der Programmierung können ausgeschlossen werden, da dies sorgfältig geprüft wurde. Hier sollte die Analyse möglicher Ursachen fortgesetzt werden.

Ein weiterer limitierender Aspekt betrifft die angewandte statistische Routine bei allen Regressionsanalysen. So ist das Aufsplitten des Gesamtdatensatzes in nur zwei Partitionen ohne wiederholte Gruppierungsprozedur leicht fehleranfällig. Auch wenn die Stichprobengröße als hinreichend groß für die Anwendung einer Kreuzvalidierung eingeschätzt wurde, werden die Stabilität der Parameterschätzung und die anschließende Überprüfung der Robustheit des Modells von Samplingeffekten beeinflusst sein. Hier hätte die Validierungsprozedur der „k-fold cross validation“ Abhilfe schaffen können (Houwelingen & Sauerbrei, 2013): Bei diesem Vorgehen wird die Gesamtstichprobe in k Datensätze unterteilt. Anschließend wird einer der k Datensätze als Testdatensatz und

die Gesamtheit der anderen $k-1$ Datensätze als Trainingsdatensatz verwendet, woran dann die Parameterschätzung vorgenommen wird. Das Modell wird anschließend an dem Testdatensatz kreuzvalidiert. Zur Reduktion des Einflusses von Samplingeffekten auf die Modellformulierung und -prüfung wird diese Prozedur (inkl. Parameterselektion und Kreuzvalidierung) nicht nur einmal, sondern k mal durchgeführt. (Krstajic et al., 2014). Relevante Kennwerte der Parameterselektion und Modellbewertung sind dann die Durchschnittswerte über alle Durchgänge. Diese Routine kann und sollte anschließend in einer bestimmten Anzahl wiederholt werden, wobei bei jedem wiederholten Durchgang neue Partitionen erstellt werden (bewährt haben sich 3 – 5 Wiederholungen).

Aktuell liegt jedoch noch keine erprobte und bewährte Routine für Datensätze mit Zellgewichtung für den Einsatz in R vor. Ein entsprechender Algorithmus („Learner“) sollte programmiert, getestet und anschließend auf die vorliegenden Daten angewendet werden.

6.3. *Implikationen und Fazit*

Der Zusammenhang zwischen sozial und materiell deprivierten Lebensumständen und dysfunktionalen Entwicklungsverläufen ist schon seit vielen Dekaden bekannt (Flores & The Committee on Pediatric Research, 2010). Auch von Seiten des Statistischen Bundesamtes wurde erst in einer kürzlich veröffentlichten Presseerklärung auf soziale Determinanten von Gesundheit und gesellschaftlicher Teilhabe im Kindesalter hingewiesen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018b).

Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens sind mit den Konsequenzen von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit konfrontiert, die stationäre Geburtshilfe ist da keine Ausnahme: Soziale Benachteiligung hat einen negativen Einfluss auf Schwangerschaft, Geburt und die postnatale Phase (z.B. Goeckenjan et al., 2009). Aufgrund dessen scheint die Anerkennung von sozialen Determinanten als ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit von Müttern und Kindern unerlässlich. Auch Mitarbeitende der stationären Geburtshilfe stellt die Versorgung vor große Herausforderungen. Die Etablierung von Versorgungsstrukturen, die primär die psychosoziale Lebenslage von Familien betrachten, scheint gerade in Häusern mit spezifischen geographischen Merkmalen und einer hohen relativen Fallzahl unabdingbar.

Vor oder während des stationären Aufenthaltes von Schwangeren sollte eine Abschätzung sozialer Risikokonstellationen sowie die Einleitung indizierter psychosozialer Interventionen oder sekundär präventiver Maßnahmen systematisch berücksichtigt werden. Um vorhandene knappe Ressourcen im klinischen Versorgungsalltag effizient und passgenau einsetzen zu können, kann der Einsatz von geeigneten standardisierten Screeninginstrumenten zur Erfassung sozialer Determinanten von Gesundheit einen hilfreichen Beitrag leisten (Andermann, 2018).

Des Weiteren sind die sozial- und gesundheitspolitischen Vertretungen aufgefordert, einschlägige sozialrechtliche Rahmenbedingungen und nachhaltige Finanzierungsgrundlagen zum Aufbau psychosozialer Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu schaffen, wobei sie von allen Interessenvertretungen akzeptiert und mitgetragen werden müssen. Auch wenn die Forderung nach der Etablierung und Finanzierung von konsensfähigen sozialrechtlichen Strukturen für die präventive Versorgung von Familien in benachteiligten Lebensumständen utopisch erscheinen mag, so konnten doch in einigen Bundesländern erste Erfolge erzielt werden: Gemäß Fördergrundsätzen unterstützt beispielsweise das Land Rheinland-Pfalz seit 2008 den Aufbau Früher Hilfen auch in Geburtskliniken mit jährlich 1.4 Mio. Euro (Rheinland-Pfalz, o. J.). Des Weiteren wird die Einrichtung von „Babylotsen“ in der stationären Geburtshilfe in einigen Bundesländern, wie beispielsweise in Hamburg und Baden-Württemberg, systematisch unterstützt.

Auch wenn die Etablierung spezieller Förderprogramme begrüßenswert ist, so können diese aufgrund des eher geringen Fördervolumens jedoch lediglich als Ausgangspunkt einer notwendigen Entwicklung gesehen werden. An dieser Stelle sei auf das hohe zu erwartende „return-of-investment“ verwiesen: Wenn es gelingt, vulnerable Familien durch entsprechende Versorgungsstrukturen im Gesundheitssektor schon frühzeitig in präventive Unterstützungsangebote überzuleiten, kann der Strukturaufbau Früher Hilfen als ein sinnvolles und ökonomisch effizientes sozial- und gesundheitspolitisches Investment angesehen werden, von dem die gesamte Volkswirtschaft langfristig profitiert.

Doch wie die vorliegende Analyse zeigt, erfolgt der Aufbau von psychosozialen Versorgungsstrukturen in der stationären Geburtshilfe eher unsystematisch. Die

Initiative und ein hohes Engagement einzelner Mitarbeitenden des Gesundheitswesens oder der Kinder- und Jugendhilfe stoßen die Etablierung von festen Verantwortlichkeiten an der Schnittstelle zum anderen Helfersystem an, nicht aber eine bundeseinheitliche Förderpolitik.

Hier wird scheinbar eine große Chance vertan, Familien in sozial benachteiligten Lebensumständen schon früh und systematisch in niedrigschwellige präventive Angebote zu vermitteln und so einen Beitrag zu leisten, um gesundheitliche und soziale Ungleichheit zu reduzieren. Auch ein günstiger Zeitpunkt der Intervention verstreicht oftmals, bestünde doch in der Zeit rund um die Geburt eines Kindes aufgrund hoher elterlicher Akzeptanz und Bereitschaft zur Hilfeannahme die gute Gelegenheit, Eltern zusätzliche Unterstützung zu empfehlen. Der Aufbau psychosozialer Versorgungsstrukturen in Geburtskliniken könnte auch in Kombination mit der Zertifizierung „babyfreundliches Krankenhaus“ kommuniziert werden, was die Legitimität der Betrachtung psychosozialer Problemlagen in der Geburtsklinik erhöhen dürfte. Des Weiteren könnte mit einer passenden Kommunikationsstrategie dieser psychosozialen Versorgungsstrukturen eine Erhöhung der Fallzahlen erreicht werden.

Ein weiterer Vorteil, der mit der Bereitstellung spezifischer Versorgungsstrukturen in Geburtskliniken einhergeht, könnte in einer potentiellen Entlastung personeller Ressourcen im ärztlichen und pflegerischen Dienst bestehen. Vor dem Hintergrund einer fortschreitenden Fragmentierung von medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sowie einer zunehmend arbeitsteilig organisierten stationären Versorgung scheint es nur konsequent, dass auch psychosoziale Aufgaben der Versorgung in den Verantwortungsbereich spezifisch ausgebildeter Fachkräfte übergeben werden. Dies würde vor dem Hintergrund des stetig zunehmenden Fachkräftemangels, von dem der pflegerische und ärztliche Dienst in einigen Regionen besonders stark betroffen ist, zu einem effizienten Einsatz der vorhandenen personellen Ressourcen beitragen: Mitarbeitende des ärztlichen und pflegerischen Dienstes könnten sich besonders auf die somatische Versorgung von Müttern und Kindern konzentrieren; die psychosoziale Betreuung sowie die fallübergreifende Netzwerkarbeit wird dagegen von einer speziellen Fachkraft übernommen.

Das Delegieren bestimmter Versorgungsbereiche an eine spezifische Fachkraft, die sich der Betreuung von Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen annimmt, kann auch

mit einer Erhöhung der Psychohygiene aller Mitarbeitenden der Station einhergehen: Bei einem „unguten Bauchgefühl“ erhält das Stationspersonal kompetente und schnelle Unterstützung und wird durch Abgabe der Verantwortung nicht nur zeitlich, sondern auch psychisch entlastet.

Doch nicht nur das Gesundheitswesen ist in der Verantwortung. Um möglichst viele vulnerable Familien möglichst früh zu erreichen, sollte Prävention als eine Aufgabe des gesamten Gemeinwesens verstanden werden: Alle relevanten Akteure arbeiten intersektoral und interdisziplinär auf kommunaler Ebene zusammen, die entsprechenden Angebote sind ineinander verzahnt und Verantwortlichkeiten innerhalb der Einrichtungen klar definiert. Des Weiteren gibt es eine zentrale, koordinierende Instanz (Fierman et al., 2016). Auch die Kinder- und Jugendhilfe ist in der Pflicht, einen responsiven Austausch mit dem Gesundheitswesen zu gestalten und Angebote, in die übergeleitet werden kann, vorzuhalten.

Die Entwicklung ausgehend von kleinen Projekten, die auf Initiative der Praxis und Zivilgesellschaft entstanden sind, hin zu landesweiten Präventionsprogrammen, die alle staatlichen Institutionen einschließen, wird auch in der internationalen Gesundheitsförderung als wegweisende Strategie angesehen, vulnerable Bevölkerungsgruppen zu stärken und regionale Kooperationen aller relevanter Akteure zu fördern (Richter et al., 2017). Der eingeschlagene Weg des Strukturaufbaus Früher Hilfen in Deutschland folgt dieser Strategie und sollte konsequent fortgeführt werden.

Doch welche strukturell-organisatorischen Bedingungen und Prozesse für das Gelingen einer intersektoralen Kooperation zur Gesundheitsförderung effektiv und effizient sind, gilt es weiter zu erforschen. Dies könnten beispielsweise Präventionsketten oder zentralisierte Einrichtungen wie Familienzentren sein, in denen alle kommunalen Akteure des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe an einem Ort vertreten sind. Beim Aufbau solcher kommunaler Präventionszentren hat sich das Prinzip des „Community Developments“ bewährt, bei dem der Strukturaufbau in engem Austausch mit der Bevölkerung erfolgt. Über Partizipation und Entwicklung der Quartiere – was auch ganz konkret eine „Verschönerung“ des Lebensraums beinhalten sollte – können Akzeptanz und Inanspruchnahme kommunaler, präventiver Angebote durch vulnerable und schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen erhöht werden. Hier

ist die Annahme wichtig, dass Bewohner ihren Lebensraum gestalten sollten und nicht andersherum.

Doch auch in diesem Zusammenhang besteht intensiver Forschungsbedarf. So sind beispielsweise Aspekte der Gestaltung des Zugangs zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen und deren Partizipation noch weitestgehend unbekannt. Aus „best-practice-Modellen“ (Blackpool Better Start, 2015) liegen Hinweise vor, dass sich eine niedrigschwellige Ansprache über soziale Medien sowie das Anbieten von kostenlosen Leistungen (z.B. Erfrischungen) bewährt hat. Die Ansprache durch Peers hat sich ebenfalls als wirksam erwiesen (Diez Grieser, 2014) und kann mit der Nutzung sozialer Medien kombiniert werden.

In Bezug zur Elternansprache scheint darüber hinaus eine konsequente Abkehr von der Defizitorientierung zugunsten einer auf Empowerment und Ressourcen fokussierten Haltung aller beteiligten Akteure notwendig. Dies kann durch einen non-direktiven und non-normativen sowie unmittelbar die Bedürfnisse und Lebenswirklichkeit der vulnerablen Bevölkerungsgruppen adressierenden Kontakt geschehen. Die Eltern werden dort angesprochen, wo sie sich aufhalten, was einer Abkehr von den sogenannten „Komm-Strukturen“ bedeutet (Jahn et al., 2015). Im Bereich Früher Hilfen können diese Settings Geburts- und Kinderkliniken, gynäkologische und pädiatrische Praxen, aber auch Kindertagesstätten sein. Forschungsbedarf besteht jedoch eindeutig im Kennenlernen der Lebenswelten und der Erlebenswirklichkeit von sozial benachteiligten und psychosozial belasteten Familien; hier könnten ethnographisch-qualitative Forschungsansätze gewinnbringend eingesetzt werden (Hansen, Holmes & Lindemann, 2013).

Neben dem Aufbau und der nachhaltigen Absicherung von lokalen, intersektoralen Präventionsstrukturen sowie der Förderung der Inanspruchnahme von Angeboten und der Partizipation vulnerabler Bevölkerungsgruppen an der Strukturentwicklung ist als weitere bedeutsame Hürde der Datenschutz zu nennen. Auch wenn datenschutzrechtliche Bestimmungen als elementare Persönlichkeitsrechte nicht außer Kraft gesetzt werden dürfen, so erschwerten sie doch die effiziente Zusammenarbeit zwischen Akteuren unterschiedlicher Einrichtungen. Radikale Forderungen, wie beispielsweise die Verknüpfung von Melde-, Sozial- und Gesundheitsdaten (Kiess et al.,

2009; Psaila, Schmied, et al., 2014), sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht umzusetzen. In der vorliegenden Studie gibt auch über ein Viertel der befragten Mitarbeitenden von Geburtskliniken an, dass intersektorale Kooperation aufgrund von Unsicherheiten bzgl. datenschutzrechtlicher Bestimmungen erschwert wird (vgl. Kap 5.3.2). Hier bedarf es der Aufklärung über rechtliche Bestimmungen und der Etablierung von wirksamen Routinen, wodurch ein effizienter Austausch zwischen den Einrichtungen unter Wahrung aktueller datenschutzrechtlicher Bestimmungen ermöglicht wird. Die Legitimierung von Verletzungen des Datenschutzes und damit eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsrechte zugunsten eines vermeintlich höheren Gutes, nämlich des aktiven Anbietens von Hilfe, kann durch Aufklärung und durch die Entwicklung wirksamer Routinen entgegen gewirkt werden. Besteht Handlungssicherheit in diesem Bereich, könnte sich dies positiv auf den intersektoralen Austausch auswirken.

Doch auch die wissenschaftliche Forschung ist in der Pflicht, jene Strukturen und Prozesse genauer zu untersuchen, die mit sozialen Determinanten und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Teilhabe in Verbindung stehen. So sollte das Ziel verfolgt werden, den Zusammenhang nicht nur beschreiben, sondern auch zunehmend erklären zu können. In diesem Kontext muss auch auf die von einigen Autorenschaften als einseitig empfundene Fokussierung der wissenschaftlichen Forschung auf die Verhaltensebene des einzelnen Individuums hingewiesen werden: Neben der Betrachtung der Mikroebene ist die Beschreibung von Unterschieden und Veränderungen auf makrosystemischer Ebene ebenso bedeutsam. Die Untersuchung, wie sich beispielsweise ökonomische, soziale und politische Veränderungen auf Mortalitäts- und Morbiditätsraten auswirken, ist dabei unerlässlich. Denn wenn auf der Makroebene bestimmte Zusammenhänge zum Gesundheitszustand beschrieben werden, so ist dies auch die entscheidende Ebene, auf der mögliche Erklärungen zu finden sind (Zajacova & Montez, 2017).

Nicht nur die Forschung sollte verursachende Bedingungen auf makrosystemischer Ebene vermehrt in den Fokus des Erkenntnisinteresses rücken. Die Reduktion von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit liegt in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung und kann weder vom Gesundheitswesen noch der Kinder- und Jugendhilfe oder von beiden gemeinsam bewältigt werden. Hohe Mortalität und

Morbidität sowie geringe Teilhabe- und Entwicklungschancen gehen mit prekären ökonomischen Lebensbedingungen einher. Die Diskussion, ob nun soziale und materiell deprivierte Lebensverhältnisse die Ursache oder das Ergebnis einer Entwicklung darstellen, sollte vorerst vernachlässigt werden. Erst wenn der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit als eine Art „sozial- und gesundheitspolitisches Axiom“ in der gesamten Gesellschaft akzeptiert und anerkannt ist, kann ein realistischer gesellschaftspolitischer Diskurs entstehen, im Zuge dessen wirksame und von der Gesellschaft getragene Maßnahmen zur Reduktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit umgesetzt werden können. Diese Maßnahmen sollten sowohl die makro- als auch mikrosystemische Lebenswelt von Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen berücksichtigen.

Denn gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und den damit verbunden Herausforderungen können es sich hochentwickelte und industrialisierte Gesellschaft nicht leisten, bestimmte Bevölkerungsgruppen systematisch von Entwicklungschancen auszuschließen.

Wie die vorliegende Arbeit darlegte, können Frühe Hilfen und die damit verbundene intersektorale Kooperationen einen bedeutsamen Beitrag leisten, die Entwicklungschancen der nachfolgenden Generationen zu erhöhen. Auch die gesamtgesellschaftlichen Kosten, die mit psychosozial belastenden Lebensumständen verbunden sind, können reduziert werden. Die Forderung an politische Entscheiderinnen und Entscheider, die bisher geschaffenen Strukturen Früher Hilfen nachhaltig zu sichern und weiter konsequent auszubauen, ist somit schlüssig und von gesamtgesellschaftlicher Relevanz.

7. Zusammenfassung

Merkmale der sozialen Lage stehen mit dem allgemeinen Gesundheitszustand im Zusammenhang. Frühe Hilfen sind sekundärpräventiv orientierte, familienzentrierte Unterstützungsangebote, um Entwicklungs- und Teilhabechancen von Kindern in psychosozial belastenden Lebenslagen zu verbessern. Zentrales Element Früher Hilfen ist die intersektorale Kooperation, bei der Akteure des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Die vorliegende Arbeit untersucht aus der Perspektive von Mitarbeitenden der stationären Geburtshilfe aktuelle psychosoziale Versorgungsstrukturen an der Schnittstelle zu den Frühen Hilfen.

Im Rahmen einer quantitativen Fragebogenerhebung wurden alle Geburtskliniken mit mehr als 300 Geburten im Jahre 2015 ($N = 673$) um Teilnahme gebeten. Der Aufforderung kamen Mitarbeitende aus $N = 383$ (56.9 %) Kliniken nach. Die Repräsentativität der vorliegenden Stichprobe im Hinblick auf strukturelle und geographische Klinikmerkmale kann als gesichert angesehen werden. Durch Anwendung von multiplen linearen Regressionen inkl. Kreuzvalidierung wurden Zusammenhänge zwischen dem Anteil an Familien in Armutslagen und geographischen und strukturellen Merkmalen der Kliniken sowie weiteren familiären Belastungen untersucht. Logistische Regressionen inkl. Kreuzvalidierung sollen des Weiteren den aktuellen Stand des Strukturaufbaus Früher Hilfen in Geburtskliniken – operationalisiert durch die Etablierung einer spezifischen Funktion Früher Hilfen und Teilnahme der Klinik am lokalen Präventionsnetzwerk – näher beleuchten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Analysen zeigten, dass der Anteil an Familien in Armutslagen mit geographischen und strukturellen Klinikmerkmalen, aber auch mit einem hohen Anteil an Familien mit anderen Belastungen, wie beispielsweise psychische Erkrankungen der Eltern, im Zusammenhang steht ($adjR^2 = .63$, $RMSE = .10$). Die logistischen Modelle zur Erklärung und Vorhersage möglicher Versorgungsstrukturen sind hingegen nicht eindeutig, wobei v.a. eine mäßige und unzureichende prognostische Validität zu berichten ist (Spezifischen Funktion Früher Hilfen: $Pseudo R^2 = .26$, $ACU = .62$; Teilnahme am Netzwerktreffen: $Pseudo R^2 = .24$, $ACU = .55$).

Familien in risikobehaftenden Lebenslagen stellen die stationäre geburtshilfliche Versorgung vor große Herausforderungen. Die Etablierung fester psychosozialer Versorgungsstrukturen zur effektiven poststationären Überleitung in die Kinder- und Jugendhilfe oder die Frühen Hilfen erfolgt jedoch noch nicht systematisch. Der Strukturaufbau sollte intensiviert werden, um personelle Ressourcen im ärztlichen und pflegerischen Dienst zu entlasten. Des Weiteren können Frühe Hilfen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene einen Beitrag zur Reduktion von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit leisten. In der Folge ergibt sich daraus die Forderung an politische Entscheiderinnen und Entscheider, den bisherigen Strukturaufbau Früher Hilfen in Deutschland nachhaltig zu sichern und weiter konsequent auszubauen.

8. Literaturverzeichnis

1. Adler RH (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res.* 67(6): 607–611. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
2. AEA (2003). AEA - American Evaluation Association : Response to US Department of Education. *Am Eval Assoc*
3. Andermann A (2018). Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev.* 39: 19. doi: 10.1186/s40985-018-0094-7
4. Anderson LM, Adeney KL, Shinn C, Safranek S, Buckner-Brown J, Krause LK (2015). Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database Syst Rev*(6): CD009905. doi: 10.1002/14651858.CD009905.pub2
5. Andreß H-J, Heien T (2001). Four Worlds of Welfare State Attitudes? A Comparison of Germany, Norway, and the United States. *Eur Sociol Rev.* 17(4): 337–356
6. Andridge RR, Little RJA (2010). A Review of Hot Deck Imputation for Survey Non-response. *Int Stat Rev.* 78(1): 40–64. doi: 10.1111/j.1751-5823.2010.00103.x
7. Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass
8. APP Council on Community Pediatrics (2016). Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics.* 137(4). doi: 10.1542/peds.2016-0339
9. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 8. doi: 10.3402/gha.v8.27106
10. Arslan G (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse Negl.* 52: 200–209. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.09.010
11. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches (2017). Krankenhäuser: Zahl der Geburtsstationen zurückgegangen. *Dtsch Ärztebl.*
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/186604/Krankenhaeuser-Zahl-der-Geburtsstationen-zurueckgegangen> (Zuletzt abgerufen am 15.10.2018)
12. 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). doi: 10.1186/s13012-015-0221-5
13. Ayerle D rer medic GM, Luderer C, Behrens J (2010). Modellprojekt FrühStart – Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 53(11): 1158–1165. doi: 10.1007/s00103-010-1142-8

14. Backlund E, Rowe G, Lynch J, Wolfson MC, Kaplan GA, Sorlie PD (2007). Income inequality and mortality: a multilevel prospective study of 521 248 individuals in 50 US states. *Int J Epidemiol.* 36(3): 590–596. doi: 10.1093/ije/dym012
15. Barile JP, Darnell AJ, Erickson SW, Weaver SR (2012). Multilevel measurement of dimensions of collaborative functioning in a network of collaboratives that promote child and family well-being. *Am J Community Psychol.* 49(1–2): 270–282
16. Barnhart S, Maguire-Jack K (2016). Single mothers in their communities: The mediating role of parenting stress and depression between social cohesion, social control and child maltreatment. *Child Youth Serv Rev.* 70: 37–45. doi: 10.1016/j.chidyouth.2016.09.003
17. Barth M (2015). Die rekursive Herstellung von Normalität als handlungsleitende Rahmung der Arzt-Eltern-Interaktion in den ersten pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen. *Z Für Soziol Erzieh Sozial.* 35(1): 39–52
18. Barth M (2016). Das pädiatrische Elterngespräch und Frühe Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 59(10): 1315–1322. doi: 10.1007/s00103-016-2426-4
19. Barth M, Renner I (2013). *Kindermedizin und Frühe Hilfen.* Köln: NZFH. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kindermedizin_und_Fruehe_Hilfen.pdf (Zuletzt heruntergeladen am 30.11.2018)
20. Bauer U (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung.* Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
21. Belzer F, Ebel K, Hugenschmidt B, Fressler R, Barth M (2015). Frühe Hilfen in der Kinderarztpraxis – ein Freiburger Modellprojekt. *Kinderärztl Prax.* 86: 362–368
22. Belzer F, Gölz T, Krug I, Barth M, Häffner K (2018). Zugang zu Frühen Hilfen in der Kinderklinik: Belastungsscreening als klinische Routine – differenzierte Exploration und Vermittlung durch das Fachteam. *Klin Pädiatr.* 230(02): 81–87. doi: 10.1055/s-0043-121990
23. Belzer F, Kleinert L, Buchholz A, Mall V, Barth M (2015). Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf: Der Pädiatrische Anhaltsbogen im Praxistest. *Prävent Gesundheitsförderung.* 10(4): 314–319. doi: 10.1007/s11553-015-0513-2
24. Berkowitz B (2000). Collaboration for Health Improvement: Models for State, Community, and Academic Partnerships. *J Public Health Manag Pract.* 6(1): 67
25. Berner E, Phillips B (2005). Left to their own devices? Community self-help between alternative development and neo-liberalism. *Community Dev J.* 40(1): 17–29. doi: 10.1093/cdj/bsi003

26. Best H, Wolf C (2012). Modellvergleich und Ergebnisinterpretation in Logit- und Probit-Regressionen. *KZfSS Köln Z Für Soziol Sozialpsychologie*. 64(2): 377–395. doi: 10.1007/s11577-012-0167-4
27. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E, Snyder S, Tuma F, Corso P, Schofield A, Briss PA, Task Force on Community Preventive Services (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *Am J Prev Med*. 28(2 Suppl 1): 11–39. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.004
28. Bittlingmayer UH (2008). Blaming, Producing und Activating the Victim. In: Hensen G, Hensen P (eds). *Gesundheitswesen und Sozialstaat*. Berlin, Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften, p 239–258
29. BKiSchG (2012). Bundeskinderschutzgesetz.
30. Blackpool Better Start (2015). A Better Start for Blackpool’s Children. <https://www.blackpoolbetterstart.org.uk/> (Zuletzt abgerufen am 12.01.2019)
31. Bolling S, Teervooren A (2009). Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. *Z Für Soziol Erzieh Sozial*. 29: 157–173
32. Bor J, Cohen GH, Galea S (2017). Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *The Lancet*. 389(10077): 1475–1490. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30571-8
33. Bouchard L, Albertini M, Batista R, Montigny J de (2015). Research on health inequalities: A bibliometric analysis (1966-2014). *Soc Sci Med*. 141: 100–108. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.07.022
34. Bowen DJ, Hyams T, Goodman M, West KM, Harris-Wai J, Yu J-H (2017). Systematic Review of Quantitative Measures of Stakeholder Engagement. *Clin Transl Sci*. 10(5): 314–336. doi: 10.1111/cts.12474
35. Bowlby J (1951). Maternal care and mental health. *Bull World Health Organ*. 3(3): 355–533
36. Bray R, Daly M (2016). Necessary compromises? Tensions in the delivery of parenting support in England. *Z Für Fam-J Fam Res*: 241–256
37. Breitenstein S (2016). Vergleichende Analyse von Schwangerschaftsbetreuungsparametern von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten. Dissertation, Freie Universität Berlin
38. Brick JM (2013). Unit Nonresponse and Weighting Adjustments: A Critical Review. *J Off Stat*. 29(3). doi: 10.2478/jos-2013-0026
39. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, Perez-Escamilla R, Rao N, Ip P, Fernald LCH, MacMillan H, Hanson M, Wachs TD, Yao H, Yoshikawa H, Cerezo A, Leckman JF, Bhutta ZA (2017). Nurturing care:

- promoting early childhood development. *The Lancet*. 389(10064): 91–102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3
40. Bronfenbrenner U (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Dev Psychol*. 22(6): 723–742
 41. Brookman-Frazee L, Stahmer A, Stadnick N, Chlebowski C, Herschell A, Garland A (2016). Characterizing the Use of Research-Community Partnerships in Studies of Evidence-Based Interventions in Children’s Community Services. *Adm Policy Ment Health*. 43(1): 93–104. doi: 10.1007/s10488-014-0622-9
 42. Brown LD, Wells R, Jones EC, Chilenski SM (2017). Effects of Sectoral Diversity on Community Coalition Processes and Outcomes. *Prev Sci*. 18(5): 600–609. doi: 10.1007/s11121-017-0796-y
 43. Browne DT, Plamondon A, Prime H, Puente-Duran S, Wade M (2015). Cumulative risk and developmental health: an argument for the importance of a family-wide science. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 6(4): 397–407. doi: 10.1002/wcs.1349
 44. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2015). Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Bonn, Berlin: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
 45. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K (2017). Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res*. 17(1). doi: 10.1186/s12913-017-2038-1
 46. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A (2007). Impact of a Statewide Home Visiting Program on Parenting and on Child Health and Development. *Child Abuse Negl Int J*. 31(8): 829–852. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.008
 47. Calem M, Bromis K, McGuire P, Morgan C, Kempton MJ (2017). Meta-analysis of associations between childhood adversity and hippocampus and amygdala volume in non-clinical and general population samples. *NeuroImage Clin*. 14: 471–479. doi: 10.1016/j.nicl.2017.02.016
 48. Caleyachetty R, Khaw K-T, Surtees PG, Wainwright NWJ, Wareham N, Griffin SJ (2016). Cumulative social risk exposure in childhood and smoking and excessive alcohol use in adulthood. *Eur J Public Health*. 26(4): 575–581. doi: 10.1093/eurpub/ckv243
 49. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, Pan Y (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science*. 343(6178): 1478–1485. doi: 10.1126/science.1248429
 50. Casillas KL, Fauchier A, Derkash BT, Garrido EF (2016). Implementation of evidence-based home visiting programs aimed at reducing child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 53: 64–80. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.10.009

51. Catherine NLA, Gonzalez A, Boyle M, Sheehan D, Jack SM, Hougham KA, McCandless L, MacMillan HL, Waddell C (2016). Improving children's health and development in British Columbia through nurse home visiting: a randomized controlled trial protocol. *BMC Health Serv Res.* 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1594-0
52. Chen M, Chan KL (2016). Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 17(1): 88–104. doi: 10.1177/1524838014566718
53. Choe DE, Olson SL, Sameroff AJ (2013). Effects of early maternal distress and parenting on the development of children's self-regulation and externalizing behavior. *Dev Psychopathol.* 25(2): 437–453. doi: 10.1017/S0954579412001162
54. Cicchetti DV (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess.* 4: 284–290
55. Clauß D, Deutsch J, Krol I, Haase R, Willard P, Muller-Bahlke T, Mauz-Korholz C, Korholz D (2014). Frühe Hilfe für Familien und Frühgeborene – Zugangswege und Unterstützungen aus dem Gesundheitsbereich. *Klin Padiatr.* 226(4): 243–247. doi: 10.1055/s-0034-1374603
56. Clauß D, Fleischer S, Mattern E, Ayerle G (2016). Befragung von niedergelassenen Ärzten/innen und Psychotherapeuten/innen zur Kooperation in regionalen Netzwerken der Frühen Hilfen in Sachsen-Anhalt. *Klin Pädiatr.* 228(04): 202–207. doi: 10.1055/s-0042-101244
57. Cohen J (1992). A power primer. *Psychol Bull.* 112: 155–159
58. Cohen L, Leibu O, Tanis T, Ardalan F, Galynker I (2016). Disturbed self concept mediates the relationship between childhood maltreatment and adult personality pathology. *Compr Psychiatry.* 68: 186–192. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.04.020
59. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2001). The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. *Pediatrics.* 108(5): 1227–1230
60. Corbin JH, Jones J, Barry MM (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int.* 33(1): 4–26. doi: 10.1093/heapro/daw061
61. Corcoran M, McNulty M (2018). Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse Negl.* 76: 297–309. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.11.012
62. Creswell JW, Clark VLP (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* New York: SAGE
63. Currie J, Tekin E (2012). Understanding the cycle childhood maltreatment and future crime. *J Hum Resour.* 47(2): 509–549

64. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2018). Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Berlin.
https://www.dggg.de/fileadmin/documents/pressemitteilungen/2018/2018_01_23/P_M_Neujahrsgespraech_DGGG_BVF_BLFG_DHV_BfHD_DGHWi.pdf (Zuletzt abgerufen am 16.07.2018)
65. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen A-MN, Bach E, Baadsgaard M, Brønnum-Hansen H, Hansen FK, Jeune B, Jørgensen T, Søgaaard J (2012). Health Inequality - determinants and policies. *Scand J Public Health*. 40(8_suppl): 12–105. doi: 10.1177/1403494812457734
66. Diez Grieser MT (2014). Präventionsprojekte und Migration. *Frühförd Interdiszip*. 33(1): 16–25
67. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, Hsu R, Katbamna S, Olsen R, Smith L, Riley R, Sutton AJ (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol*. 6(35). doi: 10.1186/1471-2288-6-35
68. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health*. 104(S1): S136–S143
69. Domencich TA, McFadden D (1975). *Urban Travel Demand - A Behavioral Analysis*. Oxford: North-Holland Publishing Co.
70. Doyle O (2017). The First 2,000 Days and Child Skills: Evidence from a Randomized Experiment of Home Visiting. ARC Centre of Excellence for Children and Families over the Life Course. <http://www.lifecoursecentre.org.au/wp-content/uploads/2017/07/2017-13-LCC-Working-Paper-Doyle.pdf> (Zuletzt abgerufen am 30.11.2018)
71. Drummond J, Schnirer L, So S, Mayan M, Williamson DL, Bisanz J, Fassbender K, Wiebe N (2014). The protocol for the Families First Edmonton trial (FFE): a randomized community-based trial to compare four service integration approaches for families with low-income. *BMC Health Serv Res*. 14: 223. doi: 10.1186/1472-6963-14-223
72. Dubé L, Addy NA, Blouin C, Drager N (2014). From policy coherence to 21st century convergence: a whole-of-society paradigm of human and economic development. *Ann N Y Acad Sci*. 1331: 201–215. doi: 10.1111/nyas.12511
73. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse Negl*. 31(8): 801–827. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.011
74. Dumas JE, Lynch AM, Laughlin JE, Phillips Smith E, Prinz RJ (2001). Promoting intervention fidelity. Conceptual issues, methods, and preliminary results from the EARLY ALLIANCE prevention trial. *Am J Prev Med*. 20(1 Suppl): 38–47

75. Duncan DT (2015). Putting Health and Behavior in Context: Current Knowledge and Future Directions on Research Embracing Ecological Perspectives. *Behav Med.* 41(3): 172–176. doi: 10.1080/08964289.2015.1065609
76. Eapen V, Walter A, Guan J, Descallar J, Axelsson E, Einfeld S, Eastwood J, Murphy E, Beasley D, Silove N, Dissanayake C, Woolfenden S, Williams K, Jalaludin B, The ‘Watch Me Grow’ Study Group (2017). Maternal help-seeking for child developmental concerns: Associations with socio-demographic factors: Help-seeking for child development. *J Paediatr Child Health.* doi: 10.1111/jpc.13607
77. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CRJ, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA.* 284(11): 1385–1391
78. Egger G, Dixon J (2014). Beyond Obesity and Lifestyle: A Review of 21st Century Chronic Disease Determinants. *BioMed Res Int.* 2014: 1–12. doi: 10.1155/2014/731685
79. Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 59(10): 1247–1254. doi: 10.1007/s00103-016-2421-9
80. Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, Neumann A, Sann A (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 59(10): 1271–1280. doi: 10.1007/s00103-016-2422-8
81. Engel GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 196(4286): 129–136
82. Entringer S, Buss C, Wadhwa PD (2015). Prenatal stress, development, health and disease risk: a psychobiological perspective. *Psychoneuroendocrinology.* 62: 366–375. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.08.019
83. Esser G, Schmidt MH (2017). Die Mannheimer Risikokinderstudie. *Kindh Entwickl.* 26(4): 198–202. doi: 10.1026/0942-5403/a000232
84. Evers O, Schröder P (2018). One size fits all? Die Eignung von Risikoscreenings zur Prognose der Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 67(5): 462–480. doi: 10.13109/prkk.2018.67.5.462
85. Ezpeleta L, Pérez-Robles R, Fanti KA, Karveli V, Katsimicha E, Nikolaidis G, Hadjicharalambous MZ, Hatzinikolaou K (2017). Development of a screening tool enabling identification of infants and toddlers at risk of family abuse and neglect: a feasibility study from three South European countries. *Child Care Health Dev.* 43(1): 75–80. doi: 10.1111/cch.12416
86. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse

- Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 14(4): 245–258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
87. Ferrara P, Guadagno C, Sbordone A, Amato M, Spina G, Perrone G, Cutrona C, Basile MC, Ianniello F, Fabrizio GC, Pettoello-Mantovani M, Verrotti A, Villani A, Corsello G (2016). Child abuse and neglect and its psycho-physical and social consequences: A review of the literature. *Popul Res Policy Rev.* 12(4): 301–310. doi: 10.2174/1573396312666160914193357
88. Ferrara P, Ianniello F (2017). The new types of child maltreatment: A public and social emergency no longer negligible. *Signa Vitae.* 13(1). doi: 10.22514/SV131.032017.18
89. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed F (2004). Childhood adversity and frequent medical consultations. *Gen Hosp Psychiatry.* 26(5): 367–377. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.04.001
90. Field A, Miles J (2012). *Discovering Statistics Using R.* Los Angeles u.a.: Sage Publications Ltd.
91. Fierman AH, Beck AF, Chung EK, Tschudy MM, Coker TR, Mistry KB, Siegel B, Chamberlain LJ, Conroy K, Federico SG, Flanagan PJ, Garg A, Gitterman BA, Grace AM, Gross RS, Hole MK, Klass P, Kraft C, Kuo A, Lewis G, Lobach KS, Long D, Ma CT, Messito M, Navsaria D, Northrip KR, Osman C, Sadof MD, Schickedanz AB, Cox J (2016). Redesigning Health Care Practices to Address Childhood Poverty. *Acad Pediatr.* 16(3 Suppl): 136-146. doi: 10.1016/j.acap.2016.01.004
92. Filene JH, Kaminski JW, Valle LA, Cachat P (2013). Components Associated With Home Visiting Program Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 132(Supplement): 100–S109. doi: 10.1542/peds.2013-1021H
93. Fisch S, Keller T, Nazmy N, Stasun U, Keil T, Klapp C (2016). Evaluation des Babylosse-Plus-Screeningbogens. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 59(10): 1300–1309. doi: 10.1007/s00103-016-2425-5
94. Flores G, The Committee on Pediatric Research (2010). Racial and Ethnic Disparities in the Health and Health Care of Children. *Pediatrics.* 125(4): 979–1020. doi: 10.1542/peds.2010-0188
95. Frenk J, Gómez-Dantés O (2017). False dichotomies in global health: the need for integrative thinking. *The Lancet.* 389(10069): 667–670. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30181-7
96. Fuchs A, Möhler E, Resch F, Kaess M (2015). Impact of a maternal history of childhood abuse on the development of mother-infant interaction during the first year of life. *Child Abuse Negl.* 48: 179–189. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.05.023
97. Furtado KS, Budd EL, Ying X, deRuyter AJ, Armstrong RL, Pettman TL, Reis RS, Sung-Chan P, Wang Z, Saunders T, Becker LA, Shi J, Mui LST, Brownson RC (2018). Exploring political influences on evidence-based non-communicable disease

- prevention across four countries. *Health Educ Res.* 33(2): 89–103. doi: 10.1093/her/cyy005
98. Ganzel BL, Morris PA, Wethington E (2010). Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychol Rev.* 117(1): 134–174. doi: 10.1037/a0017773
99. García-Laencina PJ, Sancho-Gómez J-L, Figueiras-Vidal AR, Verleysen M (2009). K nearest neighbours with mutual information for simultaneous classification and missing data imputation. *Neurocomputing.* 72(7–9): 1483–1493. doi: 10.1016/j.neucom.2008.11.026
100. Geene R (2016). Impulse zur Netzwerkarbeit Frühe Hilfen 4 – Das Gesundheitswesen als elementarer Bestandteil der Frühen Hilfen: Möglichkeiten der systematischen Zusammenarbeit im Netzwerk. Köln: NZFH. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Impulse_Netzwerk_Raimund_Geene.pdf (Zuletzt heruntergeladen am 30.11.2018)
101. Geene R (2017). Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Köln: NZFH. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Impulspapier_Gesundheitsfoerderung_und_Fruehe_Hilfen.pdf (Zuletzt heruntergeladen am 24.07.2017)
102. Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreat.* 9(3): 277–291. doi: 10.1177/1077559504264265
103. Gelman A, Carlin JB (2001). Poststratification and weighting adjustments. In: *Survey Nonresponse*. New York: John Wiley & Sons
104. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). Bundesanz Verl (BAnz AT 18.08.2016 B1)
105. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2017). GfK Kaufkraftkennziffern. Nürnberg: GfK
106. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2018). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. www.gbe-bund.de (Zuletzt abgerufen am 06.07.2018)
107. Giovanelli A, Reynolds AJ, Mondì CF, Ou S-R (2016). Adverse Childhood Experiences and Adult Well-Being in a Low-income, Urban Cohort. *Pediatrics.* 137(4): e20154016. doi: 10.1542/peds.2015-4016
108. Gödecker-Geenen N, Nau H (2000). Krankenhäuser: Sozialarbeit unverzichtbar. *Dtsch Ärztebl.* 97(41). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/24586/Krankenhaeuser-Sozialarbeit-unverzichtbar> (Zuletzt abgerufen am 30.11.2018)
109. Goeckenjan M, Ramsauer B, Hänel M, Unkels R, Vetter K (2009). Soziales Risiko – geburtshilfliches Risiko? *Gynäkol.* 42(2): 102–110. doi: 10.1007/s00129-008-2258-x

110. Goeij MCM de, Diepen M van, Jager KJ, Tripepi G, Zoccali C, Dekker FW (2013). Multiple imputation: dealing with missing data. *Nephrol Dial Transplant Off Publ Eur Dial Transpl Assoc - Eur Ren Assoc.* 28(10): 2415–2420. doi: 10.1093/ndt/gft221
111. Gottfredson DC, Cook TD, Gardner FEM, Gorman-Smith D, Howe GW, Sandler IN, Zafft KM (2015). Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation. *Prev Sci.* 16(7): 893–926. doi: 10.1007/s11121-015-0555-x
112. Gray E, Mayan M, Lo S, Jhangri G, Wilson D (2012). A 4-year sequential assessment of the Families First Edmonton partnership: challenges to synergy in the implementation stage. *Health Promot Pract.* 13(2): 272–278. doi: 10.1177/1524839910387398
113. Green BL, Sanders MB, Tarte J (2017). Using administrative data to evaluate the effectiveness of the Healthy Families Oregon home visiting program: 2-year impacts on child maltreatment & service utilization. *Child Youth Serv Rev.* 75: 77–86. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.02.019
114. Greenland S, Mansournia MA, Altman DG (2016). Sparse data bias: a problem hiding in plain sight. *BMJ.* 352: i1981. doi: 10.1136/bmj.i1981
115. Groves RM (2006). Nonresponse Rates and Nonresponse Bias in Household Surveys. *Public Opin Q.* 70(5): 646–675. doi: 10.1093/poq/nfl033
116. Grunewald R, Rolnick AJ (2010). An early childhood investment with a high public return. *Reg Econ.* 94(1): 12–13
117. Guo Y, Pimentel P, Lessard J, Rousseau J, Lee J-A, Bojorquez Y, Silva M, Olshansky E (2016). A Community-Based Home Visitation Program's Impact on Birth Outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 41(1): 16–23. doi: 10.1097/NMC.0000000000000203
118. Hackworth NJ, Berthelsen D, Matthews J, Westrupp EM, Cann W, Ukoumunne OC, Bennetts SK, Phan T, Scicluna A, Trajanovska M, Yu M, Nicholson JM (2017). Impact of a Brief Group Intervention to Enhance Parenting and the Home Learning Environment for Children Aged 6–36 Months: a Cluster Randomised Controlled Trial. *Prev Sci.* 18(3): 337–349. doi: 10.1007/s11121-017-0753-9
119. Hajek A, Bock J-O, König H-H (2018). The use of routine health check-ups and psychological factors—a neglected link. Evidence from a population-based study. *J Public Health.* 26(2): 137–144. doi: 10.1007/s10389-017-0840-1
120. Hansen H, Holmes S, Lindemann D (2013). Ethnography of health for social change: impact on public perception and policy. *Soc Sci Med* 1982. 99: 116–118. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.001
121. Hanson JL, Albert D, Iselin A-MR, Carré JM, Dodge KA, Hariri AR (2016). Cumulative stress in childhood is associated with blunted reward-related brain activity in adulthood. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 11(3): 405–412. doi: 10.1093/scan/nsv124

122. Harris J, Cook T, Gibbs L, Oetzel J, Salsberg J, Shinn C, Springett J, Wallerstein N, Wright M (2018). Searching for the Impact of Participation in Health and Health Research: Challenges and Methods. *BioMed Res Int.* 2018. doi: 10.1155/2018/9427452
123. Hawkins AJ (2016). Realist evaluation and randomised controlled trials for testing program theory in complex social systems. *Evaluation.* 22(3): 270–285. doi: 10.1177/1356389016652744
124. Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW, Egan E, Brown EC, Abbott RD, Murray DM (2008). Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* 9(3): 178–190. doi: 10.1007/s11121-008-0092-y
125. Heckman JJ (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science.* 312(5782): 1900–1902. doi: 10.1126/science.1128898
126. Heckman JJ, García JL (2017). Social Policy: Targeting programmes effectively. *Nat Hum Behav.* 1(1): 0019. doi: 10.1038/s41562-016-0019
127. Heckman JJ, Holland ML, Makino KK, Pinto R, Rosales-Rueda M (2017). An Analysis of the Memphis Nurse-Family Partnership Program. National Bureau of Economic Research. https://heckmanequation.org/assets/2017/07/NFP_Final-Paper.pdf (Zuletzt abgerufen am 06.07.2018)
128. Heckman JJ, Masterov DV (2007). The productivity argument for investing in young children. *Appl Econ Perspect Policy.* 29(3): 446–493
129. Heckman JJ, Pinto R, Savelyev P (2013). Understanding the Mechanisms through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes. *Am Econ Rev.* 103(6): 2052–2086. doi: 10.1257/aer.103.6.2052
130. 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. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend /Deutsches Jugendinstitut. <https://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/juni-2007/abschlussbericht-dji-frhe-hilfen.pdf> (Zuletzt abgerufen am 12.01.2019)
131. Hicks S, Duran B, Wallerstein N, Avila M, Belone L, Lucero J, Magarati M, Mainer E, Martin D, Muhammad M, Oetzel J, Pearson C, Sahota P, Simonds V, Sussman A, Tafoya G, Hat EW (2012). Evaluating Community-Based Participatory Research to Improve Community-Partnered Science and Community Health. *Prog Community Health Partnersh Res Educ Action.* 6(3): 289–299. doi: 10.1353/cpr.2012.0049
132. Hoft M, Haddad L (2017). Screening Children for Abuse and Neglect: A Review of the Literature. *J Forensic Nurs.* 13(1): 26–34. doi: 10.1097/JFN.0000000000000136

133. Holland ML, Olds DL, Dozier AM, Kitzman HJ (2018). Visit Attendance Patterns in Nurse-Family Partnership Community Sites. *Prev Sci.* 19(4): 516–527. doi: 10.1007/s11121-017-0829-6
134. Holland ML, Xia Y, Kitzman HJ, Dozier AM, Olds DL (2014). Patterns of visit attendance in the nurse-family partnership program. *Am J Public Health.* 104(10): e58-65. doi: 10.2105/AJPH.2014.302115
135. Horrevorts EMB, Van G, Broeren SML, Bannink R, Bouwmeester-Landweer MBR, Hafkamp-de G, Raat H (2015). Design of a controlled trial to evaluate the effectiveness of Supportive Parenting ('Stevig Ouderschap'): An intervention to empower parents at increased risk of parenting problems by providing early home visits. *BMC Psychol.* 3(1). doi: 10.1186/S40359-015-0104-1
136. Hosseinpour AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, Chatterji S (2012). Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low-and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health.* 12(1): 474
137. Houwelingen HC van, Sauerbrei W (2013). Cross-Validation, Shrinkage and Variable Selection in Linear Regression Revisited. *Open J Stat.* 03(02): 79–102. doi: 10.4236/ojs.2013.32011
138. Howard KS, Brooks-Gunn J (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Future Child Cent Future Child David Lucile Packard Found.* 19(2): 119–146
139. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2(8): e356–e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
140. IBM Corp (2013). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp.
141. Ichikawa K, Fujiwara T, Nakayama T (2015). Effectiveness of Home Visits in Pregnancy as a Public Health Measure to Improve Birth Outcomes. *PloS One.* 10(9): e0137307. doi: 10.1371/journal.pone.0137307
142. Jahn I, Gansefort D, Lehmann F, Walter U, Brand T (2015). Zielgruppen erreichen – Zugangswege gestalten. *Gesundheitswesen.* 77(S 01): S47–S48. doi: 10.1055/s-0035-1555924
143. Jan S, Laba T-L, Essue BM, Gheorghe A, Muhunthan J, Engelgau M, Mahal A, Griffiths U, McIntyre D, Meng Q, Nugent R, Atun R (2018). Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. *The Lancet.* 391(10134): 2047–2058. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30323-4
144. John S (2018). Should We Punish Responsible Drinkers? Prevention, Paternalism and Categorization in Public Health. *Public Health Ethics.* 11(1): 35–44. doi: 10.1093/phe/phx017

145. Johnson SB, Riis JL, Noble KG (2016). State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain. *Pediatrics*. 137(4): e20153075. doi: 10.1542/peds.2015-3075
146. Julia C, Valleron A-J (2011). Louis-René Villermé (1782–1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *J Epidemiol Community Health*. 65(8): 666–670. doi: 10.1136/jech.2009.087957
147. Jungmann T, Dähne V, Sierau S, Serbati S, Dugravier R, Lanfranchi A (2017). Effectiveness of Four Early Intervention Programs in Europe: How do the Results Inform Program Development and Dissemination? *Res Rev J Nurs Health Sci*. 3(3): 1–11
148. Jungmann T, Kurtz V, Brand T, Sierau S, Klitzing K von (2010). Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 53(11): 1180–1187. doi: 10.1007/s00103-010-1148-2
149. Keddell E (2014). Current Debates on Variability in Child Welfare Decision-Making: A Selected Literature Review. *Soc Sci*. 3: 916–940
150. Kemptner D, Wildner M, Abu-Omar K, Caselmann W, Kerscher G, Reitmeir P, Mielck A, Rütten A (2008). Regionale Unterschiede des Gesundheitsverhaltens in Bayern - Mehrebenenanalyse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Verbindung mit sozioökonomischen Strukturdaten. *Gesundheitswesen*. 70(1): 28–37. doi: 10.1055/s-2007-1022523
151. Kern HL, Stuart EA, Hill J, Green DP (2016). Assessing Methods for Generalizing Experimental Impact Estimates to Target Populations. *J Res Educ Eff*. 9(1): 103–127. doi: 10.1080/19345747.2015.1060282
152. Kickbusch I (2015). The political determinants of health—10 years on. *BMJ*. 350. doi: 10.1136/bmj.h81
153. Kiess W, Nickel P, Keller A, Gräfe G, Mühler K, Till H, Geyer C, Hiermann P (2009). Kinderschutz. *Kinder- Jugendmed*. 9(02): 93–99. doi: 10.1055/s-0038-1629015
154. Kindler H (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*(53): 1073–1079. doi: 10.1007/s00103-010-1132-x
155. Kish L (1995). Method for Design Effects. *J Off Stat*. 11: 55–77
156. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoleo KJ, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson CR, Holmberg JR (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children: Follow-up of a Randomized Trial Among Children at Age 12 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 164(5). doi: 10.1001/archpediatrics.2010.76
157. Klerman JA (2017). Editor in Chief's Comment: External Validity in Systematic Reviews. *Eval Rev*. 41(5): 391–402. doi: 10.1177/0193841X17746740

158. Koch A, Blohm M (2015). Nonresponse bias. Mannh GESIS–Leibniz-Inst Für Sozialwissenschaften SDM Surv Guidel. 10.
http://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Nonresponse_Bias_Koch_Blohm_012015_1.0.pdf (Zuletzt abgerufen am 13.01.2017)
159. Koller D, Lack N, Mielck A (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie. Gesundheitswesen. 71(01): 10–18. doi: 10.1055/s-0028-1082310
160. Korfmacher J (2000). The Kempe family stress inventory: a review. Child Abuse Negl. 24(1): 129–140. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00115-5
161. Kratzsch W, Rascher I, Wegge M, Soditt V (2012). Multicenterprojekt KinderZUKUNFT NRW. Kindesmisshandl –vernachlässigung Interdiszip Fachz. 15(1): 44–60
162. Krieger N (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiol. 30(4): 668–677
163. Kristensen IH, Kronborg H (2018). What are the effects of supporting early parenting by enhancing parents’ understanding of the infant? Study protocol for a cluster-randomized community-based trial of the Newborn Behavioral Observation (NBO) method. BMC Public Health. 18. doi: 10.1186/s12889-018-5747-4
164. Krstajic D, Buturovic LJ, Leahy DE, Thomas S (2014). Cross-validation pitfalls when selecting and assessing regression and classification models. J Cheminformatics. 6(1): 1
165. Kuhn M (2008). Building Predictive Models in R Using the caret Package. J Stat Softw. 28(5). <https://www.jstatsoft.org/article/view/v028i05/v28i05.pdf> (Zuletzt abgerufen am 13.01.2018)
166. Kuhn M (2018). caret: Classification and Regression Training. <https://CRAN.R-project.org/package=caret> (Zuletzt abgerufen am 13.01.2018)
167. Künster AK, Hägele M, Schunk M, Mielck A, Mosandl A, Kopecky-Wenzel M, Kurz-Adam M, Eder-Debye R, Fegert J, Ziegenhain U (2013). Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien. Evaluation der Frühen Hilfen. Psychol Erzieh Unterr. 60(1): 59–74
168. Künster AK, Schöllhorn A, Knorr C, Fegert JM, Ziegenhain U (2010). [Cooperation and networking in early prevention and intervention and child protection: the importance of evidence-based methods]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 59(9): 731–743. doi: 10.13109/prkk.2010.59.9.731
169. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C, Thamm R, Hölling H, Lampert T (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. J Health Monit. doi: 10.25646/5703

170. Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J, Finger JD, Lampert T (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit.* doi: 10.25646/5617
171. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2016). Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Köln: NZFH.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-7-NZFH-Kommunalbefragungen-Einsatz-GFK-in-FH.pdf (Zuletzt abgerufen am 22.02.2017)
172. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2017a). Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt 3 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Köln: NZFH.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-3-NZFH-Kommunalbefragungen-Kommunale-Netzwerkstrukturen-FH.pdf (Zuletzt abgerufen am 22.05.2018)
173. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2017b). Vernetzung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen. Faktenblatt 4 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Köln: NZFH.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-4-NZFH-Kommunalbefragungen-Vernetzung-der-ambulanten-medizinischen-Versorgung-mit-den-FH.pdf (Zuletzt abgerufen am 12.05.2018)
174. Küster E-U, Pabst C, Sann A (2017c). Vernetzung der stationären medizinischen Versorgung mit den Frühen Hilfen. Faktenblatt 5 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Köln: NZFH.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-5-NZFH-Kommunalbefragungen-Vernetzung-der-stationaeren-medizinischen-Versorgung-mit-den-FH.pdf (Zuletzt abgerufen am 12.05.2018)
175. Lago S, Cantarero D, Rivera B, Pascual M, Blázquez-Fernández C, Casal B, Reyes F (2018). Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review. *J Public Health.* 26(1): 1–14. doi: 10.1007/s10389-017-0850-z
176. Lambrecht M, Rürup M (2012). Bildungsforschung im Rahmen einer evidence based policy: Das Beispiel „Schulinspektion“. In: Wacker A, Maier U, Wissinger J (eds). *Schul- und Unterrichtsreform durch ergebnisorientierte Steuerung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, p 57–77
177. Lang KM, Little TD (2018). Principled Missing Data Treatments. *Prev Sci.* 19(3): 284–294. doi: 10.1007/s11121-016-0644-5
178. Latendresse SJ, Musci R, Maher BS (2018). Critical Issues in the Inclusion of Genetic and Epigenetic Information in Prevention and Intervention Trials. *Prev Sci.* 19(1): 58–67. doi: 10.1007/s11121-017-0785-1
179. Latimore AD, Burrell L, Crowne S, Ojo K, Cluxton-Keller F, Gustin S, Kruse L, Hellman D, Scott L, Riordan A, Duggan A (2017). Exploring Multilevel Factors for

- Family Engagement in Home Visiting Across Two National Models. *Prev Sci.* 18(5): 577–589. doi: 10.1007/s11121-017-0767-3
180. Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2000). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Z Für Entwicklungspsychologie Pädagog Psychol.* 32(2): 59–69. doi: 10.1026//0049-8637.32.2.59
181. Layzer JJ, Goodson BD, Bernstein L, Price C (2001). National Evaluation of Family Support Programs. Final Report Volume A: The Meta-Analysis. <https://eric.ed.gov/?id=ED462186> (Zuletzt abgerufen am 11.08.2017)
182. Le Roux IM, Rotheram-Borus MJ, Stein J, Tomlinson M (2014). The impact of paraprofessional home visitors on infants' growth and health at 18 months. *Vulnerable Child Youth Stud.* 9(4): 291–304. doi: 10.1080/17450128.2014.940413
183. LeDell E, Laan MJ van der, Petersen M (2016). AUC-Maximizing Ensembles through Metalearning. *Int J Biostat.* 12(1): 203–218. doi: 10.1515/ijb-2015-0035
184. Lee C, Coe CL, Ryff CD (2017). Social Disadvantage, Severe Child Abuse, and Biological Profiles in Adulthood. *J Health Soc Behav.* 58(3): 371–386. doi: 10.1177/0022146516685370
185. Lee RM, Ramanadhan S, Kruse GR, Deutsch C (2018). A Mixed Methods Approach to Evaluate Partnerships and Implementation of the Massachusetts Prevention and Wellness Trust Fund. *Front Public Health.* 6: 150. doi: 10.3389/fpubh.2018.00150
186. Leeper TJ (2017). Interpreting regression results using average marginal effects with R's margins. <https://cran.r-project.org/web/packages/margins/index.html> (Zuletzt abgerufen am 13.01.2018)
187. Leeper TJ (2018). margins: Marginal Effects for Model Objects. <https://CRAN.R-project.org/package=margins> (Zuletzt abgerufen am 13.01.2018)
188. Lepistö S, Ellonen N, Helminen M, Paavilainen E (2017). The family health, functioning, social support and child maltreatment risk of families expecting a baby. *J Clin Nurs.* 26(15–16): 2439–2451. doi: 10.1111/jocn.13602
189. Leppert F (2009). Prävention in Deutschland : eine Analyse aus ökonomischer Sicht. In: Eidt-Koch D, Prenzler A, Schulenburg J-M von der (eds). *Steuerung des Gesundheitsverhaltens im Spannungsfeld zwischen staatlichem Paternalismus und individueller Freiheit.* Göttingen: Cuvillier, p 107–130
190. Li M, D'Arcy C, Meng X (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med.* 46(4): 717–730. doi: 10.1017/S0033291715002743
191. Link BG, Phelan J (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav. Spec No:* 80–94

192. Longhi E, Murray L, Hunter R, Wellsted D, Taylor-Colls S, MacKenzie K, Rayns G, Cotmore R, Fonagy P, Fearon RMP (2016). The NSPCC UK Minding the Baby® (MTB) home-visiting programme, supporting young mothers (aged 14–25) in the first 2 years of their baby's life: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 17(1). doi: 10.1186/s13063-016-1618-4
193. Longo F, Notarnicola E, Tasselli S (2015). A framework to assess welfare mix and service provision models in health care and social welfare: case studies of two prominent Italian regions. *BMC Health Serv Res*. 15: 152–152. doi: 10.1186/s12913-015-0800-9
194. Louviere JJ, Hensher DA, Swait JD, Adamowicz W (2000). *Stated Choice Methods: Analysis and Applications*, 1 edition. Cambridge: Cambridge University Press
195. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, De Koning HJ, Moll HA (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatr*. 12(1). doi: 10.1186/1471-2431-12-167
196. Lucero J, Wallerstein N, Duran B, Alegria M, Greene-Moton E, Israel B, Kastelic S, Magarati M, Oetzel J, Pearson C, Schulz A, Villegas M, White Hat ER (2018). Development of a Mixed Methods Investigation of Process and Outcomes of Community-Based Participatory Research. *J Mix Methods Res*. 12(1): 55–74. doi: 10.1177/1558689816633309
197. Lüdtke O, Robitzsch A, Trautwein U, Köller O (2007). Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung. *Psychol Rundsch*. 58(2): 103–117. doi: 10.1026/0033-3042.58.2.103
198. Lumley T (2017). *survey: analysis of complex survey samples*. <https://CRAN.R-project.org/package=survey> (Zuletzt abgerufen am 13.01.2018)
199. Lynam MJ, Scott L, Looock C, Wong ST (2011). The RICHER social pediatrics model: fostering access and reducing inequities in children's health. *Healthc Q Tor Ont*. 14 Spec No 3: 41–46
200. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 358(23): 2468–2481
201. Mackenzie M, Turner F, Platt S, Reid M, Wang Y, Clark J, Sridharan S, O'Donnell CA (2011). What is the 'problem' that outreach work seeks to address and how might it be tackled? Seeking theory in a primary health prevention programme. *BMC Health Serv Res*. 11(1): 350
202. MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, Gafni A (2005). Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 365(9473): 1786–1793. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66388-X

203. Marmot M, Brunner E (1991). Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve. *BMJ*. 303(6802): 565–568
204. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A, Marmot MG, Smith GD (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*. 337(8754): 1387–1393. doi: 10.1016/0140-6736(91)93068-K
205. McDaid D, Oliveira M, Jurczak K, Knapp M (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *J Ment Health*. 16(2): 181–194
206. McFadden D (1974). Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. In: P. Zarembka (ed.) *Frontiers in Econometrics*. London u.a.: Academic Press
207. Meinck F, Cluver LD, Orkin FM, Kuo C, Sharma AD, Hensels IS, Sherr L (2017). Pathways From Family Disadvantage via Abusive Parenting and Caregiver Mental Health to Adolescent Health Risks in South Africa. *J Adolesc Health*. 60(1): 57–64. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.08.016
208. Mejdoubi J, Heijkant SC van den, Leerdam FJ van, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PloS One*. 10(4): e0120182
209. Mejdoubi J, Heijkant SC van den, Leerdam FJ van, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PloS One*. 8(10): e78185
210. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndeti D, Prabhakaran D (2017). Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *The Lancet*. 389(10072): 951–963. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30402-6
211. Metzner F, Ravens-Sieberger U, Schwinn A, Lietz J, Pawils S (2015). Health Promotion and Child Protection in the Paediatric Practice - Paediatricians as Protagonists in an Invitation and Reporting System for Child Health Check-ups. *Gesundheitswesen*. 77(12): 916–920. doi: 10.1055/s-0034-1387745
212. Metzner F, Schwinn A, Mösko M, Pawils S (2015). Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe in den Frühen Hilfen: Ergebnisse eines Sozialen Frühwarnsystems einer Metropolregion. *Gesundheitswesen*. 77(10): 742–748. doi: 10.1055/s-0035-1548881
213. Metzner F, Siefert S, Pawils S (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 60(2): 163–170. doi: 10.1007/s00103-016-2495-4
214. Meyer S, Poryo M, Clasen O, Schlote J, Schmidt P, Schöndorf D, Lehmann-Kannt S, Gortner L (2016). Child abuse from a pediatric perspective. *Radiologe*. 56(5): 406–413. doi: 10.1007/s00117-016-0103-0

215. Miller TR (2015). Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996–2013, USA. *Prev Sci.* 16(6): 765–777. doi: 10.1007/s11121-015-0572-9
216. Milupa GmbH (2016). Geburtenliste. Deutschland 2015. Friedrichsdorf
217. Morris P, Halkitis PN (2015). The Influence of Context on Health. *Behav Med.* 41(3): 77–79. doi: 10.1080/08964289.2015.1063869
218. Mühlhauser I (2014). Zur Überschätzung des Nutzens von Prävention. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* 108(4): 208–218. doi: 10.1016/j.zefq.2013.11.006
219. Mullis AK, Cornille TA, Mullis RL (2005). Engaging reluctant and hard to reach families: Intervention research lessons. In: Annual Meeting of the National Association of Childcare Resource and Referral Agencies. Washington, DC: CCRC.
220. Munro E, Taylor JS, Bradbury-Jones C (2014). Understanding the Causal Pathways to Child Maltreatment: Implications for Health and Social Care Policy and Practice: Understanding the Causal Pathways to Child Maltreatment. *Child Abuse Rev.* 23(1): 61–74. doi: 10.1002/car.2266
221. Naidoo J, Wills J (2013). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
222. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). Leistungsleitlinien. Bundesstiftung Frühe Hilfen zur Umsetzung des Fonds Frühe Hilfen. Köln: NZFH. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Leistungsleitlinien-Bundesstiftung-Fruehe-Hilfen.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2018)
223. Neuhauser A, Lanfranchi A (2016). Frühe Förderung ab Geburt: ZEPPELIN. *Schweiz Z Für Heilpädagog*(4/10)
224. Nievar MA, Van Egeren LA, Pollard S (2010). A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Ment Health J.* 31(5): 499–520. doi: 10.1002/imhj.20269
225. Norman C, Axelsson R (2007). Co-operation as a strategy for provision of welfare services a study of a rehabilitation project in Sweden. *Eur J Public Health.* 17(5): 532–536
226. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Med.* 9(11). doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
227. Nunes C, Ayala M (2010). Communication techniques used by pediatricians during well-child program visits: A pilot study. *Patient Educ Couns.* 78(1): 79–84. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.015

228. NZFH (2013). Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). <https://www.fruehehilfen.de/bundesstiftung-fruehehilfen/bundesinitiative-fruehehilfen/qualifizierung/kompetenzprofile/kompetenzprofil-familienhebammen/> (Zuletzt abgerufen am 04.05.2018)
229. NZFH (2014a). Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH- Beirats. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf (Zuletzt abgerufen am 24.03.2018)
230. NZFH (2014b). Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompetenzprofil_FGKiKP_2014.pdf (Zuletzt abgerufen am 04.05.2018)
231. O'Brien RM (2007). A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Qual Quant.* 41(5): 673–690. doi: 10.1007/s11135-006-9018-6
232. Olds DL (2006). The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J.* 27(1): 5–25. doi: 10.1002/imhj.20077
233. Olds D, Charles R, Henderson J, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J (1998). Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 280(14): 1238–1244. doi: 10.1001/jama.280.14.1238
234. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson CR, Bondy J, Stevenson AJ (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Maternal Life Course and Government Spending: Follow-up of a Randomized Trial Among Children at Age 12 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 164(5). doi: 10.1001/archpediatrics.2010.49
235. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, Luckey DW, Henderson CR, Holmberg J, Tutt RA, Stevenson AJ, Bondy J (2007). Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning: Age-9 Follow-up of a Randomized Trial. *Pediatrics.* 120(4): e832–e845. doi: 10.1542/peds.2006-2111
236. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, Isacks K, Sheff K, Henderson CRJ (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics.* 114(6): 1560–1568. doi: 10.1542/peds.2004-0961
237. Orr LL (2015). 2014 Rossi Award Lecture: Beyond Internal Validity. *Eval Rev.* 39(2): 167–178. doi: 10.1177/0193841X15573659
238. Pabst C, Küster E-U, Sann A (2017). Ziele und Methoden der Kommunalbefragungen. Faktenblatt 1 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und

- Ausbau der Frühen Hilfen. Köln: NZFH.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-1-NZFH-Kommunalbefragungen-Ziele-und-Methoden.pdf (Zuletzt abgerufen am 12.05.2018)
239. Palfrey JS (2005). Introduction: Addressing the Millennial Morbidity--The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics*. 115(4): 1121–1123. doi: 10.1542/peds.2004-2825B
 240. Palma-Gudiel H, Córdova-Palomera A, Eixarch E, Deuschle M, Fañanás L (2015). Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis. *Epigenetics*. 10(10): 893–902. doi: 10.1080/15592294.2015.1088630
 241. Pannebakker NM, Kocken PL, Theunissen MHC, van M, Crone MR, Numans ME, Reijneveld SA (2018). Services use by children and parents in multiproblem families. *Child Youth Serv Rev*. 84: 222–228. doi: 10.1016/j.chidyouth.2017.12.003
 242. Pasek J (2018). weights: Weighting and Weighted Statistics. <https://CRAN.R-project.org/package=weights> (Zuletzt abgerufen am 21.07.2018)
 243. Paul M, Backes J, Renner I, Scharmanski S (2018). Vom Aktionsprogramm über die Bundesinitiative zur Bundesstiftung Frühe Hilfen. *JuKiP - Ihr Fachmag Für Gesundh- Kinderkrankenpflege*. 07(04): 157–161. doi: 10.1055/a-0635-2600
 244. Paul M, Renner I (2017). Frühe Hilfen in Deutschland: Kann Evaluation zum Erfolg politischer Programme beitragen? *Z Für Eval*. 16(2)
 245. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 13(1): 17
 246. Petrou S, Gray R (2005). Methodological challenges posed by economic evaluations of early childhood intervention programmes. *Appl Health Econ Health Policy*. 4(3): 175–181
 247. Picker Institut (o.J.). Picker: Patient Centred Care Improvement. <https://www.picker.org/> (Zuletzt abgerufen am 30.11.2018)
 248. Pillhofer M, Spangler G, Bovenschen I, Kuenster AK, Gabler S, Fallon B, Fegert JM, Ziegenhain U (2015). Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 42: 163–173. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.007
 249. Pinto P, Li L, Power C (2017). Child maltreatment and adult living standards at 50 years. *Pediatrics*. 139(1). doi: 10.1542/peds.2016-1595
 250. Plant DT, Pawlby S, Sharp D, Zunszain PA, Pariante CM (2016). Prenatal maternal depression is associated with offspring inflammation at 25 years: A

- prospective longitudinal cohort study. *Transl Psychiatry*. 6(11). doi: 10.1038/tp.2015.155
251. Plener PL, Ignatius A, Huber-Lang M, Fegert JM (2017). Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde*. 36(03): 161–167. doi: 10.1055/s-0038-1635151
 252. Power C, Atherton K, Strachan DP, Shepherd P, Fuller E, Davis A, Gibb I, Kumari M, Lowe G, Macfarlane GJ, Rahi J, Rodgers B, Stansfeld S (2007). Life-course influences on health in British adults: effects of socio-economic position in childhood and adulthood. *Int J Epidemiol*. 36(3): 532–539. doi: 10.1093/ije/dyl310
 253. PräVG (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG).
 254. Prüßmann C, Junghans A, Stindt D, Thyen U (2015). GuStaF - Guter Start in die Familie. Fortbildungsprogramm für begleitende Familienunterstützung und Vernetzung rund um die Geburt. In: Seifert-Karb I (ed) *Frühe Kindheit unter Optimierungsdruck. Entwicklungspsychologische und familientherapeutische Perspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag, p 191–204
 255. Prüßmann C, Stindt D, Brunke J, Klinkhammer U, Thyen U (2016). Frühe Hilfen in der Geburtshilfe erkennen und kommunizieren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 59(10): 1292–1299. doi: 10.1007/s00103-016-2420-x
 256. Psaila K, Fowler C, Kruske S, Schmied V (2014). A qualitative study of innovations implemented to improve transition of care from maternity to child and family health (CFH) services in Australia. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 27(4): e51-60. doi: 10.1016/j.wombi.2014.08.004
 257. Psaila K, Kruske S, Fowler C, Homer C, Schmied V (2014). Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives'. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14: 151. doi: 10.1186/1471-2393-14-151
 258. Psaila K, Schmied V, Fowler C, Kruske S (2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. *BMC Health Serv Res*. 14: 4. doi: 10.1186/1472-6963-14-4
 259. Psaila K, Schmied V, Fowler C, Kruske S (2015a). Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. *J Clin Nurs*. 24(1–2): 160–172. doi: 10.1111/jocn.12635
 260. Psaila K, Schmied V, Fowler C, Kruske S (2015b). Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. *J Clin Nurs*. 24(1–2): 160–172. doi: 10.1111/jocn.12635
 261. R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/> (Zuletzt abgerufen am 17.07.2018)

262. Raikes H, Green BL, Atwater J, Kisker E, Constantine J, Chazan-Cohen R (2006). Involvement in Early Head Start home visiting services: Demographic predictors and relations to child and parent outcomes. *Early Child Res Q.* 21(1): 2–24. doi: 10.1016/j.ecresq.2006.01.006
263. Rao JNK, Scott AJ (1987). On Simple Adjustments to Chi-Square Tests with Sample Survey Data. *Ann Stat.* 15(1): 385–397. doi: 10.1214/aos/1176350273
264. Rattay P, Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P, KiGGS Study Group (2014). Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 57(7): 878–891. doi: 10.1007/s00103-014-1989-1
265. Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 50(5–6): 810–818. doi: 10.1007/s00103-007-0244-4
266. Ren K, Yang H, Zhao Y, Chen W, Xue M, Miao H, Huang S, Liu J (2018). A Robust AUC Maximization Framework With Simultaneous Outlier Detection and Feature Selection for Positive-Unlabeled Classification. *IEEE Trans Neural Netw Learn Syst.* 1–12. doi: 10.1109/TNNLS.2018.2870666
267. 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
268. Renner I, Scharmanski S (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Hat sich ihr Einsatz bewährt? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 59(10): 1323–1331. doi: 10.1007/s00103-016-2430-8
269. Renner I, Scharmanski S (2018). Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz. Datenreport 2017. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut (DJI) und TU Dortmund.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Datenreport-Fruehe-Hilfen-2017.pdf (Zuletzt abgerufen am 30.11.2018)
270. Renner I, Scharmanski S, Staa J van, Neumann A, Paul M (2018). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 61(10): 1225–1235. doi: 10.1007/s00103-018-2805-0
271. Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreat.* 14(2): 182–206. doi: 10.1177/1077559508326223
272. Reynolds AJ, Ou S-R, Topitzes JW (2004). Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: a confirmatory analysis of

- the Chicago Child-Parent Centers. *Child Dev.* 75(5): 1299–1328. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00742.x
273. Rheinland-Pfalz (o.J.). Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen. Landesamt Für Soz Jugend Versorg. <https://lsjv.rlp.de/de/unsere-aufgaben/kinder-jugend-und-familie/landesjugendamt/bundesinitiative-netzwerk-fruehe-hilfen-und-familienhebammen/> (Zuletzt abgerufen am 22.11.2018)
274. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, Lu C, Lucas JE, Perez-Escamilla R, Dua T, Bhutta ZA, Stenberg K, Gertler P, Darmstadt GL (2017). Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet.* 389(10064): 103–118. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31698-1
275. Ridic G, Gleason S, Ridic O (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Mater Socio-Medica.* 24(2): 112–120. doi: 10.5455/msm.2012.24.112-120
276. Robert- Koch- Institut (2018). Journal of Health Monitoring KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse. *J Health Monit.* https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/JoHM_en/2018/JoHM_en_Inhalt_18_01.html (Zuletzt abgerufen am 31.07.2018)
277. Robin X, Turck N, Hainard A, Tiberti N, Lisacek F, Sanchez J-C, Müller M (2011). pROC: an open-source package for R and S+ to analyze and compare ROC curves. *BMC Bioinformatics.* 12(1): 77. doi: 10.1186/1471-2105-12-77
278. Robling M, Bekkers M-J, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, Martin BC, Gregory JW, Hood K, Kemp A, Kenkre J, Montgomery AA, Moody G, Owen-Jones E, Pickett K, Richardson G, Roberts ZES, Ronaldson S, Sanders J, Stamuli E, Torgerson D (2016). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet.* 387(10014): 146–155. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00392-X
279. Rotheram-Borus MJ, Tomlinson M, Roux IM le, Harwood JM, Comulada S, O'Connor MJ, Weiss RE, Worthman CM (2014). A Cluster Randomised Controlled Effectiveness Trial Evaluating Perinatal Home Visiting among South African Mothers/Infants (S Helleringer, Ed.). *PLoS ONE.* 9(10): e105934. doi: 10.1371/journal.pone.0105934
280. Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH), Child Protection Action Group (2017). Poverty and children's health: views from the frontline. London. <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/user45042/Poverty%20and%20child%20health%20survey%20-%20views%20from%20the%20frontline%20-%20FINAL%2008.05.2017.pdf> (Zuletzt abgerufen am 23.01.2017)
281. RStudio Team (2016). RStudio: Integrated Development for R. Boston, MA: RStudio, Inc. <http://www.rstudio.com/> (Zuletzt abgerufen am 13.07.2018)

282. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 47(3): 440–458. doi: 10.1007/s10578-015-0578-3
283. Saïas T, Greacen T, Tubach F, Dugravier R, Marcault E, Tereno S, Tremblay RE, Guédeney A, the CAPEDP study group (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Glob Health Promot.* 20(2_suppl): 66–70. doi: 10.1177/1757975913483335
284. Sameroff A (2010). A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Dev.* 81(1): 6–22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
285. Scharmanski S, Renner I (2016). Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*(118–119): 1–9. doi: 10.1016/j.zefq.2016.10.009
286. Scharmanski S, Renner I (2018). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie. *Pflege*: 1–11. doi: 10.1024/1012-5302/a000630
287. SchKG (1992). Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG).
288. Schlack R, Kurth B-M, Hölling H (2008). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Umweltmed Forsch Prax.* 13(4): 245–260
289. Schor EL (2015). Addressing Millennial Morbidities: Accentuate the Positive. *JAMA Pediatr.* 169(3): 202–204. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3142
290. Schulz P, Beblo T, Ribbert H, Kater L, Spannhorst S, Driessen M, Hennig-Fast K (2017). How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child Abuse Negl.* 72: 98–109. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.07.022
291. Schwanda S, Schneider S, Künster A, König C, Schöllhorn A, Ziesel B, Mark A, Fegert J, Ziegenhain U (2008). Prävention von Kindeswohlgefährdung auf der Basis früher Hilfen und interdisziplinärer Kooperation am Beispiel des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“. *Gesundheitswesen.* 70(11): 696–701. doi: 10.1055/s-0028-1100405
292. Segal L, Sara Opie R, Dalziel K (2012). Theory! The Missing Link in Understanding the Performance of Neonate/Infant Home-Visiting Programs to Prevent Child Maltreatment: A Systematic Review. *Milbank Q.* 90(1): 47–106. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00655.x
293. SGB IX (2001). Sozialgesetzbuch (SGB IX).
294. SGB V (1988). Sozialgesetzbuch (SGB V).

295. SGB VIII (1990). Sozialgesetzbuch (SGB VIII).
296. Shapiro VB, Hawkins JD, Oesterle S, Monahan KC, Brown EC, Arthur MW (2013). Variation in the Effect of Communities That Care on Community Adoption of a Scientific Approach to Prevention. *J Soc Soc Work Res.* 4(3). doi: 10.5243/jsswr.2013.10
297. Sharma A, Sacco P (2015). Adverse Childhood Experiences and Gambling: Results From a National Survey. *J Soc Work Pract Addict.* 15(1): 25–43. doi: 10.1080/1533256X.2015.996502
298. Sheridan MA, Peverill M, Finn AS, McLaughlin KA (2017). Dimensions of childhood adversity have distinct associations with neural systems underlying executive functioning. *Dev Psychopathol.* 29(05): 1777–1794. doi: 10.1017/S0954579417001390
299. Shields ME, Hovdestad WE, Pelletier C, Dykxhoorn JL, O'Donnell SC, Tonmyr L (2016). Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes: Findings from a population-based survey of Canadian adults. *BMC Public Health.* 16(1). doi: 10.1186/s12889-016-3491-1
300. Shin SH, McDonald SE, Conley D (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addict Behav.* 78(Supplement C): 187–192. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.11.020
301. Shipstone R, Young J, Kearney L (2017). New Frameworks for Understanding Sudden Unexpected Deaths in Infancy (SUDI) in Socially Vulnerable Families. *J Pediatr Nurs.* 37: 35–41. doi: 10.1016/j.pedn.2017.06.022
302. Shonkoff JP, Garner AS, Earls MF, McGuinn L, Pascoe J, Wood DL (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics.* 129(1): 232–246. doi: 10.1542/peds.2011-2663
303. Sidor A, Kunz E, Eickhorst A, Cierpka M (2016). Wirksamkeit des Präventionsprojekts „Keiner fällt durchs Netz“ (KfdN) in Modellprojektstandorten im Saarland. *Z Für Entwicklungspsychologie Pädagog Psychol.* 48(1): 1–13. doi: 10.1026/0049-8637/a000139
304. 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(10): 1310–1314. doi: 10.1007/s00103-016-2427-3
305. Sierau S, Dahne V, Brand T, Kurtz V, Klitzing K von, Jungmann T (2015). Effects of Home Visitation on Maternal Competencies, Family Environment, and Child Development: a Randomized Controlled Trial. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* doi: 10.1007/s11121-015-0573-8
306. Silverstein M, Lamberto J, DePeau K, Grossman DC (2008). “You Get What You Get”: Unexpected Findings About Low-Income Parents’ Negative Experiences

- With Community Resources. *Pediatrics*. 122(6): e1141–e1148. doi: 10.1542/peds.2007-3587
307. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*. 389(10072): 941–950. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X
308. Smith GCS, Pell JP (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 327(7429): 1459–1461. doi: 10.1136/bmj.327.7429.1459
309. Spoth R, Redmond C, Clair S, Shin C, Greenberg M, Feinberg M (2011). Preventing Substance Misuse Through Community–University Partnerships. *Am J Prev Med*. 40(4): 440–447. doi: 10.1016/j.amepre.2010.12.012
310. Stahl K, Nadj-Kittler M (2017). Picker Report 2017. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH
311. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile (Zuletzt abgerufen am 23.04.2018)
312. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Schutzsuchende2010240167004.pdf?__blob=publicationFile (Zuletzt abgerufen am 16.10.2018)
313. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a). Pressemitteilungen - Geburtenanstieg setzte sich 2016 fort. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/03/PD18_115_122.html (10.04.2018)
314. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b). Pressemitteilungen Nr. 441 - Lebenssituation von Kindern in Deutschland wird entscheidend von der sozialen Herkunft geprägt. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_441_p001.html (Zuletzt abgerufen am 19.11.2018)
315. Steffen P, Blum K (2018). Zusammen für Familien. Das ZuFa Monitoring Geburtsklinik Forschungsbericht 1: Telefoninterviews und Workshops. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/ZuFa-Monitoring-Geburtskliniken-Kurzbericht-1-Deutsches-Krankenhausinstitut.pdf (Zuletzt abgerufen am 10.09.2018)
316. Stevens GD, Rice K, Cousineau MR (2007). Children’s Health Initiatives in California: The Experiences of Local Coalitions Pursuing Universal Coverage for Children. *Am J Public Health*. 97(4): 738–743. doi: 10.2105/AJPH.2006.088690

317. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, Som A, McPherson M, Dees JEMEG (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 14(1): 13–29. doi: 10.1016/j.avb.2006.03.006
318. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, Errico A d', Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Vollenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *The Lancet.* 389(10075): 1229–1237. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32380-7
319. Struzyna K-H (2008). Von Prävention bis Intervention. *Nervenheilkunde.* 27(06): 553–560. doi: 10.1055/s-0038-1627211
320. Suess GJ, Bohlen U, Mali A, Maier MF (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“1. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 53(11): 1143–1149. doi: 10.1007/s00103-010-1145-5
321. Sweet MA, Appelbaum MI (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev.* 75(5): 1435–1456
322. Tabachnick B, Fidell L (2007). *Using multivariate statistics*, 5. ed. Pearson: Boston, Mass. [u.a.]
323. Taubner S, Wolter S, Rabung S (2015). Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Ment Health Prev.* 3(3): 69–78. doi: 10.1016/j.mhp.2015.07.001
324. Thyen U (2010). Kinderschutz und Frühe Hilfen aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 53(10): 992–1001. doi: 10.1007/s00103-010-1126-8
325. Tomfohr-Madsen LM, Bayrampour H, Tough S (2016). Maternal history of childhood abuse and risk of asthma and allergy in 2-year-old children. *Psychosom Med.* 78(9): 1031–1042. doi: 10.1097/PSY.0000000000000419
326. Tomlinson M, Rotheram-Borus MJ, Scheffler A, Roux I le (2017). Antenatal depressed mood and child cognitive and physical growth at 18-months in South Africa: a cluster randomised controlled trial of home visiting by community health workers. *Epidemiol Psychiatr Sci:* 1–10. doi: 10.1017/S2045796017000257
327. Toomey AH (2011). Empowerment and disempowerment in community development practice: eight roles practitioners play. *Community Dev J.* 46(2): 181–195. doi: 10.1093/cdj/bsp060
328. Tschoepe-Scheffler S (2006). Work with parents needing help - Ten recommendations. *Kindesmisshandl - Vernachlässigung.* 9(2)

329. Tukey JW (1977). *Exploratory Data Analysis*, 1 edition. Reading, Mass.: Pearson
330. Turanovic JJ, Pratt TC (2015). Longitudinal effects of violent victimization during adolescence on adverse outcomes in adulthood: A focus on prosocial attachments. *J Pediatr.* 166(4): 1062-1069.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.12.059
331. Tyborowska A, Volman I, Niermann HCM, Pouwels JL, Smeekens S, Cillessen AHN, Toni I, Roelofs K (2018). Early-life and pubertal stress differentially modulate grey matter development in human adolescents. *Sci Rep.* 8(1): 9201. doi: 10.1038/s41598-018-27439-5
332. Wade M, Moore C, Astington JW, Frampton K, Jenkins JM (2015). Cumulative contextual risk, maternal responsivity, and social cognition at 18 months. *Dev Psychopathol.* 27(01): 189–203. doi: 10.1017/S0954579414000674
333. Wadhwa PD, Buss C, Entringer S, Swanson JM (2009). Developmental Origins of Health and Disease: Brief History of the Approach and Current Focus on Epigenetic Mechanisms. *Semin Reprod Med.* 27(5): 358–368. doi: 10.1055/s-0029-1237424
334. Walker SP, Chang SM, Wright A, Osmond C, Grantham-McGregor SM (2015). Early Childhood Stunting Is Associated with Lower Developmental Levels in the Subsequent Generation of Children. *J Nutr.* 145(4): 823–828. doi: 10.3945/jn.114.200261
335. Watts SJ (2017). The Link Between Child Abuse and Neglect and Delinquency: Examining the Mediating Role of Social Bonds. *Vict Offenders.* 12(5): 700–717. doi: 10.1080/15564886.2016.1155190
336. Werner EE (2004). Journeys From Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. *Pediatrics.* 114(2): 492–492. doi: 10.1542/peds.114.2.492
337. Werner EE, Smith RS (1979). A report from the Kauai longitudinal study. *J Am Acad Child Psychiatry.* 18(2): 292–306
338. Westbrook TR (2017). Introduction to Special Issue: External Validity and Policy. *Eval Rev.* 41(5): 403–406. doi: 10.1177/0193841X17707908
339. Whittaker KA, Cowley S (2012). An effective programme is not enough: a review of factors associated with poor attendance and engagement with parenting support programmes: Review of Factors Associated with Poor Attendance. *Child Soc.* 26(2): 138–149. doi: 10.1111/j.1099-0860.2010.00333.x
340. WHO, UNICEF (o.J.). Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: WHO <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/> (Zuletzt abgerufen am 15.10.2018)
341. Wickham H (2016). Create Elegant Data Visualisations Using the Grammar of Graphics. <https://CRAN.R-project.org/package=ggplot2> (Zuletzt abgerufen am 24.07.2018)

342. Wickham H, François R, Henry L, Müller K (2018). dplyr: A Grammar of Data Manipulation. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr> (Zuletzt abgerufen am 24.07.2018)
343. Wilkinson RG, Pickett KE (2008). Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality. *Am J Public Health*. 98(4): 699–704. doi: 10.2105/AJPH.2007.109637
344. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (2017). SGB II-Quoten unter Kindern, 2011-2017. Hans Böckler Stiftung. http://www.boeckler.de/wsi_111307.htm (Zuletzt abgerufen am 27.04.2018)
345. Wolitzky-Taylor K, Sewart A, Vrshek-Schallhorn S, Zinbarg R, Mineka S, Hammen C, Bobova L, Adam EK, Craske MG (2017). The Effects of Childhood and Adolescent Adversity on Substance Use Disorders and Poor Health in Early Adulthood. *J Youth Adolesc*. 46(1): 15–27. doi: 10.1007/s10964-016-0566-3
346. Wong ST, Lynam MJ, Khan KB, Scott L, Looock C (2012). The social paediatrics initiative: a RICHER model of primary health care for at risk children and their families. *BMC Pediatr*. 12: 158. doi: 10.1186/1471-2431-12-158
347. World Health Organization (2008). Closing the Gap in a Generation Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO. <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=361775> (Zuletzt abgerufen am 10.08.2018)
348. World Health Organization (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf (Zuletzt abgerufen am 10.11.2018)
349. World Health Organisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Geneva: WHO. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (Zuletzt abgerufen am 10.11.2018)
350. World Health Organisation (2011). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Geneva: WHO. http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf (Zuletzt abgerufen am 10.11.2018)
351. Xie Y (2018). knitr: A General-Purpose Package for Dynamic Report Generation in R. <https://CRAN.R-project.org/package=knitr> (Zuletzt abgerufen am 17.10.2018)
352. Yan T, Curtin R (2010). The Relation Between Unit Nonresponse and Item Nonresponse: A Response Continuum Perspective. *Int J Public Opin Res*. 22(4): 535–551. doi: 10.1093/ijpor/edq037

353. Zajacova A, Montez JK (2017). Macro-level perspective to reverse recent mortality increases. *The Lancet*. 389(10073): 991–992. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30186-1

354. Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster A, Hofer A, König C, Fegert JM (2010). Modellprojekt Guter Start ins Leben. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Werkbuch Vernetzung. Köln: NZFH.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung__NZFH_2010_.pdf (Zuletzt abgerufen am 01.09.2017)

355. Zohsel K, Hohm E, Schmidt MH, Brandeis D, Banaschewski T, Laucht M (2017). Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. *Kindh Entwickl*. 26(4): 203–209. doi: 10.1026/0942-5403/a000233

356. Zubrick SR, Lucas N, Westrupp EM, Nicholson JM (2014). Parenting measures in the Longitudinal Study of Australian Children: Construct validity and measurement quality, Waves 1 to 4. Canberra: Department of Social Services

357. Zwönitzer A, Ziegenhain U, Bovenschen I, Pillhofer M, Spangler G, Gerlach J, Gabler S, Kindler H, Fegert JM, Künster AK (2016). Frühe Hilfen und kindliche kognitive Entwicklung: Eine längsschnittliche Pilotuntersuchung psychosozial belasteter Mutter-Kind-Paare in der frühen Kindheit. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 65(5): 340–353

9. Vorabveröffentlichung von Ergebnissen

In der folgenden Publikation wurden das Studiendesign sowie wenige ausgewählte deskriptive Ergebnisse der vorliegenden Studie vorab veröffentlicht. Zentrale inferenzstatistische Analysen der vorliegenden Arbeit sind nicht enthalten. Die Vorabveröffentlichung wurde mit dem Schreiben vom 26.04.2018 bekanntgegeben.

Renner I, Scharmanski S, Staa J van, Neumann A, Paul M (2018). Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. Bundesgesundheitsbl:1225–1235. doi: 10.1007/s00103-018-2805-0

10. Anhang

A. Erhebungsinstrument der Haupterhebung

Gefördert vom:


Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Träger:


Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

In Kooperation mit:



Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung



Deutsches
Jugendinstitut



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der Geburtshilfe
Projekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und des Deutschen Krankenhausinstituts
Befragung der Geburtskliniken

Sehr geehrte Damen und Herren,

Kindern aus Familien mit (psychosozialen) Belastungen den **Start** ins **Leben** zu erleichtern, stellt eine besondere **Herausforderung** für **Geburtskliniken** dar. Bisher ist **wenig** über die **verschiedenen** konkreten **Probleme** sowie **Lösungsansätze** bekannt.

Aus diesem Grund führt das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) eine **Repräsentativbefragung** zur Versorgung von (psychosozial) belasteten Familien in der Geburtshilfe durch. Das Projekt wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert. Das NZFH wird getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI).

Ziel der Befragung ist es, **Verbesserungspotenziale** und **Handlungsempfehlungen** für einen guten Start ins Leben aufzuzeigen. Von den **Ergebnissen profitieren** auch **Sie**, da Sie sicher gerne wissen möchten, wie Sie die Organisation Ihrer Geburtshilfe noch verbessern können.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, den beiliegenden **Fragebogen** entweder **selbst auszufüllen** oder an **Personen weiterzuleiten**, die in Ihrem Hause maßgeblich für die **Versorgung** von **psychosozial belasteten Familien zuständig** sind, z. B. Familienhebamme, Hebamme, Pflegekraft oder auch der Sozialdienst. Es können selbstverständlich auch **mehrere Personen** den Bogen **ausfüllen**.

Der Erhebungsbogen enthält eine laufende Nummer einzig zur Projektsteuerung. Ihre Angaben werden **streng vertraulich** behandelt. Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in **anonymer** Form dargestellt werden. Jedwede **Rückschlüsse** auf einzelne Krankenhäuser sind **ausgeschlossen**. Die vorliegende Befragung wurde einer **Ethikkommission** vorgelegt und diese **stimmte** der Studie **uneingeschränkt** zu.

Als kleines **Dankeschön** erhält jede teilnehmende Geburtsklinik einen **Ergebnisbericht** zur Befragung, mit dem Sie Ihre eigene Geburtsklinik benchmarken können.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!

1 Strukturen in der Geburtshilfe			
1A Welche Angebote hält Ihre Geburtsklinik für (werdende) Eltern vor? (Mehrfachantworten möglich)			
Geburtsvorbereitungskurse	☐	Schwangeren-Yoga / Schwangerschaftsgymnastik	☐
Still-Ambulanz / Still-Cafe / Stillgruppe / Stillhotline / Stillvorbereitungskurse / Ernährungsberatung für Säuglinge und Kleinkinder (z.B. Brei-Kost, Diabetes, Diät)	☐	Schrei-Ambulanz / Beratung bei Regulationsstörungen	☐
Diät-/ Ernährungsberatung für Mütter	☐	Babypflegekurse / Babymassage	☐
Informationsveranstaltungen (z.B. über die Klinik, Sicherheit und Erste Hilfe für Baby und Kleinkind)	☐	Rückbildungsgymnastik	☐
Schwangerenambulanz / Schwangerentelefon	☐	Hebammensprechstunde	☐
Dolmetscherdienst / Berücksichtigung von Fremdsprachigkeit	☐	Akupunktur / Aromatherapie / Hypnose / Homöopathie	☐
Sonstiges, und zwar:	☐		
1B			
			Nein Ja
Ist Ihr Krankenhaus als „Babyfreundliches Krankenhaus“ nach den internationalen Vorgaben von WHO und UNICEF zertifiziert?			☐ ☐
Verfügt Ihr Krankenhaus über eine Kinderklinik?			☐ ☐
Falls ja, kooperiert Ihre Geburtshilfe im Rahmen der Versorgung von psychosozial belasteten Familien mit dieser Kinderklinik?			☐ ☐
1C Sind die folgenden Berufsgruppen in Ihrer Geburtshilfe beschäftigt?			
Wenn ja: Geben Sie bitte für jede Berufsgruppe die Anzahl der auf der Station tätigen Personen in Vollzeitäquivalenten zum Stichtag 31.12. 2016 an (ggf. realitätsnahe Schätzung).		Nein	Ja
Fest angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Geburtshilfe		☐	☐ _____
Examiniertes (Kinder-)Krankenpflegepersonal in der Geburtshilfe (mit 3-jähriger Ausbildung, ohne Schülerinnen und Schüler)		☐	☐ _____
Darunter: Fest angestellte Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger mit Zusatzqualifikation "Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger"		☐	☐ _____
Fest angestellte Hebammen		☐	☐ _____
Darunter: Fest angestellte Hebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"		☐	☐ _____
Stillberaterinnen		☐	☐ _____
Sonderpädagogen/-innen, Sozialarbeiter/-innen in der Geburtshilfe (NICHT im Sozialdienst)		☐	☐ _____
Sonstige in der Geburtshilfe unmittelbar tätige Berufsgruppen. Welche? _____		☐	☐ _____

1D Gibt es in Ihrer Geburtshilfe Belegärztinnen und -ärzte bzw. Beleghebammen , also freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte bzw. Hebammen, die einen Belegvertrag o.ä. mit Ihrer Geburtshilfe zum Stichtag 31.12.2016 abgeschlossen haben? Wenn ja: Wie viele (in Köpfen)? (ggf. realitätsnahe Schätzung)		Nein	Ja	Anzahl in Köpfen
Belegärztinnen und -ärzte in der Geburtshilfe		☐	☐	
Beleghebammen		☐	☐	_____
Darunter: Beleghebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"		☐	☐	_____
1E Bitte geben Sie für das Jahr 2016 die Geburtenzahl sowie die Bettenzahl Ihrer Geburtsklinik an.				
Geburtenzahl 2016				_____
Bettenzahlen der Geburtshilfe am 31.12.2016				_____
1F Gehen Sie davon aus, dass Ihr Krankenhaus auch in 5 Jahren noch über eine geburtshilfliche Abteilung verfügt?				
Eher ja	☐	Keine Angabe möglich	☐	
Eher nein	☐			
1G Wie hat sich die Zahl der Geburten in den vergangenen 5 Jahren in Ihrem Krankenhaus entwickelt?				
Gestiegen	☐	In etwa gleich geblieben	☐	
Gesunken	☐			
2 Belastete Familien in der Geburtsklinik				
2A Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bei wie vielen dieser 100 Eltern oder Kinder machen Sie folgende Beobachtungen? Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 0="bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.				Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen
Anzeichen für eine psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien			☐
Junges Alter von Mutter und/oder Vater (jünger als 21 Jahre) bei Geburt des Kindes	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien			☐
Hinweise auf körperliche oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und/oder Vater (Behinderung oder chronische Erkrankung)	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien			☐
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien			☐

2A (Fortsetzung) Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bei wie vielen dieser 100 Eltern oder Kinder machen Sie folgende Beobachtungen?		Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten, beurteilen oder festzustellen
Anzeichen für Armut	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Konflikte oder Gewalt in der Partnerschaft	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (z.B. Vernachlässigung)	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Früh- und / oder Mehrlingsgeburt	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐
2B Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie psychosoziale Belastungen feststellten, die aus Ihrer Sicht bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind. Bitte machen Sie in eine Angabe von 0="bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.		
Bedeutsame psychosoziale Belastungen für die gesunde weitere Entwicklung des Kindes	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	☐ Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen
2C Hat der Anteil psychosozial belasteter Familien in Ihrer Geburtsklinik in den letzten Jahren zugenommen?		
Ja, der Anteil psychosozial belasteter Familien hat zugenommen .	☐	Nein, der Anteil psychosozial belasteter Familien hat abgenommen .
Nein, der Anteil psychosozial belasteter Familien ist unverändert geblieben.	☐	Keine Angabe möglich

3 Interne Organisation der Versorgung von psychosozial belasteten Familien			
3A Wird in Ihrer Geburtsklinik das psychosoziale Belastungsniveau bzw. ein psychosozialer Hilfebedarf bei (werdenden) Eltern systematisch ermittelt ? (Mehrfachantworten möglich)			
Ja, bei allen Familien in unserer Geburtsklinik	☐	Ja, wenn Hinweise vorliegen, dass die Familie belastet ist	☐
Ja, wenn Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen	☐	Nein, bei keiner Familie	☐
In anderen Fällen. Welche anderen Fälle? _____	☐	Keine Angabe möglich	☐
3B Nutzen Sie in Ihrer Geburtsklinik normalerweise einen standardisierten Einschätzungsbogen (z.B. Fragebogen, Checkliste, Screeningbogen, Prüfbogen) zur... - ...Einschätzung des psychosozialen Belastungsniveaus bzw. des Hilfebedarfs von Familien und / oder zur - ...Einschätzung einer drohenden Kindeswohlgefährdung (z.B. Vernachlässigung)?			
Ja (Weiter mit Frage 3 C)	☐	Nein (Weiter mit Frage 3 D)	☐
Keine Angabe möglich (Weiter mit Frage 3D)	☐		
3C Welchen Einschätzungsbogen setzen Sie normalerweise ein ? (Mehrfachantworten möglich). Wir würden uns freuen, wenn Sie uns den Einschätzungsbogen, der in Ihrer Klinik verwendet wird, zu unserer Information mit dem Fragebogen zurücksenden.			
Selbst entwickelte(r) Checkliste oder Fragenkatalog	☐	Screeningbogen der Lotsen-Projekte („Wilhelm“ oder der Bogen von „Babytse Plus“)	☐
LupE-Bogen	☐	Dokumentationshilfe /-bogen von kassenärztlichen Vereinigungen zur Einschätzung von Gefährdungslagen des Kindes oder familiärer Belastungen	☐
Wir nutzen folgendes anderes Instrument (Bitte nennen Sie den Namen des Bogens und den Herausgeber, falls bekannt): _____	☐	Uns ist der Name des Einschätzungsbogens nicht bekannt	☐
3D Wer wird in Ihrer Geburtsklinik normalerweise gezielt über die Unterstützungsmöglichkeiten und Angebote für psychosozial belastete Familien informiert ? (Mehrfachantworten möglich)			
Alle Familien in unserer Geburtsklinik	☐	Familien, bei denen Hinweise auf eine psychosoziale Belastung vorliegen	☐
Familien, bei denen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung vorliegen	☐	Keine Familie /niemand	☐
In anderen Fällen. Welche anderen Fälle? _____	☐	Keine Angabe möglich	☐

3E Wie werden diese Informationen an (werdende) Eltern normalerweise vermittelt? (Mehrfachantworten möglich)							
Durch Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial zu Frühen Hilfen (Broschüren, Flyer, Poster etc.)	☐	Durch Hinweis auf externe Kontaktadressen / externe Ansprechpartnerinnen und -partner zu Frühen Hilfen	☐				
Durch Hinweise auf externe Internetadressen mit weitergehenden Informationen zu Frühen Hilfen	☐	Persönliches Informationsgespräch zu Möglichkeiten und Angeboten von Frühen Hilfen	☐				
Durch Informationen auf der Homepage der Klinik	☐	Sonstiges: _____	☐				
Keine Angabe möglich			☐				
3F Wie häufig wird in Ihrer Geburtsklinik Familien, bei denen Unterstützungsbedarf erkannt wurde, ein persönliches, vertiefendes Beratungsgespräch angeboten?							
(Fast) Immer	☐	Häufig	☐				
Selten	☐	Nie	☐				
		Keine Angabe möglich					
3G Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Dienste bzw. Personen bei den einzelnen Prozessen der Versorgung von psychosozial belasteten Familien und deren Überleitung federführend verantwortlich sind. Mehrfachantworten pro Zeile sind möglich.							
	Familien-Hebammen, FGKiKP ¹	Andere Pflegekräfte/Hebammen	Ärztlicher Dienst	Sozialdienst	Externe Personen	Findet nicht statt	Keine Angabe möglich
Systematische Ermittlung des Belastungsniveaus / Hilfebedarfs von Familien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informationsvermittlung über Hilfsangebote für psychosozial belastete Familien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vertiefendes Beratungsgespräch für psychosozial belastete Familien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Überleitung von psychosozial belasteten Familien in externe Hilfsangebote	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¹ Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger

3H Inwieweit werden im Rahmen der Versorgung von psychosozial belasteten Familien folgende Informationen standardmäßig dokumentiert bzw. ausgewertet ? Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.	Zentral dokumentiert	Zentral dokumentiert und ausgewertet	Nicht zentral dokumentiert	Keine Angabe möglich
Ermittlung des Belastungsniveaus / Hilfebedarfs der Familien	☐	☐	☐	☐
Informationsvermittlung über Hilfsangebote an psychosozial belastete Familien	☐	☐	☐	☐
Vertiefendes Beratungsgespräch für psychosozial belastete Familien	☐	☐	☐	☐
Überleitung von psychosozial belasteten Familien in externe Hilfsangebote	☐	☐	☐	☐

3I Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Geburtshilfe zu? Der Umgang mit psychosozial belasteten Familien ist eine Herausforderung für unsere Geburtsklinik, da...	Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu
	1	2	3	4	5
...es für uns schwierig ist, Belastungen zu erkennen.	☐	☐	☐	☐	☐
...wir zu wenig Zeit für Gespräche mit belasteten Eltern haben.	☐	☐	☐	☐	☐
...wir Gespräche mit belasteten Familien nicht angemessen vergütet bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐
...wir nicht wissen, wie wir den Familien helfen können.	☐	☐	☐	☐	☐
...die belasteten Familien oft keine Hilfe möchten.	☐	☐	☐	☐	☐
...sonstige Gründe vorliegen. Bitte geben Sie an:	☐	☐	☐	☐	☐

4 Spezielle Fragen zu Frühen Hilfen in der Geburtsklinik					
Frühe Hilfen sind lokale und regionale Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Alter von 3 Jahren. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. So sollen Entwicklungs- und Lebensbedingungen der Familien verbessert werden. In Netzwerken Frühe Hilfen arbeiten Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen zusammen und tauschen ihr Wissen über ihre jeweiligen Angebote aus. Die Fachkräfte kommen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, aus der Schwangerschaftsberatung und der Frühförderung.					
4A Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung ?	Ja, umgesetzt	Ja, konkret in Planung	Nein, aber Zukunftsthema	Nein, auch nicht angedacht	Keine Angabe möglich
Festlegung verbindlicher Ziele zu Frühen Hilfen (z.B. Vermittlung aller belasteten Familien in Hilfsangebote)	☐	☐	☐	☐	☐
Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zu Frühen Hilfen (z.B. zur Ermittlung des Belastungsniveaus oder zur Informationsvermittlung)	☐	☐	☐	☐	☐

4A Welche der folgenden Aspekte von Frühen Hilfen sind in Ihrem Krankenhaus umgesetzt bzw. in Planung ?	Ja, umgesetzt	Ja, konkret in Planung	Nein, aber Zukunftsthema	Nein, auch nicht angedacht	Keine Angabe möglich
Öffentlichkeitsarbeit zu Frühen Hilfen (z.B. auf der Homepage Ihres Krankenhauses oder in Broschüren Ihrer Geburtsklinik)	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung einer spezifischen Funktion für Frühe Hilfen (z.B. Babylotsin / Babytse, Fallkoordinatorin / Fallkoordinator)	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Prozess-Standards / Verfahrensanweisungen zur internen Organisation von Leistungen zu Frühen Hilfen	☐	☐	☐	☐	☐
Schriftliche Prozess-Standards / Verfahrensanweisungen zur Zusammenarbeit mit externen Akteuren und Einrichtungen Früher Hilfen	☐	☐	☐	☐	☐
Regelmäßige Team- oder Fallbesprechungen zu psychosozial belasteten Familien	☐	☐	☐	☐	☐
Teilnahme von Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern an Treffen des lokalen Netzwerks bzw. Netzwerke Frühe Hilfen	☐	☐	☐	☐	☐
4B Werden die Frühen Hilfen in Ihrem Krankenhaus aus Fördermitteln der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ (anteilig) finanziert?					
Ja	☐	Nein	☐		
Keine Angabe möglich	☐				
4C Gibt es in Ihrem Krankenhaus spezifische Projekte oder Ansätze im Kontext Früher Hilfen. Falls ja, können Sie diese kurz benennen oder beschreiben (ggf. können Sie gerne Informationsmaterial beifügen oder Links nennen).					

4D Haben aktuelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den folgenden Berufsgruppen / Diensten Ihrer Geburtsklinik bzw. Ihres Krankenhauses in den letzten drei Jahren eine Fort- oder Weiterbildung zum Thema "Frühe Hilfen" besucht?		Ja	Nein	Keine Angabe möglich
Hebammen		☐	☐	☐
Ärztlicher Dienst		☐	☐	☐
Pflegedienst		☐	☐	☐
Sozialdienst		☐	☐	☐
Sonstige: _____		☐	☐	☐
4E Gibt es mindestens ein kommunales Netzwerk „Frühe Hilfen“ im direkten Einzugsbereich Ihrer Klinik?				
Ja (weiter mit Frage 4F)	☐	Nein (weiter mit Frage 4G)	☐	
Keine Angabe möglich (weiter mit Frage 4G)	☐			
4F Wer nimmt aus Ihrem Hause an dem kommunalen Netzwerk „Frühe Hilfen“ teil?				
Familienhebammen	☐	Andere Hebammen	☐	
Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	☐	Andere Pflegekräfte	☐	
Ärztlicher Dienst	☐	Sozialdienst	☐	
Sonstiger Dienst, und zwar:	☐	Keine Angabe möglich	☐	
4G Welche der folgenden externen Einrichtungen und Akteure haben Sie im Jahr 2016 im Rahmen Früher Hilfen über den Hilfebedarf von belasteten Familien gezielt informiert bzw. zu welchen haben Sie Familien gezielt übergeleitet ? (Mehrfachangaben möglich).				
Gesundheitsamt	☐	Externe Familienhebammen / Externe Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger	☐	
Hebammen ohne Zusatzqualifikation	☐	Gynäkologische Praxen	☐	
Pädiatrische Praxen	☐	Hausärztliche Praxen	☐	
Jugendamt / Allgemeiner Sozialer Dienst / Kommunalen Sozialdienst	☐	Lebens-/Erziehungs-/Familienberatungsstellen	☐	
Schwangerschaftsberatungsstellen	☐	Suchtberatungsstellen	☐	
Migrationsdienste/-einrichtungen / Erstaufnahmeeinrichtungen	☐	Sonstige Einrichtungen oder Akteure, und zwar:	☐	
		Keine Angabe möglich	☐	

4H Wie schätzen Sie für das Einzugsgebiet Ihrer Geburtsklinik die Versorgung mit Unterstützungsangeboten für psychosozial belastete Familien mit Kindern bis drei Jahre ein?						
Es gibt eine Überversorgung in unserem Einzugsgebiet	☐	Die Versorgung in unserem Einzugsgebiet ist bedarfsgerecht				☐
Es gibt eine Unterversorgung in unserem Einzugsgebiet	☐	Das können wir für unser Einzugsgebiet nicht beurteilen				☐
4I Ganz allgemein gefragt. Wenn Sie an die Geburtshilfe denken: Was erschwert die Vermittlung von Familien in belastenden Lebenslagen in Frühe Hilfen? Dass die Geburtskliniken nicht in Frühe Hilfen vermitteln, liegt daran, dass...	Stimme gar nicht zu				Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe möglich
	1	2	3	4	5	
...es in der Geburtshilfe Vorbehalte gegenüber den Frühen Hilfen gibt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Kenntnisse über konkrete, regionale Angebote der Frühen Hilfen fehlen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...Unsicherheiten hinsichtlich Datenschutz und der Schweigepflicht bestehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...es Vorbehalte gibt, mit Familien über psychosoziale Themen zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...aus Perspektive der Geburtskliniken das Thema "Familien mit psychosozialen Belastungen" nicht relevant in der geburtshilflichen Versorgung ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...keine Zeit zur Verfügung steht, um Beratungen zu Hilfsangeboten durchzuführen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...es keine Rückmeldungen der Frühen Hilfen über in Anspruch genommene Maßnahmen gibt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...der Begriff und die damit verbundenen Angebote der Frühen Hilfen schwer greifbar bzw. wenig konkret sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... belastete Familien zu kurz im Krankenhaus sind, um den Bedarf an Frühen Hilfen zu identifizieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...die Führungskräfte dies nicht ausreichend unterstützen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...dass sonstige Gründe vorliegen. Bitte geben Sie an:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5 Fazit						
5A Wenn Sie die Aktivitäten Ihres Krankenhauses im Bereich Früher Hilfen zusammenfassend bewerten , in wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu	Keine Angabe möglich
	1	2	3	4	5	
Die Aktivitäten entsprechen unserem Verständnis von Kunden- / Patientenorientierung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Aktivitäten entsprechen unserem Leitbild / Selbstbild als Krankenhaus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durch die Aktivitäten können wir frühzeitige psychosoziale Unterstützung ermöglichen, die über die rein medizinische Versorgung hinausgeht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Aktivitäten im Bereich „Früher Hilfen“ in unserem Hause insgesamt ein Erfolg.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5B Inwieweit gab es durch die Einführung von Frühen Hilfen in Ihrem Krankenhaus Veränderungen bei den folgenden Punkten?	sehr verschlechtert				sehr verbessert	Keine Angabe möglich
	1	2	3	4	5	
Die Zufriedenheit von (werdenden) Eltern hat sich...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geburtsklinik hat sich...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geburtsklinik hat sich...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen unseres Hauses hat sich...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Zusammenarbeit mit Externen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe oder Gesundheitsamt) hat sich...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Das Image / der Ruf unserer Geburtsklinik hat sich...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5C Welche Empfehlung(en) können Sie – allgemein oder speziell aus Krankenhaussicht – für den weiteren Auf- und Ausbau Früher Hilfen geben?						
Unsere Empfehlung(en):						

6 Abschluss			
6A Welche Berufsgruppen / Dienste Ihres Krankenhauses haben den vorliegenden Fragebogen federführend beantwortet? (Mehrfachantworten möglich)			
Geschäftsführung	☐	Hebammen mit Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	☐
Hebammen ohne Zusatzqualifikation "Familienhebamme"	☐	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger	☐
Weitere Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter aus dem Pflegedienst	☐	Ärztlicher Dienst	☐
Sozialdienst	☐	Babylotsen o.ä.	☐
Fallkoordinatorin / Fallkoordinatoren	☐	Sonstige: _____	☐
6B Haben Sie Interesse an den Befragungsergebnissen ? Falls ja, an wen soll der Ergebnisbericht geschickt werden?			
E-Mail (bitte deutlich in Druckbuchstaben): _____			
6C		Eher ja	Eher nein
Auf Basis der Befragungsergebnisse sind Telefoninterviews bzw. Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern ausgewählter Geburtskliniken geplant. Ziel ist vor allem der Praxistransfer der Ergebnisse bzw. die Ableitung von Handlungsempfehlungen Deswegen unsere unverbindliche Anfrage: Hätte Ihre Geburtsklinik zumindest im Grundsatz Interesse, hierfür eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter zu benennen? Falls ja: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für mögliche Kontaktaufnahme: Name: _____ Funktion: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____		☐	☐
Vielen Dank für Ihre Teilnahme!			

B. Erhebungsinstrument Non-Responder

Gefördert vom:  Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Träger:  Nationales Zentrum Frühe Hilfen	In Kooperation mit:  Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	In Kooperation mit:  DJI Deutsches Jugendinstitut	 DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT
--	---	--	--	--

Zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien in der Geburtshilfe Projekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und des Deutschen Krankenhausinstituts Befragung der Geburtskliniken - Kurzfragebogen -			
1 Warum hat Ihre Geburtsklinik nicht an der repräsentativen Befragung zur Versorgung von Familien in belastenden Lebenslagen teilgenommen? (Mehrfachantworten möglich)			
Fehlende Zeit im Klinikalltag	☐	Fehlende Ressourcen, z.B. wegen unbesetzter Stellen	☐
Fragebogen nicht erhalten/Fehlende Kenntnis des Projektes	☐	Bedenken wegen Vertraulichkeit/Datenschutz	☐
Fehlendes Interesse/ geringe Relevanz der Thematik für die eigene Klinik	☐	Vom Sinn der Studie nicht überzeugt	☐
Sonstiges, und zwar:			☐
2 Wird in Ihrer Geburtsklinik das psychosoziale Belastungsniveau bzw. ein psychosozialer Hilfebedarf bei (werdenden) Eltern systematisch ermittelt? (Mehrfachantworten möglich)			
Ja, bei allen Familien in unserer Geburtsklinik	☐	Ja, wenn Hinweise vorliegen, dass die Familie belastet ist	☐
Ja, wenn Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen	☐	Nein, bei keiner Familie	☐
In anderen Fällen. Welche anderen Fälle?	☐	Keine Angabe möglich	☐
3 Wer wird in Ihrer Geburtsklinik normalerweise gezielt über die Unterstützungsmöglichkeiten und Angebote für psychosozial belastete Familien informiert? (Mehrfachantworten möglich)			
Alle Familien in unserer Geburtsklinik	☐	Familien, bei denen Hinweise auf eine psychosoziale Belastung vorliegen	☐
Familien, bei denen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung vorliegen	☐	Keine Familie / niemand	☐
In anderen Fällen. Welche anderen Fälle?	☐	Keine Angabe möglich	☐
4 Wie häufig wird in Ihrer Geburtsklinik Familien, bei denen Unterstützungsbedarf erkannt wurde, ein persönliches, vertiefendes Beratungsgespräch angeboten?			
(Fast) Immer	☐	Häufig	☐
Selten	☐	Nie	☐
Keine Angabe möglich	☐		
5 Wie häufig wird in Ihrer Geburtsklinik bei Hilfebedarf eine Überleitung von psychosozial belasteten Familien in externe Hilfsangebote durchgeführt?			
(Fast) Immer	☐	Häufig	☐
Selten	☐	Nie	☐
Keine Angabe möglich	☐		

6 Gibt es in Ihrer Geburtshilfe eine spezifische Funktion für Frühe Hilfen (z.B. Babylotsin / Babylotse, Fallkoordinatorin / Fallkoordinator) eingesetzt?					
Ja, umgesetzt	☐	Ja, konkret in Planung	☐		
Nein, aber Zukunftsthema	☐	Nein, auch nicht angedacht	☐		
Keine Angabe möglich	☐				
7 Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Geburtshilfe zu? Der Umgang mit psychosozial belasteten Familien ist eine Herausforderung für unsere Geburtsklinik, da...					
	Stimme gar nicht zu 1	2	3	4	Stimme voll zu 5
...es für uns schwierig ist, Belastungen zu erkennen.	☐	☐	☐	☐	☐
...wir zu wenig Zeit für Gespräche mit belasteten Eltern haben.	☐	☐	☐	☐	☐
...wir Gespräche mit belasteten Familien nicht angemessen vergütet bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐
...wir nicht wissen, wie wir den Familien helfen können.	☐	☐	☐	☐	☐
...die belasteten Familien oft keine Hilfe möchten.	☐	☐	☐	☐	☐
...sonstige Gründe vorliegen. Bitte geben Sie an:	☐	☐	☐	☐	☐
8 Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie psychosoziale Belastungen feststellten, die aus Ihrer Sicht bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind. Bitte machen Sie in eine Angabe von 0="bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.					
Bedeutsame psychosoziale Belastungen für die gesunde weitere Entwicklung des Kindes	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien		☐ Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen		
9 Gibt es mindestens ein kommunales Netzwerk „Frühe Hilfen“ im direkten Einzugsbereich Ihrer Klinik?					
Ja	☐	Nein	☐		
Keine Angabe möglich	☐				
10 Welche Berufsgruppen / Dienste Ihres Krankenhauses haben den vorliegenden Fragebogen federführend beantwortet?					

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Kommentare/ Anmerkungen:

11. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.