



# FRAGEBOGEN



**REPRÄSENTATIVE BEFRAGUNG  
ZUR VERSORGUNG VON FAMILIEN  
IN BELASTENDEN LEBENSLAGEN**

## Liebe Kinder- und Jugendärztinnen, liebe Kinder- und Jugendärzte,

wir führen eine Befragung zur Versorgung von Familien mit psychosozialen Belastungen durch. Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir herausfinden, wie Sie Familien in belastenden Lebenslagen im Rahmen von U-Untersuchungen versorgen. **Wir bitten Sie, die Fragen aufrichtig und ehrlich zu beantworten.**

Ihre Daten werden selbstverständlich anonym erhoben und verarbeitet, so dass Rückschlüsse auf Ihre Person, Ihre Praxis und auf Ihre Patientinnen und Patienten sowie deren Familien nicht möglich sind.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.  
Per Mail: [fruehehilfen@kantarhealth.com](mailto:fruehehilfen@kantarhealth.com)  
Oder über unsere Hotline: 0800 100 94 55

WIR BEDANKEN UNS HERZLICH FÜR IHRE ZEIT UND UNTERSTÜTZUNG.

## 1

## 1.1 Wie viele Jahre sind Sie bereits als Kinder- und Jugendärztin oder -arzt tätig?

Jahre  Keine Angabe

## 1.2 In welchem beruflichen Kontext arbeiten Sie?

Ich bin

- selbstständig niedergelassene Ärztin bzw. selbstständig niedergelassener Arzt in einer Einzelpraxis.
- niedergelassene Ärztin bzw. niedergelassener Arzt in einer Gemeinschaftspraxis.
- Angestellte bzw. Angestellter in einer niedergelassenen Praxis.
- Ich arbeite in einem anderen beruflichen Kontext und zwar

## 1.3 In welchem sozialen Umfeld sind Sie tätig?

- Meine Praxis liegt in einem ländlichen Umfeld.
- Meine Praxis liegt in einem kleinstädtischen Umfeld.
- Meine Praxis liegt in einem städtischen Umfeld, und ich versorge dabei
- den städtischen Durchschnitt.
- vornehmlich einen sozialen Brennpunkt.
- ein gut situiertes Viertel.

## 1.4 Wie viele U-Untersuchungen haben Sie im vergangenen Quartal in Ihrer Kinder- und Jugendarztpraxis durchgeführt (U3 bis U7a)? Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.

Anzahl

(Wenn Sie weniger als 25 U-Untersuchungen im letzten Quartal durchgeführt haben, füllen Sie den Fragebogen bitte nicht aus. Die Befragung endet hier für Sie. Wir bedanken uns für Ihre Zeit und Unterstützung!)

## 2

**Bezogen auf 100 Eltern, die mit ihren Kindern zu U-Untersuchungen (U3 bis U7a) in Ihre Praxis kommen: Bei wie vielen dieser 100 Eltern oder Kinder machen Sie folgende Beobachtungen?**

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 0 = "bei keiner Familie" bis 100 = "bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. **Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.**

		Ist für mich in den U-Untersuchungen nicht zu beobachten oder festzustellen.
Anzeichen für starke Erschöpfung bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für eine psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Junges Alter von Mutter und/oder Vater (jünger als 21) bei Geburt des Kindes	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf körperliche oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und/oder Vater (Behinderung oder chronische Erkrankung)	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für Armut	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf niedrigen Bildungsstand der Mutter und/oder des Vaters	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf soziale Isolation der Familie	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse bei Mutter und/oder Vater	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>

		Ist für mich in den U-Untersuchungen nicht zu beobachten oder festzustellen.
Mutter oder Vater erzieht das Kind alleine	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch)	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund chronischer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Früh- und/oder Mehrlingsgeburt	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	Bei etwa <input type="text"/> Familien von 100 Familien	<input type="checkbox"/>

Die zuvor genannten Beobachtungen können darauf hinweisen, dass eine Familie psychosozial belastet ist.

Im folgenden Fragenblock möchten wir von Ihnen wissen, wie Sie Familien mit psychosozialen Belastungen versorgen. Die nächsten Fragen beziehen sich deshalb ausschließlich auf Familien mit psychosozialen Belastungen.

Bitte nehmen Sie die Einschätzung immer in Bezug zu den U-Untersuchungen (U3 – U7a) vor.

### 3

**3.1.1 Bezogen auf 100 Familien, die zur U-Untersuchung (U3-U7a) in Ihre Praxis kommen: Bitte geben Sie an, bei wie vielen dieser Familien Sie psychosoziale Belastungen feststellen, die aus Ihrer Sicht bedeutsam für die gesunde weitere Entwicklung der Kinder sind.**

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 0 = "bei keiner Familie" bis 100 = "bei allen Familien". Sie können jede Zahl zwischen 0 und 100 angeben. **Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.**

Ist für mich in den U-Untersuchungen nicht zu beobachten oder festzustellen.

Bedeutsame psychosoziale Belastungen für die gesunde weitere Entwicklung des Kindes bei etwa  Familien von 100 Familien

**3.1.2 Hat der Anteil psychosozial belasteter Familien in Ihrer Praxis in den letzten Jahren zugenommen?**

- Ja, der Anteil psychosozial belasteter Familien hat **zugenommen**.
- Nein, der Anteil psychosozial belasteter Familien ist **unverändert** geblieben.
- Nein, der Anteil psychosozial belasteter Familien hat **abgenommen**.
- Keine Angabe möglich.

**3.2 Empfinden Sie den Umgang mit psychosozial belasteten Familien als Herausforderung?**

- Ja (**weiter mit 3.2.1**)
- Nein (**weiter mit 3.3**)

### 3.2.1 Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 1 = „Stimme gar nicht zu“ bis 5 = „Stimme voll zu“.

Der Umgang mit psychosozial belasteten Familien ist eine Herausforderung, da...	Stimme gar nicht zu					Stimme voll zu
	1	2	3	4	5	
....es für mich schwierig ist, Belastungen im Rahmen von U-Untersuchungen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....ich im Rahmen von U-Untersuchungen zu wenig Zeit für Gespräche mit belasteten Eltern habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....ich Gespräche mit belasteten Familien nicht angemessen vergütet bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...die Gefahr besteht, dass die Familien nicht mehr in meine Praxis kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...ich nicht weiß, wie ich den Familien helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...ich über zu wenige Kenntnisse in der Gesprächsführung mit belasteten Eltern verfüge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...die belasteten Familien oft keine Hilfe möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...sonstige Gründe vorliegen. Bitte geben Sie an:						
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 3.3 Nutzen Sie einen standardisierten Einschätzungsbogen oder Elternfragebogen (z.B. Fragebogen, Checkliste, Screeningbogen, Prüfbogen) zur Einschätzung des Belastungsniveaus von Familien oder einer drohenden Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch)?

Ja (weiter mit Frage 3.3.1)

Nein (weiter mit Frage 3.4)

#### 3.3.1 In welchen Fällen füllen Sie den Einschätzungsbogen aus? Mehrfachantworten sind möglich.

- Grundsätzlich bei allen Untersuchungen, egal ob zur Vorsorge oder bei akuten Anlässen.
- Bei allen Familien, die ich im Rahmen der U-Untersuchungen sehe.
- Wenn ich mir unsicher bin, ob die Familie belastet ist.
- Wenn ich mir unsicher bin, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.
- Wenn konkrete Hinweise auf Belastungen vorliegen.
- Wenn gewichtige Hinweise auf Kindeswohlgefährdung vorliegen.
- In anderen Fällen.  
In welchen?

**3.3.2 Welchen Einschätzungsbogen setzen Sie ein? Mehrfachantworten sind möglich. Senden Sie uns bitte den Einschätzungsbogen, der in Ihrer Praxis verwendet wird, mit dem Fragebogen zurück.**

- Ich habe selbst eine „Checkliste“ oder einen Fragenkatalog entwickelt.
- Pädiatrischer Anhaltsbogen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.
- Dokumentationshilfen der Krankenkassen zur Einschätzung von Gefährdungslagen des Kindes.
- Dokumentationsbogen der Krankenkassen im Rahmen von Familienprogrammen.
- Einschätzungsbogen der Krankenkassen im Rahmen von Präventionsempfehlungen.
- Dokumentationshilfe einer kassenärztlichen Vereinigung.
- Elternfragebögen nach Papousek
- Mannheimer Elternfragebogen (MEF)
- Ich nutze folgendes anderes Instrument.  
Bitte nennen Sie den Namen des Einschätzungsbogens und den Herausgeber, falls bekannt:
- 
- 
- 
- Mir ist der Name des Einschätzungsbogens nicht bekannt.
- Ich nutze ausschließlich das U-Heft.

**3.4 Wie schätzen Sie für den Standort Ihrer Praxis die Versorgung mit Unterstützungsangeboten für psychosozial belastete Familien mit Kindern bis drei Jahren ein?**

- Es gibt eine Überversorgung in meinem Einzugsgebiet.
- Die Versorgung ist bedarfsgerecht in meinem Einzugsgebiet.
- Es gibt eine Unterversorgung in meinem Einzugsgebiet.
- Das kann ich für mein Einzugsgebiet nicht beurteilen.

**4**

**4.1 Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate in Ihrer Praxis bei U-Untersuchungen (U3 bis U7a) Kontakt zu einer psychosozial belasteten Familie?**

- Ja **(weiter mit 4.2)**
- Nein **(weiter mit 5.1 auf Seite 17)**

Bitte erinnern Sie sich an die **letzte psychosozial belastete Familie ohne gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung**, die ein Kind zur U3 bis U7a in Ihrer Praxis vorstellte.

Familien mit gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch) stehen im weiteren Verlauf nicht im Fokus der Befragung. **Denken Sie im Folgenden bitte nur an diese eine Familie!**

**4.2 Bei welcher U-Untersuchung ist Ihnen die psychosoziale Belastung der Familie erstmalig aufgefallen?**

- U3
- U4
- U5
- U6
- U7
- U7a
- Weiß ich nicht (mehr)

**4.3 Welche Belastungen bzw. Auffälligkeiten haben Sie bei dieser Familie beobachtet?  
Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.**

	Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar
Anzeichen für starke Erschöpfung bei Mutter und/oder Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für eine psychische Erkrankung bei Mutter und/oder Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Junges Alter von Mutter und/oder Vater (jünger als 21) bei Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf körperliche oder geistige Beeinträchtigung bei Mutter und/oder Vater (Behinderung oder chronische Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für Substanzmissbrauch bei Mutter und/oder Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen für Armut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf niedrigen Bildungsstand der Mutter und/oder des Vaters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf soziale Isolation der Familie	<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"/>
Mutter und/oder Vater erzieht das Kind alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Fürsorgeanforderung aufgrund von chronischer Erkrankung/Behinderung des Kindes, Früh- und/oder Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.4 Geben Sie nachfolgend an, ob Sie die genannten Auffälligkeiten bei der Familie beobachtet oder festgestellt haben. Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.**

	Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar
Unzureichende Pflege des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inadäquate Kleidung oder unpassendes Schuhwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzureichende Ernährung (z.B. nicht altersgemäß, ungesund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fütterstörungen des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzessives Schreien oder starke Unruhe des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde aktive Zuwendung der Eltern zum Kind (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Wahrnehmung und Reaktion von Mutter oder Vater auf körperliche und/oder emotionale Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwertendes und feindseliges Verhalten von Mutter oder Vater gegenüber dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter oder Vater berichten, dass sie sich von ihrem Kind abgelehnt fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen von Überforderung bei Mutter oder Vater in Bezug auf Alltagsorganisation und Lebensführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen von Überforderung von Mutter oder Vater beim Umgang mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen von Überforderung mit der Planung und Einhaltung von Terminen und Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter oder Vater wirken interesselos, niedergeschlagen, antriebslos – insbesondere hinsichtlich des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter oder Vater verhalten sich unberechenbar und chaotisch (emotional instabil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter oder Vater sind impulsiv bzw. verfügen über mangelnde Selbstregulation (z. B. Ausbrüche intensiven Ärgers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ihnen sonstige Auffälligkeiten im Gedächtnis geblieben sind, geben Sie diese bitte hier an:

---



---



---



---



---

**4.5** Manchmal hat eine psychosozial belastete Familie einen akuten Unterstützungsbedarf. Hatte die Familie, an die Sie denken, aus Ihrer Sicht Unterstützungsbedarf?

- Ja (weiter mit 4.6)
- Nein (weiter mit 5.1 auf Seite 17)
- Weiß nicht (weiter mit 5.1 auf Seite 17)

**4.6** Wurde die Familie nach Feststellung des Unterstützungsbedarfs (von Ihnen oder einer anderen Person) beraten?

- Ja (weiter mit 4.7)
- Nein. Warum nicht? (weiter mit 5.1 auf Seite 17)
- 
- Weiß nicht (weiter mit 5.1 auf Seite 17)

**4.7** Wer hat diese Familie nach der Feststellung des Unterstützungsbedarfs beraten?  
Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an. Mehrfachantworten sind möglich.

- Ich selbst, als Kinder- und Jugendärztin oder -arzt.
- Die MFA oder eine andere mitarbeitende Person meiner Praxis.
- Ärztliche Kollegin bzw. ärztlicher Kollege.
- Kooperationspartnerinnen und -partner aus einer anderen Berufsgruppe (z. B. eine Familienhebamme oder eine Sozialpädagogin bzw. ein Sozialpädagoge). Welche Berufsgruppe?
- 
- Sonstige:
- 
- Ich erinnere mich nicht mehr.

**4.8** In manchen Fällen ist eine Beratung nicht ausreichend oder kann nicht durchgeführt werden. Wurden weitere Maßnahmen ergriffen, um die Familie zu unterstützen?

- Die Beratung war ausreichend. (weiter mit 5.1 auf Seite 17)
- Ja, es wurden weitere Maßnahmen ergriffen. (weiter mit 4.8.1)
- Nein, es wurden keine weiteren Maßnahmen ergriffen, obwohl nach der Beratung weiterer Unterstützungsbedarf bestand.  
Warum wurden keine Maßnahmen ergriffen? (weiter mit 5.1 auf Seite 17)
- 
- Weiß nicht (weiter mit 5.1 auf Seite 17)



**4.8.1 Haben Sie sich als Ärztin oder Arzt mit Kolleginnen und Kollegen ausgetauscht bzw. Beratung in Anspruch genommen, um der Familie zu helfen? Mit welchen Personen? Mehrfachantworten sind möglich.**

- Nein, ich habe mich nicht ausgetauscht bzw. keine Beratung in Anspruch genommen.
- Ja, ich habe mich mit ärztlichen Kolleginnen oder Kollegen ausgetauscht.
- Ja, ich habe mich mit Ansprechpersonen aus familienunterstützenden Maßnahmen ausgetauscht (z. B. Kontakt-, Beratungs- oder Koordinierungsstellen Frühe Hilfen, Jugendamt).
- Ja, ich habe die Beratung durch eine „Insofern erfahrene Fachkraft“ in Anspruch genommen.
- Sonstiges:

**4.8.2 Welche Maßnahmen oder Angebote haben Sie empfohlen bzw. in welche Maßnahme haben Sie übergeleitet? Mehrfachantworten sind möglich.**

- In medizinische Maßnahmen und Angebote aus dem Bereich des Gesundheitswesens. Bitte nennen Sie diese:
- In familienunterstützende Maßnahmen und Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Bitte nennen Sie diese:
- In Maßnahmen zur Abklärung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bzw. Schutzmaßnahmen. Bitte nennen Sie diese:
- Sonstige:





**5**

**5.1 An wen richten sich die Frühen Hilfen? Mehrfachantworten sind möglich.**

- An wen sich Frühe Hilfen richten, ist mir nicht bekannt.
- An alle (werdenden) Eltern mit Kindern von 0 bis 1 Jahr (im Sinne einer Primärprävention).
- An alle (werdenden) Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren (im Sinne einer Primärprävention).
- An alle (werdenden) Eltern mit Kindern von 0 bis 6 Jahren (im Sinne einer Primärprävention).
- An Familien in belastenden Lebenslagen mit Kinder von 0 bis 1 Jahr (im Sinne einer Sekundärprävention).
- An Familien in belastenden Lebenslagen mit Kinder von 0 bis 3 Jahren (im Sinne einer Sekundärprävention).
- An Familien in belastenden Lebenslagen mit Kinder von 0 bis 6 Jahren (im Sinne einer Sekundärprävention).
- An Familien mit Kindern von 0 bis 1 Jahr und gewichtigen Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch).
- An Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren und gewichtigen Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch).
- An Familien mit Kindern von 0 bis 6 Jahren und gewichtigen Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung (Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch).

**Frühe Hilfen** sind lokale und regionale Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Alter von 3 Jahren. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. So sollen Entwicklungs- und Lebensbedingungen der Familien verbessert werden.  
 In **Netzwerken Frühe Hilfen** arbeiten Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen zusammen und tauschen ihr Wissen über ihre jeweiligen Angebote aus. Die Fachkräfte kommen aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, aus der Schwangerschaftsberatung und der Frühförderung.

**5.2** Gibt es in dem Einzugsgebiet Ihrer Praxis ein solches Netzwerk Frühe Hilfen (nach den oben genannten Definitionen) bzw. vergleichbare Angebote für psychosozial belastete Familien?

- Ja (weiter mit 5.3)
- Nein (weiter mit 5.6)
- Weiß nicht (weiter mit 5.6)

**5.3** Sind Ihnen konkrete Angebote Früher Hilfen bekannt?

- Ja. Welche?
- Nein (weiter mit 5.6)

**5.4** Wie viele Familien haben Sie im Jahr 2016 an das lokale Netzwerk oder in Angebote Früher Hilfen vermittelt? Wenn Sie die Anzahl nicht genau kennen, schätzen Sie bitte.

- Keine Familie
- Familie(n)
- Weiß nicht

**5.5** Nehmen Sie an Treffen des lokalen Netzwerkes Frühe Hilfen teil?

- Ja
- Nein
- Mir ist kein lokales Netzwerk Frühe Hilfen bekannt.

**5.6** Haben Sie schon einmal eine Fortbildung zum Thema „Frühe Hilfen“ besucht?

- Ja. Welche?
- Nein
- Weiß nicht

**5.7** Haben Sie schon einmal an der Weiterbildung „Curriculum für Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die Kinder- und Jugendärztliche Praxis“ teilgenommen?

- Ja
- Nein

**5.8** Haben Sie schon einmal an einem interdisziplinären Qualitätszirkel zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien teilgenommen?

- Ja
- Nein

**5.9** In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe von 1 = „Stimme gar nicht zu“ bis 5 = „Stimme voll zu“.

	Stimme gar nicht zu		Stimme voll zu		
	1	2	3	4	5
Frühe Hilfen sind nützlich für Familien in Problemlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Frühen Hilfen sind (wären) eine Entlastung für meine Tätigkeit als Kinderärztin bzw. -arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch oder per E-Mail zur Verfügung.

**Kantar Health GmbH**

Landsberger Straße 284  
80687 München

T 0800 100 94 55

F 089-5600 1400

fruehehilfen@kantarhealth.com

www.fruehehilfen.de

Die Studie wird von Kantar Health im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) mit Mitteln der Bundesinitiative Frühe Hilfen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführt.

Das NZFH wird getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI).

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

