

Qualitätsrahmen Programm Babylotse



Inhalt

Präambel	3
Grundlagen	4
Wirkungen	7
Ziele	10
Zielgruppe	10
Qualitätsmerkmale	11
1. Befürwortung durch Kommune und ärztliche Leitung	11
2. Interprofessionelle Verantwortungsgemeinschaft	11
3. Trägerschaft	11
Gesundheitseinrichtung	12
Freie Träger	12
Kommune	13
4. Konzept	13
5. Projektmanagement	14
6. Ressourcen	14
Finanzierung	14
Personal	14
Präsenz in der Gesundheitseinrichtung	14
Sachliche und räumliche Ausstattung	15
Weitere Ressourcen	15
7. Freiwillig und kostenlos für Familien	15
8. Definierte Kommunikations- und Informationswege	15
9. Grundqualifikationen	16
10. Aufgabenspezifische Schulung	17
11. Prozess nach Case Management	18
12. Einsatz eines Anhaltsbogens	20
13. Orientierendes und / oder vertiefendes Gespräch	20
14. Differenzierung zwischen Prävention und Kindeswohlgefährdung	21
15. Vernetzung zu Unterstützungsangeboten	21
16. Standardisierte Dokumentation und Auswertung	21
17. Teilnahme an Netzwerktreffen	22
18. Qualitätssicherung	22
Referenzen	23

Präambel

Lotsendienste nach dem Modell Baby Lotse in gynäkologischen und pädiatrischen Praxen sowie in Geburtskliniken (Gesundheitseinrichtungen) sind ein erprobter und erfolgreicher Ansatz für die Früherkennung von familiären Belastungsfaktoren und die Vermittlung von passgenauen Hilfen. Sie bilden eine wichtige Brücke zwischen den Sektoren Gesundheitswesen und Jugendhilfe und anderen sozialen Sicherungssystemen (intersektorale Verzahnung). Direkt im Gesundheitssystem implementiert, ermöglichen Lotsendienste eine sehr gute Erreichbarkeit der Zielgruppe der Frühen Hilfen¹ und sorgen für Entlastung der Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen. Die Wirksamkeit ist wissenschaftlich belegt.²

Ein Lotsendienst nach dem Modell Baby Lotse wird getragen von der systemischen Grundhaltung der Akteure. Die Familien werden wertschätzend behandelt, sie werden als Expertinnen und Experten für ihr eigenes Leben angesehen, die Beratung erfolgt ressourcenorientiert. Grundlage des Lotsendienstes nach dem Modell Baby Lotse sind die wissenschaftlich gesicherten und praktisch nachgewiesenen Erkenntnisse über die Belastungsfaktoren für Kindesentwicklung. Das Gesundheitswesen ist eng getaktet und strukturell belastet, Ressourcen sind allseitig knapp. Dies erfordert eine effiziente Arbeitsweise, so dass nur die Familien beraten werden, die einen selbst oder durch Dritte festgestellten Unterstützungsbedarf haben.

Das Programm Baby Lotse erhebt den Anspruch eines orts- und personenunabhängigen Lotsendienstes mit einer definierten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, um eine verlässliche und ressourceneffiziente psychosoziale Versorgung sicherzustellen. Zudem setzt das Programm Baby Lotse einen Standard für eine nachhaltige und flächendeckende kommunale Verstetigung. Lotsendienste nach dem Modell Baby Lotse sind bereits erfolgreich in zahlreichen Geburtskliniken sowie gynäkologischen und pädiatrischen Arztpraxen eingeführt und lassen sich möglicherweise auch in Hausarztpraxen, Kinderkliniken o.a. Gesundheitseinrichtungen implementieren. Diese Flexibilität bewährt sich gerade in Zeiten des Krankenhausstrukturwandels, der die Schließung von Geburtshilfen mit sich bringt und damit immer häufiger die Verlagerung der Kontaktaufnahme zu Familien erforderlich macht. Ein Lotsendienst nach dem Modell Baby Lotse lässt sich nachweislich aus der Geburtsklinik in Arztpraxen übertragen.

Die Umsetzung des Programms Baby Lotse in Geburtskliniken und in Arztpraxen unterscheidet sich in wenigen Aspekten:

¹Der Lotsendienst nach dem Modell Baby Lotse richtet sich an Schwangere/werdende Eltern sowie Familien mit Kindern bis zum 1. Lebensjahr.

²Vgl. „Wirkung“ in diesem Dokument

- Es ist eine größere Herausforderung, das heterogene Netz der Arztpraxen für die Implementierung zu gewinnen, als eine oder mehrere Geburtskliniken einer Kommune.
- Träger des Lotsendienstes in Arztpraxen ist immer eine kooperierende Institution (Kommune oder Jugendhilfeträger), während Baby Lots*innen in Geburtskliniken häufig direkt angestellt tätig sind.
- Mitarbeitende der Praxen (in der Regel medizinische Fachangestellte) sollten im Rahmen des Lotsendienstes zusätzliche Aufgaben übernehmen. Dafür ist eine entsprechende Schulung empfehlenswert.
- Systematische Instrumente zur Erkennung von Anhaltspunkten für Unterstützungsbedarfe (z.B. Anhaltbögen) kommen in Arztpraxen zu mehreren Zeitpunkten zum Einsatz, in der Geburtsklinik in der Regel nur einmal.
- Kinderschutzprozesse sind in Geburtskliniken in der Regel ausgeprägter definiert und strukturiert als in Praxen. Hier gilt es für die Lots*innen noch stärker als in Kliniken, die jeweiligen Rollen und Aufgaben zu klären.

Der Auftrag des Programms Baby Lotse ist es, so früh wie möglich diejenigen zu erreichen, die Unterstützung am dringendsten benötigen – unabhängig vom Wohnort und den Behandelnden. Gleichzeitig ist es der Anspruch des Programms Baby Lotse, die von den Beitrags- und Steuerzahler*innen finanzierten Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen (z.B. durch eine verbesserte Leistungskontrolle). Dies erfordert verbindliche Standards für Lotsendienste, die (idealerweise) von der öffentlichen Hand gefördert werden.

Der Qualitätsrahmen des Programms Baby Lotse beschreibt den Mindeststandard, der Voraussetzung für die Nutzung der Namensrechte ist. Der Qualitätsrahmen Baby Lotse ist die Basis für alle Weiterbildungen, Implementierungsberatungen und den kollegialen Austausch im Qualitätsverbund Baby Lotse.

Grundlagen

Die konzeptionelle Entwicklung des Programms Baby Lotse orientiert sich an wissenschaftlichen Befunden zu den Auswirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren im bzw. aus dem familiären Umfeld auf die körperliche und seelische Entwicklung von Kindern³⁴. Im Mittelpunkt steht hier chronisches Stresserleben der Bezugspersonen des Kindes, das sich maßgeblich auf deren elterliche Fähigkeiten auswirken kann. Unterschiedliche Belastungen, denen die Familien ausgesetzt sind, können Auslöser dieses Stresserlebens sein⁵. Die

³ Vgl. Laucht, Manfred et al. (2000a): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung Interdisziplinär 19/2000. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 97-108.

⁴ Vgl. Laucht, Manfred et al. (2000b): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29/2000 Nr. 4. Göttingen: Hogrefe-Verlag. 246-262.
www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/kinder-und-jugendliche/zukunft-fuer-kinder.html

⁵ Vgl. Strüber, Nicole (2019): Risiko Kindheit. Wie die frühen Jahre unser Leben prägen. München: Klett-Cotta.

Untersuchungen zur Epigenetik zeigen die Korrelation von elterlicher Belastung und Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes.

Insbesondere mütterlicher Stress (präkonzeptionell sowie während der Schwangerschaft) kann die fetale Entwicklung beeinträchtigen – mit Implikationen für die psychische und physische Gesundheit im weiteren Leben.⁶ Die Reduktion elterlicher Belastungsfaktoren ist deshalb eine der wichtigsten präventiven Maßnahmen für die Stärkung elterlicher Kompetenzen und damit für ein körperlich und psychisch gesundes Aufwachsen von Kindern und zur Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung⁷⁸.

Jede fünfte Familie mit Säuglingen und Kleinkindern lebt in Deutschland in Armut⁹. Somit stellen Familien in Armutslagen eine bedeutsame Zielgruppe der Frühen Hilfen dar. Überall in Deutschland existieren zahlreiche Angebote der Frühen Hilfen und anderer sozialer Dienste, die Eltern begleiten und unterstützen können. Gleichzeitig wird derzeit nicht einmal jede fünfte armutsgefährdete Familie über die aufsuchenden Familienhebammen oder vergleichbare Gesundheitsfachkräfte erreicht¹⁰. Dies liegt unter anderem auch am Präventionsdilemma: Belastete Familien wissen manchmal nicht, dass es Hilfen für ihre Problematik gibt, haben keine Problemeinsicht oder es gibt kein Angebot, das ihren Unterstützungsbedarf qualitativ oder quantitativ decken kann. Kinder wachsen dann in schlechteren Situationen auf, als sie müssten.

Fast alle Familien nehmen rund um die Geburt eines Kindes Angebote des Gesundheitswesens (z.B. Hebammenleistungen, ärztliche Leistungen, Leistungen von Geburtskliniken (98%)) in Anspruch. Deshalb setzt das Programm Baby Lotse an der Nahtstelle zwischen Gesundheitswesen und Angeboten für Familien aus allen sozialen

⁶ Vgl. Buß, Claudia (2016): Welche Auswirkungen haben mütterlicher Stress und Trauma auf die fetale und frühkindliche Entwicklung ihres Kindes? Vortrag, Kooperationstagung "Gemeinsam stark für Familien - Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz", Berlin, 25. November 2016. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kooperationstagung_2016_Folienpraesentation_Buss.pdf . (Zugriff: 17.07.24).

⁷ Vgl. NZFH (2019a): Psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit wahrgenommenem Stress der Eltern. Faktenblatt, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-2-NZFH-Praevalenz-Versorgungsforschung-Psychosoziale-Belastungen-Zusammenhang-Stress-Eltern.pdf . (Zugriff: 17.07.24).

⁸ Vgl. NZFH (2023): KiD 0-3 2022 – Ausgewählte Ergebnisse, Faktenblätter 1-5. Faktenblatt, nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln. <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/praevalenz-und-versorgungsforschung/kid-0-3-repraesentativbefragung-2022/ausgewaehlte-ergebnisse/> (Abgerufen am: 08.11.23).

⁹ Statista (2023): Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach Alter im Jahr 2022. In: Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/419433/umfrage/armutsgefahrdungsquote-in-deutschland-nach-alter/> (Zugriff: 17.07.24).

¹⁰ Vgl. NZFH (2019b): Psychosoziale Belastungen und Inanspruchnahme Früher Hilfen von Familien in Armutsrisikolagen. Faktenblatt, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-8-NZFH-Praevalenzforschung-Psychosoziale-Belastungen-und-Inanspruchnahme-FH-von-Familien-in-Armutsrisikolagen.pdf . (Zugriff: 17.07.24).

Sicherungssystemen für die Kontaktaufnahme an und ist eine wirksame Lösung für das Präventionsdilemma. Vision des Programms ist die Gestaltung von Übergängen zwischen den Systemen. Ziel ist der Dreiklang **Erkennen – Klären - Vernetzen**: Möglichst frühzeitig sollen psychosoziale Belastungen in Familien systematisch, verlässlich und nicht stigmatisierend erkannt, ein Unterstützungsbedarf gemeinsam mit den Eltern geklärt und geeignete Angebote für die Familien angesteuert werden.

Die Arbeit der Baby Lots*innen ersetzt NICHT Aufgaben und Funktionen anderer Berufsgruppen wie Hebammen, Angebote der Frühen Hilfen, Kliniksozialdienste, Neugeborenen-Besuchsangebote (Willkommensbesuche) u.a.. Die Leistungen des Lotsendienstes nach dem Modell Baby Lotse werden passgenau auf die bestehenden Angebote abgestimmt und ergänzen diese zu gegenseitigem Vorteil und Entlastung. Die Ermutigung von Familien, Angebote in Anspruch zu nehmen, gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Baby Lots*innen (Vernetzen). Für Fälle, die den Arbeitsauftrag der Baby Lots*innen übersteigen, existieren etablierte Modelle für besondere Leistungen, die eine intensivere Begleitung auch außerhalb der Klinik bzw. der Arztpraxis und Überleitung ermöglichen (Bsp. Hamburg: Psychosoziale Kurzintervention). Das Programm Baby Lotse ist durch den zugrundeliegenden Qualitätsanspruch für eine einfache Übertragbarkeit auf andere Geburtskliniken sowie Frauen- und Kinderarztpraxen ausgelegt.

Wirkungen

Das Programm Baby Lotse wurde von Beginn an von unterschiedlichen Wissenschaftler*innen unter verschiedenen Blickwinkeln evaluiert. Zentrale Erkenntnisse sind:



Psychosoziale Belastungen sind ein relevantes Beratungsfeld im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen (Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen für Kinder)¹¹.



Probleme werden zuverlässig aufgedeckt, Überlastungen von Eltern und deren Folgen für die Kinder gesenkt¹².



Eine standardisierte, niedrighschwellige und wiederholte Ansprache aller (werdenden) Familien ist sinnvoll.¹³



Das Programm Baby Lotse erreicht Familien trotz Hindernisse (Verständigungsprobleme, enges Zeitfenster in der Geburtsklinik o.a.)¹⁴¹⁵



Ein positiver Effekt auf die Eltern-Kind-Beziehung und letztlich auf die kindliche Entwicklung wird postuliert.¹⁶¹⁷¹⁸

¹¹Vgl. Nitzschke, Nikola und Siefert, Sönke (2022): Ergebnisbericht zum Projekt „Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor“. Ergebnisbericht, Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH, Hamburg. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/283/2022-11-17_KID-PROTEKT_Ergebnisbericht.pdf (Zugriff 17.07.24).

¹²Klapp, Christine et al. (2019): How effective is the early support program Baby Lotse-Plus for psychosocially burdened mothers and their infants? A comparative intervention study. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 5, S.1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31463069>

¹³Vgl. Nitzschke und Siefert (2022)

¹⁴Andresen, Sabine et al. (2022): Neugeborene willkommen heißen und ihre Familien unterstützen. Eine empirische Studie zu Frühen Hilfen und dem Lotsendienst „Baby Lotse Frankfurt am Main“. Weinheim: Beltz.

¹⁵Vgl. Ziegenhain, Ute (2023): Baby Lotsen und Familienbesuche – koordinierte Zugänge zu Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in die Frühen Hilfen. Vortrag, Landesweiter Fachtag „Perspektiven von Lotsensystemen“, Lörrach, 24.November 2023.

¹⁶Pawils, S., & Schwinn, A. (2009): Wirkung des Sozialen Frühwarnsystems "Baby Lotse Hamburg". *Das Gesundheitswesen*, 71 (08/09), S. 483-489.

¹⁷Pawils, S., Metzner, F., & Siefert, S. (2017). Baby Lotse Hamburg – Kontrollgruppenvergleiche zur Evaluation der Wirksamkeit. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221(S 01), P08-3.

¹⁸Siefert, S., et al. (2015): Programm Baby Lotse - Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 219 (S 01), P10-4.



Mütter, die von Babylots*innen unterstützt wurden, leiden signifikant weniger an Depressionen, haben weniger Probleme in der Partnerschaft und weniger Stress im täglichen Umgang mit dem Baby.¹⁹



Die Selbstwirksamkeit der Familien steigt²⁰.



Die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch vulnerable Patientengruppen wird durch den Einsatz von Babylots*innen begünstigt²¹.



Das Lotsen in Angebote wirkt. Babylots*innen vermitteln zielgerichtet, nahtlos und passgenau in Unterstützungsangebote trotz systemischer Hürden in einem „auf Kante genähten Gesamtsystem“. ²² Nachweislich führt das Programm Baby Lotse zu einer früheren und stabileren Inanspruchnahme Früher Hilfen. ²³



Das Brückenbauen an der Nahtstelle der Systeme wirkt. Babylots*innen leisten einen aktiven Beitrag zum Zusammenwachsen der unterschiedlich organisierten Gesundheits- und Sozialsysteme.²⁴



Die neue Versorgungsform Baby Lotse in Arztpraxen ist hinsichtlich der Weiterleitung von Schwangeren/Familien der Regelversorgung überlegen.²⁵



Der Einsatz von Baby Lotse wird vom Klinikpersonal als systemrelevant und Entlastung bewertet^{26,27,28}. Die Kooperation mit (sozial-) pädagogischen Fachkräften in der Rolle von Babylots*innen entlastet die Praxen in der Beratung und Begleitung von intensiv und/oder komplex belasteten Familien.²⁹

¹⁹ Klapp, Christine et al. (2019)

²⁰ Vgl. Pawils, S., & Schwinn, A. (2009):

²¹ Vgl. Nitzschke, Nikola und Siefert, Sönke (2022)

²² Klapp, Christine et al. (2019):

²³ Pawils, S., & Schwinn, A. (2009):

²⁴ Vgl. Nitzschke und Siefert (2022)

²⁵ Vgl. Nitzschke und Siefert (2022)

²⁶ Pawils, S., & Schwinn, A. (2009):

²⁷ Vgl. Fröhlich-Gildhoff, Klaus und Ploch, Thomas (2022): Evaluation des Konzepts und der Tätigkeit der „Babylotsinnen“ im Ortenaukreis. Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung, 8(2), S.100-120.

²⁸ Deutscher Caritasverband e.V., Kantar (2021): „Mütter mit Neugeborenen und Lotsendienste/Babylotsen in der stationären Geburtshilfe während der Pandemie“

²⁹ Vgl. Nitzschke und Siefert (2022)



Neben den Fachkräften in den Geburtskliniken nehmen auch Eltern die Babylots*innen als Verstärkung und Entlastung wahr.³⁰



Die Kombination aus Screening und anlassbezogenem Gespräch unterstützt Arztpraxen dabei, ihren gesetzlichen Auftrag, über regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind zu informieren (§§ 24d, 26 SGB V), verlässlich und bedarfsorientiert umzusetzen.³¹

Dieser Ausschnitt an Studien macht deutlich, dass die Bedarfe von Familien sowie die Auswirkungen von verschiedenen Belastungen auf die Gesundheit von Kindern umfänglich bekannt sind.³² Auch die Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung, z.B. in Form der Frühen Hilfen und deren ökonomisches Potenzial an Kostenvermeidung ist kein neuer Erkenntnisgewinn.³³ „Bereits heute kann auf der Grundlage der vorhandenen Daten von einem eindeutig positiven Kosten-Nutzen-Verhältnis gesprochen werden. Im Erfolgsfall können erhebliche Folgekosten eingespart werden. Im Bereich der Frühen Hilfen gehen Expertenschätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit & Frühe Hilfen davon aus, dass eine Lotsenstelle pro Jahr zwischen 3 und 4 Fälle mit gravierenden Folgekosten von durchschnittlich 400.000 Euro pro Fall (allein im Bereich der Hilfen zur Erziehung) verhindert. Diese Leistungen müssen deshalb als eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder sowie für die Gesellschaft insgesamt begriffen werden.“³⁴

Das Programm Baby Lotse ist nachweislich ein wirksamer und effizienter Hebel gegen das Präventionsdilemma.

³⁰Vgl. Nitzschke und Siefert (2022)

³¹Vgl. Nitzschke und Siefert (2022)

³²Weitere Veröffentlichungen und Literaturhinweise:

https://de.wikipedia.org/wiki/Baby Lotse#Wissenschaftliche_Ver%C3%B6ffentlichungen

³³Vgl. Maier-Gräwe, Uta und Wagenknecht, Inga (2011): Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt "Guter Start ins Kinderleben", NZFA/BZGA, Köln.

³⁴Vgl. Deutscher Bundestag (2024): Drucksache 20/12089: Prävention stärken- Kinder mit psychisch oder suchtkranken Eltern unterstützen. Deutscher Bundestag, Berlin, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/120/2012089.pdf> (Zugriff: 09.07.24).

Ziele

Ziel des Programms Baby Lotse ist das frühzeitige Erkennen von Belastungsfaktoren in Familien, um proaktiv prä-, peri- bzw. postnatal Kontakt aufzunehmen, bei Bedarf zu beraten und ggf. eine verbindliche und nachhaltige Überleitung in ein geeignetes Unterstützungsnetzwerk zu veranlassen. Idealerweise soll durch eine frühzeitig einsetzende Begleitung und Unterstützung der Familien eine gesunde Kindesentwicklung erreicht und die Manifestation von kindlichen Entwicklungsstörungen vermieden werden. In die Erhebung von Belastungsfaktoren werden grundsätzlich alle Familien eingeschlossen, um eine Stigmatisierung auszuschließen.

Zielgruppe

Das Programm Baby Lotse richtet sich an

- Schwangere, Wöchnerinnen und (werdende) Väter
- Familien mit kleinen Kindern in der Regel bis zum 1. Geburtstag des Kindes,

die in ihrem Alltag Belastungen erfahren und sich Begleitung oder Unterstützung wünschen.

Das Programm Baby Lotse wird im Rahmen der Behandlung in Arztpraxen und Geburtskliniken angeboten.

Qualitätsmerkmale

1. Befürwortung durch Kommune und ärztliche Leitung

Voraussetzung für die Einführung und Verstetigung eines Lotsendienstes nach dem Modell Baby Lotse³⁵ in Arztpraxen ist eine ressortübergreifende Entscheidung der kommunalen Politik und / oder Verwaltung (Gesundheit / Familie / Jugend / Soziales) sowie der Arztpraxen. Der Lotsendienst sollte Bestandteil des Frühe-Hilfen-Konzeptes sein und in den zuständigen Fachausschüssen Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe sowie bei den Berufsverbänden bekannt sein.

2. Interprofessionelle Verantwortungsgemeinschaft

Die interprofessionelle Verantwortungsgemeinschaft besteht aus Mitarbeitenden der Gesundheitseinrichtung sowie aus mindestens einer Lotsin / einem Lotsen. Die Zusammenarbeit verschiedener Professionen ist ein Qualitätsmerkmal der Frühen Hilfen, denn die verschiedenen Wahrnehmungen ergeben ein gutes Gesamtbild der Bedarfe von Familien.

Die Akteure in der Gesundheitseinrichtung sind für die erfolgreiche Umsetzung des Lotsendienstes von zentraler Bedeutung. Insbesondere der erste Prozessschritt, d.h. das Aushändigen oder das Ausfüllen des Anhaltsbogens, wird in der Regel von den Fachkräften der Gesundheitseinrichtung vorgenommen.

Mitarbeitende in Geburtskliniken sind in der Regel Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte, Sozialarbeiter*innen u.a. Es ist wichtig, dass alle psychosozialen Dienste der Klinik, die im Kontakt mit Eltern von Neugeborenen sind, vertreten sind (z.B. Elternberatung Neonatologie, Sozialdienst, Seelsorge). Mitarbeitende in Arztpraxen sind in der Regel Ärztinnen und Ärzte und MFA (Medizinische Fachangestellte), ggf. Hebammen.

3. Trägerschaft

Lots*innen können in der Gesundheitseinrichtung (z.B. Klinik), bei einem kooperierenden Träger oder in der Kommune angestellt sein. Welches Modell der institutionellen Anbindung des Lotsendienstes gewählt wird, hängt von der Verortung des Lotsendienstes sowie den jeweiligen Strukturen und Rahmenbedingungen ab. Jedes Modell hat seine Stärken und bringt seine Herausforderungen mit, es gibt nicht den goldenen Weg, der für alle passt.

³⁵ Im Folgenden Lotsendienst genannt

Bei der Etablierung eines Lotsendienstes in Arztpraxen empfiehlt es sich, möglichst von Anfang an mit mehreren Praxen zusammenzuarbeiten, um zu gewährleisten, dass die Prozesse sich orts- und personenunabhängig verstetigen.

Gesundheitseinrichtung

Dieses Modell bietet sich nur für das stationäre Setting an, also Geburtshilfe und evtl. Kinderklinik. Die Babylots*innen sind in der Klinik angestellt – im Idealfall dem Kliniksozialdienst zugeordnet oder haben andere Ansprechpartner für den kollegialen Austausch.

Stärken:

- gute/schnelle Integration in bestehende Klinikstrukturen und -abläufe
- Akzeptanz bei Patientinnen und Mitarbeiter*innen der Klinik
- vereinfachte Umsetzung von Datenschutzerfordernissen
- kurze Dienstwege und flüssige Übergänge bei Übergabe an Sozialdienst, z.B. im Kinderschutz

Herausforderungen:

- Rollentrennung und Abgrenzung zu sozialdienstlichen und präventiven Angeboten sind ggf. erschwert mit der Gefahr, dass die Ressourcen der Babylots*innen in andere Aufgabengebiete umgeleitet werden.
- Die Sicherstellung der Qualität wie z.B. des Vier-Augen-Prinzips im Kinderschutz erfordert ein psychosoziales Team
- Vertretung in kleinen Teams, insbesondere dann, wenn die Babylots*in nicht in einen Sozialdienst mit Kompetenzen in Sachen Kinderschutz und Frühe Hilfen eingebunden ist.

Freie Träger

Die Babylots*innen sind bei einem freien Träger z.B. der Jugendhilfe (Kinderschutzbund, Sozialdienst katholischer Frauen, Caritas Ortsverband, SOS Kinderdorf o.a.) oder Beratungsangeboten (z.B. Schwangerschaftsberatungsstellen) angestellt, es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit Gesundheitseinrichtungen (z.B. einer oder mehreren Geburtsklinik(en) und/oder Arztpraxen).

Stärken:

- tragfähige Teamstrukturen beim Träger
- Netzwerk-Expertise liegt oftmals bereits vor
- Effizienzgewinn und Bündelung des Wissens durch übergreifende Teambesprechungen, Dokumente, gemeinsame Datenbank u.a.
- Vertretung durch Personen gleicher/vergleichbarer Qualifikation

- Fördermöglichkeiten, die nur gemeinnützigen Organisationen zugänglich sind (z.B. Soziallotterien)

Herausforderungen:

- Regelungen zum Datenschutz
- Integration in Prozesse der Gesundheitseinrichtung und Akzeptanz der Mitarbeiter*innen
- Mitwirkung der Baby Lots*in in zwei Leitungskreisen: Leitung der Klinik und Leitung des Trägers

Kommune

Die Baby Lots*innen sind Mitarbeiter*innen der Kommune, z.B. beim Jugend- oder Gesundheitsamt.

Stärken:

- Direkter Zugriff auf etablierte, frühzeitige und niedrigschwellige Unterstützungsangebote der kommunalen Einrichtungen
- Enge Verzahnung mit dem Netzwerk Frühe Hilfen
- Sehr hohe fachliche Kompetenz ist vorhanden

Herausforderungen:

- Zuweisungen von Ressourcen, wenn behördliche Strukturen / Stadt-/ Landkreisgrenzen nicht deckungsgleich mit dem Einzugsgebiet der Gesundheitseinrichtung / Geburtsklinik sind³⁶
- Rollenabgrenzung bei der Wahrnehmung mehrerer Aufgaben
- Abgrenzung des freiwilligen Angebots der Baby Lots*innen gegenüber dem Wächteramt des Jugendamtes im Fall von Kindeswohlgefährdungen
- Akzeptanz der Baby Lots*innen bei den Familien

4. Konzept

Ein Konzept für den Lotsendienst nach dem Modell Baby Lotse ist mit der Leitungsebene der Gesundheitseinrichtungen und der/den beteiligten Kommunen abgestimmt. Das Konzept beschreibt die Zielsetzung, das Vorgehen bzw. die einzelnen Prozessschritte sowie die Beteiligten und Verantwortlichkeiten einschließlich ihrer Aufgaben und Funktionen. Damit dient es allen Beteiligten als Orientierungshilfe bei der Umsetzung sowie als Bezugspunkt für die Reflexion der eigenen Arbeit und damit der Qualitätsentwicklung.

³⁶ Geburtskliniken haben in der Regel ein großes Einzugsgebiet und versorgen Familien aus mehreren Kommunen.

5. Projektmanagement

Die Einführung und nachhaltige Etablierung eines neuen Lotsendienstes nach dem Modell Baby Lotse erfordert ein Projektmanagement mit entsprechender Personalressource (vergleiche Qualitätsmerkmal 9).

6. Ressourcen

Finanzierung

Vor dem Programmstart muss eine angemessene (s.a. Personal) mittelfristige Finanzierung sichergestellt sein.

Personal

Um allen Familien mit Unterstützungsbedarf (ca. 30 % in Kliniken / ca. 40 % in Praxen³⁷) ein Beratungsangebot machen zu können, definiert der Qualitätsverbund Baby Lotse eine Soll-Personalstärke:

- Lotsendienst in Geburtskliniken: mindestens 0,5 VZÄ Lots*in und 0,1 VZÄ Leiter*in³⁸
- Geburtskliniken mit mehr als 1.000 Geburten p.a.: 0,5 VZÄ Lots*in und 0,1 VZÄ Leiter*in pro 1.000 Geburten
- Lotsendienst in Arztpraxen: 5 Wochenstunden Lots*in zzgl. Ressourcen für Leiter*in³⁹ pro Kassensitz (Orientierungsgröße)
- Besonderheiten der regionalen Sozialstruktur erfordern u.U. eine Anpassung der Ressourcenberechnung.

Die Eingruppierung der Baby Lots*innen sollte sich nach den Eingruppierungsmerkmalen der Sozial- und Erziehungsdienste richten.

Die Urlaubs- und Krankheitsvertretung ist verbindlich geregelt. Es ist anzustreben, dass die Qualifikation der Vertretung den in Qualitätsmerkmal 9 genannten Voraussetzungen entspricht.

Präsenz in der Gesundheitseinrichtung

Die Mindest-Präsenz der/des Baby Lots*in in der Gesundheitseinrichtung orientiert sich an den Verweildauern / Anwesenheit der Zielgruppen im Setting:

³⁷Vgl. Nitzschke, Nikola und Siefert, Sönke (2022)

³⁸Diese Ressourcen sind mindestens notwendig, um einen qualitätsgesicherten Lotsendienst durchzuführen (inklusive Netzwerkarbeit, administrative Aufgaben, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsmanagement, Wahrnehmung von Angeboten des Qualitätsverbunds Baby Lotse u.a.).

³⁹Vgl. Nitzschke, Nikola und Siefert, Sönke (2022), die Berechnung bezieht sich auf einen Lotsenprozess mit Beteiligung einer MFA

- Geburtsklinik: jeder 3. Tag
- Arztpraxis: zwei Sprechstunden pro Monat vor Ort, zzgl. wöchentliche Abstimmung per Telefonat und / oder E-Mails mit den Praxismitarbeitenden

Da Arztpraxen häufig nur wenig räumliche Kapazitäten haben, lassen sich auch andere Räumlichkeiten im Sozialraum (z.B. Familienzentren) für die Beratung der Familien verwenden.

Sachliche und räumliche Ausstattung

Die erforderlichen Ausstattungsmerkmale der Gesundheitseinrichtung sind:

- barrierefreie Räumlichkeiten für Einzel- und Gruppengespräche/Sprechstunden der Baby Lots*innen
- Geburtsklinik: sachgerechte Ausstattung eines Büroarbeitsplatzes, kurze Distanz zur Wochenstation und dem Kreißaal

Weitere Ressourcen

Der Leistungserbringer stellt die Einbindung in einen Teamkontext sicher: Baby Lots*innen und Leitungskräfte

- führen regelmäßig eine strukturierte und anonymisierte Fallreflexion (z.B. Supervision, qualifizierte kollegiale Fallberatung o.ä.) durch
- nehmen an überregionalen Zusammenschlüssen teil (wie z.B. Regionalgruppen)
- nehmen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil

7. Freiwillig und kostenlos für Familien

Zentral ist hierbei, dass die Unterstützungsangebote möglichst niedrigschwellig sind, allen Personen der entsprechenden Zielgruppe zur Verfügung stehen und auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden können. Da Kosten die Inanspruchnahme durch die Zielgruppe behindern, sind Angebote der Baby Lots*innen grundsätzlich kostenfrei.

8. Definierte Kommunikations- und Informationswege

Das Zusammenwirken des medizinischen Personals der Gesundheitseinrichtung und der Lots*innen ist von zentraler Bedeutung. Dazu muss der Prozess des systematischen Erkennens von Belastungsfaktoren, Ressourcen und Unterstützungsbedarfen sowie die Überleitung in weiterführende (Frühe) Hilfen kooperativ ausgestaltet sein.

Alle Kommunikations- und Informationswege sowohl intern (Gesundheitseinrichtung) als auch extern (Netzwerke und Angebote der Frühen Hilfen z.B. Familienhebammen, Schwangerschaftsberatung, Jugend- und Gesundheitsämter) müssen definiert und im Konzept (vergleiche Qualitätsmerkmal 4) beschrieben sein, z.B. durch Ablaufschemata in

Dateiname:	QV-EXT Qualitätsrahmen Programm Baby Lotse 2024-09-17 (05-0)	Seite:	15 von 25
Erstellt von:	Qualitätsverbund Baby Lotse e.V.	Erstelldatum:	17.09.2024
Freigegeben von:	Qualitätsverbund Baby Lotse e.V.	Freigabedatum:	17.09.2024

Form von Flussdiagrammen, die alle Handlungsschritte, Entscheidungen und verantwortlichen Personen abbilden.

9. Grundqualifikationen

Babylots*innen verfügen über eine der folgenden Qualifikationen:

- Dipl. / BA / MA/ Fachkräfte Soziale Arbeit / Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagog*innen
- (BA / MA) Familien-Hebammen/Entbindungspfleger
- (BA / MA) Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende
- Dipl. / BA / MA Kindheitspädagog*innen / Frühe Kindheit
- Dipl. / BA / MA/ Heilpädagog*innen
- Dipl. / BA / MA Pädagog*innen
- vergleichbare Qualifikation (z.B. erkennbar an vergleichbarer tariflicher Eingruppierung (wie z.B. Dipl. / BA / MA Psycholog*innen o.ä.)

Babylots*innen sollen über mindestens zwei Jahre einschlägige Berufserfahrung in den genannten Grundqualifikationen verfügen. Zudem sollen sie über relevante Fach- und persönliche Kompetenzen sowie auf relevante Berufserfahrung verfügen wie

- system- und ressourcenorientierte Beratungs-/Gesprächsführungskompetenz
- Sozial- und Selbstkompetenz
- Methodenkompetenz
- Kenntnisse Sozialrecht
- Kenntnisse der Angebote und Strukturen der Frühen Hilfen
- Kenntnisse der Abläufe und Strukturen in Kliniken oder Praxen
- Kenntnisse Kinderschutz
- Kenntnisse Qualitäts- und/oder Casemanagement

In größeren Teams soll eine Abweichung von den oben genannten Qualifikationen 20 Prozent der eingesetzten Personalressourcen nicht übersteigen.

Bei abweichenden Qualifikationen von Bewerber*innen sollte der Leistungserbringer vor Einstellung eine Empfehlung des Vorstands des Qualitätsverbunds Baby Lotse einholen.

Der Leistungserbringer erstellt einen Einarbeitungsplan⁴⁰ und ermöglicht eine mindestens vierwöchige Einarbeitung. Für den Aufbau eines neuen Lotsendienstes nach dem Modell Baby Lotse ist eine Patenschaft auf Vermittlung des Qualitätsverbunds Baby Lotse empfehlenswert.

Die Leiter*innen der Lots*innen sollten Erfahrungen im Projektmanagement, Personalführung, Qualitätsmanagement sowie Führungskompetenzen besitzen.

Sollte die disziplinarische und fachliche Führung für die Baby Lots*innen nicht in Personalunion möglich sein, sollte der Leistungserbringer für klare Verantwortlichkeiten, Kommunikations- und Entscheidungswege sorgen.

10. Aufgabenspezifische Schulung

Die Mitarbeiter*in, die/der in der Funktion als Baby Lots*in tätig ist, nimmt zur Erlangung des „Fachzertifikats Baby Lots*in“ an einer spezifischen Weiterbildung teil⁴¹. Für die Zulassung zum Praxismodul ist die Anstellung bei einem Leistungserbringer des Lotsendienstes nach dem Modell Baby Lotse erforderlich.

Die erfolgreiche Teilnahme an der Weiterbildung wird durch ein Kolloquium überprüft. Der Vorstand entscheidet über die Zulassung zum Kolloquium. Nach bestandenerm Kolloquium erfolgt die Zertifizierung als Baby Lots*in. Bei Uneinigkeit über die Eignung entscheidet der Vorstand des Qualitätsverbunds über die Zulassung.

Eine Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben des Qualitätsrahmens Baby Lotse hinsichtlich der Eignung der eingesetzten Mitarbeitenden erfolgt im Rahmen der Erteilung des Qualitätssiegels Baby Lotse.

Für eine erfolgreiche Ein- und Durchführung des Programms Baby Lotse ist eine Basisschulung des beteiligten Personals der Gesundheitseinrichtung erforderlich, die mindestens folgende Inhalte beinhaltet:

- Zielsetzung und
- zentrale Konzeptelemente
- Verfahrensweisen
- Instrumente und deren Einsatz
- Ansprechpersonen

Bei Lotsendiensten in Arztpraxen ist die Verantwortung der Lotsentätigkeit verteilt:⁴² Das medizinische Personal (MFA, ggf. Ärzt*innen) sollte sich durch eine spezielle Weiterbildung (z.B. „Fachzertifikat Frühe Hilfen in der Arztpraxis“) auf diese Aufgabe vorbereiten.

⁴⁰Siehe dazu auch den Beispielplan im Mitgliederbereich www.qualitaetsverbund-baby-lotse.de

⁴¹Siehe dazu auch das Curriculum Fachzertifikat Baby Lotse*in, Qualitätsverbund Baby Lotse e.V., 2021

⁴²Vgl. Nitzschke, Nikola und Siefert, Sönke (2022),

11. Prozess nach Case Management

Um eine überregional vergleichbare, qualitativ gute und nachhaltige Fallbearbeitung zu gewährleisten ist der Beratungsprozess standardisiert⁴³. Das Programm Babylotse orientiert sich an den Prozessen des Case Managements:

⁴³Vgl. Stiftung SeeYou, Hellwig, Grafik Bedarfserkennung, 2023-09-21



12. Einsatz eines Anhaltsbogens

Für einen verantwortungsbewussten Einsatz der knappen Ressourcen wird ein qualifiziertes, erprobtes und strukturiertes Verfahren der Belastungseinschätzung (sog. Anhaltsbogen) eingesetzt, das mindestens die relevanten Risikofaktoren erfasst.^{44 45} Der Einsatz dieses Instruments bei allen Frauen/Familien stellt sicher, dass Unterstützungsbedarfe systematisch und personenunabhängig wahrgenommen und transparent gemacht werden und nicht im Alltag untergehen.⁴⁶ Die Erkennung von Anhaltspunkten für einen psychosozialen Unterstützungsbedarf ist (nur) der erste Schritt der Bedarfserkennung. Der tatsächliche Unterstützungsbedarf zeigt sich erst nach dem orientierenden Gespräch bzw. dem Clearing (vertiefenden Gespräch) zwischen der Frau / Familie und der Lotsin / dem Lotsen (s. auch Qualitätsmerkmal 13).⁴⁷

In Geburtskliniken wird der Anhaltsbogen in der Regel im Rahmen der Anmeldung zur Geburt von Hebamme, Ärzt*innen oder MFAs im Gespräch mit der Frau / Familie ausgefüllt. In Arztpraxen erfolgt das Erkennen von Anhaltspunkten regelhaft bei allen Frauen / Familien mindestens zu diesen Zeitpunkten:

- **gynäkologische Praxis:** Früh- und Spätschwangerschaft sowie 6-8 Wochen nach der Geburt
- **Kinder- und Jugendarztpraxis:** U3, U5, U6

Hier hat sich der Einsatz von Selbstauskunftsbögen bewährt (idealerweise in mehreren Sprachen). Der wiederholte Einsatz der Selbstauskunft fördert die Wiedererkennung und damit Akzeptanz. Der Einsatz eines Anhaltsbogens bedarf klarer Strukturen und regelmäßiger Weiterbildung der beteiligten Fachkräfte, damit alle Familien erreicht werden und ein transparenter, wertschätzender Umgang mit dem Instrument gelebt wird.

13. Orientierendes und / oder vertiefendes Gespräch

Ergeben sich bei einer Frau / Familie Hinweise auf eine psychosoziale Belastung, führt ein/e Babylots*in (Geburtsklinik) bzw. geschultes Praxispersonal (Arztpraxis) ein orientierendes Gespräch durch. In komplexen Problemlagen bzw. abhängig vom durchgeführten Modell, erfolgt ein vertiefendes Gespräch (Clearing) zwischen Frau / Familie und Babylots*in mit dem Ziel, Risiken für die Kindesentwicklung⁴⁸ und die entsprechenden Unterstützungsbedarfe der Familie zu konkretisieren und mit vorhandenen persönlichen,

⁴⁴Siehe dazu auch den Unterstützungsbogen vom UKE u.a. (nicht veröffentlicht)

⁴⁵Siehe dazu auch Beispiele aus der Praxis am Bsp. Hamburg (Klinik und Praxis), Berlin, Frankfurt (nicht veröffentlicht)

⁴⁶Systematisches Verfahren zur Belastungseinschätzung, Qualitätsrahmen Baby Lotse, Qualitätsverbund Baby Lotse e.V.

⁴⁷Bei ca. 35 % aller Geburten gibt es einen Anhalt für Unterstützungsbedarf, Werte basieren auf Kennzahlen der Mitglieder des Qualitätsverbunds Baby Lotse e.V., bei ca. 30% bestätigen sich die Anhaltspunkte im Clearing.

⁴⁸Vgl. NZFH (2019a)

familiären und sozialen Ressourcen in Abgleich zu bringen. Im Gespräch soll dies transparent gemacht und mit den Selbsteinschätzungen der Frau bzw. der (werdenden) Eltern abgeglichen werden. Bei Problemkongruenz vermittelt der/die Babylots*in (oder die MFA der Arztpraxis) die passgenaue Hilfe oder ein Alternativangebot.

14. Differenzierung zwischen Prävention und Kindeswohlgefährdung

Fälle mit Aspekten einer Kindeswohlgefährdung erfordern ein abgestimmtes Handeln von Lots*innen, Gesundheitseinrichtung und ggf. Jugendamt. Verbindlich vereinbarte Prozessbeschreibungen (Schutzkonzept in Kliniken⁴⁹), regeln Zuständigkeiten⁵⁰, Erreichbarkeiten, Kommunikationswege, Übergaben und weiteres.

In Geburtskliniken werden Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdungen in der Regel federführend durch den Kliniksozialdienst abgeklärt. In Arztpraxen ist in der Regel die Ärztin/der Arzt für die Klärung von Kinderschutzfällen und die Abwendung von Kindeswohlgefährdungen verantwortlich. Babylots*innen sind dabei in der Regel nicht fallführend, unterstützen aber den Arzt/die Ärztin bei der Umsetzung der notwendigen Schritte und der Kommunikation mit der Frau / Familie.

Die fachliche Beratung und Begleitung der Praxismitarbeitenden findet im Rahmen der Angebote des Jugendamts nach §8b (SGB VIII) statt. Die Babylots*innen unterstützen die Einhaltung der im Schutzkonzept vereinbarten Prozesse. Für diese Aufgabe bedarf es regelmäßiger Schulungen und fachlicher Begleitung der Babylots*innen.

15. Vernetzung zu Unterstützungsangeboten

Bei Bedarf leiten Babylots*innen oder MFA direkt an passgenaue Hilfen und / oder weitere soziale Sicherungssysteme weiter. Hat eine oder haben mehrere Überleitungen stattgefunden, wird die Überleitung evaluiert und bei weiter bestehendem Bedarf der Fall wieder aufgenommen.

16. Standardisierte Dokumentation und Auswertung

Der Leistungserbringer stellt eine Falldokumentation, insbesondere zu Art und Umfang und dem Erfolg der durchgeführten Maßnahmen, sowie den Schutz der erhobenen Daten vor unbefugtem Zugriff sowie die Wahrung des Berufsgeheimnisses und die Einhaltung relevanter Gesetze und Verordnungen sicher.

⁴⁹Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V. BUNDEANZEIGER [2016].

⁵⁰Vgl. Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG) (2011): §4, 22.12.2011.

Der Qualitätsverbund Baby Lotse definiert Kennzahlen für eine Qualitätsentwicklung, aggregiert die Daten seiner Mitglieder und wertet sie regelmäßig aus. Die Verwendung erfolgt regional und überregional. Mitglieder des Qualitätsverbunds Baby Lotse verpflichten sich qua Beitritt zur Mitwirkung durch Übermittlung ihrer anonymisierten Kennzahlen als Grundlage für die Erstellung des jährlichen Kennzahlenberichts.

Ein standardisiertes Berichtswesen ist Voraussetzung für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung. Der Qualitätsverbund Baby Lotse empfiehlt seinen Mitgliedern die Entwicklung eines eigenen Qualitätsberichts, z.B. nach den Vorgaben des Social Reporting Standards.

Die Aufbereitung der eigenen Kennzahlen ist für jeden Lotsendienst wichtig, z.B. für die Berichterstattung in den kommunalen Gremien und Ausschüssen (vor allem Jugendhilfe- und Gesundheitsausschuss), für das Berichtswesen der Klinik und bei Anfragen von Presse und anderen Medien sowie aus dem politischen Raum.

17. Teilnahme an Netzwerktreffen

Für die Ausübung ihres Auftrags müssen Baby Lots*innen die Angebote im Sozialraum und deren Träger von Anfang an gut kennen und einbeziehen. Dafür ist es wichtig, dass sie an den Netzwerktreffen der Frühen Hilfen aktiv teilnehmen. Die Teilnahme ist eine gute Möglichkeit, das eigene Wissen um Angebote zu erweitern, sich selbst im Netzwerk bekannt zu machen, potenzielle Kooperationspartner kennenzulernen und die Sichtweisen und Themen der Familien und Gesundheitseinrichtungen einzubringen. Die regelmäßige aktive Mitarbeit aller Akteur*innen fördert die Weiterentwicklung des Netzwerks der Frühen Hilfen.

18. Qualitätssicherung

Es existiert ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement mit dem Ziel, die Qualität der Leistungen kontinuierlich fortzuentwickeln. Dieses basiert auf den PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

Zur Qualitätssicherung gehört die Verpflichtung des Anstellungsträgers, den Baby Lots*innen die Teilnahme an Supervisionen und Fort- und Weiterbildungen sowie Fachberatung, kollegialer Beratung und Beratung in Kinderschutzfällen zu ermöglichen.

Ziel des Qualitätsverbunds Baby Lotse ist die Qualitätsentwicklung und -sicherung des Programms Baby Lotse und die Förderung des Austauschs unter den Mitgliedern. Mitglieder des Qualitätsverbunds Baby Lotse verpflichten sich zur Umsetzung und Einhaltung der Qualitätskriterien, zur regelmäßigen Teilnahme an Treffen des Qualitätsverbunds Baby Lotse sowie der angebotenen Fortbildungen und nehmen eine regelmäßige Qualitätskontrolle und -weiterentwicklung in Anspruch (Qualitätssiegel Baby Lotse).

Referenzen

Im vorliegenden Dokument sind relevante Quellen benannt. Wie in Punkt 3 beschrieben wird das Programm Baby Lotse laufend erforscht und die Übersicht an Studien und Literaturhinweisen bei Wikipedia regelmäßig aktualisiert:
<https://de.wikipedia.org/wiki/Baby Lotse#Literatur> .

Hier verwendete Literatur:

- Andresen, Sabine et al. (2022): Neugeborene willkommen heißen und ihre Familien unterstützen. Eine empirische Studie zu Frühen Hilfen und dem Lotsendienst „Baby Lotse Frankfurt am Main“. Weinheim: Beltz.
- Buß, Claudia (2016): Welche Auswirkungen haben mütterlicher Stress und Trauma auf die fetale und frühkindliche Entwicklung ihres Kindes? Vortrag, Kooperationstagung "Gemeinsam stark für Familien - Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz", Berlin, 25. November 2016. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kooperati onstagung_2016_Folienpraesentation_Buss.pdf . (Zugriff: 19.07.24).
- Deutscher Bundestag (2024): Drucksache 20/12089: Prävention stärken- Kinder mit psychisch oder suchtkranken Eltern unterstützen. Deutscher Bundestag, Berlin, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/120/2012089.pdf> (Zugriff: 09.07.24).
- Deutscher Caritasverband e.V. (2021) / Kantar „Mütter mit Neugeborenen und Lotsendienste/Babylotsen in der stationären Geburtshilfe während der Pandemie“
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus und Ploch, Thomas (2022): Evaluation des Konzepts und der Tätigkeit der „Babylotsinnen“ im Ortenaukreis. Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung, 8(2), S.100-120.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V. Bundeanzeiger [2016].
- Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG) (2011): §4, 22.12.2011.
- Laucht, Manfred et al. (2000a): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Frühförderung Interdisziplinär 19/2000. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 97-108.
- Laucht, Manfred et al. (2000b): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29/2000 Nr. 4. Göttingen: Hogrefe-Verlag. 246-

262. www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/kinder-und-jugendliche/zukunft-fuer-kinder.html

Maier-Gräwe, Uta und Wagenknecht, Inga (2011): Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt "Guter Start ins Kinderleben", NZFA/BZGA, Köln.

NZFH (2019a): Psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit wahrgenommenem Stress der Eltern. Faktenblatt, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-2-NZFH-Praevalenz-Versorgungsforschung-Psychosoziale-Belastungen-Zusammenhang-Stress-Eltern.pdf

NZFH (2019b): Psychosoziale Belastungen und Inanspruchnahme Früher Hilfen von Familien in Armutsrisikolagen. Faktenblatt, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-8-NZFH-Praevalenzforschung-Psychosoziale-Belastungen-und-Inanspruchnahme-FH-von-Familien-in-Armutsrisikolagen.pdf . (Zugriff: 17.07.24).

NZFH (2023): KiD 0-3 2022 – Ausgewählte Ergebnisse, Faktenblätter 1-5. Faktenblatt, nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln. <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/paevaleanz-und-versorgungsforschung/kid-0-3-repraesentativbefragung-2022/ausgewaehlte-ergebnisse/> (Zugriff: 08.11.23)

Nitzschke, Nikola und Siefert, Sönke (2022): Ergebnisbericht zum Projekt „Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor“. Ergebnisbericht, Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH, Hamburg.
https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/283/2022-11-17_KID-PROTEKT_Ergebnisbericht.pdf (Zugriff 17.07.24).

Pawils, S., & Schwinn, A. (2009): Wirkung des Sozialen Frühwarnsystems "Baby Lotse Hamburg". Das Gesundheitswesen, 71 (08/09), S. 483-489.

Pawils, S., Metzner, F., & Siefert, S. (2017). Baby Lotse Hamburg – Kontrollgruppenvergleiche zur Evaluation der Wirksamkeit. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 221(S 01), P08-3.

Strüber, Nicole (2019): Risiko Kindheit. Wie die frühen Jahre unser Leben prägen. München: Klett-Cotta.

Ziegenhain, Ute (2023): Baby Lotsen und Familienbesuche – koordinierte Zugänge zu Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in die Frühen Hilfen. Vortrag, Landesweiter Fachtag „Perspektiven von Lotsensystemen“, Lörrach, 24. November 2023.



Herausgeber

Qualitätsverbund Babylotse e.V.
Hammer Steindamm 3-7
22089 Hamburg
Tel. 040 / 605662028

info@qualitaetsverbund-babylotse.de
www.qualitaetsverbund-babylotse.de/