

This is a pre-print of an article published in “Die Pflege”. The final authenticated version is available online at: <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000630>

Please cite as: Scharmanski, S., & Renner, I. (2018). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie. Pflege, 31(5), 267–277. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000630>

Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen aus Sicht der Mütter: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation?

Mothers` Perspective on Midwives and Nurses in Early Childhood Intervention: The Benefit of Additional Qualification

Kurztitel: Zusatzqualifikation von Gesundheitsfachkräften, Frühe Hilfen

Sara Scharmanski^a und Ilona Renner^b

Autoren

^a Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149 – 161, 50825 Köln, Germany

sara.scharmanski@nzfh.de

^b Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149 – 161, 50825 Köln, Germany

ilona.renner@nzfh.de

Korrespondenz: sara.scharmanski@nzfh.de

Finanzierung

Die Studie wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus 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).

Danksagung

Wir bedanken uns sehr herzlich bei den teilnehmenden Müttern für ihre Zeit und Unterstützung. Wir bedanken uns auch bei den Kolleginnen und Kollegen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, die uns mit regem, kritischem Austausch bei der Umsetzung des Projektes unterstützt haben.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erklärung zum „substantiellen“ Beitrag der aufgeführten Autoren

Die Autorinnen waren für die Konzeption und Designentwicklung sowie die Datenerhebung und Analysen der Studie verantwortlich.

Auch für die Manuskripterstellung und Überarbeitungen sind beide Autorinnen verantwortlich.

Die Autorinnen erklären sich des Weiteren bereit, die Genehmigung zur Publikation zu erteilen und die Verantwortung für alle Teile des Beitrags zu übernehmen.

Schnelleseüberblick

Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

Eine Zusatzqualifikation soll Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen dabei unterstützen, Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen zu versorgen.

Was ist neu?

Die Betreuung durch fortgebildete Gesundheitsfachkräfte wird von den Müttern als nützlich für die Erweiterung ihrer Lebens- und Alltagskompetenzen bewertet.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Das Angebot einer Zusatzqualifikation soll beibehalten und ausgebaut werden.

Zusammenfassung

Hintergrund: In den Frühen Hilfen unterstützen fortgebildete Gesundheitsfachkräfte Familien mit hohem psychosozialen Hilfebedarf. Im vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, in wie weit durch die Zusatzqualifikation ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Familien in belastenden Lebenslagen geleistet werden kann.

Methode: 298 Mütter wurden in einem standardisierten Interview (CAPI) zu ihrer Versorgung nach der Geburt befragt. Die Angaben der Mütter mit einer Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation wurden mit den Angaben der Mütter verglichen, die von einer Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation betreut wurden.

Ergebnisse: (1) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen haben nach eigenen Angaben einen erhöhten Unterstützungsbedarf. (2) Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation werden entsprechend ihrer spezifischen Fortbildung häufiger in Familien, die in psychosozial belastenden Lebenslagen Kinder versorgen, eingesetzt. (3) Von allen Müttern, die einen Unterstützungsbedarf im Bereich der Lebens- und Alltagskompetenzen angaben, bewerten die Mütter, die von einer fortgebildeten Gesundheitsfachkraft unterstützt wurden, die Betreuung als besonders nützlich.

Schlussfolgerung: Die Studie ergänzt nationale wie internationale Befunde, die die Inanspruchnahme, elterliche Akzeptanz und Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfsangeboten belegen. Die spezifische Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen trägt auch aus Sicht der Mütter zu einer verbesserten Versorgung von psychosozial hoch belasteten Familien bei.

Schlüsselwörter: Familienhebammen; niedrige Bildung; psychosoziale Belastungen; aufsuchende Betreuung; Frühe Hilfen

Abstract

Background: Midwives and nurses with additional qualification support burdened families in early childhood intervention. In the present study the effect of this additional qualification for family care is examined. Furthermore, it is investigated whether the midwives and nurses with additional qualification are implemented according to their competence and support families with weighted levels of psychosocial burdens. Finally, the mothers' perspective of the benefit of the home visiting support is assessed.

Methodology: 298 mothers were interviewed (CAPI) on the care received after the birth of their baby. Data from two groups were compared: (1) mothers in the care of a midwife or nurse with additional qualification and (2) mothers cared for by a midwife or nurse without additional qualification.

Results: (1) Families with weighted levels of psychosocial burdens reported an enhanced need for help. (2) Midwives and nurses with additional qualification support more frequently families with high levels of psychosocial burdens. (3) Mothers with care of midwives and nurses with additional qualification reported this support as very useful in relation to every day demands.

Conclusion: The study complements results of national and international studies showing that families with high levels of psychosocial burdens accept home visiting support. Furthermore, this support seems to be useful. An increase of the offer and the additional qualification is recommended for improving the developmental and living conditions of families with high levels of psychosocial burdens.

Keywords: family midwives, home visiting, early childhood intervention, low education, psychosocial burden

Hintergrund

Familiale Belastungslagen und elterliche Lebens- und Erziehungskompetenzen

Der Zusammenhang zwischen familiären Belastungen und Parametern der kindlichen Entwicklung wurde innerhalb der letzten Dekade vermehrt wissenschaftlich untersucht. Eine Vielzahl an Belastungen sind als bedeutsame Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit bekannt und wissenschaftlich belegt; zu nennen sind psychische Erkrankungen eines Elternteils, Gewalterfahrungen in der eigenen Kindheit, Armutslagen und mangelnde soziale Unterstützung (z.B. im Überblick Zimmermann et al., 2016).

Der Fokus der Forschung liegt häufig auf Zusammenhängen zwischen Belastungs- bzw. Risikofaktoren und Kindesmisshandlung / -vernachlässigung. In psychosozial hoch belasteten Familien, wie beispielsweise im Falle von elterlichen psychischen Erkrankungen oder einem niedrigen sozioökonomischen Status der Familie, steigt das Risiko für eine Gefährdung des Kindeswohls (Clément, Bérubé & Chamberland, 2016; Doidge, Higgins, Delfabbro & Segal, 2017).

Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass sich familiäre Belastungslagen auf die elterlichen Fürsorge-, Erziehungs- und Lebenskompetenzen und damit auf die kindliche Entwicklung *unterhalb* der Gefährdungsgrenze auswirken. So kann ein junges Alter der Mutter bei Geburt des Kindes mit geringerer Feinfühligkeit und erhöhter Frustrationsintoleranz einhergehen; materieller Stress, niedrige Bildung und Arbeitslosigkeit sind ebenfalls mit geringer mütterlicher Feinfühligkeit assoziiert (Lee & Guterman, 2010; Neuhauser, 2016).

In Deutschland wurden in den letzten Jahren Netzwerke und Angebote Früher Hilfen flächendeckend ausgebaut (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014a). Ziel des Ausbaus ist die Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen, um so möglichen Einflüssen psychosozialer Belastungen auf die Entwicklung und Gesundheit der Kinder entgegen zu wirken. Ein bekanntes Unterstützungsangebot für Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen ist die Betreuung durch spezifisch fortgebildete Hebammen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende - die Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (FGKiKP).

Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende

Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (GKKP) bieten u.a. eine ambulante, häusliche Betreuung für Mütter und Familien während der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Bei Bedarf kann die Betreuung über die ersten Wochen nach der Geburt ausgeweitet werden; dies kann bei Stillschwierigkeiten, Komplikationen bei der Geburt oder chronischen Erkrankungen des Säuglings indiziert sein (Gesetz über den

Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG); Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)).

Neben Beobachtungen des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind stehen häufig auch psychosoziale Probleme im Fokus der Beratung und Betreuung, die von Hebammen und GKKP angeboten wird. Auf die Bewältigung dieser Herausforderungen fühlen sich die Fachkräfte in der postnatalen Versorgungspraxis nach eigenen Angaben jedoch nicht immer ausreichend vorbereitet (Simon, Schnepf & Sayn-Wittgenstein, 2017).

In einer Studie aus der Schweiz wurden Mütter zu ihrer Hebammenversorgung nach der Geburt interviewt (Blöchliger, Kurth, Kammerer & Frei, 2014). Aus Perspektive der Mütter erfüllen Hebammen in der poststationären Regelversorgung das Bedürfnis nach Beratung, Information und Anleitung im Umgang mit dem Säugling. Was jedoch in manchen Fällen zu fehlen scheint, sei die Identifikation und Thematisierung von Stressfaktoren in der Familie bzw. im Umfeld und Unterstützung im Umgang mit diesen.

Es ist anzunehmen, dass dieser Mangel umso deutlicher zutage tritt, je höher der psychosoziale Hilfebedarf einer Familie ist. Gerade wenn Hebammen und GKKP in Familien eingesetzt werden, die in besonders belastenden Lebensumständen Kinder erziehen, erscheinen ein spezifischer Betreuungsauftrag sowie der Erwerb zusätzlicher Kompetenzen zur Bewältigung dieser professionellen Herausforderung bedeutsam. Eine spezifische Qualifizierungsmaßnahme, die Fakten- und Handlungswissen zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien vermittelt, kann diese Kompetenzen aufbauen und die Qualität der Versorgung dieser Familien steigern.

Fort- und Weiterbildung zur Familienhebamme und Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

Familienhebammen und Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) sind staatlich examinierte Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Zusatzqualifikation. Sie sind ausgebildet, Familien mit Kindern in psychosozial belastenden Lebenslagen zu unterstützen. Solche Lebensbedingungen, beispielsweise gravierende Armutslagen bzw. niedriges Einkommen, psychische Erkrankungen eines Elternteils oder mangelnde soziale Unterstützung, können mit nicht ausreichenden Elternkompetenzen einhergehen und professionelle Hilfe erfordern (Lange & Liebald, 2013).

Der Einsatz von spezifisch fortgebildeten Gesundheitsfachkräften (GFK) in den Frühen Hilfen ist ein Förderschwerpunkt der "Bundesinitiative Frühe Hilfen" (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012). Inzwischen wird das Unterstützungsangebot von Gesundheitsfachkräften mit einer Zusatzqualifikation und spezifischem Versorgungsauftrag (Familienhebammen und FGKiKP) von der überwiegenden Mehrzahl der Kommunen in

Deutschland vorgehalten (Küster, Pabst & Sann, 2016) und von Familien mit psychosozialen Hilfebedarf auch in Anspruch genommen (Eickhorst et al., 2016).

Im Hinblick auf die Wirksamkeit hat sich das Angebot der aufsuchenden Betreuung von Gesundheitsfachkräften mit einer Zusatzqualifikation in den Frühen Hilfen ebenfalls bewährt. Belegt sind positive, wenn auch kleine Effekte auf kindliche und familiäre Parameter (Sidor, Eickhorst, Stasch & Cierpka, 2012). In einer psychosozial hoch belasteten Stichprobe konnte nach einer einjährigen Betreuung signifikant höhere Elternkompetenzen festgestellt werden (Renner & Scharmanski, 2016) und auch international gibt es Belege für die Wirksamkeit von aufsuchenden Unterstützungsangeboten (z.B. Ammerman et al., 2015; Chartier et al., 2017).

Aspekte der psychosozialen Versorgung von Familien werden traditionell von *allen* grundständig ausgebildeten Hebammen und GKKP geleistet; zu nennen wäre hier beispielsweise die Unterstützung der Familien bei der Anpassung an veränderte Alltagsbedingungen, die zwangsläufig mit der Geburt eines Kindes einhergehen. Gemäß der Kompetenzprofile für Familienhebammen und FGKiKP (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2013, 2014b), die im Konsensfindungsprozess mit Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis entwickelt wurden, wird jedoch angenommen, dass speziell fortgebildete Gesundheitsfachkräfte den Fokus ihrer Arbeit anders ausrichten, andere Betreuungsaufträge erhalten und unter anderen strukturellen Bedingungen ihre aufsuchende Betreuungsleistung erbringen als Gesundheitsfachkräfte ohne Zusatzqualifikation.

Ein bedeutsamer struktureller Unterschied zwischen den Leistungen von Gesundheitsfachkräften mit und ohne Zusatzqualifikation liegt im Bereich der Kostenerstattung: Wird die ambulante, aufsuchende Beratung von Hebammen und GKKP in der Regel gemäß dem 5. Sozialgesetzbuch (Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V), §37 Häusliche Krankenpflege, §134a Versorgung mit Hebammenhilfe) vergütet, so erhalten Familienhebammen und FGKiKP im Gegensatz dazu meist einen Versorgungsauftrag im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe, der über das 8. Sozialgesetzbuch abgedeckt ist (Sozialgesetzbuch 8. Buch (SGB VIII), z.B. §16 Allg. Förderung der Erziehung in der Familie) oder durch Projektmitteln der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ finanziert wird. Mit diesen unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen der Kostenerstattung sind auch unterschiedliche Betreuungs- und Versorgungsaufträge und damit unterschiedliche Betreuungsziele, die von den Gesundheitsfachkräften verfolgt werden, verbunden.

Aus diesen Vorüberlegungen werden folgende zentrale Hypothesen abgeleitet:

(1) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen haben einen erhöhten Hilfebedarf bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben einerseits und Fürsorgeaufgaben andererseits. Falls diese Hypothese zutrifft, sind diese Familien Hauptzielgruppe der Frühen Hilfen.

(2) Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation, die oftmals auch einen speziellen Versorgungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe haben, unterstützen Familien mit mehr Belastungen in Bezug zur sozialen Lage, aus denen sich gemäß Hypothese (1) ein erhöhter Hilfebedarf in Bezug zu elterlichen Kompetenzen ergibt.

(3) Mütter, die von einer Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation betreut wurden, geben nach der Betreuung einen größeren Nutzen in Bezug zu Alltags- und Lebenskompetenzen an als Mütter, die von einer Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation betreut wurden. Dies setzt voraus, dass die Mütter aus ihrer Sicht einen subjektiven Hilfebedarf hatten und die fortgebildeten Gesundheitsfachkräfte mit einem entsprechenden Auftrag, die elterlichen Alltags- und Lebenskompetenzen zu fördern, in der Familie eingesetzt waren. Falls die Hypothese zutrifft, verbessert die Zusatzqualifikation die Versorgungspraxis von psychosozial belasteten Familien – sofern ein Hilfebedarf und ein Versorgungsauftrag vorliegen.

Methodik

Die hier vorgestellte deutschlandweite telefonische und persönliche Befragung von insgesamt 1019 Müttern mit Kindern im Alter von 0 bis drei Jahren ist Bestandteil eines multimethodischen Forschungszyklus zur Bewertung von Effektivität und Nutzen der Angebote Früher Hilfen. Die vorliegenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die Substichprobe von Müttern, die im persönlichen Kontakt interviewt wurden und nach der Geburt von einer Gesundheitsfachkraft mit oder ohne Zusatzqualifikation betreut wurden ($N=298$).

Vorgehen

In dem Zeitraum von November 2014 bis Mai 2015 führte das beauftragte Feldinstitut eine persönliche Befragung (Computer Assisted Personal Interviewing, CAPI) von insgesamt 298 Müttern mit Kindern unter 3 Jahren durch. Es wurden Mütter befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung bzw. innerhalb der letzten drei Jahre von

- einer Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation (Gruppe_{GFK+Quali}) oder

- längerfristig von einer Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation (Gruppe_{GFK})

betreut wurden.

Der Zugang zu den Müttern erfolgte über Einwohnermeldeämter. Aus der auf diese Weise gewonnenen Stichprobe von Haushalten, in denen Kinder unter 3 Jahren gemeldet sind,

wurden in einem ersten Schritt die Teilnahmebereitschaft an der Studie und die Betreuungssituation nach der Geburt des Kindes ermittelt. Auf dieser Grundlage wurden die teilnehmenden Mütter den genannten Gruppen zugeordnet.

Im Vorfeld wurden alle Probandinnen über Ziel und Inhalt der Studie sowie die Verwendung der Daten aufgeklärt und die Mütter erklärten schriftlich ihre Zustimmung. Nach erfolgreichem Abschluss der Befragung erhielten alle Teilnehmerinnen eine Aufwandsentschädigung von 20€.

Mit der Datenerhebung wurden qualifizierte und extra für diese Studie geschulte Interviewerinnen und Interviewer beauftragt. Ergänzend wurden während der Feldzeit die Interviewerinnen und Interviewer kontinuierlich durch erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren betreut.

Die vorliegende Studie wurde keiner Ethikkommission vorgelegt, da die Probandinnen durch die reine Befragung keinen Gesundheitsrisiken ausgesetzt waren; Anonymität wurde durch das Datenschutzkonzept des durchführenden Feldinstituts, das strengsten Richtlinien des ESOMAR / IHK-Kodexes für Markt- und Sozialforschung (Stand Dezember 2007) folgte, zugesichert und gewährt. Ergänzend stellte das Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen für die Befragung eine Unbedenklichkeitserklärung aus.

Stichprobe

Zur Grundgesamtheit der Studie gehörten alle Mütter, die ihre aktuelle Meldeadresse in Deutschland hatten und in dem Zeitraum vom 01.11.2011 bis zum 31.10.2014 ein Kind bekommen haben. Es existierte jedoch keine bundesweite Datei über Mütter mit Kindern unter 3 Jahren, aus der eine Zufallsstichprobe hätte gezogen werden können. Somit ist es nicht möglich, eine Ausschöpfungsquote zu berichten und Angaben zur Repräsentativität der Stichprobe zu machen.

Insgesamt nahmen $N= 298$ Mütter an der persönlichen Befragung (CAPI) teil, die nach eigenen Angaben nach der Geburt entweder eine Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation (Familienhebamme / FGKiKP: $n= 102$) oder eine längere Betreuung durch eine Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation (Hebammen / GKKP: $n= 196$) erhalten haben.

Die Mütter waren zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel 32.42 ($SD= 5.903$) Jahre alt, wobei die Mütter der Gruppe_{GFK+Quali} signifikant jünger waren ($MW= 30.70$, $SD= 6.686$) als die Mütter der Gruppe_{GFK} ($MW= 33.31$, $SD= 5.250$; $U= -3.382$, $p= .001$, Mann-Whitney-Test, 2-seitig). Das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung gaben die Mütter im Durchschnitt mit 21.47 Monaten ($SD= 9.858$) an und ein Unterschied zwischen den Stichproben konnte

nicht festgestellt werden (Gruppe_{GFK+Quali}: $MW= 20.35$, $SD= 10.445$; Gruppe_{GFK}: $MW= 22.06$, $SD= 9.513$; $U= -1.545$, $p= .122$, Mann-Whitney-Test, 2-seitig).

Die Dauer der Betreuung betrug gruppenübergreifend im Mittel ca. 7 Monate ($MW= 6.93$, $SD= 4.688$), wobei Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation die Mütter signifikant länger unterstützen als Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation (Gruppe_{GFK+Quali}: $MW= 7.97$, $SD= 5.835$; Gruppe_{GFK}: $MW= 6.38$, $SD= 3.869$; $U= -2.692$, $p= .007$, Mann-Whitney-Test, 2-seitig). Auch die durchschnittliche Besuchszeit pro Termin (in Minuten) wird von Müttern der Gruppe_{GFK+Quali} als signifikant länger angegeben als von Müttern der anderen Gruppe (Gruppe_{GFK+Quali}: $MW= 57.94$, $SD= 27.244$; Gruppe_{GFK}: $MW= 49.18$, $SD= 22.334$; $U= -2.611$, $p= .009$, Mann-Whitney-Test, 2-seitig). Die Häufigkeit der Besuche pro Woche unterscheidet sich hingegen nicht signifikant.

Erhebungsinstrument und dessen Entwicklung

Für die hier vorgestellte Elternbefragung wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt, welches eng an bestehenden und bewährten Erhebungsinstrumenten anknüpft, beispielsweise an die Online Erhebung bei Gesundheitsfachkräften des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) (Scharmanski & Renner, 2016), die Prävalenzstudie KiD 0-3 des NZFH (Eickhorst et al., 2015) oder die Studie zum Schwangerschaftserleben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2006).

Um die Verständlichkeit der Items für die Zielgruppen und die inhaltliche Konsistenz des Fragebogens zu überprüfen, wurde das Erhebungsinstrument vor dem praktischen Einsatz einem kognitiven Pretest unterzogen; inhaltliche Schwierigkeiten wurden identifiziert und bereinigt.

Der Fragebogen erhebt psychosoziale Belastungen und Ressourcen der Mutter sowie soziale Ressourcen im Umfeld, Hilfebedarfe, Art und Ausmaß der in Anspruch genommenen Unterstützung und die Beurteilung der Nützlichkeit der erhaltenen Unterstützungen. Die Variablen und Skalenwerte der vorliegenden Analysen werden nachfolgend detaillierter erläutert.

Psychosoziale Belastungen der Familie wurden mit folgenden Merkmalen operationalisiert: - niedriges Alter (unter 21 Jahre) bei Geburt des Kindes: „Wie alt waren Sie bei der Geburt Ihres jüngsten Kindes?“

- Armutslage / Bezug von Transferleistungen: „Haben Sie oder andere Haushaltsmitglieder in den letzten 12 Monaten staatliche Leistungen erhalten, wobei es sich nicht um Kindergeld oder Elterngeld handelt?“

- geringes Bildungsniveau / keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss:
„Welchen höchsten Schulabschluss oder Hochschulabschluss haben Sie?“.

- Alleinerziehende Mutter: „Welche Lebenssituation trifft derzeit auf Sie zu? - Ich bin alleinerziehend“.

Bedarf an Unterstützung und Bewertung der Unterstützungsleistung: Anhand von 15 Items wurde der Bedarf an Betreuung durch Gesundheitsfachkräfte und der Nutzen für die Familien aus Perspektive der Mütter erfragt (z.B. „Ich lese Ihnen noch ein paar Punkte vor, und Sie sagen mir bitte jeweils, wie viel Ihnen dabei die Unterstützung durch eine Familienhebamme / Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende / Gesundheits-Kinderkrankenpflegende / Hebamme persönlich genutzt hat. Die notwendigen Aufgaben des Haushaltes zu bewältigen; Unser Kind altersgemäß und gesund zu ernähren.“). Die Items konnten auf einer 5stufigen Likert-Skala von 0=„hat gar nicht genutzt“ bis 4=„hat sehr viel genutzt“ bewertet werden; lag in dem einzelnen Kompetenzbereich kein Hilfebedarf vor, so stand die Antwortkategorie „trifft nicht zu“ zur Verfügung, was als nicht vorhandener Hilfebedarf in dem abgefragten Bereich bewertet wurde.

Im Rahmen der Fragebogenentwicklung wurde für die Gesamtstichprobe aller interviewten Mütter ($N=1019$) die psychometrische Qualität des Erhebungsinstrumentes mittels Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation (Principal Component Analysis, PCA) überprüft. Die Eignung der einzelnen Items und des gesamten Datensatzes für die Durchführung einer PCA ist gewährleistet (Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium $KMO= .87$; Bartlett-Test auf Sphärizität: $p= .000$) und Faktorladungen kleiner als $.40$ wurden gemäß Konvention ausgeschlossen. Es zeigte sich, dass sich die Items zwei Faktoren zu ordnen lassen (Varianzaufklärung: 58.41): (1) *Hilfebedarf in Bezug zu Alltags- und Lebenskompetenzen* (6 Items; z.B. „Den Lebensunterhalt, einschließlich Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, Ausbildung oder ähnliches zu sichern.“) und (2) *Hilfebedarf in Bezug zu kindbezogenen Fürsorgekompetenzen* (9 Items; z.B. „Die notwendige Pflege des Kindes sicher zu stellen.“). Die interne Konsistenz von Skala 1 „Alltags- und Lebenskompetenzen“ ist mit *Cronbach`s Alpha*= $.765$ als akzeptabel zu bezeichnen und die Trennschärfe (korrigierte Item-Skala-Korrelation) der Items variiert zwischen $.396$ und $.632$, was ebenfalls als hinreichend angesehen werden kann (Cicchetti, 1994). Auch die Reliabilitätskennwerte der zweiten Skala „kindbezogene Fürsorgekompetenzen“ sprechen für eine ausreichende interne Konsistenz und Trennschärfe (*Cronbach`s Alpha*= $.897$, korrigierte Item-Skala-Korrelation: *range*= $.473 - .774$).

Die Errechnung des Skalenmittelwerts der Nutzenbewertung erfolgte im Falle 75% gültiger Werte und bei vorhandenem Hilfebedarf; der Skalenmittelwert des Hilfebedarfs in den beiden Bereichen wurde ebenfalls durch Mittelwertbildung berechnet, wobei eine dichotome Kodierung 0= „kein Hilfebedarf / trifft nicht zu“ und 1= „Hilfebedarf liegt vor“ für die einzelnen Items verwendet wurde.

Statistische Analysen

Zur Entscheidung, ob zur Prüfung der Hypothesen parametrische Analyseverfahren angewendet werden können, wurde in einem ersten Schritt die Verteilung der Variablen und deren Varianz überprüft.

Anschließend wurde Hypothese (1), dass Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen einen höheren Hilfebedarf angeben, überprüft. Zu diesem Zweck wurden die Mittelwerte der aufsummierten Hilfebedarfe für die beiden Skalen des Fragebogens zur elterlichen Kompetenz zweier Stichproben miteinander verglichen: Die eine Stichprobe besteht aus Familien, die nach Angaben der Mütter mit Belastungen in Bezug zur sozialen Lage leben; für die andere Stichprobe trifft dies nicht zu. Da ungleichgroße Stichprobenumfänge vorliegen sowie keine Varianzhomogenität (Homoskedastizität) und Normalverteilung vorliegt, erfolgte die Prüfung der Hypothese mit dem verteilungsfreie Mann-Whitney-Test (1-seitig) zum Vergleich der mittleren Rangsummen.

Nach Signifikanzprüfung gibt die Effektstärke Cohens`d die praktische Bedeutsamkeit des Mittelwertunterschiedes an, deren Bewertung sich aufgrund fehlender Referenzstudien an den Kriterien von Cohen orientiert (Thompson, 2007); demnach liegt ab $|d| > .20$ ein kleiner, ab $|d| > .50$ ein mittlerer und ab $|d| > .80$ ein großer Effekt vor (Cohen, 1988). Auch hier wird zur Schätzung der Effektstärken in der Population und zur Abschätzung der Präzision dieser Schätzung ergänzend das 95%-Konfidenzintervall (95%-CI) berichtet.

Zur Prüfung der Hypothese (2), ob spezifisch fortgebildete Gesundheitsfachkräfte verstärkt in sozial belasteten Familien eingesetzt werden, wurde die soziale Lage von Familien der Gruppe_{GFK+Quali} mit der sozialen Lage von Familien der Gruppe_{GFK} verglichen. Zu diesem Zweck wurde neben deskriptiven Statistiken die Häufigkeitsverteilung der 2 x 2-Kontingenztafel (Gruppe x Belastungsfaktor) mit dem χ^2 -Test überprüft; in Falle von kleinen Zellhäufigkeiten fand der exakte Fisher-Test Anwendung. Mit dem Zusammenhangsmaß Odds Ratio wird die Stärke der Assoziation zwischen der Gruppenzugehörigkeit und Merkmalen der sozialen Lage beschrieben. Zur Schätzung der Odds Ratio in der Population und um Hinweise zur Genauigkeit dieser Schätzung generieren zu können, wird ergänzend das 95%-Konfidenzintervall (95%-CI) der Odds Ratio berichtet; ein eher breites Konfidenzintervall steht mit einer großen Standardabweichung und großem

Fehlerterm in Verbindung, was wiederum für eine unpräzise Schätzung der Populationsparameter spricht.

Gemäß der letzten zu überprüfenden Hypothese (3) wurde erwartet, dass wenn ein Hilfebedarf vorliegt, die Betreuung von Gesundheitsfachkräften mit Zusatzqualifikation in dem Bereich der Alltags- und Lebenskompetenzen von den Müttern retrospektiv als nützlicher bewertet wird. Die Mittelwerte der beiden Skalen des Fragebogens der elterlichen Kompetenzen wurden zwischen den beiden Stichproben verglichen. Hier kam ein t-Test (1-seitig) zur Anwendung, da die Voraussetzungen für die Anwendung eines parametrischen Verfahrens trotz leichter Variation der Stichprobenumfänge als gegeben angesehen werden konnten.

Die Daten wurden unter Verwendung von SPSS 22.0 (IBM Corp, 2013) analysiert.

Analysen und Ergebnisse

Zusammenhänge zwischen Belastungen und Hilfebedarfe

Hypothese 1: Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen haben einen erhöhten Hilfebedarf bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben einerseits und Fürsorgeaufgaben andererseits.

Die Ergebnisse zeigen, dass lediglich ein geringes Bildungsniveau – operationalisiert durch den Schulabschluss– mit einem signifikant höheren subjektiven Hilfebedarf in Bezug zu Lebenskompetenzen einhergeht (vgl. Abb. 1): Auf der Skala *Hilfebedarfe in Bezug zu Lebenskompetenzen* war für Mütter, die nach eigenen Angaben keinen oder einen Hauptschulabschluss besitzen ($n_{trifft\ zu} = 50$), ein Skalenmittelwert von $MW = .67$ ($SD = .280$) festzustellen; Mütter mit einem höheren Schulabschluss ($n_{trifft\ nicht\ zu} = 247$) berichteten mit $MW = .55$ ($SD = .314$) einen signifikant geringeren Bedarf an Unterstützung in diesem Bereich ($U = -2.577$, $n_{ja} = 50$, $n_{nein} = 247$, $p = .005$, Mann-Whitney-Test, 1-seitig).

[Hier bitte Abb. 1 einfügen]

Neben dem höheren subjektiven Hilfebedarf in Bezug auf die lebens- und alltagspraktischen Herausforderungen junger Familien, äußerten Mütter mit geringem Bildungsniveau auch einen höheren Hilfebedarf im Bereich der Fürsorge für das Kind ($MW = .96$, $SD = .089$ im Vergleich zu $MW = .89$, $SD = .200$) (vgl. Abb. 2). Auch dieser Unterschied ist signifikant ($U = -2.332$, $n_{trifft\ zu} = 50$, $n_{trifft\ nicht\ zu} = 247$, $p = .010$, Mann-Whitney-Test, 1-seitig).

Die Effektstärken beider Gruppenvergleiche liegen im kleinen Bereich und die 95%-Konfidenzintervalle sind als eher groß zu bewerten, was für eine geringe Präzision der Schätzung der Populationsparameter spricht (Skala Alltags- u. Lebenskompetenzen:

Cohen's d = .39, 95%-CI [.08, .69]; Skala Fürsorgekompetenzen: Cohen's d = .38, 95%-CI [.07, .68]).

[Hier bitte 2 einfügen]

Die Analysen zeigen, dass Mütter mit einem niedrigen Bildungsniveau einen signifikant höheren Hilfebedarf in den Bereich elterlicher Kompetenzen angaben, als Mütter mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau. Somit scheint der Bildungsstand der Hauptbezugsperson des Kindes ein wichtiger Indikator für die soziale Lage zu sein, der wiederum mit einem erhöhten Hilfebedarf assoziiert ist.

Einsatz von Gesundheitsfachkräften mit und ohne Zusatzqualifikation

Hypothese 2: Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation, die oftmals auch einen speziellen Versorgungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe haben, unterstützen Familien mit mehr Belastungen in Bezug zur sozialen Lage.

Es zeigte sich deutlich, dass mehr Mütter der Gruppe_{GFK+Quali} von Belastungen im Zusammenhang mit ihrer sozialen Lage berichteten, als Mütter der Gruppe_{GFK} (vgl. Abb. 3): Die Mütter der Gruppe_{GFK+Quali} waren signifikant häufiger alleinerziehend (24.5% vs. 11.7%, p = .004, exakter Fisher X^2 -Test, 1-seitig, OR = 2.44, 95%-CI [1.31, 4.57]), ohne Schulabschluss bzw. gaben einen niedrigen Schulabschluss an (28.4% vs. 10.8%, p = .000, exakter Fisher X^2 -Test, 1-seitig, OR = 3.29, 95%-CI [1.76, 6.15]) und über die Hälfte bezogen staatliche Transferleistungen (54.9% vs. 35.9%, p = .001, exakter Fisher X^2 -Test, 1-seitig, OR = 2.17, 95%-CI [1.34, 3.54]). Des Weiteren gaben die Mütter der Gruppe_{GFK+Quali} signifikant häufiger ein junges Alter bei Geburt des Kindes an (17.6% vs. 6.1%, p = .002, exakter Fisher X^2 -Test, 1-seitig, OR = 3.29, 95%-CI [1.51, 7.13]).

Auch die Assoziationsmaße sprechen für einen starken Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer Belastung und der Qualifikation der Gesundheitsfachkraft: Die *Odds ratio* variieren zwischen 2.17 und 3.29. Damit ist für eine Mutter in einer potentiell belastenden sozialen Lage die Wahrscheinlichkeit, von einer Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation und meist auch im Rahmen eines spezifischen Auftrages, betreut zu werden, mindestens doppelt so hoch wie für sozial unbelastete Mütter.

[Hier bitte Abb. 3 einfügen]

Damit zeigen die Analysen, dass Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation in der Versorgungspraxis passgenau und mit entsprechendem Versorgungsauftrag häufiger Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen unterstützen als nicht speziell fortgebildete Gesundheitsfachkräfte.

Retrospektive Nutzenbewertung der Hilfeleistungen

Hypothese 3: Mütter, die von einer Gesundheitsfachkraft mit Zusatzqualifikation betreut wurden, geben nach der Betreuung einen größeren Nutzen in Bezug zu Lebenskompetenzen an als Mütter, die von einer Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation betreut wurden. Dies setzt voraus, dass die Mütter aus ihrer Sicht einen Hilfebedarf hatten und die fortgebildeten Gesundheitsfachkräfte mit einem entsprechenden Auftrag, die elterlichen Alltags- und Lebenskompetenzen zu fördern, in der Familie eingesetzt waren.

Die durchgeführten Mittelwertsvergleiche wurden mit einem t-Test (1-seitig) durchgeführt, da die Voraussetzungen für die Anwendung eines parametrischen Verfahrens trotz leichter Variation der Stichprobenumfänge als gegeben angesehen werden konnten.

Die Ergebnisse bestätigen die oben stehende Hypothese (vgl. Abb. 4): Lag ein subjektiver Hilfebedarf vor, so gaben die Mütter der Gruppe_{GFK+Quali} einen deutlich höheren Mittelwert auf der Skala *Nutzen im Bereich Alltags- und Lebenskompetenzen* an als Mütter der Gruppe_{GFK} (Gruppe_{GFK+Quali}: $MW= 2.57$, $SD= 1.200$; Gruppe_{GFK}: $MW= 1.97$, $SD= 1.155$); dieser Unterschied konnte mit einem t-Test als signifikant nachgewiesen werden ($t(121)= 2.799$, $p= .003$, t-Test, 1-seitig) und die Effektstärke liegt mit *Cohen`s d = .51* (95%-CI [.15, .87] im mittleren Bereich.

Auf der Skala *Nutzen im Bereich kindbezogener Fürsorgekompetenzen* lässt sich kein Unterschied zwischen den Gruppen feststellen (vgl. Abb. 4): Mütter beider Gruppen bewerten die erhaltene Unterstützung als sehr nützlich, sofern ein subjektiver Hilfebedarf vorlag (Gruppe_{GFK+Quali}: $MW= 3.38$, $SD= .751$; Gruppe_{GFK}: $MW= 3.30$, $SD= .791$, $t(172)= .794$, $p= .428$, t-Test, 1-seitig). Im Vergleich zu den alltagspraktischen Kompetenzen wird hier der Nutzen gruppenübergreifend als deutlich höher bewertet.

[Hier bitte Abb. 4 einfügen]

Die Analysen zeigen, dass wenn ein subjektiver Hilfebedarf im Bereich der Alltags- und Lebenskompetenzen vorliegt, jene Müttern, die von speziell fortgebildeten Gesundheitsfachkräften betreut wurden, die Unterstützung retrospektiv als nützlicher bewerten als Mütter, die eine Betreuung von nicht speziell fortgebildeten Fachkräften erhielten. Voraussetzung für diesen positiven Effekt muss neben der Zusatzqualifikation der Gesundheitsfachkräfte die Beratungsleistung unter einem entsprechenden Versorgungsauftrag gemäß dem 8. Sozialgesetzbuch (SGB VIII) erbracht werden.

Diskussion

Fazit

Mit den vorliegenden Analysen konnte gezeigt werden, dass Mütter, die in psychosozial belastenden Lagen Kinder versorgen und erziehen, nach eigenen Angaben einen erhöhten subjektiven Hilfebedarf haben (Hypothese 1). Mütter mit Bildungsbenachteiligung, hier ein Indikator für die psychosoziale Problemlage der Familie, benötigen mehr Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben, wie Antragstellungen, Bemühungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder bei der Organisation des Haushalts als Mütter in privilegierter sozialer Lage. Auch die kindbezogenen Elternkompetenzen sind mit einem niedrigen Bildungsniveau assoziiert: Mütter ohne Schulabschluss oder Hauptschulabschluss gaben mehr Unterstützungsbedarf bei der Versorgung und Pflege des Säuglings an.

Ein weiteres zentrales Ergebnis der Studie ist, dass Gesundheitsfachkräfte, die zur Familienhebamme oder FGKiKP fortgebildet wurden, entsprechend ihrer zusätzlich erworbenen Qualifikationen in den Frühen Hilfen „passgenau“ und mit entsprechendem Versorgungsauftrag eingesetzt werden (Hypothese 2). Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation betreuen häufiger Familien mit Belastungen in Bezug zur sozialen Lage als Gesundheitsfachkräfte ohne Zusatzqualifikation; die betreuten Familien haben häufiger ein geringes Bildungsniveau, beziehen häufiger Transferleistungen, sind jünger bei Geburt des Kindes und häufiger alleinerziehend.

Liegt bei den Müttern nach eigenen Angaben ein Hilfebedarf vor, so bewerten die Mütter, die von einer spezifisch fortgebildete Gesundheitsfachkräfte mit einschlägigem Versorgungsauftrag betreut wurden, die Unterstützung bei der Bewältigung von lebens- und alltagspraktischen Herausforderungen retrospektiv als nützlicher als jene Mütter, die von nicht fortgebildeten Gesundheitsfachkräften betreut wurden und ebenfalls einen Hilfebedarf in diesem Bereich berichteten (Hypothese 3). Stehen die elterlichen Kompetenzen in Bezug zu dem Kind – wie beispielsweise der Schutz von Kälte oder die altersgerechte Ernährung – im Vordergrund, so werden beide Betreuungsformen unabhängig von der Zusatzqualifikation als gleich nützlich und sehr hoch bewertet.

Limitationen

Die vorliegenden Befunde sind als erste Hinweise zu verstehen, die auf Basis einer explorativ angelegten Studie generiert wurden.

So ist anzunehmen, dass die oben beschriebenen Ergebnisse primär für die vorliegende Stichprobe Gültigkeit beanspruchen und eine Generalisierbarkeit auf die Population der Mütter mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren, die eine Betreuung durch eine

Gesundheitsfachkraft mit oder ohne Zusatzqualifikation erhielten, nur eingeschränkt möglich ist.

Des Weiteren können, wie bei retrospektiven Selbstbeurteilungen üblich, Verzerrungen der Beurteilungen durch Erinnerungseffekte und sozialer Erwünschtheit möglich sein (Baur & Blasius, 2014).

Implikationen

Zusammenfassend scheint die bisherige Forschungslage dafür zu sprechen, dass sich das Betreuungsangebot von speziell fortgebildeten Gesundheitsfachkräften, wie Familienhebammen und FGKiKP, zur Unterstützung von Familien in belastenden sozialen Lagen bewährt hat. Studien zur Wirksamkeit des aufsuchenden Unterstützungsangebotes belegen, dass sich die Betreuung sowohl aus Perspektive der Fachkräfte als auch aus Perspektive der Mütter als wirksam hinsichtlich einer Erhöhung elterlicher Lebens- und Fürsorgekompetenzen auswirkt. Darüber hinaus genießen speziell fortgebildete Gesundheitsfachkräfte eine große Akzeptanz bei Eltern mit psychosozialen Hilfebedarf und das Hilfsangebot wird von den Familien auch in Anspruch genommen; dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass Akteure aus dem Gesundheitswesen leichter Zugang zu v.a. psychosozial hoch belasteten Familien finden als Akteure der Kinder- und Jugendhilfe (Claus et al., 2014; Renner, 2010).

Somit kann resümiert werden, dass durch die Qualifizierungsmaßnahme, die explizit Methoden und Wissen zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien vermittelt, die Versorgungsqualität von Familien, die in belastenden sozialen Lagen Kinder versorgen und erziehen, gesteigert werden kann; dies setzt einen entsprechenden Versorgungsauftrag voraus. Doch durch die frühe Unterstützung, idealer Weise schon während der Schwangerschaft, können die negativen Auswirkungen von psychosozialen Belastungen reduziert, Elternkompetenzen gesteigert und die Lebens- und Entwicklungsbedingungen von Eltern und Kindern verbessert werden.

Somit ist eine Ausweitung des Angebotes von speziell fortgebildeten Gesundheitsfachkräften dringend zu empfehlen, was auch von nationalen und internationalen Befunden aus wissenschaftlicher Forschung gestützt und sozialpolitisch gefordert wird (Astuto & Allen, 2009). Dies setzt einerseits den Fortbestand von Hebammenleistungen in der Geburtshilfe voraus: Durch veränderte strukturelle, gesellschaftspolitische und versicherungstechnische Rahmenbedingungen ist die ökonomische Sicherheit von freiberuflich tätigen Gesundheitsfachkräften in der ambulanten Geburtsversorgung zunehmend bedroht (Selow, 2012). Andererseits gilt es die Qualifizierungsmaßnahmen von Gesundheitsfachkräften und

festgeschriebene Qualitätsstandards hierfür weiter zu etablieren, um mittelfristig den Bedarf an Familienhebammen und FGKiKP decken zu können.

Auch eine Ausweitung der Forschung zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfsangeboten in den Frühen Hilfen ist sinnvoll. Neben klassischen Kontrollgruppendesigns (Random-Control-Trials, RCT) können auch Moderator- und Mediatoranalysen Hinweise zur differentiellen Wirksamkeit der Angebote liefern und so Aussagen ermöglichen, an welche Voraussetzungen die Wirksamkeit der Betreuung durch speziell fortgebildete Gesundheitsfachkräfte gebunden sind (z.B. Avellar et al., 2016; Shenk et al., 2017); diese Voraussetzungen können sich auf Merkmale der Familie, der Fachkräfte, der Intervention oder der strukturellen Rahmenbedingungen beziehen. Die bisherigen geringen Effekte in randomisierten Kontrollgruppenstudien legen die Vermutung nahe, dass die bisher untersuchten Stichproben im Hinblick auf Hilfebedarfe und Ressourcen einerseits und bedarfsgerechte Interventionen andererseits zu heterogen waren und mögliche differentielle Effekte vernachlässigt wurden. Vielmehr könnte es erfolgsversprechend sein, spezifische Profile an Hilfebedarfen und Ressourcen bei den Familien zu identifizieren und die Wirksamkeit von Interventionen in Abhängigkeit von diesen Profilen differentiell zu untersuchen.

Auch die Beziehung zwischen Belastungen und elterlichen Kompetenzen unterhalb einer Gefährdungslage - wie elterliches Fürsorgeverhalten, Bewältigung des Alltags - gilt es genauer zu betrachten. Die so gewonnen Erkenntnisse können wiederum für die Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen, im Rahmen der Ausbildung und als Argumentationsgrundlage gegenüber Kostenträgern und politischen Entscheiderinnen und Entscheidern genutzt werden.

Es wird empfohlen, bei anwendungsorientierten Forschungsvorhaben dem Prinzip der „Research and Community Partnership“ zu folgen (Hicks et al., 2012; Working Group for the Study of Ethical Issues in International Nursing Research, 2003). Durch diesen Ansatz können einerseits Erfahrungen und Expertisen aus der Praxis im wissenschaftlichen Forschungsprozess berücksichtigt werden; andererseits nehmen die gewonnen wissenschaftlichen Erkenntnisse im Sinne einer Rückkopplung wiederum unmittelbar Einfluss auf politische und soziale Entwicklungen und können so zur gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung beitragen.

Literatur

- Ammerman, R. T., Altaye, M., Putnam, F. W., Teeters, A. R., Zou, Y., & Van Ginkel, J. B. (2015). Depression improvement and parenting in low-income mothers in home visiting. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 555–563.
<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0479-7>
- Astuto, J., & Allen, L. (2009). Home Visitation and Young Children: An Approach Worth Investing In? Social Policy Report. Volume XXIII, Number IV. Society for Research in Child Development. Abgerufen von <http://eric.ed.gov/?id=ED509749> [06.03.2017]
- Avellar, S.; Paulsell, D.; Sama-Miller, E.; Del Grosso, P.; Akers, L.; Kleinman, R. (2016). Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Abgerufen von http://homvee.acf.hhs.gov/HomVEE-Executive-Summary-2016_Compliant.pdf [25.04.2017]
- Baur, N.; Blasius, J. (2014). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Springer.
- Blöchliger, P.; Kurth, E.; Kammerer, M.; Frei, I. A. (2014). Was Wöchnerinnen wünschen: Eine qualitative Studie zur häuslichen Wochenbettbetreuung nach der Spitalentlassung durch frei praktizierende Hebammen. *Pflege*, 27(2), 81–91. doi: 10.1024/1012-5302/a000348
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2006). Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Köln: BZgA.
- Chartier, M. J.; Brownell, M. D.; Isaac, M. R.; Chateau, D.; Nickel, N. C.; Katz, A.; Sarkar, J.; Hu, M.; Taylor, C. (2017). Is the Families First Home Visiting Program Effective in Reducing Child Maltreatment and Improving Child Development? *Child Maltreatment*, 22(2), 121–131. doi: 10.1177/1077559517701230

- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 4, 284–290.
- Clauss, D.; Deutsch, J.; Krol, I.; Haase, R.; Willard, P.; Muller-Bahlke, T.; Mauz-Korholz, C.; Korholz, D. (2014). Frühe Hilfe für Familien und Frühgeborene – Zugangswege und Unterstützungen aus dem Gesundheitsbereich. *Klinische Pädiatrie*, 226(4), 243–247. doi: 10.1055/s-0034-1374603
- Clément, M.-È.; Bérubé, A.; Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 138, 86–92. doi: 10.1016/j.puhe.2016.03.018
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Doidge, J. C.; Higgins, D. J.; Delfabbro, P.; Segal, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 64, 47–60. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.002
- Eickhorst, A.; Brand, C.; Lang, K.; Liel, C.; Neumann, A.; Schreier, A.; Renner, I.; Sann, A. (2015). Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern: Studiendesign und Analysepotential. *Soziale Passagen*, 7(2), 381–387. doi: 10.1007/s12592-015-0212-z
- Eickhorst, A.; Schreier, A.; Brand, C.; Lang, K.; Liel, C.; Renner, I.; Neumann, A.; Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1271–1280. doi: 10.1007/s00103-016-2422-8
- Hicks, S.; Duran, B.; Wallerstein, N.; Avila, M.; Belone, L.; Lucero, J.; Magarati, M.; Mainer, E.; Martin, D.; Muhammad, M.; Oetzel, J.; Pearson, C.; Sahota, P.; Simonds, V.; Sussman, A.; Tafoya, G.; Hat, E. W. (2012). Evaluating Community-Based Participatory Research to Improve Community-Partnered Science and Community

- Health. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 6(3), 289–299. doi: 10.1353/cpr.2012.0049
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 22.0)*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Küster, E.-U.; Pabst, C.; Sann, A. (2016). *Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zur Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen*. Köln: NZFH.
- Lange, U.; Liebald, C. (2013). *Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen*. Köln: NZFH.
- Lee, Y.; Guterman, N. (2010). Young mother-father dyads and maternal harsh parenting behavior. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 874–885. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.06.001
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2013). *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Köln: NZFH.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2014a). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014*. Köln: NZFH.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2014b). *Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen*. Köln: NZFH.
- Neuhauser, A. (2016). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child Development and Care*, 1–17. doi: 10.1080/03004430.2016.1207065
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 1048–1055.
- Renner, I.; Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1323–1331. doi: 10.1007/s00103-016-2430-8
- Scharmanski, S.; Renner, I. (2016). Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG). *Zeitschrift*

- für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, (118–119), 1–9. doi:
10.1016/j.zefq.2016.10.009
- Selow, M. (2012). Die Zukunft der Geburtshilfe: worst case – best case. *Die Hebamme*, 25(02), 96–102. doi: 10.1055/s-0032-1310426
- Shenk, C. E.; Ammerman, R. T.; Teeters, A. R.; Bensman, H. E.; Allen, E. K.; Putnam, F. W.;
Van Ginkel, J. B. (2017). History of Maltreatment in Childhood and Subsequent
Parenting Stress in At-Risk, First-Time Mothers: Identifying Points of Intervention
During Home Visiting. *Prevention Science*, 18(3), 361–370. doi: 10.1007/s11121-017-
0758-4
- Sidor, A.; Eickhorst, A.; Stasch, M.; Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in
Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und
ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 766–
780. doi: 10.13109/prkk.2012.61.10.766
- Simon, S., Schnepf, W., & Sayn-Wittgenstein, F. zu. (2017). Die berufliche Praxis von
Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung: eine Literaturanalyse.
Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 221(01), 12–24.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-106653>
- Thompson, B. (2007). Effect sizes, confidence intervals, and confidence intervals for effect
sizes. *Psychology in the Schools*, 44(5), 423–432. doi: 10.1002/pits.20234
- 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. *Nursing Ethics*, 10(2), 122–137. doi:
10.1191/0969733003ne587oa
- Zimmermann, P.; Vierhaus, M.; Eickhorst, A.; Sann, A.; Egger, C.; Förthner, J.; Gerlach, J.;
Iwanski, A.; Liel, C.; Podewski, F.; Wyrwich, S.; Spangler, G. (2016). Aufwachsen
unter familiärer Belastung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt -
Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1262–1270. doi:
10.1007/s00103-016-2423-7

Abbildungen

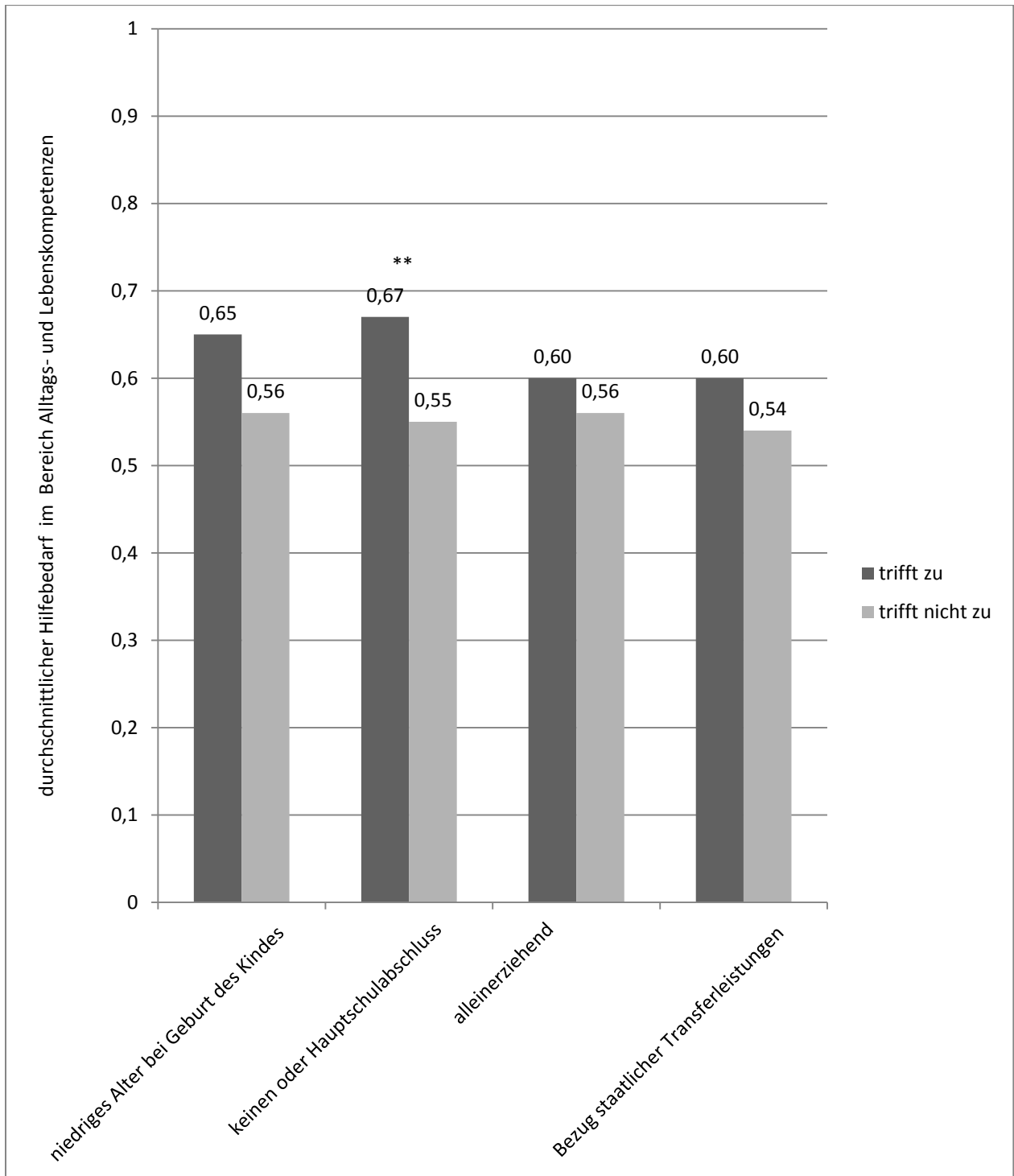


Abbildung 1: Mittelwerte der Skala „Hilfedarfe im Bereich Alltags- und Lebenskompetenzen“ im Vergleich verschiedener Belastungsfaktoren.

** $p < .01$ (Mann-Whitney-Test, 1-seitig)

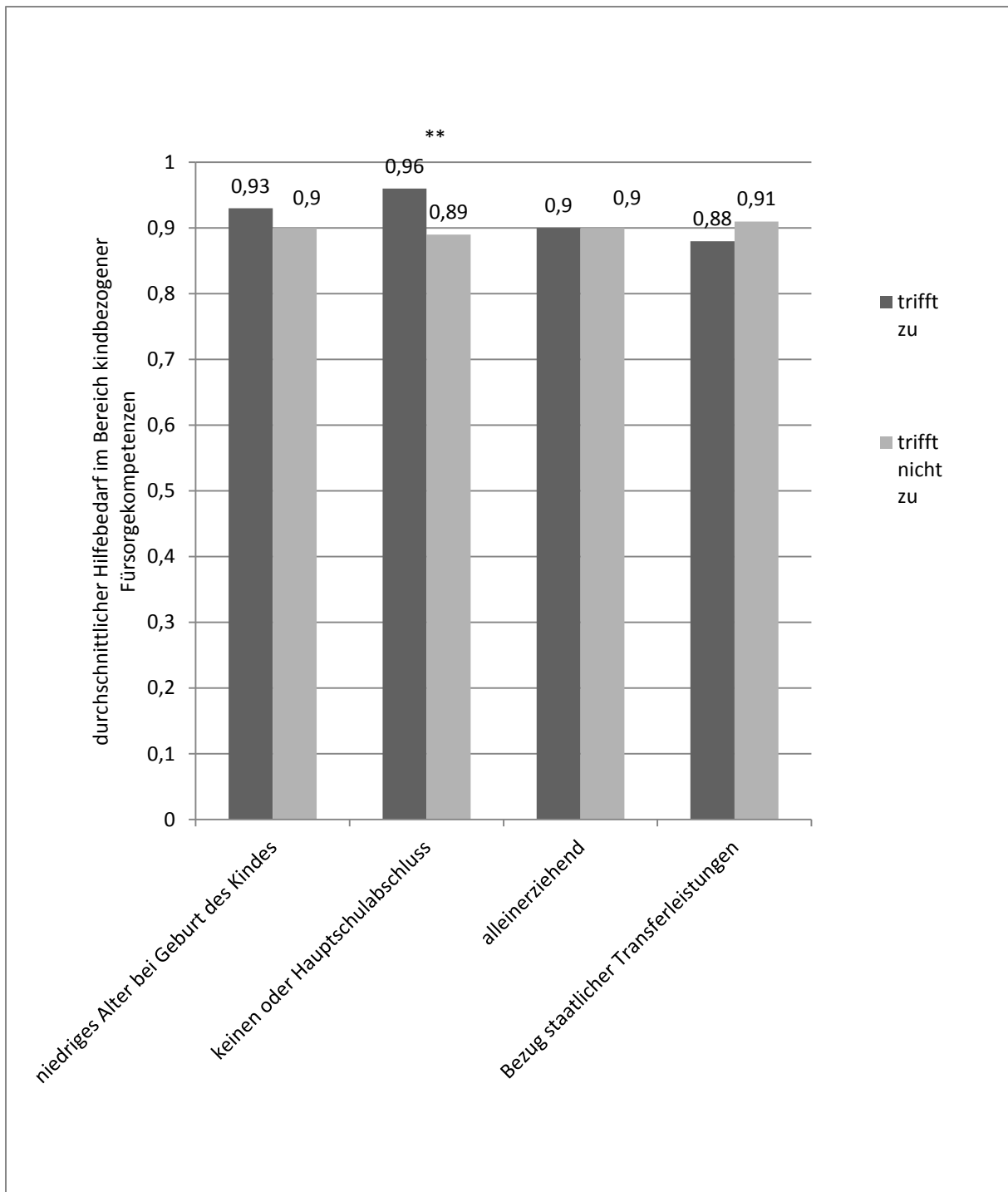


Abbildung 2: Mittelwerte der Skala „Hilfebedarfe im Bereich kindbezogener Fürsorgekompetenzen“ im Vergleich verschiedener Belastungsfaktoren.

** $p < .01$ (Mann-Whitney-Test, 1-seitig)

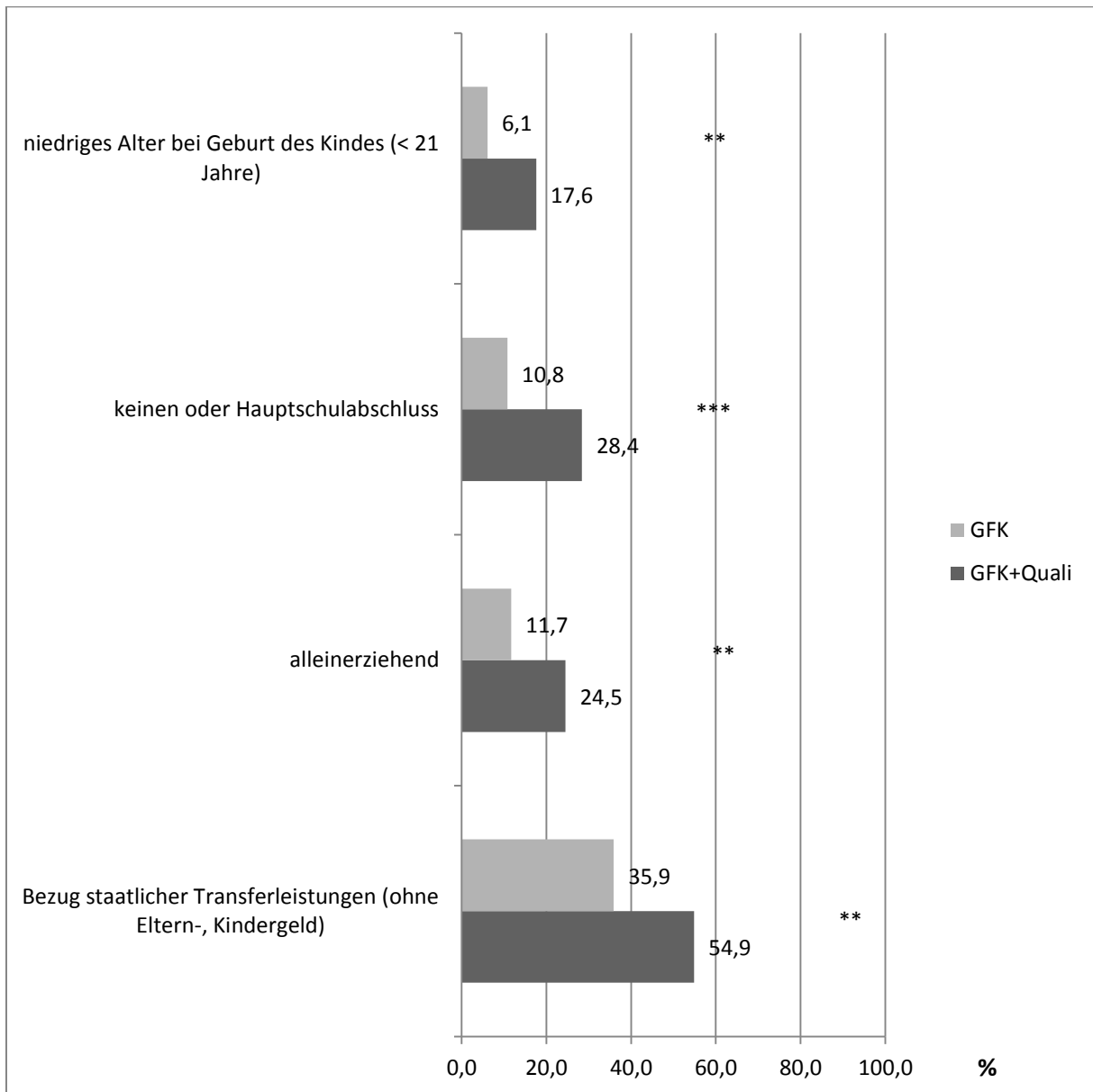


Abbildung 3: Vergleich der sozialen Lage der Familien zwischen Gruppe_{GFK+Quali} und Gruppe_{GFK};

*** $p < .001$, ** $p < .01$ (Exakte Signifikanz nach Fisher, 1-seitig)

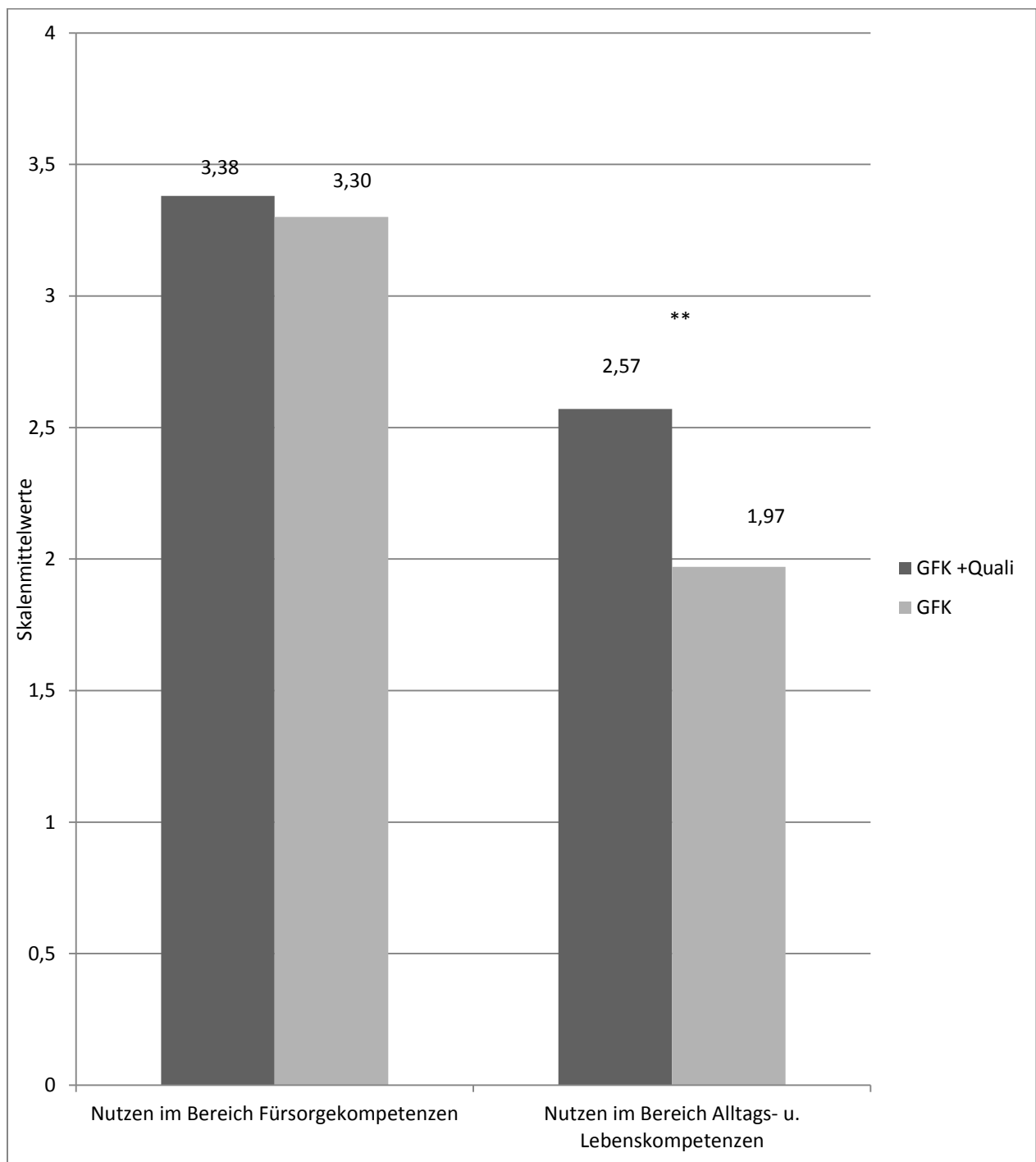


Abbildung 4: Vergleich der retrospektiven Nutzenbewertung zwischen den Gruppen– sofern Hilfebedarf vorlag. Darstellung der Skalenmittelwerte des Fragebogens zu elterlichen Kompetenzen (0=keinen Nutzen bis 4= sehr viel genutzt); ** $p < .01$ (*t-Test, 1-seitig*).