

### **Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie**

Scharmanski, Sara; Renner, Ilona

Postprint / Postprint

Zeitschriftenartikel / journal article

#### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

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

#### **Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.de>

#### **Terms of use:**

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0>

# Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie

Sara Scharmanski, Ilona Renner  
Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH),  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

*Author's accepted manuscript version*

**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>**

This version of the article may not completely replicate the final authoritative version published in "Pflege" at <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000630>. It is not the version of record and is therefore not suitable for citation. Please do not copy or cite without the permission of the author(s). (<https://eu.hogrefe.com/service/for-authors/for-journal-authors/guidelines-on-sharing-and-use-of-articles-in-hogrefe-journals>)

**Publisher's Version:**

**Published in:** Hogrefe Verlag Göttingen: *Pflege* ISSN: 1012-5302

**Publication date:** 22. Juni 2018 (online)

**DOI:** <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000630>

**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>

## Zusammenfassung

*Hintergrund:* Frühe Hilfen sind lokale und regionale Angebote für Familien mit Kindern bis 3 Jahren. Diese Angebote leisten einen Beitrag zur Förderung von elterlichen Kompetenzen um Entwicklungs- und Lebensbedingungen zu verbessern. Fortgebildete Hebammen und Pflegefachkräfte betreuen Familien mit psychosozialen Hilfebedarf.

*Methode:* Die retrospektive Befragung (N=298) soll die Frage beantworten, ob durch die Zusatzqualifikation ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Familien in belasteten Lebenslagen geleistet werden kann. Die Angaben der Mütter mit einer Betreuung durch eine fortgebildete Gesundheitsfachkraft (Gruppe<sub>GFK+Quali</sub>) wurden mit den Angaben der Mütter verglichen, die von einer Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation (Gruppe<sub>GFK</sub>) betreut wurden.

*Ergebnisse:* Gesundheitsfachkräfte mit Zusatzqualifikation werden entsprechend ihrer Fortbildung häufiger in psychosozial belasteten Familien eingesetzt. Von *allen* Müttern, die einen Unterstützungsbedarf angaben, bewerten die Mütter, die von einer fortgebildeten Gesundheitsfachkraft unterstützt wurden, die Betreuung als nützlicher im Hinblick auf elterliche Alltagskompetenzen (Bewertung der erhaltenen Unterstützung: Gruppe<sub>GFK+Quali</sub>:  $MW= 2.57$ ; Gruppe<sub>GFK</sub>:  $MW= 1.97$ ;  $p= .003$ ).

*Schlussfolgerung:* Die Studie ergänzt weitere Befunde, die die Inanspruchnahme, elterliche Akzeptanz und Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfsangeboten belegen. Die spezifische Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften trägt auch aus Sicht der Mütter zu einer verbesserten Versorgung von psychosozial belasteten Familien bei.

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

## Abstract

*Background:* Early childhood interventions are locally and regionally organized support services for families from pregnancy until the end of the third year of life. The interventions promote diverse measures to enhance parental skills in order to improve developmental and living circumstances. Midwives and nurses with additional qualification support burdened families in early childhood intervention.

*Methodology:* Within a retrospective survey (standardized interviews, CAPI) mothers' (N=298) perspective of the benefit of the home visiting support is assessed. Data from two groups were compared: (1) mothers in the care of a midwife or nurse with additional qualification (Gruppe<sub>GFK+Quali</sub>) and (2) mothers cared for by a midwife or nurse without additional qualification (Gruppe<sub>GFK</sub>).

*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 more useful in relation to every day demands than mothers with regular care after birth (questionnaire for evaluation of the received support: Gruppe<sub>GFK+Quali</sub>: *mean*= 2.57; Gruppe<sub>GFK</sub>: *mean*= 1.97;  $t(121)= 2.799, p= .003$ ).

*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 psychosocial burdens.

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

## Hintergrund

Gravierende Fälle von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung führten ab 2005 zu einem breiten gesellschaftlichen Diskurs und einer deutschlandweiten Debatte über den Kinderschutz in Deutschland. In diesem Zusammenhang wurden ab 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ implementiert, um den präventiven Kinderschutz und die Fachpraxis beim Auf- und Ausbau Früher Hilfen zu stärken.

### **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.

*Frühe Hilfen* sind lokale und regionale Unterstützungsangebote für Familien mit Kindern ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Alter von 3 Jahren. Neben alltagspraktischer Unterstützung leisten Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Eltern, um so Entwicklungs- und Lebensbedingungen von Familien in belastenden Lebenslagen zu verbessern. Zu diesem Zweck kooperieren Fachkräfte aus den Bereichen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe, aus der Schwangerschaftsberatung und der Frühförderung in lokal organisierten *Netzwerken Früher Hilfen* vor Ort (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014a).

In Deutschland wurden in den letzten Jahren lokale Netzwerke und Angebote Früher Hilfen flächendeckend ausgebaut (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014a). Ein besonders gefördertes 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)* (Paul & Renner, 2017).

### **Familiale Belastungslagen und elterliche Lebens- und Erziehungskompetenzen**

Eine Vielzahl an familiären Belastungen sind als bedeutsame Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit bekannt und wissenschaftlich belegt; zu nennen sind beispielsweise 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, materieller Stress, niedrige Bildung und Arbeitslosigkeit mit geringer mütterlicher Feinfühligkeit einhergehen (Lee & Guterman, 2010; Neuhauser, 2016).

### **Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege**

*Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (GKKP)* bieten als Gesundheitsfachkräfte 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, was bei Stillschwierigkeiten, Geburtskomplikationen oder chronischen Erkrankungen des Säuglings indiziert sein kann (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 von Hebammen und GKKP. 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 und Unterstützung im Umgang mit diesen.

Es ist anzunehmen, dass dieser Mangel umso deutlicher zutage tritt, je mehr Stressoren eine Familie ausgesetzt 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 bedeutsam. Eine Qualifizierungsmaßnahme, die Fakten- und Handlungswissen zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien vermittelt, kann diese Kompetenzen aufbauen und die Versorgungsqualität steigern.

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

*Familienhebammen und Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP)* sind staatlich examinierte Hebammen und GKKP mit einer Zusatzqualifikation. Sie sind ausgebildet, Familien in psychosozial belastenden Lebenslagen zu unterstützen (Lange & Liebald, 2013).

Die Ausbildung von Familienhebammen und FGKiKP liegt in der Verantwortlichkeit der Bundesländer bzw. der von den Bundesländern beauftragten Bildungsträger. Um die Abschlüsse und die Qualität der Zusatzqualifikation zwischen den Bundesländern vergleichbar zu machen, wurden Mindestanforderungen für die übergeordneten Lerninhalte (Module), strukturelle Rahmenbedingungen und Zugangsvoraussetzungen formuliert (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014c). Gemäß diesen Mindestanforderungen umfasst die Weiterbildung 270 Unterrichtseinheiten und schließt mit einer Leistungsprüfung ab. Zur Weiterbildung zugelassen sind Hebammen und GKKP mit mind. 24monatiger Berufserfahrung.

Der Einsatz von Familienhebammen und FGKiKP als spezifisch fortgebildeten Gesundheitsfachkräften (GFK) in den Frühen Hilfen ist ein Förderschwerpunkt der "Bundesinitiative Frühe Hilfen", die 2012 als Teil des Bundeskinderschutzgesetzes in Kraft getreten ist (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012).

Inzwischen wird das Unterstützungsangebot von spezifisch fortgebildeten GFK 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 GFK mit einer Zusatzqualifikation ebenfalls bewährt: Belegt sind positive, wenn auch kleine Effekte auf kindliche und familiäre Parameter (Ilona Renner & Scharmanski, 2016; Sidor, Eickhorst, Stasch, & Cierpka, 2012); auch international konnte die Wirksamkeit von aufsuchenden Unterstützungsangeboten nachgewiesen werden (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) wird jedoch angenommen, dass speziell fortgebildete GFK den Fokus ihrer Arbeit anders ausrichten, andere Betreuungsaufträge erhalten und unter anderen strukturellen Bedingungen ihre aufsuchende Betreuungsleistung erbringen als GFK ohne Zusatzqualifikation.

Ein bedeutsamer struktureller Unterschied zwischen den Leistungen von GFK 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 verbunden.

Aus diesen Vorüberlegungen werden folgende zentrale Hypothesen abgeleitet:

(1) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen haben einen erhöhten Hilfebedarf bei der Bewältigung von Alltags- und Fürsorgeaufgaben. 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 multi-methodischen Forschungszyklus zur Bewertung von Effektivität und Nutzen der Angebote Früher Hilfen. Die vorliegenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die Sub-Stichprobe von Müttern, die im persönlichen Kontakt interviewt wurden und nach der Geburt von einer GFK 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<sub>GFK+Quali</sub>) oder
- längerfristig von einer Gesundheitsfachkraft ohne Zusatzqualifikation (Gruppe<sub>GFK</sub>) 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€, die Dauer eines Interviews betrug in der Regel 30 bis 45 Minuten.

Mit der Datenerhebung wurden qualifizierte und extra für diese Studie geschulte Interviewerinnen beauftragt. Inhalte der Schulung waren neben Hinweisen zur korrekten Interviewführung und der Einhaltung des Stichprobensplans vor allem Aspekte der Gesprächsführung mit für die Forschung schwer zugänglichen Personen. Ergänzend wurden während der Feldzeit die Interviewerinnen kontinuierlich durch erfahrene Supervisorinnen und Supervisoren betreut. Die Verantwortlichkeit für die Qualifizierung der Interviewerinnen oblag dem durchführenden Feldinstitut, welches sich gemäß Selbstverpflichtung zu den oben genannten Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtete.

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.

## Die Betreuung

Die Betreuung durch GFK mit und ohne Zusatzqualifikation ist ein freiwilliges Angebot für (werdende) Eltern. Vorgaben bzgl. Methoden, Inhalt oder Struktur der Betreuung erhielten die GFK im Rahmen des Studiendesigns nicht. Somit ist anzunehmen, dass die Methoden und Maßnahmen sowie die organisatorisch-strukturellen Bedingungen der Betreuung zwischen den Gruppen aber auch innerhalb einer Gruppe sehr heterogen sind.

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



## 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.

Ergänzend ist die Zusammensetzung der Stichprobe im Hinblick auf die regionale Verteilung nicht repräsentativ. Die Betreuungsdichte von GfK mit Zusatzqualifikation war zum Zeitpunkt der Datenerhebung gering und regional sehr heterogen; entsprechend fokussierte sich die Rekrutierung vor allem auf solche Regionen, in denen eine relativ hohe Betreuungsdichte existierte bzw. erwartet wurde (z.B. städtische Ballungsgebiete).

Insgesamt nahmen  $N=298$  Mütter an der persönlichen Befragung (CAPI) teil, die nach eigenen Angaben nach der Geburt entweder eine Betreuung durch eine GfK mit Zusatzqualifikation (Familienhebamme / FGKiKP:  $n=102$ ) oder eine längerfristige Betreuung, über die Geburtsnachsorge hinaus, durch eine GfK ohne Zusatzqualifikation (Hebammen / GKKP:  $n=196$ ) erhalten haben. Die Stichprobenzuordnung der befragten Mütter wurde anhand mehrerer Filterfragen vorgenommen, um die Art der erhaltenen Unterstützung und damit die Stichprobenzugehörigkeit valide verifizieren zu können.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass keine (zufällige) Zuteilung der Mütter zu den Gruppen – und damit zu den zu vergleichenden Betreuungsformen - im Rahmen der Studie erfolgte. Vielmehr liegt hier eine Ad-hoc-Stichprobe vor, bei der die rekrutierten Mütter retrospektiv angaben, welche Betreuung sie nach der Geburt erhielten.

Die Mütter waren zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel 32.42 ( $SD=5.903$ ) Jahre alt, wobei die Mütter der Gruppe<sub>GfK+Quali</sub> signifikant jünger waren ( $MW=30.70$ ,  $SD=6.686$ ) als die Mütter der Gruppe<sub>GfK</sub> ( $MW=33.31$ ,  $SD=5.250$ ;  $U=-3.382$ ,  $p=.001$ , 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<sub>GfK+Quali</sub>:  $MW=20.35$ ,  $SD=10.445$ ; Gruppe<sub>GfK</sub>:  $MW=22.06$ ,  $SD=9.513$ ;  $U=-1.545$ ,  $p=.122$ , Mann-Whitney-Test, 2-seitig).

## Erhebungsinstrument und dessen Entwicklung

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde auf bestehende und bewährte Fragebögen zurückgegriffen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2006; Eickhorst u.a., 2015; Scharmanski & Renner, 2016).

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 ( $N=20$ ) unterzogen. Neben strategischen Entscheidungen bzgl. des Feldzugangs und der Identifikation der Zielpersonen wurden so auch inhaltliche Schwierigkeiten (Stringenz und Konsistenz der Itemabfolge, Verständnis der Fragen) identifiziert und bereinigt. Auch Kürzungen am Leitfaden zur Reduktion der Interviewdauer erfolgten nach dem Pretest.

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, die in die vorliegenden Analysen einbezogen werden, 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 GFK 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*  $=.473 - .774$ ).

Gemäß PCA ist somit für die beiden Skalen die Errechnung eines Mittelwertes zur Bewertung des Nutzens zulässig, wobei dies nur im Falle 75% gültiger Werte und bei vorhandenem Hilfebedarf erfolgte. 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 GFK verstärkt in sozial belasteten Familien eingesetzt werden, wurde die soziale Lage von Familien der Gruppe<sub>GFK+Quali</sub> mit der sozialen Lage von Familien der Gruppe<sub>GFK</sub> verglichen. Zu diesem Zweck wurde neben deskriptiven Statistiken die Häufigkeitsverteilung der 2 x 2- Kontingenztabelle (Gruppe x Belastungsfaktor) mit dem  $X^2$ -Test überprüft; in Falle von kleinen Zelhäufigkeiten 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 Konvidenzintervall 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 GFK 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.

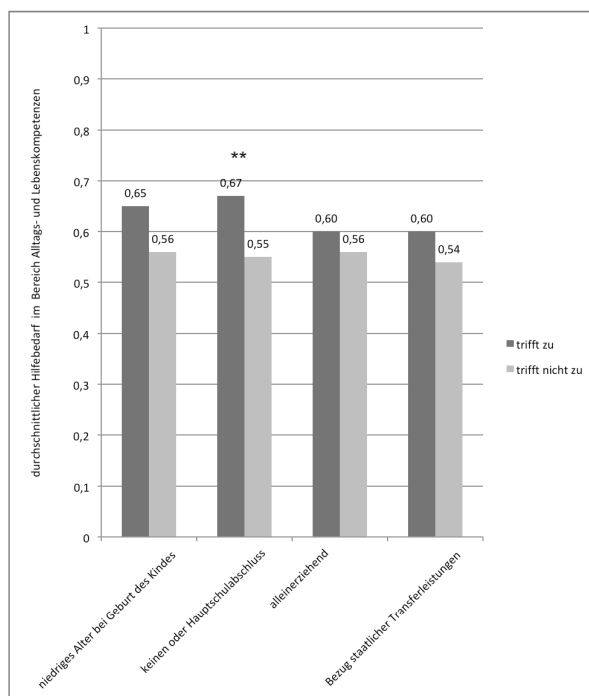
Die Daten wurden unter Verwendung von SPSS 22.0 (IBM Corp, 2013) analysiert.

# Analysen und Ergebnisse

## Zusammenhänge zwischen Belastungen und Hilfebedarfe

*Hypothese 1: Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen haben einen erhöhten Hilfebedarf bei der Bewältigung von Alltags- und Fürsorgeaufgaben.*

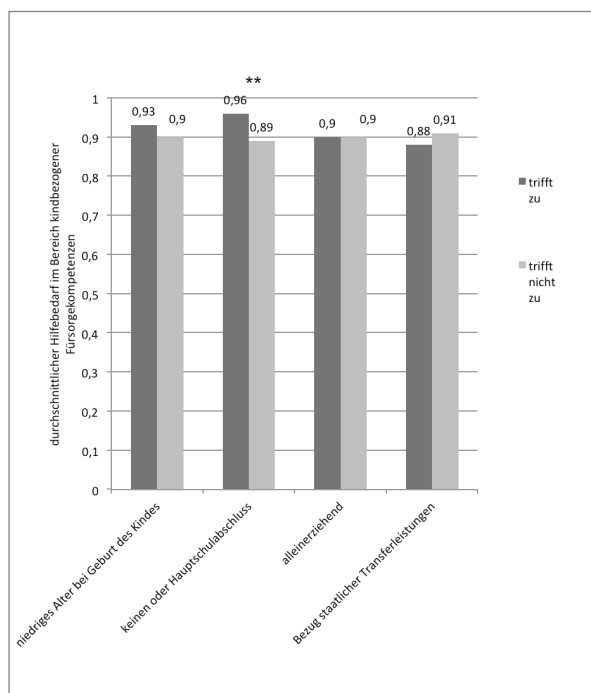
Die Ergebnisse zeigen, dass lediglich ein geringes Bildungsniveau – operationalisiert durch den Schulabschluss – mit einem signifikant höheren subjektiven Hilfebedarf in Bezug zu Lebenskompetenzen einhergeht (vgl. Abb. 1): Auf der Skala *Hilfebedarfe in Bezug zu Lebenskompetenzen* war für Mütter, die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



**Abbildung 1:** Mittelwerte der Skala „Hilfebedarfe im Bereich Alltags- und Lebenskompetenzen“ im Vergleich verschiedener Belastungsfaktoren.  
\*\*  $p < .01$  (Mann-Whitney-Test, 1-seitig)

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 ( $U = -2.332$ ,  $n_{\text{trifft zu}} = 50$ ,  $n_{\text{trifft nicht zu}} = 247$ ,  $p = .010$ , 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]).



**Abbildung 2:**

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

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

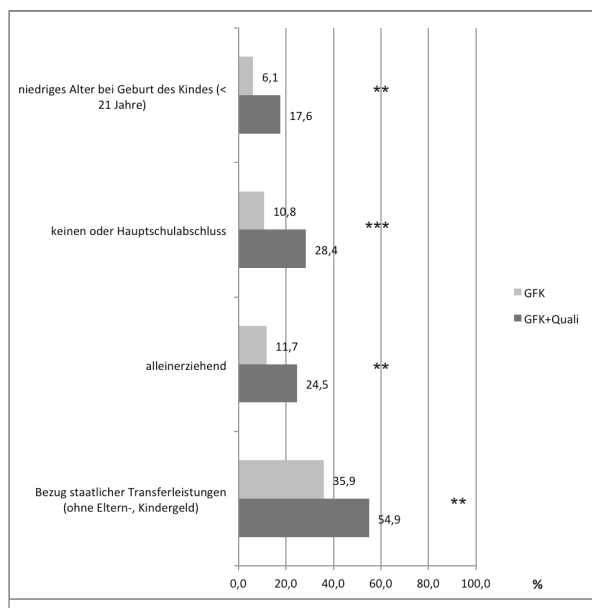
Die Analysen zeigen, dass Mütter mit einem niedrigen Bildungsniveau einen signifikant höheren Hilfebedarf in den Bereich elterlicher Kompetenzen angaben, als Mütter mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau. Somit scheint der Bildungsstand der Hauptbezugsperson des Kindes ein wichtiger Indikator 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<sub>GFK+Quali</sub> von Belastungen im Zusammenhang mit ihrer sozialen Lage berichteten, als Mütter der Gruppe<sub>GFK</sub> (vgl. Abb. 3): Die Mütter der Gruppe<sub>GFK+Quali</sub> 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<sub>GFK+Quali</sub> 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 GFK: 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 GFK mit Zusatzqualifikation und meist auch im Rahmen eines spezifischen Auftrages, betreut zu werden, mindestens doppelt so hoch wie für sozial unbelastete Mütter.



**Abbildung 3:**  
 Vergleich der sozialen Lage der Familien zwischen Gruppe<sub>GFK+Quali</sub> und Gruppe<sub>GFK</sub>.  
 \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$  (Exakte Signifikanz nach Fisher, 1-seitig)

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

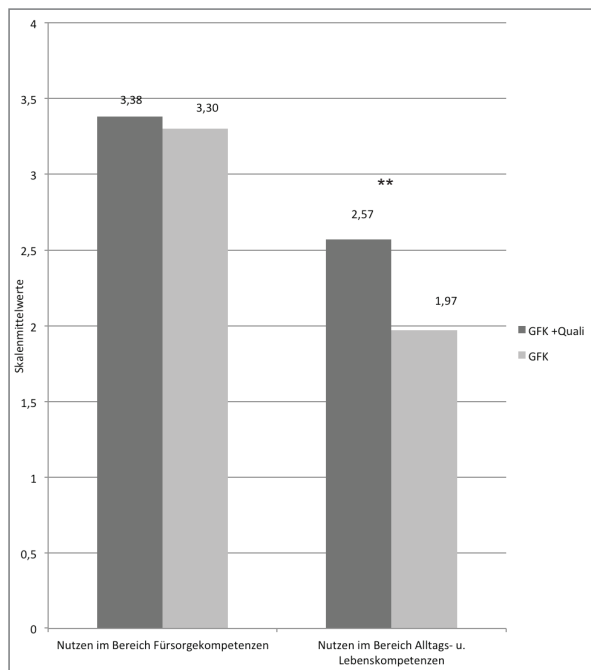
### Retrospektive Nutzenbewertung der Hilfeleistungen

*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 Mittelwertvergleiche 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<sub>GFK+Quali</sub> einen deutlich höheren Mittelwert auf der Skala *Nutzen im Bereich Alltags- und Lebenskompetenzen* an als Mütter der Gruppe<sub>GFK</sub> (Gruppe<sub>GFK+Quali</sub>:  $MW= 2.57$ ,  $SD= 1.200$ ; Gruppe<sub>GFK</sub>:  $MW= 1.97$ ,  $SD= 1.155$ ); 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<sub>GFK+Quali</sub>:  $MW= 3.38$ ,  $SD= .751$ ; Gruppe<sub>GFK</sub>:  $MW= 3.30$ ,  $SD= .791$ ,  $t(172)= .794$ ,  $p= .428$ , t-Test, 1-seitig). Im Vergleich zu den alltagspraktischen Kompetenzen wird hier der Nutzen gruppenübergreifend als deutlich höher bewertet.



**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*).

Die Analysen zeigen, dass wenn ein subjektiver Hilfebedarf im Bereich der Alltags- und Lebenskompetenzen vorliegt, jene Müttern, die von speziell fortgebildeten GFK 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 GFK 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 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 GFK, 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). Gemäß Kompetenzprofilen sollen GFK mit entsprechender Zusatzqualifikation (werdende) Eltern, die in psychosozial belastenden Lebenslagen Kinder erziehen, bei der Bewältigung von Alltags- und Fürsorgeherausforderungen unterstützen. Die vorliegenden Analysen zeigen, dass GFK mit Zusatzqualifikation signifikant häufiger Familien mit Belastungen in Bezug zur sozialen Lage betreuen: die betreuten Familien haben häufiger ein geringes Bildungsniveau, beziehen häufiger Transferleistungen, sind jünger bei Geburt des Kindes und häufiger

alleinerziehend. Hier sei erwähnt, dass neben dem Hilfebedarf der Eltern auch die regionale Verfügbarkeit des Betreuungsangebots von speziell fortgebildeten GFK aber auch elterliche und familiäre Eigenschaften – wie das kulturelle und soziale Lebensumfeld – die Inanspruchnahme beeinflussen (Eickhorst et al., 2016). Liegt bei den Müttern nach eigenen Angaben ein Hilfebedarf vor, so bewerten die Mütter, die von einer spezifisch fortgebildete GFK mit einschlägigem Versorgungsauftrag betreut wurden, die Unterstützung retrospektiv als nützlicher als jene Mütter, die von nicht fortgebildeten GFK 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 vor 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 GFK mit oder ohne Zusatzqualifikation erhielten, nur eingeschränkt möglich ist.

Auch sei kritisch erwähnt, dass Väter nicht in die Befragung eingeschlossen wurden. Bei der Designentwicklung wurde zur Maximierung der internen Validität das Ziel möglichst homogener Stichproben verfolgt. Ergänzend ist die schwierige Erreichbarkeit und geringe Partizipation von Vätern in der täglichen Arbeit von GFK allgegenwärtig, so dass die Befragung ausschließlich von Müttern die Rollenaufteilung der Eltern nach der Geburt und den Arbeitsalltag der Fachkräfte realitätstreu widerspiegelt. Die Befragung von Vätern zu allen Aspekten der vorliegenden Befragung ist jedoch von großer Bedeutung. Hinweise auf einen genderspezifische Umgang mit psychosozialen Belastungen liegen auch für den deutschsprachigen Raum bereits vor (Liel & Eickhorst, 2016).

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 GFK zur Unterstützung von Familien in belastenden sozialen Lagen bewährt hat. Studien 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 GFK eine große Akzeptanz bei Eltern mit psychosozialen Hilfebedarf und das Hilfsangebot wird in Anspruch genommen; dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass Akteure aus dem Gesundheitswesen leichter Zugang zu psychosozial hoch belasteten Familien finden als Akteure der Kinder- und Jugendhilfe (Clauss et al., 2014; Renner, 2010).



Auch international wird die Betreuung von psychosozial belasteten Familien („high-risk families“) durch speziell fortgebildete GFK seit ungefähr drei Dekaden sukzessive ausgebaut, wobei dies i.d.R. mit dem Fokus auf präventivem Kinderschutz erfolgt (z.B. im Überblick Sweet & Appelbaum, 2004; Casillas, Fauchier, Derkash & Garrido, 2016). Besondere Beachtung fand das Konzept des „Family Nurse Partnerships“ (FNP) aus den USA, welches auch in anderen Ländern, wie z.B. Kanada, den Niederlanden und Großbritannien, implementiert wurde (z.B. Olds et al., 1998; Robling et al., 2016). Für den deutschsprachigen Raum sei v.a. auf den systemischen Ausbau Früher Hilfen in Österreich innerhalb der letzten Jahre verwiesen. In Österreich steht die Netzwerkarbeit im Fokus des Strukturausbaus und ein flächendeckendes Betreuungsangebot von speziell fortgebildeten GFK ist eher von nachrangiger Bedeutung (Anzenberger, Marbler, Sagerschnig & Winkler, 2017).

Somit kann resümiert werden, dass durch die Qualifizierungsmaßnahme, die explizit Methoden und Wissen zur Versorgung von psychosozial belasteten Familien vermittelt, die Versorgungsqualität gesteigert werden kann – sofern ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegt. 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 GFK dringend zu empfehlen, was auch international 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 GFK in der ambulanten Geburtsversorgung zunehmend bedroht (Selow, 2012). Andererseits gilt es die Qualifizierungsmaßnahmen und festgeschriebene Qualitätsstandards hierfür weiter zu etablieren, um mittelfristig den Bedarf an Familienhebammen und FGKiKP decken zu können.

Nicht nur die Ausbildung sondern auch die tägliche praktische Arbeit von GFK mit einer Zusatzqualifikation sollte vermehrt auf Evidenz untersucht und Qualitätssicherungsmaßnahmen unterworfen werden. So wären beispielsweise die konkreten Maßnahmen und Methoden der Betreuung genauer abgrenzbar und differentiell in Abhängigkeit von den Hilfebedarfen und Ressourcen der individuellen Familien einsetzbar. Diese Erkenntnisse könnten dann auf Ebene der Koordinierung zu einem effizienteren personellen Einsatz von speziell fortgebildeten GFK beitragen.

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 GFK gebunden sind (z.B. Avellar et al., 2016; Shenk et al., 2017). Die bisherigen geringen Effekte in randomisierten Kontrollgruppenstudien legen die Vermutung nahe, dass die bis dato untersuchten Stichproben im Hinblick auf Hilfebedarfe und Ressourcen einerseits und bedarfsgerechte Interventionen andererseits zu heterogen waren. Vielmehr könnte es erfolgsversprechend sein, spezifische Profile an Hilfebedarfen und Ressourcen bei den Familien zu identifizieren und die Wirksamkeit von Interventionen in Abhängigkeit von eben diesen Profilen zu analysieren.

Auch die Beziehung zwischen Belastungen und elterlichen Kompetenzen *unterhalb* einer Gefährdungslage 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.

## Autorenhinweis

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.

## Beiträge der einzelnen Autorinnen

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.

## 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>
- 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](http://homvee.acf.hhs.gov/HomVEE-Executive-Summary-2016_Compliant.pdf)
- Baur, N., & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Springer.
- Blöchlinger, 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. <https://doi.org/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., ... 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. <https://doi.org/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., Müller-Bahlke, T., ... Korholz, D. (2014). Frühe Hilfe für Familien und Frühgeborene – Zugangswege und Unterstützungen aus dem Gesundheitsbereich. *Klinische Padiatrie, 226*(4), 243–247. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.002>
- Eickhorst, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Neumann, A., Schreier, A., ... 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. <https://doi.org/10.1007/s12592-015-0212-z>
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., ... Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59*(10), 1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. *Child Maltreatment, 9*(3), 277–291. <https://doi.org/10.1177/1077559504264265>

- Hicks, S., Duran, B., Wallerstein, N., Avila, M., Belone, L., Lucero, J., ... 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. <https://doi.org/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. Abgerufen von [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden\\_Einsatz\\_Familienhebammen.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Leitfaden_Einsatz_Familienhebammen.pdf)
- Lee, Y., & Guterman, N. (2010). Young mother-father dyads and maternal harsh parenting behavior. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 874–885. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.001>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2013). *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Köln: NZFH. Abgerufen von [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil\\_Familienhebammen.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/downloads/Kompetenzprofil_Familienhebammen.pdf)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2014a). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Zwischenbericht 2014*. Köln: NZFH. Abgerufen von [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesinitiative\\_Fruehe\\_Hilfen\\_Zwischenbericht\\_2014.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Bundesinitiative_Fruehe_Hilfen_Zwischenbericht_2014.pdf)
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2014b). *Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen*. Köln: NZFH. Abgerufen von <http://bib.bzga.de/goto/U-3c7d8fb>
- Neuhauser, A. (2016). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child Development and Care*, 1–17. <https://doi.org/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. 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*, 53, 1048–1055.
- Renner, I., & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1323–1331. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.10.009>
- Selow, M. (2012). Die Zukunft der Geburtshilfe: worst case – best case. *Die Hebamme*, 25(02), 96–102. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0758-4>
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., & Cierpka, M. (2012). [Assessing risk exposure in families within the scope of early intervention: the Heidelberg Stress scale (HBS) and its quality criteria]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(10), 766–780. <https://doi.org/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>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Thompson, B. (2007). Effect sizes, confidence intervals, and confidence intervals for effect sizes. *Psychology in the Schools*, 44(5), 423–432. <https://doi.org/10.1002/pits.20234>
- Walper, S. (2016). *Wie ist die Situation von belasteten Familien und ihren Kindern in Deutschland heute?* Gehalten auf der Kooperationstagung „Gemeinsam stark für Familien -Frühe Hilfen, Gesundheit und präventiver Kinderschutz“, Berlin. Abgerufen von [http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kooperationstagung\\_2016\\_Folienpraesentation\\_Walper\\_und\\_NZFH.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Kooperationstagung_2016_Folienpraesentation_Walper_und_NZFH.pdf)
- 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. <https://doi.org/10.1191/0969733003ne587oa>
- Zimmermann, P., Vierhaus, M., Eickhorst, A., Sann, A., Egger, C., Förthner, J., ... Spangler, G. (2016). Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2423-7>