

**Bitte nicht ausfüllen! Musterexemplar der Online-Befragung!**

## **Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen Befragung der Geburtskliniken**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Nordrhein-Westfalen haben sich in mittlerweile vielen Geburts- und Kinderkliniken Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen etabliert. Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, wie diese Dienste im Detail konzipiert sind, wie die konkrete Umsetzung erfolgt oder welche Schwierigkeiten es hier ggf. gibt.

Aus diesem Grund führt das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) eine Repräsentativ-Onlinebefragung zur Umsetzung der Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen in den Kliniken im Auftrag vom Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration (MKFFI) des Landes Nordrhein-Westfalen und begleitet vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) durch.

Ziel der Befragung ist es, neben der konkreten Umsetzung der Lotsendienst-Modelle auch Hinweise für Verbesserungspotenziale und Handlungsempfehlungen aufzuzeigen. Diese Kenntnisse können dann zur praxis- und qualitätsgesicherten Weiterentwicklung genutzt werden und damit auch Ihrem Haus zugutekommen. Mit dem Ziel der besseren Vernetzung wird zudem eine Kontaktdatenbank derjenigen erstellt, die dies wünschen.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, die Befragung bis entweder selbst auszufüllen oder an Personen weiterzuleiten, die in Ihrem Hause maßgeblich für die Umsetzung der Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen zuständig sind, z. B. Lotsin/e, Familienhebamme, Hebamme, Pflegekraft oder auch der Sozialdienst. Es können selbstverständlich auch mehrere Personen die Befragung beantworten.

Bitte beantworten Sie die Befragung auch, wenn Sie keinen Lotsendienst etabliert haben. Denn es sollen in der Studie auch mögliche Hinderungsgründe erhoben werden.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir sichern Ihnen ausdrücklich zu, dass die Ergebnisse der Untersuchung ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt werden. Jedwede Rückschlüsse auf einzelne Krankenhäuser sind ausgeschlossen.

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

**Dr. Petra Steffen, Tel.: 0211 / 47 051-55  
Fax: 0211 / 47 051-67  
E-Mail: [forschung@dki.de](mailto:forschung@dki.de)**

**Deutsches Krankenhausinstitut  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf**

---

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt!**

---

1 Strukturen in der Geburtshilfe			
1A		Nein	Ja
Ist Ihr Krankenhaus als „Babyfreundliches Krankenhaus“ nach den internationalen Vorgaben von WHO und UNICEF zertifiziert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1B		Nein	Ja
Gibt es in ihrem Krankenhaus eine <b>Kinderklinik</b> ? (FILTER)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in Ihrem Haus die <b>Kinder- und Geburtsklinik</b> strukturell-organisatorisch zusammengeführt, z.B. zu einem Eltern-Kind-Zentrum oder Familienzentrum? (FILTER)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in / an Ihrem Krankenhaus ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1C Falls Kinderklinik: Welche Fachabteilung / Fachabteilungen gibt es in Ihrer Klinik? (Mehrfachantworten möglich)			
Allgemein Pädiatrie	<input type="checkbox"/>	Neonatologie	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1D Bitte geben Sie für das Jahr 2020 die <b>Geburtenzahl</b> sowie die <b>Bettenzahl</b> Ihrer Geburtsklinik an.			
Geburtenzahl 2020 insgesamt		_____	
Darunter: Geburtenzahl aus anderen Städten / Gemeinden (ggf. realitätsnahe Schätzung)		_____	
Bettenzahlen der geburtshilflichen Abteilung am 31.12.2020		_____	
1E Gehen Sie davon aus, dass Ihr <b>Krankenhaus</b> auch in <b>5 Jahren noch</b> über eine <b>geburtshilfliche Abteilung</b> verfügt?			
Eher ja	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>
Eher nein	<input type="checkbox"/>		
1F Wie hat sich die <b>Zahl der Geburten</b> in den <b>vergangenen 5 Jahren</b> in Ihrem <b>Krankenhaus</b> entwickelt?			
Gestiegen	<input type="checkbox"/>	In etwa gleich geblieben	<input type="checkbox"/>
Gesunken	<input type="checkbox"/>		

**2 Belastete Familien in der Geburtsklinik**

2A Wie häufig werden Familien mit folgenden <b>psychosozialen Belastungen</b> in Ihrer Geburtsklinik versorgt?	oft	manchmal	selten	niemals	Kann ich nicht beurteilen
Psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater (inkl. Wochenbettdepression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und/oder Vater (Behinderung oder chronische Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse bei Mutter und/oder Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüchtlings- oder Asylstatus der Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Früh- und / oder Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Bildungsstatus der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2B Bezogen auf 100 Geburten in Ihrer Geburtsklinik: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie **psychosoziale Belastungen** feststellten, die **aus Ihrer Sicht** bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind.  
 Bitte machen Sie in eine Angabe von 0="bei keiner Familie" bis 100="bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. **Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.**

Bedeutsame psychosoziale Belastungen für die gesunde weitere Entwicklung des Kindes	Bei etwa _____ Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/> Ist für uns in der Geburtshilfe nicht zu beobachten oder festzustellen
---	--	--

**3 Lotsendienst als Angebot der Frühen Hilfen**

*Bei einem Lotsendienst als Angebot der Frühen Hilfen bieten Fachkräfte Familien niedrigschwellig Information und Beratung an und leiten sie bei Bedarf weiter. Die Fachkräfte sprechen Familien systematisch an, schätzen gemeinsam mit den Eltern etwaigen Unterstützungsbedarf ein und bringen sie mit weitergehenden Unterstützungsangeboten in Kontakt. Auf Wunsch werden Eltern bei der Kontaktaufnahme begleitet. (NZFH -Fragebogen Kommunalbefragung 2021)*

3A Haben Sie einen Lotsendienst als Angebot der Frühen Hilfen (z.B. Familienlotsin, Babyslotsin) in Ihrer Geburtsklinik eingerichtet?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein, aber konkret in Planung	<input type="checkbox"/>
Nein, aber grundsätzliches Interesse (Filter)	<input type="checkbox"/>	Nein, kein Interesse (Filter)	<input type="checkbox"/>

3B Falls ja: Wann wurde der Lotsendienst als Angebot der Frühen Hilfen in Ihrer Geburtsklinik eingeführt	
Jahr der Einführung des Lotsendienstes	_____

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

3C Falls ja: Bei dem Lotsendienst in unserer Geburtsklinik handelt es sich um...							
...ein klinikinternes Modell (d.h. die Klinik ist Anstellungsträger der Lotsin/des Lotsen)	<input type="checkbox"/>	...ein klinikexternes Modell (d.h. ein anderer Träger als die Klinik ist Anstellungsträger der Lotsin/des Lotsen, z.B. Fachstelle Frühe Hilfen, Erziehungsberatungsstelle, ÖGD, Bunte Kreise)	<input type="checkbox"/>				
...eine Mischform (d.h. es gibt zwei verschiedene Anstellungsträger/ beauftragende Stellen und die Lotsen agieren als Tandem)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>				
3D			<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Falls Kinderklinik (FILTER F1B): <b>Kooperiert Ihre Geburtshilfe</b> im Rahmen <b>des Lotsendienstes</b> als Angebot der Frühen Hilfen mit der <b>Kinderklinik</b> bzw. ist der Lotsendienst in der Kinderklinik tätig?							
3E Falls 3D ja: <b>Wo</b> bzw. in welchen Abteilungen/ Stationen wird Lotsendienstes als Angebot der Frühen Hilfen eingesetzt / ist tätig? (Mehrfachantworten möglich)							
Allgemeine Pädiatrie	<input type="checkbox"/>	Neonatologie	<input type="checkbox"/>				
Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) (EINBLENDUNG gemäß 1B)	<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>				
3F Falls <b>Einsatz in Kinderkliniken</b> : Bei welchen Altersgruppen wird der Lotsendienst eingesetzt? (Mehrfachangaben möglich) (Filter 3D)							
Bei Neugeborenen	<input type="checkbox"/>	Bei Kindern im Alter bis zum 1. Geburtstag (ohne Neugeborene)	<input type="checkbox"/>				
Bei Kindern im Alter zwischen 1 und einschließlich 3 Jahren	<input type="checkbox"/>	Kinder ab 4 Jahre	<input type="checkbox"/>				
Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
3G Falls ja <b>intern</b> und Einsatz in Kinderkliniken: Der Lotsendienst unserer Geburtsklinik ist <b>organisatorisch</b> ...							
...der Geburtsklinik/ Gynäkologie zugeordnet	<input type="checkbox"/>	...der Kinderklinik zugeordnet-	<input type="checkbox"/>				
...dem Zentrum / Zusammenschluss aus Geburts- und Kinderklinik zugeordnet.	<input type="checkbox"/>	...einer anderen Klinik / Abteilung zugeordnet, und zwar:	<input type="checkbox"/>				
3H Falls Krankenhäuser mit klinikexternem oder Mischform-Lotsendienst: Wo sind die Lotsinnen und / oder Lotsen als Angebot der Frühen Hilfen <b>angestellt/ beschäftigt (z.B. als Honorarkraft)</b> ? (Mehrfachangaben möglich)							
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendhilfe (FILTER)	<input type="checkbox"/>				
Schwangerschaftsberatungsstelle		Bereich des Gesundheitswesens, nämlich:					
Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/>	Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>				

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

3I Falls bei 3H Kinder- und Jugendhilfe: Wo sind die Lotsinnen und / oder Lotsen als Angebot der Frühen Hilfen genau <b>angestellt/ beschäftigt (z.B. als Honorarkraft)?</b> (Mehrfachangaben möglich)?			
Jugendamt: Eigenes Sachgebiet Frühe Hilfen/Prävention(sketten)	<input type="checkbox"/>	Jugendamt: ASD	<input type="checkbox"/>
Jugendamt: Anderes Sachgebiet	<input type="checkbox"/>	Träger der freien Kinder- und Jugendhilfe, und zwar im Rahmen des folgenden Angebotes (z.B. Erziehungsberatungsstelle): _____	<input type="checkbox"/>

#### 4 Organisation des Lotsendienstes

4A Bei dem Lotsendienst in unserer Geburtsklinik handelt es sich um...

...ein eigenes, von der Klinik/Kommune entwickeltes Modell / Programm	<input type="checkbox"/>	...ein von anderen entwickeltes Programm (z.B. SeeYou, KinderZUKUNFT)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

4B Falls von anderen entwickeltes Programm: Um welches Programm handelt es sich?

KinderZUKUNFT (IMO-Institut Hilden)	<input type="checkbox"/>	KinderZUKUNFT NRW (Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft)	<input type="checkbox"/>
SeeYou	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

4C Wie ist der Lotsendienst <b>finanziert</b> ?	Vollständig	Anteilig	Gar nicht	Kann ich nicht beurteilen
Krankenhaus selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Träger des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiftungsgelder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel des Gesundheitsamtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel der Kinder- und Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere kommunale Mittel, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Förderungen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4D Wie viele <b>Lotsinnen</b> bzw. Lotsen sind <b>in den Jahren 2020 und 2021</b> in ihrem Haus tätig (gewesen)(unabhängig davon, ob diese im Krankenhaus angestellt sind)?		Kann ich nicht beurteilen
Anzahl Lotsinnen / Lotsen im Jahr 2020	_____ Köpfe/ Personen	<input type="checkbox"/>
Wöchentliche Arbeitszeit aller Lotsinnen / Lotsen im Jahr 2020 (Bitte Regelarbeitszeiten ggf. addieren)	_____ h/Woche insgesamt	<input type="checkbox"/>

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

4D (Fortsetzung) Wie viele <b>Lotsinnen</b> bzw. Lotsen sind <b>in den Jahren 2020 und 2021</b> in ihrem Haus tätig (gewesen)(unabhängig davon, ob diese im Krankenhaus angestellt sind)?			Kann ich nicht beurteilen	
Anzahl Lotsinnen / Lotsen im Jahr 2021		___ Köpfe/ Personen	<input type="checkbox"/>	
Wöchentliche Arbeitszeit aller Lotsinnen / Lotsen im Jahr 2021 (Bitte Regelarbeitszeiten ggf. addieren)		___ h/Woche insgesamt	<input type="checkbox"/>	
4E Wie viele Eltern haben die <b>Lotsinnen</b> bzw. Lotsen besucht? (ggf. realitätsnahe Schätzung)			Daten werden nicht dokumentiert	
Anzahl besuchter Familien / Eltern im Jahr 2020		___ besuchte Familien/ Eltern 2020	<input type="checkbox"/>	
Anzahl besuchter Familien / Eltern im Oktober 2021		___ besuchte Familien/ Eltern letzten Monat	<input type="checkbox"/>	
Anteil Familien / Eltern, denen ein konkretes Angebot gemacht wurde / die vermittelt wurden im Jahr 2020		___ vermittelte Familien/ Eltern 2020	<input type="checkbox"/>	
4F Welche <b>Qualifikation</b> haben die Lotsen?				
Familien-Hebamme	<input type="checkbox"/>	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger	<input type="checkbox"/>	
Hebamme ohne Zusatzqualifikation „Familien-Hebamme“	<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger ohne Zusatzqualifikation „Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger“	<input type="checkbox"/>	
(Sozial)pädagogische Ausbildung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	
4G Wurden oder werden die folgenden Maßnahmen zur Information über den Lotsendienst in Ihrer Geburtsklinik umgesetzt? (Mehrfachangaben pro Zeile möglich)				
	Ja, bei Einführung des Lotsendienstes	Ja, in festen Abständen / wiederkehrend	Ja, auf Anfrage	Gar nicht
Persönliche Vorstellung des Lotsendienstes bei den Mitarbeitenden in der Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Vorstellung des Lotsendienstes bei Mitarbeitenden weiterer Kliniken/ Abteilungen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Vorstellung des Lotsendienstes bei externen Partnern (z.B. Jugendamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedrigschwellige Schulung / Informationsveranstaltung (z.B. über Zielsetzung, Konzeptelemente) des Lotsendienstes in der Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedrigschwellige Schulung / Informationsveranstaltung (z.B. über Zielsetzung, Konzeptelemente) des Lotsendienstes in weiteren Kliniken/ Abteilungen des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

4H An wie vielen Tagen ist der Lotsendienst in Ihre Geburtsklinik tätig bzw. im Einsatz?			
Jeden Tag / täglich	<input type="checkbox"/>	5-6 Tage in der Woche	<input type="checkbox"/>
3-4 Tage in der Woche	<input type="checkbox"/>	1-2x in der Woche	<input type="checkbox"/>
Seltener	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4I Ist der Lotsendienst als Angebot der Frühen Hilfen auch an Wochenenden / Feiertagen tätig?			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein, aber gewünscht	<input type="checkbox"/>
Nein, auch nicht nötig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4J Hat der Lotsendienst einen oder mehrere eigene Räume, den/ die er nutzen kann (z.B. für Bürotätigkeit)?			
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
4K Falls eigene Räume: Wo sind diese verortet?			
Direkt auf der Station / mit kurzem Weg zu den Familien	<input type="checkbox"/>	Im Krankenhaus, aber nicht auf der Station	<input type="checkbox"/>
Außerhalb des Krankenhauses (z.B. in der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>
4L Wie oft kommt es vor, dass der Lotsendienst Ihrer Geburtsklinik (werdende) Eltern versorgt, die nicht aus dem festgelegten Einzugsbereich des Lotsendienstes stammen?			
Oft	<input type="checkbox"/>	Manchmal	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>	Niemals	<input type="checkbox"/>
<b>5 Konzept des Lotsendienstes</b>			
5A Wird der Lotsendienst den Eltern kostenlos angeboten?			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
5B Ist im Konzept klar geregelt worden, welche (werdenden) Eltern vom Lotsendienst besucht werden?			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

5C Welche (werdenden) Eltern erhalten einen Besuch vom Lotsendienst?			
Alle (werdenden) Eltern der Geburtsklinik (inkl. Eltern, die am Wochenende / Feiertagen entbinden/ entlassen werden)	<input type="checkbox"/>	Alle (werdenden) Eltern der Geburtsklinik, die zu den Einsatzzeiten des Lotsendienstes da sind	<input type="checkbox"/>
Nur (werdende) Eltern, die im Screening / Fragebogenergebnis Hinweise für Unterstützungsbedarfe aufweisen (unabhängig vom Zeitpunkt des Screenings)	<input type="checkbox"/>	Nur (werdende) Eltern, auf die die Lotsen vom Stationspersonal hingewiesen wurden	<input type="checkbox"/>
Sonstige (werdende) Eltern, und zwar:	<input type="checkbox"/>	Alle (werdenden) Eltern der Geburtsklinik, die zu den Einsatzzeiten des Lotsendienstes da sind	<input type="checkbox"/>
Nur (werdende) Eltern, die im Screening / Fragebogenergebnis Hinweise für Unterstützungsbedarfe aufweisen (unabhängig vom Zeitpunkt des Screenings)	<input type="checkbox"/>	Nur (werdende) Eltern, auf die die Lotsen vom Stationspersonal hingewiesen wurden	<input type="checkbox"/>
5D Wird in Ihrer <b>Geburtsklinik</b> der (psychosoziale) Unterstützungsbedarf bei (werdenden) Eltern <b>systematisch ermittelt</b> ?			
Ja, durch Einsatz eines Fragebogens / Screeninginstrumentes / standardisierten Einschätzungsbogen (Filterfrage)	<input type="checkbox"/>	Ja, durch Einschätzung der Lotsin/des Lotsen im Gespräch mit den Eltern bei der Besuchssituation	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Einschätzung des Stationspersonals nach Gesprächen mit den Eltern	<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5E Falls FB bei 5D: Welches Instrument <b>setzen</b> Sie <b>ein</b> , um den (psychosozialen) Unterstützungsbedarf bei (werdenden) Eltern zu ermitteln?			
Selbst entwickelte(r) Checkliste oder Fragenkatalog	<input type="checkbox"/>	Screeningbogen der Babylotsen-Projekte („Wilhelm“ oder der Bogen von „Babylotse Plus“)	<input type="checkbox"/>
Screening-Bogen des Projekts "Kinder Zukunft"	<input type="checkbox"/>	LupE-Bogen	<input type="checkbox"/>
Wir nutzen folgendes anderes Instrument (Bitte nennen Sie den Namen des Bogens und den Herausgeber, falls bekannt): _____	<input type="checkbox"/>	Uns ist der Name des Einschätzungsbogens <b>nicht</b> bekannt	<input type="checkbox"/>
5F Wann wird in Ihrer <b>Geburtsklinik erstmals</b> der (psychosoziale) <b>Unterstützungsbedarf</b> bei (werdenden) Eltern <b>systematisch ermittelt</b> ? (Mehrfachantworten möglich)			
Bei prästationären Kontakten vor der Geburt	<input type="checkbox"/>	Nach der Geburt / Während des Aufenthaltes rund um die Geburt	<input type="checkbox"/>



**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

5G Inwieweit werden im Rahmen der Lotsentätigkeit folgende <b>Informationen</b> standardmäßig mit Hilfe der nebenstehenden Aspekte <b>dokumentiert</b> ? Bei dokumentiert: Wem stehen die Informationen zur Verfügung?	Dokumentiert	Lotsen	Krankenhauspersonal (exkl. Lotsen)	
Ermittelte Belastungsniveau / Hilfebedarfs der Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittelte Informationen über Hilfsangebote an psychosozial belastete Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falldokumentation der Gespräche des Lotsendienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über Überleitung von Familien in externe Hilfsangebote der Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

5H Welche der folgenden <b>Aspekte</b> sind in Ihrer Geburtshilfe im Rahmen der Lotsendienste als ergänzendes Angebot <b>im Konzept enthalten</b> bzw. hilfreich?	Im Konzept enthalten und gut umsetzbar	Im Konzept enthalten aber nicht gut umsetzbar	Nicht im Konzept enthalten, aber wäre hilfreich	Nicht im Konzept enthalten, aber wäre hilfreich
Persönliche Begleitung der Eltern zum Angebot / Ansprechperson (z.B. Behördengang) (bei Bedarf und auf Wunsch der Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Kontaktaufnahme mit den Eltern nach Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

5I Welche der folgenden <b>Aspekte</b> sind im Rahmen der Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen in Ihrer Geburtshilfe <b>umgesetzt</b> bzw. in <b>Planung</b> ?	Ja, umgesetzt	Nein, aber konkret in Planung	Nein, aber wäre hilfreich	Nein, auch nicht angedacht
<b>Schriftliche</b> festgelegte verbindlicher <b>Ziele</b> des Lotsendienstes (z.B. Vermittlung aller belasteten Familien in Hilfsangebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung von statistischen Kennzahlen zur Lotsentätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz eines <b>Gesprächsleitfadens</b> für die Beratungsgespräche der Lotsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schriftlich</b> festgelegte konkrete <b>Prozessschritte</b> für den Lotsendienst <b>innerhalb</b> des Krankenhauses (z.B. wann wer eingeschaltet wird)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schriftliche</b> Prozess-Standards / Verfahrensanweisungen zur Zusammenarbeit mit <b>externen</b> Akteuren und Einrichtungen Früher Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festlegung der <b>Verantwortlichkeiten</b> in den Kliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verankerung des Lotsendienstes im <b>Klinik-Organigramm</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstellung von regelmäßigen Berichten / <b>Monitoring</b> zur Arbeit des Lotsendienstes (z.B. mittels standardisierter Daten zu den Eltern, zu klinikinternen Kooperationspartnern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

5I (Fortsetzung) Welche der folgenden <b>Aspekte</b> sind im Rahmen der Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen in Ihrer Geburtshilfe <b>umgesetzt</b> bzw. in <b>Planung</b> ?	Ja, umgesetzt	Nein, aber konkret in Planung	Nein, aber wäre hilfreich	Nein, auch nicht angedacht
Regelmäßige Auswertungsgespräche zwischen Klinik und koordinierende Stelle der Kommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätszirkel (z.B. mit anderen Lotsendiensten, Kliniken, Jugendamtsbezirken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste mit <b>allen Ansprechpartnern</b> / Kooperationspartnern (inkl. Telefonnummern, E-Mail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Verfahren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (klar abgegrenzt vom Lotsendienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen / Öffentlichkeitsarbeit zum Lotsendienst auf der Homepage Ihres Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen/ Öffentlichkeitsarbeit zum Lotsendienst in Broschüren Ihrer Geburtsklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige <b>klinikinterne</b> Team- oder Fallbesprechungen zu psychosozial belasteten Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige <b>netzwerkübergreifende</b> Team- oder Fallbesprechungen zu psychosozial belasteten Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbereitende, aufgabenspezifische Schulung der Lotsen (vor Beginn der Tätigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortlaufende, regelmäßige Schulungen / Fortbildungen der Lotsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Supervisionen für die Lotsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Elternbefragungen zur Zufriedenheit mit dem Lotsendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5J Falls klinikinterne Team- oder Fallbesprechung UND externer Lotsendienst: Nimmt die / der externe Lotsin / Lotse an den regelmäßigen <b>klinikinternen</b> Team- oder Fallbesprechungen zu psychosozial belasteten Familien teil?			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

5K Wie schätzen Sie die Einführung der folgenden <b>Maßnahmen</b> zur <b>Qualitätssicherung</b> auf <b>Landesebene</b> ein?	Sehr sinnvoll	Eher sinnvoll	Eher nicht sinnvoll	Nicht sinnvoll
Zertifizierung von Lotsendiensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einheitliche (Grund-)Qualifizierung von Lotsen, spezialisiert auf die Lotsentätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Austauschmöglichkeiten für die Lotsinnen und Lotsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungen für Lotsinnen und Lotsen zur punktuellen Vertiefung von Wissen und Kompetenzen der Lotsentätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Maßnahmen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>6 Zusammenarbeit des Lotsendienstes bei der Versorgung von psychosozial belasteten Familien</b>				
6A Bei welchen Angebote bzw. mit welchen Berufsgruppen/ Diensten Ihrer <b>Geburtsklinik für (werdende) Eltern</b> gibt es eine Zusammenarbeit mit dem Lotsendienst?	Ja, umgesetzt	Nein, aber wäre sinnvoll/ hilfreich	Nein, auch nicht angedacht	Bieten wir nicht an
Angebote / Kurse <b>vor</b> der Geburt (z.B. Schwangerenambulanz / Schwangerentelefon, Geburtsvorbereitungskurse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote / Kurse <b>nach</b> der Geburt (z.B. Still-Ambulanz, Still-Cafe, Babypflegekurse, Schrei-Ambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst / Case-Entlassmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologen /psychologischer Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6B Falls ja Sozialdienst / Psychologen: Bei welchen Aspekten ist dieser involviert? (Mehrfachantworten möglich)				
Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	<input type="checkbox"/>	Überleitung in passende Angebote	<input type="checkbox"/>	
Organisation von Heil-, Hilfsmitteln (inkl. Haushaltshilfe)	<input type="checkbox"/>	(Ergänzende) Unterstützung bei belastenden Ereignissen bei dem Kind (z.B. Totgeburt, Behinderung)	<input type="checkbox"/>	
(Ergänzende) Unterstützung bei belastenden Ereignissen bei der Mutter (z.B. Wochenbettdepression)	<input type="checkbox"/>	Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	
6C Kooperiert Ihre <b>Geburtsklinik</b> im Rahmen der Lotsentätigkeit mit einem / mehreren Jugendamtsbezirken / Gesundheitsämtern?				
Ja, mit einem Jugendamtsbezirk/ Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	Ja, mit mehreren Jugendamtsbezirken/ Gesundheitsämtern, und zwar mit: ____ (Anzahl)	<input type="checkbox"/>	
Nein, und zwar, weil:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6D Zu welche der folgenden <b>externen Einrichtungen/Akteure oder Dienste</b> haben Sie im Jahr <b>2020</b> im Rahmen des Lotsendienstes als Angebot <b>Früher Hilfen</b> Familien gezielt übergeleitet / vermittelt? (Überleitung= auf Wunsch der Eltern Herstellung eines Kontaktes zwischen Eltern zur Einrichtung/Akteur/Dienst, z.B. Anmeldung, Terminvereinbarung, persönliche Begleitung zum Termin, oft einhergehend mit Datenübermittlung an Einrichtung/Akteur/Dienst etc.) (Mehrfachangaben möglich)				
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	Hebammenvorsorge oder -nachsorge	<input type="checkbox"/>	
Gynäkologische Praxen	<input type="checkbox"/>	Pädiatrische Praxen	<input type="checkbox"/>	
Hausärztliche Praxen	<input type="checkbox"/>	Jugendamt: Allgemeiner Sozialer Dienst / Kommunaler Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	
Lebens-/Erziehungs- /Familienberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

6D (Fortsetzung) Zu welche der folgenden **externen Einrichtungen/Akteure oder Dienste** haben Sie im Jahr **2020** im Rahmen des Lotsendienstes als Angebot **Früher Hilfen** Familien gezielt übergeleitet / vermittelt?  
 (Überleitung= auf Wunsch der Eltern Herstellung eines Kontaktes zwischen Eltern zur Einrichtung/Akteur/Dienst, z.B. Anmeldung, Terminvereinbarung, persönliche Begleitung zum Termin, oft einhergehend mit Datenübermittlung an Einrichtung/Akteur/Dienst etc.) (Mehrfachangaben möglich)

Suchtberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	(Fachstelle oder Netzwerkkoordination) Frühe Hilfen	<input type="checkbox"/>
Willkommensbesuch für Neugeborene einer Kommune	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsorientierte Familienbegleitung (Familienhebammen/Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen)	<input type="checkbox"/>
Familienbildungsstätte/Elternkurse	<input type="checkbox"/>	Familienpflege	<input type="checkbox"/>
Familienbüro	<input type="checkbox"/>	Frühförderung	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtliche Familienpaten	<input type="checkbox"/>	Präventionsleistungen der Krankenkassen (z.B. Nichtraucherurse etc.)	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrische Zentren	<input type="checkbox"/>	Psychologische Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>
Migrationsdienste/-einrichtungen / Erstaufnahmeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	Sonstige Einrichtungen oder Akteure, und zwar:	<input type="checkbox"/>
Keine Angabe möglich	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

6E Wer bzw. welche Personen welcher Funktion **nimmt** aus Ihrer **Geburtshilfe** an dem **kommunalen Netzwerk „Frühe Hilfen“ teil?** (Mehrfachnennung möglich)

Lotsin / Lotse	<input type="checkbox"/>	Hebammen	<input type="checkbox"/>
Pflegedienstleitung auf Stationsebene	<input type="checkbox"/>	Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>
Chefärztin / Chefarzt	<input type="checkbox"/>	Ärztinnen / Ärzte	<input type="checkbox"/>
Krankenhaussozialdienst	<input type="checkbox"/>	Vertreter der Elternschule des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
Sonstige Personen aus dem Krankenhaus, und zwar:		Niemand	<input type="checkbox"/>
Kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/>		

**7 Einschätzung zur Umsetzung des Lotsendienstes bei der Versorgung von Familien mit (psychosozialem) Unterstützungsbedarf**

7A Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zur Umsetzung des Lotsendienstes als Angebot der Frühen Hilfen für Ihre Geburtsklinik zu?	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Die Klinikleitung (Geschäftsführung / Ärztlicher Dienst) befürwortet unseren Lotsendienst Frühe Hilfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Chefärztin / der Chefarzt unserer Geburtsklinik befürwortet unseren Lotsendienst Frühe Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die kommunale(n) Spitzen befürworten unseren Lotsendienst Frühe Hilfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Lotsendienst-Konzept wurde von uns gemeinsam mit dem Jugendamt entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Ansprechpartner in den Kommunen (Jugendamtsbezirke / Gesundheitsämter) sind immer gut zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Gesundheitsamt ist an der Umsetzung des Lotsendienstes beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsere Lotsin/ unser Lotse / unsere Lotsen sind im Krankenhaus-Team gut bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die krankenhausinterne Kontaktaufnahme mit dem Lotsendienst funktioniert einfach und problemlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war schwierig / zeitaufwändig, uns das nötige Wissen über mögliche Unterstützungsangebote anderer Hilfesysteme anzueignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Rahmen des Lotsendienstes ist sehr schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist unser ausgewiesenes Ziel, dass alle Professionen auf das Erkennen von Belastungsfaktoren, Ressourcen und Unterstützungsbedarfen bei (werdenden) Eltern sensibilisiert sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Zusammenarbeit von Kliniken mit dem Jugendamt / der Jugendhilfe werden gegenseitige Vorurteile abgebaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7B Einschätzung zu Wirkungen des Lotsendienstes Inwieweit <b>stimmen</b> Sie folgenden Aussagen zum <b>Lotsendienst</b> als Angebot der <b>Frühen Hilfen zu</b> ?	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Durch die frühe Vermittlung in passende Angebote werden die Familien einer Kommune besser versorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Lotsendienst erreicht alle Mütter/Familien, die in der Geburtsklinik stationiert sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Corona-Pandemie hat den Zugang/Ansprache der Mütter/Familien für den Lotsendienst in der Klinik erschwert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den (werdenden) Eltern werden durch den Lotsendienst Ängste und Sorgen für die erste Zeit zuhause genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Lotsendienst trägt dazu bei, dass der Bedarf für Frühe Hilfen oder andere passende niedrigschwellige Unterstützungsangebote frühzeitiger erkannt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

7B (Fortsetzung) Einschätzung zu Wirkungen des Lotsendienstes Inwieweit <b>stimmen</b> Sie folgenden Aussagen zum <b>Lotsendienst</b> als Angebot der <b>Frühen Hilfen</b> zu?	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Der Lotsendienst trägt dazu bei, dass die Familien bei Bedarf Frühe Hilfen oder andere passende, niedrigschwellige Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Lotsendienst trägt dazu bei, dass der Bedarf von intensiveren Hilfen (z.B. Hilfen zur Erziehung oder andere) frühzeitiger erkannt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Lotsendienst trägt dazu bei, dass Familien bei Bedarf intensivere Hilfen wie z.B. Hilfen zur Erziehung oder andere in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vermittlung in die Angebote Frühe Hilfen und in andere niedrigschwelligen Angeboten ist im Vergleich zu der Zeit vor Installierung des Lotsendienstes gestiegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geburtsklinik werden durch den Lotsendienst <b>zeitlich</b> entlastet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geburtsklinik werden durch den Lotsendienst die Sorge genommen, sich nicht adäquat um belastete Familien kümmern zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorurteile gegenüber dem Jugendamt und seinen Aufgaben werden durch den Lotsendienst abgebaut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedrigschwellige Schulungen des Klinikpersonals über den Lotsendienst (z.B. Zielsetzung, Konzeptelemente) sind eine gute Maßnahme, um alle Beteiligten für die Unterstützung und Mitwirkung am Lotsendienst zu gewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Infomaterialien über den Lotsendienst sind hilfreich für die Familien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7C Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aspekte für Kliniken und / oder Kommunen ein Grund sein könnten, keinen Lotsendienst einzuführen?	Kliniken			Kommunen		
	Zutreffend	Teils/teils	Nicht-Zutreffend	Zutreffend	Teils/teils	Nicht-Zutreffend
Fehlende <b>zeitliche</b> Ressourcen für Umsetzung eines Lotsendienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende <b>personelle</b> Ressourcen für Umsetzung eines Lotsendienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangende Zustimmung auf Leitungsebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangende Zustimmung auf der Umsetzungsebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Initiative auf Mitarbeiterebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Re-Finanzierung der Kosten/ Aufwände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte nicht ausfüllen!**  
**Musterexemplar der Online-Befragung!**

7C (Fortsetzung) Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aspekte für Kliniken und / oder Kommunen ein Grund sein könnten, keinen Lotsendienst einzuführen?	Kliniken			Kommunen		
	Zutreffend	Teils/teils	Nicht-Zutreffend	Zutreffend	Teils/teils	Nicht-Zutreffend
Unklarer Nutzen des Angebots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu kurze Verweildauer (z.B. zu kurz, um Belastungen zu erkennen / Familien anzusprechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten den Unterstützungsbedarf mit den Familien zu besprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheiten hinsichtlich Datenschutz und Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte / schwierige Zusammenarbeit mit Jugendamt / Jugendhilfe – Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst vor Stigmatisierung der Familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Klientel/ Klientel für Lotsendienst nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbehalte des Personals gegenüber den Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Kenntnis des Einsatzes der Lotsendienste als Angebot der Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere etablierte Hilffsysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Umsetzung gescheitert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Unterstützung bei der Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7D Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu?	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Ich bin sehr zufrieden mit der Umsetzung unseres Lotsendienstes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde anderen Krankenhäusern die Einführung eines Lotsendienstes uneingeschränkt weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7E Welche **Empfehlung(en)** können Sie – allgemein oder speziell aus Sicht der Geburtsklinik – für den **weiteren Auf- und Ausbau der Lotsendienste** geben? Bitte denken Sie auch an mögliche Hilfestellungen bei der täglichen Arbeit im Rahmen der Lotsendienste.

Unsere Empfehlung(en):

**8 Abschluss**

8A Welche **Berufsgruppen / Dienste** Ihres Krankenhauses haben an der Beantwortung des **Fragebogens mitgewirkt?**  
 (Mehrfachantworten möglich)

Lotsin / Lotse	<input type="checkbox"/>	Hebamme(n)	<input type="checkbox"/>
<b>Pflegedienstleitung</b> auf Stationsebene	<input type="checkbox"/>	Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>
Chefärztin / Chefarzt	<input type="checkbox"/>	Ärztinnen / Ärzte	<input type="checkbox"/>
Krankenhaussozialdienst	<input type="checkbox"/>	Vertreter der Elternschule des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>
Geschäftsführung		Sonstige Personen, und zwar:	<input type="checkbox"/>

8B Das Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration (MKFFI) Nordrhein-Westfalen möchte eine Kontaktdatenbank mit Ansprechpersonen aus Geburts- und Kinderkliniken sowie Kommunen erstellen. Diese Kontaktdatenbank soll vom MKFFI/MAGS und den Landesjugendämtern genutzt werden können. Die Kontaktdatenbank soll ermöglichen die zuständigen Ansprechpartnerinnen und -partner gezielter zu Veranstaltungen einzuladen und passende Kontakte an interessierte Kliniken und Kommunen weiterzugeben. Weiter soll eine Liste erstellt werden, die die Kontaktdaten der Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner der Kommunen und Kliniken enthält, die ihr Einverständnis hierzu gegeben haben, um eine eigenständige Vernetzung untereinander zu ermöglichen.

Hätten Sie grundsätzlich Interesse Ihre Kontaktdaten in dieser Kontaktdatenbank zu hinterlegen? Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können diese Zustimmung jederzeit ohne, dass Ihnen Nachteile entstehen, widerrufen. Bei ja, erhalten Sie weitere Informationen hier:

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) wird Ihre Daten nur zu dem Zweck erheben, um diese an das MKFFI (datenschutzkonform und geschützt) zu übermitteln. Im Anschluss werden Ihre Daten beim DKI umgehend gelöscht. .

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

8C **Nur bei Interesse an Kontaktdatenbank ausfüllen** Bitte füllen Sie die verschiedenen Felder aus. Ihre Angaben sind freiwillig.

Vorname: _____ Name: _____ Institution: _____ Adresse: _____ Funktion.: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____ Angaben zum Umsetzungsmodell des Lotsendienstes und Programmzugehörigkeit	
---	--

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung**