

Scharmanski, Sara; Renner, Ilona

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

*formal überarbeitete Version der Originalveröffentlichung in:*

*formally revised edition of the original source in:*

*Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 110 (2016) 118-119, S. 1-9*



Bitte verwenden Sie beim Zitieren folgende URN /  
Please use the following URN for citation:  
urn:nbn:de:0111-pedocs-127552

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

peDOCS  
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

*This is a pre-publication manuscript, which is not to be cited. All citations should refer to the published paper.*

*Author Posting. © Scharmanski & Renner 2017. This is the author's version of the work. It is posted here by permission of Scharmanski & Renner for personal use, not for redistribution. The definitive version was published in Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 118-119, pp. 1 – 9, December 2016, doi: <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>***

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

The Assessment of Family Resources and Need of Help: The Reliability and Validity of the Systematic Exploration and Process Inventory for health professionals in early childhood intervention services (SEVG)

Sara Scharmanski<sup>a</sup> und Ilona Renner<sup>b</sup>

### **Autoren**

<sup>a</sup> Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)  
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Maarweg 149 – 161, 50825 Köln, Germany  
[sara.scharmanski@nzfh.de](mailto:sara.scharmanski@nzfh.de)

<sup>b</sup> Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)  
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Maarweg 149 – 161, 50825 Köln, Germany

ilona.renner@nzfh.de

Korrespondenz: sara.scharmanski@nzfh.de

## **Zusammenfassung**

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.

Das hier vorgestellte „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 Faktor- und Reliabilitätsanalysen, die zur Absicherung der psychometrischen Qualität des SEVGs durchgeführt wurden. Ergebnis ist der Beleg, dass das Inventar die Beratungsbedingungen in den Familien zuverlässig, gültig und objektiv erfasst. 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

Faktoranalyse

Familienhebamme

## **Abstract**

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. The here presented "Systematic Exploration and

Process Inventory for health professionals in early childhood intervention services (SEVG)” can be used to identify different 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.

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

Factor 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 Sozialwesens [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 wird eine Intensivierung der Entwicklung von standardisierten Einschätzungs- und Erhebungsinstrumenten für Gesundheitsfachkräfte in den Pflegewissenschaften dringend angemahnt. So kann ein wichtiger Beitrag zur geforderten 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 Hilfebedarfe 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 ist Gegenstand der vorliegenden Analyse [17].

## **2. Methodik**

Die psychometrische Qualität des SEVG wird anhand eines umfangreichen Datensatzes mit Angaben über Familien, die von Gesundheitsfachkräften unterstützt wurden, überprüft. Zunächst werden das Vorgehen der Datenerhebung und das Forschungsdesign (vgl. 2.1) dargestellt. Es schließen sich Beschreibungen des Instruments (vgl. 2.2), der Stichprobe (vgl. 2.3) sowie eine Darstellung der durchgeführten statistischen Analysen (vgl. 2.4) an.

### **2.1 Datenerhebung**

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 €.

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. Dieser Einladung folgten 189 Gesundheitsfachkräfte, die überwiegend angaben, als Familienhebamme tätig zu sein ( $n=129$ , 68,3%). Weitere



27,0% ( $n=51$ ) waren FGKiKP bzw. gaben eine sonstige vergleichbare berufliche Qualifikationen ( $n=9$ , 4,8%) an.

Die 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 Daten des ersten Erhebungszeitpunktes bilden die Grundlage für die in dem vorliegenden Beitrag berichteten Validitäts- und Reliabilitätsanalysen (vgl. 3.).

## **2.2 Das Instrument**

Der vorliegende Einschätzungsbogen SEVG ist Teil der Dokumentationsvorlage für Gesundheitsfachkräfte [16] und soll einen Beitrag 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 Expertinnen und Experten aus der Praxis und Forschung zurückgegriffen wurde. Eine detaillierte Beschreibung des Entwicklungsprozesses der Dokumentationsvorlage ist Renner und Hammes (im Druck) [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 der 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 Mittelwertbildung 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 Mittelwertbildung 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 HBP 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, notwendige 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 Lebensunterhalts, 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 Angaben umzucodieren. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da so über alle Skalen einheitlich ein hoher Wert Ressourcen und niedrige Werte einen Hilfebedarf operationalisieren.

Im Rahmen der Faktoranalyse (vgl. 3.2) wurde überprüft, ob diese Skalen- und Mittelwertbildung über die Items gültig sind.

### **2.3 Stichprobe**

In die vorliegende Analyse wurden Datensätze von  $N=937$  Familien einbezogen.

Die Hauptbezugsperson (HBP) war überwiegend die leibliche Mutter ( $n=897$ , 97, 3%) mit einem Durchschnittsalter von  $M=27,1$  Jahren ( $SD=6,998$ , *range*: 15-60). Haupt- ( $n=250$ , 27,4%) und Realschulabschluss ( $n=171$ , 18,7%) wurden als häufigste Schulabschlüsse genannt; über ein Fünftel verfügte nach Angaben der Gesundheitsfachkraft über keinen Schulabschluss ( $n=205$ , 22,4%). Mehr als die Hälfte ( $n=513$ , 55,8%) der Hauptbezugspersonen lebten mit dem Kindsvater bzw. der Kindsmutter zusammen, knapp 30% ( $n=268$ , 29,2%) lebten alleine ohne (Ehe-)Partner/-in. Des Weiteren hatten 70% ( $n=648$ , 70,7%) der Familien Anspruch auf Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder und mehr als ein Viertel der Haushalte waren verschuldet oder privatinsolvent ( $n=253$ , 27,7%). Die Gesundheitsfachkräfte gaben an, dass aus ihrer Perspektive knapp die Hälfte der Hauptbezugspersonen ( $n=428$ , 46,0%) die finanzielle Situation als belastend wahrnahmen.

### **2.4 Statistische Analysen**

Die Daten wurden unter Verwendung von SPSS 22.0 [19] 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 Faktoranalyse wurde überprüft, in wie weit zwischen den auf theoretischer Grundlage gruppierten Items ein Zusammenhang besteht und ob die angenommenen übergeordneten Skalen- und Mittelwertsbildungen Gültigkeit beanspruchen können (vgl. 3.2). Als datenreduzierendes Verfahren ermöglicht die Faktoranalyse, viele Items zu einer oder mehreren inhaltlichen Dimensionen (=Skalen) zusammenzufassen. Die Eignung des vorliegenden Datensatzes zur Durchführung einer Faktoranalyse wurde anhand des Kaiser-Mayer-Olkin-Koeffizient (KMO) und des MSA-Wertes (Measure of Sampling Adequacy) überprüft [20]. Der KMO-Koeffizient lässt Schlüsse zu, ob der vorliegende Itempool als Ganzes zur Durchführung einer Faktoranalyse 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 Faktoranalyse einbezogen werden sollte. Hier wird der Varianzanteil, der auf das einzelne Item zurückzuführen ist, zur Bewertung herangezogen. Nach Kaiser (1974) [21] eignen sich Items bzw. Datensätze mit Kennwerten größer als ,800 zur Durchführung einer Faktoranalyse.

Anschließend wurde eine exploratorische Faktoranalyse mit Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation durchgeführt [22]. 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 und der Split-Half-Reliabilität (Testhalbierungsmethode) für die einzelnen Skalen als auch der Trennschärfe der einzelnen Items einer Skala [23]. Als Maß für die interne Konsistenz wurde Cronbach's  $\alpha$  herangezogen und als Indikator für die Trennschärfe die korrigierte Item-Skala-Korrelation ( $r_{itc}$ ). Die Beurteilung der Güte dieser Kennwerte wurde unter Bezugnahme der Konventionen von Cicchetti (1994) [24] vorgenommen. Die

Berechnung der Split-Half Reliabilität erfolgte durch Teilen der Skalen in zwei Hälften und Errechnung der Korrelationen zwischen diesen beiden Hälften. Um die ursprüngliche Skalenlänge anzunehmen, wurden der nach Spearman-Brown korrigierten Korrelationskoeffizienten verwendet; Korrelationen größer als ,800 werden hier ebenfalls als gut angesehen [17, 25].

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Deskriptive Statistiken

Für die vorliegende Stichprobe können Skalenmittelwerte zwischen  $M=3,01$  ( $SD=1,280$ ) für die Skala „Annahme von Unterstützung“ und  $M=4,32$  ( $SD= ,724$ ) für die Skala „Fürsorge“ berichtet werden. Detaillierte deskriptive Statistiken sind Tabelle 1 zu entnehmen.

**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	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Interaktion zwischen Hauptbezugsperson (HBP) und Kind	832	1,00	5,00	4,03	,91505
Fürsorge für das Kind	834	1,50	5,00	4,32	,72412
Annahme Unterstützung bei weiterem, speziellem Bedarf	534	1,00	5,00	3,13	1,25378
Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung	814	1,00	5,00	3,82	,96158
Soziale Unterstützung	781	1,00	5,00	3,01	1,28009

Nachfolgend wird die durchgeführte Faktoranalyse berichtet, im Rahmen derer nachgewiesen werden soll, dass die berichtete Skalenbildung durch Mittelung der einzelnen Itemrohwerte zulässig ist.

### 3.2 Validität

In einem ersten Schritt wurde analysiert, ob die vorliegenden Daten zur Durchführung einer Faktoranalyse geeignet sind. In Bezug auf die Grundgesamtheit aller 24 eingeschlossener Items kann ein *Kaiser-Mayer-Olkin-Koeffizient* (KMO) als Maß der Stichprobeneignung von ,827 berichtet werden; dieser Kennwert liegt im „recht guten“ Bereich und eine Stichprobeneignung in Bezug auf die Gesamtheit aller Items kann angenommen werden [21]. 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  $M = ,82$  ( $SD = ,144$ , *range*: ,483 - ,962) festgestellt. Auch die mittlere *MSA* liegen somit im „recht guten“ Bereich, wobei erwähnt werden sollte, dass für 5 Items *MSA-Werte* von kleiner als ,700 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 Faktoranalyse zeigte sich, dass die 24 Items eindeutig 5 verschiedenen Faktoren zugeordnet werden konnten. Über alle Items kann für diese Faktorenlösung eine mittlere Kommunalität von  $M = ,69$  ( $SD = ,128$ , *range*: ,426 - ,879) berichtet werden. Damit erklären alle in dem Modell implementierten Faktoren 69,30 % der Varianz aller Items. Damit sind lediglich knapp 30% der Varianz auf andere, nicht bekannte Einflüsse zurückzuführen. Weiter zeigte sich, dass die Faktorladung aller Items über ,400 lagen und somit nicht ausgeschlossen werden mussten.

Im Rahmen der Faktoranalyse 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 9,944; Varianzaufklärung 41,432%) enthält Items, die die Qualität der Interaktion zwischen der Hauptbezugsperson und dem Kind beschreiben.

„Fürsorge für das Kind“ (6 Items; Eigenwert 2,599; Varianzaufklärung 10,829%) 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 1,563; Varianzaufklärung 6,513%), operationalisiert anhand der Items die Bereitschaft der Familie zusätzliche professionelle Hilfs- und Unterstützungsangebote anzunehmen, sofern diese indiziert sind.

Als ein weitere Faktor wurden „Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung“ (4 Items; Eigenwert 1,406; Varianzaufklärung 5,860%) identifiziert. Hier laden Items, die sich auf die Bewältigung notwendiger Haushaltsführungen oder der Sicherung des Lebensunterhalts beziehen.

„Soziale Unterstützung“ (2 Items; Eigenwert 1,119; Varianzaufklärung 4,661%) 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“ erhält varianzaufklärende Anteile der anderen Faktoren. Tatsächlich konnten im Anschluss durchgeführte Korrelationsberechnungen zwischen den Faktoren zum Teil hohe Korrelationen von bis zu  $r = ,705$  (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 Mittelwertbildung (vgl. 3.1) im Rahmen der explorativen Faktoranalyse 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	,869				
2.	Die Hauptbezugsperson nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr	,869				
3.	Die Hauptbezugsperson zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit	,822				
4.	Die Hauptbezugsperson wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache)	,818				
5.	Die Hauptbezugsperson reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes	,765				
6.	Die Hauptbezugsperson nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr	,747	,422			
7.	Die Familie / Lebensgemeinschaft stellt die notwendige Pflege des Kindes sicher		,732			
8.	Die Familie / Lebensgemeinschaft ernährt das Kind altersgemäß und gesund		,666			
9.	Die Familie / Lebensgemeinschaft sorgt für die Sicherheit des Kindes durch Maßnahmen der Unfallvermeidung		,654			



10.	Die Familie / Lebensgemeinschaft ergreift bei Erkrankung des Kindes erforderliche Maßnahmen (z.B. Arztbesuch bei fieberhafter Erkrankung)			,651		
11.	Die Familie / Lebensgemeinschaft schützt das Kind vor unangemessenen äußeren Reizen (z.B. Hitze, Kälte, hoher Geräuschpegel, etc.)			,597		
12.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nutzt präventive Leistungen im Gesundheitswesen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen)			,438		
13.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Lernschwäche oder geistiger Behinderung an				,845	
14.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei psychischer Erkrankung an				,783	
15.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei körperlicher Erkrankung oder Behinderung an				,774	
16.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Suchterkrankung an				,588	
17.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nutzt andere Angebote der Frühen Hilfen				,547	,406
18.	Die Familie / Lebensgemeinschaft nutzt andere Angebote, die nicht Teil der Frühen Hilfen sind (z.B. Schuldnerberatung)				,510	,409

19.	Die Familie / Lebensgemeinschaft bemüht sich um die Sicherung des Lebensunterhalts, einschließlich Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, Ausbildung, etc.					,783	
20.	Die Familie / Lebensgemeinschaft bewältigt notwendige Aufgaben der Haushaltsführung					,711	
21.	Die Familie / Lebensgemeinschaft bemüht sich um die Antragstellung von Transferleistungen und/ oder Stiftungsgelder, einschließlich der Kontaktaufnahme mit zuständigen Stellen					,709	
22.	Die Familie / Lebensgemeinschaft beteiligt sich aktiv an der Formulierung von Zielen der Betreuung					,641	
23.	Die Familie / Lebensgemeinschaft benötigt mehr praktische und emotionale Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld als sie gegenwärtig erhält						,877
24.	Die Familie / Lebensgemeinschaft ist subjektiv unzufrieden mit der praktischen und emotionalen Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld, die sie gegenwärtig erhält						,872

### 3.3 Reliabilität

Weiter wurde die im Rahmen der Faktoranalyse gefundene 5-faktorielle Lösung mit 24 Items auf interne Konsistenz, Trennschärf und Split-Half-Reliabilität (Testhalbierungsreliabilität) untersucht.

Die interne Konsistenz lag mit *Cronbach`s a* von ,803 bis ,950 für die Subskalen im guten bzw. sehr guten Bereich [24]. 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 [24].

Lediglich ein Item der Skala „Fürsorge“ (Itemnr. 12, vgl. Tabelle 2) lag mit einer Trennschärfe von  $r_{itc} = ,470$  im befriedigenden Bereich. Die Koeffizienten der Split-Half-Reliabilität der Skalen lagen zwischen  $corr\ r_{tt} = ,803$  und  $,926$  im guten Bereich [17, 25].

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

**Tabelle 3: Interne Konsistenz und Split-Half-Reliabilität der Skalen sowie Trennschärfe der Items**

	Interne Konsistenz (Cronbach`s $\alpha$ )	Range der Trennschärfe ( $r_{itc}$ ); mittlere Trennschärfe der Skala	Spli-Half- Reliabilität ( $corr\ r_{tt}$ ) <sup>1</sup>
Interaktion HPB-Kind	,950	,815 - ,893; $MW = ,847$	,926
Fürsorge für das Kind	,868	,470 - ,774; $MW = ,671$	,851
Annahme von Unterstützung bei weiterem, speziellem Hilfebedarf	,921	,642 - ,868; $MW = ,775$	,904
Aktivität im Zusammenhang mit Haushalt und Lebensführung	,852	,614 - ,798; $MW = ,694$	,840
Soziale Unterstützung	,803	,671	,803

Anmerkungen: Nach Cicchetti (1994) gelten für  $r_{itc}$  folgende Kriterien:  $< ,40 =$  unbefriedigend;  $,40- ,59 =$  befriedigend;  $,60- ,74 =$  gut;  $,75-1,00 =$  sehr gut. Für Cronbach`s  $\alpha$  gelten ebenfalls nach Cicchetti (1994) folgende Konventionen:  $< ,70 =$  unbefriedigend;  $,70- ,79 =$  befriedigend;  $,80-89 =$  gut;  $> ,90 =$  sehr gut.

<sup>1</sup>Angabe der nach Spearman-Brown-Formel korrigierten Korrelationskoeffizienten

Die vorliegenden Analysen konnten zeigen, dass die interne Konsistenz, die Reliabilität sowie die 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 ist.

#### **4. Diskussion**

Im Rahmen der Faktoranalyse bestätigte sich die a priori postulierte inhaltliche Gruppierung der Items. 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 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 der Ressourcen und Hilfebedarfe Früher Hilfen inhaltlich und konzeptionell klar getrennt werden. Jedoch sind hier weitere Forschungsbemühungen zu fordern, die Aufschluss über kausale Zusammenhänge zwischen den latenten Merkmalen generieren könnten.

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; vielmehr ist der Wert auf hohe Faktorladungen und Interkorrelationen zurückzuführen, was durch die sehr ähnliche Itemformulierung bedingt sein dürfte (vgl. Tabelle 2).

Mit dem SEVG liegt demnach ein valider und reliabler Einschätzungsbogen vor, 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 beraterrelevanter 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 der 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 sei auf folgende Limitationen hingewiesen. Zum einen sollten noch weitere Validitäts- und Reliabilitätsanalysen vorgenommen werden. 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. Des Weiteren kann die vorliegende Stichprobe keine Repräsentativität für die Allgemeinpopulation beanspruchen. Vielmehr handelt es sich um psychosozial

belastete Familien, so dass die berichteten Kennwerte des SEVG primär für diese Stichprobe Gültigkeit beanspruchen. Eine Erhebung und Überprüfung der Kennwerte an einer für die Bevölkerung repräsentativen Stichprobe wäre wünschenswert; dies würde die Möglichkeit einer Normierung bieten, so dass die Kennwerte des Einzelfalls in Bezug zu einer repräsentativen Referenzpopulation beurteilt werden könnten. Letztendlich sollten Maßnahmen zur Absicherung der Beurteilungen gegen Soziale Erwünschtheit (social desirability) bzw. Selbstdarstellungstendenzen (self-presentation) vorgenommen werden [26]. 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.

Trotz dieser Limitation kann durch eine Intensivierung der Entwicklung von standardisierten Erhebungsinstrumenten ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung und Professionalisierung des beruflichen Handelns von Gesundheitsfachkräften im Bereich Früher Hilfen geleistet werden. 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 [27].

## **Danksagung**

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

## **Interessenkonflikt**

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## 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, 53 (10), pp. 1048–1055.
- [2] H. Shan, N. Muhajarine, K. Loptson, B. Jeffery, Building social capital as a pathway to success: community development practices of an early childhood intervention program in Canada, Health Promot. Int., 29 (2) (2014), pp. 244–255.
- [3] Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Leitbild Frühe Hilfen - Beitrag des NZFH-Beirats, Köln: NZFH, 2014.
- [4] A. Sidor, E. Kunz, A. Eickhorst, 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., 34 (1) (2013), pp. 11–24.
- [5] D. Clauss, J. Deutsch, I. Krol, R. Haase, P. Willard, T. Muller-Bahlke, C. Mauz-Korholz, D. Korholz, Early childhood intervention - access to risk families and support through actors from the health-care sector., Klin. Padiatr., 226 (4) (2014), pp. 243–247.
- [6] C. Blair, C. Cybele, Child development in the context of adversity: Experiential canalization of brain and behavior, Am. Psychol., 67 (4) (2012), pp. 309–318.
- [7] R. Theise, K.-Y. Huang, D. Kamboukos, G. L. Doctoroff, S. Dawson-McClure, J. J. Palamar, L. M. Brotman, Moderators of intervention effects on parenting practices in a randomized controlled trial in early childhood., J. Clin. Child Adolesc. Psychol., (2013), pp. 1–9.
- [8] R. T. Ammerman, M. Altaye, F. W. Putnam, A. R. Teeters, Y. Zou, J. B. Van Ginkel, Depression improvement and parenting in low-income mothers in home visiting, Arch. Womens Ment. Health, 18 (3) (2015), pp. 555–563.
- [9] U. Lange, C. Liebald, Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen., Köln: NZFH, 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, Köln: NZFH, 2014.



- [12] M. Rollans, V. Schmied, L. Kemp, T. Meade, 'We just ask some questions...' the process of antenatal psychosocial assessment by midwives, *Midwifery*, 29 (8) (2013), pp. 935–942.
- [13] A. Taguchi, S. Nagata, T. Naruse, Y. Kuwahara, T. Yamaguchi, S. Murashima, Identification of the need for home visiting nurse: development of a new assessment tool, *Int. J. Integr. Care*, 14 (2014), pp. 1-11.
- [14] K. Psaila, V. Schmied, C. Fowler, S. Kruske, Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives, *J. Clin. Nurs.*, 24 (1-2) (2015), pp. 160–172.
- [15] S. Cowley, K. Whittaker, M. Malone, S. Donetto, A. Grigulis, 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.*, 52 (1) (2015), pp. 465–480.
- [16] Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich, Köln: NZFH, 2013.
- [17] M. Bühner, Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Deutschland GmbH, 2011.
- [18] I. Renner, D. Hammes, Die Dokumentationsvorlage für aufsuchende Gesundheitsberufe in den Frühen Hilfen: Entwicklung und Qualitätssicherung, Im Druck, 2016.
- [19] IBM Corp, IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY: IBM Corp., 2013.
- [20] J. Bortz, C. Schuster, Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2010.
- [21] H. F. Kaiser, An index of factorial simplicity, *Psychometrika*, 39 (1) (1974), pp. 31–36.
- [22] A. Field, Discovering statistics using IBM SPSS, 4. ed., Los Angeles u.a.: Sage Publications, Inc, 2013.
- [23] J. Bortz, N. Döring, Forschungsmethoden und Evaluation, 4. Aufl., Berlin: Springer, 2006.
- [24] D. V. Cicchetti, Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology, *Psychol. Assess.*, 4 (1994), pp. 284–290.

- [25] G. A. Lienert, U. Raatz, Testaufbau und Testanalyse, 6. Aufl., Weinheim: Beltz, 1998.
- [26] N. Baur, J. Blasius, Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Springer, 2014.
- [27] S. D. Krau, The Utilization of Evidenced-based Practice in Nursing: Some Important Considerations, *Nurs. Clin.*, 49 (4) (2014), pp. xi–xii.