SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG)

Scharmanski, Sara; Renner, Ilona

Postprint / Postprint
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
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. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.10.009

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Comercial-NoDerivatives). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Diese Version ist zitierbar unter / This version is citable under:
https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49926-v2-8

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

ARTIKEL

Familiäre Ressourcen und Hilfebedarfe erfassen: Zur Konstruktvalidität und Reliabilität des Systematischen Explorations- und Verlaufsinventars für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG)

Sara Scharmanski und Ilona Renner
Korrespondenz: sara.scharmanski@nzfh.de

This is a pre-copyedited, author-produced version of an article accepted for publication in Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen following peer review. The version of record *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* is available online at: https://doi:org/10.1016/j.zefq.2016.10.009.

Please cite as:
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. https://doi:org/10.1016/j.zefq.2016.10.009

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen leistet einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Familien mit psychosozialen Belastungen. Eine Bedingung für den Betreuungserfolg ist die Fähigkeit der Gesundheitsfachkraft, ihre Hilfeleistungen während des Betreuungsprozesses immer wieder an den individuellen Hilfebedarf der Familien anzupassen.

Methodik: Das hier vorgestellte „Systematische Explorations- und Verlaufsinventar für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen“ (SEVG) wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) entwickelt, um Gesundheitsfachkräfte bei der Identifizierung von Ressourcen und Hilfebedarfen der Familien zu unterstützen.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Darstellung der statistischen Analysen, die zur Absicherung der psychometrischen Qualität des SEVGs durchgeführt wurden.

Ergebnis: Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass das Inventar die Ausgangsbedingungen in den Familien zuverlässig und objektiv zu erfassen scheint. Mit der durchgeführten Hauptkomponentenanalyse (PCA) kann eine eindeutige Skalenstruktur belegt werden und die Bildung von Skalenmittelwerten zur Datenreduktion ist möglich.

Schlussfolgerung: Die Entwicklung von validen und reliablen Erhebungsinventaren ist ein unbedingt erforderlicher Schritt in Richtung Qualitätssicherung und Professionalisierung von Angeboten in den Frühen Hilfen.

Schlüsselwörter

Frühe Hilfen
Ressourcen
Hauptkomponentenanalyse
Familienhebamme

Abstract

Background: Health professionals in early childhood intervention and prevention support burdened families with young children in order to help them to cope with every-day life and child raising issues. This requires means which help to tailor health professional´s services to individual needs of families.

Methodology: The here presented “Systematic Exploration and Process Inventory for health professionals in early childhood intervention services (SEVG)” can be used to identify individual resources and needs of each family. This enables a valid, reliable and objective assessment of the conditions and the process of counseling service. The article presents an analysis of factorstructure and reliability of the inventory.

Results: As a result of reliability analysis and principal component analysis (PCA) the SEVG seems to be a reliable and objective inventory for assessing the family`s need for support. Also the calculation of average values of each scale is permitted.

Conclusion: The development of valid and reliable assessments is essential for quality assurance and professionalization of interventions in early childhood service.

Keywords

Early childhood intervention
Resources
Principal Component Analysis
Family midwife

1. EINLEITUNG

Frühe Hilfen leisten einen Beitrag zur Verbesserung der Entwicklungsbedingungen von Kindern in psychosozial belasteten Familienumfeldern [1–3]. Frühe Hilfen wirken primär und sekundär präventiv und haben sowohl die Entwicklung als auch die Stärkung familiärer Ressourcen zum Ziel, wie beispielsweise die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen oder der Fähigkeiten zur Alltagsorganisation.

Um Familien, die Unterstützungsbedarf haben, mit passgenauen Angeboten flächendeckend zu versorgen, wurden in den letzten Jahren auf allen föderalen Ebenen in Deutschland Programme Früher Hilfen initiiert und umgesetzt. Es wurden zum einen Strukturen aufgebaut, die die Kooperation zwischen kommunalen Akteuren unterschiedlicher Leistungssysteme erleichtern; zum anderen wurden qualitätsgesicherte Angebote für Familien in belastenden Lebensumständen in den Kommunen weiter auf- und ausgebaut.

Ein Angebot der Frühen Hilfen, für das es in Deutschland erste Wirksamkeitsnachweise gibt [4], ist der Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Familien. Insbesondere Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pfleger (FGKiKP) finden eine hohe Akzeptanz, auch bei Familien mit hohem Hilfebedarf; ihre Inanspruchnahme wird nicht als stigmatisierend erlebt [5].

Familienhebammen und FGKiKP sind staatlich examinierte Hebammen und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pfleger mit einer Zusatzqualifikation, die sie besonders dazu befähigt, auch Familien zu unterstützen, die unter psychosozial belastenden Umständen Kinder erziehen. Solche Bedingungen, beispielsweise gravierende Armutslagen bzw. niedriges Einkommen, psychische Erkrankungen eines Elternteils oder mangelnde soziale Unterstützung, können dazu beitragen, dass Elternkompetenzen nicht ausreichend entwickelt werden und professionelle Hilfe erforderlich ist [6–8].Aufgabe der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen ist zum einen die direkte, aufsuchende Unterstützung der Familie im häuslichen Umfeld und zum anderen die Vermittlung weiterer, passgenauer Hilfen, sobald die eigene Hilfeleistung den Bedarf der Familie nicht (mehr) decken kann. In diesem Sinne nehmen die Gesundheitsfachkräfte eine „Lotsinnenfunktion“ im kommunalen Netzwerk Frühe Hilfen wahr [9].

In den Frühen Hilfen verbinden Gesundheitsfachkräfte Leistungen des Gesundheitssektors mit Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe: Im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) wurden in einer deutschlandweiten telefonischen Befragung von Gesundheitsfachkräften sowie in einer Dokumentenanalyse 825 realistische Ziele erhoben, die Gesundheitsfachkräfte in der Betreuungssituation verfolgen. Etwa ein Viertel (28,7%) der genannten Ziele bezogen sich auf primär physiologische Bedürfnisse des Kindes bzw. der Familie. Die verbleibenden 71,3% aller benannten Ziele konnten psychosozialen Bereichen zugeordnet werden, wie zum Beispiel die Stärkung der elterlichen Verantwortungsübernahme, Auf- bzw. Ausbau von Fähigkeiten der Alltagsorganisation oder Förderung bzw. Einleitung von Kontakten im Umfeld oder zu Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesen [10].

Da die individuellen Bedarfe der Familien und damit die Ziele, die die Gesundheitsfachkraft mit den Eltern vereinbart, ausgesprochen heterogen sind, ist eine zentrale Bedingung für eine erfolgreiche Intervention die Anpassung der Hilfeleistung an den individuellen Unterstützungsbedarf jeder betreuten Familie [11]. Dieser Prozess kann durch eine standardisierte und systematische Exploration mit Hilfe eines Einschätzungs- und Erhebungsbogens unterstützt werden [12, 13].

Eine solche Exploration verfolgt mehrere Ziele:

1. So können zielgerichtet Informationen für eine valide Einschätzung des Hilfebedarfs erhoben werden, die als Grundlage für die Zielvereinbarungen zwischen Gesundheitsfachkraft und Familie dienen.
2. Auch eine systematische Identifikation von Ressourcen der Familie ist für eine unterstützende Betreuung durch die Gesundheitsfachkraft unerlässlich.
3. Eine weitere wichtige Funktion eines systematischen Einschätzungs- und Erhebungsinstrumentes ist die Verlaufskontrolle. Im Laufe des Betreuungsprozesses können so veränderte Problemkonstellationen identifiziert und eine Re-Definition des Betreuungsfokus eingeleitet werden. So hat sich gezeigt, dass neben einer wertschätzenden und vertrauensvollen Beziehung zwischen der Fachkraft und den Familien v.a. eine gemeinsame und dem aktuellen Hilfebedarf

immer wieder neu angepasste Zieldefinition für einen wirkungsvollen Betreuungsverlauf ausschlaggebend sind [14].

4. Des Weiteren erleichtert eine standardisierte Erfassung von Betreuungsbedingungen und -prozessen die Kommunikation innerhalb des Netzwerkes Früher Hilfen. Durch eine einheitliche Nomenklatur kann ein wirksamer und ökonomischer Austausch mit anderen Akteuren gewährleistet und so die multidisziplinäre Zusammenarbeit effektiv gestaltet werden. Auch kann eine systematische Einschätzung durch ein Erhebungsinstrument die Rückmeldung und Zielabsprache mit den Eltern unterstützen.

Aus diesen Gründen wurde eine Intensivierung der Entwicklung von standardisierten Einschätzungs- und Erhebungsinstrumenten für Gesundheitsfachkräfte in den Pflegewissenschaften dringend angemahnt. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung und weiteren Professionalisierung des beruflichen Handelns geleistet werden [15].

In diesem Sinne haben die Analysen des vorliegenden Beitrags die Absicherung der psychometrischen Qualität des „*Systematischen Explorations- und Verlaufsinventar für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG)*“ zum Ziel. Das SEVG ist Teil der „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ (NZFH-Dokumentationsvorlage), die vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen in Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Dr. Johann Behrens, Dr. Gertrud Ayerle und Elke Mattern) entwickelt wurde [16].

Das SEVG soll die Gesundheitsfachkraft bei der Exploration von Belastungen, Ressourcen und Hilfebedarfen der Familien unterstützen. Voraussetzung ist jedoch, dass die für jede Familie individuell spezifischen Bedingungen anhand der Items möglichst *zuverlässig (reliabel)* und möglichst *gültig (valide)* und möglichst *objektiv* erfasst werden, denn nur so kann die familiäre Ausgangslage unabhängig vom Zeitpunkt und der Situation erfasst werden. Die Absicherung dieser Voraussetzungen (Konstruktvalidität und Reliabilität) ist Gegenstand der vorliegenden Analysen [17]. Maßnahmen zur Gewährleistungen der Objektivität werden in Kapitel 2.3 dargestellt.

2. METHODIK

Die Konstruktvalidität und Reliabilität des SEVG wird anhand eines umfangreichen Datensatzes mit Angaben über Familien, die von Gesundheitsfachkräften betreut wurden, überprüft.

2.1 Datenerhebung und Stichprobenrekrutierung

Auf Grundlage der NZFH-Dokumentationsvorlage wurde ein Online-Erhebungsbogen für Gesundheitsfachkräfte programmiert. In diesem Online-Erhebungsbogen konnten die Gesundheitsfachkräfte zwischen Dezember 2013 und März 2015 ihre Beobachtungen in den Familien bzw. ihre Einschätzung der Ressourcen und Hilfebedarfe zu drei Messzeitpunkten (t0: Betreuungsbeginn, t1: nach 4 Monaten, t2: bei Betreuungsende bzw. nach dem ersten Lebensjahr des Kindes) für jede Familie eintragen. Diese Daten übermittelten sie dann – mit Einverständnis der betreuten Familien - in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form an das vom NZFH beauftragte Feldinstitut. Für jeden vollständig übermittelten Datensatz erhielten die Gesundheitsfachkräfte eine Aufwandsentschädigung von 35 €.

Die Daten des ersten Erhebungszeitpunktes bilden die Grundlage für die in dem vorliegenden Beitrag berichteten statistischen Analysen (vgl. 3.).

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 waren. Diese Personen wurden dann in einem zweiten Schritt aufgefordert, von Ihren Fachkräften das Einverständnis einzuholen, sie in einem persönlichen Anschreiben über die Studie informieren zu dürfen sowie sie zur freiwilligen und anonymen Beteiligung an der Erhebung einzuladen.

Per Instruktion wurden die Gesundheitsfachkräfte aufgefordert, für jede Familie, die sie ab dem 01.09.2013 erstmalig besuchten, einen Datensatz anzulegen. Es wurden nur Daten von jenen Familien in den Online Fragebogen überführt, die explizit und

nach umfangreicher Information über Ziele und Datenschutzaspekten der Studie einer Übermittlung zugestimmt haben. Eine Dokumentation der Familien, die eine Datenübermittlung ablehnten, konnte aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht umgesetzt werden, so dass keine robusten Daten im Hinblick auf eine Ausschöpfungsquote vorliegen. Der Versuche einer Annäherung an eine mögliche Ausschöpfungsquote wird in Kapitel 3.1 dargestellt.

2.2 Das Instrument

Der vorliegende Einschätzungsbogen SEVG ist Teil der Dokumentationsvorlage für Gesundheitsfachkräfte [16] und soll einen Betrag zur systematischen und standardisierten Erfassung der Ressourcen und Hilfebedarfe in den Frühen Hilfen sowie deren Veränderungen im Betreuungsverlauf leisten.

Die Entwicklung der Dokumentationsvorlage erfolgte von Juni 2012 bis September 2013 und kann als iterativer Prozess beschrieben werden. So wurden schrittweise, sich wiederholende Überarbeitungsdurchgänge durchgeführt, im Rahmen derer auf Informationen von mehreren Pre-Tests sowie Einschätzungen von mehr als 500 Expertinnen und Experten aus der Praxis, Sozialpolitik und Forschung zurückgegriffen wurde. Eine detaillierte Beschreibung des Entwicklungsprozesses der Dokumentationsvorlage ist Renner und Hammes [18] zu entnehmen.

Das „*Systematische Explorations- und Verlaufsinventar für Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen (SEVG)*“ besteht aus fünf Skalen. Die Fachkraft bewertet die Items anhand einer 5stufigen Likert-Skala von 1=“trifft überhaupt nicht zu“ bis 5=“trifft voll und ganz zu“. Die Angaben zu den Items der Skala „Soziale Unterstützung“ müssen vor der Berechnung des Skalenmittelwertes aufgrund der Polung der Items umcodiert werden. Weiter besteht die Möglichkeit die Antwortkategorie „nicht sicher erkennbar“ zu wählen, was im Rahmen der Auswertung als fehlender Wert anzusehen ist. Hohe Skalenwerte bedeuten eine positive Ausprägung der erfassten Bereiche und können als Ressourcen bewertet werden; geringere Werte hingegen lassen auf einen Hilfebedarf in dem durch die Skala operationalisierten Bereich schließen.

Die einzelnen Skalen bestehen aus 2 bis 6 Items. Für jede der fünf Skalen kann durch Mittelwertsbildung ein Skalenwert errechnet werden; Voraussetzung sind hier mindestens 75 % gültige Items je Skala. Eine Ausnahme bildet die Skala „Annahme von Hilfe und Unterstützung“, bei der aufgrund inhaltlicher Überlegungen ein Drittel gültige Items zur Mittelwertsbildung ausreichend sind.

Die Skala *Interaktion zwischen Hauptbezugsperson (HBP)* und Kind soll mithilfe von sechs Items die Wahrnehmung von bzw. die Reaktion auf kindliche Bedürfnisse erfassen (z.B. „Die HBP nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr“, „Die HPB zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit“).

Eine weitere Skala Fürsorge für das Kind erfasst anhand von sechs Items das Ausmaß der Fürsorge der Familie für alle lebensnotwendigen Alltagsbereiche des Kindes; dies beinhaltet die Pflege, Ernährung und Schutz (z.B. „Die Familie/Lebensgemeinschaft sorgt für die Sicherheit des Kindes durch Maßnahmen der Unfallvermeidung“, „Die Familie/Lebensgemeinschaft ernährt das Kind altersgemäß und gesund“).

Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf stellt eine weitere Skala dar und erfasst anhand von sechs Items die Bereitschaft der Familie, notwenige professionelle Hilfe und Unterstützung aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens in Anspruch zu nehmen (z.B. „Die Familie/Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei psychischen Erkrankungen an“, „Die Familie/Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Lernschwächen oder geistiger Behinderung an“). Ergänzend zu der Antwortkategorie „nicht sicher erkennbar“ kann auf dieser Skala die Antwort „kein Bedarf“ gewählt werden, was ebenfalls als nicht gültiger Wert zu werten ist.

Die Skala *Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung* erfasst durch vier Items die Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung der Familie („Die Familie/Lebensgemeinschaft bewältigt notwendige Aufgaben der Haushaltsführung“, „Die Familie/Lebensgemeinschaft bemüht sich um die Sicherung des Lebensunterhals, einschließlich Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, Ausbildung etc.“).

Die letzte Skala *Soziale Unterstützung* erhebt anhand von zwei Items knapp die praktische und emotionale Hilfe aus dem sozialen Umfeld der Familien. Vor der Berechnung des Mittelwertes sind die Anga-

ben umzucodieren. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da so über alle Skalen einheitlich ein hoher Wert eine Ressource und ein niedriger Wert einen Hilfebedarf operationalisieren.

Im Rahmen der Hauptkomponentenanalyse (PCA) (vgl. 3.2) wurde überprüft, ob diese Skalen- und Mittelwertsbildung über die Items legitim sind.

2.3 Durchführungsobjektivität

Die Durchführungsobjektivität des SEVG wurde im Vorfeld durch Manualisierung des Instruments sichergestellt, in dem Instruktionen und Anleitungen zum Ausfüllen an die Gesundheitsfachkräften übermittelt wurden. Die Veröffentlichung dieses Manual inklusive einer Auswertungsvorgabe ist zusammen mit dem Fragebogen in Vorbereitung und wird zeitnah erfolgen.

Des Weiteren werden fortlaufend Schulungen zur Anwendung der Dokumentationsvorlage, die das SEVG beinhaltet, durchgeführt.

An eine für den gesamten Erhebungszeitraum eingerichtete Support-Hotline konnten die teilnehmenden Gesundheitsfachkräfte neben technischen Fragen in Bezug zu dem online Instrument auch inhaltliche Fragen richten.

2.4 Statistische Analysen

Die Daten wurden unter Verwendung von SPSS 22.0 [21] analysiert.

Deskriptive Statistiken dienen der zusammenfassenden Darstellung der Verteilung der Skalenmittelwerte in der vorliegenden Stichprobe (vgl. 3.1). Die Mittelwerte der Skalen des SEVG wurden für Datensätze mit 75% gültiger Beurteilungen je Skala errechnet (1/3 gültige Werte auf der Skala „Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf“, vgl. 2.2). Auf eine Ersetzung der fehlenden Werte wurde verzichtet.

Im Rahmen einer Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis, PCA) wurde überprüft, in wie weit zwischen den auf theoretischer Grundlage gruppierten Items ein Zusammenhang besteht und ob die angenommenen übergeordneten Skalen- und Mittelwertsbildungen legitim sind (vgl. 3.2).

Als datenreduzierendes Verfahren ermöglicht die Hauptkomponentenanalyse (PCA), viele Items zu einer oder mehreren inhaltlichen Dimensionen (=Skalen) zusammenzufassen. Im Hinblick auf das Ziel einer Datenreduktion und zur Minimierung von Interkorrelationen zwischen den Items, ist die hier angewendete Hauptkomponentenanalyse (PCA) geeignet, explorativ und ohne Vorannahmen eine Struktur zwischen den Items aufzudecken [20]. Die Eignung des vorliegenden Datensatzes zur Durchführung einer PCA wurde anhand des Kaiser-Mayer-Olkin-Koeffizient (KMO) und des MSA-Wertes (Measure of Sampling Adequacy) überprüft [21]. Der KMO-Koeffizient lässt Schlüsse zu, ob der vorliegende Itempool als Ganzes zur Durchführung einer PCA geeignet ist. Der Koeffizient gibt den gemeinsamen Anteil erklärter Varianz an, der auf den Itempool zurückzuführen ist. Der MSA-Wert hingegen dient der Überprüfung, ob ein einzelnes Item in die PCA einbezogen werden sollte. Hier wird der Varianzanteil, der auf das einzelne Item zurückzuführen ist, zur Bewertung herangezogen. Nach Kaiser (1974) [24] eigenen sich Items bzw. Datensätze mit Kennwerten größer als ,800 zur Durchführung einer Faktoranalyse bzw. Hauptkomponentenanalyse (PCA).

Anschließend wurde die Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit Varimax-Rotation durchgeführt [23]. Eine Vorgabe bzgl. der Faktoranzahl wurde nicht gemacht. Die Angaben von Faktorladungen je Item (Korrelation zwischen dem Item und dem latenten Faktor) erlauben eine Beschreibung der Höhe des Zusammenhangs zwischen dem Item und dem Faktor; gemäß Konvention wurden Faktorladungen kleiner als ,40 ausgeschlossen. Des Weiteren erfolgte die Berechnung von Kommunalitäten der Skalen (Summe der quadrierten Faktorladungen der Items einer Skala), die Aufschluss über den varianzaufklärenden Anteil der gruppierten Items durch den Faktor ermöglichen.

Reliabilitätsanalysen dienen der Überprüfung der Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit des Messinstrumentes (vgl. 3.3). Für den vorliegenden Itempool erfolgte sowohl die Berechnung der internen Konsistenz für die einzelnen Skalen als auch der Trennschärfe der einzelnen Items einer Skala [24]. Als Maß für die interne Konsistenz wurde Cronbach's herangezogen und als Indikator für die Trennschärfe die korrigierte Item-Skala-Korrelation (ritc). Die Beurteilung der Güte dieser Kennwerte wurde unter Bezugnahme der Konventionen von Cicchetti (1994) [25] vorgenommen.

3. ERGEBNISSE

3.1 Stichprobenbeschreibung und Ausschöpfungsquote

189 Gesundheitsfachkräfte übermittelten 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 Fragebögen zurückzuführen).

Die Gesundheitsfachkräfte waren überwiegend als Familienhebamme tätig (n=129, 68,25%). Weitere 26,98% (n=51) waren FGKiKP bzw. gaben eine sonstige vergleichbare berufliche Qualifikationen (n=9, 4,76%) an.

Die Hauptbezugsperson (HBP) war überwiegend die leibliche Mutter (n=897, 97,29%) mit einem Durchschnittsalter von M=27,10 Jahren (SD=7,00, range: 15-60). Haupt-(n=250, 27,35%) und Realschulabschluss (n=171, 18,71%) wurden als häufigste Schulabschlüsse genannt; über ein Fünftel verfügte nach Angaben der Gesundheitsfachkraft über keinen Schulabschluss (n=205, 22,43%). Mehr als die Hälfte (n=513, 55,82%) der Hauptbezugspersonen lebten mit dem Kindsvater bzw. der Kindsmutter zusammen, knapp 30% (n=268, 29,16%) lebten alleine ohne (Ehe-)Partner/-in. Des Weiteren hatten knapp über 70% (n=648, 70,67%) der Familien Anspruch auf Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder und mehr als ein Viertel der Haushalte waren verschuldet oder privatinsolvent (n=253, 27,65%). Die Gesundheitsfachkräfte gaben an, dass aus ihrer Perspektive knapp die Hälfte der Hauptbezugspersonen (n=428, 46,62%) die finanzielle Situation als belastend wahrnahmen.

Werden diese zentralen Merkmale mit repräsentativen Angaben der Allgemeinbevölkerung des Mikrozensus aus dem Jahre 2011 (Subgruppe der Haushalte mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren) [26] verglichen, so wird deutlich, dass der Anteil der Hauptbezugspersonen ohne Schulabschluss (22,43% vs. 4,6%) und alleinerziehenden Elternteilen (29,16% vs. 12,1%) in der vorliegenden Stichprobe deutlich erhöht ist. Auch der Anteil der Familien, die Transferleistungen und Stiftungsgelder beziehen ist im Vergleich zum repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt deutlich erhöht (70,67%; vs. 14,1% Bezug des Arbeitslosengeldes II); zu letzterem ist jedoch festzuhalten, dass die Formulierungen der Erhebungen nicht konvergent sind, da der Begriff „Transferleistungen/Stiftungsgelder“ weiter gefasst ist als der Arbeitslosengeld II Bezug.

Eine robuste Berechnung der Ausschöpfungsquote ist aufgrund der hohen Anforderungen an den Datenschutz nur sehr eingeschränkt möglich. Eine annäherungsweise Analyse soll jedoch nachfolgend vorgenommen werden. In dem Online-Fragebogen wurden das Datum des ersten und des letzten Hausbesuchs, sowie die Anzahl an Familien, die von der Gesundheitsfachkraft zum Stichtag 01.12.2013 betreut wurden, erhoben. In die folgende annäherungsweise Analyse der Ausschöpfungsquote werden jene Datensätze eingeschlossen, bei denen der erster Hausbesuch vor dem 01.12.2013 und der letzte Hausbesuch nach dem 01.12.2013 angegeben wurde (n=70). Des Weiteren zeigten sich für die Variable „Anzahl an Familien in Betreuung zum 01.12.2013“ einige unrealistische Ausreißerwerte. Somit wurden n=6 Datensätze ausgeschlossen und die Analyse der Ausschöpfungsquote anhand von n=64 Fällen vorgenommen. Das Kriterium für Ausreißerwerte wurde gemäß Konvention in Bezug zur vorliegenden Verteilung empirisch berechnet [27].

Somit liegt der Annäherungswert für die mittlere Ausschöpfungsquote bei 33,81% (SD= ,03, range: 6% - 100%).

3.2 Deskriptive Statistiken

Für die vorliegende Stichprobe können Skalenmittelwerte zwischen M=3,01 (SD=1,28) für die Skala „Annahme von Unterstützung“ und M=4,32 (SD= ,72) für die Skala „Fürsorge“ berichtet werden. Detaillierte deskriptive Statistiken sind Tabelle 1 zu entnehmen. Die Tabelle zeigt auch die Anzahl der Datensätze auf, die aufgrund des hohen Anteils fehlender Werte von der Berechnung des Skalenmittelwertes ausgeschlossen wurden. Hier wurde eine Differenzierung in a) fehlende Werte aufgrund der Angaben „kein Bedarf“ / „nicht sicher erkennbar“ und b) systembedingt fehlende Werte aufgrund von nicht beantworteten Fragen vorgenommen.

Tabelle 1: **Deskriptive Statistiken der vorliegenden Stichprobe von N=937 Familien. Die Beurteilung von Ressourcen und Hilfebedarfen erfolgte mit einer 5stufigen Likert-Skala von 1="trifft überhaupt nicht zu" bis 5="trifft voll und ganz zu".**

Skala	N	Fehlende Werte		Min	Max	Mittel-wert	Standard-abweichung
		„Kein Bedarf"/ „Nicht sicher erkennbar"	System-bedingte fehlende Werte				
Interaktion zwischen Hauptbezugsperson (HBP) und Kind	832	52	53	1,00	5,00	4,03	,92
Fürsorge für das Kind	834	52	51	1,50	5,00	4,32	,72
Annahme Unterstützung bei weiterem, speziellem Bedarf	534	370	33	1,00	5,00	3,13	1,25
Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebens-führung	814	92	31	1,00	5,00	3,82	,96
Soziale Unterstützung	781	126	30	1,00	5,00	3,01	1,28

Nachfolgend wird die durchgeführte Hauptkomponentenanalyse (PCA) berichtet, im Rahmen derer nachgewiesen werden soll, dass die Skalenbildung durch Mittelung der einzelnen Itemrohwerte zulässig ist.

3.3 Konstruktvalidität

In einem ersten Schritt wurde analysiert, ob die vorliegenden Daten zur Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse (PCA) geeignet sind. In Bezug auf die Grundgesamtheit aller 24 eingeschlossener Items kann ein *Kaiser-Mayer-Olkin-Koeffizient* (KMO) als Maß der Stichprobeneigung von ,83 berichtet werden; dieser Kennwert liegt im „recht guten" Bereich und eine Stichprobeneignung in Bezug auf die Gesamtheit aller Items kann angenommen werden [22]. Als Kennwert für die Angemessenheit der Stichprobe wurde eine Anti-Image-Korrelationsmatrix betrachtet und die *MSA-Werte* (Measure of Sampling Adequacy) der einzelnen Items analysiert. Über alle Items wurde eine mittlere *MSA* von *M*= ,82 (*SD*= ,14, *range:* ,48 - ,92) festgestellt. Auch die mittlere *MSA-Werte* liegen somit im „recht guten" Bereich, wobei erwähnt werden sollte, dass für 5 Items *MSA-Werte* von kleiner als ,70 errechnet wurden und somit im „mittelmäßigen" bzw. „kläglichen" Bereich lagen. Da sich jedoch die anderen Eignungs- und Ergebnisparameter (KMO-Koeffizient des Itempools und Kommunalitäten bzw. Faktorladung dieser Items) als akzeptabel und eindeutig interpretierbar darstellten, wurde auf einen Ausschluss dieser 5 Items verzichtet.

Als Ergebnis der PCA zeigte sich, dass die 24 Items eindeutig 5 verschiedenen Faktoren zugeordnet werden konnten. Über alle Items kann für diese Faktorenlösung eine mittlere Kommunalität von *M*= ,69 (*SD*= ,13, *range:* ,43 - ,88) berichtet werden. Damit erklären alle in dem Modell implementierten Faktoren 69,30 % der Varianz aller Items. Damit sind lediglich knapp über 30% der Varianz auf andere, nicht bekannte Einflüsse zurückzuführen. Weiter zeigte sich, dass die Faktorladung aller Items über ,40 lagen und somit nicht ausgeschlossen werden mussten.

Im Rahmen der PCA wurden fünf Faktoren eindeutig identifiziert, die aufgrund inhaltlicher Überlegungen wie folgt bezeichnet wurden (vgl. 2.2):

1. Interaktion zwischen Hauptbezugsperson (HBP) und Kind
2. Fürsorge für das Kind
3. Annahme von Hilfe / Unterstützung
4. Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung
5. Soziale Unterstützung

Der erste Faktor „Interaktion zwischen Hauptbezugsperson (HBP) und Kind“ (6 Items; Eigenwert 9,94; Varianzaufklärung 41,43%) enthält Items, die die Qualität der Interaktion zwischen der Hauptbezugsperson und dem Kind beschreiben.

„Fürsorge für das Kind“ (6 Items; Eigenwert 2,60; Varianzaufklärung 10,83%) als weiterer Faktor fasst Items zusammen, die sich auf Aspekte der täglichen Pflege, Ernährung, Risikovermeidung und Schutz beziehen.

Faktor 3, „Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf“ (6 Items; Eigenwert 1,56; Varianzaufklärung 6,51%), operationalisiert anhand der Items die Bereitschaft der Familie zusätzliche professionelle Hilfs- und Unterstützungsangebote anzunehmen, sofern diese indiziert sind.

Als ein weiterer Faktor wurden „Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung“ (4 Items; Eigenwert 1,40; Varianzaufklärung 5,86%) identifiziert. Hier laden Items, die sich auf die Bewältigung notwendiger Haushaltsführungen oder der Sicherung des Lebensunterhalts beziehen.

„Soziale Unterstützung“ (2 Items; Eigenwert 1,12; Varianzaufklärung 4,66%) letztendlich kann als ein letzter Faktor identifiziert werden.

Auffallend ist die Abnahme des varianzaufklärenden Anteils über die Faktoren, was als Hinweis auf mögliche Korrelationen zwischen den Faktoren zu deuten ist. Die übergeordneten Merkmale sind nicht als unabhängige Konstrukte zu betrachten und der erste Faktor „Interaktion“ enthält varianzaufklärende Anteile der anderen Faktoren. Tatsächlich konnten im Anschluss durchgeführte Korrelationsberechnungen zwischen den Faktoren zum Teil hohe Korrelationen von bis zu r= ,71 (zwischen den Skalen Interaktion und Fürsorge) diese inhaltlichen Überschneidungen stützen.

Zusammenfassend lässt sich die a priori angenommene inhaltliche Gruppierung der einzelnen Items zu Skalen und die datenreduzierende Mittelwertsbildung (vgl. 3.1) im Rahmen der Hauptkomponentenanalyse (PCA) bestätigen.

Tabelle 2 stellt die standardisierten Faktorladungen je Item sowie die Beschreibung der Faktoren zusammenfassend dar.

Tabelle 2: **Standardisierte Faktorladungen (Rotationsmethode: varimax) des SEVG. Dargestellt werden alle Faktorladungen > ,40.**

Nr.	Item	Faktoren				
		1 Interaktion HPB-Kind	2 Fürsorge für das Kind	3 Annahme von Unterstützung	4 Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung	5 Soziale Unterstützung
1.	Die Hauptbezugsperson reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes	,87				
2.	Die Hauptbezugsperson nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr	,87				
3.	Die Hauptbezugsperson zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit	,82				
4.	Die Hauptbezugsperson wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache)	,82				

Nr.	Item	Faktoren				
		1 Interaktion HPB-Kind	2 Fürsorge für das Kind	3 Annahme von Unterstützung	4 Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung	5 Soziale Unterstützung
6.	Die Hauptbezugsperson nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr	,75	,42			
7.	Die Familie / Lebensgemeinschaft stellt die notwendige Pflege des Kindes sicher		,73			
8.	Die Familie / Lebensgemeinschaft ernährt das Kind altersgemäß und gesund		,67			
9.	Die Familie / Lebensgemeinschaft sorgt für die Sicherheit des Kindes durch Maßnahmen der Unfallvermeidung		,65			
10.	Die Familie / Lebensgemeinschaft ergreift bei Erkrankung des Kindes erforderliche Maßnahmen (z.B. Arztbesuch bei fieberhafter Erkrankung)		,65			
11.	Die Familie / Lebensgemeinschaft schützt das Kind vor unangemessenen äußeren Reizen (z.B. Hitze, Kälte, hoher Geräuschpegel, etc.)		,60			
12.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nutzt präventive Leistungen im Gesundheitswesen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen)		,44			
13.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Lernschwäche oder geistiger Behinderung an			,85		
14.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei psychischer Erkrankung an			,78		
15.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei körperlicher Erkrankung oder Behinderung an			,77		

Nr.	Item	Faktoren				
		1 Interaktion HPB-Kind	2 Fürsorge für das Kind	3 Annahme von Unterstützung	4 Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung	5 Soziale Unterstützung
17.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nutzt andere Angebote der Frühen Hilfen			,55	,41	
18.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nutzt andere Angebote, die nicht Teil der Frühen Hilfen sind (z.B. Schuldnerberatung)			,51	,41	
19.	Die Familie / Lebensgemeinschaft bemüht sich um die Sicherung des Lebensunterhalts, einschließlich Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, Ausbildung, etc.				,78	
20.	Die Familie / Lebensgemeinschaft bewältigt notwendige Aufgaben der Haushaltsführung				,71	
21.	Die Familie / Lebensgemeinschaft bemüht sich um die Antragstellung von Transferleistungen und/ oder Stiftungsgelder, einschließlich der Kontaktaufnahme mit zuständigen Stellen				,71	
22.	Die Familie / Lebensgemeinschaft beteiligt sich aktiv an der Formulierung von Zielen der Betreuung				,64	
23.	Die Familie / Lebensgemeinschaft benötigt mehr praktische und emotionale Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld als sie gegenwärtig erhält					,88
24.	Die Familie / Lebensgemeinschaft ist subjektiv unzufrieden mit der praktischen und emotionalen Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld, die sie gegenwärtig erhält					,87

3.4 Reliabilität

Weiter wurde die im Rahmen der PCA gefundene 5-faktorielle Lösung mit 24 Items auf interne Konsistenz und Trennschärfe untersucht.

Die interne Konsistenz lag mit *Cronbach's* α von ,80 bis ,95 für die Subskalen im guten bzw. sehr guten Bereich [25]. Auch für die Trennschärfe können Korrelationen der einzelnen Items mit dem korrigierten Skalenmittelwert von überwiegend größer als ,600 berichtet werden, was ebenfalls als gut bzw. sehr gut anzusehen ist [25]. Lediglich ein Item der Skala „Fürsorge" (Itemnr. 12, vgl. Tabelle 2) lag mit einer Trennschärfe von ritc= ,47 im befriedigenden Bereich.

Die Tabelle 3 stellt die Reliabilitätskennwerte der einzelnen Skalen des SEVG zusammenfassend dar.

Tabelle 3: **Interne Konsistenz der Skalen und Trennschärfe der Items**

	Interne Konsistenz (Cronbach's α)	Range der Trennschärfe (RITC); mittlere Trennschärfe der Skala
Interaktion HPB-Kind	,95	,82 - ,90; MW= ,85
Fürsorge für das Kind	,87	,47 - ,77; MW= ,67
Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf	,92	,64 - ,87; MW= ,78
Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung	,85	,61 - ,80; MW= ,69
Soziale Unterstützung	,80	,67

Die vorliegenden Analysen konnten zeigen, dass die interne Konsistenz und Trennschärfe der Items fast vollständig im guten oder sehr guten Bereich lagen. Somit ist einerseits anzunehmen, dass zwischen den Items einer Skala hohe Zusammenhänge bestehen; andererseits repräsentiert ein einzelnes Item das Gesamtergebnis der Skala in gutem bzw. sehr gutem Ausmaß, so dass eine zuverlässige Einschätzung der übergeordneten Konstrukte mit den Items möglich zu sein scheint.

4. DISKUSSION

Im Rahmen der Hauptkomponentenanalyse (PCA) bestätigte sich die a priori postulierte inhaltliche Gruppierung der Items, ohne dass im Vorfeld Annahmen über deren Skalenzugehörigkeit formuliert wurden. Auch die Reliabilitätsanalysen zeigten hohe Zusammenhänge zwischen den Beurteilungen einer Skala und die Eignung der einzelnen Items zur Erfassung der übergeordneten Konstrukte. Die Errechnung von datenreduzierenden Skalenmittelwerten über die genannten Items ist somit zulässig, so dass sich die Informationen der 24 Items zu 5 Bereichen ökonomisch zusammenfassen lassen. Diese 5 Faktoren klären knapp 70% der Varianz des Itempools auf. Lediglich knapp über 30% der Varianz sind auf weitere, unbekannte und/oder zufällige Einflüsse zurückzuführen; beispielhaft seien hier mögliche Messfehler oder andere nicht erfasste inhaltliche Merkmale genannt. Des Weiteren deutet der über die Faktoren rapide abnehmende Anteil der Varianzaufklärung auf Abhängigkeiten zwischen den Faktoren hin, was den Schluss zulässt, dass die übergeordneten inhaltlichen Konstrukte nicht als unabhängig voneinander anzusehen sind. Hohe Korrelationen zwischen den Skalenwerten unterstützen diese Annahme; so stehen beispielsweise Aspekte der Fürsorge in Zusammenhang mit Aktivitäten der Haushaltsorganisation. Trotz der empirischen Überschneidung zwischen den Merkmalen, können die Bereiche, die jeweils unterschiedliche Ressourcen und Hilfebedarfe erheben, inhaltlich und konzeptionell klar getrennt werden.

Die Durchführungsobjektivität wurde durch Manualisierung, Schulung der Gesundheitsfachkräfte sowie der Einrichtung einer Support-Hotline abgesichert. Diese Maßnahmen zeigten sich gerade für die Stichprobe der Gesundheitsfachkräfte als sehr bedeutsam, da diese Berufsgruppe zwar in der klinischen Dokumentation Erfahrung hat, jedoch in der Anwendung von standardisierten Verhaltensbeobachtungsinventaren naiv ist. Es ist jedoch anzumerken, dass nicht sichergestellt werden kann, dass alle an der Studie teilnehmenden Personen eine Schulung erhielten oder sich per Support Hotline beraten ließen, da sich diese freiwilligen Angebote an alle Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen richtete und eine Teilnahme keine Voraussetzung für die Studie darstellte.

Es sei erwähnt, dass aufgrund des hohen varianzaufklärenden Anteils des Faktors „Interaktion“ nicht auf eine große inhaltliche Bedeutung im Vergleich zu den anderen Faktoren rückzuschließen ist. Dies ist vielmehr auf die statistisch-methodische Eigenschaft der Hauptkomponentenanalyse (PCA) zurück zu führen, da der erste extrahierte Faktor stets den größten Eigenwert und damit den größten varianzaufklärenden Anteil besitzt. Die weiteren Faktoren erklären dann sukzessive die verbleibende Varianz auf, die nicht durch den zu vor extrahierten Faktor erklärte wird. Der Faktor „Interaktion“ wurde als erste Hauptkomponente identifiziert, da hier die höchsten Faktorladungen festgestellt werden konnten. Dies ist wiederum auf hohe Interkorrelationen zwischen den Items der Skala zurückzuführen (vgl. Tabelle 2).

Die Hauptkomponentenanalyse (PCA) zur Itemselektion wird hier erstmals berichtet und es zeigte sich, dass keine Items ausgeschlossen werden mussten. Dies ist als eher ungewöhnlich zu bewerten, kann jedoch auf den aufwändigen und zeitintensiven Entwicklungsprozess der Dokumentationsvorlage und des SEVG zurück zu führen sein. Über ein Jahr wurden zahlreiche Überarbeitungsschleifen durchgeführt und das Instrument partizipativ unter intensiver Einbindung von Fachkräften aus der Praxis entwickelt. Das Wissen aus dem Arbeitsalltag der Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen und ein intensiver Diskurs zwischen Forschung, Sozialpolitik und Praxis flossen in die Instrumentenentwicklung ein und spiegeln sich in den Ergebnissen der PCA wieder. Damit folgt dieses Vorgehen der Logik des „Research and Community Partnership“ [28]. Als weiteren Vorteil dieses kooperativen Entwicklungsprozesses zeigte sich eine hohe Zustimmung der Praktikerinnen und Praktiker zu dem Forschungsprojekt im Speziellen und der Dokumentationsvorlage im Allgemein: Bis Dezember 2015 wurden mehr als 18.000 Exemplare bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bestellt [18].

In Bezug zu Stichprobenmerkmalen ist festzustellen, dass die vorliegende Stichprobe keine Repräsentativität für die Allgemeinpopulation beanspruchen kann. Vielmehr handelt es sich um Informationen von Gesundheitsfachkräften über psychosozial belastete Familien, so dass die berichteten Kennwerte des SEVG primär für diese Stichprobe als gültig anzuse-

hen sind. Im Hinblick auf die Zielpopulation ist dies jedoch keine Einschränkung, da die Anwenderinnen und Anwender des Inventars Fachkräfte der Frühen Hilfen sind, deren aufsuchenden Hilfsangebote ausschließlich auf eine Verbesserung der Lebenslagen von psychosozial belasteten Familien abzielen.

Eine deutliche methodische Schwäche liegt in der Höhe und Unsicherheit der Ausschöpfungsquote (33,81%). Die Höhe der Ausschöpfungsquote in der vorliegenden Studie kann nur annäherungsweise und unter starken Vorbehalten ermittelt werden. Vor allem die Variable, auf der die Berechnung der Gesamtanzahl an Familien in Betreuung zu einem bestimmten Stichtag basiert, ist hinsichtlich der Reliabilität in Zweifel zu ziehen. Per Instruktion sollten nur jene Fälle angegeben werden, die von der Fachkraft als Familienhebamme bzw. als FGKiKP betreut wurden. Aufgrund der hohen Range der Angaben von bis zu 40 Familien pro Gesundheitsfachkraft sind hier jedoch Zweifel angebracht: Aus der Praxis ist bekannt, dass die Gesundheitsfachkräfte häufig auch Familien im Rahmen einer reguläre Gesundheitsversorgung betreuen (z.B. Geburtsnachsorge). Hier ist anzunehmen, dass auch diese Familien teilweise in der Angabe berücksichtigt sind. Des Weiteren ist möglich, dass ebenfalls jene betreuten Familien einbezogen wurden, für die Einschlusskriterien nicht erfüllt sind (d.h. vereinzelte Hausbesuche, Betreuungsversuche ohne längerfristige Betreuung oder Familien, die schon sehr lange in Betreuung der Gesundheitsfachkraft sind). Ergänzend zu der reduzierten Reliabilität der Variablen sind die Verweigerungsgründe der Eltern sowie deren Merkmale nicht bekannt. Dies hat zur Folge, dass Aussagen hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen einer Teilnahmebereitschaft und anderen Merkmalen nicht möglich ist und systematische Selektionseffekte somit nicht ausgeschlossen werden können. Darüber hinaus könnten Selektionstendenzen auch auf Seiten der Gesundheitsfachkräfte denkbar sein. Da jedoch die Häufigkeit relevanter Merkmale, wie der Bezug von Transferleistungen, fehlender Schulabschluss oder der Anteil an alleinerziehenden Elternteilen in Relation zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht sind, scheint eine für den Bereich der Frühen Hilfen repräsentative Stichprobenzusammensetzung vorzuliegen.

Mit dem SEVG scheint ein reliabler und bzgl. der Skalenstruktur valider Einschätzungsbogen vor zu liegen, der für den Einsatz im Beratungskontext Früher Hilfen eine wichtige Hilfestellung im Rahmen der Exploration und Verlaufskontrolle ist. So können systematisch Informationen erhoben werden und durch Quantifizierung der Beurteilungen Hinweise auf individuelle Ressourcen und Hilfebedarfe der Familien sowie Veränderungen während der Beratung generiert werden. Auch kann die Kommunikation innerhalb des Netzwerks durch die Zusammenfassung von Informationen und einer einheitlichen Nomenklatur effektiver gestaltet werden.

Profitieren kann die Gesundheitsfachkraft auch von Anhaltspunkten zur Selbstreflexion, die das SEVG bietet. So kann die quantifizierte Beurteilung durch die Fachkraft ihrer spontanen fachlichen Einschätzung widersprechen. Dieser Widerspruch sollte nicht verunsichern, sondern vielmehr als Ausgangspunkt einer Reflexion über Beziehungsinhalte, Zielvereinbarungen oder Erfolgserwartungen genutzt werden.

Der Gesundheitsfachkraft kann die übersichtliche und systematische Darstellung beratungsrelevanter Bereiche als Hilfestellung dienen und so die Handlungssicherheit bei der fachlichen Einschätzung und Exploration fördern.

Nicht zuletzt bieten die Beobachtungen über die Familien, die in der Dokumentationsvorlage festgehalten werden, Anlässe, mit der Familie über die Einschätzungen der Gesundheitsfachkraft zu sprechen, und sie zur Mitwirkung an der Zieldefinition und Unterstützungsplanung zu motivieren.

Jedoch sei erwähnt, dass das SEVG und andere Beurteilungsinstrumente ein einfühlsames Gespräch sowie eine qualifizierte, fachliche Einschätzung des Beratungsbedarfs nicht ersetzen können. Vielmehr sind standardisierte Inventare als eine Informationsquelle unter vielen anzusehen, die während explorativer Phasen ergänzend eingesetzt werden können. Auch darf die Gefahr nicht verschwiegen werden, dass aufgrund hoher Skalenwerte bestimmte Bereiche im Rahmen der Exploration bzw. Betreuung vernachlässigt werden könnten. Hier gilt es den breiten Blick auf die individuellen Bedürfnisse der Familien nicht zu verlieren.
Aus methodischer Perspektive sind die nachfolgenden Aspekte noch zu analysieren bzw. zu betrachten.

Zum einen werden noch weitere Validitäts- und Reliabilitätsanalysen vorgenommen. Zu nennen sind hier v.a. die Interraterreliabilität, die Aufschluss über das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Beurteilerinnen und Beurteilern gibt. Zum anderen gilt es die konvergente Validität zwischen den Skalen des SEVG und anderen etablierten Inventaren zu überprüfen, denn nur so kann abgesichert werden, dass das intendierte Merkmal (z.B. Interaktion) durch die Items operationalisiert wird. Auch eine konfirmatorische Faktoranalyse sollte sich anschließen, um die berichtete Faktorenstruktur zu bestätigen.

Letztendlich werden Maßnahmen zur Absicherung der Beurteilungen gegen Soziale Erwünschtheit (social desirability) bzw. Selbstdarstellungstendenzen (self-presentation) vorgenommen [29]. Es könnte die Möglichkeit bestehen, dass die Gesundheitsfachkräfte in der Tendenz positivere Beurteilungen abgeben, da dies als Bewertung der Betreuungsqualität und damit ihrer beruflichen Kompetenzen angesehen werden kann; dies stellt eine hinreichende motivationale Vorbedingung für verzerrende Antworttendenzen dar. Für den vorliegenden Datensatz sind solche Verzerrungstendenzen nicht zu erwarten, da es sich um eine Baselineerhebung handelt. Sollte das SEVG jedoch auch im Bereich der Wirksamkeitsforschung (z.B. in Kontext von RCT-Studien) angewendet werden, gilt es den Sachverhalt kritisch zu beachten. Hier könnte z.B. die Implementierung einer Kontrollskala Aufschluss über die Höhe von Selbsttäuschungstendenzen bei der Beantwortung des Inventars geben [30].

Trotz dieser Einschränkungen und noch offener Analysen kann mit der vorliegenden Studie die Qualitätssicherung und Professionalisierung des beruflichen Handelns von Gesundheitsfachkräften im Bereich Früher Hilfen unterstützt werden. Ergänzend sind die empirisch forschenden Pflegewissenschaften noch eine sehr junge Disziplin, deren Akademisierung weiter ausgebaut werden sollte. Zuverlässige und gültige Erhebungsinstrumente stellen eine unerlässliche Voraussetzung von empirischer, quantitativer Erforschung des pflegerischen Handelns dar. Denn nicht zuletzt ist eine breite Datenbasis (evidence-based practice, EBP) als Argumentationshilfe für Forderungen gegenüber Kostenträgern und politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern relevant. Ein Ausbau der quantitativen und qualitativen Forschung im Bereich der Pflegewissenschaften kann einen Beitrag zur Stärkung der Pflege-und Fachberufe im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens leisten [31].

LITERATUR

[1] I. Renner, „[Access to high-risk families through selected actors of the health care system. Results of an explorative questioning of early childhood intervention pilot projects].“, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Bd. 53, Nr. 10, S. 1048–1055, 2010.

[2] H. Shan, N. Muhajarine, K. Loptson, und B. Jeffery, „Building social capital as a pathway to success: community development practices of an early childhood intervention program in Canada“, Health Promot. Int., Bd. 29, Nr. 2, S. 244–255, 2014.

[3] Nationales Zentrum Frühe Hilfen, „Leitbild Frühe Hilfen - Beitrag des NZFH-Beirats“, NZFH, Köln, 2014.

[4] A. Sidor, E. Kunz, A. Eickhorst, und M. Cierpka, „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., Bd. 34, Nr. 1, S. 11–24, 2013.

[5] D. Clauss, J. Deutsch, I. Krol, R. Haase, P. Willard, T. Muller-Bahlke, C. Mauz-Korholz, und D. Korholz, „[Early childhood intervention - access to risk families and support through actors from the health-care sector].“, Klin. Padiatr., Bd. 226, Nr. 4, S. 243–247, 2014.

[6] C. Blair und C. Cybele, „Child development in the context of adversity: Experiential canalization of brain and behavior“, Am. Psychol., Bd. 67, Nr. 4, S. 309–318, 2012.

[7] R. Theise, K.-Y. Huang, D. Kamboukos, G. L. Doctoroff, S. Dawson-McClure, J. J. Palamar, und L. M. Brotman, „Moderators of intervention effects on parenting practices in a randomized controlled trial in early childhood.“, J. Clin. Child Adolesc. Psychol., S. 1–9, 2013.

[8] R. T. Ammerman, M. Altaye, F. W. Putnam, A. R. Teeters, Y. Zou, und J. B. Van Ginkel, „Depression improvement and parenting in low-income mothers in home visiting“, Arch. Womens Ment. Health, Bd. 18, Nr. 3, S. 555–563, Juni 2015.

[9] U. Lange und C. Liebald, „Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen.“, NZFH, Köln, 2013.

[10] E. Mattern, G. M. Ayerle, und J. Behrens, „Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen“, NZFH, Köln, 2012.

[11] Nationales Zentrum Frühe Hilfen, „Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Frühe Hilfen - Beitrag des NZFH-Beirats“, NZFH, Köln, 2014.

[12] M. Rollans, V. Schmied, L. Kemp, und T. Meade, „‚We just ask some questions…‘ the process of antenatal psychosocial assessment by midwives“, Midwifery, Bd. 29, Nr. 8, S. 935–942, 2013.

[13] A. Taguchi, S. Nagata, T. Naruse, Y. Kuwahara, T. Yamaguchi, und S. Murashima, „Identification of the need for home visiting nurse: development of a new assessment tool“, Int. J. Integr. Care, Bd. 14, S. 1–11, 2014.

[14] K. Psaila, V. Schmied, C. Fowler, und S. Kruske, „Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives“, J. Clin. Nurs., Bd. 24, Nr. 1–2, S. 160–172, 2015.

[15] S. Cowley, K. Whittaker, M. Malone, S. Donetto, A. Grigulis, und J. Maben, „Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature“, Int. J. Nurs. Stud., Bd. 52, Nr. 1, S. 465–480, Jan. 2015.

[16] Nationales Zentrum Frühe Hilfen, „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“, NZFH, Köln, 2013.

[17] M. Bühner, Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Deutschland GmbH, 2011.

[18] I. Renner und D. Hammes, „Die Dokumentationsvorlage für aufsuchende Gesundheitsberufe in den Frühen Hilfen: Entwicklung und Qualitätssicherung“, NZFH, Köln, 2016.

[19] IBM Corp, IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp., 2013.

[20] J. Kopp und D. Lois, Sozialwissenschaftliche Datenanalyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014.

[21] J. Bortz und C. Schuster, Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2010.

[22] H. F. Kaiser, „An index of factorial simplicity“, Psychometrika, Bd. 39, Nr. 1, S. 31–36, 1974.

[23] A. Field, Discovering statistics using IBM SPSS, 4. ed. Los Angeles u.a.: Sage Publications, Inc, 2013.

[24] J. Bortz und N. Döring, Forschungsmethoden und Evaluation, 4. Aufl. Berlin: Springer, 2006.

[25] D. V. Cicchetti, „Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology“, Psychol. Assess., Bd. 4, S. 284–290, 1994.

[26] C. Brand, K. Lang, C. Liel, M. Koch, A. Schreier, und A. Eickhorst, „Forschungsbericht der Prävalenzforschung 2013 bis 2015 (Trendbericht)“, DJI, München, 2015.

[27] D. Bättig, Angewandte Datenanalyse. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2015.

[28] Working Group for the Study of Ethical Issues in International Nursing Research, „Ethical Considerations in International Nursing Research: a report from the international centre for nursing ethics“, Nurs. Ethics, Bd. 10, Nr. 2, S. 122–137, Jan. 2003.

[29] N. Baur und J. Blasius, Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Springer, 2014.

[30] L. Schmidt-Atzert und M. Amelang, Psychologische Diagnostik. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2012.

[31] S. D. Krau, „The Utilization of Evidenced-based Practice in Nursing: Some Important Considerations“, Nurs. Clin., Bd. 49, Nr. 4, S. xi–xii, 2014.