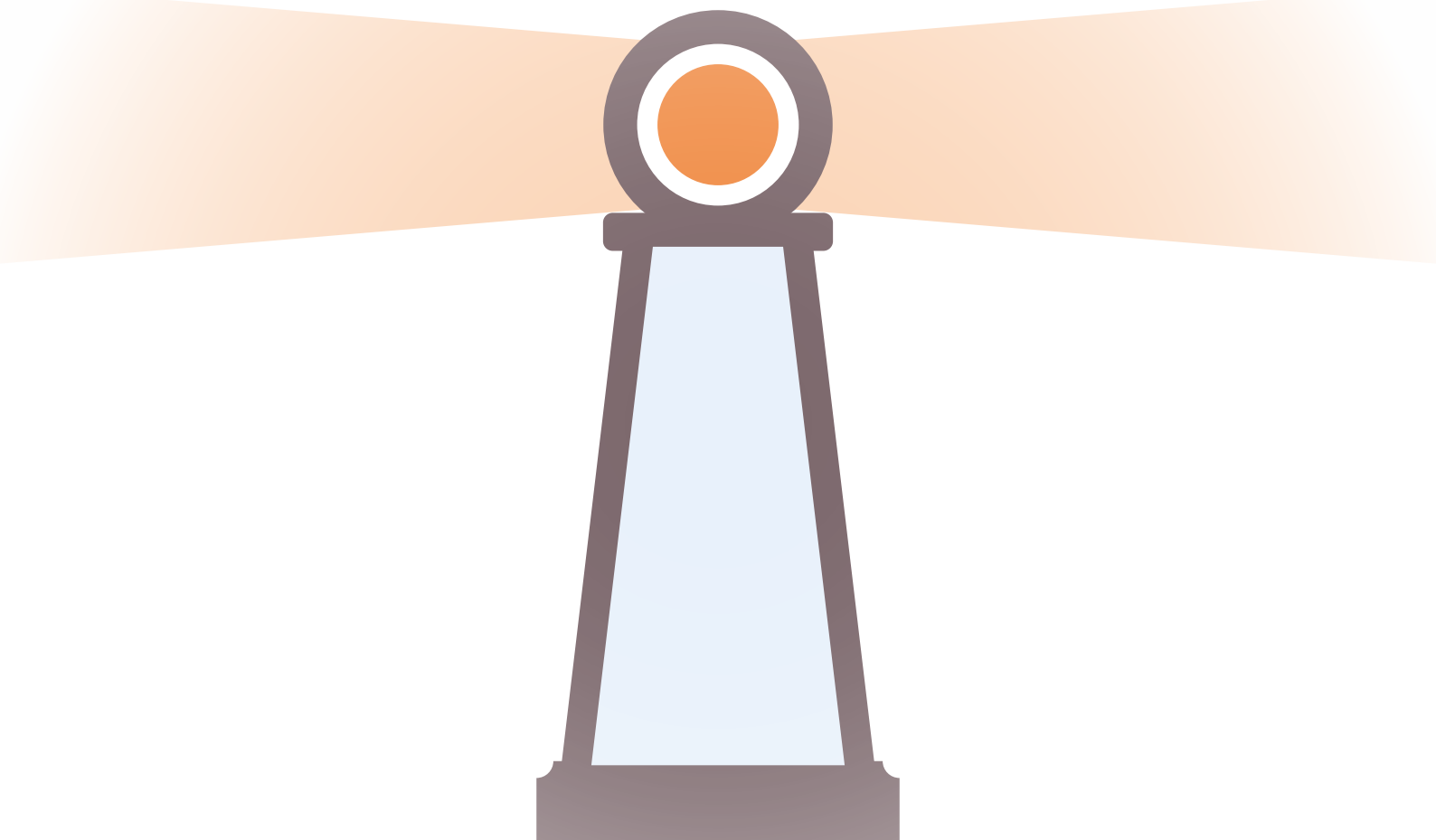


Gestaltung und Umsetzung von Lotsendiensten in niedergelassenen Arztpraxen in Nordrhein-Westfalen

Ergebnisse einer quantitativen Studie



Impressum

Herausgeber

Institut für soziale Arbeit e. V.
Friesenring 40
48147 Münster
www.isa-muenster.de

Autor*innen

Katharina Knüttel, Institut für soziale Arbeit e. V.
Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V.
Prof. Dr. Holger Nieberg, MSB Medical School Berlin

Satz & Layout

Fabian Möcking

Im Auftrag des

Ministerium für Kinder, Jugend,
Familie, Gleichstellung, Flucht
und Integration des Landes
Nordrhein-Westfalen

Münster, 2025

Gestaltung und Umsetzung von Lotsendiensten in niedergelassenen Arztpraxen in Nordrhein-Westfalen

Ergebnisse einer quantitativen Studie

Inhalt

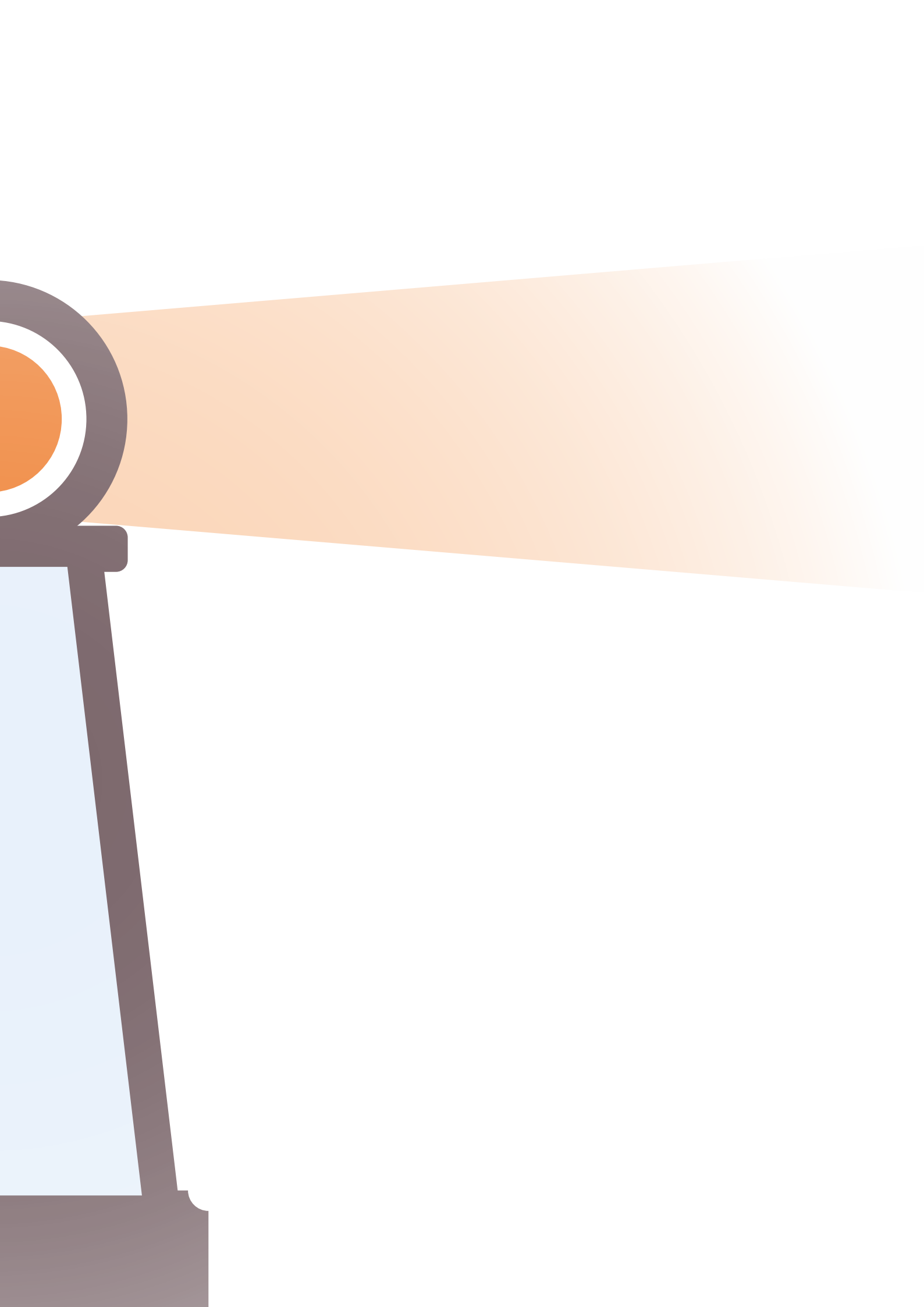
Einleitung	7
1 Studiendesign	9
1.1 Methode, Ziel und Zielgruppe der Befragung	9
1.2 Stichprobenbeschreibung	10
1.2.1 Jugendamtstypen der teilnehmenden Kommunen	10
1.2.2 Bevölkerungszahlen der teilnehmenden Kommunen	11
2 Ergebnisse der Befragung	12
2.1 Anzahl und Koordinierung der Lotsendienste	12
2.1.1 Tätige Lotsendienste	12
2.1.2 Geplante Lotsendienste	13
2.1.3 Eingestellte Lotsendienste	14
2.1.4 Fachliche Begleitung/Koordinierungsstelle	14
2.2 Umsetzung der Lotsendienste in den Praxen	15
2.2.1 Fachrichtungen und Organisationsformen	15
2.2.2 Implementierungsjahr	16
2.2.3 Finanzierungsquellen	16
2.2.4 Inhaltliche Programme und überörtliche Begleitungen	18
2.2.5 Lotsenmodelle und Anstellungsträger	18
2.2.6 Fokussierte Altersgruppen	19
2.2.7 Orte der Sprechstunde	20
2.2.8 Zeiten der Sprechstunde	22
2.2.9 Die Lotsenfachkräfte vor Ort	23
2.2.10 Beratungskontakte der Lotsenfachkraft	27
2.2.11 Beratungsinhalte	28
2.2.12 Unterstützung des Lotsendienstes durch medizinischen Fachangestellten (MFA)	29
2.3 Herausforderungen und Weiterentwicklungen	30
2.3.1 Herausforderungen und Schwierigkeiten beim Aufbau und der Umsetzung	30
2.3.2 Geplante Weiterentwicklungen und Veränderungen der bestehenden Lotsendienste	31
2.4 Voneinander lernen – Austauschformate und »Paten«-Standorte	31
2.4.1 Interesse an Austauschformaten	31
2.4.2 Bereitschaft zur Übernahme der Funktion eines »Paten«-Standortes	32
3 Recherche zur aktuellen nationalen und internationalen Praxis	33
3.1 Hinführung	33
3.2 Ausgangslage	34
3.3 Ergebnisse der Recherche	35
3.3.1 Recherche Datenbanken	35
3.3.2 Strukturelle und konzeptionelle Auffälligkeiten der Kooperationsansätze	37
3.3.3 Beispielhafte Veröffentlichungen zu Kooperationsprojekten, Lotsendiensten und Vernetzungsansätzen	40
3.3.4 Ergebnis-Matrix: Zusammenfassung ausgewählter Recherche-Erkenntnisse	43
3.4 Handlungsempfehlungen	52
3.5 Zwischenfazit	53
4 Zusammenfassung	53
5 Ausblick	55
Literaturverzeichnis	56
Anhang	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Jugendämter im Sample nach Jugendamtstyp	10
Abbildung 2: Jugendämter in NRW gesamt, in der Auswahlgesamtheit und im Sample nach Jugendamtstyp	11
Abbildung 3: Jugendämter im Sample nach Bevölkerungszahl	11
Abbildung 4: Jugendämter in NRW gesamt, in Auswahlgesamtheit und Sample nach Bevölkerungszahl	11
Abbildung 5: Anzahl Arztpraxen mit tätigem Lotsendienst in den Jugendämtern	12
Abbildung 6: Anzahl Arztpraxen mit Lotsendiensten im Aufbau in den Jugendamtsbezirken	13
Abbildung 7: Koordinierungsstellen und ihre Verortung	14
Abbildung 8: Fachrichtung der Arztpraxen	15
Abbildung 9: Organisationsform Praxen	16
Abbildung 10: Gründungsjahr der Lotsendienste	16
Abbildung 11: Finanzierungsquellen der Lotsendienste	17
Abbildung 12: Lotsendienstmodelle	18
Abbildung 13: Träger externe Lotsendienstmodelle	19
Abbildung 14: Fokussierte Altersgruppen nach Häufigkeit der Nennung	19
Abbildung 15: Fokussierte Gesamterspanne der Praxen	20
Abbildung 16: Sprechstundenorte	21
Abbildung 17: Sprechstundenzeiten	22
Abbildung 18: Abstände der regelmäßig stattfindenden Sprechstundenzeiten	23
Abbildung 19: Qualifikationen der Lotsenfachkräfte	24
Abbildung 20: Monatliche Stundenanzahl der Beratungszeit und weiteren Arbeitszeit je Praxis	25
Abbildung 21: Monatliche Stundenanzahl der Beratungszeit und weiteren Arbeitszeit je Lotsenfachkraft	26
Abbildung 22: Monatliche Beratungskontakte insgesamt und pro Familie je Praxis	27
Abbildung 23: Monatliche Beratungskontakte insgesamt je Lotsenfachkraft	27
Abbildung 24: Unterstützung durch die medizinische Fachangestellte (MFA)	29
Abbildung 25: Interesse an Austauschformaten	32
Abbildung 26: Intensität der Lotsenfunktion im Verhältnis zur Belastungsintensität	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Quellenübersicht Recherche	37
Tabelle 2: Kooperierende Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe	39
Tabelle 3: Kooperation zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Kinder- und Jugendhilfe	51
Tabelle 4: Fachdienste freier Träger bei denen Lotsenfachkräfte verortet sind	59
Tabelle 5: Externe Räumlichkeiten als Orte der Sprechstunde	59
Tabelle 6: Freiantworten »Beratungsanliegen der Familien«	61
Tabelle 7: Herausforderungen beim Aufbau und bei der Umsetzung von Lotsendiensten	63
Tabelle 8: Geplante Weiterentwicklungen und Veränderungen der Lotsendienste	63



Einleitung

Kathrin Lassak

Unterschiedliche gesellschaftliche Geschehnisse und Entwicklungen wie Immigration, die Corona-Pandemie und die damit für Familien verbundenen Herausforderungen (wegfallende Betreuungsmöglichkeiten, Home-schooling, soziale Isolation etc.), aber auch sich verfestigende Armutslagen (vgl. Bertelsmann Stiftung 2023) deuten darauf hin, dass der Anteil psycho-sozial belasteter Familien in den vergangenen Jahren gestiegen ist. Ferner belegen bspw. die Ergebnisse der Studie »KiD 0–3 2022« (vgl. Ulrich et al. 2023), dass Familien in Armut häufiger als andere Familien multiplen Belastungen ausgesetzt sind. Hierzu gehören z. B. beengte Wohnverhältnisse, innerfamiliäre Konflikte, finanzielle Sorgen oder auch psychische Erkrankungen in der Familie. Derartige familiäre Belastungslagen können zu einer Verringerung elterlicher Feinfühligkeit und der fehlenden Wahrnehmung und Einbringung von Erziehungs- und Versorgungskompetenzen der Eltern beitragen, woraus sich negative Folgen für die gesunde kindliche Entwicklung ergeben können (vgl. Zohsel et al. 2017; vgl. auch Kuntz 2018). Um diesen negativen Entwicklungen entgegenzuwirken und Kindern ein gesundes und entwicklungsgerechtes Aufwachsen zu ermöglichen, ist das frühzeitige Erkennen von familiären Belastungen und eine Überleitung in geeignete Unterstützungsangebote zwingend notwendig.

Inzwischen ist allerdings bekannt, dass vor allem die Familien, deren Lebenslagen von multiplen Belastungen geprägt sind, bei denen ein hoher Unterstützungsbedarf vorliegt und die vermeintlich am meisten von einer adäquaten Unterstützungslandschaft profitieren würden, gleichzeitig am schwersten durch entsprechende Angebote zu erreichen sind – das sogenannte »Präventionsdilemma« (vgl. Bauer 2005). Gleichzeitig belegen Studien einen engen Zusammenhang zwischen sozialen Lebensbedingungen und Gesundheitszustand (vgl. z. B. Robert Koch-Institut 2018, vgl. auch Destatis, WZB, und BiB 2021). Im Zuge dessen gerät die Bedeutung intersektoraler Zusammenarbeit vor allem von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe in den letzten Jahren zunehmend in den Blick nationaler und internationaler Debatten und es wurden innovative und interdisziplinäre (Modell-)Ansätze entwickelt, um die Versorgungslandschaft für Familien zu verbessern. Familien – vor allem die mit erhöhtem psychosozialen Hilfebedarf – sollen möglichst frühzeitig und niedrigschwellig mit entsprechenden und abgestimmten Hilfs- und Unterstützungsangeboten erreicht werden.

Mit den sich verändernden Lebenslagen von Familien scheinen sich auch die Rahmenbedingungen und Ansprüche ärztlichen Handelns zu wandeln. Eine vom Nationalen Zentrum Frühe

Hilfen (NZFH) durchgeführte Studie ergab, dass die Zunahme des Anteils psychosozial belasteter Familien auch unter den Kinder- und Jugendärzt*innen wahrgenommen wird (vgl. Staa und Renner 2019). So ist aus kinderärztlicher Sicht beinahe jede sechste Familie, die im Rahmen der U-Untersuchungen vorstellig wird, so belastet, dass dies bedeutsam für die weitere gesunde Entwicklung des Kindes ist. Gleichzeitig wird der Umgang mit belasteten Familien von Pädiater*innen als herausfordernd bewertet; die Gründe hierfür werden vor allem in den äußeren Rahmenbedingungen, wie bspw. fehlender Zeit für (Beratungs-)Gespräche und einer nicht angemessenen Vergütung dieser gesehen. Die gleichen Faktoren werden als Barrieren für die Vermittlung zu Angeboten der Frühen Hilfen angegeben, wobei hier die fehlenden Rückmeldungen, ob die Familien bei den Angeboten auch angekommen sind, aus ebendiesen eine noch größere Rolle spielen (vgl. ebd.). Ähnliche Ergebnisse ergeben sich für die Gynäkolog*innen: Auch von diesen gibt die große Mehrheit an, den Umgang mit psychosozial belasteten Schwangeren als Herausforderung zu empfinden (vgl. Neumann und Renner 2020). Neben dem Zeitfaktor und der geringen Vergütung von Gesprächen wurden von diesen noch Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse als Grund genannt. Immerhin ein knappes Viertel der Gynäkolog*innen fühlt sich im Umgang mit psychosozial belasteten Familien herausgefordert, da sie nach eigenen Angaben nicht wissen, wie sie den Familien helfen können (vgl. ebd.). Von den Pädiater*innen äußerten nur knapp 10 % diese Unsicherheit (vgl. Staa und Renner 2019). Lotsendienste können an dieser Stelle einen wichtigen Beitrag im Sinne der Prävention leisten, da sie einen größeren Anteil unterstützungsbedürftiger Familien in passgenaue weiterführende Angebote vermitteln, als es in der Regelversorgung gelingt.

Dabei gilt (neben den Geburtskliniken) vor allem die niedergelassene Ärzteschaft, insbesondere Pädiatrie und Gynäkologie, als hoch relevanter Kooperationspartner (vgl. Renner 2010) und wichtiges Bindeglied in der Versorgung, Unterstützung und Vermittlung von Familien. Sowohl Kinder- und Jugendärzt*innen als auch Gynäkolog*innen genießen bei Eltern große Offenheit und eine besondere, häufig über mehrere Jahre entstandene Vertrauensstellung. Die Inanspruchnahme ihrer Leistungen ist eigenmotiviert, selbstverständlich und stigmatisierungsfrei. Zudem verbindet beide Fachrichtungen das Potenzial, (werdende) Eltern besonders frühzeitig und nahezu umfassend zu erreichen. Die durch die Kinder- und Jugendärzt*innen durchgeführten frühen U-Untersuchungen verzeichnen eine beinahe 100-prozentige Teilnahmequote (vgl. Schmidtke et al. 2018) und erreichen dadurch nahezu alle Familien mit Neugeborenen – auch solche in belastenden Lebenslagen. Durch die vor allem in den ersten Lebensjahren kurzen Abstände zwischen den Untersuchungen sehen die Pädiater*innen die Familien zudem sehr regelmäßig in ihrer Praxis. Gynäkolog*innen haben z. B. durch

die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sogar noch früher als andere Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen Kontakt zu werdenden Müttern und ggf. auch den diese begleitenden Partner*innen.

Im Rahmen dieser frühzeitigen und vertrauensvollen Kontakte von niedergelassenen Ärzt*innen zu (werdenden) Eltern, in denen sie auch Einblicke in familiäre Lebenswelten erhalten, bietet sich die Möglichkeit, neben rein medizinischen Aspekten auch psychosoziale Bedarfe bei den Familien anzusprechen und diese ggf. zur Wahrnehmung weitergehender Unterstützung(sangebote) zu motivieren bzw. in diese zu vermitteln (Türöffner). Im Rahmen des NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring) gaben sowohl die Pädiater*innen als auch die Gynäkolog*innen an, eine Vielzahl an psychosozialen Belastungen (z. B. starke Erschöpfung, niedrige Bildung, Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse) im Rahmen der Untersuchungen wahrnehmen zu können (vgl. Staa und Renner 2019 sowie Neumann und Renner 2020), und das, nach Aussage der Gynäkolog*innen, bereits sehr früh im Kontakt mit ihren Patientinnen. Für sie kann insbesondere der Mutterpass ein Anlass für die Ansprache psychosozialer Themen sein, da dieser auch die Dokumentation psychosozialer Belastungen beinhaltet. Die Tatsache, dass mit der Schwangerschaft im Zusammenhang stehende Belastungen in der Regel in anderen Berufsgruppen weniger offensichtlich werden, unterstreicht ihre Bedeutung im Zuge der frühzeitigen Unterstützung von Familien zusätzlich (vgl. Neumann und Renner 2020).

Gleichwohl der sich zeigenden hohen Relevanz von Gesundheitsakteur*innen bei der Versorgung von insbesondere (hoch) belasteten Familien weisen Studien darauf hin, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen diesen und der Kinder- und Jugendhilfe nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist, gar von zahlreichen Hindernissen, wie unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, Denkmodellen und Handlungslogiken sowie mangelnden Kenntnissen über das jeweils andere System, bestimmt ist. Eine nicht vorhandene Pflicht zur Kooperation seitens des Gesundheitswesens und die fehlende Vergütung ebendieser kommen erschwerend hinzu.

Gleichzeitig können mit Blick auf die Unterstützung und Vermittlung von Familien durch niedergelassene Ärzt*innen in den letzten Jahren stattgefundene Aktivitäten aufgezeigt werden, die den Weg hin zur interdisziplinären Zusammenarbeit ebnen. Zu nennen wären hier die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss 2015 erfolgte Überarbeitung der Kinder-Richtlinie, wonach im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) im Kindesalter das Erkennen psychosozialer Aspekte stärker berücksichtigt und Eltern gegebenenfalls entsprechende Hilfe angeboten werden soll (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2023) sowie die mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prä-

vention (Präventionsgesetz – PräVG) gesetzliche Verankerung des Auftrags zur Information von Familien über sie betreffende regionale Unterstützungsangebote bei entsprechendem Bedarf im Rahmen der U-Untersuchungen (vgl. Bundestag 2015, §§ 24d, 26 SGB V). Darüber hinaus wird die Überleitung von psychosozial belasteten Familien aus dem Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe durch die Einrichtung von Lotsendiensten in Arztpraxen oder Geburts- und Kinderkliniken, bspw. im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen und seit 2020 im Rahmen des Landesprogramms »kinderstark – NRW schafft Chancen« durch die Möglichkeit zu Beantragung von Fördermitteln unterstützt.

Derartige Initiativen schaffen positive Voraussetzungen für die Gestaltung und Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen in den Kommunen. Bei »Lotsendiensten in Arztpraxen«, wie sie im Rahmen dieser Expertise verstanden werden, handelt es sich um solche Angebote und Dienste, bei denen Fachkräfte Familien in Arztpraxen niedrigschwellig Information und Beratung anbieten und sie bei Bedarf mit ihrem Einverständnis an entsprechende Stellen weiterleiten. Die Fachkräfte bzw. Ärzt*innen sprechen Familien (systematisch) an, schätzen gemeinsam mit den Eltern etwaigen Unterstützungsbedarf ein und bringen sie mit weitergehenden Unterstützungsangeboten in Kontakt. Ziel dabei ist, Eltern in ihren Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu stärken und gesundheitliche Risiken und Fehlentwicklungen von Kindern zu minimieren bzw. die Chancen für ein gesundes Aufwachsen dieser zu erhöhen. Die Beratung ist freiwillig, kostenfrei und auf Wunsch anonym und wird von einer in der Regel speziell dafür geschulten Lotsenfachkraft übernommen. Neben der systematischen Erkennung familiärer Belastungsfaktoren, der Ermittlung vorhandener Ressourcen, der Einschätzung des etwaigen Unterstützungsbedarfs und der Vermittlung passgenauer gesundheitlicher oder psychosozialer Hilfsangebote kann auf Wunsch auch eine persönliche Begleitung der Familien zu anderen Stellen im Sinne der Kontaktaufnahme erfolgen.

Lotsendienste in Arztpraxen sind ein noch junges Feld in der Unterstützungs- und Versorgungslandschaft für Familien. Das Wissen um diese Angebotsform ist noch begrenzt und Erfahrungen damit gibt es bislang nur wenig. Für NRW können im Kontext der Frühen Hilfen und darüber hinaus bereits erste Beispiele benannt werden, wie das von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) von 2016 bis 2019 initiierte Modellprojekt »Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis«. Im Rahmen des Projekts wurden in drei pädiatrischen Arztpraxen an unterschiedlichen Standorten in NRW Sprechstunden der Kinder- und Jugendhilfe installiert (vgl. DGKJ 2020). Eine systematische Sammlung und Aufbereitung bereits gemachter Erfahrungen besteht jedoch nicht. Offen bleiben also die Fragen, wie Lotsendienste von Ärzt*innen und Trägern der Kinder- und Jugendhilfe gestaltet werden und was das Gelingen von Lotsendiensten be-

dingt. Um diesen Fragen nachzugehen, wurde das Institut für soziale Arbeit e. V. (ISA) mit der Erstellung dieser Expertise beauftragt. Ziel ist es, empirische Daten zur Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen in NRW zu erheben und Aussagen zu möglichen Gelingensbedingungen treffen zu können. Hierfür wurden zum einen im Rahmen einer quantitativen Studie Kommunen in NRW hinsichtlich ihrer Lotsendienste in Arztpraxen befragt. Zum anderen erfolgte mit Erstellung dieser Expertise eine nationale und internationale (EU) Recherche zur aktuellen Praxis von Lotsendiensten in Arztpraxen sowie zu anderen Formen der Kooperation zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Frühen Hilfen/Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich möglicher Gemeinsamkeiten, Ausgestaltungen, Gelingensbedingungen und daraus ableitbarer Handlungsempfehlungen.

Nachfolgend werden zunächst das Design der quantitativen Studie (Kapitel 1) und die Ergebnisse der Befragung (Kapitel 2) dargestellt. Im dritten Kapitel erfolgt anschließend die Darstellung des Recherchevorgehens und der im Zuge dessen gewonnenen Erkenntnisse und abzuleitenden Handlungsempfehlungen. Abschließend werden die zuvor aufgezeigten Ergebnisse und Inhalte zusammengefasst sowie ein Ausblick auf sich daran anschließende Fragen und Themen gegeben.

1 Studiendesign

Katharina Knüttel, Kathrin Lassak

1.1 Methode, Ziel und Zielgruppe der Befragung

Ziel der quantitativen Studie »Lotsendienste in Arztpraxen in NRW« war es, systematisch aufbereitete Daten und damit eine empirische Basis zum Stand der Umsetzung und zur Gestaltung der Lotsendienste in nordrhein-westfälischen Arztpraxen zu erhalten. Die Studie hatte nicht das Ziel, eine repräsentative Übersicht zur quantitativen Verbreitung der Lotsendienste in Arztpraxen in NRW zu liefern, sondern sollte eher einen Überblick über deren konkrete Ausgestaltung geben.

Dazu wurde ein Fragebogen¹ entwickelt, der sowohl Fragen zur konzeptionellen Umsetzung, konkreten Ausgestaltung und zu geplanten Weiterentwicklungen enthielt als auch mögliche Herausforderungen bei der Umsetzung von Lotsendiensten in den Blick nehmen sollte. Dieser wurde mit der Befragungsoftware SoSci Survey anschließend als Online-Befragung umgesetzt. Als Zielgruppe der Befragung wurden die Kommunen ausgewählt und angeschrieben, die in ihrem Verwen-

dungsnachweis zur Bundesstiftung Frühe Hilfen für das Jahr 2022 bzw. in ihrem Antrag zum Landesprogramm »kinderstark – NRW schafft Chancen« für das Jahr 2023 angegeben haben, dass sie Fördermittel für Lotsendienste in Arztpraxen einsetzen oder einsetzen möchten. Die Auswahlgesamtheit lag damit bei 36 Kommunen bzw. Jugendamtsbezirken.²

Um die Verständlichkeit und Praktikabilität des Erhebungsinstruments zu überprüfen und mögliche Programmierungsfehler aufzudecken, wurde im Vorfeld der Erhebung ein Pretest durchgeführt. Neben der tatsächlich angestrebten Zielgruppe (Kommunen mit tätigen Lotsendiensten in Arztpraxen) haben auch Vertreter*innen der Landesjugendämter (Fachberatungen Frühe Hilfen und Fachberatungen kinderstark) sowie Mitarbeiter*innen des Instituts für soziale Arbeit am Pretest teilgenommen.

Für die Hauptbefragung wurden aus jeder Kommune die Netzwerkkoordinierenden Frühe Hilfen sowie die Koordinierenden kinderstark per E-Mail vom MKJFGFI angeschrieben, über Zweck und Ziel der Befragung informiert und darum gebeten, sich an dieser zu beteiligen. Hierfür erhielten die angeschriebenen Personen in der Mail einen einheitlichen Zugangslink, der sie direkt zur Online-Befragung führte. Werden die Aufgaben der Netzwerkkoordination Frühe Hilfen und Koordination im Rahmen des Landesprogramms kinderstark nicht in Personalunion ausgeübt, war eine interne Abstimmung zur Beantwortung angeraten. Darauf wurden die Befragten im Fragebogen hingewiesen – auch um zu vermeiden, dass mehr als ein Fragebogen aus einer Kommune eingesendet wird. Das Vorliegen mehrerer Fragebögen aus einer Kommune ist dennoch nicht ausgeschlossen.

Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Mitte Juli bis ca. Ende August 2023 (Verlängerung nach vier Wochen Befragungszeit um weitere zwei Wochen) und belief sich damit auf insgesamt ca. sechs Wochen.

Der Fragebogen bestand insgesamt aus 104 Fragen auf 19 Seiten, wobei die individuelle Länge von der Anzahl der Arztpraxen mit tätigem Lotsendienst innerhalb der Kommune abhängig war. Gaben die Befragten an, mehr als eine Praxis mit tätigem Lotsendienst in ihrem zuständigen Jugendamtsbezirk zu haben, hatten sie entsprechend der Anzahl (max. aber für vier) der Praxen die Möglichkeit, für jede dieser Praxen Angaben anhand sich wiederholender Fragen zu machen. Zudem

1 Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang.

2 Für die Auswahl dieser Zielgruppe sprach, dass sehr sicher davon ausgegangen werden konnte, dass die angeschriebenen Jugendamtsbezirke auch tatsächlich einen Lotsendienst haben und Aussagen zur Befragung machen können. Der Datenverlust durch Kommunen, die einen Lotsendienst haben, der nicht über die Bundesstiftung oder kinderstark gefördert wird, wurde als sehr gering erachtet.

war der Fragebogen so konzipiert, dass sich die Fragen auf drei Ebenen bezogen: die Jugendämter (bspw. hinsichtlich der Vorhaltung einer Koordinierungsstelle zur fachlichen Begleitung der Lotsendienste, der Anzahl der im zuständigen Jugendamtsbezirk tätigen, geplanten und eingestellten Lotsendienste oder auch der geplanten Weiterentwicklungen oder Veränderungen der Lotsendienste), die Arztpraxen (bzgl. der konkreten konzeptionellen Umsetzung und Ausgestaltung des Angebots innerhalb der Praxen, z. B. mit Blick auf die Fachrichtungen, fokussierten Altersgruppen, Sprechstundenorte und -zeiten) und die Lotsenfachkräfte (z. B. Qualifikation und Stundenumfang).

Die Auswertung erfolgte unter Verwendung der statistikorientierten Programmiersprache R und der kostenlosen Open-Source-Software RStudio.

1.2 Stichprobenbeschreibung

Der Fragebogen wurde insgesamt 37-mal³ aufgerufen, allerdings liegen nicht zu allen Aufrufen auswertbare Ergebnisse vor. Zwei Personen gaben an, dass in ihrem Jugendamtsbezirk derzeit weder eine Arztpraxis mit einem tätigen Lotsendienst vorhanden noch ein Lotsendienst in einer Arztpraxis im Aufbau/in der Planung sei, woraufhin die Befragung beendet wurde.⁴

Drei Personen haben lediglich Angaben zu ihrem Jugendamtstyp und der Bevölkerungszahl gemacht und wurden aufgrund mangelnder substanzieller Angaben zum Befragungsthema aus der Auswertung ausgeschlossen. Weitere acht Personen haben den Fragebogen zwar aufgerufen, allerdings keine weiteren auswertbaren Angaben gemacht, sodass diese ebenfalls aus der Auswertung ausgeschlossen wurden. Damit bleiben gültige Rückmeldungen in Bezug auf 24 Jugendämter. Dies entspricht einem Rücklauf von 67 %.

1.2.1 Jugendamtstypen der teilnehmenden Kommunen

Von den 24 Jugendämtern, zu denen gültige Angaben vorliegen, handelt es sich in neun Fällen um Jugendämter einer kreisfreien Stadt, in zehn Fällen um kreisangehörige Jugendämter und in fünf Fällen um Kreisjugendämter (s. Abbildung 1).

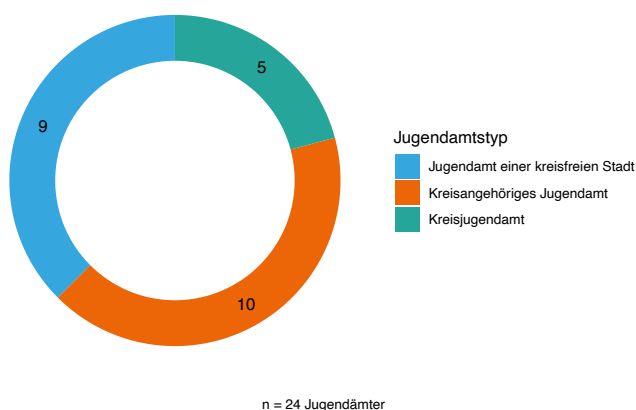


Abbildung 1: Jugendämter im Sample nach Jugendamtstyp

Mit Blick auf die Verteilung der Jugendämter in NRW insgesamt (s. Abbildung 2) fällt auf, dass die Jugendämter einer kreisfreien Stadt in der Befragung überrepräsentiert sind, wobei ihr Anteil auch unter Betrachtung der angeschriebenen Auswahlgesamtheit der über den Bundesfonds Frühe Hilfen oder das Landesprogramm kinderstark finanzierten Lotsendienste etwas höher ausfällt als der Anteil der in NRW insgesamt vertretenen Jugendämter kreisfreier Städte.

Zwar liegt auch der Anteil der an der Befragung teilnehmenden Kreisjugendämter im Verhältnis zu den NRW-weiten Kreisjugendämtern geringfügig höher, hier ist der Unterschied aber geringer als bei den Jugendämtern kreisfreier Städte.

3 Die Auswahlgesamtheit beträgt 36 Kommunen bzw. Jugendamtsbezirke. Gegebenenfalls wurde der Fragebogen von Personen aus reinem Interesse und ohne die Absicht, Angaben machen zu wollen, angeklickt und/oder es gab Personen, die sich nach dem erstmaligen Öffnen des Fragebogens dazu entschieden haben, diesen zu einem späteren Zeitpunkt auszufüllen.

4 Mit Blick auf die ausgewählte Grundgesamtheit ließe sich diese Aussage mit der Tatsache erklären, dass im Rahmen des Landesprogramm kinderstark bereits die Konzeptionierung des Angebots in Form von Personalkosten förderfähig ist, sich der Lotsendienst folglich noch nicht im Aufbau befinden muss.

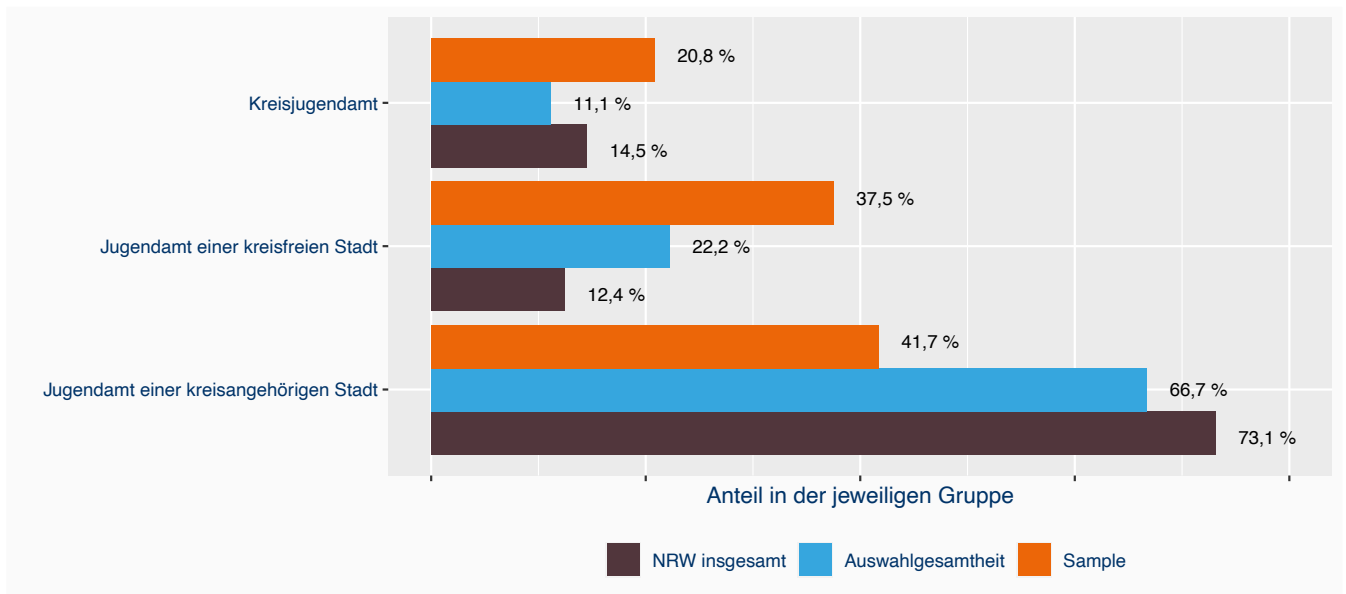


Abbildung 2: Jugendämter in NRW gesamt, in der Auswahlgesamtheit und im Sample nach Jugendamtstyp

1.2.2 Bevölkerungszahlen der teilnehmenden Kommunen

Hinsichtlich der Bevölkerungszahlen ist die Verteilung von Großstädten bzw. Kreisen und Kleinstädten ungefähr gleich. Von den 13 vertretenen Großstädten/Kreisen haben zehn Kommunen mehr als 200.000 Einwohner*innen, unter den Kleinstädten sind drei Kommunen dabei, die weniger als 50.000 Einwohner*innen haben (s. Abbildung 3).

Im landesweiten Vergleich sind vor allem die Jugendamtsbezirke, die zwischen 100.000 und 200.000 Einwohner*innen haben, leicht überrepräsentiert, und zwar auch mit Blick auf die Auswahlgesamtheit der angeschriebenen Lotsendienste (s. Abbildung 4).

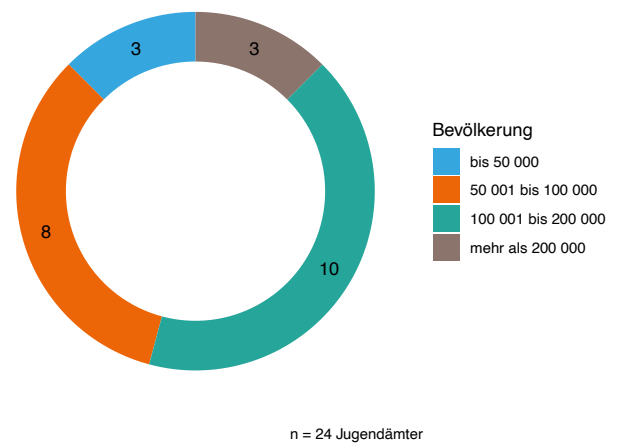


Abbildung 3: Jugendämter im Sample nach Bevölkerungszahl

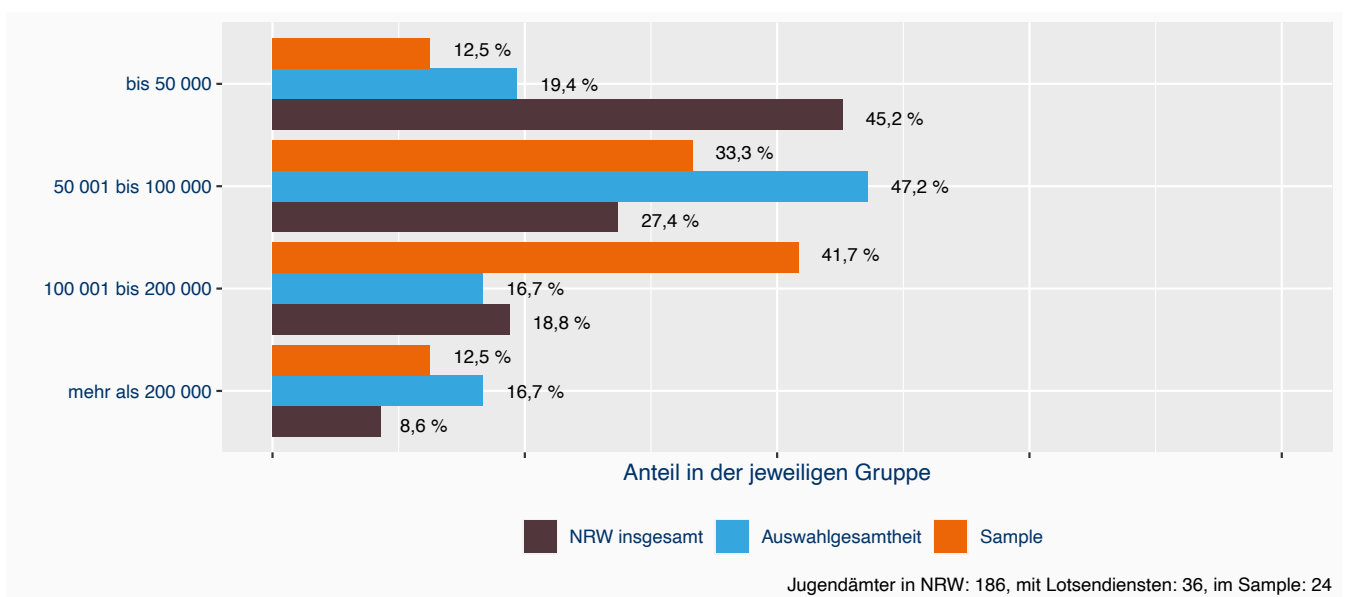


Abbildung 4: Jugendämter in NRW gesamt, in Auswahlgesamtheit und Sample nach Bevölkerungszahl

2 Ergebnisse der Befragung

Katharina Knüttel, Kathrin Lassak

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Onlinebefragung mit Blick auf die einzelnen Sachverhalte zur Gestaltung und Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen dargestellt. Aufgrund der geringen Fallzahl in Bezug auf die Jugendämter wird auf die Berechnung prozentualer Angaben weitestgehend verzichtet.

2.1 Anzahl und Koordinierung der Lotsendienste

2.1.1 Tätige Lotsendienste

Ein Register der in NRW tätigen Lotsendienste gibt es bislang nicht. Ausgehend davon lag das Erkenntnisinteresse der Studie zunächst einmal darin, einen Überblick der in den befragten Kommunen überhaupt vorhandenen Lotsendienste zu erhalten. Konkret wurden die Befragten um eine Angabe zur Anzahl der Arztpraxen mit einem aktiv tätigen Lotsendienst gebeten.

23 Befragte haben diese Frage beantwortet und dabei angegeben, mindestens eine Arztpraxis mit aktiv tätigem Lotsendienst in ihrem Jugendamtsbezirk zu haben. In den meisten Jugendamtsbezirken existieren allerdings mehr als eine Arztpraxis mit Lotsendienst, dabei waren drei Arztpraxen die am häufigsten und 20 Arztpraxen die höchste genannte Anzahl in einem Jugendamtsbezirk. Bei den Jugendamtsbezirken, die angaben, mehr als vier Arztpraxen mit tätigem Lotsendienst zu haben, lag die Anzahl (neben den 20 bereits genannten) bei sechs, sieben und acht Arztpraxen. **Insgesamt beträgt die Summe der Arztpraxen mit Lotsendienst bei den 23 Jugendämtern, die hierzu Angaben gemacht haben, 89.**

Die folgende Abbildung 5 gibt Aufschluss darüber, wie viele Arztpraxen mit tätigem Lotsendienst es jeweils innerhalb der Jugendamtsbezirke gibt.

Ausgehend davon, dass es sich bei den Lotsendiensten in Arztpraxen um ein erst in den letzten Jahren stärker in den Fokus rückendes Unterstützungsangebot für Familien handelt, kann die Tatsache, dass die meisten Kommunen drei oder mehr tätige Lotsendienste in Arztpraxen in ihrem Jugendamtsbezirk haben, positiv gewertet werden. Gleichzeitig gilt es mit Blick auf die hohe Anzahl von 20 Arztpraxen, die von einer Kommune angegeben wurde, zu hinterfragen, inwieweit in dieser Kommune noch von Lotsendiensten, wie sie im Rahmen dieser Stu-

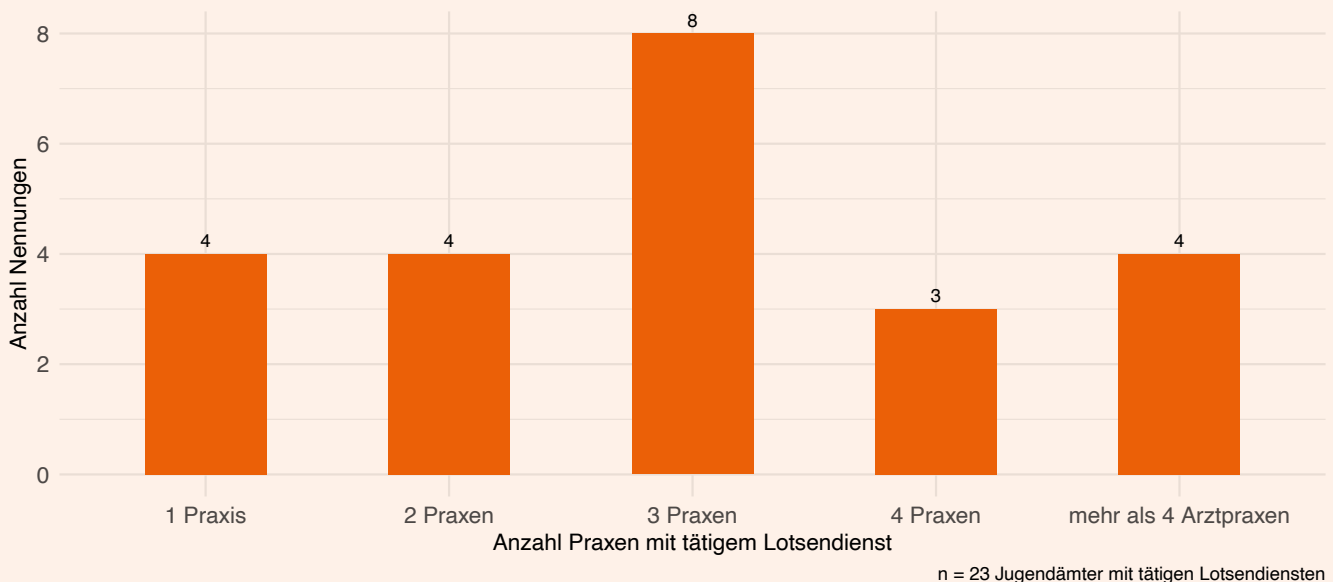


Abbildung 5: Anzahl Arztpraxen mit tätigem Lotsendienst in den Jugendämtern

die verstanden wurden, ausgegangen werden kann bzw. welchem Modell die Lotsendienste dieser 20 Arztpraxen folgen.⁵

Möglich ist eine grundsätzliche Unschärfe hinsichtlich des Begriffs Lotsendienst, da nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden kann, dass jede hier genannte Arztpraxis mit einem Lotsendienst gleichzusetzen ist. In der kommunalen Praxis sind Modelle bekannt, bei denen ein Lotsendienst in mehreren Arztpraxen tätig ist oder bei denen ein zentral bspw. durch das Jugendamt organisierter Pool an Lotsenfachkräften vorgehalten wird, auf den Arztpraxen auf Grundlage einer vorher getroffenen Kooperationsvereinbarung bei Bedarf zurückgreifen können. Bei solchen Modellen würde die Anzahl der Lotsendienste im Vergleich zu der Anzahl der Arztpraxen ggf. geringer ausfallen. Es ist zu vermuten, dass es sich bei dem Ausreißer von 20 Arztpraxen um eines dieser Modelle handelt.

Mit Blick auf die Interpretation der weiteren Ergebnisse vor allem zur konkreten Gestaltung und Umsetzung der Lotsendienste innerhalb der Arztpraxen stellt diese Unschärfe keine Schwierigkeit dar, da sich die einzelnen Fragen in der Regel auf eine konkrete Praxis bezogen haben, weitere Aspekte der Umsetzung folglich praxisscharf abgefragt wurden. Ausschließlich bei der Frage nach ggf. eingestellten Lotsendiensten kann es zu Fehlinterpretationen kommen, da hier nicht nach der Anzahl der Arztpraxen, sondern nach der Anzahl der Lotsendienste gefragt wurde. Auch lassen sich keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Anzahl der in den Kommunen eingestellten Lot-

senfachkräfte ziehen, da eine Fachkraft in mehreren Praxen tätig sein kann.

2.1.2 Geplante Lotsendienste

Da es sich bei den Lotsendiensten in Arztpraxen um ein relativ neues Unterstützungsangebot für Familien handelt, das noch nicht umfänglich etabliert ist und aktuell erst zunehmend an Bedeutung erlangt, wurde bei der Konzipierung der Befragung davon ausgegangen, dass sich in einigen Kommunen noch (weitere) Lotsendienste in Arztpraxen im Aufbau befinden. Von den 22 Personen, die hierzu Angaben gemacht haben, bestätigten 13 Befragte diese Annahme und gaben an, dass sich in ihrem Jugendamtsbezirk ein oder mehrere Lotsendienst(e) in Arztpraxen im Aufbau befinden, wobei von einer Person keine Angabe zur Anzahl der im Aufbau befindlichen Lotsendienste gemacht wurde. Neun Befragte äußerten explizit, dass sich in ihrem Jugendamtsbezirk aktuell keine Arztpraxis im Aufbau eines Lotsendienstes befindet. Ausgehend von den Jugendamtsbezirken, die mit »ja« geantwortet haben, befinden sich durchschnittlich 1,8 Arztpraxen und insgesamt mindestens⁶ 25 Arztpraxen im Aufbau eines Lotsendienstes. Bleibt die eine Person, die keine Angabe zur Anzahl gemacht hat, unberücksichtigt, ergibt sich für die verbleibenden 12 Jugendamtsbezirke mit Lotsendiensten im Aufbau folgende Verteilung (s. Abbildung 6):

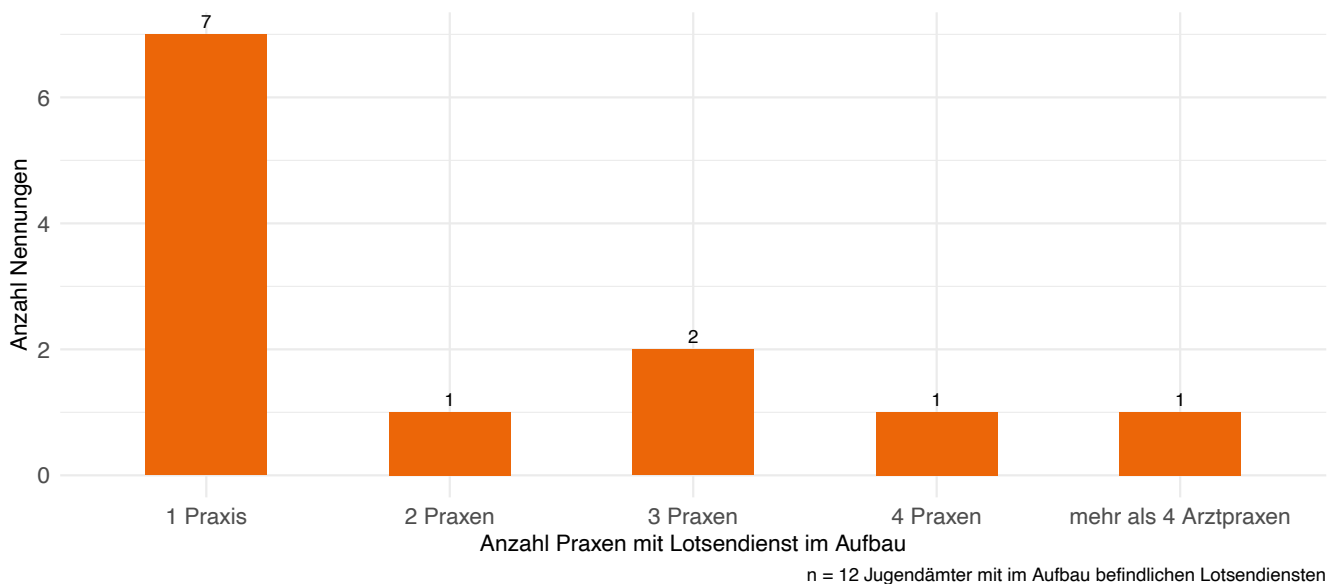


Abbildung 6: Anzahl Arztpraxen mit Lotsendiensten im Aufbau in den Jugendamtsbezirken

⁵ Modelle, bei denen Arztpraxen den Familien sogenannte »grüne Rezepte« ausstellen und die Familien damit an einen kommunalen zentral oder dezentral organisierten Lotsendienst bspw. der Frühen Hilfen verweisen, waren nicht Gegenstand dieser Studie.

⁶ Mindestens, weil eine befragte Person keine Angabe zur Anzahl der im Aufbau befindlichen Lotsendienste gemacht hat und die Person, die angegeben hat, mehr als vier Arztpraxen im Aufbau zu haben, keinen konkreten Zahlenwert hinterlegt hat, sodass nur von fünf ausgegangen werden kann.

2.1.3 Eingestellte Lotsendienste

Neben den aktuell tätigen und neu im Aufbau befindlichen Arztpraxen mit Lotsendiensten kam es in einigen Fällen auch dazu, dass bestehende Lotsendienste in Arztpraxen wieder eingestellt werden mussten. Insgesamt sechs der Befragten gaben dies an. Als Gründe hierfür wurden fehlende zeitliche Ressourcen beim Arzt, eine nicht funktionierende Kooperation, eine schwer zu erreichende Zielgruppe, die fehlende Annahme/Inanspruchnahme des Angebots seitens der Familien und ein Personalmangel bei den Lotsenfachkräften angegeben. Eine befragte Person äußerte als Grund für die Einstellung des Lotsendienstes das Vorhandensein eines hohen Bedarfs. Diese Rückmeldung ist in Bezug auf die Fragestellung nicht eindeutig interpretierbar, da ein hoher Bedarf eigentlich für die Weiterführung des Angebots sprechen würde. Denkbar wäre auch, dass die hohe Anfrage mit den vorhandenen Ressourcen nicht zu bewältigen war und folglich zu einer Einstellung des Lotsendienstes führte.

Bei fünf der sechs Jugendämter, die einen Lotsendienst eingestellt haben, befinden sich allerdings neue Lotsendienste in Arztpraxen im Aufbau und bei allen sechs Kommunen sind weiterhin aktive Lotsendienste in anderen Praxen vorhanden. Dies lässt darauf schließen, dass die Einstellung der Lotsendienste vor allem von den Gegebenheiten und Strukturen einzelner Standorte bzw. Praxen abhängt und weniger mit grundsätzlichen Schwierigkeiten beim Aufbau und der Umsetzung von Lotsendiensten innerhalb der Kommunen zusammenhängt.

2.1.4 Fachliche Begleitung/ Koordinierungsstelle

Die Schaffung einer Stelle zur Koordinierung bzw. fachlichen Begleitung der Lotsendienste in Arztpraxen kann den Vorteil haben, dass relevante inhaltliche und organisatorische Aspekte der Ausgestaltung und Umsetzung des/der Lotsendienste(s) zentral zusammenlaufen und in klarer Zuständigkeit einheitlich koordiniert werden. Diese Verantwortungsaufteilung kann zu reibungsloseren Abläufen und einer Entlastung für die am Lotsendienst beteiligten Personen beitragen. Die Koordinationsstelle bzw. fachliche Begleitung kann zudem als Ansprechperson für alle am Lotsendienst beteiligten Personen fungieren. Gleichzeitig können bei mehreren Lotsendiensten in Arztpraxen in einer Kommune zentrale Aspekte und Erfahrungen bei der Umsetzung gebündelt, in entsprechende Arbeitskontexte und Gremien eingespeist und davon ausgehende Synergien genutzt werden. Damit lässt sich eine solche Koordinierungsstelle bzw. fachliche Begleitung als Qualitätsmerkmal beim Aufbau und der Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen beschreiben.

Die Mehrheit der Jugendämter (19 an der Zahl), die hierzu Aussagen getroffen haben (23 gültige Angaben insgesamt), gaben an, über eine solche Koordinierungsstelle bzw. fachliche Begleitung zu verfügen (s. Abbildung 7). Von diesen 19 Koordinierungsstellen bzw. fachlichen Begleitungen waren insgesamt 17 im Jugendamt verortet, davon sechs im Sachgebiet Frühe Hilfen, neun im Sachgebiet Kommunale Präventionsketten und zwei in sonstigen Sachgebieten beim Jugendamt.⁷ Zwei weitere Stellen bzw. Begleitungen waren bei freien Trägern der Jugendhilfe (z. B. Erziehungsberatungsstelle) angesiedelt. Eine befragte Person gab an, dass sich eine Koordinierungsstelle beim Jugendamt im Aufbau befindet und drei Befragte gaben explizit an, dass es keine Koordinierungsstelle bzw. fachliche Begleitung gibt und eine solche auch nicht aufgebaut werden soll.

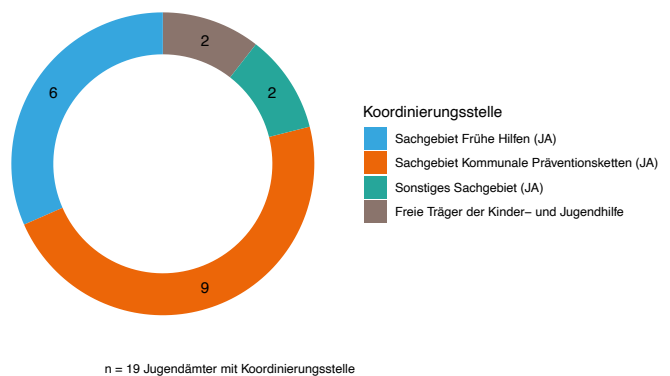


Abbildung 7: Koordinierungsstellen und ihre Verortung

Besonders hervorgehoben werden muss an dieser Stelle, dass nur bei fünf von 19 der genannten Koordinierungsstellen bzw. fachlichen Begleitungen auch Stellenanteile für diese Aufgabe geschaffen wurden. Der Umfang betrug in zwei Fällen fünf Wochenarbeitsstunden, in einem Fall elf Wochenarbeitsstunden und in einem weiteren Fall 15 Wochenarbeitsstunden. In den meisten Fällen übernehmen die Aufgabe der Koordination bzw. fachlichen Begleitung der Lotsendienste folglich die dafür zuständigen Fachkräfte im Rahmen ihres bestehenden Aufgabenprofils.

Mit Blick auf diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen ist davon auszugehen, dass sich auch die konkrete Ausgestaltung und Qualität dieser Stelle/Begleitung in den Kommunen unterschiedlich darstellt. Da anhand der Befragungsdaten hierzu keine tiefergehenden Aussagen getroffen werden können, bleibt dies ein Thema für die weitere Diskussion und Qualitätsentwicklung der Lotsendienste.

⁷ Angegeben wurden: »Präventionsstelle – Koordination gegen Kinderarmut« und »Sachgebiet Frühe Hilfen und Präventionsketten machen es gemeinsam«.

2.2 Umsetzung der Lotsendienste in den Praxen

Ziel der Befragung war es auch, mehr über die Gestaltung und Umsetzung einzelner Lotsendienste zu erfahren. Weiter oben wurde bereits dargestellt, dass es innerhalb der 23 Jugendamtsbezirke mit hierzu auswertbaren Angaben insgesamt 89 Arztpraxen mit Lotsendienst gibt. Jede*r Befragte wurde darum gebeten, zu bis zu vier einzelnen Praxen in der Kommune weitere Angaben zu machen.⁸ Da es allerdings auch Jugendämter mit mehr als vier Arztpraxen gibt und nicht alle Befragten den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, liegen insgesamt Angaben zu 60 Arztpraxen vor. Für diese 60 Praxen wurde nicht jede Frage beantwortet – aber jeweils mindestens eine.

In Kapitel 2.1.1 wurde bereits dargelegt, dass unter den an der Befragung teilnehmenden Personen eine differente Definition hinsichtlich des Begriffs »Lotsendienst« existieren kann. Je nachdem, ob z. B. die einzelne Praxis oder die Lotsenfachkraft als Bezugspunkt für die Bestimmung »Lotsendienst« zugrunde gelegt wird, können die nachfolgenden Fragen zur konkreten Umsetzung und Gestaltung der Lotsendienste unterschiedlich verstanden worden bzw. ihnen verschiedene Ausgangspunkte vorangegangen sein. Im Rahmen dieser Studie wird eine Praxis mit einem Lotsendienst gleichgesetzt. Ausgehend davon waren die Fragen im Fragebogen in der Regel so formuliert, dass immer Angaben für eine einzelne Praxis gemacht werden, sprich die Antworten praxisscharf erfolgen sollten. Konkret: In der nachfolgenden Beschreibung der Ergebnisse entspricht eine Praxis immer einem Lotsendienst.

2.2.1 Fachrichtungen und Organisationsformen

Um die Arztpraxen, in denen ein Lotsendienst eingerichtet wurde, genauer beschreiben zu können, wurden die Befragten darum gebeten, Angaben zur Fachrichtung und zur Organisation (s. Kapitel 2.2.2) der jeweiligen Praxis zu tätigen.

Zur Fachrichtung liegen 57 Angaben vor, wobei die Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) mit einer Häufigkeit von 42 Praxen die absolute Mehrheit stellt (s. Abbildung 8). Die Gynäkologie und Allgemeinmedizin sind mit sieben bzw. zwei Praxen deut-

lich unterrepräsentiert. Dieses Bild ist mit Blick auf die Frühen Hilfen wenig überraschend. So weisen auch Daten aus dem Monitoring des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) mit Blick auf die Beteiligung von Kooperationspartner*innen in den Netzwerken Früher Hilfen darauf hin, dass die kinder- und jugendmedizinischen Praxen im Vergleich zu den gynäkologischen und hausärztlichen Praxen deutlich häufiger in den Netzwerken vertreten sind (vgl. NZFH 2023, Sann et al. 2022).

In sechs Fällen wurde angegeben, dass die Arztpraxis, in der ein Lotsendienst eingerichtet ist, einer anderen als den zur Auswahl gestellten Fachrichtungen angehört. Konkret handelt es sich dabei dreimal um eine Zahnarztpraxis⁹, einmal um ein medizinisches Versorgungszentrum und zweimal wurde als Fachrichtung »Pädiatrie in Verbindung mit einer weiteren Fachrichtung« ergänzt.¹⁰

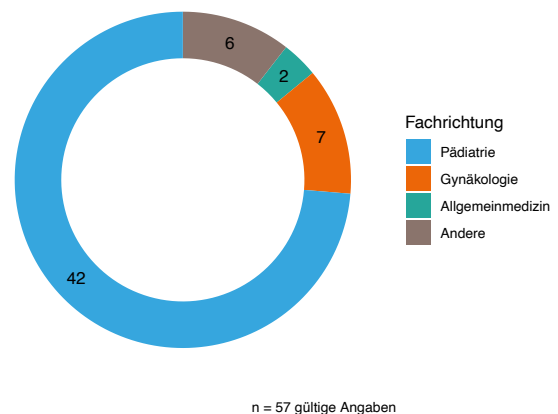


Abbildung 8: Fachrichtung der Arztpraxen

Mit Blick auf die Organisationsformen halten sich Einzel- und Gemeinschaftspraxen nahezu die Waage und bilden gleichzeitig die absolute Mehrheit (s. Abbildung 9). Beinahe alle hier beschriebenen Praxen sind in einer dieser beiden Formen organisiert. In zwei Fällen handelte es sich um ein medizinisches Versorgungszentrum und nur einmal wurde angegeben, dass die Organisation der Praxis in einer anderen Form erfolgt – hier ist der Lotsendienst an »Einzelpraxis und Versorgungszentrum« angedockt.

Mit Blick auf die Bewertung der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der Organisationsform des Medizinischen Versorgungszentrums um ein Modell handelt, das erst in den letzten Jahren zunehmend innerhalb der Kommunen umgesetzt wird. Die Organisation in Einzel- und Gemeinschaftspraxen folgt einer längeren Tradition und ist demnach

⁸ Der Fragebogen war so programmiert, dass die Möglichkeiten zur Beantwortung der Fragen zur Umsetzung und Gestaltung einzelner Lotsendienste abhängig von der Anzahl der aktuell tätigen Lotsendienste in Arztpraxen in den Kommunen waren. Kommunen, die angaben, mehr als vier Praxen mit Lotsendienst in ihrem Jugendamtsbezirk zu haben, konnten die anschließenden Fragen zur Umsetzung für max. vier ausgewählte Arztpraxen beantworten.

⁹ Seit 2023 werden Zahnarztpraxen im Landesprogramm kinder-stark explizit angesprochen. Dies könnte dazu beitragen, dass die Anzahl von Zahnarztpraxen zukünftig ggf. steigt.

¹⁰ Im Einzelnen: Gynäkologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

in der Regel auch insgesamt häufiger in den Kommunen vertreten.

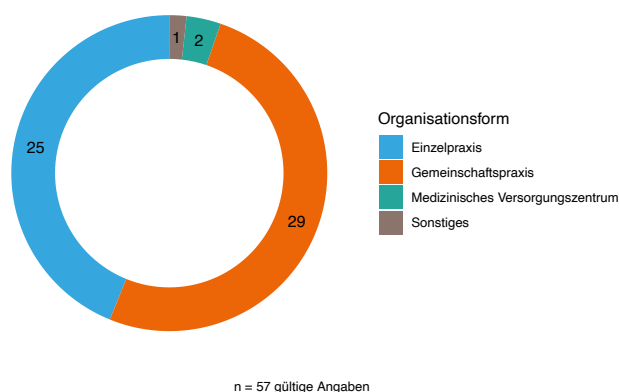


Abbildung 9: Organisationsform Praxen

2.2.2 Implementierungsjahr

Die Mehrheit der Lotsendienste in Arztpraxen wurde erst kürzlich installiert, wie der folgenden Abbildung 10 zu entnehmen ist. Dabei wurden die meisten Lotsendienste im Jahr 2021 erstmalig umgesetzt. Der Anstieg in der Etablierung von Lotsendiensten ab dem Jahr 2020 lässt sich darauf zurückführen, dass seitdem Personal- und Sachkosten für den Einsatz von Lotsenfachkräften über das NRW Landesprogramm »kinderstark – NRW schafft Chancen« beantragt werden können (vgl. MKJFGFI 2023).

Wie der Abbildung entnommen werden kann, scheint der Anstieg im Aufbau neuer Lotsendienste in Arztpraxen wieder nachzulassen. Gründe hierfür können vielfältig sein. Eine Annahme könnte sein, dass die Verteilung der Fördermittel aus dem Landesprogramm kinderstark innerhalb der Kommunen erfolgt ist und die Gelder nun vorrangig zur Aufrechterhaltung der bestehenden Lotsendienste genutzt werden.

2.2.3 Finanzierungsquellen

Wie im vorherigen Abschnitt bereits erwähnt, ist der Einsatz von Lotsenfachkräften in Arztpraxen seit 2020 über das Landesprogramm kinderstark in Form von Personal- und Sachkosten förderfähig. Im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen sind die Lotsendienste 2018 explizit als Gegenstand der Förderung beschrieben worden, wobei die Förderfähigkeit seit Beginn der Bundesinitiative 2012 gegeben war. Auch die Finanzierung über kommunale Mittel oder anderweitige Finanzierungsstöcke ist denkbar. Wie häufig die zuvor genannten Finanzierungsquellen bei der Etablierung von Lotsendiensten in den Kommunen zum Einsatz kommen bzw. kamen, wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

Hinsichtlich der Finanzierung der Lotsendienste in Arztpraxen hatten die Befragten die Möglichkeit, Mehrfachantworten abzugeben. Dabei stellte sich heraus, dass einzelne Lotsendienste teilweise aus verschiedenen Quellen finanziert werden. Von den 56 Praxen, zu denen hier Angaben gemacht

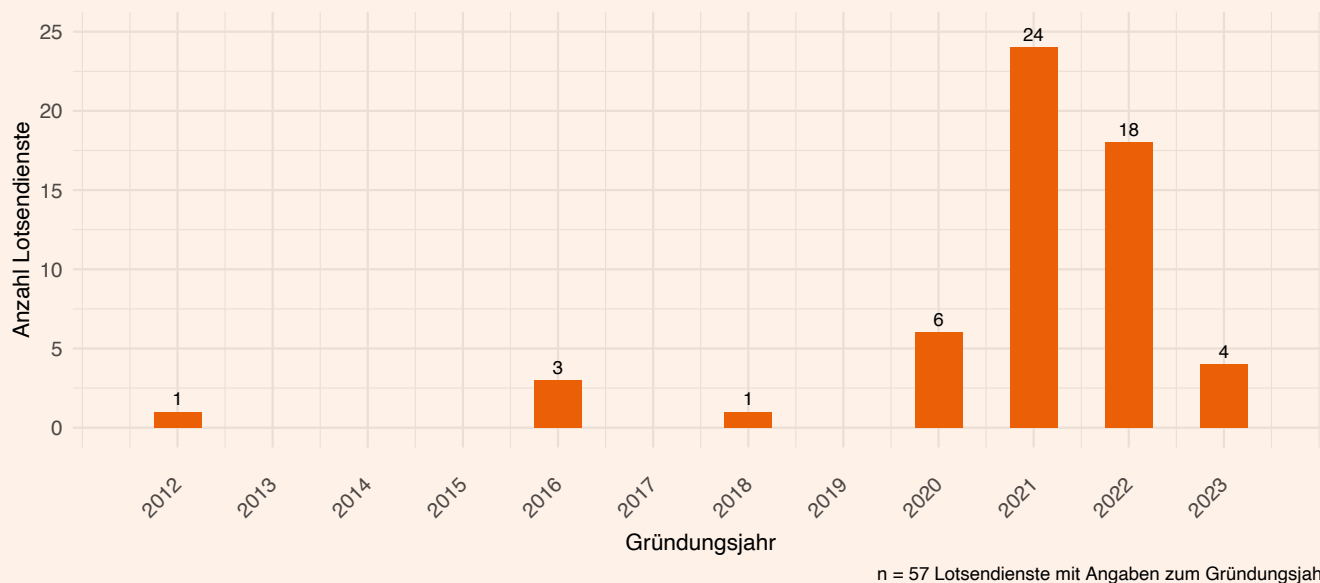


Abbildung 10: Gründungsjahr der Lotsendienste

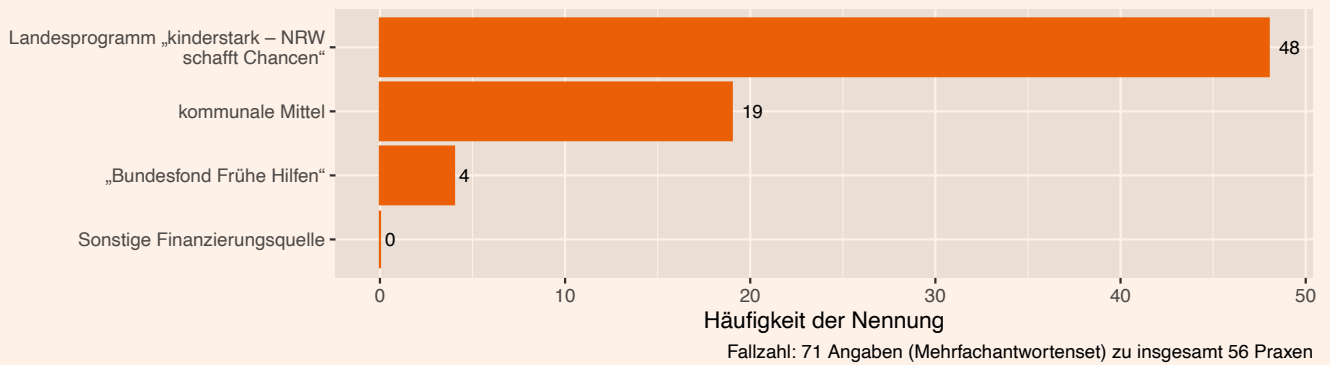


Abbildung 11: Finanzierungsquellen der Lotsendienste

wurden, werden 41 Lotsendienste aus nur einer und 15 Lotsendienste aus zwei Quellen finanziert, wobei es sich in allen 15 Fällen um eine Kofinanzierung aus kommunalen Mitteln und Programmmitteln¹¹ handelt. Insgesamt liegen mit Blick auf die Finanzierungsquellen 71 Angaben für 56 Praxen vor.

Die im Kontext der Gründungsjahre der Lotsendienste aufgestellte Annahme, dass vor allem die 2020 durch das Landesprogramm kinderstark geschaffene Förderfähigkeit von Lotsendiensten in Arztpraxen zu einem Anstieg in der Umsetzung von ebendiesen geführt hat, deckt sich mit den Ergebnissen hinsichtlich der Frage nach den Finanzierungsquellen der Lotsendienste. Von den 56 Praxen, zu denen Angaben zum Finanzierungsrahmen vorliegen, wird der Lotsendienst in 48 und damit den allermeisten Fällen aus dem Landesprogramm kinderstark finanziert (s. Abbildung 11). Bei einem Drittel der Lotsendienste kommen (zusätzlich) kommunale Mittel zum Einsatz. Wie weiter oben bereits beschrieben, handelt es sich dabei in den meisten Fällen um Kofinanzierungen. Nur bei vier von 19 als kommunal finanziert angegebenen Lotsendiensten erfolgte die Finanzierung ausschließlich über kommunale Eigenmittel.

Sofern es sich bei der Finanzierungsquelle um kommunale Mittel handelt, wurden die Befragten zudem gebeten, die Art der Mittel genauer zu erläutern. Von den 19 Lotsendiensten in Arztpraxen, die aus kommunalen Mitteln finanziert werden, handelt es sich in zehn Fällen um Mittel der Jugendhilfe und bei weiteren zwei Fällen um »sonstige kommunale Mittel«, diese wurden nicht weiter konkretisiert. In sieben Fällen wurde keine genauere Angabe zu der Art der kommunalen Mittel hinterlegt. Kommunale Mittel des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden nach Angabe der Befragten gar nicht eingesetzt.

¹¹ Dreimal Kofinanzierung aus kommunalen Mitteln und dem Bundesfond Frühe Hilfen und zwölfmal Kofinanzierung aus kommunalen Mitteln und dem Landesprogramm kinderstark.

An dieser Stelle fällt auf, dass die Lotsendienste zwar in den meisten Fällen über das Landesprogramm kinderstark finanziert werden, die Aufgabe der Koordinierung und fachlichen Begleitung aber häufiger dem Sachgebiet Frühe Hilfen zufällt. Konkret: Während die Koordinierungsstelle/fachliche Begleitung in sieben Kommunen im Sachgebiet Frühe Hilfen angesiedelt ist (einmal in gemeinsamer Verantwortung mit dem Sachgebiet Kommunale Präventionsketten, vgl. Kapitel 2.1.4), werden die dort tätigen Lotsendienste in nur einer dieser Kommunen auch über den Bundesfonds Frühe Hilfen finanziert (ggf. anteilig¹²). In fünf der Kommunen mit Verortung der Koordinierungsstelle/fachlichen Begleitung im Sachgebiet Frühe Hilfen werden die Lotsendienste (ebenfalls ggf. anteilig) aus dem Landesprogramm kinderstark und in einer Kommune aus kommunalen Eigenmitteln finanziert.

Weiter stellt sich die Frage, ob innerhalb einer Kommune tendenziell die gleiche Finanzierung für alle dort existierenden Lotsendienste umgesetzt wird. Der Blick in die Daten zeigt, dass dies meistens, aber nicht immer der Fall ist. Insgesamt 19 Kommunen haben Angaben zu mehr als einer Praxis mit Lotsendienst gemacht und können damit hinsichtlich der Homogenität der Lotsendienste innerhalb der Kommune untersucht werden. Dabei lässt sich feststellen, dass in 14 der 19 Kommunen alle dort tätigen Lotsendienste, zu denen Angaben hinsichtlich der Finanzierung vorliegen, über die gleiche Quelle finanziert werden. In acht Fällen handelt es sich um die Finanzierung über das Landesprogramm kinderstark, in vier Fällen um eine Kofinanzierung aus kinderstark und kommunalen Mitteln, in einem Fall um eine Mischfinanzierung aus Mitteln des Bundesfonds Frühe Hilfen und kommunalen Mitteln und in einem weiteren Fall werden die Lotsendienste ausschließlich über kommunale Eigenmittel finanziert. Für die verbleibenden fünf Kommunen konnte keine Homogenität hinsichtlich

¹² Wie bereits dargestellt werden einige Lotsendienste aus zwei Quellen (Kofinanzierung aus kommunalen Mitteln und Programmmitteln) finanziert.

der eingesetzten Mittel festgestellt werden, da die dort tätigen Lotsendienste aus unterschiedlichen Quellen finanziert werden oder keine ausreichenden Angaben zur Finanzierung gemacht wurden.

2.2.4 Inhaltliche Programme und überörtliche Begleitungen

Im Sinne sozialer Früherkennungssysteme haben sich bundesweit schon vor vielen Jahren inhaltliche Akteure neu etabliert (bspw. Stiftung See You¹³ oder KinderZUKUNFT NRW Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft¹⁴), die das Ziel haben, psychosoziale Belastungen und daraus ableitbare Unterstützungsbedarfe von werdenden Eltern und Familien mit vor allem kleinen Kindern in Gesundheitseinrichtungen systematisch, frühzeitig und verlässlich zu erfassen. Um die entwickelten Konzepte und gesammelten Erfahrungen in die Fläche zu tragen, bieten viele dieser Akteure interessierten Kommunen Unterstützung und Beratung bei der Implementierung entsprechender Präventionsansätze an, bspw. hinsichtlich verschiedener Organisationsformen, der Qualifizierung der Mitarbeitenden, Kosten- und Finanzierungsoptionen sowie Aspekten der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou 2024).

Im Rahmen dieser Befragung wurde erhoben, ob derartige inhaltliche Programme, Präventionsmodelle oder überörtliche Begleitungen (wie bspw. SeeYou oder Stiftung Kinderzukunft) auch beim Aufbau der Lotsendienste innerhalb der befragten Kommunen eine Rolle spielen bzw. spielten. Dies ist nahezu ausnahmslos nicht der Fall. Nur bei vier von 54 Praxen wurde angegeben, dass der Aufbau des Lotsendienstes der jeweiligen Praxis im Rahmen eines inhaltlichen Programms/einer überörtlichen Begleitung erfolgt, wobei alle vier Antworten aus einer Kommune stammen und als Programm viermal »kinderstark« genannt wurde. Dies kann, möglicherweise aufgrund einer missverständlichen Frageformulierung, als Fehlinterpretation der Frage betrachtet werden. Beim Landesprogramm kinderstark steht der Aufbau einer kommunalen Präventionskette im Vordergrund. Die Inanspruchnahme der Mittel für das Handlungsfeld »Lotsendienste in Arztpraxen« ist an in der Förderrichtlinie definierte Standards gebunden. Die Landesjugendämter bieten zudem Fachberatung für das Handlungsfeld an, ein inhaltliches Umsetzungsmodell wird jedoch nicht vorgegeben. Demnach handelt es sich bei dem Landesprogramm kinderstark nicht um ein solches inhaltliches Programm, auf welches die Frage abzielte.

13 Infos zur Stiftung und dem Programm abrufbar unter: <https://www.seeyou-hamburg.de>

14 Infos zur Stiftung und dem Programm abrufbar unter: <https://forum-kinderzukunft.de/aktivitaeten/kinderzukunft-nrw>

Für 50 der Praxen mit Lotsendiensten wurde der Aufbau als kommunales Eigenmodell angegeben.

Die Ergebnisse können in zweierlei Hinsicht interpretiert werden: Entweder wurde eine überörtliche Begleitung durch derartige inhaltliche Programme bewusst nicht in Anspruch genommen, wobei die Gründe vielfältig sein können, oder die Möglichkeit zur Inanspruchnahme dieser war bzw. ist innerhalb der Kommunen nicht (ausreichend) bekannt.

2.2.5 Lotsenmodelle und Anstellungsträger

Die Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen ist in unterschiedlichen Modellen mit Blick auf die Verortung der Lotsenfachkräfte denkbar. Je nachdem, wo die Lotsenfachkräfte angestellt sind, kann von »internen« oder »externen« Lotsenmodellen gesprochen werden. Intern bedeutet dabei, dass die Lotsenfachkräfte in der Praxis angestellt sind. Von 57 gültigen Angaben ist dies nur einmal der Fall: Dort fungiert der Arzt oder die Ärztin¹⁵ selbst als Lotse bzw. Lotsin. **In den allermeisten Fällen (47) erfolgt die Organisation des Lotsendienstes im Rahmen eines externen Modells (s. Abbildung 12).**

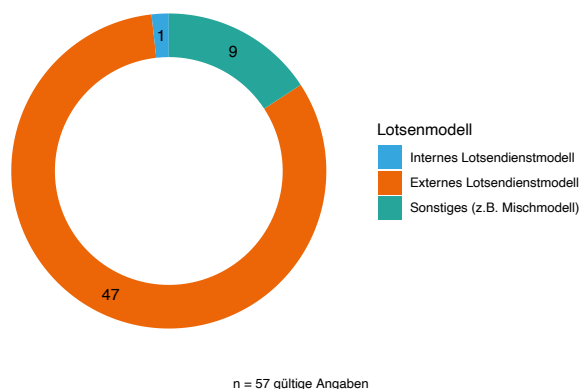


Abbildung 12: Lotsendienstmodelle

Für neun Praxen wurde angegeben, dass diese weder dem internen noch dem externen Lotsendienstmodell zugeordnet werden können (»Sonstiges«). Sechsmal wurde hier ergänzt, dass es sich um eine freiberufliche Tätigkeit/Honorartätigkeit handele und einmal um einen Lotsendienst in einer Kinderklinik, der allerdings nicht im Interesse dieser Befragung steht.

In Bezug auf die 19 Kommunen, die Angaben zu mehr als einer Arztpraxis mit Lotsendienst gemacht haben, haben 17 innerhalb der Kommune einheitliche Lotsendienstmodelle. Darunter sind drei Kommunen mit »Sonstiges (z. B. Mischmodell)« und 14 Kommunen mit einheitlich externem Lotsenmodell. In

15 Wurde bei dieser Frage das interne Lotsenmodell ausgewählt, hatten die Befragten die Möglichkeit anzugeben, ob der Arzt/ die Ärztin oder die medizinische(n) Fachangestellte(n) als Lotsenfachkraft fungiert/fungieren

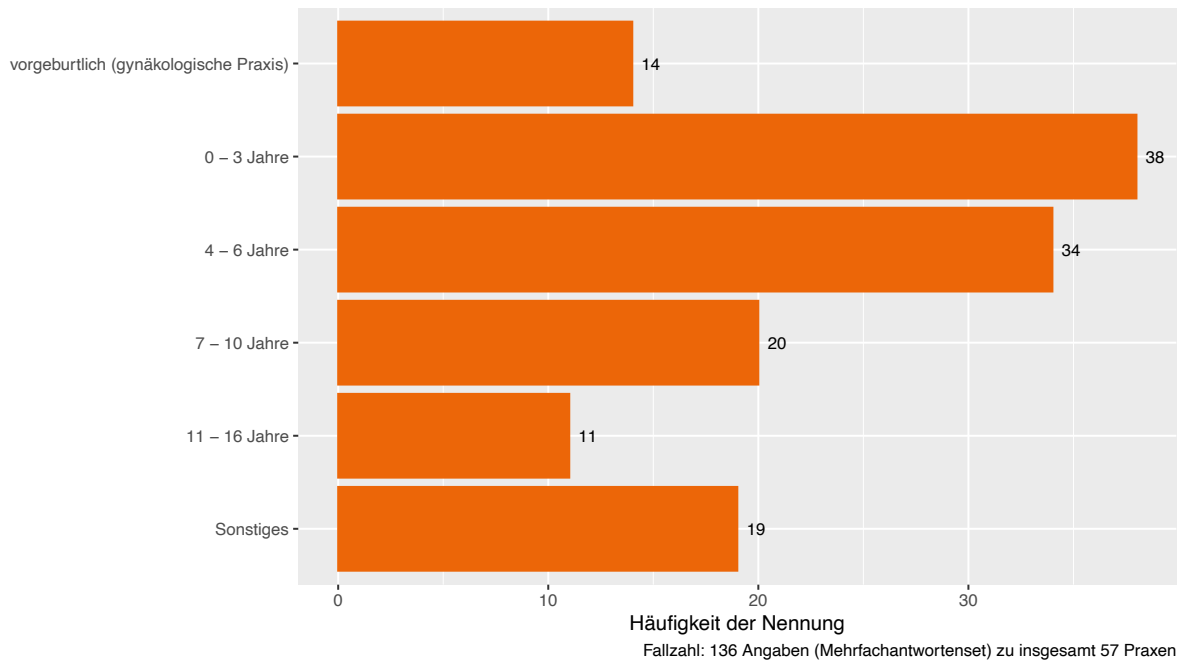


Abbildung 14: Fokussierte Altersgruppen nach Häufigkeit der Nennung

zwei Kommunen gibt es sowohl Praxen mit externem Lotsendienstmodell als auch Praxen, die der Kategorie »Sonstiges« Lotsendienstmodell zugeordnet wurden.

Von den 47 Arztpraxen, die auf einem externen Lotsenmodell basieren, waren die Lotsenfachkräfte in 28 Fällen beim Jugendamt angestellt (s. Abbildung 13), darunter 15 im Sachgebiet Frühe Hilfen, sieben im Sachgebiet Prävention, drei im ASD¹⁶ und drei im Sachgebiet Vorbeugender Kinderschutz¹⁷.

Bei den 16 Lotsendiensten, bei denen die Lotsenfachkräfte bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe angestellt sind, war die Vielfalt höher. Konkret benannt wurden z. B. Schwangerschaftsberatungsstellen (3), Erziehungsberatungsstellen (2) oder der Kinderschutzbund (3).¹⁸

In Bezug auf die Homogenität der Trägerschaft im Rahmen externer Lotsendienstmodelle lagen zu 15 Kommunen auswertbare Angaben vor. In 13 dieser 15 Kommunen können die Lotsendienste in Arztpraxen jeweils einheitlichen Trägern zugeordnet werden: In vier Kommunen sind es freie Träger, bei denen die Lotsenfachkräfte angesiedelt sind, in acht Kommunen das Jugendamt und in einer Kommune wurde die Angabe nicht weiter spezifiziert.

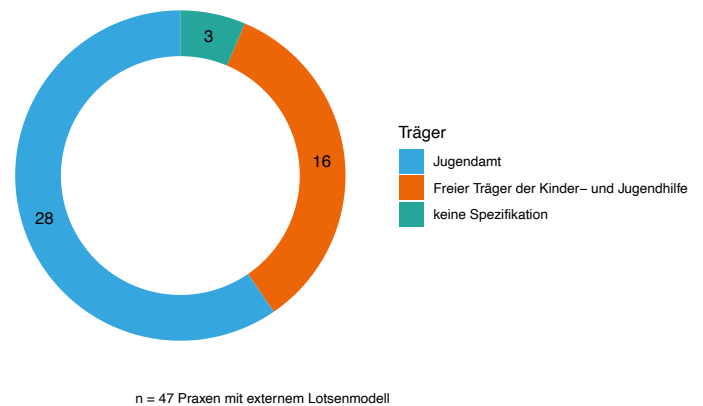


Abbildung 13: Träger externe Lotsendienstmodelle

Bei den zwei Kommunen mit mehreren Lotsendiensten in Arztpraxen, bei denen die Lotsenfachkräfte zu unterschiedlichen Trägern gehören, sind dies Jugendamt und freie Träger.

2.2.6 Fokussierte Altersgruppen

Lotsendienste in Arztpraxen können unterschiedliche Zielgruppen in den Blick nehmen. Im Interesse dieser Studie stand die Frage, ob eine und wenn ja, welche Zielgruppe besonders im Fokus der Lotsendienste steht. Ausgehend davon wurden Altersgruppen festgelegt, von denen die Befragten mehrere auswählen konnten.

Die Ergebnisse zeigen einen Schwerpunkt im Bereich der frühen Kindheit (s. Abbildung 14). Die Altersgruppen 0–3 und 4–6 wurden im Vergleich zu den älteren Altersspannen am häufigsten ausgewählt. Bei den sonstigen Nennungen wurde

16 Alle drei Fälle stammen aus einer Kommune.

17 Auch hier handelt es sich bei allen drei Angaben um die gleiche Kommune.

18 Die komplette Auflistung der freien Antworten findet sich im Anhang (s. Tabelle 4).

zweimal die Altersgruppe 0–6 Jahre angegeben, einmal die Altersgruppe 1–14 Jahre, dreimal explizit die Altersgruppe 16–18 Jahre (hier wurden allerdings auch alle anderen Altersgruppen ausgewählt, außerdem stammen die Antworten alle aus einer Kommune), sechsmal breitere Altersspannen wie bspw. »0 bis 18« und ebenfalls sechsmal wurde darauf verwiesen, dass grundsätzlich alle Altersgruppen berücksichtigt werden, was im Grunde auch der Altersgruppe 0–16/17/18 entspricht. Würden die unter »Sonstiges« genannten Altersspannen zu den im Rahmen der Frage vorgegebenen Antworten addiert werden, ergäben sich für die einzelnen Altersgruppen noch höhere Zahlen.

Interessanterweise fällt an diese Stelle auf, dass bei der Frage nach den Fachrichtungen der Arztpraxen (s. Kapitel 2.2.1) nur siebenmal¹⁹ die Gynäkologie genannt wurde, in 14 Praxen aber die Altersgruppe »vorgeburtlich (gynäkologische Praxis)« fokussiert wird. Bei diesen 14 Praxen handelt es sich in fünf Fällen um pädiatrische, in einem Fall um eine zahnärztliche Praxis, in einem weiteren Fall um ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) und lediglich in sieben Fällen um eine Arztpraxis, von der angegeben wurde, dass sie (u. a.) der Fachrichtung Gynäkologie angehört. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass bei den entsprechenden Arztpraxen von einem ganzheitlichen Blick auf die Familie ausgegangen wird und die schwangeren Mütter, zu denen die Gesundheits- und Lotsenfachkräfte aufgrund der Geschwisterkinder Kontakt haben, ebenfalls als Zielgruppe des Lotsendienstes verstanden werden.

In Abbildung 15 werden die Altersspannen der Kinder und Jugendlichen so dargestellt, dass in Bezug auf die 57 Lotsendienste deutlich wird, wie viele Praxen jeweils welche Gesamaltersspanne adressieren. Dafür wurden fünf Gesamaltersspannen definiert (0–3, 0–6, 0–10, 0–16/17/18 und vorgeburtlich). Es lässt sich feststellen, dass sich etwas mehr als ein Drittel und damit die meisten Praxen mit Lotsendienst an alle in der Praxis behandelten Kinder und Jugendliche richten (s. Abbildung 15). Bei einem Viertel der Praxen wird die Altersgruppe 0–6 Jahre mit dem Lotsendienst adressiert und bei acht von 57 Praxen stehen ausschließlich Kleinkinder bis drei Jahre im Fokus des Lotsendienstes.

Für einige Arztpraxen kristallisierten sich unter Zusammenführung der einzeln ausgewählten Altersgruppen Gesamtzielgruppen heraus, die sich nicht den fünf zuvor gebildeten Altersspannen zuordnen ließen. Diese wurden unter Sonstiges gefasst.

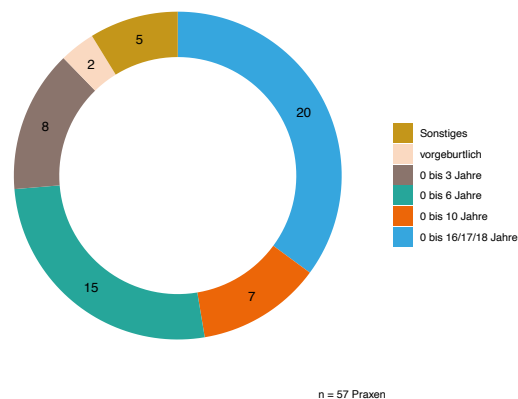


Abbildung 15: Fokussierte Gesamaltersspanne der Praxen

Dabei handelt es sich einmal um die Gesamaltersspanne 1–14 und einmal 4–6 Jahre, zweimal konnte die Altersspanne 4–10 Jahre und einmal 4–16 Jahre abgelesen werden. Mit Blick auf die drei zuletzt genannten Gesamaltersspannen gab es folglich Praxen, für die angegeben wurde, dass sich der Lotsendienst erst an Kinder ab vier Jahre richtet. Es lässt sich vermuten, dass diese Zuordnung in der Förderlogik des Landesprogramms kinderstark begründet ist. Erstens aufgrund der Förderrichtlinie, die fest schreibt, dass die Koordinierung von Netzwerken im Rahmen des Landesprogramms kinderstark auf den Netzwerken Frühe Hilfen (0–3 Jahre) aufbauen sollen. Das Land fördert prioritär die Netzwerkkordinierung in der kommunalen Verwaltung für Kinder ab vier Jahren bis zum Übergang von der Schule zum Beruf (vgl. MKJFGFI 2023). Zweitens bezieht sich der Schlüssel zur Verteilung der Fördermittel auf die Altersgruppe der vier- bis 17-jährigen Kinder in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften (vgl. MKJFGFI 2024). Diese Vorgaben könnten bei den Kommunen zu der Annahme führen, sie dürften nur Angebote umsetzen, die sich an Kinder ab vier Jahren richten.

In Bezug auf die 19 Kommunen mit mehr als einem Lotsendienst in Arztpraxen fokussiert mehr als die Hälfte (zehn) in allen Arztpraxen die identischen Altersgruppen. Von den übrigen neun ist zumindest in drei Kommunen bei allen dort installierten Lotsendiensten die Altersgruppe 4–16 Jahre gleichermaßen im Fokus, hier unterscheiden sich die Lotsendienste innerhalb der Kommunen also nur in Bezug darauf, ab welchem Kindesalter die Beratung typischerweise beginnt und bis zu welchem Alter beraten wird. In den übrigen sechs Kommunen unterscheiden sich die Altersprofile je nach Praxis stärker.

2.2.7 Orte der Sprechstunde

Nicht alle Praxen verfügen über die räumlichen Kapazitäten, um das Beratungsangebot in der Praxis selbst stattfinden zu lassen. Behandlungszimmer sind in der Regel hoch frequentiert und im Praxisalltag oft nicht ohne Weiteres zu entbehren,

19 Sechsmal wurde Gynäkologie direkt als Fachrichtung und einmal unter Sonstiges »Pädiatrie und Gynäkologie« angegeben.

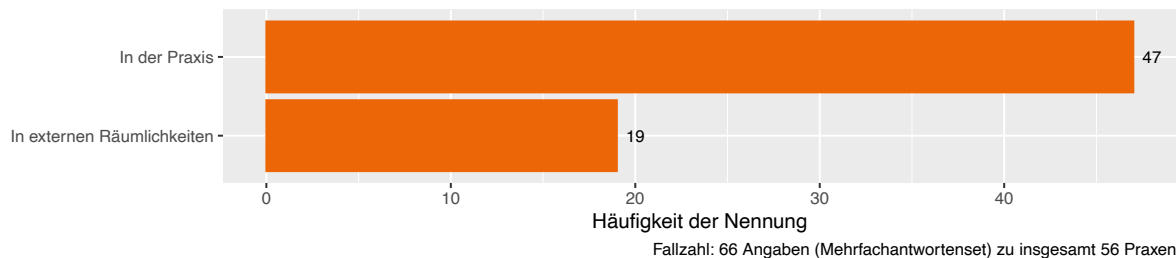


Abbildung 16: Sprechstundenorte

zusätzliche freistehende oder ungenutzte Räume nicht immer vorhanden. Für manche Standorte kann dies ein Ausweichen auf andere, ggf. externe Räumlichkeiten bedeuten. Um Aussagen dazu treffen zu können, wie häufig dies tatsächlich der Fall ist, wurden die Befragten gebeten anzugeben, wo die Sprechstunde/Beratung der Lotsenfachkraft bzw. Lotsenfachkräfte stattfindet. Dabei war auch hier die Möglichkeit zur Mehrfachantwort gegeben. Als Ergebnis lässt sich darstellen, dass die Sprechstunden/Beratungen überwiegend (in 47 der 56 Praxen) in den Räumlichkeiten der Praxis stattfinden, in einem Drittel der Praxen (auch) in anderen Räumlichkeiten (s. Abbildung 16). Bei zehn Arztpraxen finden diese sowohl in den Räumen der Praxis als auch in anderen Räumen statt. Für neun Praxen, deren Sprechstunden bzw. Beratungen ausschließlich in externen Räumlichkeiten stattfinden, wurde in fünf Fällen angegeben, dass sich die Räume im gleichen Gebäude, einmal der Praxis gegenüberliegend, einmal in ca. 50 m und einmal in 700 m Entfernung befinden. In einem Fall kann kein Rückschluss auf die Entfernung gezogen werden, da hier nur »Jugendamt und Beratungsstellen« als Erläuterung angeführt wurde.

Eine Gesamtübersicht der von den Befragten vorgenommenen Konkretisierungen für die 19 Fälle, bei denen es sich um externe Räumlichkeiten handelt, findet sich nachfolgend (die Originalantworten finden sich in Tabelle 5 im Anhang). Unter den aufgeführten Antworten gab es teilweise auch Doppelnennungen:

- Räume im gleichen Gebäude (5x) oder in unmittelbarer Nachbarschaft²⁰ (3x)
- Räumlichkeiten des Jugendamtes (4x), von Beratungsstellen (3x), im Familienbüro (4x, einmal davon alternativ)
- Räumlichkeiten der Caritas (1x), der Frühen Hilfen (1x), des Bürgeramtes (1x)

20 Im Rahmen des Förderaufrufs zum Landesprogramms kinder-stark für das Jahr 2023 wird die Vorhaltung von Räumlichkeiten »in der Praxis selbst oder alternativ in einer nahegelegenen Einrichtung« als Fördervoraussetzung beschrieben (vgl. MKJFGFI 2022).

- Telefonische Beratung (2x)²¹
- Quartiersbüro (1x), Büro (1x)

Für das dieser Befragung zugrunde liegende Verständnis eines Lotsendienstes ist die systematische Ansprache der Familien in der Arztpraxis (bspw. im Rahmen der U-Untersuchungen), die damit einhergehende Bedarfseinschätzung sowie die daran anknüpfende Beratung und Weitervermittlung in entsprechende Unterstützungsangebote entscheidend. Der Ort der sich anschließenden weiteren Beratung ist dabei zunächst zweitrangig, die Vorhaltung eines Beratungsraums innerhalb der Praxis folglich keine Voraussetzung für die Umsetzung. Gleichwohl kann die Nutzung praxisinterner oder zumindest praxisnaher Räume zur Niedrigschwelligkeit des Angebots beitragen und Eltern den Zugang und die Annahme erleichtern. In der Richtlinie zum Landesprogramm kinder-stark ist für die Lotsendienste in Kinder- und Jugendarztpraxen, gynäkologischen und zahnärztlichen Arztpraxen als Zuwendungsvoraussetzung geregelt, dass Beratungsgespräche mit dem Lotsendienst in einer störungsfreien Umgebung stattfinden müssen (vgl. MKJFGFI 2023).

Mit Blick auf die einzelnen Antworten (z. B. Sprechstunden-/Beratungsangebot im Familienbüro) ließe sich zudem erneut die Frage stellen, inwieweit es sich bei den hier beschriebenen Lotsendiensten um das im Fokus der Befragung stehende Lotsenmodell in Arztpraxen oder alternativ um das in einigen Kommunen ebenfalls umgesetzte »Rezept-Modell« handelt, bei dem medizinische Fachkräfte aus den Praxen Familien zu zentral oder dezentral organisierten Lotsenstellen (z. B. im Familienbüro) und/oder direkt in weitere Unterstützungsangebot mit Ausstellung des sogenannten »grünen Rezepts« vermitteln. Entscheidend ist auch hier die Art des Zugangs. Eine einheitliche, klar ausdifferenzierte und transparente Definition des Angebots »Lotsendienste in Arztpraxen« auf Landesebene könnte im Sinne der Qualitätsentwicklung zu einem homogenen Verständnis innerhalb der Kommunen beitragen.

Erfolgt ein Vergleich der Arztpraxen mit Lotsendiensten innerhalb der einzelnen Kommunen, finden die Sprechstunden in elf der 19 Kommunen mit mehreren Lotsendiensten einheitlich

21 In beiden Fällen handelt es sich um Praxen, für die auch angegeben wurde, dass die Sprechstunde/Beratung in den Räumlichkeiten der Praxis stattfindet.

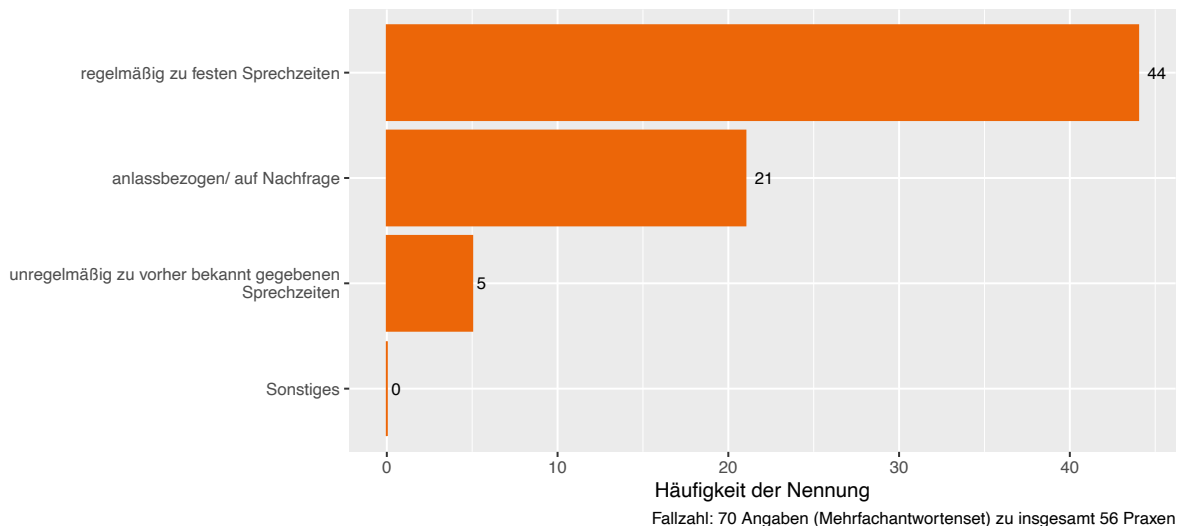


Abbildung 17: Sprechstundenzeiten

innerhalb der Praxen, in einer Kommune einheitlich außerhalb der Praxen statt. In den verbleibenden sieben Kommunen lässt sich keine Homogenität hinsichtlich der gewählten Sprechstundenorte erkennen, zumal die Entscheidung zur Umsetzung des Beratungsangebots innerhalb oder außerhalb der Praxisräume wohl weniger von konzeptionellen Überlegungen und mehr von den tatsächlich vorhandenen räumlichen Ressourcen der Praxen abhängig ist.

2.2.8 Zeiten der Sprechstunde

Neben den Sprechstundenorten ist auch von Interesse, wann und wie regelmäßig die Sprechstunden bzw. Beratungen in den Praxen stattfinden. Die konkrete Gestaltung dessen kann auch für sich im Aufbau oder in der Planung von Lotsendiensten in Arztpraxen befindende Kommunen mit Blick auf die konzeptionelle Umsetzung Relevanz haben.

Dabei sollten die Befragten zunächst Aussagen zur zeitlichen Durchführung bzw. Organisation (»Die Sprechstunde findet statt:«) anhand vorgegebener Antwortkategorien treffen. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich. Insgesamt liegen für 56 Arztpraxen Angaben zu den Sprechzeiten vor (s. Abbildung 17). In den allermeisten Fällen findet die Sprechstunde regelmäßig zu festen Sprechzeiten statt. In etwas mehr als einem Drittel wird die Sprechstunde anlassbezogen bzw. auf Nachfrage angeboten. Diese Antwort wurde allerdings nur in acht Fällen ohne Kombination einer weiteren Antwortmöglichkeit genannt. In zehn der 21 Praxen, die angegeben haben, die Sprechstunde anlassbezogen bzw. auf Nachfrage anzubieten, wurde ebenfalls »regelmäßig zu festen Sprechzeiten«, zweimal »unregelmäßig, zu vorher bekannt gegebenen Sprechzeiten«

und einmal sogar beides zusätzlich ausgewählt. Bei der zuletzt genannten Arztpraxis handelt es sich dem Anschein nach um eine Praxis, die den Sprechstunden- und Beratungszeiten große Flexibilität einräumt. Zudem wurde für zwei Arztpraxen angegeben, dass in diesen die Sprechstunde ausschließlich unregelmäßig, zu vorher bekannt gegebenen Sprechzeiten stattfindet.

Von den 19 Kommunen, die Angaben zu mehr als einer Praxis gemacht haben, sind die Sprechstundenzeiten in sieben Kommunen in allen Praxen identisch: Hier werden jeweils regelmäßige Zeiten angeboten. In zwei weiteren Kommunen wurden nicht zu allen Praxen Angaben zu dieser Frage gemacht, und in zehn Kommunen herrscht eine größere Heterogenität unter den einzelnen Lotsendiensten in Arztpraxen hinsichtlich der Sprechstundenzeiten.

Bei den regelmäßigen Sprechzeiten wurden weiterhin danach gefragt, in welchem Turnus diese angeboten werden. Der Regelfall sind wöchentliche Sprechzeiten; dies wurde für 30 von 42 Praxen angegeben (s. Abbildung 18). Zweiwöchentlich findet die Sprechstunde immerhin noch in neun Arztpraxen statt und in drei Praxen wird das Sprechstundenangebot monatlich angeboten.

Ausgehend von den sieben Kommunen, in denen alle Praxen regelmäßige Sprechzeiten anbieten, tun dies in nur vier Kommunen auch alle Praxen in einem einheitlichen, nämlich wöchentlichen Turnus. In Bezug auf die Sprechzeiten lässt sich damit festhalten, dass dies der Bereich ist, in dem auch innerhalb der Kommunen die größten Unterschiede in der Umsetzung vorliegen.

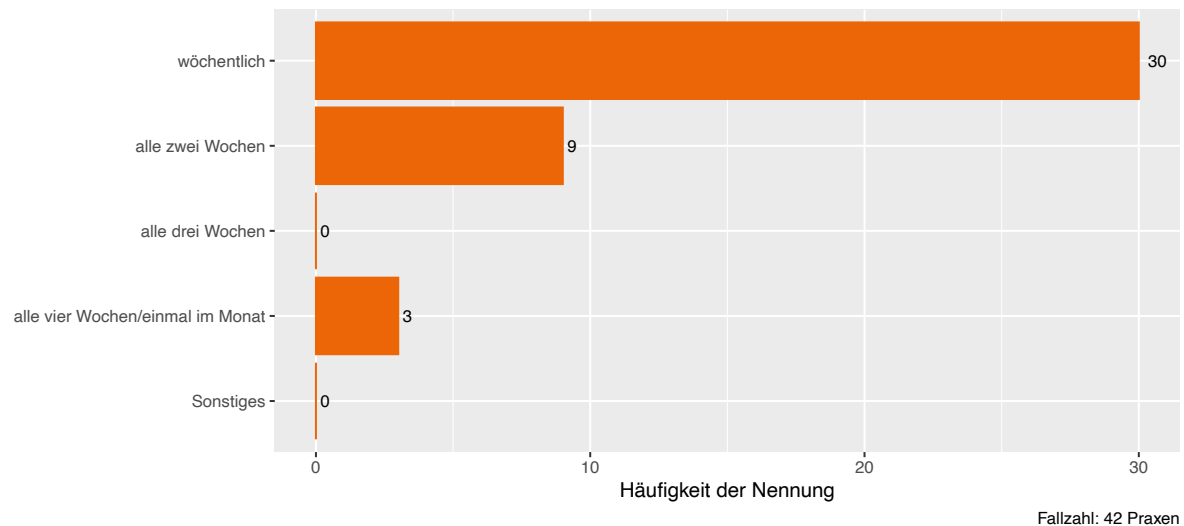


Abbildung 18: Abstände der regelmäßig stattfindenden Sprechstundenzeiten

2.2.9 Die Lotsenfachkräfte vor Ort

Den Lotsenfachkräften, die die Familien beraten und ihnen ggf. weitergehende Unterstützungsangebote vermitteln, kann in der Gestaltung und Umsetzung des Lotsendienstes eine zentrale Rolle zugeschrieben werden. Ausgehend davon wurden mit der Befragung die Anzahl und der Stundenumfang der Lotsenfachkräfte, die in der jeweiligen Praxis zum Einsatz kommen, sowie deren beruflichen Qualifikationen und Funktionen erhoben.

2.2.9.1 Anzahl von Lotsenfachkräften in den Praxen

In den allermeisten Praxen kommt nur eine Lotsenkraft zum Einsatz. Dies war in 54 von insgesamt 56 Praxen, von denen hier gültige Angaben vorliegen, der Fall. Lediglich in einer Arztpraxis sind zwei und in einer weiteren Praxis drei Lotsenfachkräfte tätig.²²

Wie in Kapitel 2.1.1 bereits angemerkt, lassen sich anhand der Antworten keine Aussagen zu den innerhalb einer Kommune insgesamt tätigen Lotsenfachkräften treffen, da nicht ausge-

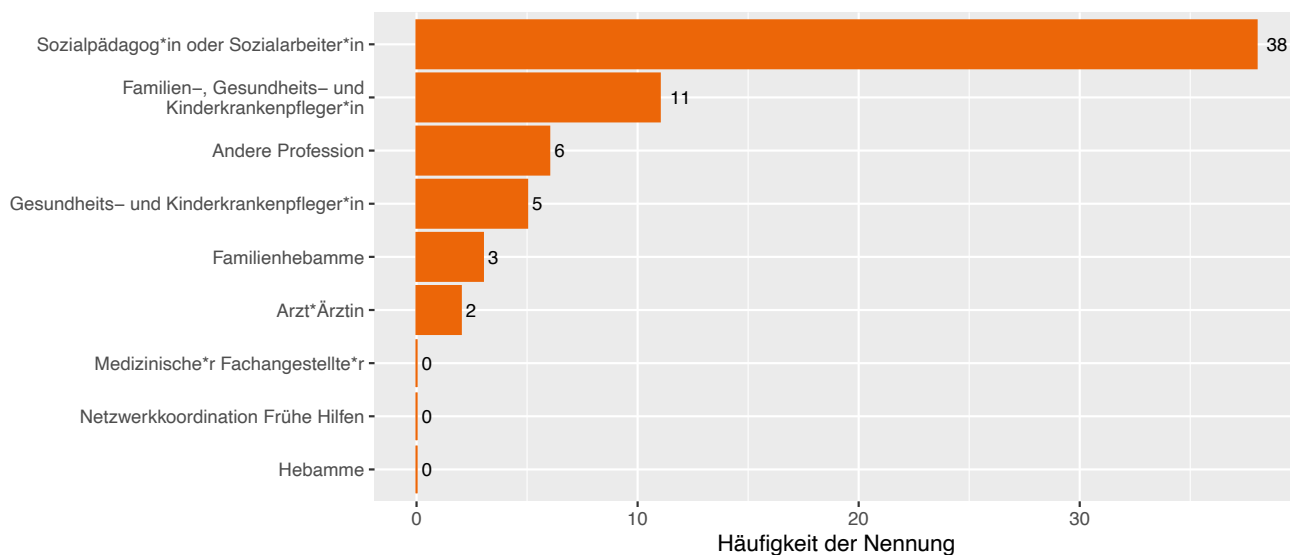
schlossen werden kann, dass ein und dieselbe Lotsenfachkraft in mehreren Arztpraxen tätig ist.

2.2.9.2 Qualifikation der Lotsenfachkräfte

Mit Blick auf die in den jeweiligen Arztpraxen umsetzbaren Modelle (internes, externes oder Mischmodell, vgl. Kapitel 2.2.5), kommen unterschiedliche Berufsgruppen bzw. unterschiedlich qualifizierte Personen als Lotsenfachkräfte in Betracht. Neben sozialpädagogischen Qualifikationen sind auch medizinische Fachkräfte wie bspw. Ärzt*innen, medizinische Fachangestellte (MFA) und vor allem die im Rahmen der gesundheitsorientierten Familienbegleitung eingesetzten Fachkräfte, Familienhebammen (FamHeb) und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP)²³ als Lots*innen denkbar. Hinsichtlich der im Rahmen des Lotsendienstes zum Einsatz kommenden Fachkräfte sollten diese über umfassende Beratungs- und Vermittlungskompetenzen verfügen bzw. dahingehend geschult werden, die es ihnen ermöglichen, psychosoziale und gesundheitliche Bedarfe und Belastungen von Familien zu identifizieren und ausgehend von diesen passende Unterstützung(sangebote) anzubieten bzw. zu vermitteln. Die Kenntnis über die kommunale Versorgungs- und Angebotslandschaft ist damit unbedingt erforderlich.

²² Allerdings wurde anschließend nach den Qualifikationen der einzelnen Lotsenfachkräfte gefragt, wodurch im Rahmen der Plausibilitätsprüfung Unstimmigkeiten auftraten: In zwei Praxen, in denen vermeintlich nur eine Lotsenfachkraft beschäftigt war, wurden für zwei bzw. drei Lotsenfachkräfte Qualifikationen angegeben. Nimmt man an, dass den Befragten im Zuge der abgefragten Qualifikationen im Nachgang noch beschäftigte Fachkräfte eingefallen sind, würde sich die Zusammensetzung der 56 Praxen mit Angaben ändern zu: 52-mal eine Fachkraft, zweimal zwei Fachkräfte und zweimal drei Fachkräfte.

²³ Familienhebammen und FGKiKPs verfügen über die entsprechenden Kompetenzen, Familien ganzheitlich (gesundheitlich und psychosozial) zu beraten. Sie arbeiten grundsätzlich interdisziplinär und vernetzt und nehmen eine Lotsenfunktion gegenüber den Familien ein, indem sie diesen eine ihrem Bedarf entsprechende Unterstützung aufzeigen und ggf. an die entsprechenden Stellen weitervermitteln (vgl. NZFH 2013 und NZFH 2014).



Fallzahl: 65 Angaben (Mehrfachantwortenset) zu insgesamt 61 Lotsenfachkräften

Abbildung 19: Qualifikationen der Lotsenfachkräfte

Die Frage nach dem beruflichen Bildungshintergrund sollte klären, inwieweit die zuvor angeführten Berufsgruppen tatsächlich bei der Umsetzung der Lotsendienste in den befragten Kommunen zum Einsatz kommen. Hierfür wurden die Befragten darum gebeten, die Qualifikationen für jede zuvor genannte Lotsenfachkraft einzeln anzugeben, wobei Mehrfachantworten zugelassen waren. Insgesamt wurden für 61 Lotsenfachkräfte in 55 Praxen Qualifikationen angegeben, dabei 57-mal eine Qualifikation und viermal zwei Qualifikationen²⁴ (s. Abbildung 19).

Mit einer Häufigkeit von 38 sind Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen die Berufsgruppen, die am häufigsten als Lotsenfachkräfte in Arztpraxen eingesetzt werden. An zweiter Stelle, allerdings mit einer deutlich geringeren Anzahl, wurden Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen genannt. Am seltensten sind die Lotsenfachkräfte Arzt oder Ärztin (nur in zwei Fällen). Die Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte nur einen geringen Anteil der Lotsenfachkräfte darstellen, deckt sich mit den Ergebnissen der innerhalb der Kommunen umgesetzten Lotsenmodelle (vgl. Kapitel 2.2.5). Überraschend ist allerdings, dass es sich bei der Frage hinsichtlich der Qualifikation den Antworten zufolge bei zwei Lotsenfachkräften um einen Arzt bzw. eine Ärztin handelt, in nur einem der beiden Fälle aber das interne Lotsenmodell (Arzt/Ärztin fungiert als Lotse/Lotsin) ausgewählt wurde. In dem anderen Fall wurde angegeben, dass es sich um ein externes Modell handelt, bei dem die Lotsenfachkraft bei einem freien Träger der Ju-

gendhilfe angesiedelt ist. Zusätzlich wurde eine zweite Lotsenfachkraft mit sozialpädagogischem/sozialarbeiterischem beruflichen Bildungshintergrund angegeben. Gegebenenfalls handelt es sich bei der Qualifikationsangabe »Arzt/Ärztin« in dem zweiten Fall um eine Fehleingabe.

Hebammen, MFAs oder Netzwerkkoordinierende Frühe Hilfen kommen als Lotsenfachkräfte in den von den Befragten beschriebenen Praxen gar nicht vor. Zudem wurden sechsmal andere Professionen als die vorgegebenen angegeben: dreimal Diplom-Pädagoginnen, zweimal Psychologinnen (B. Sc.) sowie eine Person, die eine »Weiterbildung zur Babylotsin«²⁵ absolviert hat.

Von den 61 Lotsenfachkräften, für die Angaben vorliegen, haben insgesamt 16 ausschließlich Qualifikationen als Gesundheitsfachkräfte (Familienhebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen). In einer Praxis sind zwei Gesundheitsfachkräfte eingesetzt und in einer anderen Praxis ist die Gesundheitsfachkraft zusammen mit einer anders qualifizierten Lotsenfachkraft zuständig. Insgesamt gibt es damit im Sample 15 Praxen, in denen Gesundheitsfachkräfte beschäftigt sind und in 14 dieser Praxen wird ausschließlich durch Gesundheitsfachkräfte beraten. In diesen wird für die Mehrzahl (zehn Praxen) angegeben, die Altersgruppe 0–3 Jahre zu fokussieren – in sieben dieser zehn Praxen werden allerdings auch Eltern von Kindern beraten, die in höhere Altersgruppen (ab vier Jahre) fallen. In den vier anderen Praxen, in denen ausschließlich Gesundheitsfachkräfte zum Einsatz kommen,

24 Die angegebenen Doppelqualifikationen waren: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (GKiKP) & Familien-, Gesundheits-, Kinderkrankenpflegerin (FGKiKP); Familienhebamme (FamHeb) & FGKiKP; GKiKP & Babylotsin; Sozialpädagog*in/ Sozialarbeiter*in & Arzt/Ärztin.

25 Dazu, ob es sich dabei um das Fachzertifikat Babylots*in der Stiftung SeeYou handelt, kann an dieser Stelle keine Aussage getroffen werden. Diese Person war zusätzlich als GKiKP qualifiziert.

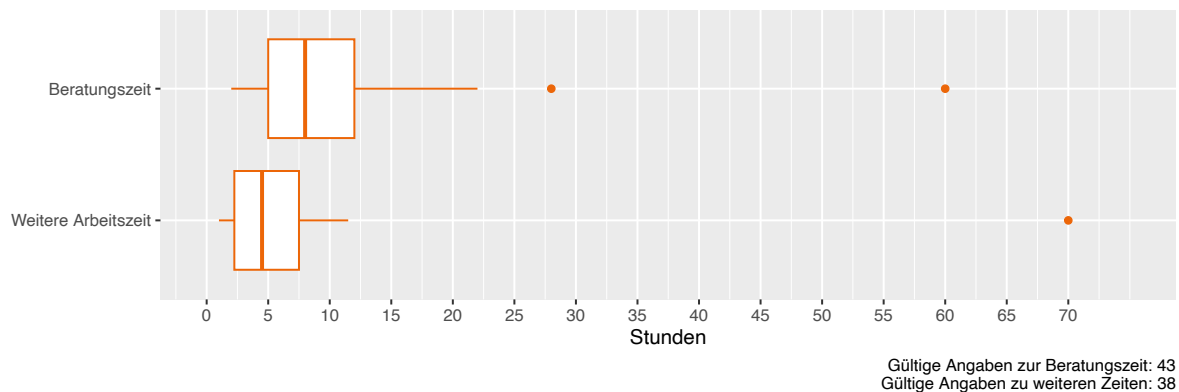


Abbildung 20: Monatliche Stundenanzahl der Beratungszeit und weiteren Arbeitszeit je Praxis

stehen Kinder älter als drei Jahre im Fokus der Beratung.²⁶ Demnach beraten die Gesundheitsfachkräfte im Rahmen ihrer Lotsentätigkeit grundsätzlich auch Familien mit Kindern, die älter als drei Jahre alt sind. Das ist dahingehend interessant, dass sich der Einsatz von Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen im Rahmen des Leistungsprofils der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung im Sinne der Frühen Hilfen auf werdende Eltern und Familien mit Kindern bis drei Jahren beschränkt.

2.2.9.3 Gestaltung des Stundenumfangs der Lotsenfachkräfte

Der Einsatz der Lotsenkräfte lässt sich nach der tatsächlichen Beratungszeit der Familien (Sprechstundenzeit, Face-to-face-Zeit) und der weiteren Arbeitszeit, die für Vor- und Nachbereitung, Vermittlung, Organisation, Anfahrt etc. anfällt, differenzieren. Um das Verhältnis bzw. die Gestaltung des Stundenumfangs darstellen zu können, wurde zunächst danach gefragt, wie viele Stunden pro Monat für die Beratung der Familien in der Arztpraxis oder in externen Räumen durch die Lotsenfachkraft bzw. Lotsenfachkräfte aufgewendet wird. Bei Praxen, für die angegeben wurde, mehr als eine Lotsenfachkraft im Einsatz zu haben, wurden die Befragten gebeten, die Stunden der einzelnen Fachkräfte zu addieren. Für 43 Praxen liegen hierzu Angaben vor, für die die durchschnittliche Beratungszeit je Praxis auf elf Stunden pro Monat und heruntergebrochen auf die einzelne Lotsenfachkraft auf 10,1 Stunden pro Monat geschätzt wurde. Die mittlere Zeiteinschätzung (mittlerer Wert) liegt sowohl mit Blick auf eine Praxis als auch mit Blick auf die einzelne Lotsenfachkraft bei acht Stunden.²⁷

26 Die Vermutung liegt nahe, dass auch in diesen Praxen Familien mit Kindern unter drei Jahre durch die Gesundheitsfachkräfte beraten werden und sich die angegebene Altersspanne von Ü3 aus der in Kapitel 2.2.6 bereits beschriebenen Förderlogik des Landesprogramms kinderstark erklären lässt.

27 Minimum: zwei Stunden Beratungszeit pro Monat; Maximum: 60 Stunden Beratungszeit pro Monat.

Für die Vor- und Nachbereitungszeit, Vermittlung, Organisation, Anfahrt etc. (weitere Arbeitszeit) lagen für 38 Praxen Angaben vor. Hier werden durchschnittlich 6,4 Stunden pro Monat je Praxis und 5,1 Stunden je Fachkraft geschätzt, der mittlere Wert liegt sowohl je Praxis als auch mit Blick auf die einzelne Lotsenfachkraft bei vier Stunden.²⁸

Die nachfolgende Abbildung 20 stellt die Stundenumfänge von Beratungszeit und weitere Arbeitszeit für die einzelnen Praxen insgesamt und ohne Berücksichtigung der Anzahl der dort tätigen Fachkräfte dar. Um die Streuung der Einzelwerte nachvollziehbar darzustellen, wurde ein sogenannter Box-and-Whisker-Plot gewählt. Bei dieser Darstellungsform zeigt die Box, in welchem Rahmen sich die mittleren 50 Prozent der Angaben (die Regelfälle) bewegen. Die »Antennen« reichen jeweils zum kleinsten bzw. größten Wert, der kein Ausreißer²⁹ ist. Der Strich in der Mitte der Box kennzeichnet den mittleren Wert.

Während es bei der weiteren Arbeitszeit (Vor- und Nachbereitungszeit etc.) zwar einen Ausreißer von 70 Stunden gibt, liegen alle weiteren Angaben eher niedrig (unter zwölf Stunden). Bei der reinen Beratungszeit (face-to-face) lässt sich ebenfalls ein Ausreißer von 60 Stunden erkennen, die weiteren Angaben verteilen sich aber verstärkt weiter rechts. In beiden Fällen lassen sich die Ausreißer durch die Tatsache erklären, dass es sich bei den beschriebenen Praxen um solche handelt, die mehr als eine Lotsenfachkraft einsetzen und bei denen die Stunden folglich zusammengerechnet wurden. Die nachfolgende Abbildung stellt die Stundenumfänge von Beratungszeit und weiterer Arbeitszeit für die einzelnen Praxen demnach insgesamt und ohne Berücksichtigung der Anzahl der dort tätigen Fachkräfte dar.

28 Minimum: eine Stunde weitere Arbeitszeit pro Monat; Maximum: 70 Stunden weitere Arbeitszeit pro Monat.

29 Ausreißer definieren sich darüber, dass sie um mehr als das Anderthalbfache des Interquartilsabstands von der Box abweichen.

Wird mit Blick auf die jeweiligen Praxen von einer gleichmäßigen Verteilung der angegebenen Stunden auf die Anzahl der dort tätigen Lotsenfachkräfte ausgegangen und die Streuung nach Fachkräften aufgeschlüsselt, fallen die Ausreißer weg und es ergibt sich ein im Wesentlichen identisches Verteilungsbild (s. Abbildung 21). Lediglich die mittleren 50 % der Angaben zur weiteren Arbeitszeit weisen eine etwas geringere Streuung auf (schmalere Box).

Insgesamt nimmt die reine Beratungszeit bei den meisten Lotsenfachkräften einen größeren Zeitumfang ein als die Zeit für die darüber hinaus anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten (Verhältnis 1:2). Aus fachlich sozialpädagogischer Sicht macht das Sinn. Den Ergebnissen des Modellprojekts »Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis« zufolge konnten die Anliegen der Familie in den Modellpraxen in einem Drittel der Fälle direkt in der Sprechstunde bearbeitet werden, während in zwei Dritteln der Gespräche den Familien die Inanspruchnahme weiterer geeigneter Beratungs- oder Hilfeangebote empfohlen und auf Wunsch direkt zu diesen vermittelt wurde (vgl. DGKJ 2020). Unklar bleibt im Rahmen der Studie »Lotsendienste in Arztpraxen in NRW«, inwieweit die Vermittlung der Familie zu einem weitergehenden Angebot von den Befragten tatsächlich als weitere Arbeitszeit verstanden wird oder ob bspw. in den Fällen, in denen die Lotsenfachkraft die Familie zu einem entsprechenden Angebot begleitet, davon ausgegangen wurde, dass es sich dabei ebenfalls um Beratungszeit handelt. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass die weitere Arbeitszeit aufgrund der Niedrigschwelligkeit des Angebots (freiwillig, kostenlos, ohne Antrag, keine umfangreiche Dokumentation) und dessen temporärer Unterstützungsleistung im Vergleich bspw. zum Angebot der gesundheitsorientierten Familienbegleitung grundsätzlich niedriger ausfällt, da z. B. Vor- und Nachbereitungszeiten größtenteils entfallen. Eine weitere Hypothese könnte sein, dass nicht mehr bzw. nicht ausreichend Zeit für die über die reine Beratung hinausgehenden Aufgaben und Tätigkeiten übrigbleibt.

Mit Blick auf die Interpretation der angegebenen Beratungszeit ist weiterhin zu hinterfragen, ob die hier als Beratungszeit

angegebenen Stunden den für die Sprechstunde angesetzten oder den tatsächlich mit den Familien umgesetzten Beratungsstunden entsprechen. Im Rahmen des von 2017 bis 2018 durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) und das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales in Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) geförderte Modellprojekts »Jugendhilfe vor Ort in Kinderarztpraxen« in der Stadt Dortmund »zeigte sich bald, dass die vereinbarten Beratungszeiten nicht immer benötigt wurden. Es gab Wochen, an denen einzelne Ärzte Eltern nicht an Beraterinnen verwiesen haben« (Denner 2018, 69). Gleiches ergab das Modellprojekt Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis: Auch hier wurden die zur Verfügung stehenden Beratungszeiten nicht immer ausgefüllt (vgl. DGKJ 2020). Dies spricht dafür, dass die Anzahl der festgesetzten und tatsächlich durchgeführten Beratungsstunden nicht zwangsläufig identisch sein muss.

In den Praxen der vorliegenden Erhebung, in denen regelmäßige wöchentliche Sprechstunden angeboten werden, beträgt die durchschnittliche monatliche Beratungszeit 12,3 Stunden und ist damit nahezu doppelt so hoch wie in den Praxen mit anderem Beratungsturnus – dort sind es durchschnittlich nur 6,7 Stunden Beratungszeit. Inwiefern die Höhe der Beratungszeit auf den Sprechstundenturnus zurückzuführen ist oder umgekehrt, ist unklar. Denkbar ist, dass bei einem hohen Beratungsaufkommen eher wöchentliche Sprechstunden angeboten werden, ebenso könnte das Angebot wöchentlicher Sprechstunden auch die Nachfrage und damit die Beratungszeit erhöhen. Da u. a. mangelnde Nachfrage als Einstellungsgrund für Lotsendienste genannt wurde, könnte die Frage eines möglichen Zusammenhangs von Beratungszeit und Sprechstundenturnus perspektivisch in den Blick genommen werden.

Erfolgt eine Umrechnung der monatlichen Beratungszeit der Praxen, die eine wöchentliche Sprechstunde anbieten, lässt sich festhalten, dass die Lotsenfachkräfte dieser Praxen im Durchschnitt ca. drei Stunden (2,8) pro Woche in der Praxis vor Ort sind.

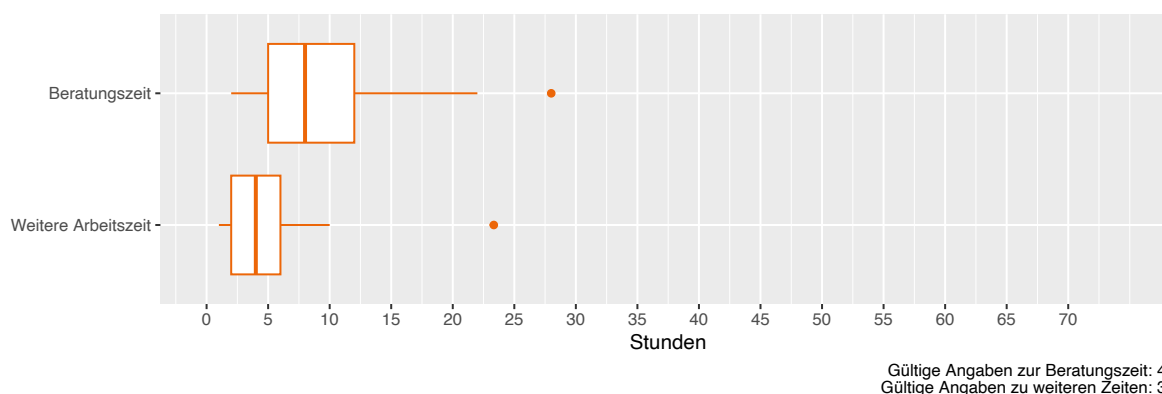


Abbildung 21: Monatliche Stundenanzahl der Beratungszeit und weiteren Arbeitszeit je Lotsenfachkraft

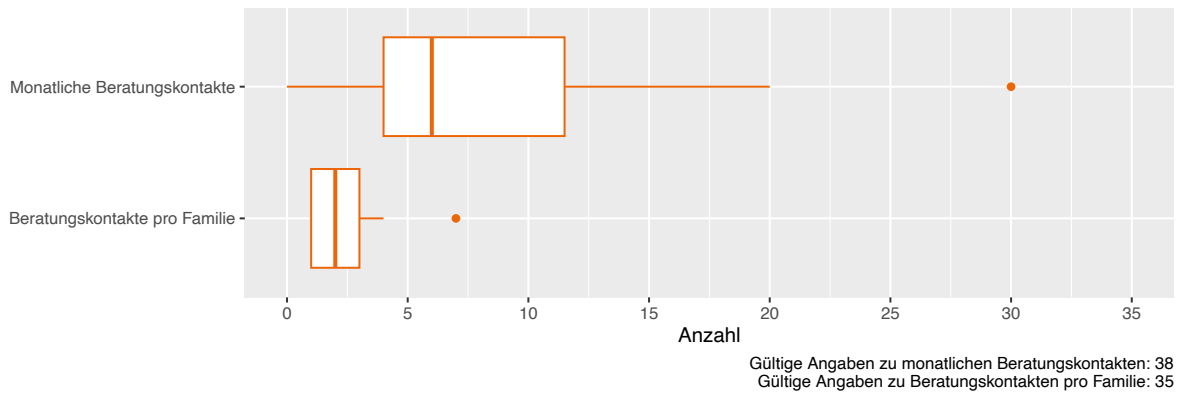


Abbildung 22: Monatliche Beratungskontakte insgesamt und pro Familie je Praxis

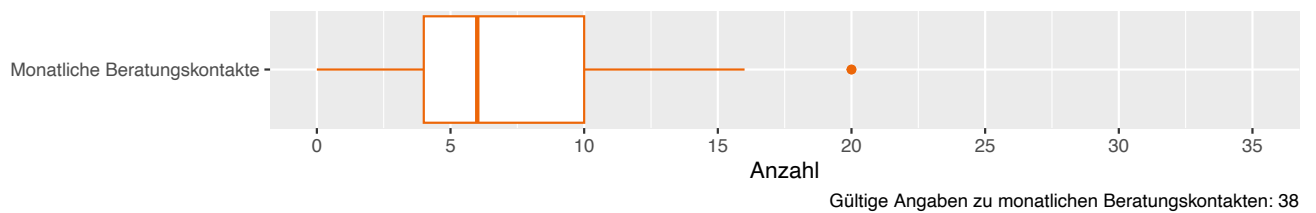


Abbildung 23: Monatliche Beratungskontakte insgesamt je Lotsenfachkraft

2.2.10 Beratungskontakte der Lotsenfachkraft

Bezogen auf die Beratungskontakte standen vor allem zwei Aspekte im Interesse der Befragung: die Anzahl der monatlichen Beratungskontakte zusammengerechnet für alle in der Praxis tätigen Lotsenfachkräfte sowie die durchschnittliche Anzahl der mit einer einzelnen Familie stattfindenden Kontakte. Die Fragen waren so formuliert, dass die Angaben pro Praxis erfolgen sollten, d. h. unabhängig davon, ob in dieser eine oder mehrere Lotsenfachkräfte zum Einsatz kommen. Für die Darstellung der Ergebnisse in Form des Box-and-Whisker-Plots³⁰ wurden die Antworten dann für die Anzahl der monatlichen Beratungskontakte sowohl je Praxis (s. Abbildung 22) als auch ausgehend von der einzelnen Lotsenfachkraft abgebildet (s. Abbildung 23). Da die Anzahl der Beratungskontakte pro Familie unabhängig von der in der Praxis tätigen Lotsenfachkräfte ist, wurde auf die Darstellung der Verteilung bezogen auf die einzelne Lotsenfachkraft an dieser Stelle verzichtet.

Mit Blick auf die monatlich insgesamt stattfindenden Beratungskontakte innerhalb einer Praxis liegen Angaben für 38 Arztpraxen vor. Im Durchschnitt kommen innerhalb einer Praxis 8,5 Beratungskontakte pro Monat zustande.³¹ Mit Blick auf

die einzelne Lotsenfachkraft sind es 7,9 Kontakte monatlich. Der mittlere Wert liegt bei sechs Kontakten pro Monat sowohl unter Betrachtung der Praxen als auch im Hinblick auf die einzelne Fachkraft.³² Für eine Praxis wurde angegeben, dass keine Beratungskontakte pro Monat stattfinden. Die Angabe »0« könnte eine Fehleingabe sein oder darauf hindeuten, dass noch keine Beratungskontakte im Rahmen des Lotsendienstes dieser Praxis stattgefunden haben, da der Lotsendienst erst seit 2023 existiert und/oder das Angebot von den Familien (bislang) nicht angenommen wird.

Erfolgt ein Vergleich der Praxen hinsichtlich ihrer monatlichen Beratungskontakte und der reinen Beratungszeit der Familien (face-to-face), besteht ein starker statistischer Zusammenhang ($r = 0,7$). In den Praxen, in denen mehr Beratungskontakte stattfinden, fällt auch die reine Beratungszeit pro Monat höher aus – und umgekehrt. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Beratungskontakte auch von den individuellen Praxisgegebenheiten abhängt. Je nachdem, wie groß der Patient*innenstamm der Praxis insgesamt ausfällt, könnte die Anzahl der Beratungskontakte höher oder niedriger liegen. Auch sind Zusammenhänge mit Blick auf die unterschiedlichen Sozialräume (bspw. Anzahl und Intensität der Beratungskontakte in Arztpraxen in sozialen Brennpunkten) denkbar. Weitere Einflussfaktoren hinsichtlich der Anzahl der monatlichen Beratungskontakte könnten die Identifizierung

30 Erläuterungen zum Box-and-Whisker-Plot finden sich im Kapitel 2.2.9.3.

31 Bei dem Ausreißer von 30 Beratungskontakten handelt es um eine Praxis, in der mehr als eine Lotsenfachkraft zum Einsatz kommt.

32 Minimum: null Beratungskontakte pro Praxis/pro Fachkraft pro Monat; Maximum: 30 Beratungskontakte pro Praxis pro Monat und 20 Beratungskontakte pro Monat pro Fachkraft.

der Unterstützungsbedarfe, deren Ansprache und Motivation zur Annahme von Hilfe durch die medizinischen Fachkräfte sein. Je häufiger bspw. die Ärzt*innen Bedarfe erkennen und Familien an die Lotsenfachkraft verweisen, desto höher kann die Anzahl der Beratungskontakte ausfallen. Dies zeigen auch die Ergebnisse des Modellprojekts »Jugendhilfe vor Ort in pädiatrischen Praxen«, im Zuge dessen die Bedarfe an psychosozialen Beratungen von den Ärzt*innen höchst unterschiedlich gesehen wurden (vgl. Denner 2018). Zu derartigen Zusammenhängen können im Rahmen dieser Studie allerdings keine Aussagen getroffen werden, da u. a. weder Daten zu den Patient*innenstämmen oder den Sozialräumen der einzelnen Praxen noch zum Ansprache- und Vermittlungsverhalten der einzelnen Ärzt*innen vorliegen.

Weiterhin kann die Anzahl der Beratungskontakte pro Monat nicht mit den innerhalb eines Monats beratenen Familien gleichgesetzt werden. Die Ergebnisse zur Anzahl der Kontakte, die die Lotsenfachkräfte mit einer Familie haben, verdeutlichen, dass in der Regel mehr als ein Beratungskontakt mit den Familien stattfindet. Insgesamt konnten hier Angaben zu 35 Praxen ausgewertet werden. Im Durchschnitt finden pro Familie 2,1 Beratungskontakte statt, der mittlere Wert liegt bei zwei Kontakten pro Fall.³³ Jedoch gab es auch Familien, mit denen mehrere Termine zur Beratung stattgefunden haben und der Kontakt folglich intensiver war. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch im Rahmen des Modellprojekts »Jugendhilfe vor Ort in Kinderarztpraxen«. Hier beschränkte sich die Beratung bei der überwiegenden Mehrheit (70 %) der Familien auf ein bis zwei Termine. 8 % der Familien haben fünf und mehr Beratungen in Anspruch genommen (vgl. Denner 2018). Das Modellprojekt »Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis« machte zudem deutlich, dass die Anzahl der Beratungskontakte mit einer Familie und insgesamt auch von der Gestaltung der Lotsenfunktion abhängig ist. »Entweder führte die Fachkraft nur ein Gespräch pro Familie, da der Beratungsbedarf der Eltern damit gedeckt war oder sie weitervermittelt wurden oder es wurden mehrere Beratungstermine durchgeführt, um den Bedarf zu ermitteln und bei der Weiterleitung aktiv zu unterstützen« (DGKJ 2020, 36). Je nachdem, wie die Lotsenfachkraft ihre eigene Rolle versteht (Übernahme von Kurzberatungen oder ausschließlich Bedarfsermittlung und Weitervermittlung), kann die Anzahl der Beratungskontakte variieren.

Zuletzt wurden die monatlichen Beratungskontakte noch mit der Stundenzahl der Beratungszeit pro Monat in Verhältnis gesetzt. Dadurch ließ sich für 35 Arztpraxen bestimmen, wie viel Zeit dort durchschnittlich für einen Beratungskontakt aufgewendet wird. Im Durchschnitt sind dies etwas mehr als anderthalb Stunden (1,6 Stunden), die die Lotsenfachkraft mit einer

Familie pro Beratung im Kontakt ist. Der mittlere Wert liegt etwas geringer bei 1,3 Stunden.

2.2.11 Beratungsinhalte

Die Lebenslagen von Familien in Deutschland unterscheiden sich teilweise erheblich und sind von verschiedenen Einflussfaktoren wie bspw. der sozialen Herkunft, der Bildungsstände der Eltern, deren (Nicht-)Integration in den Arbeitsmarkt, einer möglichen Zuwanderungsgeschichte, der gesundheitlichen Situation, möglichen Beeinträchtigungen und vielem mehr abhängig. Damit einhergehen können zahlreiche Fragen, Anliegen und Unsicherheiten im Hinblick auf die Lebensführung und -gestaltung, aus denen sich unterschiedliche Unterstützungsbedarfe ableiten lassen. Dies zeigt sich auch mit Blick auf die Beratungsinhalte, die im Rahmen der Sprechstunden der Lotsendienste eine Rolle spielen. Für 19 Praxen wurden hier insgesamt 61 Angaben gemacht, die im Wortlaut der Tabelle 5 im Anhang zu entnehmen sind und ein vielfältiges Bild an Beratungsbedarfen zeigen, wobei die folgenden Themen besonders häufig genannt wurden:

- **Entwicklung des Kindes/der Kinder** (z. B. Ernährung, Schlafen, Schreien, Entwicklungsverzögerungen),
- **Erziehungsfragen und pädagogische Unterstützung** (z. B. Umgang mit Wutanfällen),
- **Betreuungsmöglichkeiten** (z. B. Kita- und Schulanmeldung),
- **psychosoziale Beratung** (z. B. Umgang mit Stress, Überforderung, innerfamiliären Konflikten, finanziellen Belastungen),
- **besondere Belastungssituationen** (z. B. Erkrankung/ Beeinträchtigung des Kindes oder der Eltern),
- **Unterstützung bei der Umsetzung rechtlicher Ansprüche** (z. B. Kontakt und Umgang mit Ämtern und Behörden, Unterstützung bei der Antragsstellung) und
- **Vermittlung in/Anbindung an andere/weitergehende Angebote/Unterstützungssysteme** (z. B. der Jugendhilfe, in Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV, wie z. B. Hebammenhilfe, fachärztliche Versorgung, Psychotherapie oder Präventionsleistungen der Krankenkassen oder sozialer Netzwerke, Spielgruppen, Sportangebote, alternativer Freizeitgestaltung).

Auf die breite Vielfalt der Beratungsthemen und -inhalte deutete auch schon das Modellprojekt »Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis« der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hin (vgl. DGKJ 2020). Im Rahmen des Projekts wurden die Beratungsanliegen in drei Kategorien zusammengefasst: »Suche nach konkreten Unterstützungs- bzw. Entlastungsangeboten im Familienalltag«, »The-

33 Minimum: ein Beratungskontakt pro Familie; Maximum: sieben Beratungskontakte pro Familie.

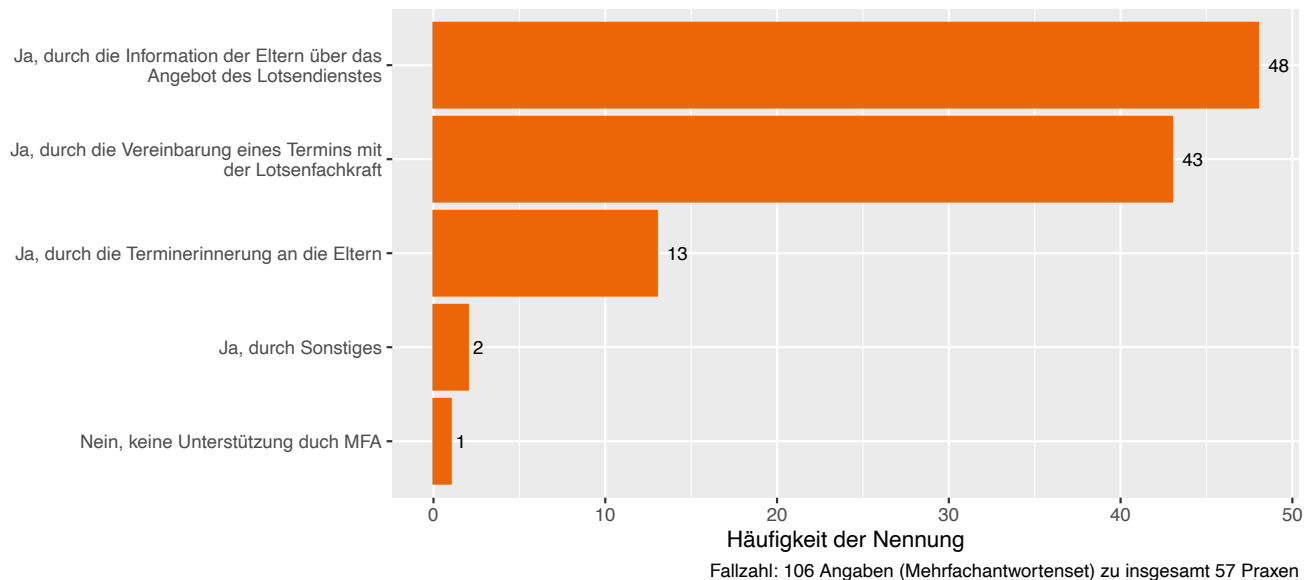


Abbildung 24: Unterstützung durch die medizinische Fachangestellte (MFA)

men der Erziehung, Bildung und Entwicklung der Kinder bzw. Jugendlichen« und »Belastungen des Familiensystems« (vgl. ebd.). In großen Teilen überschneiden sich die unter den Kategorien genannten Anliegen mit den im Rahmen dieser Studie gemachten Antworten. So ergab das Modellprojekt bspw. auch, dass neben allgemeinen Beratungsanliegen der Familien aufgrund von geäußerten Belastungen ebenso konkrete Fragestellungen, bspw. hinsichtlich der Suche nach Angeboten oder Betreuungsmöglichkeiten, in der Sprechstunde eine Rolle spielten (vgl. ebd.).

Anhand der unterschiedlichen Beratungsinhalte lässt sich auf die Komplexität familiärer Unterstützungsbedarfe schließen. Diese sind häufig nicht eindimensional, wie auch das Projekt »Jugendhilfe vor Ort in Kinderarztpraxen« herausstellte. »Auch wenn die Familien nur mit einer Fragestellung in die Beratung gingen, wurden im Verlauf der Gespräche andere Themen ebenso wichtig« (Denner 2018). Die gemeinsame Erörterung der Situation mit der Familie und die Identifizierung vorhandener Unterstützungsbedarfe ist für die Beratung bzw. ggf. weitergehende Vermittlung von bzw. zu entsprechenden Angeboten zentral. Die Lotsenfachkräfte mit ihren Beratungs- und Vermittlungskompetenzen spielen hierbei eine entscheidende Rolle.

2.2.12 Unterstützung des Lotsendienstes durch medizinischen Fachangestellten (MFA)

Durch ihre Präsenz im Praxisalltag bspw. bei der Anmeldung am Empfang oder während der Übernahme von Aufgaben im Behandlungszimmer (Wiegen und Messen der Kinder, Dokumentation) können die medizinischen Fachangestellten (MFA)

ein wichtiges Bindeglied zwischen Praxis und Lotsenfachkraft sein und Eltern bereits im Voraus erste Informationen zu dem in der Praxis vorgehaltenen Angebot zukommen lassen (bspw. durch die Aushändigung eines Flyers oder die direkte mündliche Bewerbung).

Hinsichtlich der Unterstützung des Lotsendienstes durch die MFA liegen 106 Angaben für 57 Praxen vor (Mehrfachnennungen waren möglich) (s. Abbildung 24). Insgesamt erfährt der Lotsendienst eine recht breite Unterstützung durch die medizinischen Fachangestellten, insbesondere in Bezug auf die Information der Eltern über das Angebot (wurde für 48 Praxen genannt) und die Unterstützung bei der Terminvereinbarung (in 43 Praxen). In 13 Fällen unterstützen die MFA auch durch Terminerinnerungen an die Eltern. Zweimal wurde noch die Vermittlung an den Lotsendienst als sonstige Unterstützung benannt, wobei die Vermittlung ggf. auch unter die Information der Eltern über das Angebot gefasst werden könnte. Nur für eine Praxis wurde explizit angegeben, dass es keine Unterstützung durch die MFA gebe.

Auf die Sinnhaftigkeit der Einbindung von und Unterstützung durch die MFA in der Umsetzung derartiger Sprechstundenangebote deutete auch das Modellprojekt »Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis« hin. In den beteiligten Praxen waren die MFA zu einer bedeutsamen Kontaktpersonen für Eltern und konnten neben den Ärzt*innen auf die Inanspruchnahme des Angebots hinwirken. Zum anderen fand aufgrund der Übernahme der Terminkoordination eine regelmäßige Kommunikation zwischen den MFA und den Fachkräften der Jugendhilfe statt (vgl. DGKJ 2020). Die MFA können demnach nicht nur als vorhandene und wertvolle Ressource, sondern auch als Bindeglied zwischen der Lotsenfachkraft, der Praxis und den Familien betrachtet werden.

Hinsichtlich der kommunalen Homogenität in der Umsetzung kann für zwölf der 19 Kommunen mit mehreren Lotsendiensten jeweils in allen Praxen eine konkret benannte Form der Unterstützung des Lotsendienstes durch die MFA festgestellt werden. In den anderen sieben Kommunen war es nicht einheitlich: Hier wurde jeweils für einzelne Praxen Unterstützung angegeben und für andere nicht.

2.3 Herausforderungen und Weiterentwicklungen

2.3.1 Herausforderungen und Schwierigkeiten beim Aufbau und der Umsetzung

Die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist per se mit Herausforderungen verbunden. Gründe dafür liegen in den unterschiedlichen Zugängen, (Kooperations-)Verständnissen und Rahmenbedingungen (insbesondere mit Blick auf die jeweiligen Sozialgesetzbücher) sowie in der lange fehlenden systematisierten und gesetzlich verankerten Zusammenarbeit. Letztere wird erst seit den 2010er-Jahren, vor allem mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) (2012) und des Präventionsgesetzes (PrävG) (2015), zunehmend forciert. Dabei scheint die Initiative der Kooperation im Bereich der Arztpraxen aktuell immer noch eher von der Kinder- und Jugendhilfe auszugehen (vgl. Fischer und Geene 2019). Kooperationsbemühungen von Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen werden auf kommunaler Ebene aufgrund knapper oder gar fehlender Ressourcen und Zuständigkeiten erschwert und sind häufig von persönlichem Engagement Einzelner abhängig.

Diese Tatsache spiegelt sich auch in den Nennungen der Befragten hinsichtlich der Herausforderungen und Schwierigkeiten beim Aufbau bzw. der Umsetzung von Lotsendiensten in den Arztpraxen wider. Zur Beantwortung standen den Befragten freie Textfelder zur Verfügung, die intensiv genutzt wurden. Die insgesamt 25, teilweise sehr umfangreichen Antworten finden sich im Wortlaut im Anhang (s. Tabelle 6) dieser Expertise.

In einigen Fällen wurde die (Laufzeit der) Finanzierung als Problem (»nur für ein Jahr gesichert«) benannt oder auch auf grundsätzliche strukturelle Schwierigkeiten wie die Integration zweier komplexer und unterschiedlicher Systeme bzw. Rechtskreise »Gesundheitswesen« und »Jugendhilfe« und die damit verbundene Notwendigkeit guter Organisation und Absprachen hingewiesen. Die deutliche Mehrheit der Antworten bezieht sich jedoch vor allem auf Herausforderungen, die in der Zusammenarbeit mit den Arztpraxen liegen. Dabei wurden folgende Themen häufiger benannt:

- **mangelnde Kooperationsbereitschaft und/oder Schwierigkeiten bei der Akquise von Praxen** (fehlende Wahrnehmung der Sinnhaftigkeit/eines Mehrwerts/eines Bedarfs bei den Familien, fehlende Abrechnungsmöglichkeit),
- **mangelnde zeitliche und räumliche Ressourcen** (Integration des Angebots in den Praxisalltag),
- **Schwierigkeiten in der Identifizierung von unterstützungsbedürftigen Familien durch das medizinische Personal** (Ärzt*innen erkennen Unterstützungsbedarfe von Familien nicht oder zu spät),
- **Herausforderungen, das Angebot niedrigschwellig und präventiv zu gestalten** (frühzeitige Vermittlung an Lotsenfachkraft, bevor Unterstützungsbedarfe größer/manifester werden).

Insbesondere das Fehlen geeigneter Räumlichkeiten war eine von den Befragten häufig genannte Herausforderung. Dies deckt sich mit den im Rahmen des Modellprojekts »Jugendhilfe vor Ort in Kinderarztpraxen« gemachten Erfahrungen. Die in den Arztpraxen vorhandenen Räume wurden im Praxisalltag dringend benötigt und die Voraussetzung eines festen Raumes zur Durchführung des Sprechstundenangebots hätte zum Projektausschluss vieler Praxen geführt (vgl. Denner 2018). Aber auch geringe zeitliche Ressourcen bspw. für Gespräche mit den Familien wurden mehr als einmal benannt. Diese von den Befragten wahrgenommene Herausforderung knapper Zeitressourcen bestätigen die im Rahmen des NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring) durchgeführten bundesweit repräsentativen Befragungen von Kinder- und Jugendärzt*innen und Gynäkolog*innen (vgl. Staa und Renner 2019 und Neumann und Renner 2020). Knapp 58 % der Pädiater*innen und knapp 54 % der Gynäkolog*innen stimmten der Aussage zu oder voll zu, bei (Vorsorge)Untersuchungen zu wenig Zeit für Gespräche mit psychosozial belasteten Familien bzw. Schwangeren zu haben (vgl. ebd.).

Einige der Befragten sahen die Herausforderung auch in der Annahme des Angebots durch die Familien oder in möglicherweise bestehenden Vorbehalten gegenüber dem Angebot bspw. aufgrund von zu unterzeichnenden Schweigepflichtentbindungen. Eine befragte Person merkte zudem an, dass die Annahme des Angebots von der Verortung der Lotsenfachkraft abhängig sei und verwies diesbezüglich auf die Anstellung beim Jugendamt. Dies könnte auf die vielfach bestehenden Vorurteile und Berührungsängste von Eltern dem Jugendamt gegenüber und daraus möglicherweise resultierenden Hemmnissen zur Inanspruchnahme hindeuten. Bei einer Verortung beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe sollte unbedingt eine klare Abgrenzung von anderen Aufgaben des Jugendamtes, und zwar sowohl im Selbstverständnis der Fachkräfte als auch in der Darstellung des Sprechstundenangebots, erfolgen (vgl. DGKJ 2020).

Eine befragte Person beschrieb das Vorhandensein von Sprachbarrieren und das damit zusammenhängende Fehlen von Dolmetscher*innen als Problem.

2.3.2 Geplante Weiterentwicklungen und Veränderungen der bestehenden Lotsendienste

Darüber, ob und inwieweit die an der Befragung teilgenommenen Kommunen eine Weiterentwicklung oder Veränderung der bestehenden Lotsendienste planen, sollte die nächste Frage Aufschluss geben. Zwölf von den 16 Personen, die hierzu Angaben gemacht haben, bestätigten, dass es derartige Überlegungen in ihrer Kommune gebe. Auch hier finden sich die einzelnen Überlegungen im Wortlaut im Anhang der Tabelle 7. Dabei beziehen sich die Planungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung und Veränderung

- am häufigsten auf eine Ausweitung der Lotsendienste in Bezug auf die Anzahl und die Fachrichtungen der Praxen (z. B. Gynäkologie, Zahnmedizin),
- aber auch auf neue Standorte in Gesundheitszentren, Familienzentren, Begegnungsstätten oder auch dem Gesundheitsamt bspw. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen,
- Dolmetscherangebote (einmal) und
- die Entwicklung einer Zufriedenheitsbefragung und eines Kennzahlensystems (einmal).

Mit Blick auf die unterschiedlichen ggf. nicht einheitlichen Verständnisse von Lotsendiensten in Arztpraxen ließe sich auch hier die Frage anschließen, inwieweit es sich bei einer geplanten Ausweitung der Standorte auf Familienzentren oder Begegnungsstätten noch um einen Lotsendienst in einer Arztpraxis handelt, wie er im Rahmen dieser Studie verstanden wird.

2.4 Voneinander lernen – Austauschformate und »Paten«-Standorte

Die Vermutung liegt nahe, dass Kommunen, die bereits einen oder mehrere Lotsendienste in Arztpraxen umsetzen oder sich in der Planung oder dem Aufbau eines solchen Angebots befinden, mit gleichen oder ähnlichen Fragen und Herausforderungen konfrontiert sind. Ein gegenseitiger Erfahrungsaustausch im Sinne des »voneinander Lernens« kann sich daher als hilfreich und gewinnbringend für beide Seiten erweisen. Ausgehend davon wurde im Rahmen dieser Studie sowohl das Interesse an möglichen Austauschformaten als auch die Be-

reitschaft zur Übernahme einer Patenschaft für einen sich im Aufbau eines Lotsendienstes befindenden Standort abgefragt.

2.4.1 Interesse an Austauschformaten

Zur Anregung und Umsetzung eines kollegialen und fachlichen Austauschs zu den Lotsendiensten in Arztpraxen und mit Blick auf mögliche Qualifizierungsangebote wurden die Befragten nach den für die an ihrem Lotsendienst beteiligten Personen (exemplarisch waren hier die Lotsenfachkräfte, Ärzt*innen, medizinischen Fachangestellten und Koordinationsfachkräfte genannt) interessanten Austauschformate gefragt. Zur Auswahl standen unterschiedliche Formate, von denen mehrere ausgewählt und die teilweise auch noch weiter konkretisiert werden konnten. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss bedacht werden, dass die Zielgruppen der Austauschformate nicht direkt befragt wurden, sondern ihr Interesse und Bedarf stellvertretend durch die Netzwerkkoordinierenden Frühe Hilfen bzw. die Koordinierenden kinderstark, an die sich diese Befragung richtete, eingeschätzt wurde.

Zu den vorgeschlagenen Formaten machten 19 Befragte insgesamt 58 Angaben. Die folgende Abbildung 25 visualisiert die Häufigkeit des Interesses an den jeweiligen Formaten. Ein hohes Interesse besteht demnach vor allem an regional organisierten Treffen mit benachbarten Jugendamtsbezirken mit Lotsendiensten in Arztpraxen sowie an Austauschtreffen mit anderen Lotsenfachkräften zu »lotsenspezifischen« Fragen. Immerhin noch knapp die Hälfte der Befragten äußerte das Interesse an einem Treffen mit anderen Koordinierenden, um sich zu Fragen der Etablierung und/oder Organisation eines Lotsendienstes auszutauschen. Der Aussage, dass kein Interesse an einem Austausch bestünde, stimmte keiner der Befragten zu.

Bei den Formaten »Fortbildungen/Austausch zu fachlichen Themen« und »Qualifizierungen zum Aufbau eines Lotsendienstes in Arztpraxen« hatten die Befragten die Möglichkeit, das bekundete Interesse zu konkretisieren. Von den acht Befragten, die ein Interesse an Fortbildungen bzw. Austausch zu fachlichen Themen äußerten, wurden vor allem die folgenden Themen als wünschenswert genannt:

- (motivierende, lösungsorientierte) Gesprächsführung/Beratung,
- Schlaf- und Schreiberatung,
- interkulturelle Kompetenz,
- Gewinnung von Ärzt*innen,
- Finanzierung,
- Monitoring.

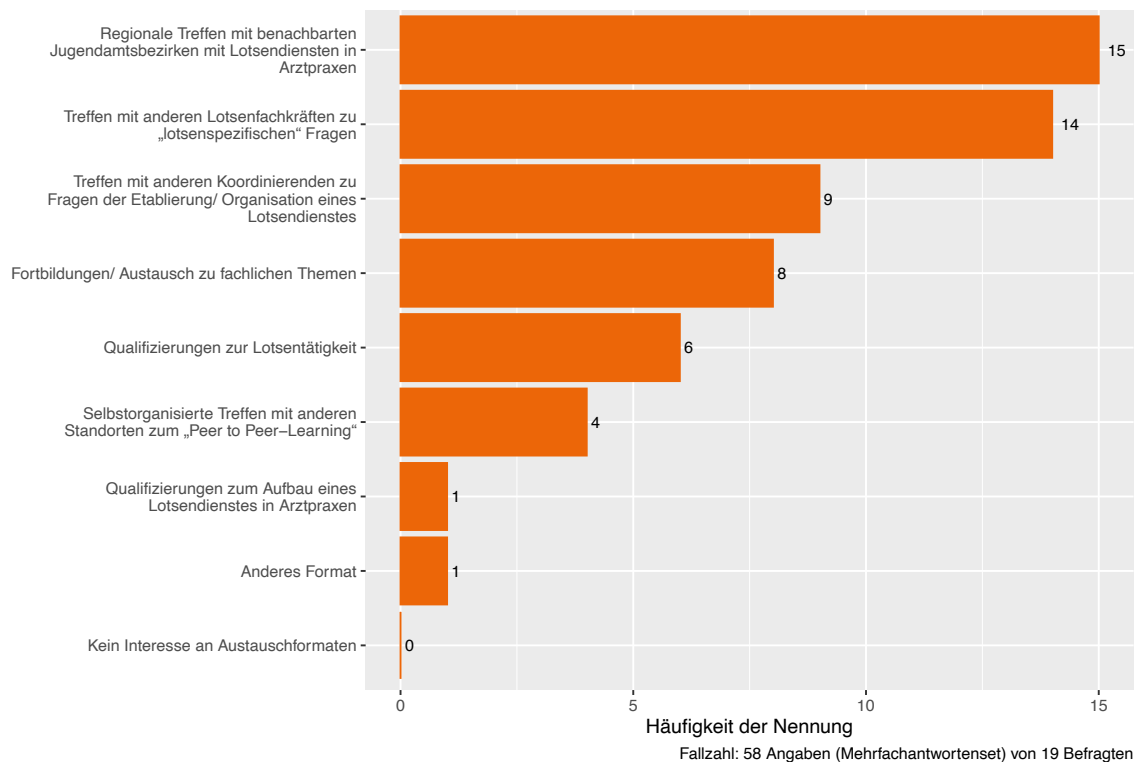


Abbildung 25: Interesse an Austauschformaten

Die Information und Beratung der Familien über das Angebot durch die Ärzt*innen und/oder MFA kann als ein entscheidender Faktor in Hinblick auf den Erfolg des Lotsendienstes benannt werden. Gelingt es den Ärzt*innen nicht, die Familien für die Annahme von Hilfe und Unterstützung zu motivieren, verlieren geschaffene Beratungs- und Vermittlungsstrukturen ihren Zweck. Doch gerade hinsichtlich der Motivation von Familien äußern Ärzt*innen auch Unsicherheiten, vor allem aus Sorge vor der Reaktion der Eltern und einem möglichen Vertrauensverlust (vgl. z. B. Denner 2018). Schulungen aller am Lotsendienst beteiligten Fachkräfte bspw. zum Thema »Motivierende Gesprächsführung« können hier hilfreich sein und zu mehr Handlungssicherheit führen.

Eine Person äußerte zudem den Wunsch nach einer Qualifizierung zur Lotsentätigkeit, die sich dem Thema »Finanzierung und Zeitmanagement des Lotsendienstes« widmet. Als zusätzliches »anderes Format« wurde vorgeschlagen, für die MFA Fortbildungen anzubieten, die den Blick für pädagogische Themen erweitern.

2.4.2 Bereitschaft zur Übernahme der Funktion eines »Paten«-Standortes

Hinsichtlich der Bereitschaft zur Übernahme der Funktion eines »Paten«-Standortes liegen Angaben von 15 Personen vor. Offensichtlich herrscht hier zwar eine grundsätzliche Unterstützungsbereitschaft, da nur zwei Befragte dies verneinten, allerdings besteht scheinbar Sorge davor, dass die Übernahme einer Patenschaft für einen anderen Standort (zu viele) zeit-

liche Ressourcen in Anspruch nehmen könnte, die zu einer Überlastung im Arbeitsalltag führen könnten. Nur fünf Befragte waren uneingeschränkt zur Übernahme einer solchen Funktion bereit. In acht Fällen konnten sich die Befragten unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen, als »Paten«-Standort zu fungieren. Ob und inwieweit eine Patenschaft für einen anderen Standort übernommen werden kann, machten die Befragten vor allem vom zeitlichen Faktor und der Intensität der Begleitung abhängig (sechsmal genannt). Knappe zeitliche Ressourcen lassen sich folglich als Hemmnis der Begleitung interpretieren.

Eine Person gab als Bedingung für die Übernahme einer Patenschaft die Zahlung eines Honorars an. Diese Aussage ließe sich ebenfalls auf knappe zeitliche Ressourcen zurückführen, da die/der Befragte diese Aufgabe scheinbar nicht im Rahmen seiner/ihrer regulären Arbeitszeit übernehmen kann. Denkbar wäre auch, dass diese Person sich vorstellen könnte, eine solche Tätigkeit nebenberuflich auf Honorarbasis auszuüben. Eine weitere Person äußerte, dass die Bereitschaft zur Übernahme »noch nicht« vorliege, was an dieser Stelle aber für eine grundsätzliche Offenheit stehen könnte. Gegebenenfalls handelt es sich bei dieser Kommune um einen Standort, der sich selbst noch in den Anfängen der Umsetzung eines Lotsendienstes befindet und zur Übernahme einer solchen Funktion eben noch nicht bereit ist.

Immerhin zehn Befragte haben einer weiteren Kontaktaufnahme zur Umsetzung einer Patenschaft für einen anderen Standort zugestimmt und hierfür ihre Kontaktdaten hinterlassen.

3 Recherche zur aktuellen nationalen und internationalen Praxis

Holger Nieberg

3.1 Hinführung

Integrative kommunale Präventionsansätze mit sektorenübergreifenden Netzwerkstrukturen – wie die Netzwerke Früher Hilfen oder weiterführende Präventionsketten – sind nach mehr als zehn Jahren BKiSchG und dem PräVG als multiprofessioneller Ansatz der Primär- und Sekundärprävention deutschlandweit implementiert. Nahezu alle Kommunen sind den Gesetzaufträgen nachgekommen, haben Koordinationsstellen eingerichtet und interdisziplinäre Netzwerke aufgebaut. Zum Teil wurden mithilfe wirkungsorientierter Methoden Bedarfsermittlungen angestrengt, neue Angebote konzipiert und Kooperationsvereinbarungen der institutionellen Akteure öffentlicher, freier und kirchlicher Träger getroffen. Das Ziel war und ist seither die rechtzeitige, umfassende und gleichsam bedarfsbezogene Unterstützung von Familien, um ein gesundes und entwicklungsförderliches Aufwachsen von Kindern (und Jugendlichen) zu gewährleisten, ihre Bildungs- und Teilhabechancen zu erhöhen, elterliche Erziehungs- und Versorgungskompetenzen zu stärken und Armutsgefährdung zu reduzieren.

Bereits die zahlreichen Pilotprojekte ähnlicher präventiver Kooperationsansätze der 2000er-Jahre zeigten, dass zwei der wichtigsten Aufträge der späteren Gesetzestexte gleichsam die größten Herausforderungen innerhalb der kommunalen Umsetzungsprozesse darstellen würden:

- A. Wie können – vor dem Hintergrund des sogenannten Präventionsdilemmas – insbesondere die belasteten und benachteiligten Kinder, Jugendlichen und Eltern erreicht werden? (Bedarfsindizierter Zielgruppenansatz)
- B. Wie kann eine strukturelle Vernetzung des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe operativ gelingen?

Dieser Abschnitt fokussiert vornehmlich die letztgenannte Fragestellung B) als Leitfrage. Folgende Teilfragen ergeben sich weiterführend daraus:

- 1. Welche (innovativen) Lotsenmodelle in Arztpraxen gibt es in Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe national und international?
- 2. Welche Forschungsprojekte bzw. Evaluationen gibt es zu dem Thema?

- 3. Welche Bereiche und Fragestellungen finden in den Kooperationsansätzen bisher wenig Beachtung?
- 4. Welche Gelingensbedingungen und Handlungsempfehlungen gibt es für die Umsetzung und Gestaltung von Lotsendiensten in der Praxis?

Ausgehend von einer gezielten (nationalen und internationalen) Recherche sollen zur Beantwortung der Fragen bisherige Erkenntnisse der Fach- und Praxisexpertise hinsichtlich gelingender Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen und speziell zwischen Kinderarztpraxen oder Gynäkolog*innen und der Kinder- und Jugendhilfe in einer Übersicht (Ergebnismatrix) aktualisiert zusammengefasst werden. Damit wird eine systematische Planungsgrundlage geschaffen, die Entscheidungsträger zukünftig beim Aufbau oder bei der Weiterentwicklung professioneller Kooperationsprojekte (Lotsendienste) unterstützen kann. Die Matrix geht jedoch nicht nur auf Kriterien des Gelingens ein. Vielmehr zeigt sie als Ergebnis der Recherche unterschiedliche Verfahrensweisen bei der Umsetzung von Lotsendiensten in der kommunalen Praxis, aus denen sich konzeptionelle Entscheidungen ableiten lassen. Schon jetzt kann gesagt werden, dass sich im In- und Ausland z. T. zwar strukturelle Unterschiede zeigen und die kommunalen Bedingungen variieren. Jedoch sind Herausforderungen, Ziele und Ursachen stets ähnlich bis gleich:

- Versäulte Strukturen unterschiedlicher Versorgungssysteme und Rechtskreise der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens haben Tradition. Sie sind fachdisziplinär, wissenschaftlich, verwaltungsstrukturell, politisch, rechtlich und gesellschaftlich über Jahrzehnte (oder gar Jahrhunderte) gewachsen.
- Sektorenübergreifende Kooperationen erfordern nicht nur fachliche Anpassungen, bis sie anschlussfähig sind, sondern auch eine systemische Kopplung jeweiliger Verfahrenslogiken und die Integration differenter Haltungen in eine multiprofessionelle Denkweise und Präventionskultur.
- Die Etablierung von multiprofessionellen Kooperationsprojekten und Lotsensystemen mit einer frühzeitigen und ganzheitlichen medizinisch-psychosozialen Versorgung, Beratung und ggf. Begleitung ist sowohl national als auch international das kardinale und langfristige Ziel. Dabei wird überall versucht, insbesondere die belasteten und benachteiligten Zielgruppen zu erreichen – vornehmlich mit dem Zugangsweg über das Gesundheitssystem.
- Ausgangspunkt für die Reformanstrengungen der Präventions- und Interventionssysteme sind national wie international massive gesellschaftliche Veränderungen mit destruktiven Entwicklungen in zahlreichen Bezügen der sozialen und individuellen Lebenswelten, die zu einer breiten und bisweilen rasanten Zunahme

von Belastungsfaktoren und der Abnahme von Bewältigungskompetenzen führen.

Diese und weitere zusammenfassende Hinweise werden nachfolgend ausgeführt. Abschließende Handlungsempfehlungen sollen den Entscheidungspersonen aus Verwaltung, Politik und Fachpraxis Anregungen zur Umsetzung geben. Zunächst soll jedoch ein Blick in die gesellschaftliche Ausgangslage Hinweise geben, warum die sozialen und medizinischen Versorgungssysteme so dringend reformiert werden müssen und die Regelsysteme der Intervention (institutionelle Verfahrenslogik und Finanzierung) auf Bereiche der Primär- und Sekundärprävention ausgeweitet werden sollten.

3.2 Ausgangslage

In Deutschland gab es im Vorfeld des Inkrafttretens des Bundeskinderschutzgesetzes (2012) viele vom Bund und den Ländern geförderte Modellprojekte (u. a. »Guter Start ins Kinderleben« [BW, BY, RP, TH], »Soziale Frühwarnsysteme« [NW], »Eine Chance für Kinder« [NI] oder »Netzwerk Kinderschutz« [BE]), die auf veränderte Problemlagen in den Lebenswelten von Familien präventiv reagieren sollten und mittlerweile mit weitestgehend positiven Ergebnissen evaluiert worden sind (vgl. dazu NZFH 2010). Doch warum erst jetzt und nicht schon viel früher? Warum wurden diese kommunalen Präventionsstrukturen nicht schon viel früher gesetzlich vorgeschrieben und in bestehende Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe implementiert? Beispielsweise schon in den 1980er-Jahren?

Die systemtheoretisch geprägte Antwort muss hier kurz bleiben: weil sich die Gesellschaft seit etwa 30 Jahren nicht mehr kontinuierlich in einem gleichbleibenden Tempo verändert, sondern in rasant zunehmender Geschwindigkeit – also quasi exponentiell, multistruktuell und zeitlich enorm verdichtet. Erst diese rasante Weiterentwicklung (bzw. fachlich gesagt: diese strukturelle Ausdifferenzierung) des Gesellschaftssystems und seiner gesellschaftlichen Teilsysteme (wie bspw. der Informations- und Kommunikationstechnologien, der Erwerbsstrukturen, der Familienformen und insbesondere auch des Wertesystems idealtypischer Erziehung) hat dazu geführt, dass sich auch die Lebensbedingungen von Menschen rasant und gleichsam stark veränderten und weiterhin verändern. Mit destruktiven Effekten: Auch die Belastungsfaktoren und Problemlagen nahmen und nehmen übermäßig stark zu. Eine De-Stabilisierung systemstruktureller Bedingungen zeigt Nebenwirkungen – valide Daten zugenommener psychischer Erkrankungen belegen das nur beispielhaft (vgl. Klipker et al. 2018). Kurz gesagt: Die rasant zunehmende Komplexität des Lebens erfordert zunehmend gesteigerte Anpassungs- und Bewältigungskompetenzen. Die massivsten gesellschaftssystematischen Veränderungen werden dabei durch die Ausdifferenzierung der naturalen Umwelt und ihrer natürlichen so-

zialen Lebenswelten in eine Vielzahl substruktureller virtueller Funktions- und Sozialräume bewirkt. Der begrenzten natürlichen Lebenswelt sind nahezu unbegrenzte virtuelle (Alltags-) Welten entsprungen, die sich nicht – oder nicht gänzlich – durch die herkömmlichen Regulationsmechanismen (Politik, Verwaltung, Recht etc.) regulieren lassen, sondern destruktive Dynamiken der systematischen Selbstregulation hervorbringen, die vom Menschen Adaptionen erfordern, denen er nicht immer gewachsen ist. Zum Teil völlig neue Systemlogiken verlangen angepasste Strategien der Lebens- und Alltagsbewältigung.

Die vielfache Folge ist: Überforderungssituationen und Krisen nehmen zu – Coping-Kompetenzen nehmen ebenso ab wie die strukturelle Gesamtstabilität der Gesellschaft. Folglich ist als Reaktion eine Anpassung und Weiterentwicklung (bzw. Ausdifferenzierung) der Unterstützungs- und Hilfesysteme erforderlich. Der regelhaften Intervention und Kuration muss ein ebenso wirksames Regelsystem verfahrensgebundener Prävention vorangestellt werden. Haben in der Vergangenheit die überwiegend intervenierenden und kurativen Hilfen, unterstützt von vereinzelt Präventionsansätzen, einigermaßen passend auf gesellschaftliche und individuelle Problemlagen reagiert, so stimmt heutzutage die Passung nicht mehr: Die Hilfesysteme passen nicht mehr (vollumfänglich) zu den Hilfebedarfen – sie reagieren zu spät. Systemlogiken haben sich hinsichtlich der Entstehung von Belastungen verändert, also muss auch das System reaktiver bzw. präventiver Maßnahmen modifizierten Logiken folgen. Unterstützungs- und Hilfesysteme müssen entsprechend veränderten Herausforderungen angepasst werden – Stringenz in den Kausalitätsprinzipien ist gefragt, interdisziplinäre frühzeitige Kooperation ist das geeignete Mittel zum Zweck. Dafür gilt es jetzt und zukünftig, die Versorgungsstrukturen von Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Elternbildung noch stärker miteinander zu vernetzen und bedarfsgerechte, integrative Angebote wie die multiprofessionellen Lotsendienste in kinderärztlichen und gynäkologischen Praxen vorzuhalten.

Die Recherche hinsichtlich der gelingenden Verzahnung des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe hat ergeben, dass eine kooperative Vernetzung nicht nur auf der Handlungsebene notwendig ist, sondern an alle drei operativen Strukturebenen einer Kommune gekoppelt und von ihnen »mitgetragen« sein muss, um wirksam und nachhaltig zu sein:

1. [P] Planungs- und Steuerungsebene (à in Verwaltung, Politik und intrainstitutionell)
2. [N] Netzwerk- und Kooperationsebene (à interinstitutionell, transdisziplinär und multiprofessionell)
3. [A] Angebots- und Handlungsebene (à zielgruppen- und bedarfsorientiert, partizipativ)

Für den speziellen Fokus in diesem Bericht bedeutete das für die Formulierung von Gütekriterien und Handlungsempfehlungen, dass die drei Ebenen nicht unabhängig voneinander, sondern als ein operational zusammenwirkendes Regelsystem kausal-integrativer Verfahrenslogik betrachtet werden, dessen Qualität des Zusammenwirkens maßgeblich für die Qualität der Kooperation und der Funktionalität eines Lotsendienstes insgesamt ist.

3.3 Ergebnisse der Recherche

3.3.1 Recherche Datenbanken

Die Recherche basierte auf der einleitend genannten Leitfrage B) und den anschließenden Teilfragen. Nachfolgend werden alle Fragen beleuchtet und in den Handlungsempfehlungen beantwortet. Methodisch wurden zur Recherche gängige nationale und internationale Suchportale und (Fach-)Datenbanken genutzt. Die Recherche wurde stichwortbasiert (Keywords) und schlagwortbasiert (Subject Terms/Headings) in deutsch, englisch und z. T. französisch durchgeführt. Zur systemati-

schen (semantischen) Erweiterung jeweiliger Suchbegriffe wurden Thesauri-Datenbanken genutzt.

Obwohl eine Vollständigkeit weder hinsichtlich der genutzten Datenbanken noch bezüglich der gesichteten Forschungsstudien und Praxisprojekte erzielt werden konnte, zeigte sich mit zunehmender Durchsicht der jeweiligen Veröffentlichungen relativ schnell eine Erkenntnissättigung. Kurz gesagt: Die Sichtung weiterer Studien und Praxiskonzepte brachte keine neuen Erkenntnisse, weil – wie bereits oben angedeutet – die Projektziele, die gesellschaftlichen Ursachen und Entwicklungserfordernisse, die Herausforderungen bei der Implementierung sowie die Gelingensfaktoren bei der Umsetzung national und international ähnlich bis gleich waren. Folgende Datenbanken, Bibliotheks- und Verlagsverzeichnisse wurden überwiegend als Metasuchportale genutzt oder hinsichtlich des Recherchenutzens getestet. Jene, bei denen sich eine hohe fachliche Relevanz zeigte, dienten schließlich der vertieften Recherche:

Datenbanken und E-Books:

- Karlsruher Virtueller Katalog (KVK) – Recherche deutschland- und weltweit in allen relevanten Bibliothekskatalogen
- Datenbank-Infosystem (DBIS) – Recherche nach Fachdatenbanken deutschlandweit
- Zeitschriftendatenbank (ZDB) – Recherche nach Zeitschriften deutschlandweit
- Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB) – Recherche nach E-Journals
- Kooperativer Bibliotheksverbund Berlin-Brandenburg (KOBV) – Recherche in allen Bibliotheken Berlins & Brandenburgs
- E-Books bei miliBib
- E-Books bei ProQuest Ebook Central
- E-Books bei Content Select
- SpringerLink – Fachzeitschriften & E-Books
- Zugang zu den EBSCO-Datenbanken
- WISO
- STATISTA
- OECD iLibrary
- Web of Science
- Dorsch Lexikon der Psychologie
- Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch
- Via Medici – Medizinisches Lernportal
- eRef von Thieme – E-Books und Fachzeitschriften
- Amboss – Medizinische Lernplattform
- Clinical Key – E-Books von Elsevier
- Clinical Key – Krankenhausversion – klinische Datenbank
- Nationallizenzen – DFG-geförderter Zugriff auf verschiedenste Datenbanken & E-Ressourcen
- Human Kinetics Library
- E-Books von Kohlhammer
- DZI SoLit – Referenzdatenbank für Soziale Arbeit

NFDI – Nationale Forschungsdaten Infrastruktur: Konsortium für die Sozial, Verhaltens-, Bildungs- und Wirtschaftswissenschaften (SWD)

- Forschungsdatenzentrum des BAMF (BAMF-FDZ)
- Forschungsdatenzentrum BAuA (FDZ-BAuA)
- Forschungsdatenzentrum im BIBB (BIBB-FDZ)
- Forschungsdatenzentrum der BZgA (FDZ BZgA)
- Forschungsdatenzentrum des Sozio-oekonomischen Panels am DIW Berlin (FDZ SOEP)
- Forschungsdatenzentrum Betriebs- und Organisationsdaten am DIW Berlin (FDZ-BO)
- Forschungsdatenzentrum des DJI (FDZ-DJI)
- Forschungsdatenzentrum des DZA (FDZ-DZA)
- Forschungsdatenzentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (FDZ-DZHW)
- Forschungsdatenzentrum Deutsches Zentrum für Integration und Migration (DeZIM.fdz)
- Forschungsdatenzentrum Bildung (FDZ Bildung) am DIPF
- Internationales Forschungsdatenzentrum des IZA (FDZ IZA, IDSC)
- Forschungsdatenzentrum Wahlen bei GESIS (FDZ Wahlen)
- Forschungsdatenzentrum PIAAC bei GESIS (FDZ PIAAC)
- Forschungsdatenzentrum Internationale Umfrageprogramme bei GESIS (FDZ Internationale Umfrageprogramme)
- Forschungsdatenzentrum German Microdata Lab bei GESIS (FDZ GML)
- Forschungsdatenzentrum ALLBUS bei GESIS (FDZ ALLBUS)
- Forschungsdatenzentrum des Leibniz-Institut für Finanzmarktforschung SAFE
- Forschungsdatenzentrum der Hans-Böckler Stiftung am WSI (FDZ WSI)
- LMU-ifo Economics & Business Data Center (EBDC)
- Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter der Länder (FDZ-Länder)
- Forschungsdatenzentrum der Bundesagentur für Arbeit im IAB (FDZ BA im IAB)
- Forschungsdatenzentrum Archiv für Gesprochenes Deutsch am IDS (FDZ AGD)
- Forschungsdatenzentrum am IQB (FDZ IQB)
- Monitor der Siedlungs- und Freiraumentwicklung (IÖR-Monitor)
- Forschungsdatenzentrum des IWH (FDZ-IWH)
- Forschungsdatenzentrum PsychData des des Leibniz-Institutes für Psychologie (ZPID) (FDZ PsychData des ZPID)
- Forschungsdatenzentrum des LIfBi an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg (FDZ-LIfBi)
- Forschungsdatenzentrum des Beziehungs- und Familienpanels (FDZ-pairfam)
- Forschungsdatenzentrum des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (FDZ-SHARE)
- Forschungsdatenzentrum des RKI (FDZ RKI)
- Forschungsdatenzentrum Ruhr am RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung (FDZ Ruhr am RWI)
- Interdisziplinäres Zentrum für IT- basierte qualitative arbeitssoziologische Forschungsdaten (FDZ eLabour)
- Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes (FDZ-Bund)
- Forschungsdatenzentrum Wissenschaftsstatistik des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft (FDZ Wissenschaftsstatistik)
- Forschungsdatenzentrum Qualiservice (FDZ Qualiservice)
- Forschungsdatenzentrum der Universitätsbibliothek Mannheim (FDZ UB Mannheim)
- Forschungsdatenzentrum des ZEW (ZEW-FDZ)

Regionale und überregionale Literaturrecherche:	
• Datenbank-Infosystem (DBIS) – Recherche nach Fachdatenbanken deutschlandweit • Zeitschriftendatenbank (ZDB) – Recherche nach Zeitschriften deutschlandweit • Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB) – Recherche nach E-Journals	• Kooperativer Bibliotheksverbund Berlin-Brandenburg (KOBV) – Recherche in allen Bibliotheken Berlins & Brandenburgs • HAL – OpenScience (Frankreich)
Fachzeitschriften:	
• PsyJournals von Hogrefe • Science – wissenschaftliche Fachzeitschrift • Nature – wissenschaftliche Fachzeitschrift	• New England Journal of Medicine (NEJM) • Soziale Arbeit – Fachzeitschrift
Open Access-Ressourcen:	
• Directory of Open Access Books (DOAB) • SpringerOpen – OA-Zeitschriften bei Springer Nature • Open Access bei Content Select • Open Access bei transcript	• Open Access bei Psychosozial Verlag • Open Access bei Beltz • Open Access bei Waxmann Verlag • PLOS One – OA-Fachzeitschrift für peer-reviewed Artikel

Tabelle 1: Quellenübersicht Recherche

3.3.2 Strukturelle und konzeptionelle Auffälligkeiten der Kooperationsansätze

Die nationale und internationale Recherche ergab zunächst, dass es im Kontext von Kooperationsansätzen zwischen Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe fachlich und disziplinär unterschiedliche Varianten gibt. Die Ansätze variieren einerseits in Bezug auf die Breite der Kooperation (Anzahl der beteiligten Institutionen) und andererseits hinsichtlich der fachlichen Herkunft der kooperierenden Disziplinen. Während manche Ansätze einer eher breiten Kooperation z. T. mehrerer Institutionen folgen (Netzwerkkooperation), zielen andere auf spezifische Kooperationen zweier (oder weniger) Fachdisziplinen (selektiv) oder auf die Zusammenstellung eines multiprofessionellen Teams (integrativ).

Die meisten gesichteten Ansätze folgen dem formulierten oder impliziten Ziel, Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe operational besser miteinander zu vernetzen. Einige legen (zunächst) den Fokus darauf, Kooperationen von Institutionen und Disziplinen innerhalb eines Versorgungssystems – häufig innerhalb des Gesundheitswesens – herzustellen. Fast alle Ansätze – insbesondere in der

Primär- und Sekundärprävention – folgen der Annahme, dass das Gesundheitswesen geeigneter ist, Zugänge für belastete und benachteiligte Zielgruppen herzustellen. Etwas anders ist das bei tertiär präventiv ausgerichteten Kooperationsmodellen. Dort besteht i. d. R. bereits ein Kontakt durch die Kinder- und Jugendhilfe (in Deutschland z. B. über das SGB VIII, § 27 ff.), der dafür genutzt wird, Institutionen des Gesundheitswesens in die Hilfeplanung miteinzubeziehen.

Weiterhin gibt es eine Unterscheidung hinsichtlich der Lotsenorientierung: Entweder haben die Ansätze keine spezifische Lotsenorientierung oder sie sind spezifisch lotsenorientiert, sollen also als ausgewiesener Lotsendienst fungieren. Dabei gibt es konzeptionelle Unterschiede in der Art und damit in der Intensität der Begleitung: Zum Teil basiert die Lotsenfunktion überwiegend auf Beratungssettings und der gezielten Weitergabe von Informationen und ggf. der flankierenden (vertretenden) Kommunikation im Netzwerk (Beispiel: das Projekt BID im Kreis Lippe³⁴). Ihnen unterliegt stärker die fachliche Implikation des Empowerments. Andere Lotsendienste verfolgen

34 Infos dazu unter: <https://www.kreis-lippe.de/kreis-lippe/verwaltung-und-service/themen-und-projekte/fachbereich-jugend-familie/familie-kindertageseinrichtungen/beratungs-und-informationsdienst-in-arztpraxen.php>.

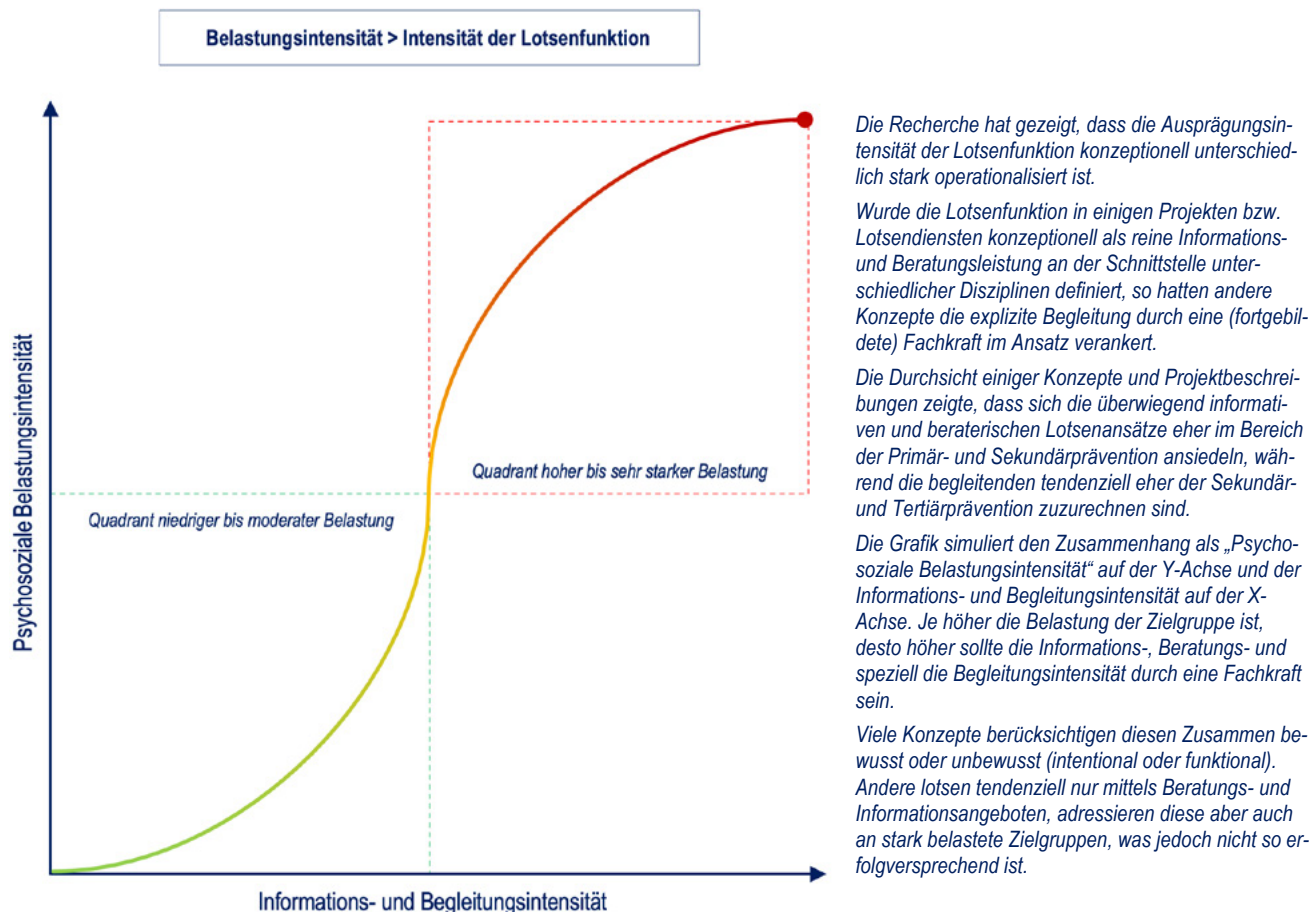


Abbildung 26: Intensität der Lotsenfunktion im Verhältnis zur Belastungsintensität

neben den Zielen der Beratung und Information zusätzlich den konzeptionellen Ansatz der physischen (ambulant) Begleitung einer Fachkraft, um die Überleitung in die identifizierten Unterstützungsangebote und Fachdienste sicherzustellen. Hier sind der Charakter des Förderns und die professionelle Beziehungsgestaltung stärker betont.

Diese beiden Ausrichtungen korrespondieren konzeptionell häufig mit den jeweiligen Zielgruppenansätzen und damit mit der Fragestellung, welche Kinder, Jugendlichen und Eltern vornehmlich erreicht werden sollen: Alle (universell), die von Belastungen bedrohten und moderat Belasteten (bedarfsindiziert) oder die stark Belasteten (bedarfsdeterminiert)? Abbildung 26 (eigene Darstellung) zeigt diesen Zusammenhang als Relation zwischen der Belastungsintensität der Zielgruppe und der erforderlichen Lotsenintensität.

Da in den Frühen Hilfen die Partizipation ein maßgeblicher konzeptioneller und operativer Ansatz zum gelingenden Erreichen belasteter und benachteiligter Zielgruppen ist, wurden im Rahmen der Recherche die gesichteten Konzepte und Projektbeschreibungen auch nach Merkmalen der Beteiligung betrachtet. Konkrete partizipative Ansätze, die über die ersten

Stufen der Partizipation (vgl. Straßburger und Rieger 2014)³⁵ hinaus eine echte Beteiligung der Zielgruppe mit Verantwortungstransfer verfolgen, gibt es eher im Bereich ehrenamtlicher Ansätze (z. B. Familienlotsen, Integrationslotsen, Stadtteilmütter). Hier sind bspw. die Programme »Wellcome«³⁶, »Rucksack-Kita«³⁷ oder mit professionellen Fachkräften das Programm »Elternchance ist Kinderchance«³⁸ zu nennen. Neben unterschiedlichen pädagogischen Unterstützungsmethoden wollen diese niedrigschwelligen Lotsenprogramme u. a. dazu beitragen, dass die Teilhabe der Zielgruppen im Sozialraum erhöht wird und Eltern ggf. selbst zu Akteuren im Netz-

35 Infos dazu unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publicationen-NZFH-Partizipation-in-den-Fruehen-Hilfen-Impulse-fuer-Fachkraefte.pdf

36 Infos dazu unter: <https://www.welcome-online.de/hilfe-nach-der-geburt>

37 Infos dazu unter: <https://www.griffbereit-rucksack.de/rucksack-kita>

38 Infos dazu unter: <https://www.konsortium-elternchance.de>

werk werden. Insgesamt ist diese Art der Lotsendienste häufig in Stadtteilzentren oder Familienzentren und damit eher im primärpräventiven Bereich der Elternbildung des kommunalen Netzwerks angesiedelt. Sie zielen vornehmlich auf die Steigerung von Bildungs- und Teilhabechancen, von Erziehungs- und Versorgungskompetenzen. Die Begleitung zu Institutionen des Gesundheitswesens oder die Kopplung an den Lotsendienst einer Arztpraxis sind konzeptionell vorgesehen, jedoch fungieren sie i. d. R. nicht selbst als Vertragspartner eines derartigen Kooperationskonstrukts. Einen expliziten partizipativen »Nutzerbeirat« gab und gibt es im Rahmen der Entwicklung, Durchführung und Evaluation des Hamburger Projekts »KID-PROTEKT«³⁹, auf das weiter unten noch eingehender verwiesen wird.

Neben den genannten konzeptionellen Hinweisen zeigte die Recherche, welche Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe strukturell in unterschiedlichen Konstellationen kooperieren. Bei den nachfolgend

aufgelisteten Fachdiensten, Disziplinen oder Professionen handelt es sich um Institutionen, die in den gesichteten Konzeptionen und Projektbeschreibungen entweder explizit im Rahmen eines dualen Kooperationskontraktes (selektiv), eines multiprofessionellen Teams (integrativ) oder in allgemeinen Netzwerkansätzen genannt wurden. (Weitere, hier nicht genannte Institutionen hatten keine direkte fachliche Relevanz, wie bspw. Apotheken, Sanitätshäuser oder Rehazentren.)

Die farblich schattierten Kooperationspartner sind – unabhängig von einer immanenten Lotsenfunktion – entweder in selektiven oder in integrativen Projekten als operative Partner genannt worden. Die nicht schattierten sind entweder institutionelle Partner aus größeren Netzwerkkoperationen oder wurden als reine Vertragspartner genannt, die nicht direkt mit der Zielgruppe arbeiten. Die Reihenfolge der jeweiligen Dienste der zwei Spalten ist willkürlich und nicht relational zu sehen:

Gesundheitswesen		Kinder- und Jugendhilfe
Kommunale Fachdienste der Kinder- und Jugendmedizin (z. B. Sozialpädiatrische Zentren, KJGD)	↔	Allgemeiner/Kommunaler Sozialdienst (Jugendamt)
Niedergelassene Gynäkolog*innen	↔	Familien- und Erziehungsberatung (Jugendamt)
Niedergelassene Kinderärzt*innen	↔	Spezifische Beratungsstellen (z. B. gegen sexuelle Gewalt)
Niedergelassene Hausärzt*innen	↔	Institutionen stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfen zur Erziehung (freie Träger) mit jeweiligen Angeboten
(Geburts-)Kliniken	↔	Inobhutnahmestellen
(Familien-)Hebammen	↔	Familienservice-Büros
Kassenärztliche Vereinigungen	↔	Kindertageseinrichtungen
Krankenkassen	↔	Eltern- und Familienbildungsangebote
Kinderschutzambulanzen	↔	Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche
Psychiatrische Kliniken	↔	Pflegekinderdienst
Kommunale therapeutische Fachdienste	↔	Vormundschaft
Niedergelassene Therapeut*innen (z. B. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen)	↔	Schulsozialarbeit
Weitere therapeutische Angebote (z. B. Ergotherapie, Logopädie)	↔	Jugendzentren
[und weitere]	↔	[und weitere]

Tabelle 2: Kooperierende Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe

39 Infos dazu unter: <https://www.seeyou-hamburg.de/kooperationen-beratung/forschung-entwicklung>

3.3.3 Beispielhafte Veröffentlichungen zu Kooperationsprojekten, Lotsendiensten und Vernetzungsansätzen

Wie bereits erwähnt variieren die recherchierten Projekte und Kooperationsansätze (trotz ähnlicher bis gleicher Ziele und fachlicher Implikationen) hinsichtlich der Projektstruktur, der kooperierenden Institutionen, der lokalen (kommunalen) Bedingungen und konzeptionellen Feinheiten. Nicht alle Konzepte wirken so durchdacht wie andere, manchen fehlt sichtlich die kommunalpolitische oder verwaltungsstrukturelle Verankerung. Sobald bei der Konzeptentwicklung und bei der Implementierung wirkungsorientierte Mechanismen und Methoden integriert sind, die zur langfristigen Steuerung und Qualitätsentwicklung angelegt sind, steigt die konzeptionelle Aussagekraft bezüglich des Erreichens von Zielen und bezüglich der Ideen zur Nachhaltigkeit. Fehlen diese Aussagen, sind die Konzepte oder Projektbeschreibungen tendenziell fachlich eher oberflächlich. Gute qualitative Einsichten sind insbesondere dann zu erwarten, wenn wissenschaftliche Einrichtungen, institutionelle Fachgremien oder Hochschulen an der konzeptionellen Entwicklung und/oder an Evaluationen und ggf. Kosten-Nutzen-Analysen beteiligt sind.

Sehr gut nachvollziehbar sind bspw. die fachlichen Hinweise zum Innovationsfonds-Projekt »KID-PROTEKT«, da die Projektstruktur, das Konzept sowie die Evaluationsergebnisse sehr klar und aussagekräftig sind. Zudem entspricht das Projekt konzeptionell exakt den im Rechercheauftrag fokussierten Kooperationsmodellen von niedergelassenen pädiatrischen und gynäkologischen Praxen mit einem integrierten psychosozialen Lotsendienst. KID-PROTEKT ist ein Kooperationsprojekt der Stiftung SeeYou und des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift in Konsortialpartnerschaft mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der AOK Rheinland/Hamburg. Stellvertretend für andere gute nationale und internationale Beispiele, können folgende allgemeine Hinweise der Stiftung SeeYou als ein exemplarisches Rechercheergebnis dienen, die sich entsprechend den Zielen derartiger Kooperationsbemühungen als Orientierung eignen:

»Die Stiftung SeeYou gGmbH kooperiert in Hamburg seit 12 Jahren mit gynäkologischen und seit 2015 mit pädiatrischen Praxen. Aktuell sind 24 Arztpraxen aus Hamburg und deutschlandweit 39 Praxen (25 gynäkologische und 14 pädiatrische) Kooperationspartner. Aus einer Kooperationspraxis nimmt mindestens 1 MFA und mindestens eine Ärztin (teilweise) an einer Schulung (Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis©) teil. Zusätzlich wird der Lotsendienst von einer zertifizierten Babylotsin unterstützt. Somit werden Schwangere und junge Familien frühzeitig zu Angeboten des Gesundheitssystems und Netzwerks Frühe Hilfen beraten und bei Bedarf in das regionale

Hilfesystem vermittelt. Von 2018–2021 wurde eine große Studie durchgeführt.

Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts KID-PROTEKT (2018–2021)

Das von der Stiftung SeeYou in Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland/Hamburg sowie dem Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) durchgeführte Innovationsfondsprojekt KID-PROTEKT hat u. a. die Effektivität und die Effizienz einer in der Arztpraxis systematisch durchgeführten psychosozialen Belastungsanamnese und der sich anschließenden Empfehlung und Überleitung in regionale Unterstützungsangebote untersucht. [...] Die Ergebnisse deuten auf eine evidente Versorgungslücke unter den aktuellen Bedingungen der Regelversorgung hin: Belastete Familien werden nicht zuverlässig erkannt, angesprochen und unterstützt. Gleichzeitig führte das erprobte Modell der kindzentrierten psychosozialen Grundversorgung zu einer im Vergleich zur Kontrollbedingung dreifach höheren Vermittlungsrate von unterstützungsbedürftigen Familien an Hilfsangebote. Das heißt: Die geschulten Praxen konnten ihrem gesetzlichen Auftrag zur bedarfsorientierten Information über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind (§§ 24d, 26 SGB V) deutlich (signifikant) besser nachkommen als Praxen im Kontrollarm. Bei intensivem bzw. komplexem Unterstützungsbedarf erwies sich die Zusammenarbeit mit spezialisierten (sozial-) pädagogischen Fachkräften als effektive und praktikable Lösung, um vulnerable Gruppen aktiv in Hilfen zu begleiten. Ohne die Option, Familien in die sogenannte Lotsensprechstunde zu überweisen, stellte die Vermittlung für Praxen eine große Herausforderung dar. Alle beteiligten Akteure – Leistungserbringer und Familien – zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der neuen Versorgungsform. Die sehr hohen Teilnahmeraten von bis zu 97% belegen die Akzeptanz des Angebots seitens der Familien. 100% der befragten Praxismitarbeitenden sahen einen Mehrwert für die Praxis, unabhängig von der Facharzttrichtung oder Berufsgruppe. Die Umsetzung erwies sich als praktikabel im Versorgungsalltag. Hervorzuheben ist dabei die wichtige Rolle der geschulten medizinischen Fachkräfte, die einen bedeutenden Teil der Leistungserbringung in den Praxen erfolgreich übernahmen. [...] Es zeigte sich, dass eine aktive Einbindung des speziell geschulten Praxispersonals in die Schritte des Erkennens und Klärens im Lotsenprozess in Kombination mit der Zusammenarbeit einer Babylotsin insgesamt effizienter ist als in der Regelversorgung. Dabei hat sich das Hinzuziehen einer Babylotsin bei intensiven bzw. komplexen Fällen sowie einer regelmäßigen Lotsensprechstunde in den Praxen als praktikabel erwiesen und wurde auch von den Familien sehr gut angenommen.

Hintergrund und Gegenstand des Selektivvertrags KID-PROTEKT

Aufbauend auf den Ergebnissen des durchgeführten Innovationsfondsprojekts KID-PROTEKT hat die Stiftung SeeYou gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Sozialbehörde Hamburg im Frühjahr 2023 die vertragliche Grundlage für einen ersten Schritt in Richtung Regelfinanzierung von Babylotse in insgesamt 24 Frauen- sowie Kinder- und Jugendarztpraxen in Hamburg geschaffen. Die Kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung steht allen Frauen und Familien der teilnehmenden Arztpraxen und unabhängig ihres Versichertenstatus und der Krankenkassenzugehörigkeit zur Verfügung. Darüber hinaus werden teilnehmende Praxen nun jedoch für bestimmte Leistungen im Rahmen des Lotsenprozesses für Versicherte der teilnehmenden Krankenkasse vergütet.»

Das Projekt zeigt, dass alle der drei oben genannten Ebenen (Planungs- und Steuerungsebene [P], Netzwerk- und Kooperationsebene [N], Angebots- und Handlungsebene [A]) in der Projektstruktur miteinander verschränkt sind und verfahrenslogischen Prinzipien folgen. Damit wird exemplarisch ein wichtiger Gelingensfaktor des Projekts deutlich: Es ist an kommunale Verwaltungsstrukturen, an gesetzliche Strukturen der Gesundheitsversorgung und an weitere Institutionen des örtlichen Netzwerks gekoppelt. Darüber hinaus ist es interdisziplinär, multiprofessionell und bedarfsorientiert angelegt und denkt partizipative Elemente mit (s. o.). Die hinzugezogene (Baby-)Lotsin agiert sowohl beratend (Lotsensprechstunde) als auch begleitend bei der Überleitung ins Netzwerk. Die Unterstützung folgt stets dem logisch kausalen Konzeptansatz »Erkennen, Klären, Vernetzen«, was sich als ein kurzes Grundprinzip für alle Lotsendienste definieren lässt.

Ausführliche Informationen zum Programm KID-PROTEKT/ Babylotse (sowohl in Arztpraxen als auch in Geburtskliniken) sind hier zu finden:

- Ergebnisbericht »Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor« (KID-PROTEKT) von Siefert und Nitzschke (2022)⁴⁰
- Evaluationsbericht »Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor« (KID-PROTEKT) von Pawils et al. (2022)⁴¹

40 Abrufbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/283/2022-11-17_KID-PROTEKT_Ergebnisbericht.pdf

41 Abrufbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/284/2022-11-17_KID-PROTEKT_Evaluationsbericht.pdf

- Bericht zur »Evaluation des Programms Babylotse in Frankfurt« (2021)⁴² mit der Veröffentlichung von Andresen et al. (2022) und bspw. der »Qualitätsrahmen« oder die »Qualitätsstandards« des Programms Babylotse⁴³

Als allgemeine Basisinformation eignet sich darüber hinaus der ältere Evaluationsbericht:

- »Ambulanter Babylotse Hamburg. Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems im ambulanten Setting« des UKE von Pawils et al. (2013).

Anschließend und ergänzend zu den genannten Hinweisen ergab die Recherche zahlreiche weitere Einblicke in das Themenfeld. Wie schon angedeutet beziehen sich einige, jedoch nicht alle Ergebnisse auf die spezielle Kooperation von niedergelassenen Arztpraxen und Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe. Nachfolgend – weiterhin nur beispielhaft – aufgeführte Veröffentlichungen sind insbesondere auch vor dem Hintergrund der Planung und Steuerung von wirkungsorientierten Kooperationsprojekten, Lotsendiensten und Netzwerken interessant. Zu nennen sind beispielsweise:

- der Evaluationsbericht »Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Jugendhilfe« von Denner (2018),
- das »Impulspapier zu den Voraussetzungen einer gelingenden Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen« der Verbände BVKE, EREV, IGfH und DGSF (2019)⁴⁴,
- die Veröffentlichungen von Renner et al. zur »Intersektionalen Kooperation von Gesundheit und Frühen

42 Abrufbar unter: https://www.kinderschutzbund-frankfurt.de/wp-content/uploads/2021/02/Summary-Goethe-Uni.-Evaluation-Babylotse-FFM_Teil-1-2021-02-04-FIN.pdf

43 Abrufbar unter: <https://qualitaetsverbund-babylotse.de/wp-content/uploads/2021/09/QV-EXT-Qualitätsrahmen-Programm-Babylotse-2021-04-26-04-0.pdf>

44 Abrufbar unter: <https://www.dgsf.org/themen/stellungnahmen-1/impulspapier-voraussetzungen-einer-gelingende-kooperation-zwischen-jugendhilfe-und-gesundheitswesen>

- Hilfen« (2018)⁴⁵ oder des NZFH z. B. zum »ZuFA-Monitoring« (2019)⁴⁶,
- die »Empirischen Befunde zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen im Kinderschutz« des DJI von Pluto (2017)⁴⁷,
 - die Veröffentlichung von Bantel, Wünsch et al. (2019) zum »Sozialpädiatrischen Kita-Konzept«⁴⁸,
 - die Ergebnisse der P.A.T.H-Studie (»Pediatric Attention To Help«) (2022) von Metzner et al.⁴⁹,
 - das Präventionsprogramm »Zukunft für Kinder« aus Düsseldorf (z. B. 2018)⁵⁰ und »Kin-derZUKUNFT NRW«⁵¹,
 - (allgemein) das »Werkbuch Präventionskette« der LVGAFS (2014)⁵²,
 - der »Early Childhood Systems Building Resource Guide« (Department of Health and Human Services, USA)⁵³,
 - der »Framework for Choosing a State-Level Early Childhood Governance System« der BUILD Initiative (USA)⁵⁴,
 - die Hinweise von Herrenkohl (»Cross-system collaboration and engagement of the public health model to promote the well-being of children and families«, 2019)⁵⁵,
 - der Bericht »La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France« der IGAS (Inspection générale interministérielle du secteur social)⁵⁶ aus Frankreich,
 - die Veröffentlichungen der wirkungsorientierten Programme der EIF (Early Intervention Foundation)⁵⁷ und
 - CC4C (Connecting Care for Children)⁵⁸ aus England
 - sowie aus dem Bereich der Frühförderung der Bericht »A Proposed Framework for Enhancing Collaboration
-
- 45 Abrufbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/58897/ssoar-bundesgesundheitsblatt-2018-renner_et_al-Gesundheit_und_Fruhe_Hilfen_Die.pdf?sequence=3&isAllowed=y&Inkname=ssoar-bundesgesundheitsblatt-2018-renner_et_al-Gesundheit_und_Fruhe_Hilfen_Die.pdf
- 46 Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2019): Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Abrufbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-kompakt-Die-kinderaerztliche-Praxis.pdf
- 47 Abrufbar unter: https://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Forschungsfelder/Hilfen_zur_Erziehung_Familie_Fruhe_Hilfen/Kooperationsplattform_BKiSchG/2017_Praesentation_Pluto_DJHT_Jaemter_Gesundheit_4.pdf
- 48 Bantel, S.; Jones, E.; Walter, U.; Wünsch A. (2019): Das Sozialpädiatrische Kita-Konzept: ein interdisziplinärer Ansatz. In: Public Health Forum, Band 27 Heft 4. Infos unter: <https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Soziales/Familie-Partnerschaft/Frühe-Hilfen---Frühe-Chancen/Frühe-Hilfen---Frühe-Chancen/Eltern/Frühe-Hilfen-in-der-Kita/Das-sozialpädiatrische-Kita-Konzept>
- 49 Abrufbar unter: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-022-07787-9.pdf>
- 50 Abrufbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kongress-Armut-und-Gesundheit-2018-6-Chlebig_b.pdf
- 51 Abrufbar unter: <https://forum-kinderzukunft.de/aktivitaeten/kinderzukunft-nrw>
-
- 52 Abrufbar unter: https://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf
- 53 U.S. Department of Health & Human Services: Early Childhood Systems Building Resource Guide. Abrufbar zum Beispiel unter: <https://childcareta.acf.hhs.gov/systemsbuilding/systems-guides/understanding-systems-building>
- 54 Build Initiative: A Framework for Choosing a State-Level Early Childhood Governance System. Abrufbar unter: <https://buildinitiative.org/wp-content/uploads/2021/08/Early-Childhood-Governance-for-Web.pdf>
- 55 Herrenkohl, T. (2019). Cross-system collaboration and engagement of the public health model to promote the well-being of children and families. Journal of the Society for Social Work & Research, 10, 319–332. Abrufbar unter: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/704958>
- 56 L'inspection générale des affaires sociales (2021): La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Abrufbar unter: <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf>
- 57 Abrufbar unter: <https://www.eif.org.uk> und auch <https://foundations.org.uk>
- 58 Abrufbar unter: <https://www.cc4c.imperial.nhs.uk>

3.3.4 Ergebnis-Matrix: Zusammenfassung ausgewählter Recherche-Erkenntnisse

Die nachfolgende Matrix fasst zuvor angedeutete und weitere Erkenntnisse der Recherche tabellarisch zusammen. Sie basiert auf Unterschieden und Ähnlichkeiten der gesichteten Konzepte, Forschungsberichte und Informationen nationaler und internationaler Projekte und Ansätze. Damit lassen sich die wichtigsten Hinweise zu Kooperationsansätzen und Lotsendiensten schnell erfassen.

Die Matrix weist unterschiedliche Themenfelder auf, die durch jeweilige Spalten gegliedert sind. Die Anzahl der Spalten richtet sich nach den Auffälligkeiten bzw. Hinweisen zu unterschiedlichen Varianten, die sich in der Sichtung von Konzepten im Rahmen der Recherche zeigte. Somit sind die Spalten der Matrix tendenziell deduktiv entstanden. Wichtig ist dabei, dass die Spalten untereinanderliegender Themenfelder und Unterkategorien keinen Zusammenhang aufweisen – sie gehören nicht zueinander, sind thematisch getrennt und variieren in der Anzahl. Grüne Haken symbolisieren positiv evaluierte und/oder fachlich empfohlene Hinweise. (Vollfarbig grün = vollständige Zustimmung; perforiert grün = überwiegende Zustimmung. Kein Haken bedeutet i. d. R. jedoch nicht »Ablehnung«, sondern nur, dass keine Favorisierung neben den anderen Varianten besteht.)

59 Bricker, D. et al. (2022): A Proposed Framework for Enhancing Collaboration in Early Intervention/Early Childhood Special Education. Abrufbar unter: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0271121419890683>

MATRIX: KOOPERATION

zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft (Gynäkologen, Kinderärzte, Hausärzte) und der Kinder- und Jugendhilfe

[1] KOOPERATION

[1.1]

Freie Kooperation



Kommunale Fördermittelanbindung

Anbindung über kommunale und/oder GKV Kostenträger

Anbindung über kommunale und/oder GKV Kostenträger mit fachlicher Anbindung

Kommunale Verankerung:

Wie ist die Kooperation bzw. der Lotsendienst in kommunale Strukturen eingebunden?

Die Kooperation erfolgt rein intentional aus dem fachlichen Selbstverständnis zweier oder mehrerer Kooperationspartner heraus. Die Finanzierung wird ohne eine kommunale Förderung oder Finanzierung durch Eigenmittel und/oder Spenden erbracht.

Es existiert i. d. R. kein expliziter gesetzlicher und/oder politischer Auftrag.

Die Kooperation bzw. der der Lotsendienst zweier oder mehrerer institutioneller Partner wird durch Drittmittel einer Kommune und ggf. weiterer Zuwendungen anderer Fördereinrichtungen (z. B. Stiftungen) oder Förderprogramme finanziert. Damit besteht eine funktionale Anbindung an politische Strukturen der Kommune mit qualitativer und finanzieller Rechenschaftspflicht. Häufig werden Eigenanteile erbracht.

Diese Kooperationen beinhalten einen gesetzlichen, institutionellen und zumeist auch politischen Auftrag. Damit sind sie direkt oder indirekt an kommunale Entscheidungsträger und politische Gremien einer Kommune angebunden, wodurch sie legitimiert und Teil der kommunalen Versorgungsstruktur sind.

Die Kooperation bzw. der Lotsendienst zweier oder mehrerer institutioneller Partner wird öffentlich-rechtlich durch Haushaltsmittel einer Kommune und/oder der GKV regelfinanziert. Damit besteht eine funktionale Anbindung an politische Strukturen und die Akteure der Gesundheitsversorgung vor Ort mit qualitativer und finanzieller Rechenschaftspflicht. Häufig werden Eigenanteile erbracht. Gegebenenfalls unterstützen weitere Zuwendungen anderer Fördereinrichtungen (z. B. Stiftungen) oder Förderprogramme die Finanzierung.

Diese Kooperationen beinhalten einen gesetzlichen, institutionellen und zumeist auch politischen Auftrag. Damit sind sie direkt oder indirekt an kommunale und überörtliche Entscheidungsträger und politische Gremien einer Kommune angebunden, wodurch sie legitimiert und Teil der kommunalen Versorgungsstruktur sind.

Die Kooperation bzw. der der Lotsendienst zweier oder mehrerer institutioneller Partner wird öffentlich-rechtlich durch Haushaltsmittel einer Kommune und/oder der GKV regelfinanziert. Damit besteht eine funktionale Anbindung an politische Strukturen und das Gesundheitssystem der Kommune mit qualitativer und finanzieller Rechenschaftspflicht. Häufig werden Eigenanteile erbracht. Gegebenenfalls unterstützen weitere Zuwendungen anderer Fördereinrichtungen (z. B. Stiftungen) oder Förderprogramme die Finanzierung.

Mindestens ein Kooperationspartner ist ein kommunaler Fachdienst – bspw. des Gesundheitsamts oder Jugendamts.

Diese Kooperationen beinhalten einen gesetzlichen, institutionellen und zumeist auch politischen Auftrag. Damit sind sie direkt oder indirekt an kommunale und überörtliche Entscheidungsträger und politische Gremien einer Kommune angebunden, wodurch sie legitimiert und Teil der kommunalen Versorgungsstruktur sind. Durch die fachdienstliche Beteiligung hat die Kommune direkten Einfluss auf die fachliche Umsetzung der Kooperation bzw. des Lotsendienstes.

[1.2]	Netzwerkorientiert	Selektiv lotsenorientiert 	Integrativ lotsenorientiert 
Kooperationsansatz: Wie ist die Lotsenfunktion tendenziell ausgerichtet – ambulant oder integrativ?	Die Kooperation zweier oder mehrerer Einrichtungen/Dienste ergibt sich situativ aus der (direkten oder indirekten) Zusammenarbeit im kommunalen Netzwerk (z. B. Frühe Hilfen).	Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner (eines Programms oder Projekts) basiert auf einem Lotsensystem (Lotsendienst), in dem eine ambulante Fachkraft die Zielgruppen vermittelnd und überleitend durch das Netzwerk oder die Präventionskette begleitet (lotst). (Die externe Lotsin kommt bspw. in die gynäkologische Praxis, berät dort und begleitet zur nächsten Institution.)	Die institutionelle Zusammenarbeit basiert auf der Kooperation eines stationären, multiprofessionellen medizinisch-psychosozialen Versorgungs- und Beratungsteams an einem gemeinsamen (zentralen) institutionellen Ort (Versorgungszentrum). (Die Lotsin ist Teil eines festen stationären Teams und leitet bei Bedarf von dort ins weitere Netzwerk über.)

[1.3]	Primärpräventiv	Primär- und sekundärpräventiv 	Primär-, sekundär- und tertiärpräventiv 	Sekundär- und tertiärpräventiv 	Tertiärpräventiv
Präventionsausrichtung: Welche Präventionsstufen bilden das fachliche Selbstverständnis des Lotsendienstes?	Die Präventionsausrichtung ist überwiegend primärpräventiv und dient der Risikoversorge. Der Lotsendienst richtet sich an Eltern und Kinder in weitgehend unbelasteten Lebenssituationen und soll allgemein unterstützen.	Die Präventionsausrichtung ist primär- und sekundärpräventiv. Der Lotsendienst richtet sich sowohl an Eltern und Kinder in weitgehend unbelasteten Lebenssituationen als auch an jene, die moderaten Belastungsfaktoren ausgesetzt oder davon bedroht sind. Der Lotsendienst dient der Risikoversorge und Risikoabwendung und soll gezielt unterstützen.	Die Präventionsausrichtung ist primär-, sekundär-, und tertiärpräventiv. Der Lotsendienst richtet sich sowohl an Eltern und Kinder in weitgehend unbelasteten Lebenssituationen als auch an jene, die moderaten oder starken Belastungsfaktoren ausgesetzt oder davon bedroht sind. Der Lotsendienst dient der Risikoversorge, der Risikoabwendung und der Risikobehandlung und soll allgemein und gezielt unterstützen sowie gezielt intervenieren.	Die Präventionsausrichtung ist insbesondere sekundär-, und tertiärpräventiv. Der Lotsendienst richtet sich vornehmlich an Eltern und Kinder in Lebenssituationen mit moderaten bis starken Belastungsfaktoren. Der Lotsendienst dient der Risikoabwendung und der Risikobehandlung und soll gezielt unterstützen oder intervenieren.	Die Präventionsausrichtung ist überwiegend tertiärpräventiv. Der Lotsendienst richtet sich vornehmlich an Eltern und Kinder in stark belasteten Lebenssituationen. Der Lotsendienst dient der Risikobehandlung und soll gezielt intervenieren.

[1.4]	Nicht vorhanden	Schwerpunkt Information und Beratung 	Schwerpunkt Information, Beratung und Begleitung 
Funktionaler Lotsenansatz und Intensität der Lotsenfunktion: Wie ist die Lotsenfunktion konzeptionell definiert?	Die institutionelle Kooperation ist entweder rein netzwerkorientiert oder basiert auf einem multiprofessionellen integrativen Beratungs- und Versorgungsangebot (s. o. 1.1) ohne explizite Lotsenfunktion.	Die Kooperation basiert auf einem Lotsenansatz, der darauf ausgerichtet ist, die Zielgruppe mittels Beratung und Informationsgabe an andere Stellen eines Netzwerks zu lotsen. (Lotsen-Charakter: impulsgebender Beratung und Netzwerktransparenz.) Dieser Ansatz richtet sich eher an Sozialräume und familiäre Lebenswelten mit einer niedrigen bis moderaten Belastungsintensität (s. Schaubild oben »Belastungsintensität > Intensität der Lotsenfunktion«).	Die Kooperation basiert auf einem Lotsenansatz, der über die Beratung und Informationsgabe hinaus auf der Arbeit einer Fachkraft basiert, die die zentrale Kommunikation übernimmt und die Zielgruppe ggf. zu Hilfestellen vermittelt oder begleitet. (Lotsen-Charakter: Fallbegleitung.) Dieser Ansatz richtet sich eher an Sozialräume und familiäre Lebenswelten mit einer hohen bis sehr starken Belastungsintensität (s. Schaubild oben »Belastungsintensität > Intensität der Lotsenfunktion«).

[1.5]	Intra-systemisch ✓	Inter-systemisch ✓	Multi-systemisch ✓
Systemischer Kooperationsbezug: Gibt es eine systemübergreifende Kooperation?	Die Kooperation zweier oder mehrerer Dienste findet innerhalb eines Systems statt (z. B. zwischen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gynäkologen, Geburtsklinik, Hebammen, Kinderärzten oder Hausärzten innerhalb des Gesundheitswesens).	Die Kooperation zweier oder mehrerer Dienste findet systemübergreifend zwischen zwei fachlich unterschiedlichen Systemen/Institutionen statt (z. B. zwischen der niedergelassenen Kinderarztpraxis und einer Familien- und Erziehungsberatungsstelle oder/und einer Kindertageseinrichtung, SGB V <> SGB VIII).	Die Kooperation findet systemübergreifend zwischen Institutionen aus mehr als zwei Versorgungssystemen statt (z. B. Gesundheitssystem, Kinder- und Jugendhilfe, Bildungssystem, Sozialsystem; > SGB V, SGB VIII, Landesschulgesetze, SGB IX etc.).

[1.6]	Nicht vorhanden	Zwischen institutionellen Hauptakteuren der Kooperation ✓	Mit (allen) institutionellen Partnern des lokalen Netzwerks ✓	Beides ✓
Kooperationsvereinbarung: Gibt es eine Kooperationsvereinbarung?	Es existiert keine formale Kooperationsvereinbarung im Kooperationsgefüge/Netzwerk.	Es existiert eine formale Kooperationsvereinbarung zwischen den kooperierenden Hauptakteuren der Kooperation/ des Lotsendienstes.	Es existiert eine formale Kooperationsvereinbarung zwischen den (wichtigsten) kommunalen Netzwerkpartnern aber keine projektbezogene Kooperationsvereinbarung der Hauptakteure.	Es existiert sowohl eine allgemeine Kooperationsvereinbarung der Institutionen im kommunalen Netzwerk als auch separat zwischen den Hauptakteuren des Lotsendienstes.

[1.7]	Nicht vorhanden	Allgemeines Netzwerkkonzept	Explizites Kooperationskonzept ✓
Kooperationskonzept: Gibt es ein Kooperationskonzept?	Im Rahmen der Kooperation existiert weder ein allgemeines Konzept zur Zusammenarbeit im Netzwerk noch ein spezifisches interinstitutionelles Kooperationskonzept.	Es existiert ein allgemeines Netzwerkkonzept, das die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern – u. a. der Institutionen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe – regelt.	Es existiert (ggf. zusätzlich zum allgemeinen Netzwerkkonzept) ein explizites Kooperationskonzept (Lotsendienstkonzept) der institutionellen Partner aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe, das die systematische Zusammenarbeit nach logischen Prinzipien regelt (> z. B. die Lotsenfunktion der beteiligten Fachkräfte).

[1.8]	Nicht verfahrensgebunden (situativ reaktiv)	Kausallogisch verfahrensgebunden ✓
Konzeptionelle Verfahrenslogik und Kommunikation: Existiert eine konzeptionelle Verfahrenslogik im Rahmen der Zusammenarbeit?	Die handelnden Akteure der Kooperation bzw. des Lotsendienstes reagieren situativ auf erkannte transdisziplinäre Bedarfe der Zielgruppe und vermitteln entsprechend im Netzwerk.	Es existiert eine formalisierte Verfahrensgebundenheit (systemimmanente Logik), die die handelnden Akteure der Kooperation bzw. des Lotsendienstes nach einem festgelegten, bedarfsdeterminierten Kommunikations- und Handlungsmuster innerhalb der Kooperation agieren und reagieren lässt. Einem Informations- oder Beobachtungsimpuls folgen festgelegte konzeptionelle Schritte (> ähnlich dem Ablauf bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, doch unabhängig von der Präventionsstufe).

[2] KOORDINATION

[2.1]	Nicht vorhanden	Kooperationsintegriert ✓	Teil der externen Netzwerkkoordination ✓
Kooperations-Koordination: Gibt es eine systematische Koordination der Abläufe?	Es gibt keine ausgewiesene Koordination der Kooperation (z. B. zwischen einer Kinderarztpraxis und einer Erziehungsberatungsstelle) bzw. innerhalb des Kooperationsansatzes oder Lotsendienstes. Die Zusammenarbeit erfolgt anhand erfahrungsbasierter Prinzipien, informeller Absichtserklärungen oder professionsbezogener Handlungsimplicationen.	Es gibt eine funktionsbezogene Koordination, die das Zusammenwirken der Kooperationspartner und der Zielgruppe koordiniert (z. B. die Verfahrensprozesse oder das Lotsenprinzip).	Das Zusammenwirken der institutionellen Kooperationspartner (z. B. aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe) und der Zielgruppe wird (ansatzweise) durch die kommunale Netzwerkkoordination unternommen (z. B. im Rahmen einer Clearingstelle).
[2.2]	Nicht vorhanden	Über Kooperations-Koordination ✓	Formalisiertes Case-Management ✓
Fall-Koordination: Gibt es eine systematische Koordination der Fälle?	Es gibt keine explizite Einzelfall-Koordination.	Die Einzelfall-Koordination erfolgt entweder kooperationsintegriert (z. B. durch die Lotsen) oder durch die Koordinierungsstelle (oder Clearingstelle) des Netzwerks.	Die Einzelfall-Koordination erfolgt im Rahmen eines formalen Case-Managements durch eine fallverantwortliche Fachkraft (z. B. des Gesundheitsamts oder Jugendamts).

[3] ZIELGRUPPE

[3.1]	Nicht adressiert	Universell adressiert ✓	Bedarfsindiziert adressiert ✓	Bedarfsdeterminiert adressiert
Konzeptionelle Zielgruppenadressierung: Gibt es eine konzeptionell beschriebene Zielgruppenadressierung im Marketing?	Das Kooperationskonzept sieht keine differenzierte Zielgruppenansprache vor. Kinder, Jugendliche und Eltern werden aufgrund eines situativ erkannten Bedarfs versorgt, beraten und ggf. begleitet.	Es werden explizite Marketingstrategien eingesetzt, um das Kooperationsangebot der gesamten relevanten Bevölkerung einer Kommune oder eines Sozialraums bekannt zu machen. Dieser Ansatz richtet sich eher an Sozialräume und familiäre Lebenswelten mit einer niedrigen bis moderaten Belastungsintensität (s. Schaubild oben »Belastungsintensität > Intensität der Lotsenfunktion«).	Es werden explizite Marketingstrategien eingesetzt, um das Kooperationsangebot der gesamten relevanten Bevölkerung einer Kommune oder eines Sozialraums bekannt zu machen. Darüber hinaus werden konzeptionell Anstrengungen unternommen, speziell die bildungs- und sozial benachteiligten und belasteten Zielgruppen mit Belastungsindikatoren anzusprechen und zu erreichen. Dieser Ansatz richtet sich eher an Sozialräume und familiäre Lebenswelten mit einer hohen bis sehr starken Belastungsintensität (s. Schaubild oben »Belastungsintensität > Intensität der Lotsenfunktion«).	Es werden explizite Marketingstrategien eingesetzt, um speziell die bildungs- und sozial benachteiligten und belasteten Zielgruppen mit Belastungsindikatoren anzusprechen und zu erreichen. Weniger belastete Zielgruppen stehen nicht im Fokus von Marketingstrategien. Dieser Ansatz richtet sich eher an Sozialräume und familiäre Lebenswelten mit einer hohen bis sehr starken Belastungsintensität (s. Schaubild oben »Belastungsintensität > Intensität der Lotsenfunktion«).

[3.2]	Kindzentriert 	Elternzentriert 	Familien- und lebensweltorientiert 
Fachliche Zielgruppenadressierung: An wen richtet sich das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst vornehmlich – Kinder/Jugendliche, Eltern oder Familien (systemisch)?	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst hat vornehmlich die Gesundheit und das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen im Fokus. Es werden insbesondere direkte Förderansätze mit Kindern verfolgt. Ziel ist das Lotsen der Kinder durch das Hilfesystem durch begleitende Fachkräfte. Eltern sind unterstützende Begleiter.	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst zielt insbesondere auf die Stärkung von elterlichen Versorgungs- und Erziehungskompetenzen. Ziel ist das Lotsen der Eltern durch das Hilfesystem, wobei die Eltern aktive Hauptakteure sind.	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst ist systemisch ausgerichtet und zielt neben der Unterstützung von Eltern und Kindern auf die strukturelle Stabilisierung der familialen und lebensweltlichen Strukturen mit Anbindung an den örtlichen Sozialraum (> auch hinsichtlich Sport- und Freizeitangeboten). Die Lotsenarbeit ist teilweise aufsuchend und reicht bis in das häusliche Umfeld der Zielgruppen.

[3.3]	Medizinisch	Medizinisch und psychosozial (familiensystemisch) 
Anamnese-Dokumentation (Screening): Gibt es eine psychosoziale Anamnese?	Die dokumentierte Anamnese bezieht sich ausschließlich auf medizinisch-indizierte Bedarfe der Kinder, Jugendlichen und/oder Eltern. Psychosoziale Unterstützungsbedarfe werden gesehen, eine Überleitung ins Lotsensystem findet jedoch (nur) aufgrund der (nicht-dokumentierten) Einschätzung statt.	Die Bedarfe der Zielgruppen werden sowohl medizinisch als auch psychosozial erhoben. Die Angebote und eingeleiteten Schritte basieren aufgrund einer ganzheitlichen Einschätzung des Unterstützungsbedarfs mithilfe eines psychosozialen Anhalts- oder Screening-Bogens, der differenzierte Hinweise auf familiäre Belastungsfaktoren gibt. In der Regel wird in diesem Kontext eine Schweigepflichtentbindung vorgeschlagen, die grundlegend für den Begleitungsprozess im Netzwerk ist. Ohne Schweigepflichtentbindung stützt sich die Lotsenarbeit im Netzwerk (lediglich) auf die informelle Vertrauensbasis zwischen den Eltern und der Lotsin. Die Lotsenarbeit wird dann durch die Eltern nicht prozessual, sondern situativ legitimiert.

[3.4]	Über Arztpraxis (Komm- und Gehstruktur) 	Über Jugendhilfe (Komm- und Gehstruktur) 	Über Netzwerk (Komm- und Gehstruktur) 
Disziplinärer Zugangsweg: Über welches Hilfesystem kommen die Zielgruppen in den Lotsendienst?	Bedarfe von Kindern und Eltern werden zunächst insbesondere in der Arztpraxis gesehen. Die Überleitung in das Lotsensystem erfolgt von dort aus. Grundlegend ist zumeist ein Anhalts- oder Screening-Bogen zur Anamnese des psychosozialen Bedarfs. Dieser formuliert Bedarfe und Bedürfnisse von Eltern und Kindern als Grundlage bzw. Arbeitsaufträge für die Fachkraft des Lotsendienstes und die involvierten Einrichtungen. (Beispiel: das Programm Baby-lotse in Arztpraxen in Hamburg)	Die Zielgruppe der Kinder und Eltern wird überwiegend über den oder die institutionellen Kooperationspartner aus der Kinder- und Jugendhilfe in das Lotsensystem geleitet und so u. a. an die ärztliche Versorgung herangeführt. Eine Bedarfsklärung wird durch den institutionellen Kooperationspartner der Kinder- und Jugendhilfe vorgenommen. (Beispiel tendenziell: das Sozialpädiatrische Kitakonzept der Region Hannover)	Der Lotsendienst (oder die multiprofessionelle Clearingstelle) ist über alle strukturellen Zugangswege des Netzwerks (der Frühen Hilfen) oder der Präventionskette erreichbar. Eine psychosoziale Bedarfsklärung wird dann durch die Clearingstelle vorgenommen. Anschließend erfolgt die weitere Vermittlung. (Beispiel: das Programm Zukunft für Kinder Düsseldorf).

[3.5]	Nicht vorhanden	Konzeptionell verankert ✓
Partizipation der Zielgruppe: Gibt es konzeptionelle Überlegungen zur Beteiligung der Zielgruppen?	Das Kooperationskonzept weist keine Hinweise zu Strategien der Beteiligung der Zielgruppe auf.	Im Kooperationskonzept sind Strategien zur Partizipation der Zielgruppe formuliert und werden im Lotsendienst berücksichtigt. Bestenfalls richten sie sich nach den Stufen der sog. Partizipationspyramide.

[3.6]	Rein personale (physische) Ausrichtung ✓	Personal (physische) und virtuelle Ausrichtung (»Blended Care«) ✓	Rein virtuelle Ausrichtung (»online«)
Virtuelle Zugänge: Werden virtuelle Zugangswege und Unterstützungssettings genutzt?	Das Konzept des Lotsendienstes beinhaltet lediglich physische Unterstützungssettings in Präsenz ohne virtuelle (Zusatz-) Angebote (Online-Beratung/ Gruppenangebote).	Das Konzept des Lotsendienstes beinhaltet sowohl physische Unterstützungssettings in Präsenz als auch virtuelle (Zusatz-) Angebote (Online-Beratung/ Gruppenangebote). Beide Varianten sind konzeptionell nicht ersetzend, sondern ergänzend aufeinander abgestimmt und bewusst aus Gründen eines Mehrwerts integriert. Der virtuelle Teil geht über das Lotsen zu Informationsportalen (Webseiten) des Internets hinaus, sondern ist Teil der Intervention/Prävention (Blended Care).	Das Konzept des Lotsendienstes beinhaltet lediglich virtuelle Angebote (Online-Beratung/ Gruppenangebote). Ziel ist hier vornehmlich die Informationsvermittlung und Beratung. Die Funktion der Begleitung ist konzeptionell gar nicht oder nur sehr schwach ausgeprägt.

[4] KOMMUNALE FINANZIERUNG			
[4.1]	Keine kommunale Finanzierung	Selektive Ressort-Finanzierung ✓	Integratives Budget ✓
Finanzierungsart: Woher kommt das Budget zur Finanzierung des Kooperationsangebots bzw. Lotsendienstes?	Die Kooperation bzw. der Lotsendienst ist nicht durch kommunale Mittel (mit)finanziert, sondern über Drittmittel anderer Zuwendungsgeber (z. B. Stiftungen), Spenden und Eigenmittel der Kooperationspartner.	Die Kooperation bzw. der Lotsendienst wird (additiv) durch das jeweilige Haushaltsbudget oder/ und über kommunale Dritt- oder Fördermittel der beteiligten Institutionen finanziert (z. B. Fachdienste unterschiedlicher Verwaltungsressorts und Rechtskreise). Die Höhe der Finanzierung richtet sich nach einer jeweiligen Kostenbemessung und wird selektiv abgerechnet.	Zur fachübergreifenden Lenkung bestimmter Sozialleistungen wird kommunal ein integratives Budget gebildet (z. B. Präventionsfonds, Gesundheits-, Sozial- oder Familienfonds), aus dem die Kooperation bzw. der Lotsendienst finanziert wird. Die Höhe der Kooperationsmittel (bzw. Angebotsmittel) richtet sich nach dem ermittelten Gesamtaufwand pro Jahr.

[4.2]	Projektförderung ✓	Regelförderung ✓
Finanzierungsdauer: Wie lange ist die Kooperation oder der Lotsendienst finanziert?	Die Kooperation ist zeitlich begrenzt über Projektmittel finanziert (z. B. über Fördermittel). Es sind regelmäßige Folgeanträge und Verwendungsnachweise notwendig.	Die Kooperation ist dauerhaft regelfinanziert (z. B. über kommunale Haushaltsmittel und/ oder GKV). Die Steuerung der Finanzierung unterliegt dem institutionellen Finanz-Controlling, das an ein Strategie-Controlling und Monitoringberichte gekoppelt ist.

[5] QUALITÄTSENTWICKLUNG

[5.1]	Nicht vorhanden	Ex-Post-evaluativ (Ziel-gruppenbefragung) ✓	Prozess-evaluativ ✓	Input-Outcome-Im- pact-orientiert ✓	Kosten-Nutzen-ori- entiert (SROI) ✓
Wirkungsorien- tierung: (Prozess- und Er- gebnisqualität) Ist die Kooperation bzw. der Lotsen- dienst wirkungsori- entiert konzipiert und gesteuert?	Das Kooperations- angebot bzw. der Lotsendienst arbeitet rein bud- getbezogen ohne Instrumente der Wirkungsorientie- rung.	Die Wirkung des Programms/Ansatz- es wird anhand einer Befragung der Zielgruppe nach der Nutzung des Lotsendienstes ermittelt.	Im Rahmen der Implementierung und kontinuierlichen Umsetzung des Lot- sendienstes werden Ziele und Meilen- steine bezüglich des Nutzens (der Wirkung) formuliert, prozessual überprüft und angepasst.	Der Kooperati- onsansatz bzw. der Lotsendienst wird anhand eines Wirkungsmodells implementiert und kontinuierlich mithilfe von Kenn- zahlen evaluiert und weiterentwickelt. Ziel ist die Wir- kungsanalyse in der jeweiligen Lebens- welt der Zielgruppe und die messbare Wirkung im Sozial- raum (Impactfaktor). Beispiel-Tool: Die Phineo-Wirkungs- treppe ⁶⁰ .	Der Lotsendienst wird mithilfe einer Kosten-Nutzen- Analyse bzw. einer SROI-Analyse (Soci- al Return On Invest- ment) implemen- tiert. Nach einer Bedarfsermittlung dient die KNA oder SROI-Analyse der Monetarisierung jeglicher Nutzendi- mensionen (für die Zielgruppe, Stakeholder, das Versorgungs- und Sozialsystem etc.). Dadurch lässt sich die »Sozialrendite« des Lotsendienstes errechnen. Beispiele s. Fußnoten: CBA Model ⁶¹ oder SROI ⁶² .

[5.2]	Nur ansatzweise vorhanden	Jugendhilfe- planung ✓	Gesundheits- planung ✓	Sozialplanung ✓	Integrierte Planung ✓
(Die Datengrundlage wird i. d. R. nicht explizit für die Implementierung des Lotsendienstes erhoben, jedoch werden beste- hende kommunale Datensätze zur Planung und Steuerung des Angebots zugänglich gemacht werden.)					
Datenbezo- gene Planung und Steue- rung: (Prozess- und Ergebnisqua- lität) Anhand welcher Daten wird das Koopera- tionsangebot geplant und gesteuert?	Es findet keine Pla- nung und Steuerung des Kooperations- angebots bzw. Lot- sendienstes anhand von Bestandsdaten oder erhobenen Daten statt. Zur Steuerung wer- den jedoch Daten der Programmevalu- ation genutzt.	Basis der Planung und wirkungsorien- tierten Steuerung des Kooperati- onsangebots bzw. Lotsendienstes sind Daten der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Jugendhilfe- statistik). Geplant wird anhand von Bedarfsindikato- ren, die Steuerung wird mithilfe eines Monitorings fortge- schrieben.	Basis der Planung und wirkungsorien- tierten Steuerung des Kooperati- onsangebots bzw. Lotsendienstes sind Gesundheits- daten wie z. B. der Schuleingangsunter- suchung (SUE). Ge- plant wird anhand von Bedarfsindika- toren, die Steuerung wird mithilfe eines Monitorings fortge- schrieben.	Basis der Planung und wirkungsorien- tierten Steuerung des Kooperati- onsangebots bzw. Lotsendienstes sind Sozialstrukturdaten z. B. des Sozial- berichts für einen Sozialraum. Geplant wird anhand von Bedarfsindikato- ren, die Steuerung wird mithilfe eines Monitorings fortge- schrieben.	Basis der Planung und wirkungsorientierten Steuerung des Kooperati- onsangebots bzw. Lotsen- dienstes sind integrierte Daten unterschiedlicher Disziplinen (Jugendhilfe, SEU, Sozialdaten), die Auskunft über die Bedarfe der Zielgruppe innerhalb des Sozialraums geben, in dem das Projekt angesie- delt ist. Gegebenenfalls werden Eltern- und Fach- kräftebefragungen in die Planung miteinbezogen. Geplant wird anhand von Bedarfsindikatoren, die Steuerung wird mithilfe eines Monitorings fortge- schrieben.

60 Siehe Kursbuch Wirkung, abrufbar unter: <https://www.phineo.org/publikationen>.

61 Siehe CBA Model, abrufbar unter: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7dbd4340f0b65d8b4e3357/cost_benefit_analysis_guidance_for_local_partnerships.pdf

62 Grünhaus, C. (Wirtschaftsuniversität Wien): Infos zur SROI-Analyse abrufbar unter: <https://globalcompact.at/wp-content/uploads/2020/05/Präsentation-Schober-Rausch.pdf>

[5.3]	Keine Anbindung an Steuerungsgremien	Anbindung an kooperationsinternes Steuerungsgremium (z. B. Lenkungsgruppe) ✓	Anbindung an kommunales Steuerungsgremium (z. B. Lenkungsausschuss) ✓
Gremienbezogene Planung und Steuerung: (Strukturqualität) Gibt es eine Anbindung des Kooperationsangebots bzw. des Lotsendienstes an Steuerungsgremien?	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst hat kein ausgewiesenes Lenkungsgremium. Strategische Entscheidungen werden von projektinternen Leitungskräften oder übergeordneten Fachdienstleitern ohne strukturelles Gremium getroffen.	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst besitzt eine konzeptionell und strukturell verankerte Lenkungsgruppe, die sich aus Mitarbeitern und Leitungskräften der an der Kooperation beteiligten Institutionen zusammensetzt. Die Mitglieder sind nicht zwingend operativ im Angebot bzw. Lotsendienst tätig. Strategische Entscheidungen werden in der Lenkungsgruppe getroffen.	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst besitzt einen konzeptionell und strukturell verankerten Lenkungsausschuss, dem nicht nur institutionelle Akteure der kooperierenden Partner, sondern auch Entscheidungsträger anderer Institutionen angehören (bspw. der Kommune [z. B. Dezernent*in, Sozialplaner*in], einer Stiftung oder der GKV). Strategische Entscheidungen werden im Gremium beschlossen. Bisweilen gibt es zusätzlich einen fachlichen Beirat aus Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen, die tendenziell jedoch lediglich beraten und nicht entscheiden.

[5.4]	Netzwerkintegriert ✓	Professionsexklusiv ✓	Professionsinklusiv (Kooperationsintern) ✓	Professionsexklusive Qualitätszirkel ✓	Multiprofessionelle Qualitätszirkel ✓
Personale Qualitätssicherung: (Strukturqualität) Welche Qualifizierungs-, Fortbildungs- und Reflexionsmaßnahmen gibt es in dem Kooperationsangebot?	Es gibt Fortbildungs-, Qualifizierungs- und Reflexionsangebote des lokalen Netzwerks (z. B. Frühe Hilfen), an denen die Fachkräfte des Lotsendienstes teilnehmen können.	Fortbildungs-, Qualifizierungs- und Reflexionsmöglichkeiten finden im Rahmen einer jeweiligen Disziplin statt und werden durch den jeweiligen Arbeitgeber oder Berufsverband separat angeboten.	Es gibt gemeinsame Fortbildungs-, Qualifizierungs- und Reflexionstermine für die interdisziplinären Fachkräfte des Kooperationsangebots bzw. Lotsendienstes. Vor Beginn der Kooperation werden beteiligte Fachkräfte explizit für das Angebot transdisziplinär qualifiziert.	Die jeweiligen Professionen (z. B. Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen) sind an separate disziplinäre Qualitätszirkel angebunden – z. B. von Gynäkolog*innen einerseits und z. B. Erziehungsberatung andererseits.	Es gibt gemeinsame multiprofessionelle Qualitätszirkel (z. B. von Kinderärzt*innen, ASD-Fachkräften, Hebammen, Fachkräften der Frühen Hilfen, Erzieher*innen etc.), die fallbezogen ausgerichtet sind und wirkungsorientierten Implikationen und Zielen folgen. Beispiel: Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ) des NZFH ⁶³ .

[5.5]	Keine fachliche Anbindung an Fachinstitute oder Hochschulen ✓	Fachliche Anbindung an Fachinstitute oder Hochschulen ✓
Fachliche Qualitätssicherung: (Strukturqualität) Welche fachlichen Begleitkooperationen gibt es im Rahmen des Angebots?	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst wird konzeptionell ohne fachliche Anbindung oder die fachliche Beratung von externen wissenschaftlichen Instituten oder Hochschulen entwickelt. Auch während der Umsetzung, Evaluation oder Steuerung werden keine externen fachlichen Ressourcen genutzt. Die fachliche Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung finden durch interne Fachkräfte statt.	Das Kooperationsangebot bzw. der Lotsendienst wird konzeptionell mit fachlicher Anbindung oder der fachlichen Beratung von externen wissenschaftlichen Instituten oder Hochschulen entwickelt. Auch während der Umsetzung, Evaluation oder Steuerung werden externe fachliche Expertisen eingeholt. Die fachliche Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung finden durch interne Fachkräfte unter Bezug auf externe Expertisen statt.

Tabelle 3: Kooperation zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Kinder- und Jugendhilfe

63 Infos unter: <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-fruehe-hilfen/kooperationen-in-den-fruehen-hilfen/interprofessionelle-qualitaetszirkel>

3.4 Handlungsempfehlungen

»Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der besseren Vernetzung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe benötigt auf Seiten der Niedergelassenen einen finanziellen Ertrag. Die Krankenkassen sind an dieser Stelle als Kostenträger gefragt. Durch die Einführung der Vergütung dieser Überleitungsleistung profitieren alle Seiten, Krankenkassen, Vertragsärzte/-psychotherapeuten und Versicherte.« (Euper et al. 2020)

Obiges Zitat kann als paradigmatisch für zahlreiche Hinweise und Forderungen der fachlich beteiligten Akteure und nicht zuletzt der Zielgruppen gelten, die national und international in ähnliche Kooperationsprojekte (des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe und speziell in Lotsendienste) involviert sind bzw. davon profitieren. Entsprechend den Herausforderungen, die infolge zunehmender Belastungsfaktoren für Kinder, Jugendliche, Eltern und die Gesellschaft insgesamt kontinuierlich bewältigt werden müssen, ist nur ein kontinuierliches System der Regelfinanzierung denkbar, wie es (in Deutschland) die fachlichen Implikationen des Präventionsgesetzes und des Bundeskinderschutzgesetzes vorsehen. Soll ein nachhaltiger Impact erzielt werden, müssen die strukturellen Bedingungen der Präventions- und Hilfesysteme so ausgerichtet und organisiert sein, dass sie fachlich, politisch und finanziell dauerhaft tragfähig und abgesichert sind. Eine Alternative gibt es dauerhaft nicht. Der kooperative und intersektorale Ansatz in niedergelassenen Arztpraxen benötigt dringend den Status eines regelhaften Angebots, das weder von den Fachkräften noch von den Zielgruppen als außergewöhnlich, sondern als »ganz normal« empfunden wird. Dafür müssen die Rahmenbedingungen auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene stimmen. Ausreichende Hinweise hinsichtlich notwendiger Prämissen und Kriterien des Gelingens hat diese Recherche gezeigt.

Doch es gab auch Themen, die in den gesichteten Konzepten und Forschungsberichten der Fachwelt bisher eher wenig Beachtung finden. Zu nennen sind hier insbesondere Formate kombinierter Hilfesettings – sogenannter »Blended Care-Settings« – die bewusst die jeweiligen Vorteile von virtuellen und analogen Beratungs-, Vernetzungs-, Lotsen- und Hilfesettings konzeptionell miteinander kombinieren. Erste gute Erfahrungen wurden insbesondere – nicht zuletzt durch die Pandemie – in therapeutischen Settings gemacht, die sich zukünftig auf weitere Handlungsfelder ausweiten lassen, da sie mittlerweile gut zu den Alltagsgewohnheiten von vielen Zielgruppen passen.

In diesem Zusammenhang muss bereits heute auf zukünftige Möglichkeiten KI-basierter Lotsen- oder Beratungs-Bots hingewiesen werden, die sich rasant entwickeln und zunehmend alltäglich werden. Insbesondere die schnelle Informationsver-

mittlung (z. B. Netzwerkkennnisse) kann in naher Zukunft die personale Auskunft nicht nur ergänzen, sondern ggf. umfassender anbieten. Grenzen werden diesbezüglich bleiben, wenn es um eine persönliche und damit situativ beziehungs-basierte Vermittlung oder Begleitung im Hilfesystem geht.

Die Recherche ergab weiterhin, dass umfassende Ansätze der wirkungsorientierten Planung und Steuerung in den Kooperationsprojekten und Lotsendiensten nur begrenzte Beachtung finden. Zwar wird fast immer mit Evaluationsansätzen gearbeitet, eine fundierte Bedarfsermittlung zu Beginn und nachsteuernd sowie einschlägige Kosten-Nutzen-Analysen sind eher die Seltenheit. Hinweise für Gründe deuten stets auf fehlende Personal- und Finanzressourcen. Wobei zu vermuten ist, dass aufgrund fehlender wirkungsbezogener Konzepte nicht nur zu wenig Stellenanteile in den Personalbemessungen berechnet werden, sondern auch finanzielle Ressourcen für externe Expertisen der Qualitätsentwicklung zu gering kalkuliert sind. Berechnungen, dass sich Prävention rechnet, reichen häufig nicht aus.

Die abschließenden zehn Handlungsempfehlungen fassen zuvor Genanntes nochmals punktuell zusammen:

- **Kooperation:**
Lotsendienste brauchen tragfähige und langfristige Kooperationsverträge mit Kooperationspartnern, die institutionell an die kommunalen Verwaltungen und GKV angebunden und mit weiteren Stakeholdern kooperativ vernetzt sind, damit eine möglichst vielseitige Verankerung und Wirkkraft in der Gesellschaft und den Hilfesystemen, Netzwerken oder Präventionsketten entwickelt werden kann (Impact-Faktor).
- **Konzept:**
Das Kooperationskonzept sollte einen fachlich integrativen und zukunftsorientierten Innovationscharakter haben, der die fachlichen Aspekte jeweiliger Disziplinen nicht nur additiv aufführt, sondern synergetisch miteinander verschränkt. Sozialpädagogische Implikationen wie Sozialraumorientierung, Lebensweltorientierung, Partizipation, Salutogenese, Empowerment etc. sollten Teil der synergetischen Verschränkung sein.
- **Finanzierung:**
Unabhängig von der Finanzierungsart (selektiv oder Budget) ist eine Regelfinanzierung notwendig.
- **Qualifizierung der Fachkräfte:**
Vor Beginn eines Lotsendienstes und während der Umsetzung sollten die involvierten Fachkräfte transdisziplinär geschult werden, damit ein homogenes multiprofessionelles Unterstützungssetting entsteht, das fachlich ineinandergreift und sich durch eine inklusive Haltung auszeichnet.

- **Verfahrensgebundenheit und operationale Kopplung:**
Die strukturelle Vernetzung des Kooperationsprojekts bzw. Lotsendienstes braucht sowohl eine logische Verfahrensgebundenheit zwischen den kooperierenden Institutionen als auch eine operationale Kopplung an alle drei Wirkebenen (Planung [P], Netzwerk [N], Angebote [A]).
- **Anamnese:**
Das Hilfesetting sollte auf einer medizinischen und psychosozialen Anamnese basieren, die Ausgangspunkt für die individuelle Gestaltung eingeleiteter Unterstützungen und Hilfen ist.
- **Alltagsorientierte Lotsenfunktion:**
Die logische Verfahrensgebundenheit muss konzeptionell zu den Alltagslogiken und -praktiken der Zielgruppen passen – sie muss erfahrungsbezogen, verstehbar, sinnvoll und handhabbar sein. Daher sollten Aspekte des »Blended Care«-Ansatzes konzeptionell mitgedacht werden.
- **Personales Lotsensystem:**
Die logische Verfahrensgebundenheit braucht ein personales Lotsensystem, das durch eine Fachkraft repräsentiert wird, die entsprechend dem Hilfebedarf zielgenau informiert, berät oder begleitet.
- **Qualitätsentwicklung:**
Das Kooperationsprojekt bzw. der Lotsendienst sollte Bestandteil von wirkungsorientierten Planungs-, Implementierungs- und Steuerungsprozessen sein (> Bedarfsermittlung, Kosten-Nutzen-Analyse, Prozessevaluation, Selbstevaluation etc.).
- **Qualitätssicherung:**
Das Kooperationsprojekt sollte an multidisziplinäre Qualitätszirkel angebunden sein, die als reflexive Resonanzräume die Qualität der Arbeit sichern.

3.5 Zwischenfazit

Die Einführung von Lotsendiensten in gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen als Kooperationsansatz zwischen niedergelassener Ärzteschaft und der Kinder- und Jugendhilfe ist ein vielversprechender Schritt in Richtung einer umfassenden und integrativen Gesundheitsversorgung. Nationale und internationale Beispiele zeigen, dass eine solche Zusammenarbeit nicht nur die medizinische Versorgung optimiert, sondern auch sozialpädagogische Aspekte nachhaltig in den Fokus rückt.

Um langfristige Veränderungen zu bewirken, ist es unerlässlich, die genannten Herausforderungen anzuerkennen, integrative Strukturen zu schaffen und die Chancen dieser innovativen Kooperationsmodelle zu nutzen. Brücken zwischen Medizin

und Jugendhilfe zu bauen, ist ein entscheidender Schritt, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und Eltern langfristig zu fördern. Letztendlich werden damit neben politischen, sozialen und ethischen Versprechen die gesetzlichen Vorgaben erfüllt.

4 Zusammenfassung

Kathrin Lassak

Lotsendienste in Arztpraxen haben enormes Potenzial, die Unterstützungs- und Versorgungslandschaft für Familien frühzeitiger, umfassender und passgenauer zu gestalten und damit einen wesentlichen Beitrag zur positiven Entwicklung und zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu leisten. Durch den vertrauensvollen, niedrigschwelligen und stigmatisierungsfreien Zugang über die niedergelassenen Ärzt*innen und medizinischen Fachangestellten können auch solche Familien erreicht werden, die sich in besonders belastenden Lebenslagen befinden und durch andere Unterstützungsangebote normalerweise nicht oder nur schlecht erreicht werden. Dabei tragen Lotsendienste im besten Fall dazu bei, dass nicht nur Familien erste oder korrigierende Erfahrungen mit einem interdisziplinären abgestimmten Hilfesystem machen, sondern auch niedergelassene Ärzt*innen, die Unsicherheiten und Herausforderungen in Bezug auf die Beratung und Vermittlung von Familien in belasteten Lebenslagen äußern, durch diese Angebotsform Unterstützung und Entlastung bei ihrer Arbeit mit den Familien erfahren. Zudem können Lotsendienste in Arztpraxen unter Berücksichtigung von Schweigepflichtentbindungen die multiprofessionelle Zusammenarbeit und den Austausch zwischen Gesundheitsakteur*innen und der Kinder- und Jugendhilfe/den Frühen Hilfen im Einzelfall befördern. Damit reagieren sie durch ein umfassendes, abgestimmtes und flexibles Hilfeangebot auf komplexe Belastungs- und Problemlagen von Familien.

Mit der Studie »Lotsendienste in Arztpraxen in NRW« konnte eine erste empirisch fundierte Basis zum Umsetzungsstand und der Gestaltung von Lotsendiensten in Arztpraxen in NRW geschaffen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass in den meisten Jugendamtsbezirken, zu denen im Rahmen der Studie Daten vorliegen, mehr als eine Arztpraxis mit Lotsendienst existiert. Zudem befinden sich in mehr als der Hälfte der befragten Kommunen weitere Lotsendienste im Aufbau. Wenn es zur Einstellung von Lotsendiensten kam, lag es z. B. an fehlenden zeitlichen Ressourcen beim Arzt, an einer nicht funktionierenden Kooperation oder einer schwer zu erreichenden Zielgruppe. Obwohl die Vorhaltung einer Koordinierungsstelle/fachlichen Begleitung als ein wesentliches Qualitätsmerkmal zur Umsetzung der Lotsendienste in Arztpraxen angesehen werden kann, verfügt zwar die große Mehrheit (ggf. noch im Auf-

bau), aber eben nicht alle Jugendamtsbezirke über eine solche Stelle. Dabei sind die meisten Koordinierungsstellen beim Jugendamt und dort in den Sachgebieten Frühe Hilfen und/oder Kommunale Präventionsketten angesiedelt. Kritisch betrachtet werden kann, dass nur für einen kleinen Teil der Kommunen Stellenanteile für diese Aufgabe geschaffen worden sind. In der Mehrheit der Kommunen fällt diese Aufgabe demnach zusätzlich in bestehende Aufgabenprofile von Fachkräften.

Die meisten Lotsendienste wurden erst in den letzten Jahren installiert. Vor allem die seit 2020 bestehenden Förderfähigkeit im Rahmen des NRW-Landesprogramms »kinderstark – NRW schafft Chancen«, über die die meisten Lotsendienste (ggf. anteilig zusammen mit kommunalen Mitteln) finanziert sind, hat in den Jahren 2021 und 2022 zu einem deutlichen Anstieg der Lotsendienste in Arztpraxen in NRW geführt. Auffällig ist, dass auch bei den über kinderstark finanzierten Lotsendiensten die Koordination und fachliche Begleitung dieser in der überwiegenden Zahl der Fälle im Sachgebiet Frühe Hilfen beim Jugendamt angesiedelt ist.

Die große Mehrheit der Lotsendienste wird in pädiatrischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen umgesetzt. Lotsendienste in Arztpraxen anderer Fachrichtungen oder in medizinischen Versorgungszentren kommen deutlich seltener vor. Zudem kommen inhaltliche Programme oder überörtliche Begleitungen wie bspw. SeeYou oder Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft bei der Umsetzung des Angebots in den Kommunen nicht zum Tragen.

In den meisten Arztpraxen kommt nur eine Lotsenfachkraft zum Einsatz. Diese ist in der Regel extern, das heißt außerhalb der Praxis verortet und dabei häufig im Jugendamt (bspw. im Sachgebiet Frühe Hilfen) angestellt. Erfolgt die Anstellung bei freien Trägern, handelt es sich meist um Beratungsstellen. Allerdings existieren in den Kommunen auch Modelle, bei denen freiberufliche Honorarkräfte die Lotsentätigkeit übernehmen. Während Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen die mit weitem Abstand am häufigsten eingesetzten Berufsgruppen sind, gefolgt von Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, kommt das medizinische Personal der Praxen (Ärzt*innen und MFA) kaum bzw. gar nicht als Lotsenfachkräfte zum Einsatz, gleichwohl viele Lotsendienste eine breite Unterstützung durch die medizinischen Fachangestellten bspw. durch die Information der Eltern über das Angebot und/oder die Unterstützung bei der Terminvereinbarung erfahren.

Ein Drittel der Lotsendienste richtet sich an alle in der Praxis behandelten Kinder und Jugendlichen, während ein Viertel der Praxen mit Lotsendienst ihren Schwerpunkt auf die Beratung von Kindern im Alter von 0–6 Jahren legen. Zudem bieten die meisten Praxen eine regelmäßige wöchentlich stattfindende Sprechstunde an, die im Durchschnitt für ca. drei Stunden an-

gesetzt ist. Beraten werden die Familien überwiegend in den Räumlichkeiten der Praxis, wobei nicht selten (ggf. zusätzlich) auch andere Räumlichkeiten genutzt werden. Dabei nimmt die reine Beratung der Familien im Vergleich zu den darüber hinaus anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten wie bspw. die Vor- und Nachbereitungszeit von Gesprächen, die Vermittlung von Familien oder die Anfahrt monatlich gesehen im Durchschnitt doppelt so viel Zeit in Anspruch. Dies könnte zum einen darauf hindeuten, dass viele der Beratungsanliegen der Familie bereits im Rahmen der Sprechstunde geklärt werden können und zum anderen mit der grundsätzlichen Niedrigschwelligkeit des Angebots, die einen großen Bürokratieaufwand nicht erforderlich macht, zusammenhängen. Im Durchschnitt berät die einzelne Lotsenfachkraft eine Familie mehr als einmal, bis sich das Beratungsanliegen der Familie im Rahmen der Sprechstunde geklärt oder die Fachkraft diese an ein entsprechendes Unterstützungsangebot vermittelt hat. Auf den Monat gesehen fallen durchschnittlich ca. acht Beratungskontakte auf eine einzelne Fachkraft, wobei der einzelne Beratungskontakt etwas mehr als anderthalb Stunden umfasst. Die Themen und Anliegen, die bei der Beratung eine Rolle spielen, sind vielfältig und reichen von Fragen zur Entwicklung und Erziehung des Kindes/der Kinder über Unterstützungsanliegen zur Umsetzung rechtlicher Ansprüche (Leistungen für Bildung und Teilhabe) bis hin zu Beratungsbedarfen aufgrund psychosozialer Belastungen.

Trotz des oben beschriebenen Potenzials und der unumstrittenen Bedeutung von Lotsendiensten in Arztpraxen für die umfassende, niedrigschwellige und bedarfsgerechte Unterstützung von Familien ist der Aufbau und die Umsetzung von ebendiesen mit Herausforderungen verbunden. Neben Problemen, die mit der Sicherstellung einer langfristigen Finanzierung oder strukturellen Schwierigkeiten in der Kooperation der Systeme Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu tun haben, sieht die deutliche Mehrheit der Befragten die Herausforderungen vor allem in der Zusammenarbeit mit den Praxen, unter anderem aufgrund mangelnder Kooperationsbereitschaft und fehlenden Ressourcen (Zeit und Räume) aufseiten der Ärzt*innen. Trotz dieser herausfordernden Umstände gibt es in den Kommunen Überlegungen hinsichtlich möglicher Weiterentwicklungen und Veränderungen der Lotsendienste, die sich vor allem auf eine quantitative und fachliche Ausweitung (z. B. gynäkologische und zahnmedizinische Praxen) dieser beziehen. Darüber hinaus besteht bei den Kommunen ein hohes Interesse an regionalem Austausch mit anderen am Lotsendienst beteiligten Fachkräften bspw. zum Aufbau und der Umsetzung von Lotsendiensten oder auch zu lotsenspezifischen Fragen. Positiv ist zu erwähnen, dass bei vielen Kommunen die grundsätzliche Bereitschaft vorliegt, andere Standorte beim Aufbau von Lotsendiensten in Arztpraxen zu unterstützen, gleichwohl diese Bereitschaft an bestimmte Voraussetzungen wie bspw. den tatsächlichen damit verbundenen Ressourcenaufwand geknüpft ist.

Dass die Umsetzung von Austausch- und Unterstützungsformaten sinnvoll und gewinnbringend sein kann, zeigt auch der nationale und internationale Vergleich im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Umsetzung und Gestaltung von Lotsendiensten im Speziellen. Zwar lassen sich sowohl strukturelle als auch kommunalbedingte Unterschiede feststellen, häufig jedoch haben die Kooperationsprojekte und modelle mit ähnlichen bis gleichen Zielen, Fragestellungen und Herausforderungen zu tun. Im Zuge dieser Expertise erfolgte eine Gegenüberstellung der recherchierten, teilweise auch sehr unterschiedlichen Ansätze, Modelle und Verfahrensweisen. Als Ergebnis konnten Handlungsempfehlungen formuliert bzw. abgeleitet werden, die als systematische Planungsgrundlage Entscheidungsträger aus Verwaltung, Politik und Fachpraxis zukünftig bei dem konzeptionellen Aufbau, der Umsetzung und/oder der qualitativen Weiterentwicklung von Lotsendiensten unterstützen können und sollen. So brauchen Lotsendienste, um funktional, wirksam und nachhaltig zu sein, neben einer tragfähigen, langfristigen und von kommunaler Verwaltung, Politik, Krankenkassen, Netzwerk- und Angebotsebene getragenen und abgesicherten Kooperation vor allem eine Regelfinanzierung, die auch für niedergelassene Ärzt*innen eine auch finanzielle Kompensation der Aufwände vorsieht und damit zeitliche Ressourcen für die Zusammenarbeit schafft. Zudem sollte die synergetische Verschränkung fachlicher Aspekte beider Disziplinen, bei der auch sozialpädagogische Prinzipien wie bspw. Lebensweltorientierung und Partizipation Berücksichtigung finden, konzeptionell betrachtet und festgeschrieben werden. Für die Bedarfsfeststellung und Auswahl passender Unterstützung(sangebote) sollten demnach sowohl medizinische als auch psychosoziale Aspekte ausschlaggebend sein. Ferner gilt es, den Zusammenhang zwischen Informations- und Begleitungsintensität und psychischer Belastungsintensität zu berücksichtigen: Je belasteter eine Familie ist, desto intensiver sollte die Beratung und Begleitung (zu den entsprechenden Hilfsangeboten) ausfallen. Hierfür sind insbesondere die Kompetenzen, inklusive Haltung und Qualifizierung der zum Einsatz kommenden Lotsenfachkräfte entscheidend. Transdisziplinäre Schulungen für alle involvierten Fachkräfte, die zur Entstehung eines homogenen multiprofessionellen Unterstützungssettings beitragen können, sollten dabei der qualitative Anspruch sein.

Aktuell weniger berücksichtigte Formate, wie bspw. der »Blended-Care«-Ansatz, der analoge (face-to-face) und virtuelle (online) Beratungssettings miteinander verknüpft, können mit Blick auf die alltagsorientierte Ausrichtung des Lotsendienstangebots für die Zielgruppe eine sinnvolle Ergänzung darstellen und zu einer höheren Annahme bzw. Akzeptanz bei Familien führen. Mit dem Ziel einer langfristigen und nachhaltigen Steuerung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung braucht es nicht zuletzt vor allem die Implementierung wirkungsorientierter Mechanismen und Methoden sowie die

Anbindung an multidisziplinäre Qualitätszirkel, die Möglichkeiten zur Reflexion schaffen. Münden muss das Ganze in einer systemischen Kopplung jeweiliger Verfahrenslogiken und der Integration differenter Haltungen in eine multiprofessionelle Denkweise und Präventionskultur. Damit Kooperationsvorhaben nicht vom persönlichen Engagement der oder des Einzelnen abhängig sind, braucht es hierfür entsprechende Rahmenbedingungen auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene. Die bisher unternommenen Aktivitäten wie bspw. die Überarbeitung der Kinder-Richtlinie oder die Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) sind dafür erste, aber nicht ausreichende Schritte in die richtige Richtung.

5 Ausblick

Kathrin Lassak

Die im Rahmen dieser Expertise dargestellten Ergebnisse geben Hinweise auf konzeptionelle Überlegungen und Anforderungen, die im Hinblick auf die Umsetzung, Gestaltung und qualitative Weiterentwicklung von Lotsendiensten in Arztpraxen innerhalb der Kommunen Relevanz haben. Damit können sie vor allem Standorten, die sich in der Planung bzw. dem Aufbau von Lotsendiensten in Arztpraxen befinden, Orientierung geben und bei der Beantwortung konzeptioneller und gestalterischer Fragen unterstützen. Gleichzeitig lassen sich begriffliche Unschärfen und Diffusitäten erkennen, die zu neuen, sich anschließenden Fragen führen und die es perspektivisch zu klären gilt. So wird die Notwendigkeit einer einheitlichen Definition hinsichtlich des Verständnisses von Lotsendiensten in Arztpraxen bzw. die Präzisierung von (verschiedenen) Lotsendienstmodellen in Arztpraxen deutlich (Ab wann sprechen wir von einem Lotsendienst in Arztpraxen und welche Bezugsgröße – die einzelne Lotsenfachkraft, die ggf. in mehreren Praxen berät oder die einzelne Praxis, die einen Lotsendienst anbietet – legen wir zugrunde?). Hierfür braucht es den fachlichen interdisziplinären Diskurs durch entsprechende Stellen (Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem) – auch mit Blick auf bestehende Förderrichtlinien (z. B. Raumkriterium: innerhalb der Arztpraxis, in unmittelbarer Nähe) – sowie die Festlegung von Qualitätskriterien (bspw. hinsichtlich der Qualifikation und Anbindung der Lotsenfachkräfte). Eine einheitliche, klar ausdifferenzierte und transparente Definition des Angebots »Lotsendienste in Arztpraxen« auf Landesebene könnte im Sinne der Qualitätsentwicklung zu einem homogenen Verständnis unter den Kommunen beitragen.

Daraus abgeleitet ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen und notwendige Umsetzungsschritte für die Kommunen und das Land.

Auf **kommunaler Ebene** braucht es zur Etablierung und qualitativen Weiterentwicklung von Lotsendiensten in Arztpraxen

1. im Vorfeld abgestimmte Kooperationsvereinbarungen und fachlich fundierte Konzepte, die die Zusammenarbeit und Zuständigkeiten der beteiligten Systeme klar regeln und Handlungsabläufe zur Beratung und Vermittlung von Familien transparent darstellen,
2. die Rückendeckung der kommunalen Verwaltungsspitze und die Anbindung an politische Gremien, die sicherstellen, dass das Angebot von allen Ebenen getragen und gemeinsam verantwortet wird sowie
3. im Sinne der fachlichen und qualitativen (Weiter-)Entwicklung und langfristigen Qualitätssicherung entsprechende Strukturen, Instrumente und Ressourcen zur Umsetzung von Qualitätsentwicklungsprozessen.

Das **Land** kann die Prozesse zur Gestaltung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Lotsendiensten in Arztpraxen unterstützen, durch

1. die Formulierung einer einheitlichen Definition von Lotsendiensten in Arztpraxen, die sich von alternativen Modellen der kooperativen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Praxen und Kinder- und Jugendhilfe/ Frühe Hilfen klar abgrenzt,
2. die Entwicklung von einheitlichen Qualitätskriterien zur Umsetzung von Lotsendiensten und zur Sicherstellung deren landesweiten Qualität,
3. die Vorhaltung und Durchführung von interkommunalen Austauschformaten, die Gelegenheiten und Strukturen zum gegenseitigen »voneinander Lernen« schaffen und
4. das Angebot und die Umsetzung von Fortbildungsmaßnahmen bspw. für Ärzt*innen und MFA ggf. auch gemeinsam mit Fachkräften der Jugendhilfe/Frühen Hilfen zu Themen wie bspw. motivierender Gesprächsführung oder weiteren pädagogischen/psychosozialen Themen, um die am Lotsendienst Beteiligten in ihrer Handlungssicherheit zu stärken.

Ferner geben die anhand der quantitativen Befragung erhobenen Daten nur Aufschluss über die Gestaltung und Umsetzung von Lotsendiensten innerhalb der Kommunen, die im Rahmen des Landesprogramms kinderstark oder der Bundesstiftung Frühe Hilfen Fördermittel für diese Angebotsform einsetzen (möchten). Unbeachtet bleiben demnach Lotsenmodelle in Arztpraxen, die fernab von Förderprogrammen umgesetzt werden. Eine sich anschließende Erhebung könnte hier ergänzende NRW-weite Erkenntnisse liefern. Ebenso könnten im Rahmen von Folgestudien Zusammenhänge einzelner Faktoren genauer untersucht werden, wie bspw. der zwischen sozialstrukturellen Bedingungen der Einzugsgebiete oder dem

Ansprache- und Vermittlungsverhalten der medizinischen Fachkräfte zu der Anzahl von Beratungskontakten.

Literaturverzeichnis

Andresen, S./Althaus, N./Dietz, T. (2022): Neugeborene willkommen heißen und ihre Familien unterstützen: eine empirische Studie zu Frühen Hilfen und dem Lotsendienst »Baby-lotse Frankfurt am Main«. Weinheim: Juventa

Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden

Bertelsmann Stiftung (2023): Neue Zahlen zur Kinder- und Jugendarmut: Jetzt braucht es die Kindergrundsicherung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2023/januar/neue-zahlen-zur-kinder-und-jugendarmut-jetzt-braucht-es-die-kindergrundsicherung> [21.01.2024]

Bundestag (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Bonn

(BVkE) Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V., (IGfH) Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen, (EREV) Evangelischer Erziehungsverband e.V., (DGSF) Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (2018): Impulspapier zu den Voraussetzungen einer gelingenden Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Ergebnisse aus einer Tagung der Erziehungshilfefachverbände und der DGSF am 26. November 2018 in Köln.

Denner, S. (2018): Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin Jugendhilfe. Chancen und Grenzen des Modellprojekts »Jugendhilfe vor Ort in Kinderarztpraxen«. In: sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Wirklichkeiten. Heft 11–12/2018

(Destatis) Statistisches Bundesamt, (WZB) Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, (BiB) Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2021): Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn. <https://www.bpb.de/shop/buecher/zeitbilder/328110/datenreport-2021/> [25.07.24]

(DGJK) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (Hrsg.) (2020): Soziale Prävention in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Abschlussbericht des NRW-Modellprojektes der DGJK. Berlin. <https://www.dgkj.de/>

- fileadmin/user_upload/Ablageordner_alte_Daten/Meldungen_2020/DGKJ_Abschlussbericht_NRW_Modellprojekt.pdf [16.01.2024]
- Euper, Y./Häußermann, S./Müller, R./Münzel, B./Siebolds, M. (2020): Frühe Hilfen: Prävention durch Kooperation. In: Deutsches Ärzteblatt 2020; 117(25): A-1248 / B-1056
- Fischer, J./Geene, R. (2019): Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. In: Klammer, U./Jepkens, K. (Hrsg.): FGW-Studie. Vorbeugende Sozialpolitik 19. Düsseldorf. <https://d-nb.info/1208764624/34> [06.02.2024]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). Bundesanzeiger AT 12.07.2023 B2. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3190/Kinder-RL_2023-05-12_iK-2023-07-13.pdf [31.01.2024]
- Klipker K./Baumgarten F./Göbel K./Lampert T./Hölling H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 2018 3(3). Berlin
- Kuntz, B./Rattay, P./Poethko-Müller, C./Thamm, R./Hölling, H./Lampert, T. (2018) Social inequalities in health of children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study. Journal of Health Monitoring 3: 17–33.
- (MKJFGFI) Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration (2022): kinderstark NRW schafft Chancen. Aufruf des Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MKJFGFI) vom 03.11.2022 zur Einreichung von Anträgen zu Aufbau und Stärkung kommunaler Präventionsketten im Jahr 2023. https://www.lwl-landesjugendamt.de/media/filer_public/c5/fb/c5fb6cfd-1c0a-4990-8b6c-7a2fb006b158/nr_22_2022_11_07_anlage_1_foerderaufruf_kinderstark_2023.pdf [16.01.2024]
- (MKJFGFI) Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration (2023): Richtlinie zur Gewährung von Zuwendungen im Rahmen des Landesprogramms »kinderstark – NRW schafft Chancen« zum Aufbau kommunaler Präventionsketten. Runderlass des Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration. https://www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/23-11-23_rl_kinderstark_final.pdf [04.01.2024]
- (MKJFGFI) Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration (2024): Anlage 4 – Aufteilung der Fördermittel 2024 für das Landesprogramm »kinderstark – NRW schafft Chancen«. https://www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/23-11-23_anlage-4-mittelverteilung-kinderstark.pdf [30.01.2024]
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln.
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014): Kompetenzprofil Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2023): Kooperationspartner in den Netzwerken Frühe Hilfen. Daten aus dem Monitoring Frühe Hilfen zum Indikator »Interprofessionelle Kooperation und Vernetzung«. <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/daten-zum-stand-der-fruehen-hilfen-in-deutschland/kooperationspartner-in-netzwerken-fruehe-hilfen/> [04.01.2024]
- Neumann, A./Renner, I. (2020): Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Kompakt-Die-Gynaekologische-Praxis-in-den-Fruehen-Hilfen.pdf [05.02.2024]
- Nitzschke, N./Siefert, S. (2022): Ergebnisbericht »Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor« (KID-PROTEKT). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/283/2022-11-17_KID-PROTEKT_Ergebnisbericht.pdf [06.02.2024]
- Pawils, S./Kolodziej, D./Wolkwitz, P./Neumann, J. (2022): Evaluationsbericht »Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor« (KID-PROTEKT). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/284/2022-11-17_KID-PROTEKT_Evaluationsbericht.pdf [06.02.2024]
- Pawils, S./Wendt, C./Metzner, F./Härter M. (2013): Ambulanter Babytote Hamburg – modellhafte Evaluation der Wirk-

- samkeit eines Sozialen Frühwarnsystems im ambulanten Setting. Endbericht.
- Renner, I. (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Band 53:1048–1055
- Renner, I./Scharmanski, S./Staa, J. van/Neumann, A./Paul, M. (2018): Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Band 61. Berlin Heidelberg
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018) Journal of Health Monitoring. KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsbericht-erstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile [25.07.24]
- Sann, A./Küster, E.-U./Pabst, C./Peterle, C. (2022): Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland. Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017). Forschungsbericht. Materialien zu Frühen Hilfen 14. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-EFHD-KB>
- Schmidtke, C./Kuntz, B./Starker, A./Lampert, T. (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Robert KochInstitut (Hrsg.): Journal of Health Monitoring. 3 (4): 68–77. Berlin
- Stiftung Familienorientierte Nachsorge Hamburg SeeYou (2024): Unser Beratungsangebot. <https://www.seeyou-hamburg.de/kooperationen-beratung/beratung/> [30.01.2024]
- Staa, J. van/Renner, I. (2019): Die Kinderärztliche Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Kompakt. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln. <https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/einzelansicht-publikationen/titel/die-kinderarztliche-praxis-in-den-fruehen-hilfen-ergebnisse-aus-dem-nzfh-forschungszyklus-zusammen/> [30.01.2024]
- Straßburger, G./Rieger, J. (2014): Partizipation kompakt: Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim
- Ulrich, S. M./Chakraverty, D./Hänel, M./Holzer, M./Lux, U./Renner, I./Neumann, A. (2023): Wie geht es Familien mit kleinen Kindern in Deutschland? Ein Fokus auf psychosoziale Belastungen von Familien in Armutslagen. Faktenblatt 2 zur Studie »Kinder in Deutschland 0–3 2022«. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Zohsel, K./Hohm, E./Schmidt, M. H./Brandeis, D./Banaschewski, T./Laucht, M. (2017): Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. In: Kindheit und Entwicklung, Band 26, Heft 4, S. 203–209

Anhang

Verortung Lotsenfachkraft bei freien Träger – andere Fachdienste
Kinder und Jugendhilfe
Kinderschutzbund
Frühe Hilfen
Kinderschutzbund, beschäftigen auch die Lotsendienste in der Geburtsklinik
Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Bonn und Rhein-Sieg-Kreis
Träger ambulanter HzE und GFB
Anbieter SPFH etc.
Kinderschutzbund
Erziehungsberatungsstelle
Frühe Hilfen
Sozialdienst katholischer Frauen e. V.
Frühe Hilfen
Mobile erzieherische Hilfen

Tabelle 4: Fachdienste freier Träger bei denen Lotsenfachkräfte verortet sind

Orte der Sprechstunde – Externe Räumlichkeiten
Beratungsraum oberhalb der Praxis
Büro
Familienbüro
In anderen Räumlichkeiten, aber im selben Gebäude
In anderen Räumlichkeiten, aber im selben Gebäude
Jugendamt
Jugendamt und Beratungsstellen
Jugendamt, Beratungsstellen,
Räumlichkeiten der Caritas (Entfernung zur Praxis: 700m)
Räumlichkeiten der Fr. Hilfen; im gleichem Haus
Räumlichkeiten des Jugendamtes oder in Beratungsstellen
Räumlichkeiten in Praxisnähe (gleiches Gebäude, anderes Stockwerk)
alternativ im benachbarten Familienbüro
im Quartiersbüro gegenüber der Praxis
in einem Raum im nahegelegenen Bürgeramt (Entfernung ca. 50 m)
per Telefon

Tabelle 5: Externe Räumlichkeiten als Orte der Sprechstunde

Themen, Anliegen und Bedarfe der Beratung der (werdenden) Eltern durch die Lotsenfachkräfte

Thema Essen

Schlafverhalten des Kindes, Ernährung, allgemeine Entwicklung, Unsicherheiten der Eltern, ob das was sie tun, das Richtige ist, Konflikte innerhalb der Familie durch erhöhten Stress

Schreien und Schlafen, Ernährung, Entwicklungsschritte, Stillen

Anbindung an therapeutische oder ärztliche Angebote

wirtschaftliche Hilfen, z. B. BUT, Kinderzuschlag, Betreuungsangebote KiTa oder Kindertagespflege, Hebammenversorgung, Sportangebote

Kita, Überforderung der Eltern, Entwicklungsverzögerung Kinder

Fehlende Impfungen & U-Untersuchungen, Entwicklungsverzögerung des Kindes, Unterbrochene Krankenversicherung

Fragen zur Entwicklung

Ernährung

Kontakte zu Institutionen, Bedarfe aufgrund von Migrationshintergrund, Kindertagespflege/Betreuung Fragen zu Entwicklung und Erziehung, Gesundheit

Unterstützung bei der Fachärztebegleitung,

Suche Kitaplatz

Begleitung und Beratung durch Fachkräfte der Frühen Hilfen insbesondere bei Versorgungs- sozialen oder pädagogischen Problemen des Kindes oder bei Krankheit oder Behinderung des Kindes

Anbindung ans Unterstützungssystem der Jugendhilfe (bspw. Standorte der Frühen Hilfen, Kita, ...)

Erziehung, Entwicklung der Kinder (Schlafen, Fütterungsschwierigkeiten, Leistungsdiagnostik), Kindertagesbetreuung, Alternative Freizeitgestaltung, Entlastungsangebote, lebenspraktische Unterstützung

Netzwerk für die Familie, z. B. Spielgruppe,

Betreuungsplatzsuche,

Gesundheit, Trennung, Wohnsituation, finanzielle Belastung, Konflikte und Stress innerhalb der Familie, Kindererziehung, Partnerschaft, Mehrfachbelastungen, Isolation, sonstige Belastung

Therapiemöglichkeit/ Fördermöglichkeit

Altersgerechte Ernährung

Betreuung der Kinder

I-Anträge für KiTa, med. Versorgung, z. B. Logopädie: Wie und wo geht das? etc.

Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Schwierigkeiten / Auffälligkeiten in der Schule,

Überlastung, Überforderungsgefühle

Schlaf

Vermittlung in Beratungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe

Soziale Teilhabe

Erziehungsprobleme

Entlastungsmöglichkeit
Schlaf-/Schreiberatung
Entlastung im Alltag
seltener: päd. Fragen, Erziehungsfragen oder psych. Unterstützung
Kontakt / Begleitung zur Therapiepraxen, Kontakt/Begleitung zu andere Facharztpraxen
Erziehungsunsicherheit
Pflege/erstes Baden
Vermittlung in psychosoziale Beratungsangebote
Erziehungsschwierigkeiten
Ernährung, Schlafverhalten,
Betreuungsplatz
frühkindliche Entwicklung
Erziehungsprobleme
Es gibt fast immer mehrere parallele Themen in den Familien.
Anmeldung / Begleitung Kindergarten, Schule.
Psychische Belastung u. Erkrankung
Unterstützung zu Behördenangelegenheiten
Erkrankung/ Beeinträchtigung des Kindes
Fördermöglichkeiten
Behördenangelegenheiten
Stillen
Weitere Hilfsangebote
Frühkindliche Regulationsstörungen
psychosoziale Belastungslagen Eltern
Kindertagesbetreuung
Erziehung
Thema Schlafen
Sprache und Bildung
Psychosoziale Belastungslagen von Eltern
Aggressives Verhalten/Wutausbrüche
Information über Angebote für Kinder
Probleme, den Alltag zu organisieren
Körperliche/chronische Erkrankung der Eltern

Tabelle 6: Freiantworten »Beratungsanliegen der Familien«

Genannte Herausforderungen/Schwierigkeiten beim Aufbau/der Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen

Den Lotsendienst in den Praxisalltag vor allem räumlich zu integrieren, die MFAs von der zusätzlichen Organisation von Terminen zu überzeugen, freie Räume zu finden. Sobald die Eltern außerhalb der Praxis selber erneut aktiv werden müssen, bzw. ohne Termin die Praxis verlassen, funktioniert das System nicht.

Die Gelder sind jeweils nur für 1 Jahr gesichert.

Die Praxen haben oft zu wenig passende Räumlichkeiten. Sie müssen ihre Räume selber nutzen. Oft werden Randzeiten oder Mittagspausen für die Lotsensprechstunde genutzt.

Herausforderung: die Ärzte dafür gewinnen, dabei die Niedrigschwelligkeit vermitteln, also auch Lotsin anbieten bevor große Problemlagen in den Familien sind.

Zusammenarbeit mit der Praxis muss gut organisiert werden, gute Absprachen

Ärzt:innen erkennen nicht den Bedarf der Familien

Es ist sehr schwierig Praxen davon zu überzeugen, an dem Projekt teilzunehmen. Der Zugang zu den Praxen ist sehr schwer.

Es mangelt leider immer noch an Ärzten, die den Mehrwert der Frühen Hilfen sehen und für sich als Unterstützung erkennen.

mangelnder räumlicher Platz in den Praxen, Integration des Lotsendienstes in den Praxisalltag, fehlende Dolmetscherangebote und deren Finanzierung, nicht ausreichende Bedarfserkennung durch das Personal der Kinderarztpraxis

Die Annahme des Angebots durch die Familien,

Zusammenbringen zweier komplexer und unterschiedlicher Systeme mit verschiedenen Rechtskreisen: System Jugendhilfe und System Gesundheitswesen

Ablehnung durch die Ärzte und Ärztinnen (insbesondere wegen Zeitmangel, nicht Abrechenbarkeit und Frage nach Sinnhaftigkeit

Generelle Bereitschaft der Arztpraxen sowie Räumlichkeiten

Die Vermittlung/Terminvergabe in den Lotsendienst erfolgt ausschließlich über die jeweilige Praxis. Es scheint einen Unterschied zu geben, ob der Arzt/die Ärztin die Entscheidung trifft, wer in den Lotsendienst vermittelt wird oder ob auch die MFA befugt sind, Eltern zu vermitteln und nicht »nur« die Terminvergabe erledigen. Die Information zum Projekt und die Terminvergabe nehmen für die Praxen zusätzliche Zeit in Anspruch. Je nachdem wie hoch das Arbeitsaufkommen in den Praxen ist (Patientenaufkommen, Personalausfälle aufgrund von Erkrankung oder Schwangerschaft), bleibt mehr oder weniger Zeit das Projekt Lotsendienste vorzustellen und Eltern dafür zu gewinnen. Keine der Praxen hat sich bereit erklärt, einen Raum innerhalb der Praxis für den Lotsendienst zur Verfügung zu stellen, sodass die Eltern einen zusätzlichen Weg auf sich nehmen müssen. Zum Teil gibt es Vorbehalte bei den Eltern. Diese lassen sich zum Teil z. B. von der Schweigepflichtentbindung zwischen Praxis und Lotsendienst abschrecken. Zudem scheint es für einen Teil der Eltern eine Rolle zu spielen, wo die lotsende Fachkraft angestellt ist, bzw. ob diese zum »Jugendamt« gehört.

Akquise der ärztlichen Praxen

Kontakt zu den PädiaterInnen halten, da diese zeitlich sehr eingebunden sind und in der Regel wenige Ressourcen für Austausch haben.

Wir werden erst nächsten Monat mit der Akquise starten

Die strukturelle Anbindung, langfristige Finanzierung, intersektorale Zusammenarbeit hinsichtlich einer Verstetigung

Anerkennung von Bedarfen bzw. Verständnis über die Belastungsmöglichkeiten der Familien

Gewinnung und Öffnung von Arztpraxen

Die Ärzte sehen teilweise keinen Bedarf oder es ist Ihnen zu viel zusätzliche Arbeit.
räumlich enge Kapazitäten, wenig Platz in der Praxis
Implementierung des Angebots in den Arbeitsalltag der Arztpraxen
enge Taktung bei den Pädiatern, wenig Raum für Gespräche
Personalgewinnung
Raummangel

Tabelle 7: Herausforderungen beim Aufbau und bei der Umsetzung von Lotsendiensten

Folgende Weiterentwicklung/Veränderung des/der bestehenden Lotsendienste(s) ist geplant:
Erweiterung auf gynäkologische Praxen
Weitere Praxen wie Gynäkologen und Zahnmedizin.
Lotsinnen beim Gesundheitsamt, im Nachgang zu den Schuleingangsuntersuchungen, wenn Gesundheitszentren entstehen, werden Lotsinnen mitgedacht und eingesetzt werden
Ausbau der Angebote und zusätzliche Dolmetscher*innen-Angebote
weiterer Ausbau in Familienzentren und ähnlichen Einrichtungen (Begegnungsstätten usw.)
Geplanter Start in einer weiteren Kinderarztpraxis, Einrichtung eines Lotsendienstes in einer gynäkologischen Praxis
Bei Bedarf wird der Lotsendienst ausgebaut und erweitert als niederschwelliges Angebot um Familien zu begleiten. Ein Konzept wurde hierzu noch nicht entwickelt, aber es gibt erste Vorüberlegungen.
Einbeziehung aller relevanten Arztpraxen
Die Praxis wird als Pilot verstanden, Weiterentwicklung auf weitere pädiatrische sowie gynäkologische Praxen ist geplant
Es wird an einer »anonymen Kundenzufriedenheitsabfrage« gearbeitet; die Kennzahlen wurden/werden weiterentwickelt
Zahnmedizin und Gynäkologie
Aufbau in einer Kinderzahnarztpraxis

Tabelle 8: Geplante Weiterentwicklungen und Veränderungen der Lotsendienste

Herzlich Willkommen zur Online-Befragung

Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen in NRW

[Informationen zum Projekt und Hinweise zum Datenschutz \(bitte hier klicken\)](#)

„Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen in NRW“

Informationen zum Projekt

Das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) wurde vom Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragt, eine Befragung zur Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen in NRW durchzuführen. Das ISA in Münster arbeitet zu aktuellen Fragen der Kinder- und Jugendhilfe und angrenzender Felder wie dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen.

Zum Hintergrund der Studie:

Lotsendienste in Arztpraxen sind ein noch junges Feld in der Unterstützungs- und Versorgungslandschaft für Familien in NRW. Bestrebungen zu derlei Kooperationen erhalten in den letzten Jahren erst höhere Aufmerksamkeit. Auch unterschiedliche Studien weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen Angeboten der Jugendhilfe und, in diesem Fall, den Kinder- und Jugendarztpraxen zwar begrüßt wird, aber nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. Im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen können Fördermittel im Bereich Lotsendienste in Arztpraxen eingesetzt werden. Auch im Rahmen des Landesprogramms „kinderstark – NRW schafft Chancen“ können seit 2020 Personal- und Sachkosten für den Einsatz von sogenannten Lotsen/Lotsinnen in Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen in Arztpraxen gefördert werden. Das Wissen um die Lotsendienste ist noch begrenzt, Erfahrungen damit gibt es bislang wenig. Gleichzeitig können im Kontext der Frühen Hilfen in NRW bereits erste Beispiele benannt werden. Doch auch hier bestehen derzeit keine systematische Sammlung und Aufbereitung bereits gemachter Erfahrungen. Offen bleibt also die Frage, wie Lotsendienste von Ärzten und Ärztinnen und Trägern der Kinder- und Jugendhilfe gestaltet werden und was das Gelingen von Lotsendiensten bedingt?

Ziel des Vorhabens ist die Erstellung einer Expertise zur Umsetzung und Gestaltung von Lotsendiensten in NRW auch mit Blick auf mögliche Gelingensbedingungen.

HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Das Institut für soziale Arbeit e.V. folgt den Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG-NEU) sowie des Datenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen (DSG NRW). Die Daten werden geschützt aufbewahrt und nur berechtigte Forscherinnen und Forscher erhalten Zugriff auf diese. Die Mitarbeiter:innen, die Zugriff haben, werden schriftlich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet. Die im Rahmen der Online-Befragung gewonnenen Daten dürfen nicht für Zwecke, die nicht mit den Projektzielen in Einklang stehen, verwendet werden. Auch bei der Veröffentlichung der Daten werden Angaben nur in anonymisierter Form genutzt. Das bedeutet: Aus den Ergebnissen kann niemand erkennen, von welcher Person oder Institution die Angaben gemacht worden sind. Ausnahmen sind nur dann zulässig, wenn eine Einwilligung des/der Betroffenen zur Veröffentlichung vorliegt.

Zeitlicher Rahmen

Start der Befragung: 13.07.2023 Ende der Befragung: 11.08.2023

Zur Durchführung der oben genannten Online-Befragung wird das Online-Befragungstool „SoSci-Survey“ des Unternehmens SoSci Survey GmbH eingesetzt (www.soscisurvey.de). Die SoSci Survey GmbH wurde von uns als Auftragsverarbeiter vertraglich nach Art. 28 DSGVO verpflichtet. SoSci-Survey gewährleistet einen umfassenden Datenschutz, welche ausführlich auf der Website unter den Datenschutzhinweisen nachzulesen sind (<https://www.soscisurvey.de/de/data-protection>). Die vom ISA e.V. administrierbaren Bereiche sind passwortgeschützt, lediglich autorisierte Mitarbeiter/innen des ISA e.V. haben Zugang zu diesen Bereichen. Die auf Servern von SoSci-Survey gespeicherten Ergebnisdaten werden unmittelbar nach Beendigung der Datenaufbereitung und lokaler Sicherung der Daten im ISA e.V. unwiederbringlich gelöscht. In jedem Fall gilt: Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Lehnen Sie die Teilnahme ab oder widerrufen oder beschränken Sie Ihre Einwilligung, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile. Soweit in den Freitextfeldern personenbezogene Daten angegeben werden, verarbeiten wir diese Daten aufgrund der Rechtsgrundlage des sogenannten berechtigten Interesses nach Art. 6 lit. f DSGVO. Wenn Sie in diesem Zusammenhang Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO geltend machen, können wir diesem aufgrund der allgemein anonymen Natur der Umfrage nur nachkommen, wenn Sie uns den genauen Inhalt der Freifelder übermitteln, deren Inhalt Sie löschen lassen möchten.

Weiterführende Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <https://dsgvo-info.cortina-consult.de/isa-art-13-14-dsgvo/#online-umfrage-sosci>

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ist verantwortlich:

Institut für soziale Arbeit e.V.
Friesenring 40
48147 Münster
Tel: 0251/ 20 07 99 – 0
E-Mail: info@isa-muenster.de
Website: <https://isa-muenster.de/>

Datenschutzbeauftragte:

Martina Brinkmann
Cortina Consult GmbH
Hafenweg 24
48155 Münster
Tel: 0251/ 29 79 47 40

E-Mail: dsb.isa@cortina-consult.de
Website: <https://cortina-consult.com/>

Ihre Ansprechpartnerin bei Rückfragen:

Kathrin Lassak
Friesenring 40
48147 Münster
Tel: 0251/ 20 07 99 – 23
E-Mail: kathrin.lassak@isa-muenster.de

Bevor die Befragung startet, lesen Sie sich bitte den folgenden Text durch und stimmen der Teilnahme zu.

Ich bin über das Befragungsprojekt ausreichend informiert (Für Informationen zum Projekt bitte oben klicken). Art, Umfang und Bedeutung der Befragung sowie das Ziel wurden genau und verständlich dargelegt. Die Teilnahme erfolgt freiwillig und ohne Angabe personenbezogener Daten (wie z. B. Ihr Name oder Ihre Anschrift). Es wird gewährleistet, dass erhobene Daten nicht an Dritte (außer den Projektbeteiligten) weitergegeben werden (Für Informationen zum Datenschutz bitte oben klicken). Bei der Veröffentlichung der Ergebnisse in Form eines wissenschaftlichen Berichtes werden Angaben nur in anonymisierter Form genutzt.

Bitte teilen Sie in den Freifeldern ausschließlich anonyme Informationen mit uns. Unter dieser Voraussetzung ist ein Personenbezug ausgeschlossen. Soweit Sie bei der letzten Frage einer Kontaktaufnahme im Sinne der Funktion eines "Paten"-Standortes zustimmen und Ihre E-Mail-Adresse angeben, wird diese separat gespeichert und an keiner Stelle mit den zuvor getroffenen Eingaben in Zusammenhang gebracht. Die Anonymität Ihrer im Fragebogen gemachten Angaben ist damit gewährleistet.

1. Der Fragebogen startet, sobald Sie sich mit vorstehender Vorgehensweise einverstanden erklären und mit einem Klick auf „Ja“ der Teilnahme zustimmen.

- ☐ Ja, ich erkläre mich mit der vorstehenden Vorgehensweise einverstanden und stimme der Teilnahme zu.
- ☐ Nein, ich stimme einer Teilnahme nicht zu.

Weiter

Befragung unterbrechen

0% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

An wen richtet sich die Befragung?

Die Befragung richtet sich an Kommunen, die in ihrem Verwendungsnachweis zur Bundesstiftung Frühe Hilfen für das Jahr 2022 bzw. in ihrem Antrag zum Landesprogramm "kinderstark - NRW schafft Chancen" für das Jahr 2023 angegeben haben, dass sie Fördermittel für Lotsendienste in Arztpraxen einsetzen (möchten). **Bitte stellen Sie sicher, dass uns aus Ihrer Kommune nur EIN ausgefüllter Fragebogen erreicht.** Falls die Netzwerkkoordination Frühe Hilfen und die Koordination "kinderstark - NRW schafft Chancen" von unterschiedlichen Personen ausgeübt wird, erachten wir eine Abstimmung unter den Fachkräften als sinnvoll. Vielen Dank!

Was wird in dieser Befragung unter Lotsendiensten verstanden?

Im Folgenden geht es um die Umsetzung von Lotsendiensten in niedergelassenen Arztpraxen. Als Lotsendienst werden solche Angebote und Dienste verstanden, bei denen Fachkräfte Familien in Arztpraxen niedrigschwellig Information und Beratung anbieten und sie bei Bedarf mit ihrem Einverständnis an entsprechende Stellen weiterleiten. Die Fachkräfte bzw. Ärzt*innen sprechen Familien (systematisch) an, schätzen gemeinsam mit den Eltern etwaigen Unterstützungsbedarf ein und bringen sie mit weitergehenden Unterstützungsangeboten in Kontakt. Auf Wunsch können die Eltern bei der Kontaktaufnahme begleitet werden.

Wie lange dauert das Ausfüllen des Fragebogens?

Die Zeit, die Sie zum Ausfüllen des kompletten Fragebogens benötigen, ist abhängig von der Anzahl der in Ihrer Kommune aktiv tätigen Lotsendienste und kann ungefähr zwischen 20 - 45 Min. betragen.

Kann ich mit dem Ausfüllen des Fragebogens pausieren?

Ja, Sie können den Fragebogen jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterführen, so lange der Befragungszeitraums noch läuft. Klicken Sie hierfür auf den Button "Befragung unterbrechen" in der linken unteren Ecke.



Allgemeine Angaben

2. Welchem Jugendamtstyp gehört Ihre Koordinationsstelle Frühe Hilfen bzw. Koordinationsstelle Kommunale Präventionsketten an?

- ☐ Jugendamt einer kreisfreien Stadt
- ☐ Kreisjugendamt
- ☐ Kreisangehöriges Jugendamt

3. Wie viele Einwohner*innen gehören zum Einzugsbereich Ihres Jugendamtes?

- ☐ < 50.000
- ☐ 50.001 – 100.000
- ☐ 100.001 – 200.000
- ☐ 200.001 – 500.000
- ☐ > 500.000

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

11% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023

Praxenanzahl und Koordinierung

Im Verwendungsnachweis zur Bundesstiftung Frühe Hilfen für das Jahr 2022 bzw. im Antrag zum Landesprogramm "kinderstark – NRW schafft Chancen" für das Jahr 2023 haben Sie angegeben, dass Ihre Kommune Fördermittel für einen oder mehrere Lotsendienst/e für (werdende) Eltern in Arztpraxen einsetzt/einsetzen möchte. Wir möchten mit den nachfolgenden Fragen zunächst erfahren, wie viele Lotsendienste bei Ihnen vor Ort tatsächlich bereits umgesetzt, wie viele sich ggf. noch im Aufbau/ in der Planung befinden und welche Strukturen zur Koordinierung/fachlichen Begleitung in Ihrer Kommune geschaffen wurden.

4. Wie viele Arztpraxen mit einem aktiv tätigen Lotsendienst gibt es in Ihrem Jugendamtsbezirk?

Bitte geben Sie hier nur die Arztpraxen an, in denen der Lotsendienst bereits umgesetzt wurde. Sie haben bei der nächsten Frage die Möglichkeit, die sich noch im Aufbau befindenden Arztpraxen mit Lotsendiensten anzugeben.

[Bitte auswählen] 

5. Gibt es in Ihrem Jugendamtsbezirk Arztpraxen, die sich aktuell im Aufbau eines Lotsendienstes befinden?

☐ Ja

☐ Nein

☐ keine Angabe

6. Gab es in Ihrem Jugendamtsbezirk einen oder mehrere Lotsendienst/e in Arztpraxen, die eingestellt wurden?

☐ Ja, ein oder mehrere Lotsendienste wurden eingestellt, weil

☐ Nein

☐ keine Angabe

7. Gibt es in Ihrem Jugendamtsbezirk eine Koordinierungsstelle/fachliche Begleitung des/der Lotsendienste in Arztpraxen?

☐ Ja, beim Jugendamt

☐ Sachgebiet Frühe Hilfen

☐ Sachgebiet Kommunale Präventionsketten

☐ Sachgebiet:

☐ Ja, beim Gesundheitsamt

☐ Ja, bei einem freien Träger der Jugendhilfe und zwar:

☐ Ja, sonstige Verortung, und zwar:

☐ Eine Koordinierungsstelle/fachliche Begleitung befindet sich im Aufbau/in Planung beim:

☐ Nein, es gibt keine Koordination/fachliche Begleitung und eine solche soll auch nicht aufgebaut werden.

☐ keine Angabe

8. Wenn es in Ihrem Jugendamtsbezirk eine Koordinierung/fachliche Begleitung der/des Lotsendienste/s gibt, wurden für diese Stellenanteile eingerichtet?

Gemeint sind zusätzlich geschaffene Stellenanteile unabhängig von der für die Netzwerkkoordination Frühe Hilfen bzw. der Koordination „kinderstark“ vorhandenen Stellenanteile.

☐ Ja, und zwar Wochenarbeitsstunde(n)

☐ Nein

☐ Es gibt keine Koordinierung/fachliche Begleitung der/des Lotsendienste/s in unserem Jugendamtsbezirk.

☐ keine Angabe

[Zurück](#)

[Weiter](#)

[Befragung unterbrechen](#)

16% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Angaben zur Umsetzung des Lotsendienstes

9. Welcher Fachrichtung gehört die Praxis, in der ein Lotsendienst installiert ist, an?

- ☐ Pädiatrie (Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt)
- ☐ Gynäkologie (Frauenärztin/Frauenarzt)
- ☐ Allgemeinmedizin (Hausärztin/Hausarzt)
- ☐ Andere Fachrichtung, und zwar:

-
- ☐ keine Angabe

10. Um welche Organisationsform handelt es sich bei dieser Praxis?

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Gemeinschaftspraxis
- ☐ Medizinisches Versorgungszentrum
- ☐ Sonstiges, und zwar:

-
- ☐ keine Angabe

11. Wie lange existiert der Lotsendienst in dieser Praxis?

Der Lotsendienst existiert seit: ☐ keine Angabe

12. In welchem Rahmen wird der Lotsendienst dieser Praxis (ggf. anteilig) finanziert? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ „Bundesfond Frühe Hilfen“
- ☐ Landesprogramm „kinderstark – NRW schafft Chancen“

☒ kommunale Mittel

- ☐ kommunale Mittel der Jugendhilfe
- ☐ kommunale Mittel des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- ☐ andere kommunale Mittel, und zwar:

- ☐ Sonstige Finanzierungsquelle, und zwar:

-
- ☐ keine Angabe

13. Erfolgt/e der Aufbau des Lotsendienstes dieser Praxis im Rahmen eines inhaltlichen Programms/einer überörtlichen Begleitung (z.B. SeeYou, Stiftung Kinderzukunft etc.)?

- ☐ Ja, und zwar:
- ☐ Nein, als kommunales Eigenmodell

-
- ☐ keine Angabe

14. Wie ist der Lotsendienst dieser Praxis organisiert?

- ☐ Internes Lotsendienstmodell (Lotsin/Lotse ist in der Praxis angestellt.)
- ☐ Externes Lotsendienstmodell (Lotsin/Lotse ist bei einer anderen Organisation angestellt.)
 - ☐ Lotsin/Lotse ist beim Jugendamt angestellt.
 - ☐ Sachgebiet Frühe Hilfen und/oder Familienförderung
 - ☐ Sachgebiet Prävention
 - ☐ Sachgebiet ASD
 - ☐ Anderes Sachgebiet, und zwar:

- ☐ Lotsin/Lotse ist beim Gesundheitsamt angestellt.
- ☐ Lotsin/Lotse ist bei einem freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe tätig.
- ☐ Sonstiges, und zwar (z. B. Mischmodelle):

-
- ☐ keine Angabe

15. Auf welcher Altersgruppe der Kinder liegt der Fokus des Lotsendienstes dieser Praxis? (Mehrfachnennung möglich)

☐ vorgeburtlich (gynäkologische Praxis)

☐ 0 – 3 Jahre

☐ 4 – 6 Jahre

☐ 7 – 10 Jahre

☐ 11 – 16 Jahre

☐ Sonstiges, und zwar:

☐ keine Angabe

16. Wie viele Lotsenfachkräfte (Anzahl der Personen) kommen in dieser Praxis zum Einsatz?

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ mehr, und zwar:

☐ keine Angabe

17. Wie gestaltet sich der Stundenumfang des Einsatzes der Lotsenfachkraft/Lotsenfachkräfte dieser Praxis?

Bitte rechnen Sie bei mehreren Lotsenfachkräften die Stunden zusammen.

Die Beratung der Familien in der Arztpraxis oder in externen Räumen
(Sprechstundenzeit, face-to-face-Zeit) beträgt insgesamt Stunden pro Monat.

☐ keine
Angabe

Die Vor- und Nachbereitungszeit, Vermittlung, Organisation, Anfahrt, etc. beträgt
insgesamt (ggf. schätzungsweise) Stunden pro Monat.

☐ keine
Angabe

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

21% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Wir möchten gerne mehr über die Qualifikation/Funktion der Lotsenfachkräfte erfahren. Sie haben in der vorherigen Frage angegeben, dass in der ausgewählten Praxis mehr als eine Lotsenfachkraft tätig ist. Bitte beantworten Sie die nachfolgende Frage zur Qualifikation/Funktion daher für jede Lotsenfachkraft einzeln.

**18. Welche berufliche Qualifikation/Funktion hat die erste Lotsenfachkraft dieser Praxis?
(Mehrfachnennung möglich)**

- ☐ Hebamme
- ☐ Familienhebamme
- ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
- ☐ Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
- ☐ Sozialpädagoge/in oder Sozialarbeiter/in
- ☐ Netzwerkkoordination Frühe Hilfen
- ☐ Medizinische/r Fachangestellte/r
- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Andere Profession, und zwar:

- ☐ keine Angabe

**19. Welche berufliche Qualifikation/Funktion hat die zweite Lotsenfachkraft dieser Praxis?
(Mehrfachnennung möglich)**

- ☐ Hebamme
- ☐ Familienhebamme
- ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
- ☐ Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
- ☐ Sozialpädagoge/in oder Sozialarbeiter/in

☐ Netzwerkkoordination Frühe Hilfen

☐ Medizinische/r Fachangestellte/r

☐ Arzt/Ärztin

☐ Andere Profession, und zwar:

☐ keine Angabe

20. Wo findet die Sprechstunde/ Beratung der Lotsenfachkraft/Lotsenfachkräfte dieser Praxis statt? (Mehrfachnennung möglich)

☐ In der Praxis

☐ In externen Räumlichkeiten, und zwar:

☐ keine Angabe

21. Wann wird die Sprechstunde/ Beratung der Lotsenfachkraft/Lotsenfachkräfte dieser Praxis angeboten? (Mehrfachnennung möglich)

Die Sprechstunde findet statt:

☒ regelmäßig zu festen Sprechzeiten

☐ wöchentlich

☐ alle zwei Wochen

☐ alle drei Wochen

☐ alle vier Wochen/einmal im Monat

☐ Sonstiges, und zwar:

☐ unregelmäßig zu vorher bekannt gegebenen Sprechzeiten

☐ anlassbezogen/ auf Nachfrage

☐ Sonstiges, und zwar:

☐ keine Angabe

22. Unterstützen die medizinischen Fachangestellten (MFAs) den Lotsendienst dieser Arztpraxis? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Ja, durch die Information der Eltern über das Angebot des Lotsendienstes

☐ Ja, durch die Vereinbarung eines Termins mit der Lotsenfachkraft

☐ Ja, durch die Terminerinnerung an die Eltern

Ja, durch:

☐

☐ Nein, keine Unterstützung durch die MFAs

☐ keine Angabe

23. Wie viele Beratungskontakte hat/haben die Lotsenfachkraft/Lotsenfachkräfte dieser Praxis durchschnittlich in einem Monat?

ca.

Beratungskontakt(e) im Monat

☐

keine Angabe

24. Wie viele Kontakte hat/haben die Lotsenfachkraft/Lotsenfachkräfte dieser Praxis durchschnittlich mit einer Familie?

durchschnittlich

Kontakt(e) pro Familie

☐

keine Angabe

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

26% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Beratungsanliegen der Familien

25. Zu welchen Themen, Anliegen und Bedarfen findet die Beratung der (werdenden) Eltern durch die Lotsenfachkraft/Lotsenfachkräfte statt?

Bitte beschreiben Sie hier die am häufigsten vorkommenden Beratungsanliegen/Bedarfe der Eltern.

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

39% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Herausforderungen und Weiterentwicklung

26. Worin liegen Ihrer Meinung nach die Herausforderungen/Schwierigkeiten beim Aufbau/der Umsetzung von Lotsendiensten in Arztpraxen?

Bitte teilen Sie mit uns Ihre Erfahrungen.

27. Gibt es in Ihrer Kommune Überlegungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung/Veränderung des/der bestehenden Lotsendienste(s)?

Gemeint sind z. B. die Erweiterung des/der Lotsendienste(s) auf Praxen mit anderer Fachrichtung (Gynäkologie, Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Zahnmedizin, Psychotherapie etc.), die Entwicklung von neuen Instrumenten (z. B. Monitoringsysteme), Öffentlichkeitsmaterialien oder auch Planungen zum Einsatz des/der Lotsendienste(s) in anderen Regeleinrichtungen (z. B. Familienzentren, Grundschulen).

- ☐ Ja, folgende Weiterentwicklung/Veränderung des/der bestehenden Lotsendienste(s) ist geplant:
-
- ☐ Nein, derzeit keine Weiterentwicklung/Veränderung geplant.

☐ keine Angabe

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

51% ausgefüllt



Austausch

28. An welchen Austauschformaten wären die an Ihrem Lotsendienst beteiligten Personen (Lots*innen, Ärzt*innen, MFAs, Koordinationsfachkräfte etc.) interessiert? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Selbstorganisierte Treffen mit anderen Standorten zum „Peer to Peer-Learning“
- ☐ Regionale Treffen mit benachbarten Jugendamtsbezirken mit Lotsendiensten in Arztpraxen
- ☐ Fortbildungen/ Austausch zu fachlichen Themen, z.B.:
- ☐ Qualifizierungen zur Lotsentätigkeit
Qualifizierungen zum Aufbau eines Lotsendienstes in Arztpraxen, und zwar zu folgenden Themen/ Fragestellungen:
- ☐ Treffen mit anderen Lotsenfachkräften zu „lotsenspezifischen“ Fragen
- ☐ Treffen mit anderen Koordinierenden zu Fragen der Etablierung/ Organisation eines Lotsendienstes
- ☐ Anderes Format, und zwar:

- ☐ Es besteht kein Interesse an einem Austausch.
- ☐ keine Angabe

29. Wären Sie bereit, einem anderen Standort, der einen Lotsendienst in einer Arztpraxis aufbaut/ aufbauen möchte, als „Paten“-Standort für Fragen zur Verfügung zu stehen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Kommt darauf an, und zwar:

☐ keine Angabe

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

63% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Kontakt

30. Dürfen wir Sie zur Umsetzung einer Patenschaft für einen anderen Standort kontaktieren?

Sie haben in der vorherigen Frage angegeben, dass Sie (unter bestimmten Voraussetzungen) dazu bereit wären, einem anderen Standort, der einen Lotsendienst in einer Arztpraxis aufbaut/ aufbauen möchte, als „Paten“-Standort für Fragen zur Verfügung zu stehen. Hierfür haben Sie nachfolgend die Möglichkeit, Ihre E-Mail Adresse anzugeben. Ihre Eingabe wird separat gespeichert und an keiner Stelle mit den zuvor getroffenen Eingaben in Zusammenhang gebracht. Die Anonymität Ihrer Angaben ist damit gewährleistet. Die Angabe ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

- ☒ Ich willige ein, dass meine E-Mail Adresse zum Zwecke der Kontaktaufnahme für die Übernahme der Funktion eines „Paten“-Standortes gespeichert und an das MKJFGFI NRW und die Landesjugendämter NRW weitergegeben werden darf.
- ☐ Nein, ich willige der Kontaktaufnahme nicht zu.

E-Mail-Adresse:

Zurück

Weiter

Befragung unterbrechen

75% ausgefüllt

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023



Institut für
soziale Arbeit e.V.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

M. A. Kathrin Lassak, Institut für soziale Arbeit e. V. - 2023

