

# **Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Hat sich ihr Einsatz bewährt?**

Ilona Renner, Sara Scharmanski

*Author's accepted manuscript version*

## **Publisher's Version:**

**Published in:** Springer-Verlag Berlin Heidelberg: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (ISSN: 1437-1588)

**Publication date:** 07 September 2016

**DOI:** <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2430-8>

**Cite as:** Renner, I. & Scharmanski, S. Bundesgesundheitsbl (2016) 59: 1323.

<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2430-8>

## Hintergrund

Der Einsatz von Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (FGKiKP) ist Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen (§ 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz). Inzwischen wird dieses Unterstützungsangebot, das sich insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen richtet, von der überwiegenden Mehrzahl der Kommunen in Deutschland vorgehalten. In Anbetracht der inzwischen bundesweit gut gelungenen, strukturellen Verankerung des Angebots stellt sich die Frage, inwieweit die Familien selbst von der Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft profitieren. Dieser Frage soll im vorliegenden Beitrag nachgegangen werden. Dabei stützen wir uns im Wesentlichen auf Erkenntnisse aus der Begleitforschung zur Bundesinitiative.

Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegende sind staatlich examinierte Hebammen und Kinderkrankenpfleger mit einer Zusatzqualifikation, die sie besonders dazu befähigt, auch Familien zu unterstützen, die unter psychosozial belastenden Bedingungen Kinder erziehen.<sup>1</sup> Solche Bedingungen, beispielsweise gravierende Armutslagen bzw. niedriges Einkommen oder die psychische Erkrankung eines Elternteils, können dazu beitragen, dass Elternkompetenzen nicht ausreichend entwickelt werden und professionelle Hilfe erforderlich ist [4, 5, 6].

Schwerpunkte der konkreten Tätigkeit von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen sind zum einen die direkte psychosoziale und gesundheitliche Beratung und Betreuung von (werdenden) Eltern kleiner Kinder, die meist im häuslichen Umfeld stattfindet, und zum anderen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen [7]. So ist die Gesundheitsfachkraft in der Lage, neben ihrer direkten Hilfeleistung, Familien – bei Bedarf – weitere passende Hilfeangebote zu vermitteln. In diesem Sinne hat die Gesundheitsfachkraft in den Frühen Hilfen zwei voneinander gut unterscheidbare Aufgabenbereiche: zum einen die Stärkung und Entwicklung von Lebens- und Erziehungskompetenzen der Eltern durch aufsuchende Beratungs- und Hilfeleistungen, zum anderen die Funktion einer Lotsin im kommunalen Netzwerk Früher Hilfen.

Damit Familien von der Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft profitieren können, müssen mehrere Voraussetzungen erfüllt sein. Zunächst muss das Angebot in einer Kommune überhaupt vorgehalten werden (1). Ist dies der Fall, dann ist es notwendig, dass (vor allem) Familien mit Hilfebedarf das Angebot kennen und nutzen (2). Die Inanspruchnahme des Angebots bedeutet jedoch noch nicht zwingend, dass die Familie von der Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft profitieren konnte und die Zusammenarbeit erfolgreich war. Voraussetzung für den Betreuungserfolg ist zunächst die positive Annahme, also die Akzeptanz einer Unterstützung in der Familie, die sich beispielsweise in der Äußerung hoher Zufriedenheit ausdrückt (3). Doch auch eine positive Bewertung durch die Familie ist als Erfolgskriterium nicht hinreichend. Letztlich ist es unerlässlich – unabhängig von Maßen der Akzeptanz –, auch Indikatoren für den Kompetenzzuwachs der Familien sowie für die gelungene Vermittlung weiterer Hilfen zu erheben (4).

(Zu 1 und 2) Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen eindrucklich, dass in einem Großteil der Kommunen in Deutschland – trotz aller Schwierigkeiten bei der Implementierung – die Unterstützung durch eine Familienhebamme oder FGKiKP inzwischen Teil des kommunalen Angebotes für Familien ist. Gut belegt ist auch die Tatsache, dass dieses Angebot bekannt ist und von Familien mit Hilfebedarf in hohem Maße genutzt wird [8].

(Zu 3) Dass die Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft bei Familien mit Hilfebedarf auf eine sehr hohe Akzeptanz stößt, zeigen Ergebnisse einer qualitativen Studie, die im Kontext des Bundesmodellprojekts zur Familienhebammenhilfe im Landkreis Osnabrück durchgeführt wurde [9]: Mütter, die in Betreuung einer Familienhebamme waren, gaben in offenen, leitfadengestützten Tiefeninterviews an, dass sie sich gut und umfassend unterstützt fühlten. Dieser Befund wird durch die aktuellen Ergebnisse einer standardisierten Befragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ein-

---

<sup>1</sup> Wird der Einsatz der Gesundheitsfachkraft aus Mitteln der Bundesinitiative finanziert, muss die Zusatzqualifikation dem Kompetenzprofil Familienhebammen oder dem Kompetenzprofil Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen entsprechen [1, 2]. Siehe dazu auch die Festlegungen in der Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015 [3].

drücklich bestätigt [10]. An schriftlichen, telefonischen und persönlich mündlichen Interviews nahmen 1016 zufällig ausgewählte Mütter junger Kinder teil, von denen 618 eine längerfristige Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft in Anspruch genommen haben. Über 90 % dieser Mütter äußerten eine „hohe“ oder „sehr hohe“ Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familienhebamme oder FGKiKP. Darüber hinaus bewerteten sie mehrere persönliche und fachliche Eigenschaften der Gesundheitsfachkraft ausgesprochen positiv und gaben für die einzelnen Leistungen an, dass sie im Rückblick „(sehr) hilfreich“ waren.

(Zu 4) Die Befundlage zum Erfolg des Betreuungsangebots – gemessen anhand einer objektiven Einschätzung des elterlichen Kompetenzzuwachses oder der Annahme zusätzlicher, bedarfsgerechter Hilfeangebote – ist weit weniger eindeutig. So wurden positive Effekte der Familienhebammenunterstützung in einer Längsschnittstudie mit Kontrollgruppendesign festgestellt [11]. Die Effektstärken der wenigen signifikanten Ergebnisse bewegten sich im kleineren bis mittleren Bereich. In einer weiteren Studie zur Effektivität der Unterstützung durch Familienbegleiterinnen, die als randomisierter Kontrollgruppenversuch angelegt war, konnten ebenfalls nur wenige signifikante Effekte im kleineren bis marginalen Bereich nachgewiesen werden [12]. In den Frühen Hilfen stellt die Konzeption und Durchführung eines RCT (Randomized Controlled Trials) eine große Herausforderung dar [13, 14] und es ist ausgesprochen positiv zu bewerten, dass in beiden Studien der Versuch unternommen wurde, ein solches (randomisiertes) Kontrollgruppendesign zu realisieren. Auffallend ist jedoch, dass in beiden Studien Outcomes gemessen wurden, die kaum in einen direkten hypothetischen Kausalzusammenhang mit dem Leistungsspektrum von Gesundheitsfachkräften zu bringen sind: Viele der Parameter, die in den Studien erhoben wurden – wie beispielsweise eine depressive Symptomatik der Hauptbezugsperson –, können von der Gesundheitsfachkraft kaum positiv beeinflusst werden, da die Behandlung von Depressivität nicht zum Leistungsspektrum der Gesundheitsfachkräfte gehört. Möglicherweise ist dies einer der Gründe dafür, dass der Beleg eines hinreichend starken Effektes (auch) für dieses Unterstützungsangebot bis heute ausgeblieben ist.<sup>2</sup>

Ein davon stark abweichender Ansatz wurde in dem Bundesmodellprojekt „Familienhebammen in Sachsen-Anhalt“ erprobt [17]: Hier wurden Indikatoren, die zur Messung des Betreuungserfolgs herangezogen wurden, aus der Betreuungspraxis heraus entwickelt. Dieser Ansatz wurde in der vorliegenden Studie weiterentwickelt, indem vermehrt auf den Erfahrungsschatz von Praktikerinnen zurückgegriffen wurde. So wurden Variablen zur Erhebung des Betreuungserfolgs formuliert, die mit der beruflichen Zielsetzung von Gesundheitsfachkräften in Zusammenhang stehen und somit realistische und durch die Gesundheitsfachkraft beeinflussbare Kompetenzen und Kompetenzzuwächse abbilden.

## Methoden

Um Kompetenzen und Kompetenzzuwächse der Familien im Betreuungsverlauf sowie die Vermittlung in weiterführende Hilfen abzubilden, wurde eine Onlineerhebung auf Grundlage der Dokumentationsvorlage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) bei Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegern durchgeführt. In dem Onlineerhebungsbogen konnten Familienhebammen und FGKiKP zwischen Dezember 2013 und März 2015 ihre Beobachtungen in den Familien bzw. ihre Einschätzung der elterlichen Kompetenzen für jede Familie, die sie betreuten, zu drei Messzeitpunkten eintragen (t0: Betreuungsbeginn, t1: nach 4 Monaten, t2: bei Betreuungsende bzw. zum ersten Geburtstag des Kindes). Diese Daten übermittelten sie dann – mit Einverständnis der betreuten Familien – in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form an das vom NZFH beauftragte Feldinstitut.

Im Folgenden werden der Entwicklungsprozess des Erhebungsinstruments und der Feldzugang dargestellt sowie die Stichprobe der betreuten Familien beschrieben.

### Entwicklung des Erhebungsinstruments

Die Items, die zur Messung des Kompetenzzuwachses bei den Familien und zur Einschätzung der Vermittlungsleistung durch die Gesundheitsfachkräfte herangezogen wurden, sind das Ergebnis eines aufwendigen Entwicklungsprozesses, an dem nicht nur Experten aus der Forschung, sondern insbesondere auch Praktikerinnen beteiligt waren. Dies war zwingend erforderlich, da nur aktive Familienhebammen und FGKiKP über einen Erfahrungsschatz verfügen, der ihnen eine realistische Einschätzung ihrer Wirkmöglichkeiten erlaubt.

Um zu ermitteln, welche elterlichen Kompetenzen – aus Perspektive der Praktikerinnen – überhaupt positiv beeinflussbar sind, hat das NZFH im Vorfeld der Entwicklung des Erhebungsinstruments eine deutschlandweite telefonische Befragung von Familienhebammen sowie eine Dokumentenanalyse gefördert [18]. In dieser Studie wurden 825 realistische Ziele ermittelt, die Gesundheitsfachkräfte nach eigenen Angaben in der Betreuungssituation verfolgen.

Auf Grundlage dieser empirisch erhobenen Zieldefinitionen entwickelte das NZFH in enger Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg die „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheits-

---

<sup>2</sup> So wurden bis dato auch für die Frühen Hilfen in Deutschland insgesamt lediglich wenige Wirksamkeitsnachweise mit geringer praktischer Bedeutsamkeit (kleinen Effektgrößen) berichtet, wobei die Ergebnisse der Einzelstudien eine große Heterogenität aufwiesen [15]. Dies ist u. a. auch auf die unterschiedlichen Designs (Prä-/Postvergleiche oder Interventions-/Kontrollgruppendesigns) und auf unterschiedliche Interventionen (universell-präventive oder sekundär-präventive Ansätze) zurückzuführen. Die Nutzung von Wirksamkeitsparametern, die oftmals nicht mit den Zielen der Interventionen vereinbar sind, mag aber ebenfalls ein wichtiger Grund für das Ausbleiben von Effekten sein. Zu erwähnen ist auch, dass der vielfach geforderte Nachweis eines direkten Einflusses der Tätigkeit von Gesundheitsfachkräften auf die Häufigkeit von Kindeswohlgefährdungen aus statistischen Gründen nicht gelingen kann, da die Prävalenzen von Kindeswohlgefährdungen zu gering sind [16].

I. Renner · S. Scharmski

## Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Hat sich ihr Einsatz bewährt?

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen ist Förderschwerpunkt der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“. Die Bundesinitiative hat dazu beigetragen, dass dieses Unterstützungsangebot für Familien mit jungen Kindern bundesweit auf- und ausgebaut wurde. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwieweit Familien, insbesondere Familien in belastenden Lebenslagen, von diesem Angebot profitieren.

**Methode:** Um diese Frage zu beantworten, wurde eine Onlineerhebung bei Gesundheitsfachkräften auf Grundlage der Dokumentationsvorlage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) durchgeführt und elterliche Lebens- und Erziehungskompetenzen wurden standardisiert erhoben. An der Erhebung nahmen 190 Gesundheitsfachkräfte teil, die dem NZFH zu drei Erhebungszeitpunkten anonymisierte Angaben über 937 Familien übermittelten.

**Ergebnisse:** Nach der Betreuung kann eine signifikante Zunahme der Kompetenzen festgestellt werden. Vor allem Familien mit weniger stark ausgeprägten Belastungen scheinen von der direkten Hilfeleistung der Gesundheitsfachkräfte zu profitieren. Familien mit Belastungen, die so stark ausgeprägt sind, dass die Gesundheitsfachkraft die Vermittlung zusätzlicher Hilfeangebote in Erwägung zieht, profitieren deutlich weniger von den direkten Hilfeleistungen. Jedoch können diese Familien zu einem sehr hohen Anteil in zusätzliche, intensive Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe vermittelt werden.

**Diskussion:** Familien in psychosozial belasteten Lebenslagen scheinen von der Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte zu profitieren. Weitere Forschungsbemühungen (v. a. die Überprüfung im Kontrollgruppendesign) sind wünschenswert, wobei vermehrt auf adäquate und durch die Gesundheitsfachkraft beeinflussbare Outcomevariablen zur Erfassung des Betreuungseffektes zurückgegriffen werden sollte.

### Schlüsselwörter:

Frühe Hilfen, Gesundheitsfachkräfte, Familienhebammen, Familien, Kinder

## Family midwives and nurses in early childhood intervention. Have they been successful?

### Abstract

### Background

The federal initiative promotes support offered by family midwives and nurses in early childhood intervention. So far, the initiative has contributed to the fact that many municipalities in Germany provide support to burdened families with young children in order to help them cope with everyday life and child-raising issues. This investigation aims to provide scientific insight into the question of if (and how) families benefit from the support of family midwives and nurses.

**Methods:** To answer this question, the National Centre on Early Prevention conducted an online survey. In a two-wave longitudinal study, 190 family midwives and nurses took part in the survey and reported data concerning resources, stresses, strains and improvements of 937 families.

**Results:** Families with relatively higher resources and lower stresses benefit from the support of family midwives and nurses, whereas families under more extreme stresses and strains do not seem to benefit to the same extent. Nevertheless, for a majority of the latter families, midwife and nurse services were still beneficial, as the professionals were able to arrange more adequate, i. e. more intense, support offered by the child and youth welfare system in Germany.

**Discussion:** Families in stressful living circumstances seem to benefit from family midwife and nurse services. However, further research proposals (i. e. CTs) are requested, whereby the appropriate outcome variables to measure the effect should be selected.

### Keywords:

Early childhood intervention, Health professionals, Family midwives, Families, Children

bereich“ [19], deren Items dem Onlineerhebungsbogen weitgehend entsprechen. Der Erhebungsbogen enthält ein „Systematisches Explorations- und Verlaufsinventar für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen“ (SEVG), das die strukturierte Erfassung von elterlichen Lebens- und Erziehungskompetenzen in der Betreuungssituation ermöglicht. Zwischen Juni 2012 und September 2013 wurde dieser Erhebungsbogen mehreren Pretests unterzogen und immer wieder Gruppen von Experten aus Forschung und Praxis vorgelegt, was zu mehreren Überarbeitungsschleifen führte [20]. Die nachfolgenden Analysen basieren auf Auswertungen der Daten, die von Gesundheitsfachkräften mit dem SEVG zu drei Zeitpunkten im Betreuungsverlauf erhoben wurden.

Das SEVG besteht aus fünf Skalen: Interaktion zwischen Hauptbezugsperson und Kind (1), Fürsorge für das Kind (2), Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf (3), Aktivitäten im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung (4) und soziale Unterstützung (5). Mit der Skala „Soziale Unterstützung“ wird die Fähigkeit der Mitglieder einer Familie erhoben, sich bei Bedarf erfolgreich um Unterstützung aus dem privaten Umfeld zu bemühen. Den fünf Skalen sind jeweils zwischen zwei und sechs Items zugeordnet, die einen elterlichen Kompetenzbereich repräsentieren.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> So enthält die Skala „Interaktion zwischen Hauptbezugsperson und Kind“ (1) folgende sechs Items (a–f): Die Hauptbezugsperson (HBP) nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Säuglings wahr (a); die HBP nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Säuglings wahr (b); die HBP reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Säuglings (c); die HBP reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Säuglings (d); die HBP wendet sich dem Kind aktiv zu (e); die HBP zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit (f).

Die Gesundheitsfachkraft kann anhand des SEVG die aktuelle Ausprägung jeder einzelnen elterlichen Kompetenz anhand einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft voll und ganz zu“ einschätzen. Sie hat darüber hinaus die Möglichkeit, die Antwortkategorie „nicht sicher erkennbar“ zu wählen. Für jede der fünf Skalen wurde für jede Familie durch Mittelung ein Skalenwert berechnet. Voraussetzung sind hier mindestens 75 % gültige Items je Skala. Eine Ausnahme bildet hier die Skala „Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf“, bei der aufgrund inhaltlicher Überlegungen ein Drittel gültige Items zur Mittelwertbildung ausreichend sind. Hohe Skalenwerte indizieren eine positive Ausprägung der erfassten Kompetenzbereiche. Skalenwerte, die im Betreuungsverlauf steigen, sind Indikatoren für einen Kompetenzzuwachs in den Bereichen, die durch die Skala operationalisiert wurden.

Die Kompetenzskalen sind das Ergebnis eines wissenschaftlichen Prozesses der Konsensfindung zwischen Forschung und Praxis. Diese nicht immer konfliktfreie Verhandlung der teils kontroversen Anforderungen aus beiden Arbeitsfeldern hat letztlich zu dem erfreulichen Ergebnis geführt, dass die Skalen hinsichtlich ihrer Validität, Reliabilität und Objektivität höchsten Qualitätsstandards entsprechen. So lag die interne Konsistenz der Subskalen mit Cronbachs  $\alpha$  von 0,0803 bis 0,950 im guten bzw. sehr guten Bereich. Auch für die Trennschärfe der einzelnen Items können Korrelationen der einzelnen Items mit dem korrigierten Skalenmittelwert von überwiegend größer als 0,600 berichtet werden, was ebenfalls als gut bzw. sehr gut anzusehen ist [21].

### Gewinnen der teilnehmenden Gesundheitsfachkräfte

Um möglichst vielen Gesundheitsfachkräften die Chance zu eröffnen, an der Erhebung teilzunehmen, und unter Beachtung einer strengen Auslegung des Datenschutzes, wurden in einem ersten Schritt die Koordinierungsstellen Frühe Hilfen aller Bundesländer um die Benennung von Personen gebeten, die in den Kommunen zuständig für den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen waren. Die benannten Personen wurden dann in einem zweiten Schritt vom NZFH schriftlich gebeten, von ihren Fachkräften das Einverständnis einzuholen, sie persönlich anschreiben und über die Studie informieren zu dürfen sowie sie zur freiwilligen und anonymen Beteiligung an der Erhebung einzuladen. Dieser Einladung folgten 190 Gesundheitsfachkräfte, die überwiegend angaben, als Familienhebamme tätig zu sein ( $n = 129$ , 68,3 %). Weitere 27,0 % ( $n = 51$ ) waren FGKiKP oder gaben eine „sonstige“ berufliche Qualifikation an ( $n = 9$ , 4,8 %), die dem Aufgabenspektrum der Gesundheitsfachkräfte entspricht.

Die Gesundheitsfachkräfte übermittelten zwischen Dezember 2013 und März 2015 pseudonymisierte Angaben über insgesamt 985 Familien, von denen 937 in die Analyse einbezogen wurden. Der Ausschluss von 48 Datensätzen ist auf die hohe Zahl an fehlenden Angaben in den Einschätzungsbögen zu diesen Familien zurückzuführen.

### Stichprobenbeschreibung

Die Hauptbezugsperson (HBP) war überwiegend die leibliche Mutter ( $n = 897$ , 97,3 %) mit einem Durchschnittsalter von  $M = 27,1$  Jahren ( $SD = 6,998$ , Range: 15–60). Als höchster Schulabschluss der HBP wurden überwiegend Haupt- ( $n = 250$ , 27,4 %) und Realschulabschluss ( $n = 171$ , 18,7 %) genannt; über ein Fünftel verfügte nach Angaben der Gesundheitsfachkraft über keinen Schulabschluss ( $n = 205$ , 22,4 %). Mehr als die Hälfte ( $n = 513$ , 55,8 %) der Hauptbezugspersonen lebte mit dem Kindsvater bzw. der Kindsmutter zusammen, knapp 30 % ( $n = 268$ , 29,2 %) lebten alleine ohne (Ehe-)Partner. 70 % ( $n = 648$ , 70,7 %) der Familien hatten Anspruch auf Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder. Aus methodischen Gründen kann hierbei jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass Transferleistungen, die auch unbelasteten Familien zustehen, wie beispielsweise das Elterngeld, hier mit eingerechnet wurden. Aussagekräftiger ist, dass mehr als ein Viertel der Haushalte verschuldet oder privatinsolvent waren ( $n = 253$ , 27,7 %), sowie die Einschätzung der Gesundheitsfachkräfte, dass knapp die Hälfte der Hauptbezugspersonen ( $n = 428$ , 46 %) die finanzielle Situation als belastend wahrnehmen (vgl. Tab. 1).

## Ergebnisse

Zentrale Ziele der Tätigkeit von Familienhebammen und FGKiKP sind zum einen die Entwicklung und Stärkung elterlicher Lebens- und Erziehungskompetenzen, zum anderen die Vermittlung weiterführender passgenauer Hilfen, falls die eigene Leistung – aus Perspektive der Gesundheitsfachkraft – den Unterstützungsbedarf der Familie nicht (vollständig) decken kann. Inwieweit werden diese konzeptionell vorgesehenen, idealtypischen Ziele der Tätigkeit von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen faktisch umgesetzt?

Im Folgenden sollen zunächst erste Ergebnisse zum Kompetenzzuwachs berichtet werden. Es schließt sich die Darstellung von Ergebnissen zur „Lotsinnenfunktion“ der Gesundheitsfachkraft an.

### Kompetenzzuwachs

Für die Familien wurde für jeden Kompetenzbereich zu zwei Erhebungszeitpunkten („Beginn der Betreuung“ und „Abschluss der Betreuung“) ein Mittelwert berechnet. Um ein globales Maß für den Kompetenzzuwachs der Gesamtheit aller Familien im Datensatz zu erhalten, wurden – für jede Skala – aus den Mittelwerten aller Familien ein Durchschnittswert für den Beginn der Betreuung und ein Durchschnittswert für den Abschluss der Betreuung gebildet. Im Ergebnis können so für jeden Kompetenzbereich die Veränderungen im Betreuungsverlauf im Sinne eines Kompetenzzuwachses oder einer Kompetenzabnahme erfasst werden. Da nicht für alle Familien für jeden Kompetenzbereich zu zwei Erhebungszeitpunkten ein ausreichend hoher Anteil gültiger Werte vorliegt, variiert die Anzahl der Familien, die in die Berechnung einbezogen werden konnten.

Im Folgenden werden zwei Gruppen von Familien (Gruppe A und B) hinsichtlich der Entwicklungen ihrer Eltern- und Lebenskompetenzen im Betreuungsver-

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe der betreuten Familien (N = 937), Angaben der gültigen Prozente

Hauptbezugsperson	Die leibliche Mutter	n = 897	97,3 %
	Der leibliche Vater	n = 14	1,5 %
	Die soziale Mutter	n = 2	0,2 %
	Der soziale Vater	n = 2	0,2 %
	Eine andere Person	n = 7	0,8 %
	Nicht beantwortet	n = 15	–
Alter Hauptbezugsperson	M = 27,1 Jahren (SD = 6,998, Range: 15–60)		
Wohnsituation der Hauptbezugsperson bei Beginn der Betreuung (Mehrfachantworten)	Lebt mit Kindsvater/Kindsmutter zusammen	n = 513	55,8 %
	Lebt alleine ohne (Ehe-)Partner	n = 268	29,2 %
	Lebt mit eigenen Eltern/Schwiegereltern (Großeltern des Kindes) zusammen	n = 105	11,4 %
	Lebt mit neuem Partner/neuer Partnerin zusammen, der/die nicht Kindsvater/Kindsmutter ist	n = 15	1,6 %
	Lebt in Einrichtung (z. B. Frauenhaus, Mutter-Kind-Heim)	n = 25	2,7 %
	Ist obdachlos	n = 5	0,5 %
	Sonstiges	n = 26	2,8 %
Hauptbezugsperson verfügt über einen niedrigen Bildungsstand <sup>4</sup>	Nein	n = 360	39,4 %
	Ja	n = 455	49,8 %
	Nicht sicher erkennbar	n = 99	10,8 %
	Nicht beantwortet	n = 23	–
Belastende Erfahrung in der Kindheit	Nein	n = 450	50,1 %
	Ja	n = 449	49,8 %
	Nicht beantwortet	n = 38	–
Die finanzielle Situation wird von der Hauptbezugsperson als belastend empfunden	Nein	n = 291	31,7 %
	Ja	n = 428	46,6 %
	Nicht sicher erkennbar	n = 199	21,7 %
	Nicht beantwortet	n = 19	–
Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder stehen der Familie/Lebensgemeinschaft zu	Nein	n = 171	18,6 %
	Ja	n = 648	70,7 %
	Nicht sicher erkennbar	n = 98	10,7 %
	Nicht beantwortet	n = 20	–
Eine Person oder mehrere Personen im Haushalt sind verschuldet oder privatsolvent	Nein	n = 330	36,1 %
	Ja	n = 253	27,7 %
	Nicht sicher erkennbar	n = 332	36,3 %
	Nicht beantwortet	n = 22	–

lauf miteinander verglichen. Gruppe A besteht aus Familien, für die – aus Sicht der Familienhebammen und FGKiKP – die gewährten Unterstützungsleistungen zu allen drei Erhebungszeitpunkten ausreichend sind ( $n = 705$ , 75,24 %). Gruppe B besteht hingegen aus Familien, über deren Situation die Gesundheitsfachkraft zu einem der drei Erhebungszeitpunkte folgende Aussage bejaht hat: „Eine einzelne Belastung oder mehrere Belastungen in der Familie sind so stark ausgeprägt, dass *zusätzliche Unterstützung* notwendig ist, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.“ Diese Angabe macht die Gesundheitsfachkraft für insgesamt 24,76 % ( $n = 232$ ) der Familien im Datensatz.

Es fällt auf, dass Gesundheitsfachkräfte die Kompetenzen von Familien der Gruppe A bereits zu Beginn der Betreuung sehr positiv einschätzen (s. Abb. 1 und Tab. 2). Auf einer Skala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 5 („trifft voll und ganz zu“) vergaben die Fachkräfte Durchschnittswerte von 3,12 (SD = 1,287; Kompetenzbereich „Soziale Unterstützung“) bis 4,39 (SD = 0,671; Kompetenzbereich „Fürsorge für das Kind“). Im Betreuungsverlauf können für alle Kompetenzbereiche im Durchschnitt Zuwächse beobachtet werden.

Um die statistische Signifikanz dieser Kompetenzzuwächse zu prüfen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt [22]. Lagen signifikante Unterschiede der Mittelwerte der Kompetenzskalen zu zwei Erhebungszeitpunkten vor, so erfolgte in einem zweiten Schritt die Berechnung des Effektstärkemaßes Cohens  $d$  [23]. Die Effektstärke erlaubt die Bewertung eines signifikanten statistischen Unterschiedes hinsichtlich seiner praktischen Bedeutsamkeit unabhängig von der Stichprobengröße [22, 24]. In die Analysen wurden Skalenwerte von 275 bis 590 Familien einbezogen.

Mit den inferenzstatistischen t-Test-Analysen konnte bestätigt werden, dass bei den Familien der Gruppe A alle Kompetenzkennwerte (Skalen des SEVG) im Betreuungsverlauf signifikant zunahmen. Die Effektstärken liegen – nach der Festlegung von Cohen [23] – im überwiegend kleinen Bereich ( $d = 0,18$ – $0,45$ ).

Ein ganz anderes Bild ergibt sich für die Entwicklung der Erziehungs- und Lebenskompetenzen in Familien der Gruppe B: Zu Beginn der Betreuung schätzten die Gesundheitsfachkräfte die Kompetenzen der Familien durchweg eher niedriger ein. Wie Tab. 3 zu entnehmen ist, vergaben sie durchschnittliche Ausgangswerte zwischen 2,50 (SD = 1,190; Kompetenzbereich „Soziale Unterstützung“) und 3,92 (SD = 0,803; Kompetenzbereich „Fürsorge für das Kind“). Der Kompetenzzuwachs im Betreuungsverlauf ist – im Vergleich zur Gruppe A – gering und lediglich für die Skalen „Interaktion“ und „Lebensführung“ signifikant. In die Analyse wurden Skalenkennwerte von 115 bis 165 Familien einbezogen.

<sup>4</sup> Anmk.: keinen Schulabschluss oder Hauptschulabschluss



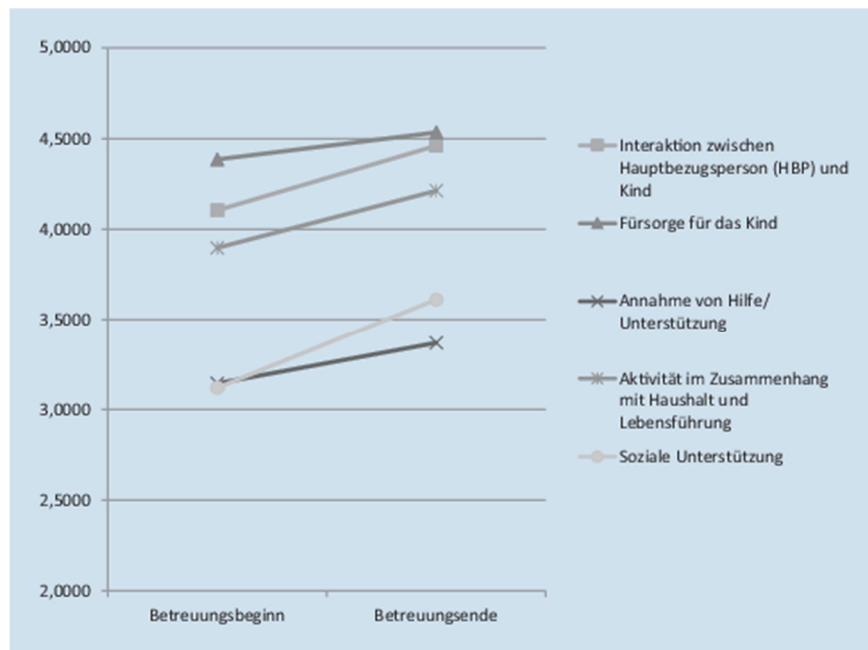


Abb. 1: Verlauf der Kompetenzskalen der Familien aus Gruppe A (n = 705)

### Lotsinnenfunktion

Eine Aufgabe der Familienhebammen und FGKIKP ist die Vermittlung zusätzlicher Hilfen an Familien, deren Bedarf die Gesundheitsfachkraft mit ihren eigenen Leistungen nicht decken kann. Bei diesen Hilfen kann unterschieden werden nach (a) eher intensiven Hilfen, wie beispielsweise die Unterstützung durch eine sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), oder (b) weniger intensiven Hilfen, wie beispielsweise die Untersuchung und Beratung in einer kinderärztlichen Praxis oder eine Schuldnerberatung.

Im Onlinefragebogen gaben die Fachkräfte für jede Familie an, welche anderen Akteure oder Einrichtungen die Familie zusätzlich zur Gesundheitsfachkraft im Betreuungszeitraum

unterstützt haben. Eine zusätzliche Unterstützung erhielten insgesamt 79,3 % aller Familien im Datensatz. Es fällt auf, dass Familien, die der Gruppe B zugeordnet wurden – also Familien deren Belastungen so stark ausgeprägt sind, dass aus Sicht der Gesundheitsfachkraft zusätzliche Hilfen notwendig waren, um eine drohende Kindeswohlgefährdung abzuwenden –, mit 83,19 % nur wenig mehr zusätzliche Hilfen erhielten als Familien der Gruppe A (78,01 %).

Betrachtet man jedoch die Art der Hilfen, dann werden gravierende Unterschiede deutlich sichtbar: Bei Familien der Gruppe A ist die Inanspruchnahme von zusätzlichen intensiven und weniger intensiven Maßnahmen nahezu gleich verteilt (weniger intensive Maßnahmen: n = 277, 50,4 %; intensive Maßnahmen: n = 262, 47,6 %) (vgl. Abb. 2).

Davon unterscheidet sich die Art der zusätzlichen Maßnahmen, die Familien der Gruppe B in Anspruch genommen haben, deutlich (vgl. Abb. 2): Bei Familien, deren Belastungen aus Sicht der Gesundheitsfachkraft so stark ausgeprägt waren, dass zusätzliche Hilfen zur Abwendung einer Gefährdung des Kindeswohls notwendig sind, werden im Betreuungsverlauf sehr viel häufiger Akteure und Einrichtungen hinzugezogen, die intensivere Unterstützungsleistungen anbieten (weniger intensive Maßnahmen: n = 22, 11,4 %; intensive Maßnahmen: n = 169, 87,6 %). Diese Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen sind hoch signifikant ( $\chi^2 = 93,924$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,000$ ; Chi-Quadrat-Test mit Ausschluss von Zellen mit Zellohäufigkeiten kleiner als 5 [22]).

Diese Ergebnisse können auf eine erfolgreiche Lotsinnenfunktion der Gesundheitsfachkraft hinweisen. Erfolgreich in dem Sinne, dass Familien, deren Belastungen – aus Sicht der Gesundheitsfachkraft – so stark ausgeprägt sind, dass eine Gefährdung des Kindeswohls zu befürchten ist, zu einem deutlich höheren Anteil zusätzliche intensive Hilfeleistungen in Anspruch nehmen als Familien, deren Belastungen weniger stark ausgeprägt sind. Einschränkung muss jedoch angemerkt werden, dass nicht auszuschließen ist, dass einigen Familien der Gruppe B eine solche Maßnahme nicht von der Gesundheitsfachkraft, sondern von anderen Akteuren vermittelt wurde.

## Diskussion

Inwieweit können die hier berichteten Ergebnisse als Hinweis auf einen direkten Nutzen für Familien interpretiert werden, die von einer Gesundheitsfachkraft betreut werden? In der vorliegenden Studie wurden die Wirksamkeitsparameter im Vorfeld der Erhebung – in enger Kooperation mit der Praxis – entwickelt [25]. Das Ergebnis war ein Instrument, das ausschließlich Outcomes misst, die von den Expertinnen der praktischen Umsetzung selbst als realistische Zielsetzung für ihre aufsuchende Betreuung definiert wurden. Diese Ziele beziehen sich einerseits auf die Entwicklung und Stärkung von Eltern- und Lebenskompetenzen, andererseits auf die Vermittlung zusätzlicher Hilfen, falls das eigene Leistungsspektrum nicht ausreicht, um den Hilfebedarf der Familie zu decken (Lotsinnenfunktion).

### Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Familien, die nach Einschätzung der Gesundheitsfachkräfte keine zusätzlichen Hilfen zur Abwendung einer drohenden Kindeswohlgefährdung benötigten, scheinen von der direkten Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft zu profitieren: Diese Familien konnten ihre Eltern- und Lebenskompetenzen in allen fünf Bereichen signifikant verbessern.

Fast ein Viertel der Familien (n = 232, 24,76 %) im Datensatz waren jedoch so stark belastet, dass – aus Sicht der Gesundheitsfachkraft – zusätzliche Hilfen notwendig waren, um eine drohende Kindeswohlgefährdung abzuwenden. In diesen Familien konnte nur

Tab. 2: Kompetenzzuwachs der Familien aus Gruppe A sowie deren inferenzstatistische Kennwerte (n = 705)

Skalen SEVG	Messzeitpunkt					
	Betreuungs- beginn	Betreuungs- ende	t-Test			
	M (SD)	M (SD)	t-Wert	df	p	Cohens d <sup>a</sup>
Interaktion	4,10 (0,872)	4,46 (0,706)	-12,987	589	0,000***	0,45
Fürsorge	4,39 (0,671)	4,53 (0,596)	-7,177	581	0,000***	0,23
Annahme von Hilfe/Unterstützung	3,14 (1,222)	3,37 (1,232)	-3,382	274	0,001**	0,18
Lebensführung	3,90 (0,911)	4,21 (0,814)	-10,042	537	0,000***	0,37
Soziale Unterstützung	3,12 (1,287)	3,61 (1,206)	-8,774	520	0,000***	0,39
*Sig. $p < 0,05$ ; **sig. $p < 0,01$ ; ***sig. $p < 0,001$						
<sup>a</sup> Nach Cohen [24] ist 0,20–0,50 als kleiner Effekt, 0,50–0,80 als mittlerer Effekt und >0,80 als großer Effekt zu bewerten.						

Tab. 3: Kompetenzzuwachs der Familien aus Gruppe B sowie deren inferenzstatistische Kennwerte (n = 232)

Skalen SEVG	Messzeitpunkt					
	Betreuungs- beginn	Betreuungs- ende	t-Test			
	M (SD)	M (SD)	t-Wert	df	p	Cohens d <sup>a</sup>
Interaktion	3,51 (0,961)	3,83 (0,930)	-4,674	159	0,000***	0,34
Fürsorge	3,92 (0,803)	3,96 (0,849)	-0,751	157	n. s.	–
Annahme von Hilfe/Unterstützung	2,87 (1,183)	2,84 (1,214)	0,338	114	n. s.	–
Lebensführung	3,28 (0,993)	3,52 (1,080)	-3,744	164	0,000**	0,23
Soziale Unterstützung	2,50 (1,190)	2,65 (1,212)	-1,502	146	n. s.	–
*Sig. $p < 0,05$ ; **sig. $p < 0,01$ ; ***sig. $p < 0,001$						
<sup>a</sup> Nach Cohen [24] ist 0,20–0,50 als kleiner Effekt, 0,50–0,80 als mittlerer Effekt und >0,80 als großer Effekt zu bewerten.						

für zwei der fünf Kompetenzbereiche eine geringfügige Verbesserung im Betreuungsverlauf nachgewiesen werden. Dies weist darauf hin, dass das Spektrum der direkten Hilfeleistungen von Familienhebammen und FGKiKP nicht auf den Bedarf von sehr stark belasteten Familien zugeschnitten ist. Obwohl die direkte Hilfeleistung deutlich weniger erfolgreich war als in der Vergleichsgruppe der weniger stark belasteten Familien, haben aber auch diese Familien möglicherweise von der Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft profitiert: Die Ergebnisse legen nahe, dass Familien durch die Unterstützung der Gesundheitsfachkraft der notwendige Zugang zu einer intensiveren, passgenaueren Hilfe eröffnet werden konnte. Ohne Betreuung wäre die Wahrscheinlichkeit geringer, dass der Bedarf an einer solchen Hilfe aufgefallen wäre.

Insgesamt ist dazu kritisch anzumerken, dass diese Betreuungen nicht eindeutig zum Spektrum der Frühen Hilfen gehören, sondern eher in den Kontext der Abwendung einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung. Dies ist konzeptionell so nicht vorgesehen: Eine enge Zusammenarbeit von Familienhebammen und FGKiKP mit der Kinder- und Jugendhilfe wird kritisch bewertet, da sie die Gefahr birgt, dass die Gesundheitsfachkraft von den Familien nicht als „unterstützend“, sondern als „kontrollierend“ wahrgenommen wird. Im ungünstigsten Fall setzt die Gesundheitsfachkraft so den Vertrauensvorsprung aufs Spiel, den auch Eltern in (hoch) belastenden Lebenslagen einer Fachkraft aus dem Gesundheitsbereich oftmals entgegen bringen.

### Limitationen der Studie

Aus ethischen Gründen war es in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, eine Kontrollgruppe zu realisieren. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, inwieweit der Kompetenzzuwachs, der in der Studie gemessen wurde, als Betreuungserfolg interpretiert werden kann. Rückmeldungen aus der Praxis legen nahe, dass sich die Situation von Familien in belastenden Lebenslagen ohne eine frühzeitige Intervention im ersten Lebensjahr des Kindes drastisch verschlechtert. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass Eltern mit steigenden Anforderungen, die das Kleinkind an die Lebens- und Erziehungskompetenzen der Eltern stellt, oftmals überfordert sind. Dieser Eindruck aus der praktischen Arbeit wird durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt. So konnte im Bundesmodellprojekt „Keiner fällt durchs Netz“ [11] für Familien, die ähnlich hohe psychosoziale Belastungen aufwiesen wie die Familien in der vorliegenden Studie, jedoch keine frühe Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft erhielten, gezeigt werden, dass sich ihre Situation in mehreren wichtigen Parametern verschlechterte [26]. Dies ist ein Hinweis darauf, dass ein tatsächlicher Effekt der Unterstützung durch eine Gesundheitsfachkraft in der vorliegenden Studie nicht auszuschließen ist.

Die Studienergebnisse basieren auf subjektiven Einschätzungen der Gesundheitsfachkräfte bzw. auf Falldokumentationen, die für jede Familie zu drei Erhebungszeitpunkten von den Gesundheitsfachkräften anonym übermittelt wurden. Es gab keine Verpflichtung, an der Studie teilzunehmen; die Aufwandsentschädigung war gering. Mit diesem Vorgehen können mehrere methodische Limitationen verbunden sein, denen wir im Folgenden nachgehen möchten.

Inwieweit haben die Teilnehmerinnen den Onlineerhebungsbogen gewissenhaft und sorgfältig ausgefüllt? Anhand des Datensatzes konnte aufgrund der konsistenten Antwortmuster statistisch nachgewiesen werden, dass die Gesundheitsfachkräfte sich bei der Dateneingabe sehr darum bemüht haben, ihre Beob-



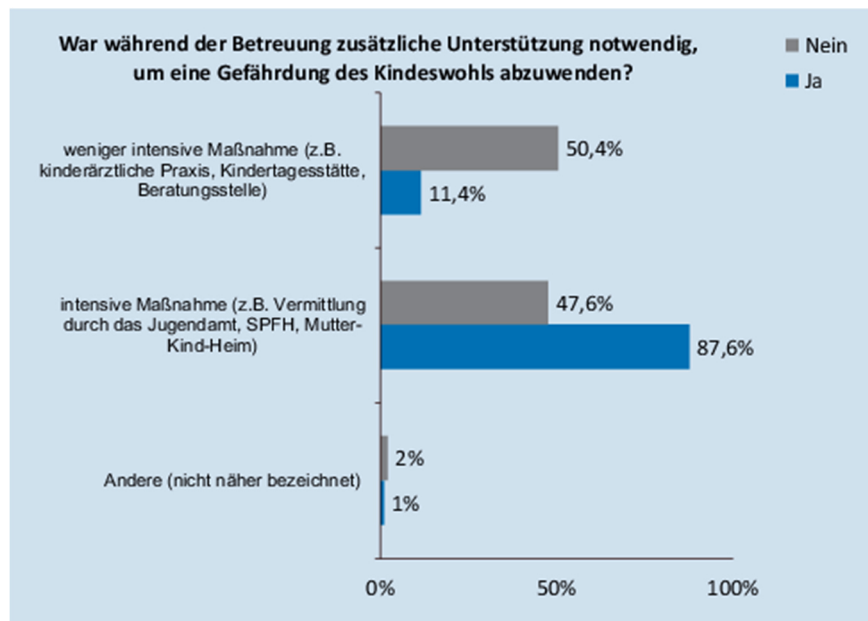


Abb. 2: Vergleich der zusätzlichen Unterstützung für Familien der Gruppe A mit der zusätzlichen Unterstützung für Familien der Gruppe B (N = 743)

achtungen und Einschätzungen wahrheitsgemäß zu dokumentieren [21].

Es ist jedoch nicht ganz auszuschließen, dass der Kompetenzzuwachs zum Teil auf dem (unbewussten) Wunsch der Fachkraft beruht, letztlich eine erfolgreiche Arbeit geleistet zu haben (soziale Erwünschtheit bzw.

Selbstdarstellungstendenzen [27]). Dies ist jedoch aus folgenden Gründen eher unwahrscheinlich: Viele Teilnehmerinnen haben die Möglichkeit genutzt, die Daten jeweils gesondert zu den drei Erhebungszeitpunkten einzugeben. In diesen Fällen wäre es für die Gesundheitsfachkraft zu aufwendig gewesen, die Eingaben jeweils mit Eingaben zu vergleichen, die Monate zuvor gemacht wurden.

Ein bewusstes „Übertreiben“

des Betreuungserfolges – aufgrund der Überzeugung, als Teilnehmerin an der Studie „auf dem Prüfstand“ zu stehen – ist denkbar, aber ebenfalls unwahrscheinlich, da Angaben über das Kompetenzniveau einer Familie zum Abschluss der Betreuung sehr regelhaft mit den zu anderen Erhebungszeitpunkten angegebenen Belastungen zusammenhängen. Außerdem deuten die moderaten Kompetenzzuwächse eher auf eine ausgesprochen kritische Betrachtung der eigenen Wirkmöglichkeiten hin.

#### Ausblick und weiterer Forschungsbedarf

In Anbetracht der Ergebnisse und der oben dargestellten Überlegungen ist es überaus plausibel, dass Familien mit Hilfebedarf von der Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft in mehreren Hinsichten profitieren. Um dies zweifelsfrei zu belegen, ist es jedoch notwendig, die Ergebnisse der Untersuchung in einem kontrollierten Design zu bestätigen. Dabei muss gewährleistet sein, dass Vorgaben der Forschungsethik und des Datenschutzes streng befolgt werden.

Bewährt hat sich in dieser Studie, dass Merkmale der sozialen Lage, Belastungen, Ressourcen, Hilfebedarfe und Kompetenzen in den betreuten Familien durch die Gesundheitsfachkraft eingeschätzt wurden. Das Instrument SEVG, das im Vorfeld der Studie in enger Kooperation mit Praktikerinnen entwickelt wurde, ist dazu geeignet, Parameter zu erfassen, die von Familienhebammen und FGKiKP positiv beeinflussbar sind. Es entspricht hohen Qualitätsstandards, wobei die Überprüfung der Interrater-Reliabilität noch nicht erfolgt ist.

Zukünftige Forschungsergebnisse sowie die konsequente Einbindung der Praxis und Nutzung ihres Erfahrungsschatzes werden dazu beitragen, die Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen noch stärker auf den Hilfebedarf der Familien in belastenden Lebenslagen zuzuschneiden.

#### Korrespondenzadresse

I. Renner  
Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Maarweg 149–161, 50825 Köln, Deutschland  
ilona.renner@nzhf.de

#### Danksagung

Wir bedanken uns sehr herzlich bei den Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie bei den Familien, die an der Studie teilgenommen haben. Wir bedanken uns auch bei unseren Kolleginnen und Kollegen sowie der Leiterin des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, die uns mit regem, kritischem Austausch bei der Umsetzung des Projektes unterstützt haben.

#### Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt: I. Renner und S. Scharmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.  
Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Sandner E, Hahn M (2013) Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln: NZFH. <http://bib.bzga.de/goto/d-93e568e>. Zugegriffen: 2. Sept. 2016
2. Hahn M, Sander E (2014) Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen. NZFH, Köln. <http://bib.bzga.de/goto/U-3c7d8fb>. Zugegriffen: 2. Sept. 2016
3. Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012–2015. [www.fruehehilfen.de/Verwaltungsvereinbarung](http://www.fruehehilfen.de/Verwaltungsvereinbarung). Zugegriffen: 2. Sept. 2016
4. Ammerman RT, Altaye M, Putnam FW, Teeters AR, Zou Y, Van Ginkel JB (2015) Depression improvement and parenting in low-income mothers in home visiting. Arch Women's Ment Health 18(3):555–563. doi: 10.1007/s00737-014-0479-7
5. Blair C, Cybele C (2012) Child development in the context of adversity: Experiential canalization of brain and behavior. Am Psychol 67(4):309–318. doi: 10.1037/a0027493
6. Theise R, Huang K-Y, Kamboukos D et al (2013) Moderators of intervention effects on parenting practices in a randomized controlled trial in early childhood. J Clin Child Adolesc Psychol. doi: 10.1080/15374416.2013.833095
7. Lange U, Liebald Jaque-Rodney CJ (2012) Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. NZFH, Köln
8. Lang K, Brand C, Renner I et al (2015) Wie werden Angebote der Frühen Hilfen genutzt? Erste Daten aus den Pilotstudien der Prävalenz- und Versorgungsstudie. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen und Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg) Datenreport Frühe Hilfen, S 621
9. Makowsky K, Schücking B (2013) Erleben der Betreuung durch Familienhebammen aus der Perspektive (werdender) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen. In: Makowsky K, Schücking B (Hrsg) Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, S 168–185
10. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2015) Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell 04/2015 (No. 4). Köln: NZFH. <http://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/infodienst/ausgabe-04-2015/?L=0>
11. Sidor A, Kunz E, Eickhorst A et al (2013) Effects of the early prevention program „Keiner Fällt Durchs Netz“ („nobody slips through the net“) on child, mother, and their relationship: A controlled study. Infant Ment Health J 34(1):11–24. doi: 10.1002/imhj.21362
12. Jungmann T, Brand T, Dähne V et al (2015) Comprehensive evaluation of the pro kind home visiting program: A summary of results. Ment Health Prev 3:89–97
13. Lengning PDA (2010) Goldstandards für einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit und Effektivität einer Intervention im Bereich Früher Hilfen als Voraussetzung für ihre Verbreitung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53(10):1056–1060. doi: 10.1007/s00103-010-1129-5
14. Ziegler H (2010) Ist der experimentelle Goldstandard wirklich Gold wert für eine Evidenzbasierung der Praxis Früher Hilfen? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53(10):1061–1066. doi: 10.1007/s00103-010-1133-9
15. Taubner S, Munder T, Unger A et al (2013) Effectiveness of early prevention programs in Germany: a systematic review and a meta-analysis. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 62(8):598–619
16. Paul M, Renner I (2015) Familienhebammen. In: Melzer W, Hermann D, Sandfuchs U, Schäfer M, Schubarth W, Daschner P (Hrsg) Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. UTB, Stuttgart, S 380–384
17. Ayerle GM (2012) Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
18. Mattern E, Ayerle GM, Behrens J (2012) Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. NZFH, Köln. <http://bib.bzga.de/goto/E-10fb373>
19. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013) Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich. Köln: NZFH. [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Dokumentenationsvorlage\\_Familienhebammen\\_151130.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Dokumentenationsvorlage_Familienhebammen_151130.pdf)
20. Renner I, Hammes D (2016) Die Dokumentationsvorlage für aufsuchende Gesundheitsberufe in den Frühen Hilfen: Entwicklung und Qualitätssicherung. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
21. Scharmski S, Renner I (2016) Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe systematisch erfassen: Zur Reliabilität und Validität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). (im Reviewverfahren)
22. Bortz J, Schuster C (2010) Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7. Aufl. Springer, Berlin
23. Cohen J (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2. Aufl. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale
24. Bortz J, Döring N (2006) Forschungsmethoden und Evaluation, 4. Aufl. Springer, Berlin
25. Working Group for the Study of Ethical Issues in International Nursing Research (2003) Ethical considerations in international nursing research: a report from the international centre for nursing ethics. Nurs Ethics 10(2):122–137. doi: 10.1191/0969733003ne587oa
26. Sidor A (2016) Berechnung und persönliche Mitteilung
27. Baur N, Blasius J (2014) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer, Berlin