

# Eltern-Kind-Vorsorge neu

Teil VI: Aufsuchende Hilfen  
im Rahmen von Schwangeren-  
/Eltern-Kind-Programmen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 053  
ISSN: 1992-0488  
ISSN-online: 1992-0496



# Eltern-Kind-Vorsorge neu

Teil VI: Aufsuchende Hilfen  
im Rahmen von Schwangeren-  
/Eltern-Kind-Programmen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

Wien, März 2012

### Projektteam

Projektleitung: Dr.<sup>in</sup> med. Brigitte Piso, MPH

Projektbearbeitung: Mag. Dr. phil. Roman Winkler, MSc; Judit Erdos, MA; Bernd Wimmer, BA, Dr.<sup>in</sup> med. Brigitte Piso, MPH

### Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA

Externe Begutachtung: Kapitel 5: Dr.<sup>in</sup> Reli Mechtler (Department of Health System Research, Universität Linz); Kapitel 6: Dr.<sup>in</sup> Dagmar Lühmann (Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein); Gesamtreview: Dr. Wolf Kirschner (FB+E Forschung, Beratung + Evaluation GmbH in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen, c/o Charité Frauenklinik CVK, Berlin)

Interne Begutachtung: PD<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Claudia Wild

**Korrespondenz:** Roman Winkler, [roman.winkler@hta.lbg.ac.at](mailto:roman.winkler@hta.lbg.ac.at)

### Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Winkler, Roman; Erdos, Judit; Wimmer, Bernd; Piso, Brigitte. Eltern-Kind-Vorsorge neu, Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen. HTA- Projektbericht. 2012; Nr. 053. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

### Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) bestehen.

### Conflict of Interest

All contributing authors declare that they have no conflicts of interest according to the Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

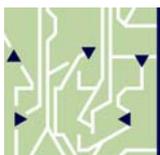
**Im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit**

### IMPRESSUM

#### Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH  
Nußdorferstr. 64, 6. Stock, A-1090 Wien  
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

#### Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)  
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien  
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 053  
ISSN: 1992-0488  
ISSN-online: 1992-0496

© 2012 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

# Inhalt

Zusammenfassung .....	7
Executive Summary .....	9
1 Hintergrund und Fragestellungen .....	11
1.1 Ziele und Teilberichte des ersten Projektjahres (2010/11) .....	11
1.2 Ziele und Teilberichte des zweiten Projektjahres (2011/12) .....	12
1.3 Zielsetzungen Teil VI .....	13
1.4 Forschungsfragen Teil VI .....	14
2 Methodologie .....	15
2.1 Curricula zu aufsuchenden Hilfen im Ländervergleich .....	15
2.2 „Review of reviews“ zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen .....	15
2.2.1 Einschlusskriterien .....	15
2.2.2 Literatursuche .....	16
2.2.3 Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Reviews und Datenextraktion .....	17
2.3 LBI-HTA Fragebogenaussendung „Aufsuchende Hilfen in Österreich“ .....	18
2.4 Reviewprozesse .....	19
3 „Warum“ aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder? .....	21
4 Begriffliche, inhaltliche und organisatorische Verortung von aufsuchenden Hilfen .....	23
4.1 Definitionen .....	23
4.1.1 Health Visiting .....	25
4.1.2 Public Health Nursing .....	25
4.1.3 Frühe Hilfen .....	26
4.2 Zielgruppen-Reichweite von aufsuchenden Diensten .....	27
4.3 Ort(e) der Leistungserbringung .....	28
4.4 Aufsuchende Berufsgruppen .....	28
4.4.1 Health Visitor (HV) .....	29
4.4.2 Public Health Nurse (PHN) .....	29
4.4.3 Family (Health) Nurse (FN) .....	30
4.4.4 Community Health Nurses (CHN) .....	31
4.4.5 School Nurse (SN) .....	32
4.4.6 Familienhebammen / Familiengesundheitshebammen .....	33
4.4.7 Sozialberufe (SozialarbeiterInnen / SozialpädagogenInnen) .....	33
4.5 Kernaufgaben von aufsuchenden Hilfen .....	33
4.6 Ethische Aspekte im Zusammenhang mit aufsuchenden Hilfen .....	34
5 Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen zu aufsuchenden Hilfen in 5 europäischen Ländern .....	37
5.1 Hintergrund .....	37
5.2 Deutschland .....	38
5.2.1 Weiterbildung in Familiengesundheitspflege .....	38
5.2.2 Familienhebammen .....	42
5.3 Österreich .....	49
5.3.1 Familiengesundheitspflege/Hebamme .....	49
5.3.2 Tirol: Familienbetreuerin, -hebamme .....	51
5.3.3 Wien: Familienhebammen .....	55
5.3.4 Wien: Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung .....	55

5.4	Großbritannien .....	58
5.4.1	Zulassungsvoraussetzungen für Weiterbildungen in Health Visiting .....	59
5.4.2	Wehrbildungsinhalte Specialist Community Public Health Nurse (inkl. Health Visiting) .....	59
5.5	Dänemark .....	64
5.5.1	Zulassungsvoraussetzungen für aufsuchende Berufstätigkeit .....	64
5.5.2	Wehrbildung zum/r „Sundhedsplejerske“ : Dänische „Health Visitors“ .....	64
5.6	Schweden .....	67
5.6.1	Zulassungsvoraussetzungen für aufsuchende Berufstätigkeit .....	67
5.6.2	Wehrbildung zur „Specialist Primary Health Care Nurses“ .....	68
5.7	Zusammenfassung und Zwischenfazit .....	70
6	Zusammenfassende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen .....	75
6.1	Hintergrund .....	75
6.2	Beschreibung der Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen .....	75
6.2.1	Zielgruppen-Fokus und Interventionssetting .....	79
6.2.2	Aufsuchende Berufsgruppen .....	79
6.3	Endpunkte bei der Messung der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen .....	79
6.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen .....	81
6.4.1	„Child/adolescent outcomes“ .....	86
6.4.2	„Mother/parent outcomes“ .....	87
6.4.3	„Joint-outcomes“ .....	89
6.5	Zwischenfazit .....	91
7	Status-quo zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich .....	93
7.1	Hintergrund .....	93
7.2	2 Beispiele zu aufsuchenden Hilfen (Korneuburg und Salzburg) .....	93
7.2.1	Mobile Kinderkrankenpflege Korneuburg .....	93
7.2.2	Therapeutisch ambulante Familienberatung (TAF) .....	97
7.3	Fragebogenergebnisse zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich .....	99
7.3.1	Regionale Verteilung .....	101
7.3.2	Zielgruppen der aufsuchenden Programme .....	103
7.3.3	Zielgruppe „Schwangere“ nach Regionen .....	104
7.3.4	Zielgruppe „Mütter“ und „beide Eltern“ nach Regionen <sup>50</sup> .....	105
7.3.5	Zielgruppe „Neugeborene“ und „Säuglinge“ nach Regionen <sup>50</sup> .....	107
7.3.6	Zielgruppe „Klein- und Vorschulkinder“ nach Regionen <sup>50</sup> .....	109
7.3.7	Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ (bis max. 19 LJ.) <sup>50</sup> .....	111
7.3.8	Zielgruppenfokus allgemein und nach Regionen <sup>50</sup> .....	112
7.3.9	Zielsetzungen der aufsuchenden Programme .....	113
7.3.10	Aufsuchende Berufsgruppen .....	115
7.3.11	Ökonomische Aspekte .....	116
7.4	Zusammenfassung und Zwischenfazit .....	117
8	Limitationen .....	119
9	Diskussion und Schlussfolgerungen .....	121
10	Literatur .....	125
11	Appendix .....	127
11.1	Datenauswertung zu Fragebogenuntersuchung „Aufsuchende Hilfen in Österreich“ .....	127
11.1.1	Adressierte Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich) .....	127
11.1.2	Zielsetzungen der aufsuchenden Hilfenprojekte (Mehrfachnennungen möglich) .....	129
11.1.3	Aufsuchende Berufsgruppen einzeln (Mehrfachnennungen möglich) .....	132
11.2	Suchstrategie (Bsp. Medline via Ovid) .....	136
11.3	Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Reviews .....	138

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.2-1: Einschlusskriterien für „Review of reviews“ .....	15
Tabelle 4.4-1: Tätigkeiten von PHN in 5 ausgewählten europäischen Ländern.....	30
Tabelle 5.7-1: Länderübersicht zu Bildungsoptionen für den Bereich aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder.....	72
Tabelle 6.2-1: Eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen aus der systematischen Literatursuche und Handsuche .....	77
Tabelle 6.3-1: Übersicht und Beschreibung von Endpunkten nach Zielgruppen .....	80
Tabelle 6.4-1: Evidenz-Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zu „Child/adolescent outcomes“ .....	83
Tabelle 6.4-2: Evidenz-Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zu „Mother/parent outcomes“ .....	84
Tabelle 6.4-3: Evidenz-Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zu „Joint-outcomes“ .....	85
Tabelle 7.3-1: Kostenfreie Angebote für Zielgruppen .....	116
Tabelle 7.3-2: Öffentliche Finanzierung .....	116
Tabelle 11.1-1: Aufsuchende Hilfen für Schwangere .....	127
Tabelle 11.1-2: Aufsuchende Hilfen für Mütter (Angebot richtet sich primär an Mütter) .....	127
Tabelle 11.1-3: Aufsuchende Hilfen für Väter (Angebot richtet sich primär an Väter) .....	127
Tabelle 11.1-4: Aufsuchende Hilfen für beide Elternteile (Angebot richtet sich primär an beide Elternteile).....	127
Tabelle 11.1-5: Aufsuchende Hilfen für Neugeborene .....	128
Tabelle 11.1-6: Aufsuchende Hilfen für Säuglinge .....	128
Tabelle 11.1-7: Aufsuchende Hilfen für Kleinkinder .....	128
Tabelle 11.1-8: Aufsuchende Hilfen für Vorschulkinder .....	128
Tabelle 11.1-9: Aufsuchende Hilfen für Kinder und Jugendliche (bis max. 21 LJ) .....	128
Tabelle 11.1-10: Aufsuchende Hilfen für andere Zielgruppen.....	129
Tabelle 11.1-11: Früherkennung von medizinischen Risikofaktoren .....	129
Tabelle 11.1-12: Früherkennung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren.....	129
Tabelle 11.1-13: Vertiefende, fachliche Abklärung von medizinischen Risikofaktoren .....	129
Tabelle 11.1-14: Vertiefende, fachliche Abklärung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren.....	129
Tabelle 11.1-15: Gesundheitsförderung (z.B. Ernährung/Bewegung etc. während und nach der Schwangerschaft) .....	130
Tabelle 11.1-16: Medizinisch/pflegerische Interventionen für akut/chronisch kranke Kinder .....	130
Tabelle 11.1-17: Psychosoziale Beratung/Begleitung/Unterstützung .....	130
Tabelle 11.1-18: Allgemeine Mütterberatung (z.B. Stillen, Kindespflege etc.) .....	130
Tabelle 11.1-19: Allgemeine Elternberatung (z.B. Kindespflege, Kindeserziehung etc.) .....	130
Tabelle 11.1-20: Informationsbereitstellung für Zielgruppe(n) (z.B. Informationen zu Förderungen etc.) .....	130
Tabelle 11.1-21: Weitervermittlung an andere Institutionen/Gesundheitsberufe.....	131
Tabelle 11.1-22: Sterbe- und Trauerbegleitung.....	131
Tabelle 11.1-23: Begleitung der Eltern/Alltagsunterstützung/Entlastung .....	131
Tabelle 11.1-24: Förderung des Kindes (z.B. Frühförderung, heilpädagogische Förderung etc.).....	131
Tabelle 11.1-25: Kinderschutz/Verringerung der Kindeswohlgefährdung/Reduzierung der Kinderunfälle .....	131

Tabelle 11.1-26: Andere Zielsetzungen .....	132
Tabelle 11.1-27: Diplomiertes „allgemeines Krankenpflegepersonal“ .....	132
Tabelle 11.1-28: Diplomiertes „spezielles Krankenpflegepersonal“ (z.B. Kinderkrankenpflege) .....	132
Tabelle 11.1-29: Hebammen .....	132
Tabelle 11.1-30: SozialarbeiterInnen .....	132
Tabelle 11.1-31: PsychotherapeutInnen .....	133
Tabelle 11.1-32: ÄrztInnen .....	133
Tabelle 11.1-33: ErgotherapeutInnen .....	133
Tabelle 11.1-34: Andere Sozialberufsgruppen .....	133
Tabelle 11.1-35: Andere Gesundheitsberufsgruppen/BeraterInnengruppen .....	133
Tabelle 11.1-36: Sonstige Berufe .....	134
Tabelle 11.1-37: Andere TherapeutInnen (z.B. Physio-, Musiktherapie, Logopädie etc.) .....	134
Tabelle 11.1-38: Still- und Laktationsberaterinnen .....	134
Tabelle 11.1-39: PsychologInnen .....	134
Tabelle 11.1-40: FrühförderInnen .....	134
Tabelle 11.1-41: FamilienhelferInnen .....	135
Tabelle 11.1-42: DiätologInnen .....	135
Tabelle 11.1-43: ErnährungswissenschaftlerInnen .....	135
Tabelle 11.1-44: Sonder- und HeilpädagogInnen .....	135
Tabelle 11.1-45: Case/Care ManagerInnen .....	135
Tabelle 11.1-46: SozialpädagogInnen .....	135
Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Meta-Analysen .....	138

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.2: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram) .....	17
Abbildung: Familiengesundheitspflege; Quelle: [18] .....	38
Abbildung: Überblick zu Familienhebammen in Deutschland .....	48
Abbildung: Projekte nach Regionen (in %; n=89) und Projekte nach Bundesländern (in %, n=89), Abweichungen sind rundungsbedingt .....	102
Abbildung: Projekten nach Zielgruppen (i in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	103
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Schwangere (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	104
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Mütter (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	105
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: beide Eltern (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	106
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Neugeborene (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	107
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Säuglinge (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	108
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Kleinkinder (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	109
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Vorschulkinder (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	110
Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Kinder & Jugendliche (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	111
Abbildung: Zielgruppenfokus nach Regionen (in %; n=89) .....	112
Abbildung: Zielsetzungen I (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	114
Abbildung: Zielsetzungen II (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	114
Abbildung: Berufsgruppen (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich .....	115

# Zusammenfassung

**Hintergrund:** Aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder sind u.a. in skandinavischen und anglo-amerikanischen Ländern fixer Bestandteil im Rahmen von Eltern-Kind-Vorsorge Programmen. Vor dem Hintergrund medizinischer Risiko- und sozialmedizinischer Belastungsfaktoren kommt aufsuchender Hilfe, wie sie etwa von Krankenpflegepersonal, Hebammen oder SozialarbeiterInnen oftmals in der Wohnumgebung der Zielgruppen geleistet wird, eine große Bedeutung in der Früherkennung, Gesundheitsförderung, Begleitung/Beratung und Versorgung zu. Zudem sind aufsuchende Angebote aber in Ländern, wie Großbritannien oder Dänemark, auch Teil von Routineprogrammen, die sich an „alle“ Schwangeren, Eltern und Kinder richten. Dieser Bericht verfolgt das Ziel einen ausgewählten Länderüberblick zu Aus- und Weiterbildungsangeboten und Berufsprofilen zu aufsuchenden Hilfen zu geben, Hinweise zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen entlang von Zielgruppen-relevanten Outcomes für Schwangere, Eltern und Kindern zu liefern und eine Status-quo Erhebung von aufsuchenden Angeboten in Österreich darzustellen.

**Methode:** Mittels umfassender Literaturrecherche (Handsuche) wurden Curricula und Berufsprofile zu aufsuchenden Hilfen in 5 europäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Großbritannien, Dänemark und Schweden) erhoben. Als Ausgangspunkt dienten hierbei Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme, die v.a. auf Gesundheitsberufe (Krankenpflege und Hebammen) aufbauen. Für eine Wirksamkeitsanalyse zu aufsuchenden Hilfen wurde eine zusammenfassende Literaturübersicht erstellt. Die Erhebung zum aufsuchenden Angebot in Österreich wurde mittels „explorativer Interviews“ und in weitere Folge in Form einer schriftlichen ExpertInnenbefragung (selektives Sample) umgesetzt.

**Ergebnisse:** Ausgehend von der Frage nach Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu aufsuchenden Hilfen, zeigten sich für Deutschland und Österreich Aufbau-Curricula für diplomierte Pflegekräfte und Hebammen, die v.a. die Arbeit mit „sozial belasteten Personen und Familien“ bzw. mit chronisch Kranken in den Vordergrund rücken. Spezialisierungen auf spezifische Gruppen finden sich auch in Großbritannien, Dänemark und Schweden, wobei in diesen Ländern die Aus-, Fort- und Weiterbildungen auch auf die aufsuchende Arbeit mit Schwangeren, Eltern und Kindern „ohne“ Risiko- und Belastungsfaktoren abzielen.

**Bericht soll Einblick in Curricula und Berufsprofile zu aufsuchenden Hilfen liefern, Evidenz zur Wirksamkeit präsentieren und aufsuchende Projekte in Österreich darstellen**

**Handsuche, systematische Literatursuche, ExpertInneninterviews und Fragebogen-erhebung als primäre Erhebungsmethoden**

**Aus-, Fort- und Weiterbildungen mit Fokus auf „belastete Familien“**

**Schwerpunkt in den  
Reviews auf Zielgruppen  
mit sozialmedizinischen  
Belastungen**

Auf Basis von 6 Reviews bzw. Meta-Analysen wurde eine zusammenfassende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen erstellt. Die Qualitätsüberprüfung der 6 Reviews ergab für je 3 Reviews eine „gute“ bzw. „ausreichende“ Qualität. Insgesamt beruhen die 6 Übersichten auf 179 Einzelstudien. Hierbei zeigte sich in den Reviews bzw. Meta-Analysen ein deutlicher Schwerpunkt auf Gruppen mit sozialmedizinischen Belastungen (4 von 6 Reviews bzw. Meta-Analysen). Die Anzahl an Arbeiten, die sich mit der Wirksamkeit sowohl für nicht oder nur gering belastete Personen und Familien als auch für belastete Personen und Familien beschäftigten, fiel hingegen gering aus (2 von 6 Reviews bzw. Meta-Analysen). Keine Übersichtsarbeit bzw. Meta-Analyse fokussierte ausschließlich auf nicht bzw. gering belastete Personen und Familien. Hinweise zum positiven Einfluss von aufsuchenden Hilfen zeigten sich etwa bei Kindern in Verbesserungen der kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung bzw. in der körperlichen Gesundheit. Bei Müttern werden in den eingeschlossenen Arbeiten Wirksamkeitstrends hinsichtlich der allgemeinen körperlichen Gesundheit von Müttern, dem Verlauf von postpartalen Depressionen oder der Qualität von Sozialkontakten bei Müttern beschrieben. Eine positive Einflussnahme von aufsuchenden Hilfen wird auch auf Mutter/Eltern-Kind Interaktionen oder auf die Anzahl an Kinderunfällen beschrieben. Dennoch zeigen sich bei den erhobenen Endpunkten auch widersprüchliche Ergebnisse, die weitere, vertiefende Forschung notwendig machen. Die zusammenfassende Literaturübersicht wurde zudem mit den Ergebnissen eines NHS „Evidence briefing“ aus dem Jahr 2004 zu aufsuchenden Hilfen für Eltern und Kinder verglichen, woraus sich bei manchen Endpunkten übereinstimmende Schlussfolgerungen hinsichtlich der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen abgezeichnet haben.

**Hinweise zur  
Wirksamkeit von  
aufsuchenden Hilfen für  
Kinder, Mütter/Eltern  
u.a. auf physische und  
psychische Gesundheit**

**teils widersprüchliche  
und unzureichende  
Ergebnisse erfordern  
weitere Forschung**

**„Skizze“ von  
aufsuchenden  
Angeboten für  
Schwangere, Eltern und  
Kinder in Österreich**

Die Fragebogenergebnisse stellen eine „Skizze“ von aufsuchenden Angeboten für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich dar. Die Ergebnisse zeigen somit Trends und Tendenzen (und keine repräsentative Übersicht), die aufsuchende Programme mit Informationsangeboten, Beratungs- und Unterstützungsleistungen und Schnittstellenmanagement zu anderen Gesundheits- und Sozialberufsgruppen in den Vordergrund stellen. Primäre Zielgruppen sind hierfür überwiegend „beide Elternteile“, wobei ein Großteil der Angebote im Sample auf „bestimmte“ Familien (mit medizinischen und / oder sozialmedizinischen Risiko- und Belastungsfaktoren) fokussieren. Die drei häufigsten Berufsgruppen, die im Zusammenhang mit den österreichischen Projekten und Programmen genannt wurden, sind SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und diplomiertes Krankenpflegepersonal.

**Voraussetzungen für ein  
Österreich-Programm zu  
aufsuchenden Hilfen für  
„bestimmte“ Gruppen  
vorhanden**

**Diskussion und Fazit:** Die unterschiedlichen Themenkapitel dieses Berichts lassen erkennen, dass aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder v.a. im Kontext mit medizinischen Risiko- bzw. sozialmedizinischen Belastungsfaktoren diskutiert werden. Der Etablierung von aufsuchenden Hilfen (im internationalen und österreichischen Umfeld) für „bestimmte“ Zielgruppen scheint vor dem Hintergrund aktueller (sozial bedingter) Gesundheitsbedrohungen nachvollziehbar. Für Österreich gilt insbesondere, dass bereits eine Reihe von aufsuchenden Projekten und Programmen für Schwangere, Eltern, Familien und Kinder existieren. Konzepte zur Entwicklung oder schrittweisen, flächendeckenden Umsetzung eines niedrigschwelligen, aufsuchenden Eltern-Kind Programms können zum einen auf bereits vorhandene „Infrastrukturen“ (Stichwort: Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten), teilweise auf internationale Wirksamkeitsergebnisse und auf (teils jahrzehntelange) Projekterfahrungen bauen.

# Executive Summary

**Background:** Outreach services for expectant mothers, parents and children are, amongst others in Scandinavian and Anglo-American countries, an integral component within the framework of parent-child preventive health care programmes. Against the background of medical risks and socio-medical stress factors, outreach help, as provided by nursing professionals, midwives or social workers often in the home environment of the target groups, is of major importance in early recognition, accompanying/counselling and care. In addition, the outreach offers in countries such as Great Britain or Denmark are also a part of routine programmes aimed at “all” expectant mothers, parents and children. The goal of this report is to give a selected country overview of training, advanced training and professional profiles of outreach services, to provide evidence of the efficacy of outreach services along target group-relevant outcomes for expectant mothers, parents and children, and to illustrate a status quo survey of outreach offers in Austria.

**Methods:** By means of extensive literature research (hand search), curricula and professional profiles on outreach services in 5 European countries (Germany, Austria, Great Britain, Denmark and Sweden) were collected. Training and advanced training programmes especially building upon health care professions (nursing care and midwives) hereby served as a starting point. For an impact analysis on outreach services, a summary overview was created. The survey on the Austrian outreach offers was carried out by means of “explorative interviews” and, in further consequence, in the form of a written expert interview (selective samples).

**Outcomes:** Starting from the question of training and advanced training possibilities for outreach services, Germany and Austria have shown to provide development curricula for certified caregivers and midwives which particularly emphasize the work with “socially stressed persons/families”, respectively, with the chronically ill. Specialisations in specific groups can also be found in Great Britain, Denmark and Sweden, whereby the training and advanced training programmes in these countries are also targeted to outreach work with expectant mothers, parents and children “without” risk and stress factors.

Based on 6 reviews resp. meta-analyses, we conducted a “review of reviews”. The quality appraisal of the 6 reviews resulted in 3 reviews of “good” and in 3 reviews of “sufficient” quality. In total, the 6 reviews encompassed 179 single studies. There was a clear review focus on groups with socio-medical risk factors (4 out of 6 reviews resp. meta-analyses). The number of reviews dealing with the efficacy for non- or low-risk persons and families was slight (2 out of 6 reviews resp. meta-analyses). None of the reviews resp. meta-analyses exclusively dealt with non- or low-risk persons and families.

Evidence of the positive influence of outreach services on children indicated improvements in their cognitive, social and emotional development, respectively, in their physical health. Furthermore, efficacy trends concerning the general physical health of mothers, the progression of post-partum depressions or the quality of the social contacts of mothers were described in the included studies.

**Report shall provide insight into curricula and professional profiles for outreach services, present efficacy evidence and illustrate outreach projects in Austria.**

**Hand search, systematic literature search, expert interviews and questionnaire survey as the primary data collection methods.**

**Training and advanced training focussed on “at-risk families”**

**Focus in reviews on target groups with socio-medical risk factors**

**Evidence of the efficacy of outreach services for children, mothers / parents especially on physical and mental health**

**partially contradictory and insufficient findings necessitate further research**

Outreach services are described as also having a positive influence on mother/parent-child interactions or on the number of children's accidents. However, the compiled end points also show contradictory findings which make further, in-depth research necessary. Moreover, the qualitative overview was compared with the outcomes of an NHS "evidence briefing" from the year 2004 on outreach services for parents and children, which corresponding conclusions regarding the efficacy of outreach services have been drawn from.

**"Sketch" of outreach offers for expectant mothers, parents and children in Austria**

The questionnaire results outline a "sketch" of outreach offers for expectant mothers, parents and children in Austria. The findings consequently show trends and tendencies (and no representative overview) which place special emphasis on the outreach programmes with information offers, counselling and support services, and interface management to other health care and social professions. Here, the primary target groups are predominantly "both parents", whereby a majority of the offers in the sample focus on "particular" families (with medical and / or socio-medical risk and stress factors). Social workers, psychologists and certified health care personnel were the professional groups, the third most mentioned in connection with the Austrian projects and programmes.

**Preconditions for an Austrian programme for outreach services for "particular" groups exist**

**Discussion and Conclusion:** The various topic chapters of this report indicate that outreach help for expectant mothers, parents and children are discussed above all in context with medical risk, resp., socio-medical stress factors. Against the backdrop of current (socially determined) health threats, the establishment of outreach services (in the international and Austrian setting) for "particular" target groups appears comprehensible. What particularly applies for Austria is that a series of outreach projects and programmes for expectant mothers, parents, families and children already exist. Concepts for the development or the gradual, comprehensive implementation of a low-threshold, outreaching parent-child programme can build upon already existing "infrastructures" (key words: training and advanced training possibilities), partly on international efficacy findings and (in part decades-long) project experience.

# 1 Hintergrund und Fragestellungen

## 1.1 Ziele und Teilberichte des ersten Projektjahres (2010/11)

Das LBI-HTA wurde im Jahr 2010 im Rahmen der Kooperationsvereinbarungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit damit beauftragt, eine Entscheidungsunterstützung für eine Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge in Österreich zu erarbeiten. NICHT Aufgabe und Ziel des Projekts war es, den derzeitigen Mutter-Kind-Pass zu überarbeiten, d.h. auf die zugrundeliegende Evidenz hin zu hinterfragen. Auch war ein NICHT-Ziel, bereits im ersten Projektjahr ein detailliertes, neues Eltern-Kind-Vorsorge Programm zu entwerfen. In diesem ersten Projektjahr (April 2010-März 2011) wurden vier Teilberichte verfasst.

Im Teil I [1] wurde das Spektrum von Risikofaktoren sowie Erkrankungen und deren Häufigkeiten in den definierten Zielgruppen (von der Konzeption bis zum Schuleintritt) abgebildet, die epidemiologischen Daten zusammengeführt und analysiert.

Im Teil II [2] wurden eine Vergleichsanalyse gängiger Praktiken mit ähnlichen Screening-Instrumenten, aber auch Erfahrungen aus internationalen Modellen zu vertiefender Risikogruppen-Versorgung sowie andere innovative Leistungsaspekte zusammengeführt.

Im Teil III [3] wurden die Finanzierungs- und Anreizstrukturen (Kostenträger, Finanzierungsströme, LeistungsempfängerInnen) und die Kosten/Ausgabenstrukturen der derzeitigen „Eltern-Kind-Leistungen“ von der Konzeption bis zum Schuleintritt dargestellt.

Im Teil IV [4] wurden schließlich basierend auf den Teilberichten I-III zusammenfassend folgende Ergebnisse des ersten Projektjahres erzielt:

*„Gesamtösterreichische Daten gibt es vorwiegend für Mortalitätsangaben, sozioökonomische Lebensbedingungen, stationäre Krankenhausaufenthalte und im Geburtenregister erfasste Gesundheitsbedrohungen. Zusätzlich wurden einige Informationen aus regionalen Registern oder Studien bezogen. Für die Mehrzahl der Gesundheitsbedrohungen musste –mangels österreichischer Datenquellen– zur Angabe von deren Häufigkeit auf internationale Daten zurückgegriffen werden.“*

*Häufige und potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen bzw. solche mit schwerwiegenden Folgen konnten drei Gruppen zugeordnet werden („klassische, medizinische Erkrankungen“ „Frühgeburtlichkeit inkl. Ursachen und Folgen“ sowie „soziodemographische und durch Lebensumfeld bzw. Lebensstil beeinflusste Gesundheitsbedrohungen“).*

*Die vier identifizierten Hauptrisikogruppen sind junge Frauen ( $\leq 19$  Jahre) und Frauen  $\geq 40$  Jahre, Frauen mit chronischen Vor- bzw. Suchterkrankungen, Frauen (Familien) und Kinder in deprivierten sozioökonomischen Umständen und Schwangere, die Mehrlinge erwarten sowie Frühgeborene.*

**Entscheidungsgrundlage für Neuorientierung in der Eltern-Kind-Vorsorge**

**Teil I: „Epidemiologie“: Darstellung von Erkrankungen, deren Häufigkeiten und Risikofaktoren**

**Teil II: Vergleich internationaler Policies und Vorgehensweisen**

**Teil III: Darstellung von Finanzierungs- und Anreizsystemen**

**Ergebnisse Teil IV:**

**Mangel an österreichischen Datenquellen**

**3 Gruppen häufigster und folgenswerster Gesundheitsbedrohungen**

**4 Hauptrisikogruppen von Frauen, Kindern, Familien**

<p><b>unterschiedliche Ansätze und Voraussetzungen der „Vorsorge“ (von Gesundheitsförderung bis Sekundärprävention)</b></p>	<p><i>Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z.B.: Arbeitsmarkt-, sozial-, und bildungspolitische Maßnahmen) sind sinnvoll, um die Ursachen für die Erkrankungshäufigkeit in Familien aus deprivierten sozioökonomischen Verhältnissen zu beeinflussen. Primäre Präventionsmaßnahmen können angewendet werden, wenn vermeidbare und damit beeinflussbare spezifische Krankheitsursachen bekannt sind. Früherkennungsuntersuchungen auf Bevölkerungsebene (Screening) müssen definierten Anforderungen entsprechen, um tatsächlich mehr Nutzen als Schaden hervorzurufen. Um die Folgen von (durch Screening identifizierten) Gesundheitsbedrohungen zu reduzieren, müssen schließlich wirksame, sekundärpräventive Maßnahmen (inkl. entsprechender Institutionen/ Fachkräfte) verfügbar sein und auch in Anspruch genommen werden.</i></p>
<p><b>kritische organisatorische Aspekte (elektronische Umsetzung, Inanspruchnahme, aufsuchende Hilfen)</b></p>	<p><i>Neben der elektronischen Umsetzung der Datenerfassung und -auswertung wurden das (verbesserungswürdige) Inanspruchnahmeverhalten und die (derzeit nicht/ kaum in die Eltern-Kind-Vorsorge integrierten) aufsuchenden Dienste als kritische Punkte bezüglich einer Neuorganisation der Eltern-Kind-Vorsorge identifiziert.</i></p>
<p><b>gemeinsame nationale Policy-Initiative unterschiedlicher Zuständigkeitsbereiche sinnvoll</b></p>	<p><i>Aufgrund unterschiedlicher Ansätze der Eltern-Kind-Vorsorge (von Gesundheitsförderung bis Sekundärprävention) erscheinen gemeinsame Bemühungen unterschiedlicher Zuständigkeitsbereiche zur Verbesserung der Gesundheit von Eltern und Kindern in Österreich sinnvoll.“</i></p>

## 1.2 Ziele und Teilberichte des zweiten Projektjahres (2011/12)

<p><b>zweites Projektjahr:</b></p>	<p>Das zweite Projektjahr (April 2011-März 2012) sollte durch eine Vertiefung in einzelnen inhaltlichen Schwerpunkten eine fundierte Wissensbasis bilden, damit ein weiterer Schritt in Richtung einer, dem heutigen Bedarf angepassten „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ gegangen werden kann.</p>
<p><b>vertiefende, weiterführende Arbeiten zu</b></p>	<p>Als Themenfelder für das zweite Projektjahr wurden, weiterführend zu den abgeschlossenen Projektberichten I-IV, die Bereiche Frühgeburtlichkeit, aufsuchende Hilfen, Optionen einer elektronischen Eltern-Kind-Vorsorge und Budget-Impact ausgewählt.</p>
<p><b>Teil V: Frühgeburtlichkeit</b></p>	<p>Ziel des Berichtsteils V war es, geeignete primär- oder sekundärpräventive bzw. Screening-Maßnahmen zu identifizieren, welche die Anzahl Frühgeborener direkt oder indirekt senken könnten [5].</p>
<p><b>Teil VI: Aufsuchende Hilfen</b></p>	<p>Ziel des Berichtsteils VI war es, ausgewählte Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Curricula und Berufsprofile zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder zu geben, eine zusammenfassende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen sowie eine Darstellung und Beschreibung von aufsuchenden Hilfeangeboten in Österreich zu liefern. Die detaillierten Zielsetzungen und Forschungsfragen zu Teil VI finden sich in den nachfolgenden Kapiteln 1.3 und 1.1.</p>
<p><b>Teil VII: Elektronische Umsetzung</b></p>	<p>In Teil VII sollten auf Basis der Projektberichte I-IV, sowie ergänzt durch eine Auswahl an nationalen und internationalen „elektronischen“ Eltern-Kind-Initiativen, Informations- und Kommunikations-Komponenten (IK-Komponenten) einer „neuen“ Eltern-Kind-Vorsorge identifiziert werden. In</p>

der Folge wurde die Umsetzbarkeit der identifizierten IK-Komponenten als Teil von ELGA oder in alternativer Form geprüft. Umsetzungsmöglichkeiten und –hürden sollten dargestellt werden.

Ziel des Projektteils VIII war eine Bewertung der finanziellen Konsequenzen (Budget Impact), die mit der Einführung einer Eltern-Kind-Vorsorge neu – insbesondere unter Berücksichtigung aufsuchender Hilfen (Teil VI) und Maßnahmen zur Reduktion der Frühgeburtlichkeit (Teil V) – für die involvierten Kostenträger einhergehen. Dabei sollten ausdrücklich potenzielle Umverteilungen oder Einsparungen (cost-offsets) berücksichtigt werden.

**Teil VIII: Budget-Impact Analyse**

### 1.3 Zielsetzungen Teil VI

Teil VI gliedert sich in fünf Themenkapitel, die unterschiedliche Zielsetzungen zu aufsuchenden Hilfen im Rahmen von Eltern-Kind Programmen verfolgen. Demzufolge lassen sich folgende Ziele formulieren:

**Teil VI: Aufsuchende Hilfen**

- ❖ Kapitel 3 und 4 „eröffnen“ das Thema mit einleitenden Überlegungen und Ansprüchen, die an aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder geknüpft sind und versuchen das „weite Begriffsfeld“ im Hinblick auf Definitionen, Zielgruppen, Kernaufgaben, Ort(e) der Leistungserbringung und Berufsgruppen abzustecken.
- ❖ Im Kapitel 5 zu internationalen Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungsverläufen wird ein Länderüberblick zu den formalen Bildungsmöglichkeiten und Berufsbildern im Bereich aufsuchende Hilfen für (werdende) Eltern und Kinder sowie die damit verbundenen Kompetenz- und Einsatzbereich gegeben.
- ❖ Eine zusammenfassende Literaturübersicht zu Reviews bezüglich der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen wird im Kapitel 6 dargestellt. Hierbei soll u.a. die thematische Bandbreite an Endpunkten erhoben werden, die in den eingeschlossenen Reviews gemessen wurden. Der „Review of reviews“ soll sowohl auf Schwangere, Eltern und Kinder fokussieren, die medizinische bzw. sozialmedizinische Risikoprofile aufweisen bzw. potenziellen psychosozialen und/oder sozioökonomischen Risikosituationen ausgesetzt sind, als auch jene Personen und Familien umschließen, die keine Risiko- bzw. Belastungsfaktoren aufweisen.
- ❖ Kapitel 7 erhebt den Status-quo zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich und beschreibt bereits angebotene Leistungen in ausgewählten, österreichischen Regionen.

**begriffliche, inhaltliche und organisatorische Verortung von aufsuchenden Hilfen**

**Curricula und Berufsbilder zu aufsuchenden Hilfen im Ländervergleich**

**„Review of reviews“ zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen**

**aufsuchende Hilfeangebote für Eltern und Kinder in Österreich**

## 1.4 Forschungsfragen Teil VI

Analog zu den oben skizzierten Zielen für diesen Berichtsteil VI zu aufsuchenden Hilfen, orientieren sich die nachfolgenden Hauptkapitel an folgenden Leitfragen:

### Verortung von aufsuchenden Hilfen

- aufsuchende Hilfen:  
„Warum“? „Wer“ soll  
„von wem“ und „wo“  
erreicht werden?  
„Welche Ziele“ werden  
verfolgt?**
- ✚ „Warum“ aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder?
  - ✚ Was wird unter aufsuchende Hilfen (im internationalen Kontext) verstanden und welche Zielgruppen sollen erreicht werden?
  - ✚ Welche Kernaufgaben sind mit aufsuchenden Tätigkeiten verbunden? „Wo“ (in welchem Setting) werden diese Tätigkeiten erbracht und welche Berufsgruppen sind „aufsuchend“ tätig?

### Ausbildungsverläufe und Berufsbilder zu aufsuchenden Hilfen in europäischen Ländern

- Welche Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen führen zu welchen aufsuchenden Berufen? Welche Berufsprofile ergeben sich daraus?**
- ✚ Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden in ausgewählten europäischen Ländern in Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen in Bezug auf aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder vermittelt?
  - ✚ Welche Berufsprofile ergeben sich aus diesen Curricula?
  - ✚ Welche Schwerpunkttätigkeiten werden von aufsuchenden Hilfen angeboten und geleistet?

### Zusammenfassende Literaturübersicht zu Endpunkten und Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen

- Welche Outcomes wurden in Studien bislang erhoben? Welche Evidenz gibt es hinsichtlich der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen?**
- ✚ Welche Outcomes wurden in Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen in Hinblick auf die Zielgruppen Schwangere, Mütter/Eltern und Kinder erhoben?
  - ✚ Welche Hinweise zur Wirksamkeit liegen für verschiedene aufsuchende Hilfen für Zielgruppen mit und ohne sozialmedizinischen Risikoprofilen (wie z.B. soziale Deprivation; Substanzmissbrauch; Teenage-Schwangerschaften etc.) vor?

### Status-quo von aufsuchenden Hilfen in Österreich

- Welche Angebote gibt es bereits in Österreich? Welche Ziele sollen damit erreicht werden?**
- Welche Berufsgruppen sind bereits aufsuchend für Schwangere, Eltern und Kinder im Einsatz und wo?**
- ✚ Welche aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder gibt es bereits in Österreich und wie können diese Angebote von den Zielgruppen in Anspruch genommen werden?
  - ✚ Welche Zielsetzungen werden mit diesen aufsuchenden Angeboten verfolgt?
  - ✚ Welche Berufsgruppen sind bislang „aufsuchend“ für Schwangere, Eltern und Kinder tätig?
  - ✚ Wie viele aufsuchende Hilfen bzw. Angebote gibt es in den Bundesländern bzw. in ausgewählten österreichischen Regionen?

## 2 Methodologie

### 2.1 Curricula zu aufsuchenden Hilfen im Ländervergleich

Für die Zusammenschau von Aus-, Fort- und Weiterbildungsverläufen zu aufsuchenden Hilfen im europäischen und österreichischen Kontext wurde eine unsystematische Suche durchgeführt. Die Länderauswahl orientierte sich hierbei an Berufsprofilen, die in einem vorangegangenen LBI-HTA Bericht [2] im Zusammenhang mit internationalen Eltern-Kind-Vorsorge Programmen erhoben wurden, an der Verfügbarkeit von Informationen (deutsch- bzw. englischsprachige Ausbildungsdokumente und Richtlinien von Berufsvertretungen) sowie an den „Traditionen“ und Erfahrungen, die in einigen Ländern hinsichtlich aufsuchender Hilfen für Schwangere, Mütter/Eltern und Kinder vorhanden sind.

„bewusste Länderauswahl“ bzgl. Darstellung von Curricula für aufsuchende Berufsprofile

### 2.2 „Review of reviews“ zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen

Für die Darstellung der Wirksamkeitsergebnisse zu aufsuchenden Hilfen wurde ein „Review of reviews“ durchgeführt. Die Methodenwahl begründet sich vorrangig in der Zielsetzung, Hinweise bzw. Trends und Tendenzen zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen darzustellen. Darüber hinaus wurde aus Zeit- bzw. Ressourcengründen dieses methodische Vorgehen gewählt.

„Review of reviews“ Ansatz begründet sich in der Zielsetzung des Projekts, Hinweise zur Wirksamkeit darzulegen

#### 2.2.1 Einschlusskriterien

In Tabelle 2.2-1 sind die Einschlusskriterien für die Auswahl der systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen laut PIKO-Fragestellung dargestellt.

Tabelle 2.2-1: Einschlusskriterien für „Review of reviews“

Population	Schwangere bzw. werdende Eltern, sowie Mütter/Eltern und Kinder bis zum Schuleintritt (mit und ohne medizinische Risikoprofile bzw. sozial-medizinischen Belastungsfaktoren)
Intervention	Aufsuchende Hilfen, die von professionellen Gesundheitsberufen ausgeführt werden
Kontrollintervention	Standardversorgung
Outcomes	Kinder(/Jugendliche) <sup>1</sup> Physische und psychische Gesundheit; kindliche Entwicklung allgemein (z.B. sozial, emotional); stationäre Aufenthalte;
	Mütter/Eltern <sup>2</sup> Physische und psychische Gesundheit; Mutter/Elternkompetenzen; Substanzkonsum, -missbrauch; stationäre Aufenthalte; Stillen;

<sup>1</sup> im Hinblick auf Langzeit-Outcomes

<sup>2</sup> Inklusive schwangere Frauen

Zielgruppen- übergreifend <sup>3</sup>	Mutter/Eltern-Kind Beziehung/Interaktion; Qualität der familiären Beziehungen; Qualität der Wohn- und Lebensumgebung; Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen
Setting	Industrialisierte Länder
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen publiziert zwischen 01/1997 und 06/2011

## 2.2.2 Literatursuche

**systematische Suche  
inkl. Suche auf  
Webseiten im Juni 2011**

Die systematische Literaturrecherche wurde von 27. bis 29. Juni 2011 in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- ✿ Medline via Ovid
- ✿ Embase
- ✿ The Cochrane Library
- ✿ CRD (DARE, NHS EED, HTA)
- ✿ PsychInfo

Darüber hinaus wurde am 29. Juni 2011 auf folgenden Websites nach Assessments gesucht:

- ✿ Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (<http://www.cadth.ca/index.php/en/home>)
- ✿ NIHR Health Technology Assessment programme (<http://www.hta.ac.uk/>)
- ✿ NHS Institute for Health and Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk/>)
- ✿ WHO Health Evidence Network (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>)

**Limits: 1997 - 2011;  
Deutsch und Englisch  
1.778 Zitate**

Den Einschlusskriterien entsprechend, wurde nur Literatur aus dem Zeitraum 1997 bis 2011 zur Durchsicht (n=1.778) herangezogen (Einschränkung auf englisch- und deutschsprachige Literatur). Die Suchstrategie wird am Beispiel für Medline via Ovid im Appendix dargestellt; die Vorgehensweise für die Literaturrecherchen in den übrigen Datenbanken kann am LBI-HTA nachgefragt werden.

**unsystematische  
Handsuche: 32 Zitate**

Eine ergänzende Suche (Handsuche, Ad-Hoc Recherche, Suche nach „grauer Literatur“) brachte weitere 32 bibliographische Zitate hervor. Nach Vereinigung aller Referenzen und anschließender Deduplizierung lagen 1.810 Zitate für das Screening vor.

<sup>3</sup> Diese Outcome-Kategorie wird in Folge auch als „Joint-outcomes“ bezeichnet und umschließt all jene Outcomes, die sich nicht speziell auf eine Zielgruppe beziehen, sondern auf mehrere Gruppen (z.B. auf Mütter und Kinder; Eltern und Kinder).

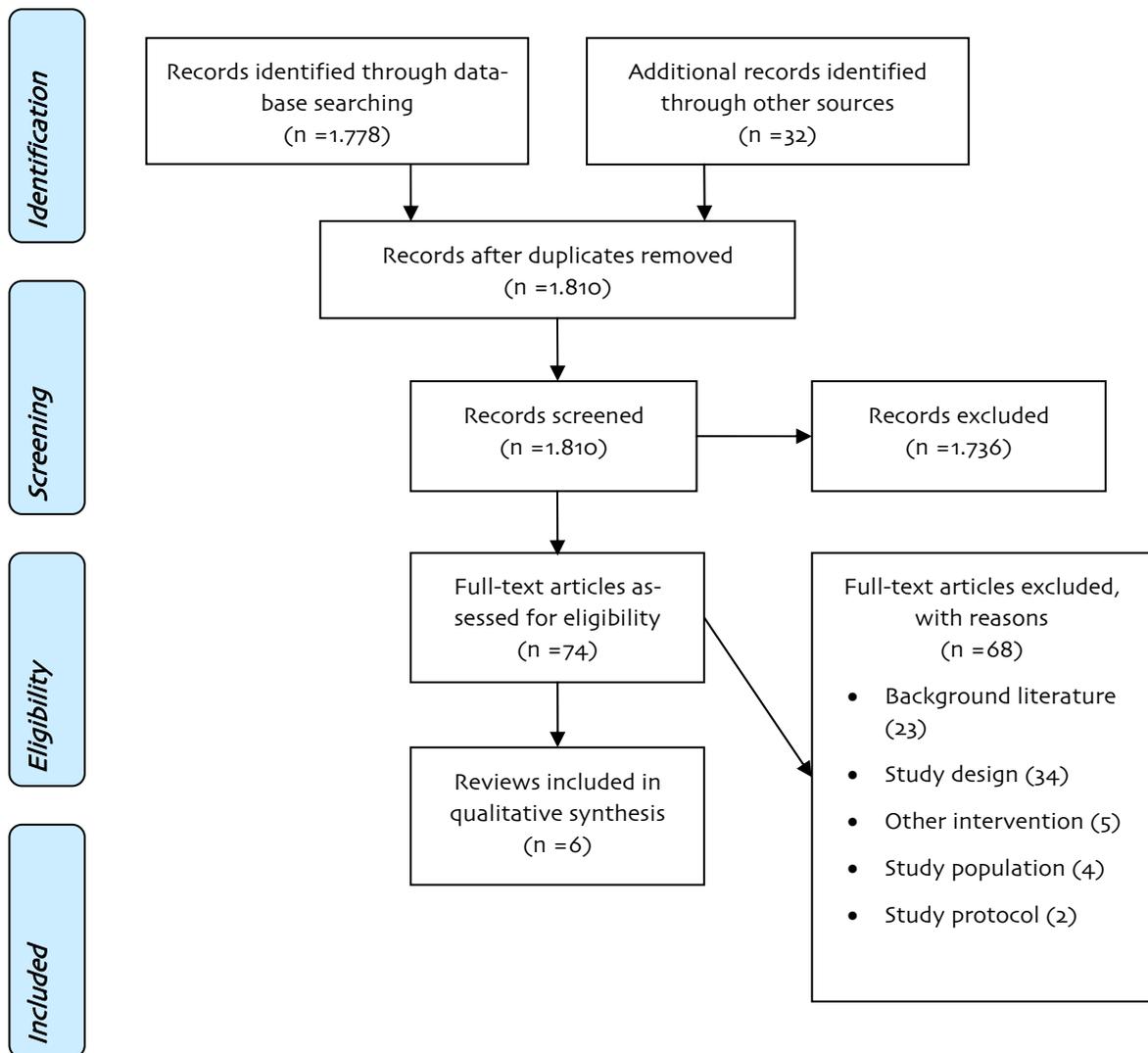


Abbildung 2.2: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)

### 2.2.3 Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Reviews und Datenextraktion

Die Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten wurde von 2 LBI-HTA WissenschaftlerInnen (RW und BP) durchgeführt und orientierte sich an den Vorgaben des LBI-HTA Manuals<sup>4</sup> (siehe hierzu auch Kapitel 11.3 im Appendix).

Im Anschluss erfolgten in einem Drei-Stufen-Prozess die Erhebung der Ergebnisse sowie die Überprüfung auf Vollständigkeit und Korrektheit der erhobenen Informationen. Die Rahmenvorgaben für die Zusammenfassung der Wirksamkeitsergebnisse (Erhebung der Endpunkte in den eingeschlos-

#### Qualitätsüberprüfung der Reviews

#### Datenextraktion in Form eines Drei-Stufen-Prozesses

<sup>4</sup> [http://hta.lbg.ac.at/media/pdf/InternesManual\\_2.Aufl..pdf](http://hta.lbg.ac.at/media/pdf/InternesManual_2.Aufl..pdf)

senen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen) wurden von einem LBI-HTA Wissenschaftler (RW) entworfen. Daraufhin wurde die Extraktion der Outcome-Ergebnisse unter Beteiligung einer wissenschaftlichen LBI-HTA Mitarbeiterin (JE) durchgeführt. Eine abschließende Überprüfung der extrahierten Informationen erfolgte wiederum durch einen LBI-HTA Wissenschaftler (RW).

## 2.3 LBI-HTA Fragebogensendung „Aufsuchende Hilfen in Österreich“

**LBI-HTA  
Fragebogensendung  
zu österreichischen  
Modellen, Projekten und  
Programmen zu  
aufsuchenden Hilfen**

**explorative Interviews  
zu 2 aufsuchenden  
Hilfeangeboten als  
Beispiele und Basis für  
eine Österreich-weite  
Fragebogen-  
untersuchung**

Für die Darstellung aufsuchender Hilfen in Österreich für Schwangere, Eltern und Kinder (siehe Kapitel 7) wurde im Dezember 2011 ein Fragebogen entwickelt, um ein möglichst breites Spektrum an ExpertInnen in die Darstellung der österreichischen Angebote zu aufsuchenden Hilfen miteinzubeziehen und Informationen zu aktuellen bzw. geplanten Modellen, Projekten und Programmen für Schwangere, Mütter/Eltern und Kinder in Erfahrung zu bringen.

Im Vorfeld wurden 2 „explorative Interviews“ (im Juni und Oktober 2011; teils per e-Mail) geführt, um einen Einblick in aufsuchende Hilfeprogramme für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich zu erhalten. Hierbei handelte es sich zum einen um die „Mobile Kinderkrankenpflege“ in Korneuburg und um die „Therapeutisch ambulante Familienberatung“ in Salzburg. Diese beiden Angebote wurden ausgewählt, da sie die Zielgruppen dieses Projekts mit unterschiedlichen Zielsetzungen adressieren (Korneuburg: Pflege, Beratung und Unterstützung für Mütter/Eltern und Kinder mit und ohne medizinische Risiko- bzw. sozialmedizinische Belastungsfaktoren; Salzburg: Therapeutische Unterstützung und Begleitung für Familien, mit sozioökonomisch, psychosozialen Problemen; „hard-to-reach“ Familien). Die gewonnenen Ergebnisse (siehe Kapitel 7.2) wurden mit weiteren ExpertInnengesprächen (aus den Bereichen Medizin, Pflege, Hebammen, Sozialarbeit etc.) ergänzt und ergaben schließlich das Fragebogendesign. Der vollständige Fragebogen inkl. Definitionen bzw. Erklärungen zu einzelnen Fragekategorien (wie z. B. Definition von Zielgruppen) findet sich im Appendix in Kapitel 11.

Der Fragebogen wurde per e-Mail im Jänner 2012 an folgende Zielgruppen bzw. Institutionen (n=245) versandt:

- ❖ alle TeilnehmerInnen des „österreichischen Kindergesundheitsdialogs<sup>5</sup>“ (N=183),
- ❖ die LeiterInnen der Jugendwohlfahrtsabteilungen der 9 österreichischen Landesregierungen,
- ❖ an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (und in weiterer Folge an die ExpertInnen „Gesundheitsförderung“ aller Krankenversicherungsträger und an die Projektleitungen der Regionalprojekte „Richtig Essen von Anfang an“;
- ❖ sowie an Institutionen, die spezielle, aufsuchende Programme auch für die Zielgruppen der Eltern und Kinder anbieten (wie z.B. Caritas oder Österreichisches Hilfswerk).

Bis zum 23. Februar 2012 waren 95 Fragebögen eingelangt, von denen (nach Deduplizierung) 89 in die Auswertung eingeflossen sind. Die zusammenfassende Datenanalyse zu allen eingelangten Fragebögen findet sich in Kapitel 7. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Dateninterpretation nur auf das Sample der eingelangten Fragebögen bezieht und keine repräsentativen Rückschlüsse auf das aufsuchende Hilfeangebot für Schwangere, Eltern und Kinder erlaubt. Insofern zeigen die Ergebnisse der schriftlichen Befragung in erster Linie gewisse Trends und Tendenzen hinsichtlich des österreichischen Angebots an aufsuchenden Hilfen.

Die Beschreibungen der einzelnen aufsuchenden Hilfeangebote, die im Zuge der Fragebogenuntersuchung rückgemeldet wurden, werden in einem gesonderten LBI-HTA Addendum dargestellt. Dadurch soll EntscheidungsträgerInnen und der Fachöffentlichkeit die Möglichkeit geboten werden, Detailinformationen zu den jeweiligen Projekten einsehen zu können.

## 2.4 Reviewprozesse

Ein interner Berichtsreview erfolgte in verschiedenen Stadien, um während der interdisziplinären Projektbearbeitung die thematische Abstimmung der Berichte untereinander zu gewährleisten.

Der vorliegende Bericht wurde von drei externen ExpertInnen begutachtet, wobei die Kapitel 5 und 6 von 2 externen Expertinnen einem Review unterzogen wurden und der Gesamtreview von einem weiteren externen Experten gemacht wurde. Prinzipiell wurde u.a. um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht:

---

<sup>5</sup> Der österreichische Kindergesundheitsdialog (2010 – 2011) war eine Initiative des österreichischen Bundesministers für Gesundheit, Alois Stöger. Das Ziel bestand in der Erarbeitung einer Kindergesundheitsstrategie in die ExpertInnen aus den Bereichen Wissenschaft, Praxis, Politik und öffentlicher Verwaltung eingebunden waren. Hierbei stand die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich im Vordergrund. Weitere Informationen finden sich unter:

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern\\_und\\_Kind/Kindergesundheitsstrategie](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Eltern_und_Kind/Kindergesundheitsstrategie)

**Fragebogenausendung erging an zentrale österreichische AkteurInnen im Bereich Eltern-Kind-Vorsorge und -Versorgung**

**kein repräsentatives Sample – Ergebnisse der Befragung skizzieren Trends und Tendenzen**

**Darstellung der Einzelprojekte in LBI-HTA Addendum**

**Qualitätssicherung durch internen und externen Reviewprozess**

- ❖ „fachliche Korrektheit“ (stimmen die Informationen?);
- ❖ „Adäquatheit und Transparenz der Methoden“ (werden die Methoden richtig eingesetzt?);
- ❖ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (sind die Ergebnisse nachvollziehbar?);
- ❖ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (besitzen die Ergebnisse eine Relevanz für AnwenderInnen?);
- ❖ „formale Korrektheit“;
- ❖ „Berücksichtigung des aktuellen Stands der Forschung“.

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit in Anlehnung an einen „Peer-Review“ Prozess in wissenschaftlichen Fachzeitschriften. Im Gegensatz zu Letzterem werden zwar alle Anmerkungen von den AutorInnen berücksichtigt und diskutiert, müssen jedoch nicht zwingend vollständig übernommen werden. Es erfolgt keine finale Freigabe durch ReviewerInnen.

### 3 „Warum“ aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder?

Prinzipiell können Strategien zu aufsuchenden bzw. nachgehenden Hilfen sowohl die Absicht eines frühzeitigen Erkennens von Risiko- und Belastungsindikatoren umfassen als auch die anschließende Leistungserbringung verfolgen. Zudem sind aufsuchende Hilfen in der Gesundheitsförderung tätig.

Screening-Prozesse, wie sie während der Schwangerschaft, rund um die Geburt und postnatal (v.a. für Säuglinge und Kinder) in den meisten westlichen Ländern angeboten werden, verfolgen eben jenen Zweck einer möglichst frühen Identifizierung von potentiellen Gesundheitsbedrohungen. Hierbei handelt es sich in erster Linie um körpermedizinische Untersuchungen, die je nach Land von ÄrztInnen, Hebammen und „Public Health Nurses“ durchgeführt werden. Sozial-medizinische Screenings werden (länderspezifisch verschieden) ebenso von diesen professionellen Gesundheitsberufen durchgeführt (siehe [2]).

Beim Thema aufsuchende Hilfen wird der Nutzen einer verschränkten Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und weiteren Gesundheitsberufen (wie etwa Hebammen, Kinderkrankenpflegepersonal, „Public Health Nurses“) sowie Sozialberufen (wie SozialarbeiterInnen) für die Zielgruppen Schwangere, Eltern und Kinder v.a. dort angenommen, wo Screenings und Versorgung nicht nur entlang von „Komm-Strukturen“ (d.h. Eltern suchen Gesundheitsberufe auf) organisiert sind, sondern auch auf „Geh-Strukturen“ (d.h. Gesundheitsberufe suchen Eltern auf) bauen (siehe [2]). Darüber hinaus werden Pro-Argumente für aufsuchende Hilfen in wissenschaftliche Diskussionen eingebracht, die den Präventionscharakter und die frühe Risikoidentifizierung im Rahmen von nachgehenden Screenings und Unterstützungsleistungen unterstreichen: „Concerns about the rising costs of health care and health inequalities have focused public health attention onto the importance of prevention and early interventions, with support for mothers, families with children forming in national and international policies“ [6, S.870].

Aufsuchende Angebote für Schwangere, Eltern und Kinder werden allerdings auch vor dem Hintergrund gegenwärtiger sozialmedizinischer Belastungen und Gesundheitsbedrohungen diskutiert. Hierzu zählen etwa prekäre Arbeitsverhältnisse, Armut(sgefährdung), Arbeitslosigkeit und Überforderung mit neuen Lebenssituationen, die das Leben von Einzelpersonen und Familien umrahmen.<sup>6</sup> Während medizinische Screenings während der Schwangerschaft und frühen Kindheit weitgehend etabliert sind, sind professionelle Unterstützung und Begleitung für schwangere Frauen, Eltern(teile) und Kinder oft nur schwer zugänglich bzw. unzureichend vorhanden. Dies betrifft umso mehr jene Gruppen, die aufgrund ihrer sozioökonomischen oder psychosozialen Wohn- bzw. Lebensumstände zu den vulnerablen Populationen gezählt werden.

**aufsuchende Hilfen screenen, leisten Gesundheitsförderung und versorgen**

**diverse Gesundheitsberufe sind in die Eltern-Kind Screenings und Versorgung involviert**

**Eltern-Kind Policies mit „Geh-Strukturen“ bauen auf aufsuchende Hilfen**

**aufsuchende Angebote in Form von professioneller Begleitung und Unterstützung für risikobelastete Gruppen**

<sup>6</sup>[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/armut\\_und\\_soziale\\_eingliederung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/armut_und_soziale_eingliederung/index.html), download am 11.10.2011.

**„aktuelle“  
Hauptrisikogruppen  
weisen zumeist  
sozialmedizinische  
Belastungen auf**

Solche „sozialbedingten Zugangshürden“, die sich aus einer Lebenssituation heraus ergeben können (wie z.B. Armut oder chronische körperliche/psychische Krankheit) und die eine Inanspruchnahme von medizinischen, pflegerischen Leistungen und psychosozialen Unterstützungen für bestimmte Gruppen erschweren, sollen durch aufsuchende, niederschwellige Kontakte abgebaut werden. Zudem wurden Frauen (Familien) und Kinder in deprivierten sozio-ökonomischen Lebensumständen bereits in einem anderen LBI-HTA Projektbericht (siehe [4]) als eine von vier „Hauptrisikogruppen“ identifiziert. Vor diesem Hintergrund scheinen eine Abwägung und eine genaue Nutzenanalyse zur Umsetzung bzw. Ausweitung von aufsuchenden Hilfen unumgänglich zu sein.

## 4 Begriffliche, inhaltliche und organisatorische Verortung von aufsuchenden Hilfen

Prinzipiell sind Angebote mit aufsuchenden Hilfen als Teil einer Gesamtstrategie zur Erbringung von Gesundheitsleistungen zu verstehen, die multiperspektivisch orientiert ist. Dies umschließt die Einbindung diverser Gesundheitsberufsgruppen sowie die Berücksichtigung von medizinischen *und* sozial-bedingten Gesundheitsbedrohungen. Einzelne Leistungen, die von aufsuchenden Hilfen erbracht werden, bilden dabei einen wesentlichen Kernaspekt, sie stehen aber nicht ausschließlich im Vordergrund. Vielmehr ist der Modus der Leistungserbringung (aufsuchend, im direkten Kontakt mit den Zielgruppen in „gewohnten Umgebungen“, wie z.B. der Wohn- und Lebensraum, Kindergarten, Schule, ärztliche Ordinationen) ein integrales Element in der Angebotsbereitstellung und im Inanspruchnahmeprozess.

Die Gestaltung solcher Strategien orientiert sich in erster Linie an den unterschiedlichen Intentionen seitens der Policy-Maker bzw. diverser Interessensgruppen des Gesundheitssektors. Aus diesem Grund beleuchten die nachstehenden Unterkapitel unterschiedliche Aspekte zu aufsuchenden Hilfen, mit denen je nach (länderspezifischer) Policy-Intention verschiedene Gestaltungsoptionen und Perspektiven in Eltern-Kind Programmen verfolgt werden. Hierzu konnten folgende Ausprägungen identifiziert werden, die den begrifflichen, inhaltlichen und organisatorischen Umfang von aufsuchenden Hilfen verdeutlichen sollen:

- ❖ Zielgruppen-Reichweite
- ❖ Kernaufgaben
- ❖ Ort(e) der Leistungserbringung
- ❖ Aufsuchende Berufsgruppen (Umfang an Berufsprofilen und Qualifikationen)

Zusätzlich werden einige ethische Aspekte im Zusammenhang mit aufsuchenden Hilfeangeboten beleuchtet.

Diesen Unterkapiteln wird zunächst noch eine begriffliche Analyse vorangestellt, die eine Auswahl an Definitionen zu aufsuchenden Hilfen enthält und die begriffliche Abgrenzung für diesen Berichtsteil festlegt.

### 4.1 Definitionen

Zum deutschen Wortgebrauch zu aufsuchende Hilfen finden sich v.a. einige englischsprachige Begriffe, Berufsbilder und -gruppen, die sich in wesentlichen Charakteristika allesamt überschneiden und nachstehend eine nähere Erklärung finden. Die begriffliche Bandbreite ergibt sich v.a. durch die teils „lange“ Public Health Tradition in anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern, in denen aufsuchende Hilfen eng mit vorherrschenden Public Health Ansätzen verbunden sind.

Dabei ist zu beachten, dass es generell keine einheitlichen Konzepte zu den einzelnen Begriffen und damit verbundenen Berufsbildern gibt. Einzelne Länder fassen verschiedene aufsuchende Tätigkeiten unter verschiedenen

**aufsuchende Hilfen sind Teil einer umfassenden Strategie zur Leistungserbringung**

**umfangreiche begriffliche, inhaltliche und organisatorische Konzepte zu aufsuchenden Hilfen im internationalen Kontext**

**4 Optionen zur Beschreibung von aufsuchenden Hilfen**

**Public Health Tradition brachte Bandbreite an Begriffen und Konzepten zu aufsuchenden Hilfen mit sich**

**aufsuchende Hilfen werden unterschiedlich gestaltet und benannt**

<p><b>LBI-HTA Projekt bezieht sich ausschließlich auf aufsuchende Hilfen im Rahmen des öffentlich finanzierten Gesundheits- und Sozialsystems</b></p>	<p>Bezeichnungen zusammen, die oft nicht scharf voneinander zu trennen sind [vgl. 7, S.41].</p> <p>Vorab soll begrifflich und inhaltlich geklärt sein, dass vor dem Hintergrund des Projektauftrags, im gegenwärtigen LBI-HTA Projekt „Eltern Kind Vorsorge neu“ nur jene aufsuchenden Hilfen und Konzepte Berücksichtigung finden, die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ im Rahmen öffentlicher (Gesundheits- oder Sozial)Leistungen gänzlich oder zumindest größtenteils finanziert sind und</li> <li>☞ von professionell ausgebildeten Gesundheitsberufsgruppen angeboten und durchgeführt werden.</li> </ul>
<p><b>„paraprofessionelle“ Hilfen fließen im Rahmen der Fragebogenuntersuchung teilweise mit ein</b></p> <p><b>Literatur bezieht sich vielerorts auf englische Begriffe für aufsuchende Berufsgruppen</b></p>	<p>Gänzlich privat finanzierte Angebote sowie Leistungen von Laien („Paraprofessionals“ / „lay organisations“ etc.) bzw. Selbsthilfegruppen sind nicht primärer Gegenstand des vorliegenden Forschungsprojekts, sie finden allerdings teilweise Berücksichtigung in den Ergebnissen der Fragebogenuntersuchung (siehe Kapitel 7).</p> <p>Zudem werden im Bericht stellenweise die englischen Bezeichnungen verwendet, da für manche Begriffe ein deutschsprachiges Äquivalent in der Fachliteratur fehlt (wie z.B. für Public Health Nursing) oder nur sehr „sperrige“ Begriff existieren (wie etwa FamiliengesundheitspflegerIn für Family Health Nurse oder SchulgesundheitspflegerIn für School Nurse). Der deutsche Begriff der „Frühen Hilfen“ (v.a. für aufsuchende Hilfen in Familien mit Kindern – im engl. „Early Childhood Interventions“) gelangt hingegen zunehmend an „Popularität“ in Fachdiskussionen.</p>
<p><b>drei zentrale Beschreibungsebenen von aufsuchenden Hilfen: „Health Visiting“, „Public Health Nursing“ und „Frühe Hilfen“</b></p>	<p>In diesem Kapitel sollen bewusst drei spezielle Themenfelder kurz Erwähnung finden, da sie begrifflich und inhaltlich wesentliche Aspekte von aufsuchenden Hilfen in Eltern-Kind Programmen berühren. Dabei handelt es sich um „Health Visiting“, „Public Health Nursing“ und „Frühe Hilfen“. Diese drei Beschreibungsebenen stehen in enger Verknüpfung mit anderen aufsuchenden Programmen und Tätigkeitsprofilen. Hierzu zählen etwa das „Community Nursing“ (z.B. für bestimmte Stadtteile oder Bevölkerungsgruppen), das „Family Nursing“ (mit speziellem Schwerpunkt auf Familien), „School Nursing“ oder die Familienhebammen (die v.a. Unterstützungen für hoch belastete Schwangere bzw. Eltern mit Kindern anbieten). Allen gemeinsam ist der zugrundeliegende (wenngleich unterschiedlich stark ausgeprägte) Public Health Ansatz, der ein wesentliches Merkmal in den (meisten) internationalen aufsuchenden Eltern-Kind Programmen einnimmt.</p>
<p><b>aufsuchende Hilfen funktionieren in Netzwerken, auf „Augenhöhe“ mit den Zielgruppen und sind ressourcenorientiert ohne vorhandene bzw. potentielle Gesundheits- und Sozialrisiken außer Acht zu lassen</b></p>	<p>In diesem Zusammenhang spielen v.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ die Institutionen-, Politikbereiche- und Landespolitik-übergreifende Zusammenarbeit;</li> <li>☞ die verschränkte Sichtweise und Berücksichtigung von körper- und sozialmedizinischen Risikoprofilen;</li> <li>☞ die aktive Einbeziehung der Zielgruppen in das Beziehungsgeschehen zwischen professionellen LeistungserbringerInnen und Schwangeren, Eltern(teilen) und Kindern;</li> <li>☞ und die Ressourcennutzung bzw. –aktivierung in den jeweiligen Zielgruppen</li> </ul>

eine besonders bedeutsame Rolle.

### 4.1.1 Health Visiting

Eine Beschreibung von allgemeinen Zielsetzungen, die mit aufsuchenden Hilfen assoziiert sind, liefert die britische „Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA)“, die ein Benchmark-Dokument zu Health Visiting Services verfasst hat: „It (Health Visiting) incorporates searching out, identifying and assessing need. (...) Searching proactively for health needs takes place at an individual, family and community level. The search is focused on the identification of factors influencing health at all levels. It is initiated by health visitors, is non-stigmatising, and guided by a code of ethics and client participation in the process. (...) Identification of the broader environmental influences on health, including those closely associated with poverty, poor housing and unemployment is an important part of the role of the health visitor“ [8, S. 7].

Demzufolge sind Health Visiting Strategien v.a. aktive, „aufspürende“ Prozesse, die der Identifizierung von Risiken und Bedürfnissen von bestimmten Zielgruppen dienen. Dabei stehen sowohl körpermedizinische Gesundheitsthemen als auch sozial-medizinische Aspekte (wie etwa Wohn- oder Arbeitssituation, psychische Gesundheit etc.) im Vordergrund. Health Visiting ist als ein Angebot zu verstehen, dessen jeweilige Gestaltung (etwa im Hinblick auf den Identifizierungs- und Kontaktmodus von / zu Zielgruppen) eine Stigmatisierung oder „Kontrolle“ seitens einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung zu vermeiden beabsichtigt. Die Einbindung der Zielgruppen ist wesentliches Charakteristikum dieser Angebote. In diesem Sinne ist Kooperation vor dem Hintergrund der vorhandenen individuellen bzw. familiären Ressourcen eine zentrale Haltung, die Health Visiting Prozesse umrahmt.

Die „Breite und Tiefe“ von aufsuchenden Hilfen variiert jedoch teils beträchtlich. In diesem Sinne gibt es kein einheitlich konzipiertes Programm, das sich für die Zielgruppe Schwangere, Eltern und Kinder anbietet. Dies begründet sich u.a. in der Bandbreite an Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen, den jeweiligen Tätigkeitsorten von aufsuchenden Hilfen (zu Hause im Wohnbereich; in der Schule; in einem Gesundheitszentrum etc.), aber auch in den eingangs erwähnten, länderspezifischen Zielformulierungen („Policy-Prioritäten“). In einem britischen Assessment wird dies etwa am Beispiel von aufsuchenden Hilfen zu Hause („home visiting programmes“) dargestellt: „On the outside, home visiting programs look similar. An individual makes periodic visits to a family’s home to strengthen and support individual or family well being. On the inside, home visiting programs can be remarkably dissimilar“ [9, S. 2].

### 4.1.2 Public Health Nursing

Public Health Nursing gilt als Überbegriff für all jene Pflegeaufgaben und –berufe, die mit Public Health Themen befasst sind [vgl. 10, S. 10]. Die Besonderheit liegt im Themen- und Leistungsumfang, da neben „klassischen“ Pflege- und Versorgungsaufgaben auch Schwerpunkte in der Beratung, Aufklärung, und Information liegen. Letztere Aufgaben stehen in engem Zusammenhang mit sozial-medizinischen Risikofaktoren, die z.B. auf Problemlagen in Zusammenhang mit den allgemeinen Wohn- und Lebensumständen (z.B. AlleinerzieherInnen), die Arbeitssituation (z.B. Arbeitslosigkeit, prekäre Arbeitsverhältnisse) oder sonstige Belastungssituationen (Pflege eines erkrankten Familienmitglieds, Suchtprobleme etc.) fokussieren.

**Health Visiting identifiziert Risiken und beurteilt Interventionsbedarf – ethische Codes, Einbindung von Zielgruppen und Vermeidung von Stigmatisierung sind zentrale Merkmale**

**Erkennen von Risiken und Bedürfnissen der Zielgruppen und gemeinsames Erarbeiten von Lösungsstrategien kennzeichnen Health Visiting Services**

**Health Visiting ist kein einheitliches Konzept sondern variiert entlang von Zielgruppenbedarf, Tätigkeitsorten von aufsuchenden Hilfen und Policy-Prioritäten**

**sozial-medizinische Schwerpunkte in der Unterstützung, die außerhalb „klassischer“ körpermedizinischer Gesundheitsgefahren liegen**

**Public Health Nursing Leistungen werden teils in Institutionen des Gesundheitswesens, teils in den Wohn- und Lebensbereichen der Schwangeren bzw. Eltern oder anderorts, wie Schulen etc., erbracht**

Wenngleich aufsuchende Hilfen vielerorts (etwa in Großbritannien oder in den skandinavischen Ländern) in übergeordnete Public Health Nursing Strategien eingebettet sind, so werden einige der zuvor beschriebenen (nicht-klinischen) Aufgaben sehr wohl auch innerhalb der „klassischen Institutionen“ eines bestimmten Gesundheitswesens angeboten: In Finnland geschieht dies etwa im Rahmen der Schwangerenvorsorgeprogramme in den jeweiligen Gesundheitszentren, die von der schwangeren Frau bzw. den werdenden Eltern von sich aus aufgesucht werden müssen. Die Betreuung durch eine „Public Health Nurse“ beginnt daher oftmals in einer solchen Institution und erstreckt sich in Form von Hausbesuchen, v.a. nach der Geburt des Kindes, in den Wohn- bzw. Lebensbereich der Familie.

**Public Health Nursing liefert inhaltliche Herangehensweise für aufsuchende Programme**

Vor diesem Hintergrund kann Public Health Nursing als eine inhaltliche Grundlage für medizinische und sozial-medizinische Screening- und Versorgungsprogramme betrachtet werden, welche allerdings sowohl in aufsuchender als auch in nicht-aufsuchender Form angeboten werden.

### 4.1.3 Frühe Hilfen

**Frühe Hilfen vereinen lokale und regionale Unterstützungssysteme für Schwangere, Eltern und Kinder**

Im deutschsprachigen Raum ist der Begriff der Frühen Hilfen v.a. durch das Aktionsprogramm des deutschen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geprägt. Demnach sind Frühe Hilfen „(...) lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen“ [11]. Vor dem Hintergrund dieses Programms betreiben seit März 2007 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in gemeinsamer Trägerschaft das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“.

**Frühe Hilfen richten sich sowohl an alle werdenden Eltern als auch speziell an Familien mit Belastungsprofilen**

In einem Communiqué verabschiedete im September 2009 das NZFH gemeinsam mit seinem wissenschaftlichen Beirat und Fachbeirat eine Begriffsbestimmung zu Frühen Hilfen [11]. Demnach umfasst der Begriff zum einen Angebote, die sich im Sinne von gesundheitsfördernden Maßnahmen an alle werdenden Eltern richten; zum anderen können aber auch zielgruppenspezifische Maßnahmen insbesondere für Familien in Problemlagen geleistet werden und einen sekundären Präventionsbeitrag leisten. Letzterer Punkt bezieht sich hierbei in erster Linie auf die Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, die durch soziale Frühwarnsysteme und Stärkung der Elternkompetenz erreicht werden soll.

**thematischer Schwerpunkt auf Risikopopulationen ist in Frühen Hilfen Konzepten stärker betont als in Health Visiting Programmen im Rahmen standardisierter Eltern-Kind-Vorsorge Maßnahmen**

Die aufsuchende Zugangsform zu den Zielgruppen ist ähnlich wie beim Health Visiting und dem Public Health Nursing auch den Frühen Hilfen immanent. Der Unterschied zwischen Frühen Hilfen und Health Visiting bzw. Public Health Nursing lässt sich am ehesten an den Zielgruppen verdeutlichen. Obgleich Frühe Hilfen auch einen primärpräventiven Ansatz verfolgen, liegt ihre Schwerpunktsetzung auf hoch belasteten Schwangeren, Eltern und Kindern. Health Visiting- und Public Health Nursing-Konzepte sind (beispielsweise in den erwähnten anglo-amerikanischen und nordeuropäischen Ländern) hingegen fixer Bestandteil der standardmäßig angebotenen Eltern-Kinder Programme und sehen a priori keine Zielgruppenschwerpunkte vor. Die Prävention von Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung ist zwar auch in den Health Visiting und Public Health Nursing Programmen verankert jedoch mit einer anderen Ausrichtung als in

den Frühen Hilfen Programmen – letzteres gilt insbesondere für Deutschland.

In diesem Bericht sollen daher Frühe Hilfen im Rahmen der Eltern-Kind-Vorsorge entsprechende Erwähnung finden, die grundlegend breiteren Ansätze zu Health Visiting und Public Health Nursing sollen aber vor dem Hintergrund der Projektziele und den vorgegebenen Aufgabenstellungen nähere Betrachtung erfahren.

**Berichtsschwerpunkt auf Health Visiting und Public Health Nursing**

## 4.2 Zielgruppen-Reichweite von aufsuchenden Diensten

Je nach Policy-Ausrichtung und Zielsetzung kann die Beratung, Begleitung und Betreuung von schwangeren Frauen, Eltern und Kindern durch aufsuchende Hilfen, zwei unterschiedliche Formen annehmen. Diese getrennte Darstellung dient an dieser Stelle der besseren Kontrastierung – eine Verknüpfung dieser beiden Zugänge ist nicht nur möglich sondern in vielen regionalen / nationalen Programmen zu aufsuchenden Hilfen auch realisiert:

**Policy-Intentionen bestimmen Reichweite der Programme**

- ❖ Universalangebot mit aufsuchenden Hilfen, das allen anspruchsberechtigten Personen uneingeschränkt zur Verfügung gestellt wird (siehe hierzu auch Kapitel 4.2 in [2]);
- ❖ Zielgruppenangebot mit aufsuchenden Hilfen, das nach vorausgegangenem Screening auf bewusst ausgewählte Risikofaktoren, nur bestimmten Personen und Gruppen zur Verfügung gestellt wird. Diese Leistungen sind oftmals Teil eines „reaktiven Programms“, das bei bestimmten Vorkommnissen (Risikoverhalten, Vernachlässigung, Miss-handlung etc.) zur Anwendung kommt und u.a. aufsuchende Hilfen für Schwangere, Kinder oder gefährdete Familien vorsieht. Hierbei kann weiters zwischen aufsuchenden Hilfen unterschieden werden, deren „Screenings“ (und nachgelagerten Interventionen) eher auf einige wenige Outcomes abzielen (z.B. Schwerpunkte wie Alkohol- und / oder Drogenmissbrauch) und jenen, die eine größere Bandbreite an KlientInnen-relevanten Outcomes abdecken.

„zielgruppenumfassend“ vs. „zielgruppenspezifische“ Gestaltung von aufsuchenden Programmen

Analog zur vorangegangenen Unterscheidung zwischen umfassenden und bestimmten Angeboten, definiert auch das britische „National Health Service“ (NHS) die mögliche Ausrichtung von aufsuchenden Hilfen. „A programme may be provided to all families with a new baby, to families in disadvantaged circumstances, to parents or children with particular problems, or parents of children defined as ‚at risk‘“ [12, S. 1].

**Unterschiede in Leistungsreichweite nach Zielgruppen**

Am Beispiel Großbritannien zeigt sich darüber hinaus, dass es beim Versuch, die Policies zu angebotenen, aufsuchenden Hilfen darzustellen, sowohl systembedingte als auch inhaltliche Hürden zu überwinden gilt: Zum einen ergeben sich diese durch die unterschiedliche Policy-Gestaltung und Implementierungsstrategien der vier britischen „Regionen“ (England, Schottland, Wales und Nordirland), zum anderen durch das Fehlen einer allgemeinen Definition zu Universal- bzw. Zielgruppenleistungen. „The picture (Anm.: in Großbritannien) is further complicated by variation in policies and implementation in the four parts of the UK (England, Northern Ireland, Scotland and Wales). No national guidance exists about the constitution of ‘core’ or ‘universal’ services in health visiting, and there is limited informa-

**Autonomie der vier britischen „Regionen“ sowie Fehlen einer landesweiten Policy für aufsuchende Hilfen erschweren ein einheitliches Länderprofil in Großbritannien zu zeichnen**

tion about the actual combination of current activities across the country” [6, S. 870].

### 4.3 Ort(e) der Leistungserbringung

**Wohnraum ist bedeutsamer „Treffpunkt“ für aufsuchende Berufsgruppen und Zielgruppen, aber ...**

Aufsuchende Hilfen während der Schwangerschaft bzw. für die Zeit rund um die Geburt und die frühen Kindheitsjahre können an verschiedenen Orten mit den Zielgruppen in Kontakt treten. Dennoch ist der Wohn- bzw. Lebensraum, v.a. bei Hilfen für Schwangere und für Familien mit Kindern bis zum Schuleintritt, meistens „der Ort“, wo medizinische Leistungen sowie Beratungen und Unterstützungen geleistet werden. Insofern ist v.a. in der englischsprachigen Fachliteratur mitunter von „Home Visiting“ Services die Rede.

**... viele zentrale Lebensräume gelten als potentielle Einsatzorte**

Jedoch kommen andere Orte für die Begegnung zwischen Eltern/Kindern und aufsuchenden Hilfen ebenso in Frage. Insbesondere wenn es um Fragen hinsichtlich des Zugangs zu Zielgruppen geht, spielen „Räume“ außerhalb des Wohnbereichs eine zentrale Rolle. Hierzu zählen etwa Kindergärten und Schulen, aber auch ärztliche Ordinationen können aufsuchende Zusatzangebote (z.B. spezielle Schwangerschaftsberatungen durch Hebammen etc.) zur Verfügung stellen.

**Kindergarten und Schule als niederschwellige Orte für aufsuchende Hilfen**

Die Bedeutung von aufsuchenden Hilfen in Bildungseinrichtungen ergibt sich u.a. durch veränderte Betreuungsnotwendigkeiten von SchülerInnen: Nicht zuletzt entwickelt sich Schule von einem Ort des Lernens immer stärker zu einem „(...) ganztätigen, sozialräumlich ausgerichteten Lern-, Integrations- und Sozialisationsort“ [13, S. 247], in dem viele Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Lern- und Freizeit verbringen. Insofern sind Schulen öffentliche Orte, an denen Kinder und Jugendliche einfach erreicht und eventuelle Unterstützungen niederschwellig in Anspruch nehmen können – wobei sich dieser „einfache Zugang“ zu den Zielgruppen nicht erst in der Schule stellt, sondern bereits im Kindergarten.

### 4.4 Aufsuchende Berufsgruppen

**keine allgemein gültigen Beschreibungen zu aufsuchenden Public Health Berufsgruppen**

Prinzipiell ist festzuhalten, dass es v.a. für jene aufsuchenden Berufsgruppen, die sich zentral an Public Health Konzepten orientieren (z.B. Public Health Nurse; Family Nurse; Community Nurse und School Nurse) keine international einheitlichen Beschreibungen und keine präzisen Berufsprofile gibt [10, S. 10f.]. Die nachfolgenden Ausführungen sind daher Zusammenfassungen, die in erster Linie einen allgemeinen Überblick über aufsuchende Berufsgruppen geben sollen. Da aufsuchende Berufe mit unterschiedlichsten Zielgruppen (chronisch Kranke, alte und / oder pflegebedürftige Menschen etc.) arbeiten, werden auch im Folgenden nur jene genannt, die insbesondere für die Zielgruppe Schwangere, Eltern und Kinder Bedeutung haben.

Ganz allgemein lässt sich feststellen, dass es für Personen und Berufsgruppen, die aufsuchend für Schwangere, Eltern und Kinder eine Vielzahl an Bezeichnungen gibt, die mitunter eine Unterscheidung schwierig machen. Demzufolge finden sich unter dem Begriff oder Berufsfeld der aufsuchenden Hilfen im deutschsprachigen Raum für Schwangere, Eltern und Kinder Berufsgruppen, wie FamilienhelferIn, FamilienpflegerIn, FamilienbegleiterIn, Familienhebammen, FamiliengesundheitspflegerInnen, Familiengesundheitshebammen etc. [vgl. 14]. International gibt es eine ebensolche große Anzahl an Berufsbezeichnungen und Berufsgruppen, wie etwa „Health Visitor“ (z.B. Großbritannien, Dänemark, Norwegen), „Child Health Nurse“ (z.B. Schweden), „Public Health Nurse“ (z.B. USA, Kanada, Irland), „Child and Family Health Nurse“ (z.B. Australien), „Plunket Nurse“ (z.B. Neuseeland), „Social Nurses“ (z.B. Belgien), „Lady Health Visitors“ (z.B. Pakistan) etc. [vgl. 15].

**Vielzahl an Berufsgruppen und -bezeichnungen im Themenfeld „aufsuchende Hilfen“**

#### 4.4.1 Health Visitor (HV)

Das Berufsbild des HV ist v.a. im anglo-amerikanischen und skandinavischen Kontext untrennbar mit Public Health-Policies, -Ausbildungsprogrammen und -Programmen verknüpft. In diesem Sinne werden HVs auch „Public Health Practitioners“ bezeichnet, deren Berufsprofile und Aufgabengebiete eng mit jenen des / der „Public Health Nurse“ bzw. des / der „Community Health Nurse“ stehen [vgl. 6, S. 870].

**Health visitors sind „Public Health Practitioners“**

#### 4.4.2 Public Health Nurse (PHN)

Die Berufsgruppe der PHNs hat v.a. in Großbritannien und skandinavischen Ländern (aber auch in Frankreich und Spanien) eine lange Tradition, die teils bis in die 1920er Jahre zurückreicht. Während PHNs in diesen Ländern fester Bestandteil des Gesundheits- und Sozialwesens sind, gibt es hierzulande keinen vergleichbaren Berufsstand [vgl. 10, S. 11].

**Etablierung von PHNs reicht bis in die 1920er Jahre zurück – Österreich ohne „Public Health Tradition“**

Die Aktions- bzw. Interventionsebenen von PHNs lassen sich entlang primärer, sekundärer und tertiärer Präventionsmaßnahmen folgendermaßen darlegen [vgl. 7, S. 46]:

- ❖ Primäre Prävention: Einschätzung potentieller Gesundheitsbedrohungen sowie Präventionsarbeit mit der gesamten Familie oder einzelnen Mitgliedern, um gewisse Risiken zu verhindern bzw. zu mildern;
- ❖ Sekundäre Prävention: Durchführung von vorgesehenen Gesundheitsprogrammen (Screenings, Impfungen, RaucherInnenentwöhnung, Diabetesschulungen etc.); rasches Intervenieren und bei Bedarf Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe;
- ❖ Tertiäre Prävention: Wiederaufbau bzw. Wiedererlangung der familienimmanenten Ressourcen; „Management“ von bestimmten, aktuellen Gesundheitsbedrohungen (z.B. Wundmanagement, HIV-Pflege eines Angehörigen etc.).

**Primärprävention: Risikoeinschätzung**

**Sekundärprävention: Risikominimierung**

**Tertiärprävention: „Rehabilitation“**

Dabei ist entscheidend, dass diese Präventionsaufgaben auch von den nachfolgend beschriebenen Berufsgruppen (wie Family Nurse, Community Nurse, School Nurse etc.) übernommen werden. Die Überschneidungen ergeben sich aus den eingangs (in Kapitel 4.1) erwähnten begrifflichen Überschnei-

**Präventionsaufgaben finden sich in mehreren aufsuchenden Berufsbildern**

**weitreichende  
Kompetenzfelder von  
PHN in Großbritannien  
und Skandinavien**

dungen und länderspezifischen Traditionen in der Versorgungsgestaltung. Da Public Health als inhaltlicher Überbegriff verstanden werden kann, bilden die Präventionsebenen bei den PHNs einen Ausgangspunkt für die Beschreibung weiterer Berufsbilder.

Die nachstehende Tabelle 4.4-1 gibt einen Überblick zu den Tätigkeitsfeldern von PHNs in 5 europäischen Ländern (Dänemark; Finnland; Großbritannien; Niederlande; Schweden). Wie aus der Darstellung ersichtlich ist, werden in allen 5 Ländern Hausbesuche angeboten. Zudem zeigt sich, dass PHNs in Großbritannien und Schweden über die meisten Kompetenzen verfügen, wobei dieser Berufsgruppe auch in Finnland eine Vielzahl an Zuständigkeiten übertragen wurde.

*Tabelle 4.4-1: Tätigkeiten von PHN in 5 ausgewählten europäischen Ländern<sup>7</sup>*

<b>Tätigkeiten</b>	<b>DK</b>	<b>FI</b>	<b>GB</b>	<b>NL</b>	<b>SE</b>
Integrative Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztin und Pflegepersonal	---	✓	✓	---	✓
Hausbesuche	✓	✓	✓	✓	✓
Eigene Sprechstunden	---	✓	✓	✓	✓
Erstkontakte mit KlientInnen / PatientInnen	---	✓	✓	---	✓
Telefonkonsultationen	---	✓	✓	---	✓
Überweisungen	---	✓	✓	---	✓
Eingeschränkte Medikamentenverschreibungen	---	---	✓	---	✓
Kleine Behandlungen	---	✓	✓	✓	✓

*Quelle: [16] zitiert in [10, S. 11].*

### 4.4.3 Family (Health) Nurse (FN)

**WHO-Rahmenkonzept  
zu Family Nursing**

Das Berufsbild bzw. das Konzept zum Family (Health) Nursing ist zusammen mit dem Rahmenkonzept der World Health Organization (WHO) „Gesundheit 21“ (1998) entstanden. Damit wurde die Pflege im eigenen Wohnraum der KlientInnen, die Zielgruppe Familie und das Public-Health Ziel einer „gesunden Familie“ in den Vordergrund gestellt.<sup>8</sup>

**Zielgruppen: Einzelne  
BürgerInnen und  
Gesellschaftsgruppen  
mit „gemeinsamen  
Merkmale“**

FNs arbeiten meist für eine bestimmte Zeitspanne (Schwangerschaft, Geburt, bestimmter Krankheitsprozess) mit Familien bzw. einzelnen Familienmitgliedern. Die Aufgaben umfassen in erster Linie die Begleitung und Beratung, wobei ein ressourcenorientierter Ansatz und das „Empowerment“ der KlientInnen entscheidende Merkmale dieser Berufsgruppe bilden. Darüber hinaus arbeiten FNs oft auch mit sozial marginalisierten und vulnerablen Familien(mitgliedern) in bestimmten Problemlagen (z.B. Arbeitslosigkeit, Alkoholsucht etc.).

<sup>7</sup> DK=Dänemark; FI=Finnland; GB=Großbritannien; NL=Niederlande; SE=Schweden

<sup>8</sup> vgl. Czypionka, 2011, S. 11

FNs wirken unterstützend in Stresssituationen und helfen Familien bei der Problembewältigung. Darüber hinaus kommen ihnen wichtige Aufgaben im rechtzeitigen Erkennen von Risikosituationen („Screening“), in der Informationsvermittlung, Aufklärung über Risikofaktoren und Koordinationsaufgaben (mit anderen Berufsgruppen) zu.

FNs verfügen oftmals über enge (und lang währende Kontakte) zu Familien, wodurch ein niederschwelliger und direkter Zugang zu den Zielgruppen möglich ist. Umgekehrt haben (manche) Familien eine geringere Hemmschwelle, FNs zu kontaktieren [vgl. 7, S. 45f.].

Die WHO nennt einige mögliche Tätigkeitsbereiche von FNs, die u.a. für Schwangere bzw. Eltern(teile) mit Kindern relevant sind (wie z.B. Betreuung einer Familie mit einem Neugeborenen, Betreuung einer alleinstehenden drogenabhängigen Schwangeren etc.) [vgl. 10, S. 11].

Die „Einsatzorte“ von FNs können sowohl Spitäler als auch die Lebensumgebung von Familien sein, wobei FNs oft auch verschränkt an mehreren Orten, ihre Leistungen anbieten. Im stationären Setting wirken sie meist beratend, etwa bei der Spitalsentlassung nach einer Entbindung und führen ihre Unterstützungstätigkeiten in der Wohnumgebung der Mutter / Familien fort. Im Zuge ihrer aufsuchenden Arbeit außerhalb einer Institution des Gesundheitswesens, fungieren sie bei Bedarf auch als Schnittstelle zu niedergelassenen ÄrztInnen.

Die Leistungen der FNs sind den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der Familie angepasst, d.h. neben der genannten Informations- und Aufklärungsarbeit werden bei Bedarf auch Pflegeleistungen oder andere nicht-ärztliche Tätigkeiten übernommen.

**FN screenen, informieren, klären auf und stellen Kontakte zu anderen Berufsgruppen her**

**niederschwelliger Zugang und „vertrauenswürdige“ Beziehungen**

**WHO-Beispiele zu FN Tätigkeiten bzw. Zielgruppen**

**FN arbeiten sowohl im stationären Setting als auch in der häuslichen Umgebung der Familien**

**FN erfüllen auch nicht-ärztliche Pflegeleistungen**

#### 4.4.4 Community Health Nurses (CHN)

Der Begriff der „Community“ legt bereits den örtlichen Raum und die Zielgruppen von CHNs fest: Die BürgerInnen in einer Kommune bzw. eines Ortes oder Stadtteils. CHNs sind vielfach aber auch auf bestimmte Bevölkerungsgruppen in der Primärversorgung spezialisiert (wie z.B. auf Familien in den USA) und übernehmen sowohl Aufgaben im Bereich der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen als auch in der Koordination mit anderen Berufsgruppen. Mit dem Ziel Gesundheit zu erhalten und dem besonderen „Blick“ auf bestimmte Communities kommt Programmen zur Gesundheitsförderung bzw. Strategien zur Prävention und Frühdiagnosen eine besondere Bedeutung zu [vgl. 7, S. 44f.].

**Zielgruppen sind sowohl einzelne BürgerInnen als auch bestimmte Gesellschaftsgruppen mit „gemeinsamen Merkmalen“**

#### 4.4.5 School Nurse (SN)

**WHO Setting-Ansatz rückt Schulen in das Zentrum für Früherkennung und Gesundheitsförderung**

Die Einsatzorte von SNs sind ihrer Berufsbezeichnung zufolge Bildungseinrichtungen. Die Schule wird von der WHO als adäquater Ort für Gesundheitsförderung und für Screening-Prozesse in der Ottawa Charta (1986<sup>9</sup>) mit dem „Healthy Setting-Concept“ beschrieben: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love.“

**School Nurses sind in vielen Ländern „Standard“**

Früherkennungsprogramme, Gesundheitsversorgung und –förderung sind in zahlreichen Ländern etabliert. In einigen Ländern werden diese Aufgaben von spezialisiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal übernommen (z.B. in England, Finnland, Schweden, Australien, Korea oder den USA). Nachfolgend werden exemplarisch die Aufgaben von schwedischen SNs angeführt [13] zitiert in [10, S. 12f.].

**Gesundheitsversorgung, –förderung und Screening zählen ebenso zu den Aufgaben von SNs, wie Integrationsaufgaben und Identifikation von „RisikoschülerInnen“**

- ❖ Gesundheitsversorgung: Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen; bei Bedarf Überweisung an externe, medizinische Einrichtungen;
- ❖ Screeninguntersuchungen: Jährliche Erhebung des Gesundheitszustandes der SchülerInnen mit dem Ziel einer rechtzeitigen Erhebung von etwaigen gesundheitlichen Risikofaktoren;
- ❖ Gesundheitsförderung und Prävention: Umfassende Konzepte, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen können (Programme, die einzelne SchülerInnen, Klassen oder die Schule als Ganzes betreffen);
- ❖ Integration von SchülerInnen mit chronischen Krankheiten mit Hilfe von Case-Management: Erstellung von Ernährungsplänen (z.B. SchülerInnen mit Diabetes); Veranlassung von baulichen Maßnahmen etc.;
- ❖ Zugang zu vulnerablen Gruppen: Identifikation von misshandelten, missbrauchten und / oder vernachlässigten SchülerInnen – hierzu gibt es in Schweden für SNs einen „gesetzlichen Auftrag zur Identifizierung von misshandelten SchülerInnen“.

**schwedische School Nurses haben Zugang zu Gesundheitsakten**

**schulischer Gesundheitsverbund statt „Einzelkämpfertum“**

Am Beispiel Schweden lassen sich aber auch die Vorteile einer Institutionen-übergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit von GesundheitsakteurInnen beschreiben: Schwedische SN können in die (seit der Geburt) geführten Krankenakten des zuständigen lokalen Gesundheitszentrums einsehen und haben dadurch Zugriff auf bedeutende Hintergrundinformationen bezüglich der Kindergesundheit. Zudem arbeiten schwedische SN immer in einem schulischen Gesundheitsverbund, dem auch ein/e SozialarbeiterIn, ein/ SchulpsychologIn und ein/e Schularzt / Schulärztin angehört.

<sup>9</sup> Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1 - [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), download 12.09.2011.

#### 4.4.6 Familienhebammen / Familiengesundheitshebammen

Grundsätzlich handelt es sich sowohl bei Familienhebammen als auch bei Familiengesundheitshebammen um staatlich geprüfte Hebammen. Die beiden Berufsgruppen sind etwa in Deutschland tätig, aber auch in Österreich gibt es den Beruf der Familienhebamme. Die länderspezifischen Unterschiede in der Aus-, Weiter- bzw. Fortbildung sowie in den Tätigkeitsfeldern werden näher in den Kapiteln 5.2 und 5.3. beschrieben.

In Bezug auf die beiden Berufsgruppen in Deutschland zeigt sich der wesentliche Unterschied v.a. entlang der Themenbereiche Kinderschutz, Kindeswohleinschätzung und Beobachtung der Mutter-Kind-Bindung und der Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr. Diese Themen sind v.a. Aufgabenfelder, die den Familienhebammen zukommen, während die Familiengesundheitshebamme v.a. Tätigkeiten übernimmt, die den Bereichen der „Pflege“, Gesundheitsförderung und Prävention zugerechnet werden [vgl. 14]. Die Unterschiede ergeben sich auch vor dem Hintergrund, dass unterschiedliche Organisationen die beiden Weiterbildungen anbieten (Deutscher Hebammenverband: Weiterbildung zur Familienhebamme; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Weiterbildung zur Familiengesundheitspflege).

Je nach aufsuchendem Angebot bzw. (Eltern-Kind)-Programm sind aber auch andere Angehörige von Gesundheitsberufen, wie PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen, bisweilen aufsuchend tätig.

**Familienhebammen in  
Deutschland und  
Österreich**

**in Deutschland  
unterschiedliche  
Schwerpunkte bei den  
beiden Berufsgruppen**

**weitere (mitunter)  
aufsuchende  
Gesundheitsberufe**

#### 4.4.7 Sozialberufe (SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen)

Darüber hinaus gibt es noch aufsuchende Sozialberufe, die im Rahmen von Eltern-Kind Programmen eine zentrale Rolle in der Begleitung, Unterstützung und Versorgung von Schwangeren, Eltern und Kindern spielen. Hierbei seien v.a. jene erwähnt, bei denen der aufsuchende Charakter integraler Bestandteil des Berufsbildes ist. Dies gilt v.a. für SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen. Insbesondere bei risikobelastenden Familien spielen SozialarbeiterInnen (oft in der Wohn- und Lebensumgebung) ihrer KlientInnen eine bedeutsame Rolle in der Betreuung aber auch in der Vermittlung mit anderen Institutionen oder Gesundheitsberufen. Insofern findet in solchen Fällen eine enge Kooperation zwischen Familien, SozialarbeiterInnen und öffentlichen Einrichtungen bzw. gesetzlich verankerten Einrichtungen (wie etwa mit der Jugendwohlfahrt in Österreich) statt.

**aufsuchende  
Sozialberufe sind v.a. in  
belasteten Familien  
tätig**

### 4.5 Kernaufgaben von aufsuchenden Hilfen

Die große Bandbreite an aufsuchenden Berufsgruppen bedingt ein ebenso weites Feld an Leistungen, die im Rahmen von Schwangeren, Eltern-Kind Angeboten existieren. Eine primäre Intention, die mit aufsuchenden Hilfen jedoch verfolgt wird, liegt im „Abschätzen“ von Risiko- bzw. Belastungsfaktoren und des jeweiligen Unterstützungsbedarfs. Insofern lassen sich die Kernaufgaben von aufsuchenden Hilfen mit folgendem Zitat für das ge-

**erkennen, identifizieren  
und einschätzen von  
Unterstützungsbedarf**

**Unterstützungs- und Interventionsbedarf ist bedarfsorientiert**

samte Feld fassbar machen: „The search of health needs is regarded as the primary function of the profession and one that is fundamental to the process of health visiting“ [8, S. 7].

Dieser Prozess des „Ein- bzw. Abschätzens“ des Unterstützungs- und / oder Interventionsbedarfs kann unterschiedliche Schwerpunkte und „Hilfen“ vorsehen, wie die nachstehende Aufzählung verdeutlicht:

- ❖ Früherkennung bzw. vertiefende, fachliche Abklärung von medizinischen Risikofaktoren;
- ❖ Früherkennung bzw. vertiefende, fachliche Abklärung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren;
- ❖ Gesundheitsförderung (z.B. Ernährung / Bewegung etc. während und nach der Schwangerschaft);
- ❖ Medizinische / pflegerische Interventionen für akut / chronisch kranke Kinder;
- ❖ Psychosoziale Beratung / Begleitung / Unterstützung;
- ❖ Allgemeine Mütterberatung (z.B. zu Stillen, Kindespflege, Mutter-Kind Bindung etc.) und Väterberatung (z.B. Vater-Kind Bindung);
- ❖ Allgemeine Elternberatung (z.B. Kindeserziehung und -unterstützung);
- ❖ Informationsbereitstellung für die Schwangere, Eltern(teile) (z.B. Informationen zu öffentlichen Förderungen, finanziellen Unterstützungen etc.);
- ❖ Weitervermittlung an andere Gesundheits- und Sozialinstitutionen / Gesundheits- und Sozialberufe; etc.

**fundierte Aus-, Fort- bzw. Weiterbildung und Sozialkompetenz notwendig, um Zielgruppen zu erreichen und Bedarf zu erkennen**

Für die Leistungserbringung benötigen aufsuchende Hilfen neben einer fundierten Aus- bzw. Weiterbildung v.a. ein hohes Maß an Sozial- und Kommunikationskompetenz. Dies ist v.a. für die Arbeit mit Familien mit diversen Risiko- und Belastungsfaktoren äußerst wichtig, da diese Gruppen oftmals schwer erreichbar sind und ein potentieller Unterstützungsbedarf nicht immer augenscheinlich sichtbar bzw. bekannt ist. Diese grundlegenden Voraussetzungen finden sich auch in einer Beschreibung zum Berufsbild der „Health Visitors“ in Großbritannien wieder: „Not all health needs are immediately transparent and particular skills are required to identify unmet health needs. On the individual basis the principle of searching for health needs is demonstrated through skilled observation of and communication with clients. Hidden needs are revealed through this mechanism, where discussion is centred around helping clients to examine situations and possible interventions, ensuring that they are provided with the opportunity to discuss issues that they may not have raised independently“ [8, S. 7].

## 4.6 Ethische Aspekte im Zusammenhang mit aufsuchenden Hilfen

**aufsuchende Hilfen und Angebote beruhen auf Partnerschaften zwischen Berufsgruppen und KlientInnen**

In Kapitel 4.1.1 wurde bei der Begriffsklärung von „Health Visiting“ auf einen ethischen Grundsatz hingewiesen, der die Vermeidung von Stigmatisierung durch aufsuchende Hilfen zum Inhalt hat. Vor diesem Hintergrund sollen aufsuchende Hilfeangebote in Form von „Partnerschaften“ organisiert und vermittelt werden, in denen eine Begegnung von aufsuchenden Berufsgruppen und Zielgruppen auf „Augenhöhe“ stattfindet. Die „Quality

Assurance Agency for Higher Education (QAA)“ fasst diese Haltung folgendermaßen zusammen: „(...) a partnership approach, through which clients are empowered to address issues influencing their health, is an important element of the health visiting process and is central to the promotion of health and the prevention of ill health“ [8, S. 7].

Ethische Aspekte ergeben sich allerdings auch für das Forschungsfeld „aufsuchende Hilfen“. Die Einbeziehung bzw. Berücksichtigung von bestimmten Studiendesigns (z.B. randomisiert-kontrollierte Studien, RCTs) mag unter Umständen bestimmte Zielpopulationen, Risikofaktoren etc. nicht entsprechend erfassen bzw. ethisch bedenklich sein. Dies kann auf Screening-Instrumente für bestimmte Risikoindikatoren (wie häusliche Gewalt, Kindesmisshandlung etc.) ebenso zutreffen wie für entsprechende Präventionsmaßnahmen (zur Vermeidung von Missbrauch, Misshandlung etc.), die von aufsuchenden Hilfen erbracht werden. Gonzalez [17] führt hierzu etwa als Beispiel Präventionsmaßnahmen an, die Kindesmisshandlungen weitgehend mit Hilfe von aufsuchenden Hilfen einschränken bzw. vermeiden helfen sollen: „Research in the prevention of child maltreatment has been limited for several reasons, including challenges in measuring subtypes of child maltreatment and in conducting RCTs with complex populations, in addition to the ethical and legal considerations involved in evaluating interventions in this area“ [17, S. 284].

Dadurch ergibt sich abseits von Fragen hinsichtlich von Wirksamkeitsnachweisen, ein ethisches Spannungsfeld zwischen potentiellen Interventions- und Kontrollgruppen, das jedenfalls von ForscherInnen, AnwenderInnen und Policy-Makern benannt und reflektiert werden soll.

**spezielle Studiendesigns  
können ethisches  
Spannungsfeld ergeben**

**nicht nur Wirksamkeit  
kritisch erfragen,  
sondern auch ethischen  
Rahmen von Forschung**



# 5 Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen zu aufsuchenden Hilfen in 5 europäischen Ländern

## 5.1 Hintergrund

Im Folgenden werden Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Deutschland, Österreich, Großbritannien, Dänemark und Schweden dargestellt.

Dabei handelt es sich um keine vollständige, repräsentative Übersicht zu Aus-, Fort- und Weiterbildungsverläufen – vielmehr soll ein Einblick in die Gestaltung und den Umfang von Bildungsoptionen in Bezug auf aufsuchende Eltern-Kind Hilfen gegeben werden. Aufgrund der länderspezifischen Verwaltungs- und Bildungsstrukturen sind einheitliche (bundesweite) Regelungen nicht immer vorhanden. Daher werden mitunter in den entsprechenden Länderkapiteln ausgewählte Beispiele von Bildungseinrichtungen bzw. Regionen präsentiert. Zudem werden nur jene (staatlich) anerkannten Aus- Fort- bzw. Weiterbildungsverläufe dargestellt, die mit einem entsprechenden Berufsbild im Bereich aufsuchender Tätigkeiten verknüpft sind.

Die relevanten Forschungsfragen für dieses Kapitel umfassen folgende Teilaspekte:

- ❖ Inhalte und Umfang in der Ausbildung von aufsuchenden Hilfen mit Schwerpunkt „Eltern-Kind Leistungen“:
  - ❖ Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden in den 5 ausgewählten Ländern in Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen in Bezug auf aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder vermittelt?
- ❖ Berufsprofile und Aufgabenbereiche von aufsuchenden Eltern-Kind Hilfen:
  - ❖ Welche Berufsprofile ergeben sich aus diesen Curricula und zu welchen Schwerpunkttätigkeiten führen die Aus-, Fort- und Weiterbildungen?

**Curricula-  
Beschreibungen aus 5  
europäischen Länder**

**exemplarische Übersicht  
zu Ausbildungsoptionen**

**teils keine bundesweiten  
Regelungen vorhanden**

**Forschungsfragen in  
diesem Kapitel  
fokussieren auf**

**Inhalte und Umfang der  
Aus- Fort- bzw.  
Weiterbildungen und  
auf**

**Berufsprofile und  
Aufgabenbereiche**

## 5.2 Deutschland

### 5.2.1 Weiterbildung in Familiengesundheitspflege

**Zielsetzungen der Familiengesundheitspflege:**  
**Gesundheitsförderung und Prävention sowie Schnittstelle zw. KlientInnen und Gesundheits- und Sozialberufen**

Bei der Familiengesundheitspflege (<http://www.familiengesundheitspflege.de>) handelt es sich in Deutschland um Leistungen, die Beratungen in Gesundheitsfragen, bei Krankheit, Behinderung und zur Pflege allgemein umfassen. Die Schwerpunkte liegen hierbei auf der Gesundheitsförderung und der Prävention und folgen einem familiensystemischen und salutogenetischen Ansatz. Die aktive Einbeziehung der Familienangehörigen stellt hierfür eine wesentliche Grundvoraussetzung dar. Familiengesundheitspflegerinnen<sup>10</sup> (FGP) bzw. -hebammen (FGH) arbeiten in direktem Kontakt mit den Familien und stellen eine Schnittstelle zwischen ihren KlientInnen, HausärztInnen und anderen Berufen und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens dar, wie die nachstehende Abbildung verdeutlicht.

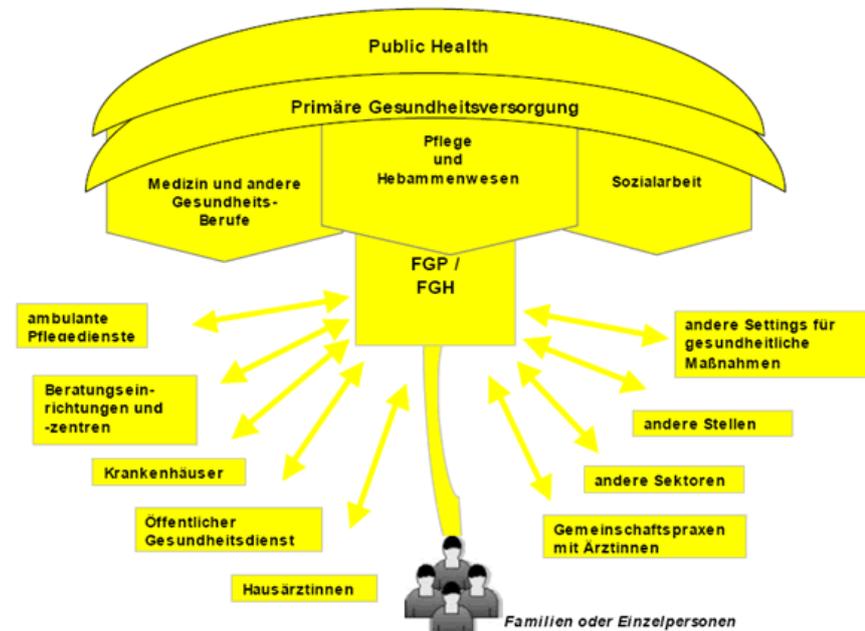


Abbildung: Familiengesundheitspflege; Quelle: [18]

**Weiterbildung ist zielgruppenübergreifend angelegt**

Die Familiengesundheitspflege ist auf die gesamte Lebensspanne der Familienmitglieder ausgerichtet – eine eigene Weiterbildung für die Gruppe von Schwangeren, Eltern und Kindern ist zwar nicht vorgesehen, jedoch fallen jene Zielgruppen bei Vorliegen von Belastungssituationen sehr wohl in den Kreis der Begünstigten.

<sup>10</sup> Den vorliegenden Informationen zufolge (<http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/Flyer%20Familiengesundheitspflege.pdf>) werden ausschließlich Pflegerinnen erwähnt. Prinzipiell zieht das Konzept aber sehr wohl auch Männer für die Weiterbildung in Betracht.

Im Ansatz sind die Angebote der FGP / FGH Universalangebote – d.h. die zugrundeliegende Idee der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich im Konzept der Familiengesundheitspflege widerspiegelt, umschließt alle Personengruppen. In der praktischen Umsetzung zeigen sich in Deutschland jedoch Schwerpunkte auf vulnerable Einzelpersonen und Familien.<sup>11</sup>

Demzufolge richten sich die Angebote der deutschen Familiengesundheitspflege an gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Familien. Dazu zählen etwa: MigrantInnen, Kinder, Jugendliche und allein stehende, ältere Menschen, Schwangere, drogenabhängige Schwangere, allein erziehende Mütter und Väter, Familien in Krisen- und Umbruchsituationen, Familien mit akuten/chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen, pflegebedürftige Menschen im familiären Umfeld sowie Individuen, Familien oder Gruppen mit erschwertem Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem.

Zwischen 2004 und 2008 initiierte der „Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)“ in Deutschland das Modellprojekt der Familiengesundheitspflege. Hierbei handelte es sich um ein Projekt als Teil einer multinationalen Studie der World Health Organisation (WHO), das von der Robert Bosch Stiftung und dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit und Soziales gefördert wurde. Die Zielsetzung bestand in der Anpassung des WHO-Konzepts zur Familiengesundheitspflege an das deutsche Versorgungssystem.

Das deutsche Curriculum für die modellhafte Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wurde in Anlehnung an

- ❖ das Rahmenkonzept der WHO,
- ❖ das Handbuch zur EU-Fortbildung Public Health / Gesundheitsförderung für Pflegeberufe in der Europäischen Union und
- ❖ den Konsens einer ExpertInnengruppe (Projektdesign- und Konsensphase in den Jahren 2004/2005) entwickelt.

Nach Abschluss einer Modellphase wurde 2008 ein Curriculum vorgelegt, das laut DBfK sowohl der beruflichen Weiterbildung als auch die Basis für eine Hochschulausbildung dienen soll [vgl. 18]. Der Bildungsverlauf basiert dabei auf einem Modulsystem, das verschiedene Themengebiete zusammenführt. Die Zulassung zu einer Weiterbildung in der Familiengesundheitspflege unterliegt allerdings bestimmten Voraussetzungen, die nachfolgend Erläuterung finden.

### **Zulassungsvoraussetzungen für Weiterbildungen zur FGP / FGH**

Die Weiterbildungen zu aufsuchenden Hilfen sind im deutschen Gesundheitssektor eng mit Pflegeausbildungen bzw. mit Ausbildungen zur Hebamme verwoben. Um eine Weiterbildung in der Familiengesundheitspflege absolvieren zu können, müssen die Bewerberinnen mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in einem der folgenden Bereiche sowie einen dazugehörigen Berufsabschluss vorweisen:

---

<sup>11</sup> Telefoninterview mit dem „Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe“ am 19.12.2011.

**Familiengesundheitspflege ist prinzipiell für „alle“ vorgesehen**

**Fokus der Familiengesundheitspflege in Deutschland: sozial belastete Familien und Personen**

**Mitte der 2000er Jahre Entwicklung eines Konzepts zur Familiengesundheitspflege für Deutschland**

**Curriculum orientiert sich an Empfehlungen der WHO und EU unter Einbeziehung von deutschen ExpertInnen**

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe verfasste Modulsystem für Weiterbildung**

**Familienpflege verlangt spezielle Vorkenntnisse**

<p><b>mind. 2 Jahre Berufserfahrung im Pflegebereich oder im Hebammenwesen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Gesundheits- und Krankenpflege;</li> <li>✿ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege;</li> <li>✿ Altenpflege oder</li> <li>✿ Hebammenwesen.</li> </ul>
<p><b>Weiterbildung setzt auf kontinuierliche Theorie-Praxis Verknüpfung</b></p>	<p>Die Berufstätigkeit in einem dieser Praxisfelder (Pflege, Nachsorgehebamme etc.) muss für die Zeit der Weiterbildung zu mindestens 50 % weiterbestehen, um die Konzepte der Familiengesundheitspflege in der Praxis erfahrbar zu machen. Zudem ist die Begleitung von mindestens zwei Familien mit sozial belasteten Lebensumständen für die Dauer der Weiterbildung vorgeschrieben und dient ebenso einer vertiefenden Theorie-Praxis Verknüpfung. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen können die drei Teilbereiche der Weiterbildung „Präsenzphasen, Selbststudium und Pflichtpraktika“ absolviert werden.</p>
<h3><b>Weiterbildungsinhalte</b></h3>	
<p>Die Teilbereiche gliedern sich wie folgt:</p>	
<p><b>Weiterbildung gliedert sich in Präsenzphasen, Selbststudium und Pflichtpraktika</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Präsenzphasen: 8 Module (insgesamt 720 Std.); thematisch aufeinander bezogene Lehrveranstaltungen, die jeweils mit einer Prüfung abgeschlossen werden; am Ende der Weiterbildung ist eine Facharbeit zu verfassen;</li> <li>✿ Selbststudium: (insgesamt 720 Std.) inkludiert Facharbeiten, Prüfungsvorbereitungen und Praxisaufgaben;</li> <li>✿ Pflichtpraktika: (insgesamt 120 Std.) eingeteilt in 40 Std. in übergeordneten Einrichtungen des Gesundheitswesens und 80 Std. in Einrichtungen der Gesundheitsberatung (z.B. Gesundheits-/ Public Health- Zentren, Schwangeren- oder Familienberatung, Jugend- oder Sozialamt, Pflegekassen, ärztliche Praxen, Beratungsstellen etc.).</li> </ul>
<p><b>Präsenzphase besteht aus acht Modulen</b></p>	<p>Im Detail sind folgende acht Module für eine Weiterbildung im Bereich Familiengesundheitspflege zu absolvieren:</p>
<p><b>Modul 1: allgemeine Einführungen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Einführung (80 Std.) in das Handlungsfeld der FGP / FGH; Erläuterung von Aufgaben, Rollen, Arbeitsfeldern, Zielgruppen und KlientInnen, ethischen Grundsätzen, sowie internationalen Ansätzen von Family (Health) Nursing; Förderung einer ersten Identifikation mit der neuen Rolle, sowie einem professionellen Berufsverständnis;</li> </ul>
<p><b>Modul 2: Familiengesundheitspflege als Teil eines Public Health Konzepts</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Public Health (176 Std.): Einblick in die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und Einführung in die Konzepte und Begriffe der FGP / FGH; Erläuterung der Familiengesundheitspflege als wesentlicher Bestandteil des Public Health- Konzepts;</li> </ul>
<p><b>Modul 3: „Übersetzung“ von Theorie in die Praxis der Familiengesundheitspflege</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Arbeit mit Familien (112 Std.): Praktische Umsetzung der Rolle der FGP / FGH; Einbettung theoretischer Hintergründe und Einflussfaktoren in den praktischen Kontext der familiären Lebenswelt; Schwerpunkte dieses Moduls sind u.a. die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten zu den Zielgruppen und die dafür erforderlichen Kommunikations- und Beratungsstrategien zu erlernen; Erstellung und Analyse von Gesundheits- und Pflegeplanung;</li> </ul>
<p><b>Modul 4: angewandte Gesundheitsförderung in der Familie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung innerhalb der Familie (80 Std.): Umsetzung und Evaluation von Konzepten zur Gesund-</li> </ul>

heitsförderung und –beratung; Erläuterung von Alltagsproblemen, sowie Lösungs- und Bewältigungsansätze;

- ❖ Entscheidungsfindung und Problemlösung (64 Std.): Erweiterung des Prozesses und der Typologie der Entscheidungsfindung vor dem Hintergrund der KlientInnenautonomie;
- ❖ Informationsmanagement und Forschung (80 Std.): Einführung in sozial-, pflege- und hebammenwissenschaftliche Forschung; Recherche und kritischer Umgang mit Daten;
- ❖ Case-Management (40 Std.): Organisation und Management der praktischen Arbeit als FGP / FGH; Übermittlung von Strategien des Zeit- und Selbstmanagements sowie betriebswirtschaftliche und qualitätssichernde Maßnahmen;
- ❖ Multidisziplinäres Arbeiten (72 Std.): Relevanz und Notwendigkeit der Interdisziplinarität innerhalb der Gesundheitspflege;

Abschließend ist ein Kolloquium (16 Std.) vorgesehen, das der Reflexion und der Themenzusammenführung dient [vgl. 18]. Die weiteren Teilbereiche (Selbststudium und Pflichtpraktika) dienen der Vertiefung und dem Kennenlernen des Arbeitsfeldes.

Je nach Grundberuf (Pflegerin oder Hebamme) wird die Weiterbildung mit der Bezeichnung „Familiengesundheitspflegerin“ oder „Familiengesundheitshebamme“ abgeschlossen.

Die drei Teilbereiche der Weiterbildung ergeben somit das Berufsbild einer FGP / FGH, welches nachfolgend mit den dazugehörigen Aufgaben beschrieben wird.

## Berufsbild Familiengesundheitspflegerinnen / -hebammen

Eine (pädagogische) Kernaufgabe von FGP / FGH besteht in der Motivation und Anregung ihrer KlientInnen zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsfördernden Handeln. Sowohl die Planung, Durchführung als auch die Evaluation von Interventionen sollen dabei dem aktuellen Forschungsstand entsprechen.

Die Vernetzung bzw. Kooperationsfähigkeit mit anderen Berufsgruppen sowie das Aneignen von Kenntnissen zur Lebenssituation der KlientInnen aber auch zu den Geschehnissen einer Kommune bzw. eines Stadtteils, bilden wesentliche Voraussetzungen für die Arbeit einer FGP / FGH [vgl. 18].

Im Detail werden die Aufgaben einer FGP / FGH vom DBfK wie folgt definiert:

- ❖ Beratungen und Unterstützungen in allen Phasen der Lebensspanne einer Familie in Fragen von Prävention und Gesundheitsförderung;
- ❖ frühzeitiges Erkennen potentieller und aktueller Gesundheitsprobleme und -risiken, präventive Hausbesuche;
- ❖ in Absprache mit den KlientInnen Prioritäten in Gesundheitsfragen setzen, die Familien bzw. Einzelpersonen bei Entscheidungen unterstützen und gegebenenfalls andere ExpertInnen hinzuziehen;
- ❖ Beratungen und Begleitung im Kontext sozialer Gesundheitsfaktoren, wie Pflegebedürftigkeit, Schwangerschaft, Gewalt, Armut und Gesundheit, Migration und Gesundheit u.a.;

**Modul 5: Problemlösung und „autonome KlientInnen“**

**Modul 6: Forschungsstand und Datenbewertung**

**Modul 7: organisatorische, berufsrelevante Aspekte**

**Modul 8: Kooperation und Interdisziplinarität**

**thematische Vertiefung und Erfahrungen sammeln**

**Abschluss und Zertifizierung nach 2 Jahren**

**Familiengesundheitspflege ist „Motivationsarbeit“, die dem Forschungsstand entspricht**

**FGP / FGH müssen sich auf KlientInnen, ihre Umgebungen einlassen können**

**Prävention und Gesundheitsförderung präventive Hausbesuche**

**Beratung und Unterstützung in der Entscheidungsfindung Angebote sollen „Hier und Jetzt“ Bedürfnisse angepasst sein**

- Schnittstelle und Vermittlungsrolle**
- ☞ Verbindungsglied, im Sinne von Case Management zu HausärztInnen und anderen Gesundheits- und Sozialberufen; ggf. als „Lotsin“ für angrenzende Bereiche wie z.B. Sozialamt, Arbeitsamt u.ä.;
- fachliche Begleitung zur Verfügung stellen ...**
- ☞ Beratung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Familien im Umgang mit einer Erkrankung; Alltagsbewältigung;
- ... aber auch Pflegeleistungen**
- ☞ Beratung und gegebenenfalls die Erbringung von Pflege- und Versorgungsleistungen im Anschluss an Krankenhausbehandlungen; Hilfestellung für Familien bzw. Einzelpersonen bei der Bewältigung von chronischer Krankheit, Behinderung und/oder Stresssituationen.

### Ausbildungsorte und Absolventinnen

**Ausbildungen zur FGP / FGH in Stuttgart und Essen – 2012: 55 Absolventinnen**

Ende 2011 wurde die Ausbildung zur FGP / FGH an zwei Standorten (Stuttgart und Essen) in Form einer Kooperation zwischen dem DBfK und privaten Bildungseinrichtungen angeboten. Die ersten Absolventinnen konnten bereits 2007 die Ausbildung zur FGP / FGP abschließen; 2012 gibt es in Deutschland 55 FGP / FGH.

**FGP / FGH als Freiberuflerinnen und / oder mit institutioneller Anbindung**

Neben einer freiberuflichen Tätigkeit arbeiten FGP / FGH v.a. in kommunalen Sozial- bzw. Gesundheitszentren, über die auch der Kontakt zu den jeweiligen Zielgruppen hergestellt wird. Unterstützungen, die über solche Zentren angeboten werden, sind für die KlientInnen zumeist kostenfrei und werden von den zuständigen Kommunen getragen.<sup>11</sup>

### 5.2.2 Familienhebammen

**Familienhebammen bieten Leistungen für belastete Schwangere, Familien und Kinder**

Neben der zuvor dargestellten Weiterbildung zur FGP bzw. FGH gibt es in Deutschland eine weitere Berufsgruppe, die aufsuchend tätig ist und die sich speziell an Schwangere, Mütter und ihre Kinder (mit unterschiedlichen sozialen und gesundheitlichen Belastungssituationen) richtet. Diese Zielgruppen können vielfältige Unterstützung beanspruchen, die von Familienhebammen geleistet werden.

**Familienhebammen richten sich an vulnerable Gruppen**

Im Unterschied zum (ursprünglichen WHO-)Konzept der Familiengesundheitspflege, sind aufsuchende Angebote mit Familienhebammen, zielgruppenspezifische Programme, die keine Unterstützung für „alle“ anbieten.<sup>11</sup>

**derzeit noch kein bundesweit gültiges Curriculum der Weiterbildung zur Familienhebamme – jedoch Empfehlung seitens des Deutschen Hebammenverbandes**

Hinsichtlich der Zulassungsvoraussetzungen zur Weiterbildung bzw. die damit verknüpften Inhalte gilt festzuhalten, dass es in Deutschland keine bundesweit geregelten Inhalte bzgl. einer Fortbildung zur Familienhebamme gibt. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) erarbeitete jedoch 2005 ein Curriculum als Empfehlung für die 16 Hebammenlandesverbände. Anfang 2012 wurde dieses Curriculum einer Überarbeitung unterzogen, das Dokument war jedoch zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht verfügbar. Prinzipiell variiert die Weiterbildungsdauer zwischen den Angeboten; in den meisten Bundesländern bewegt sie sich aber zwischen 170 und 260 Stunden, die in einem Zeitraum von 8 bis 12 Monaten für die Weiterbildung aufgewendet werden müssen.

## Weiterbildungsinhalte laut Empfehlung des Deutschen Hebammenverbandes

Die (Anfang 2012) noch gültige Empfehlung des Deutschen Hebammenverbandes für eine Weiterbildung zur Familienhebamme aus dem Jahr 2005 umfasst insgesamt 15 Module. Die Inhalte der Module bauen aufeinander auf und sollen Schlüsselqualifikationen, wie fachliche, sozial-kommunikative, methodische und personelle Kompetenzen vermitteln:

- ❖ Einführung und Methodentraining (1 Tag): Vermittlung eines Überblicks über das Handlungsfeld und Berufsbild der Familienhebamme, Erläuterung von grundlegenden Lernstrategien und Methodentraining;
- ❖ Public Health und Gemeinwesenarbeit (1,5 Tage): Einführung in Strukturen, Institutionen, rechtliche Grundlagen, sowie Finanzierungsmodalitäten gesundheitlicher Versorgung und Grundzüge sozialer Sicherungssysteme, wie der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung;
- ❖ Einführung in die Konzepterstellung für Gruppenangebote (0,5 Tage): Erläuterung des methodischen Vorgehens bei der Erstellung von Zielgruppenkonzepten (etwa Geburtsvorbereitung für Teenage-Schwangere) und der Besonderheiten bei Kursen mit bestimmten KlientInnen;
- ❖ Kommunikation und Gesprächsführung (2,5 Tage): Vermittlung von Rahmenpunkten einer erfolgreichen Kommunikation mit den KlientInnen. Kompetenzlehre in Sachen Beziehungsinitiierung,-entwicklung und -beendigung, sowie adäquater Umgang mit Fragen, Bedürfnissen, Problemen und akuten Krisen betroffener Familien und Angehöriger;
- ❖ Interdisziplinäre Zusammenarbeit (1 Tag): Betonung der Relevanz interdisziplinärer Zusammenarbeit und Skizzierung der Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche „angrenzender“ Berufe, sowie der Konzepte interdisziplinärer Versorgung;
- ❖ Gesetzgebung (1 Tag): Einführung in die relevanten Gesetze der Bundesrepublik Deutschland;
- ❖ Unterstützungsangebote für Schwangere/Mütter/Familien (0,5 Tage): Überblick über institutionelle Hilfe- und Unterstützungsleistungen vor und nach der Schwangerschaft, sowie über Antragsbestimmungen bei der jeweils zuständigen Institution;
- ❖ Pädagogik (1 Tag): Vermittlung von lehr- und lerntheoretischem Grundwissen und praktischen Anwendungsformen;
- ❖ Psychologie (1 Tag): Grundlagen psychischer Erkrankungen und Umgang mit psychisch kranken Menschen sowie deren Angehörigen;
- ❖ Pädiatrie (2 Tage): Betrachtung physiologischer und pathologischer Entwicklung des Kindes bis zum Ende des ersten Lebensjahres; Anleitung zur Gesundheitsförderung und Vermittlung von Grundzügen einer Bindungstheorie und Präventions- und Identifizierungsmaßnahmen;
- ❖ Arbeit mit Familien (4 Tage): Vermittlung von Familiendefinitionen und -theorien und den systeminternen Prozessen, die mit der Geburt eines Kindes einhergehen; Anerkennung und Förderung der KlientInnenautonomie und Verfahren der Kontaktaufnahme und des Beziehungsaufbaus, wie auch Interview-, Beobachtungs- und Gesprächstechniken;
- ❖ Ethik (1 Tag): Erläuterung ethischer Grundlagen, Fragestellungen und Anwendungsmöglichkeiten im praktischen Feld;

**Curriculum unterteilt sich in 15 Module**

**Modul 1: Einführung und Methodentraining**

**Modul 2: Public Health**

**Modul 3: Konzepterstellung**

**Modul 4: Kommunikation und Gesprächsführung**

**Modul 5: interdisziplinäre Zusammenarbeit**

**Modul 6: Gesetzgebung**

**Modul 7: Stützsysteme**

**Modul 8 und 9: Pädagogik und ...**

**Psychologie**

**Modul 10: Pädiatrie**

**Modul 11: Arbeit mit Familien**

**Modul 12: Ethik**

- Modul 13:  
Ressourcenmanagement**
- ☞ Ressourcenmanagement (1 Tag): Einführung in Organisation und Self-Management, Strategien zeiteffizienten Arbeitens und Erkennung von Ressourcen, sowie deren Nutzungsanleitung(en);
- Modul 14 und 15:  
Qualitätszirkel,  
Fallbesprechungen und  
Supervision**
- ☞ Qualitätszirkel, Fallbesprechungen (2 Tage): Die TeilnehmerInnen referieren über einen praktischen Fall unter Bezugnahme der Fortbildungsinhalte;
  - ☞ Supervision<sup>12</sup>.

Darüber wurden diese Module zwischenzeitlich um Inhalte zu Kinderschutz, Kindeswohlschätzung etc. ergänzt.

**staatlich anerkannte  
Weiterbildung zur  
Familienhebamme  
derzeit nur in  
Niedersachsen**

Im Folgenden wird näher die Weiterbildungsinitiative von Niedersachsen angeführt, da es sich hierbei um die einzig „staatlich (von Niedersachsen) anerkannte“ Weiterbildung zur Familienhebamme in Deutschland handelt. Mehr als 200 ausgebildete Familienhebammen begleiten in rund 40 Städten und Gemeinden Mütter und Familien (Stand Anfang 2012). Die Unterstützung kann schon vor der Geburt beginnen und bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres eines Kindes andauern. Ziel ist der flächendeckende Einsatz von Familienhebammen in ganz Niedersachsen. Für 2012 wird allerdings erwartet, dass staatlich anerkannte Weiterbildungen (mit qualitätssichernden Maßnahmen, wie einheitlicher Dokumentation, Maßnahmenevaluierungen etc.) zur Familienhebamme auch in anderen deutschen Bundesländern angeboten werden<sup>13</sup>.

**Familienhebamme ist  
keine geschützte  
Berufsbezeichnung**

Bisher ist die Berufsbezeichnung „Familienhebamme“ in Deutschland nicht geschützt, d.h. jede ausgebildete Hebamme kann sich auch ohne eine entsprechende Weiterbildung als Familienhebamme bezeichnen.

**Stiftung „Chance für  
Kinder“ bietet in  
Kooperation mit  
Hebammenverband  
Niedersachsen die  
Weiterbildung an**

In Niedersachsen gründete 2001 die Stiftung "Eine Chance für Kinder" das Projekt „Aufsuchende Familienarbeit für junge Familien und ihre Kinder – Netzwerk ‚Familienhebamme<sup>14</sup>“. Seither bietet die Stiftung in Kooperation mit dem Niedersächsischen Hebammenverband, die vom Land geförderte Weiterbildung von Hebammen zu Familienhebammen an. Bis Anfang 2012 war Niedersachsen das einzige deutsche Bundesland, das eine solche Zertifizierung für die Weiterbildung vergab. Seit Frühjahr 2011 steht das Angebot nicht nur niedersächsischen Hebammen zur Verfügung, sondern auch Interessentinnen aus anderen Bundesländern.

## Weiterbildungsinhalte in Niedersachsen

**staatlich anerkannte  
Weiterbildung umfasst  
ca. 400 Std. und 8  
thematische Module**

Die Weiterbildung beinhaltet acht themenbezogene Module und schließt nach erfolgreicher Teilnahme mit einer Zertifizierung („staatlich anerkannte Weiterbildung ‚Familienhebamme‘“) ab. Der Weiterbildungsumfang beträgt seit 2011 rund 400 Stunden. Die Lehr- und Lerninhalte umfassen und vermitteln u.a. Themen(module), wie

<sup>12</sup><http://hebammenverbandsh.merkwert.de/wp-content/uploads/2011/07/curriculum.pdf>, download am 21.09.2011.

<sup>13</sup> Telefoninterview mit der Stiftungszentrale „Eine Chance für Kinder“ am 19.12.2011.

<sup>14</sup> Für nähere Informationen sich: [http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation\\_id=5173&article\\_id=13888&\\_psmand=17](http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5173&article_id=13888&_psmand=17), download am 18.12.2011.

- ❖ **Allgemeine Kenntnisse**
    - ❖ Grundlagen der Tätigkeit: Vermittlung von Fachwissen und Methodenkompetenz im Bereich medizinischer und psychosozialer Betreuung von Familien in besonders belastenden Lebenslagen; Themenauszug: Schwangerschaftsbetreuung, Risikoschwangerschaft, Pränataldiagnostik und Geburtshilfe;
    - ❖ Managementkompetenz: Erwerb von Kenntnissen in Selbstorganisation und Qualitätsmanagement; Themenauszug: Qualitätssicherung und Evaluation, Projekt-, Selbst- und Zeitmanagement, Selbstreflexion, Informationsmanagement;
    - ❖ Betriebsorganisation: Betriebswirtschaftliche Fragestellungen, selbstständige Organisation und professionelle Dokumentation; Themenauszug: betriebswirtschaftliche Grundbegriffe, Budgetkontrolle, Wirtschaftlichkeit, Berichts- und Dokumentationsformen, Informationsmanagement;
    - ❖ Rechtsgrundlagen: Kenntnisse des Rechts- und Hilfesystems und der jeweiligen Instanzen; Themenauszug: System der Rechtsordnung und relevante Rechtsabteilungen;
  - ❖ **Fachliche Kenntnisse der Familienhebamme**
    - ❖ Grundlagen der Tätigkeit: Vermittlung von fundierten Kenntnissen der Aufgaben und Tätigkeiten der Familienhebamme; Positionierung der Familienhebamme im Hilfesystem und Bezug zu kooperierenden Berufsgruppen; Themenauszug: Berufsbild, berufsbezogene Ethik, Krankheitsbilder, Kriterien zur Entscheidungsfindung, Handlungsperspektiven;
    - ❖ Das Kind im 1. Lebensjahr im familiären Umfeld: Physiologische Entwicklung des Kindes im 1. Lebensjahr. Themenauszug: Entwicklung des Kindes im 1. Lebensjahr, Erkennen von Störungen, Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Förderung des Umgangs mit dem Kind, Familienstrukturen und systemische Auswirkungen;
  - ❖ **Psychosoziale und sozialpädagogische Grundkenntnisse**
    - ❖ Sozialpädagogische und psychosoziale Kenntnisse: Einführung in Verfahren und Methoden der Gesprächsführung und Intervention; Erkennung und Nutzungsanleitung von familiären Ressourcen; Themenauszug: Kinder- und Jugendhilfe, Konzepte sozialer Arbeit, Systeme sozialer Unterstützung, Interdependenzen von Bildung, Einkommen, Prävention und Selbstverantwortung, Konfliktanalyse, Umgang mit Gewalt, multidisziplinäres Arbeiten;
    - ❖ Gesundheitsförderung und Public Health: Vermittlung von Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung. Präsentation von wissenschaftlich basierten Modellen und deren Transfer in die Praxis; Kennenlernen von Problemstellungen des Berufsalltags, sowie Vermittlung von Lösungs- und Bewältigungsansätzen; Themenauszug: internationale Arbeitskonzepte und Qualitätsstandards, Gesundheitsforschung, Aufbau des deutschen Gesundheitssystems, Konzept „Frühe Hilfen“ in Deutschland.
- Inhalte umfassen Themen wie z.B. ...**
- grundlegendes Wissen zur Arbeit mit belasteten Familien ...**
- organisatorische und betriebswirtschaftliche Aspekte in der Arbeit als Familienhebamme ....**
- rechtliche Belange im Rahmen der Tätigkeit als Familienhebamme ...**
- „spezielles“ Wissen in Bezug auf die Arbeit mit vulnerablen Gruppen ...**
- vertiefende „körpermedizinische“ Kenntnisse zu Säuglingen und Kleinkindern ...**
- Konzepte hinsichtlich Kommunikation, Intervention, vernetztes Arbeit mit anderen Berufsgruppen ...**
- Vermittlung von Gesundheitsförderung**

## Weiterbildungskosten in Niedersachsen

**Weiterbildungskosten  
belaufen sich auf  
€ 2.500,-- pro  
Teilnehmerin –  
21 Teilnehmerinnen im  
Pilotkurs 2011**

Der erste Kurs der staatlich anerkannten Weiterbildung zur Familienhebamme (Beginn April 2011) wurde von der Stiftung „Chance für Kinder“ (ohne staatliche Zuschüsse) finanziert, wodurch die gesamten Weiterbildungskosten von rund € 6.000,-- pro Teilnehmerin auf € 2.500,-- gesenkt werden konnten [19, S. pf.]. Am ersten Pilotkurs haben 21 Teilnehmerinnen teilgenommen. Für den Kurs 2012/2013 (Start April 2012) betragen die Weiterbildungskosten für niedersächsische Hebammen abermals € 2.500,-- (durch eine Förderung des Landes Niedersachsen), für TeilnehmerInnen aus anderen Bundesländern beläuft sich die Gesamtsumme auf € 4.600,--.

## Berufsbild Familienhebammen

**Familienhebammen  
verfügen über  
Zusatzqualifikationen  
und arbeiten  
aufsuchend mit  
KlientInnen**

Bei Familienhebammen handelt es sich um staatlich geprüfte Hebammen, die über eine Zusatzqualifikation verfügen und deren Angebote auf die prä- und postnatale Gesunderhaltung von Mutter und Kind abzielen. Familienhebammen werden überall dort eingesetzt, wo die Regelfinanzierung der Krankenkassen endet und ein erweiterter psychosozialer Betreuungsbedarf vorliegt.<sup>15</sup> Insofern liegen die Schwerpunkte auf der psychischen, sozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von vulnerablen Schwangeren bzw. Müttern mit Kleinkindern durch aufsuchende Hilfen.

**eine Reihe von  
sozialmedizinischen  
Belastungen kann  
Unterstützung durch  
Familienhebammen  
erfordern**

Zu den Belastungsfaktoren zählen u.a.: Minderjährigen-Schwangerschaft; Verdacht auf Kindeswohlgefährdung; psychische Erkrankungen; mangelnde Sprach- und Sozialsystemkenntnisse aufgrund von Migrationshintergrund; familiäre und/oder altersbedingte Überforderung; soziale Isolation; geringer sozio-ökonomischer Status und/oder Bildungsstand; Vernachlässigung des Kindes; häusliche Gewalt; Suchterkrankungen; chronische Erkrankungen bzw. medizinische Auffälligkeiten; körperliche und/oder geistige Behinderung; Aufenthalt in Mutter/Kind Einrichtung; langer stationärer Aufenthalt von Mutter und/oder Kind; Analphabetismus etc. Vor dem Hintergrund dieser Bandbreite an multifaktoriellen Belastungen bzw. Gesundheitsbedrohungen stellt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen auch hier eine Grundvoraussetzung dar.<sup>16</sup>

**Angebote orientieren  
sich an Familien(bedarf)**

Die Angebote richten sich grundsätzlich nach den speziellen Bedürfnissen der Familien und können bei Bedarf einen längeren Betreuungszeitrahmen einnehmen (bei Bedarf bis zum 1. Geburtstages des Kindes).

**Familienhebammen  
arbeiten in einem  
„Verband“ mit anderen  
Gesundheits- und  
Sozialberufen**

Prinzipiell arbeiten Familienhebammen nicht alleine, sondern sind eingebunden in ein interdisziplinäres Netzwerk der „Frühen Hilfen“. Insofern stellen sie ebenso (wie die FGP / FGH) eine Nahtstelle zwischen ihren KlientInnen und den AkteurInnen des Sozial- und Gesundheitswesens dar. Wiederum sind Kenntnisse über die Leistungen und Arbeitsweise der weiteren Berufsgruppen bedeutsame Prämissen für die Arbeit von Familienhebammen.

**Beratung, Begleitung  
und Unterstützung  
prägen das Berufsbild  
der Familienhebamme**

Beratung, Begleitung und Unterstützung bilden die Kernaufgaben von Familienhebammen. Hierunter fallen etwa die Vermittlung von weiterführenden Diensten, wie z.B. Erziehungsberatungsstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen, ÄrztInnen und PsychologInnen und das Jugendamt. Im Fol-

<sup>15</sup>[http://www.hebammenverband.de/index.php?id=764&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=134&cHash=b73b5d895fdd8dca310fb7f7c6501f8d](http://www.hebammenverband.de/index.php?id=764&tx_ttnews[tt_news]=134&cHash=b73b5d895fdd8dca310fb7f7c6501f8d), download am 18.12.2011.

<sup>16</sup> <http://www.familienhebammen.de>, download am 18.12.2011.

genden werden die Schwerpunkte von Familienhebammen angeführt (siehe hierzu: <http://www.familienhebammen.de>):

- ❖ Unterstützung, Beratung und Betreuung von Eltern mit eingeschränkter Fähigkeit in der Alltagsbewältigung;
- ❖ Motivation von Mutter und Kind in schwierigen Lebensumständen durch Hilfe zur Selbsthilfe;
- ❖ Förderung und Beobachtung der Entwicklung der Mutter-Kind Beziehung;
- ❖ Netzwerk- und Kooperationsarbeit zur Schließung von Versorgungslücken;
- ❖ Konfliktberatung in allen Lebenslagen rund um die Geburt eines Kindes; alltägliche Hebammentätigkeiten (Vorsorge, Wochenbettbetreuung, Nachsorge, Stillberatung, etc.);
- ❖ Dokumentation KlientInnenarbeit.

## Finanzierung von Familienhebammen

Grundsätzlich sind in Deutschland die Länder und Kommunen für den Einsatz von Familienhebammen zuständig.<sup>17</sup> Das Betreuungsangebot von Familienhebammen wird in Deutschland jedoch seit Jänner 2012 mit der „Bundesinitiative Familienhebammen“ durch Bundesmitteln unterstützt. Im Jahr 2012 werden für die Bundesinitiative Familienhebammen und das Netzwerk Früher Hilfen 30 Mio. € zur Verfügung gestellt, 2014 sind 45 Mio. € eingeplant und 2015 werden es 51 Mio. € sein. Danach soll die Finanzierung durch einen Fond sicher gestellt werden. Die Verwendung dieser Mittel obliegt den Ländern und Kommunen.<sup>15</sup> Weitere Neuregelungen im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes in Deutschland, die mit 01.01.2012 in Kraft getreten sind, finden sich unter:

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html>.

seit Jänner 2012  
„Bundesinitiative  
Familienhebammen“

Ausstattung mit  
finanziellen  
Bundesmitteln

Neuregelungen des  
Bundeskinderschutz-  
gesetzes in Deutschland

## Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Das Berufsbild der Familienhebammen steht auch in nahem Zusammenhang mit dem „Nationalen Zentrum Frühe Hilfen“ (NZfH, <http://www.nzfh.de>). Dabei handelt es sich um ein institutionell übergeordnetes Zentrum, das seit Frühjahr 2007 von der deutschen „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ (BZgA) und dem „Deutschen Jugendinstitut“ (DJI) betrieben wird. Das 2006 lancierte Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des deutschen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bildet hierfür den politischen Hintergrund.

Die Aufgaben des NZfH unterteilen sich im Wesentlichen in fünf Teilbereiche:

- ❖ Forschung: Forschungslücken identifizieren, Wissen generieren und für die Praxis nutzbar machen;
- ❖ Transfer: „gute Praxis“ unterstützen und weiterentwickeln;
- ❖ Qualifizierung: Kompetenzen stärken und interdisziplinäres Lernen ermöglichen;

NZfH rückt Prävention  
in den Vordergrund bei  
der Unterstützung von  
Eltern und Kindern

NZfH betreibt  
Forschung, leistet  
Vernetzungsfunktion  
etc.

---

<sup>17</sup><http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/044/1704494.pdf>, download am 18.12.2011.

- ❖ Öffentlichkeit herstellen und für Frühe Hilfen werben;
- ❖ Kooperationsarbeiten [vgl. 20].

**NZfH bietet Rahmenunterstützung – Länder und Kommunen sind für Einsatz von Familienhebammen zuständig**

**rund 1.200 Familienhebammen in Deutschland mit entsprechenden Weiterbildungen**

Die Bedeutung des NZfH im Kontext der Familienhebammen ergibt sich durch Modellinitiiierungen, Evaluierungen und Empfehlungen. Es soll an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen sein, dass der Einsatz von Familienhebammen in Deutschland letztlich aber von der Landes- bzw. Kommunalebene ausgeht.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick zu den Anfang 2012 vorhandenen Zahlen an weitergebildeten Familienhebammen in Deutschland (insgesamt 1.211). Die Zahlen in den Klammern umfassen all jene Hebammen, die sich Anfang 2012 in Weiterbildung zur Familienhebamme befanden (N=120).

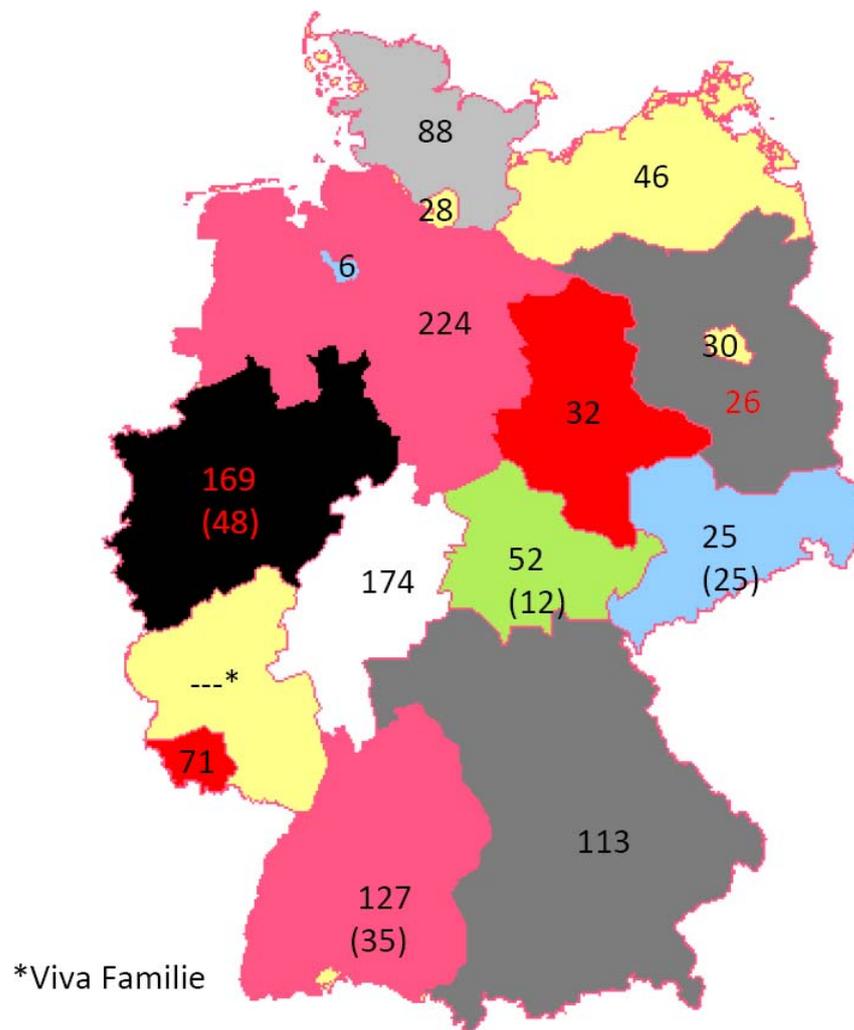


Abbildung: Überblick zu Familienhebammen in Deutschland

Quelle: Deutscher Hebammenverband 2012

## 5.3 Österreich

Dieses Kapitel beschreibt zu Beginn einen ExpertInnenvorschlag für ein Curriculum zur Einführung einer Ausbildung zur „Familiengesundheitspflege/Hebamme“ (FGP-H) auf Hochschulniveau in Anlehnung an das WHO-Rahmenkonzept zur „Family (Health) Nurse“ (FN). Bei diesem Vorschlag handelt es sich um potentielle Szenarien hinsichtlich der Gestaltung und Inhalte, die eine solche Ausbildung enthalten könnte – eine Umsetzung wurde bislang noch nicht vorgenommen. Im Anschluss daran werden zwei weitere Beispiele (eine Fortbildung und ein Universitätslehrgang) dargestellt.

**3 Beispiele aus Österreich**

### 5.3.1 Familiengesundheitspflege/Hebamme

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (bestehend aus ExpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege und dem Hebammenwesen) hat sich Ende der 2000er Jahre mit den Umsetzungsmöglichkeiten von FNs in Österreich beschäftigt.<sup>18</sup> Hintergrund bildete hierfür das entsprechende Rahmenkonzept der WHO für FNs. Hierbei wurde der WHO-Lehrplan in drei Lehrgänge zerlegt, inhaltlich an die österreichischen Ausbildungsgegebenheiten angepasst und konkretisiert.

**Hintergrund bildet das WHO-Rahmenkonzept zur FN**

Grundsätzliche richten sich die Angebote in der vorgeschlagenen Weiterbildung an alle Familien, wobei auch die Begleitung von Familien in besonders schwierigen Situationen durch Familiengesundheitspflegerinnen/-hebammen erfolgen soll.

**Verschränkung von Universal- und Zielgruppenangebot**

Im Mittelpunkt der angebotenen Leistungen stehen Pflege, die eine standardisierte Erhebung des notwendigen Interventionsbedarfs ebenso vorsehen, wie psychosoziale Betreuung und Begleitung.

**Pflege, Betreuung und psychosoziale Begleitung**

Eine Ausbildung zur FGP-H wird als Spezialisierungsmöglichkeit erachtet, die hinsichtlich Anspruch und Umfang den derzeit gültigen Sonderausbildungen für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege dient. Ziel war es, den Ausbildungsentwurf möglichst den derzeitigen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Pflegesystem anzupassen. Dabei wurden drei „aufeinander abgestimmte, teils aufbauende, teils unabhängig voneinander besuchbare Lehrgänge als Weiterbildungen konzipiert“ [21, S. 18]. Jeder Lehrgang (à 30 ECTS) kann extra absolviert werden und bei Interesse besteht nach einem positiven Abschluss die Möglichkeit, auf einen anderen / weiteren Lehrgang aufzubauen (je nach Einsatzgebiet und Aufgabenfelder der AbsolventInnen).

**FGP-H als Spezialisierung für gehobenen Pflegedienst**

- ✿ Lehrgang 1: Case- und Care-Management im Kontext familiärer Pflege;
- ✿ Lehrgang 2: Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung;
- ✿ Lehrgang 3: Familiengesundheitspflege

**3 „in sich geschlossene“ Lehrgänge**

<sup>18</sup> Siehe hierzu im Detail: Österreichisches Rotes Kreuz (2007). Umsetzung des Konzepts der Family-Health-Nurse der WHO in Österreich - Curriculum.

## Zugangsvoraussetzungen für Ausbildung zur Familiengesundheitspflege/Hebamme

**Ausbildung richtet sich an ausgebildete Fachkräfte mit Berufserfahrung**

Voraussetzung für eine Zulassung zur Ausbildung sollte (gemäß den WHO-Empfehlungen) eine Grundausbildung in einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege oder eine Ausbildung zur Hebamme sein. Folgende Voraussetzungen wurden definiert:

- ✿ „Diplom bzw. Bachelor im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. für Hebammen sowie
- ✿ zweijährige Berufserfahrung;
- ✿ darüber hinaus die Zulassungskriterien der jeweils durchführenden Universität;
- ✿ für den Lehrgang Familiengesundheitspflege werden der positive Abschluss der Lehrgänge ‚Case- und Care-Management im familiären Kontext‘ und ‚Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung‘ vorausgesetzt“ [21, S. 19].

## Ausbildungsinhalte

Nachstehend wird eine Übersicht zu den Kernthemen gegeben, die für die Ausbildungen in den drei Lehrgängen vorgeschlagen werden. Der Curriculum-Inhalt enthält eine sehr detaillierte Ausformulierung der einzelnen Module und Schwerpunkte, die in der angeführten Publikation des „Österreichischen Roten Kreuzes“ [21] enthalten sind.

**Module zu „Case- und Care-Management im familiären Kontext“**

### Lehrgang 1 „Case- und Care-Management im familiären Kontext“

- ✿ Familie als System I;
- ✿ Assessment(instrumente) (z.B. zur Erkennung von Risiken und Ressourcen von Einzelpersonen etc.);
- ✿ Sozialkommunikative Kompetenz;
- ✿ Konzepte und Methoden des Case- und Care-Managements;
- ✿ Ressourcenmanagement (z.B. Rechnungswesen; Controlling etc.);
- ✿ Qualitätsmanagement;
- ✿ Bewältigungsstrategien (Coping);
- ✿ Wissenschaft und Forschung;
- ✿ Praxistransfer (Praktikum und Abschlussarbeit).

Der Abschluss (nach positiver Absolvierung einer Prüfung) soll zur Führung der Zusatzbezeichnung „Case- und Care-Management“ berechtigen.

**Module zu „Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung“**

### Lehrgang 2 „Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung“

- ✿ Public Health Konzepte;
- ✿ Gesetzliches, wissenschaftliches und administratives Umfeld von Public Health;
- ✿ Human- und Sozialwissenschaften in Public Health;
- ✿ Gesundheitsbedarfsermittlung und Epidemiologie;
- ✿ Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung;
- ✿ Pflege und Public Health;
- ✿ Kolloquium;
- ✿ Praxistransfer (Praktikum und Arbeitsaufträge)

Der Abschluss (nach positiver Absolvierung einer Prüfung) soll zur Führung der Zusatzbezeichnung „Public Health“ berechtigen.

### Lehrgang 3 „Familiengesundheitspflege“

- ✿ Familie als System II;
- ✿ Lebensphasen und Lebensmuster;
- ✿ Phasen und Methoden der Familiengesundheitspflege;
- ✿ Funktion und Rollenverständnis der „Family Health Nurse“;
- ✿ Arbeit mit Gemeinschaften und spezifischen Bevölkerungsgruppen;
- ✿ Wissenschaft und Forschung;
- ✿ Praxistransfer (Praktikum und Abschlussarbeit).

Für den Abschluss stehen zwei Varianten zur Option: Entweder nach Abschluss die Führung der Zusatzbezeichnung „Familiengesundheitspflege“ oder mit einem weiterführenden Masterstudium (30 ECTS) zu einem Master of Science in „Family Health Nursing“. Die Zusatzbezeichnung FGP-H darf jedenfalls erst nach Absolvierung des dritten Lehrgangs für Familiengesundheitspflege geführt werden.

Module zur „Familiengesundheitspflege“

Curriculum sieht für „Familiengesundheitspflege“ auch Masterstudium vor

## 5.3.2 Tirol: Familienbetreuerin, -hebamme

Die Tiroler Fortbildung zur Familienbetreuerin, -hebamme verfolgt das Ziel, die Handlungskompetenz von Hebammen und diplomierten Krankenpflegepersonen zu erweitern. Dabei geht es v.a. um Tätigkeiten, die im Rahmen von Hausbesuchen geleistet werden. Im Vordergrund steht der Umgang mit problematischen Situationen von risikobelasteten Schwangeren bzw. Eltern mit Kindern.<sup>19</sup>

Ziel ist die Erweiterung von Handlungskompetenzen im Umgang mit vulnerablen Gruppen

Diese Fortbildung wird vom Amt der Tiroler Landesregierung (Gesundheitspädagogisches Zentrum) angeboten und erfolgt in Kooperation mit der Fachhochschule Innsbruck (Studiengang Hebamme). Der Hintergrund für die Entwicklung dieser Fortbildungsreihe bestand in einer Anfrage seitens des Vereins „Kontaktco“ (<http://www.kontaktco.at/>), der in der Suchtprävention tätig ist und u.a. drogenabhängige Mütter betreut. Darin wurde das Angebot einer Fortbildung angeregt, um Hebammen mit zusätzlichen Kompetenzen für die Arbeit mit (sucht)belasteten Familien auszustatten.<sup>20</sup>

Fortbildung soll Lücke zwischen bestehenden Fachkenntnissen und speziellen Anforderungen für die Arbeit mit belasteten Familien schließen

### Zulassungsvoraussetzungen für Fortbildung zur Familienbetreuerin, -hebamme

Die Fortbildung richtet sich an diplomierte Hebammen, diplomierte Kinderkrankenschwestern und -pfleger, sowie bei freien Plätzen auch an SozialarbeiterInnen. Bis Ende 2011 wurde erst ein Weiterbildungszyklus angeboten, ob ein Kurs für 2012 zustande kommt, ist aufgrund der laufenden Anmeldefristen noch unsicher.

Voraussetzung ist Abschluss eines Gesundheits- od. Sozialberufs

<sup>19</sup>[http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/aus-und-weiterbildung/downloads/Familienbetreuerin\\_Famillienhebamme\\_2012.pdf](http://www.tirol.gv.at/fileadmin/www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/aus-und-weiterbildung/downloads/Familienbetreuerin_Famillienhebamme_2012.pdf), download am 19.12.2011.

<sup>20</sup> E-Mail Korrespondenz mit dem Amt der Tiroler Landesregierung vom 20.12.2011.

## Fortbildungsinhalte

6 Blöcke à 2 Tage;  
Kosten je TeilnehmerIn  
€480, --

Die Fortbildungsinhalte teilen sich auf 96 Std. auf, die in 6 Unterrichtsblöcken à 2 Tage gelehrt werden. Die gesamten Fortbildungskosten belaufen sich für jede Teilnehmerin auf € 480,--.<sup>21</sup> Das Curriculum für einen potentiellen Kurs Jänner bis Juni 2012 sieht folgende Inhalte vor:

- |   |   |
|---|---|
| <b>Block 1: Kommunikation</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Grundlagen der Kommunikation in multiproblematischen Familien           <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Kennenlernen des Arbeitsfeldes: Werte, Lebensstrategien – Leben ohne brauchbare Vorbilder und Muster, „Leben lernen“ – Einfluss von Medien, pädagogische und ökonomische Probleme; Familiensysteme: AlleinerzieherInnen, Patchworkfamilien, „verwaiste Familien“, MigrantInnenfamilien; Kommunikation in bildungsfernen Familien: Verstärkung von Positivem unter Wahrung der Authentizität, Möglichkeiten bieten, am Modell lernen, aus der Sicht des Kindes sprechen; Nonverbale und verbale Kommunikation.</li> </ul> </li> </ul>  |
| <b>Block 2: Rollenveränderungen</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Rolle(n) und Veränderungen durch das Kind; veränderte Sexualität; psychische Beeinträchtigungen; Suchtkrankheit           <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Eltern werden; Rollenveränderungen; Partnersituation; Bindungsverhalten; Krisenbegleitung – EEH: „Emotionale erste Hilfe“; Ressourcenarbeit auf Seiten der Eltern und der BetreuerInnen: Wer kann wo für sich Gutes tun?</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Block 3: Umgang mit Gewalt in Familien</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Selbstreflexion und Interaktion bei Gewalt in Familien           <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Unterstützung von schwierigen Familiensystemen mittels eigener Sicherheit und Klarheit im Umgang mit Möglichkeiten; Grenzen und schützende, stützende Rahmenbedingungen; Meine Rolle, Erwartungen und „Sorgen“ als FamilienbetreuerIn; Umgang mit eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen und emotionalen Reaktionen (in der Gegenübertragung); persönliche Ressourcen im Umgang mit emotional belastenden Situationen – mit Schwerpunkt auf positive Lebensimpulse, wie Spaß, Lust, Kreativität und Begegnung.</li> <li>✿ Vorstellung des Kinderschutzzentrums</li> </ul> </li> </ul>   |
| <b>Block 4: Prävention / rechtlicher Rahmen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Prävention von Misshandlungen, Burnout, Stützsysteme (Partner, Großeltern etc.) oder Zusatzbelastung (instabile Beziehungen), soziale Gesetzgebung           <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Grundlagen aus dem Bereich Familienrecht, Kindschaftsrecht: Ob- und Unterhalt, Besuchsrecht, Aufsichtsrecht, rechtlicher Schutz vor Gewalt in Familien – „Gewaltschutzgesetz“; haftungsrechtliche Fragestellungen, Schweigepflicht, Meldepflicht und Datenschutz.</li> <li>✿ Emotionale Auswirkungen von Bindungsstörungen (Bindungstheorie); Wo können präventive Maßnahmen ansetzen (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention)? Erkennen erster Signale von Überforderungen und sozialen Problemen; Wie muss Prävention gestaltet werden, damit sie nicht als abschreckende Sanktion wahrgenommen und zurückgewiesen wird? Drei Schritte: Vertrauen aufbauen, Kontakt halten, Perspektiven entwickeln; Was brauchen Kinder / was brauchen Eltern in schwierigen Situationen - innerfamiliäre Ressourcen, Stützsysteme (Generationensolidarität,</li> </ul> </li> </ul> |

<sup>21</sup>[http://zeitung.hebammen.at/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119&Itemid=3](http://zeitung.hebammen.at/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=3), download am 27.12.2012.

postmoderne Familienformen, Angebote des sozialen Netzes etc.); Aspekte der eigenen Burnout Prophylaxe.

- ❖ Soziales Recht / drogenabhängige Eltern
  - ❖ Themenanliegen der TeilnehmerInnen
  - ❖ Drogenabhängigkeit: Was macht abhängig? Wie ist der professionelle Umgang mit drogenabhängigen Eltern? Bindungstheoretische Ansätze.
- ❖ Frühkindliche Regulationsstörungen / Vorstellung von sozialen Netzen / Abschluss
  - ❖ Auffälligkeiten von einer normalen kindlichen Entwicklung bis zu ausgeprägten Störungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Alter des Kindes und den phasentypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben auftreten.
  - ❖ Kennenlernen von sozialen Netzen, z.B.: „Juff – Familieninfo und MigrantInnenbetreuung“; „Kontaktco“; Öffentliche Wohlfahrt etc.
  - ❖ Reflexion zur Fortbildungsreihe

**Block 5: Soziales Recht / Drogenabhängigkeit**

**Block 6: Frühkindliche Regulationsstörungen / Kennenlernen von sozialen Netzen**

Laut Amt der Tiroler Landesregierung könnte die bestehende Fortbildungsreihe zur Familienbetreuerin, -hebamme noch mehr Inhalte fassen. Da aber bislang in Österreich noch keine gesetzlichen Grundlagen vorhanden sind, entschloss man sich für die oben dargestellte Themenauswahl und auf eine zeitliche Begrenzung von vorerst 96 Std. – Zusatzfortbildungsveranstaltungen (z.B. Qualitäts- und Projektmanagement; Trauerbegleitung; Krisenintervention etc.) werden darüber hinaus tageweise angeboten.<sup>20</sup>

**in Österreich keine gesetzliche Grundlage für eine Fortbildung zur Familienhebamme vorhanden**

## Berufsbild Familienhebamme (Tirol und OÖ)

Das Berufsbild „Familienhebamme“ wurde vom Österreichischen Hebammengremium in Zusammenarbeit mit den „Oberösterreichischen Hebammen“ formuliert. Die Kooperation mit Oberösterreich (OÖ) ergab sich vor dem Hintergrund auch in diesem Bundesland (neben Tirol) eine Weiterbildung zur Familienhebamme anzubieten. Ein solcher Kurs konnte jedoch letztlich aus Mangel an finanziellen Ressourcen in Oberösterreich bislang nicht angeboten werden.<sup>22</sup>

**Vorschlag für ein Berufsbild „Familienhebamme“ in Österreich**

Die gemeinsam verfasste Berufsdefinition sieht die grundlegende Aufgabe von Familienhebammen in der Unterstützung von Schwangeren und frisch entbundenen Frauen. Insbesondere Schwangere und Mütter mit Neugeborenen, die (sozial) belastende Lebensumstände („Risikoschwangere“; chronisch kranke od. behinderte Mütter; Frühgeborene, Mehrlinge; IVF-PatientInnen; Lebenskrisen; psychosoziale Probleme; Suchtproblematik etc.) zu bewältigen haben, sollen von der Expertise und Begleitung von Familienhebammen einen Nutzen für sich und ihr(e) Kind(er) ziehen können. Das frühzeitige Erkennen von Risikosituationen bzw. -indikatoren soll in Zusammenarbeit mit dem vorhandenen „Hilfenetzwerk“ (d.h. mit anderen Gesundheits- bzw. Sozialberufen) möglichst bald erfolgen, um entsprechende Unterstützung anbieten zu können und die Entstehung von (weiteren) Belastungen für die Familie erst gar nicht entstehen zu lassen. Darüber hinaus besteht die Aufgabe einer Familienhebamme aber auch in der Vermitt-

**Unterstützung von Schwangeren und Müttern mit Neugeborenen – insbesondere jener in schwierigen Lebensumständen**

<sup>22</sup> E-Mail Korrespondenz mit Frau Petra Welskop, Präsidentin Österreichisches Hebammengremium, 25.12.2011.

**im Vordergrund der Tätigkeiten von Familienhebammen stehen die fachliche Begleitung, Unterstützung und Hilfe für Schwangere und Mütter mit Säuglingen**

lung fachlicher Informationen, um etwaige Ängste und Unsicherheiten seitens der Schwangeren bzw. Mütter klären zu können.

Folglich sollen mit Familienhebammen laut definiertem Berufsbild in Österreich folgende Ziele erfüllt werden: Wahrung der körperlichen und psychischen Gesundheit von Mutter und Kind; Stärkung der Elternkompetenzen; Unterstützung der Elter-Kind-Bindung und –Beziehung; Prävention von physischen und psychischen Schädigungen bzw. Besserung bei bereits vorhandenen Krankheiten; Prävention von Folgeschäden durch Überforderung während der Schwangerschaft, Geburt und erstem Lebensjahr des Kindes; Verhinderung von Frühgeburtlichkeit und Vorbeugung von Gestoßenseerscheinungen und anderen Erkrankungen (z.B. Brustentzündungen), Wochenbettdepression, Mangel- oder Fehlernährung des Säuglings etc.; allgemeine Unterstützung bzw. Stabilisierung zur „neuen Rolle“ als Mutter; langfristiges Einsparen von Gesundheits- und Sozialkosten.

**Familienhebammen bieten „Zusatzhilfen“ zu ihren gewohnten Aufgaben**

Die zusätzlichen Aufgaben von Familienhebammen zu ihrer „gewohnten“ Hebammenarbeit umfassen demnach v.a. das frühzeitige Erkennen von Belastungssituationen, das Angebot von gesundheitsfördernden Maßnahmen, aber auch die rechtzeitige Unterstützung vor Ort und die Vernetzung mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen. Hierzu werden folgende Kernaufgaben genannt:

- ❖ „Clearing“ (Assessment): Klärung von Bedürfnissen und Ressourcen im familiären Umfeld, gemeinsames Erarbeiten von Lösungen mit der Schwangeren / Mutter;
- ❖ Vernetzung und „Weiterleitung“ unter Berücksichtigung von Melde- und Verschwiegenheitspflichten;
- ❖ Enge Zusammenarbeit mit Jugendwohlfahrt, Mutterberatung, ÄrztInnen, Eltern-Kind-Zentren, Krankenhäusern, Caritas Familienhilfe und anderen regionalen Angeboten für Schwangere, Mütter und Familien etc.;
- ❖ Akutbetreuung bei medizinischen und / oder psychosozialen Notfällen (Rufbereitschaft im Bedarfsfall);
- ❖ Familienhebamme ist eine Vertrauensperson, die Stabilität vermitteln soll;
- ❖ Hausbesuche und telefonische Beratung während der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Kindes;
- ❖ Gruppenangebote für spezielle Zielgruppen, wie etwa Jugendliche und „Risikoschwangere“;
- ❖ alle grundlegenden, „üblichen“ Hebammentätigkeiten.<sup>22</sup>

Die Voraussetzungen für die Ausübung des Berufs der Familienhebamme sind vor dem Hintergrund des kommunikations- und beziehungsintensiven Arbeitsfeldes neben einer entsprechenden Fortbildung (wie zuvor dargestellt)

**fachliche Ausbildung und Sozialkompetenzen umrahmen das Berufsbild einer Familienhebamme**

- ❖ Stabilität und Kompetenz in der Hebammentätigkeit;
- ❖ Einfühlungsvermögen, Empathie und Fürsorge;
- ❖ Hohe soziale Kompetenz;
- ❖ Offener, freundlicher und respektvoller Umgang;
- ❖ Vernetzungskompetenz;

- ❖ Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Abgrenzung (eigene Grenzen erkennen) und Selbsterfahrung;
- ❖ Erfahrungen in der freien Praxis.<sup>22</sup>

### 5.3.3 Wien: Familienhebammen

Bereits seit 1985 werden Familienhebammen auch in Wien von der Magistratsabteilung 15 (Gesundheitsdienst der Stadt Wien) eingesetzt. Voraussetzung für die Tätigkeit als Familienhebamme ist eine abgeschlossene Hebammenausbildung. Darüber hinaus sind fachspezifische Fortbildungen nach dem Hebammengesetz gefordert. Fortbildungen mit den Schwerpunkten Sozialpädiatrie, psychosoziale Gesundheit und peripartale Krisen werden laufend organisiert und angeboten.<sup>23</sup>

Neben einer Ausbildung als Hebamme sind für die Ausübung des Berufs einer Familienhebamme Berufserfahrung, hohe Verantwortungsbereitschaft und Selbständigkeit, Konfliktlösungspotential und Verhandlungsgeschick, ausgeprägte Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, hohe Überzeugungskraft und Durchsetzungsvermögen gefordert. Eine gute Vernetzung mit anderen betreuenden medizinischen und sozialen Einrichtungen und GesundheitsdienstleisterInnen sowie regelmäßige Supervision sind weitere wesentliche Aspekte.<sup>23</sup>

**laufende  
Fortbildungsangebote  
für Wiener Familien-  
hebammen**

**Berufsausbildung und  
umfassende soziale  
Kompetenz sind  
gefordert**

### 5.3.4 Wien: Universitätslehrgang für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung

Dieser 6-semestrige Universitätslehrgang wird seit 2002 von der Universität Wien in Kooperation mit dem „Bildungsinstitut des Interdisziplinären Forums für Entwicklungsförderung und Familienbegleitung“ (bifef) angeboten. Die TeilnehmerInnen werden in diesem Lehrgang zur beruflichen Ausübung von Frühförderung und Familienbegleitung nach dem Wiener Modell der „Interdisziplinären Mobilen Frühförderung und Familienbegleitung“ ausgebildet (<http://www.univie.ac.at/fruehfoerderung>). AbsolventInnen wird der Titel eines/r „Akademisch geprüften FrühförderIn und FamilienbegleiterIn“ verliehen.<sup>24</sup>

Die Zielsetzung des Lehrgangs besteht in der Vermittlung von theoretischen und praktischen Kenntnissen hinsichtlich der Betreuung und Begleitung von Familien mit entwicklungsgefährdeten, -verzögerten oder behinderten Kleinkindern (0-3 Jahre, bis max. 6 Jahre). Die Arbeit im familiären Umfeld der Familie nimmt hierbei einen besonderen Stellenwert ein. Zielgruppe sind hierbei AbsolventInnen der Studienrichtungen Psychologie oder Pädagogik bzw. Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung in einem heilpädagogischen, psychologischen, medizinischen oder sozialen Bereich.<sup>24</sup>

**seit 2002 universitärer  
Lehrgang im Bereich  
Frühförderung und  
Familienbegleitung in  
Wien**

**Theorie- und  
Praxisvermittlung rund  
um die Zielgruppe  
Familie mit Kindern mit  
Entwicklungs-  
beeinträchtigungen  
bzw. -gefährdungen**

<sup>23</sup> E-Mail Korrespondenz mit Frau Dr.<sup>in</sup> Margarete Lässig, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, 09.01.2012.

<sup>24</sup> <http://www.univie.ac.at/fruehfoerderung>, download am 28.12.2011.

## Zulassungsvoraussetzungen

**Lehrgangsteilnahme  
setzt u.a.  
abgeschlossene  
psychosoziale  
Berufsausbildung und  
Erfahrungen in der  
Arbeit mit Kindern  
voraus**

Für den Lehrgangseinstieg müssen BewerberInnen folgende Voraussetzungen mitbringen:

- ☼ „ein Mindestalter von 25 Jahren;
- ☼ eine abgeschlossene Berufsausbildung im heilpädagogischen, psychologischen, medizinischen, psychotherapeutischen oder sozialen Bereich, oder ein Diplomstudium der Pädagogik oder Psychologie, das beim Vorliegen besonderer Gründe auch erst innerhalb der ersten Semester des Lehrgangs abgeschlossen werden kann;
- ☼ einschlägige Praxis von zumindest zwei Jahren, insbesondere im Bereich der fördernden Arbeit mit Kleinkindern;
- ☼ die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Studiums an einer österreichischen Universität (Matura oder Studienberechtigungsprüfung - in Hinblick auf die Ablegung einer Studienberechtigungsprüfung werden BewerberInnen von der Lehrgangsleitung beraten);
- ☼ die persönliche Eignung für den Beruf der Interdisziplinären Mobilen Frühförderung und Familienbegleitung;
- ☼ facheinschlägige Kenntnisse<sup>25</sup>“.

## Kursinhalte

Im Folgenden werden die Theorie-Inhalte, Praktikumsanforderungen und zusätzlichen Module zusammengefasst dargestellt. Für eine Detailbeschreibung siehe:

<http://www.univie.ac.at/fruehfoerderung/lehrgang.htm#kursinhalt>

**6 Semester Lehrgang in  
Form von 14-tägigen  
Wochenendseminaren**

Die Theoriestunden werden 2-wöchentlich in Form von Blockveranstaltungen am Wochenende angeboten. Die Lehrgangskosten setzen sich aus der Lehrgangsgebühr (6 Semester à € 1.418,-), der Gebühr für das „Infant-Observation“ Seminar (3 Semester à € 320,-), der ÖH-Gebühr und den Supervisions- bzw. Selbstreflexionshonoraren zusammen.

**Curriculum umfasst ..**

Folgende Einheiten sind zu absolvieren:

- ... Einführungen in Konzepte der interdisziplinären Frühförderung
  - ... Konzepte der frühkindlichen Entwicklung
  - ... Risikosituationen, frühkindliche Gefährdungen und Erkrankungen
- ☼ „Das Konzept der interdisziplinären mobilen Frühförderung - Einführung und wissenschaftliche Grundlagen aus Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie, Medizin und Soziologie (75 Einheiten);
  - ☼ Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit aus der Sicht von Medizin sowie Psychologie und/oder Pädagogik (60 Einheiten);
  - ☼ Frühkindliche Entwicklung im Kontext von Familie und Gesellschaft aus der Sicht von Psychologie, Medizin, Pädagogik und Soziologie (90 Einheiten);
  - ☼ Risikofaktoren, Entwicklungskrisen, Behinderungen und Erkrankungen in den ersten Lebensjahren und ihre Bedeutung für die frühkindliche Entwicklung aus Sicht von Psychologie, Medizin und Pädagogik (75 Einheiten);

<sup>25</sup> <http://www.univie.ac.at/fruehfoerderung/lehrgang.htm#voraussetzungen>, download am 28.12.2011.

- ❖ Konzepte und Methoden von Interventionen und Therapien für den Bereich der Arbeit mit Kleinkindern und ihren Familien (90 Einheiten);
- ❖ Spezielle pädagogische sowie sonder- und heilpädagogische Konzepte und Methoden der Arbeit mit Kleinkindern und ihren Familien (150 Einheiten);
- ❖ Unterschiedliche Psychotherapie- und Beratungskonzepte in ihrer Relevanz für die Praxis der interdisziplinären mobilen Frühförderung (135 Einheiten)<sup>26</sup>.

... interdisziplinäre Interventionen  
... sonder- und heilpädagogische Ansätze und Methoden  
... psychotherapeutische Konzepte

Das Praktikum untergliedert sich in zwei Phasen und erstreckt sich über ca. 3,5 Semester.

**Phase 1 – Zeitraum: 10 Wochen (wöchentlicher Aufwand durchschnittlich 5 Stunden)**

Praktikum sieht „Feldbeobachtungen“ und Einbindung in FrühförderInnen-Teams vor

- ❖ „Wöchentliche Teilnahme an einer interdisziplinär geführten Fallbesprechungsgruppe (10 Termine à 3 Stunden);
- ❖ Begleitung erfahrener FrühförderInnen bei 5 Familienbesuchen à 1,5 Stunden + kurze Vor- und Nachbesprechung (in Absprache mit Frühförderinnen der jeweiligen Fallbesprechungsgruppe);
- ❖ Möglichkeit zur Teilnahme an einem Spielkreis (ein Vormittag; wird für einen der fünf Familienbesuche angerechnet)<sup>26</sup>.

**Phase 2 – Zeitraum: 3 Semester (wöchentlicher Aufwand durchschnittlich 10 – 15 Stunden)**

- ❖ „Betreuung von zwei Familien;
- ❖ wöchentliche Teilnahme an der interdisziplinär geführten Fallbesprechung (jeweils 3 Stunden);
- ❖ wöchentliche Praxisberatung und Praktikumsbegleitung durch eine erfahrene Frühförderin über mindestens ein (maximal zwei) Semester (jeweils 1,5 Stunden);
- ❖ praxisfeldbezogene Selbstreflexion im Einzelsetting (externe Supervision)<sup>26</sup>.

Seminar zur Beobachtung eines Babys in der Familie und zum „Üben“ von Hausbesuchen

Darüber hinaus sieht das Curriculum ein „Infant-Observation“ Seminar vor. Dabei ist über einen Zeitraum von 14 Monaten ein Baby wöchentlich in seiner Familie zu beobachten. Ziel ist die Wahrnehmungsförderung von frühen, innerfamiliären Interaktions- und Beziehungsprozessen und das Erleben und Kennenlernen der ersten Lebensmonate und –jahre eines Kindes. Mit diesem Seminar sollen aber auch Hausbesuche in der Familie „geübt“ und LehrgangsteilnehmerInnen für die Arbeit in und mit der Familie sensibilisiert werden.

Die verpflichtende, praxisfeldbezogene Selbstreflexion (zumindest 60 Einheiten à 45 Min.) dient der Selbsterfahrung.

---

<sup>26</sup> <http://www.univie.ac.at/fruehfoerderung/lehrgang.htm#kursinhalt>, download am 28.12.2011.

**mobile FrühförderInnen  
arbeiten interdisziplinär  
und verfolgen das Ziel,  
zu unterstützen, die  
Familien zu stärken und  
Benachteiligungen  
abzufedern**

**Frühförderung ist  
„Arbeit“ an bzw. in der  
familiären, sozialen und  
emotionalen Lebenswelt  
des Kindes ...  
... unter  
Miteinbeziehung von  
Familienangehörigen**

### **Berufsbild Akademische/r FrühförderIn und FamilienbegleiterIn**

Die FrühförderInnen und FamilienbegleiterInnen arbeiten mit dem Ziel, den Familien und Kindern mehr Sicherheit im Umgang mit ihrer Lebenssituation zu verhelfen. Die mobile Frühförderung verfolgt somit einen integrierenden als auch emanzipatorischen Ansatz, der sowohl Soforthilfemaßnahmen als auch vorbeugende Maßnahmen (im Sinne einer Früherkennung) umfasst und soziokulturellen Benachteiligungen entgegenzuwirken versucht. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt in multiprofessionellen Teams (aus den Bereichen Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik, Medizin und Sozialarbeit) und ist ein wesentliches Kernelement.

Zusammenfassend stehen bei der Arbeit mit den Familien die folgenden zwei Themen im Vordergrund:

- ❖ „Die Aktivitäten des/der FrühförderIn, die sich an das Kind richten, zielen auf die Förderung seiner Handlungs- und Erlebnisfähigkeit im Familienalltag, im Sinne einer individuumszentrierten Entwicklungsförderung sowie auf die Ausweitung des verstehenden Umgangs mit dem Kind in seinen Bedürfnissen und Emotionen ab.
- ❖ Ziel der Familienbegleitung ist die Unterstützung der Eltern bzw. der nächsten Bezugspersonen im Umgang mit dem betroffenen Kind, in der Auseinandersetzung mit dessen gegebenen oder drohenden Behinderungen sowie beim Finden neuer Lebensperspektiven<sup>27</sup>“.

## **5.4 Großbritannien**

**Health Visiting ist eine  
Weiterqualifizierung im  
Anschluss an Pflege-  
bzw.  
Hebammenausbildung**

**universitäre Health  
Visiting  
Weiterbildungen seit  
1990er Jahre**

Health Visiting ist in Großbritannien ein Berufsfeld, welches eine Weiterqualifizierung innerhalb eines Pflege- oder Hebammenberufs darstellt. Insofern ist der Erwerb eines „Pflege- /Hebammendiploms“ Voraussetzung, um als Health Visitor tätig sein zu können. Die Organisation der Grundausbildung in einem Pflegeberuf hat sich in Großbritannien in den letzten 20 Jahren stark gewandelt.

In Großbritannien wurde die Ausbildung von Pflegeberufen in den frühen 1990er-Jahren von „Schulen“ (z.B. „Schools of Nursing“ oder „Nursing Colleges“ meist in Spitälern) auf die Hochschulebene verlagert. Den Hintergrund bildete hierfür die Policy-Initiative „Project 2000“ von 1986, das u.a. eine einheitliche Pflegeausbildung vorsah, wodurch auch Weiterbildungen in Health Visiting den Universitäten zugeteilt wurden.

<sup>27</sup> <http://www.univie.ac.at/fruehfoerderung/lehrgang.htm#berufsbild>, download am 28. 12. 2011.

### 5.4.1 Zulassungsvoraussetzungen für Weiterbildungen in Health Visiting

Um eine Weiterbildung in Health Visiting absolvieren zu können, müssen BewerberInnen als Krankenpfleger, -schwestern oder als Hebammen staatlich registriert sein („qualified registered nurse or midwife“). Unter dieser Voraussetzung kann die Weiterbildung in Form eines „approved programme in specialist community public health nursing/health visiting (SCPHN/HV)“ absolviert werden.

Die Berufsausbildung zur „Registered Nurse (RN)“ kann als ein zweipfadiges System bezeichnet werden. Zum einen besteht ein akademisches Undergraduate-Studium, welches mit einem „Diploma in Higher Education (DipHE)“ abgeschlossen wird, zum anderen eine, stärker wissenschaftlich orientierte Berufsausbildung mit einem Bachelor-Abschluss. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, ein Master- und (Master-)Promotionsstudium anzuschließen.

Für die Registrierung ist der britische „Nursing & Midwifery Council (NMC)“, eine selbstverwaltende, staatliche anerkannte Institution, die Ausbildungs- und Berufsbelange regelt und Berufsanerkennungen vergibt, zuständig.[22].

Seit August 2004 legt das NMC-Register für qualifizierte Pflegekräfte drei Grundberufe im Rahmen von pflegerischen Tätigkeiten fest:

- ❖ Registered Nurse;
- ❖ Registered Midwife und
- ❖ Registered Specialist Community Public Health Nurse (inkl. Health Visitors).

Letztere Berufsgruppe der Health Visitors ist seit 2004 eine „Unterkategorie“ der Gruppe der „Specialist Community Public Health Nurses“ und somit der dazugehörigen Ausbildung zugeordnet. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Inhalte der Health Visiting Weiterbildungen.

### 5.4.2 Weiterbildungsinhalte Specialist Community Public Health Nurse (inkl. Health Visiting)

Prinzipiell werden die Weiterbildungsinhalte von der jeweiligen anbietenden Institution festgelegt. Das NMC hat allerdings eine Reihe von Standards festgelegt, welche in den Curricula zur „Specialist Community Public Health Nurse“ und somit auch für Weiterbildungen in Health Visiting berücksichtigt werden müssen. Das Standard-Register umfasst 11 Punkte („Standards“).<sup>28</sup>

- ❖ Standard 1: Die Weiterbildungsprogramme müssen einen Umfang von 52 Wochen aufweisen, wovon 45 Wochen für die theoretische Ausbildung und klinische Erfahrung reserviert sein müssen. Das An-

**Weiterbildung erfordert staatliche Registrierung als Krankenpflegeperson bzw. als Hebamme**

**... durch das Britische „Nursing & Midwifery Council“**

**Health Visitors sind der Gruppe der „Specialist Community Public Health Nurses“ zugeordnet**

**Weiterbildung muss auf 1 Jahr angelegt sein**

<sup>28</sup> <http://www.nmc-uk.org/Documents/Standards/nmcStandardsOfProficiencyForSpecialistCommunityPublicHealthNurses.pdf>, download am 20.09.2011.

<p><b>Theorie-Praxis Verknüpfung muss ausgeglichen sein</b></p>	<p>gebot kann sowohl als Voll- als auch Teilzeitstudium angeboten werden, wobei Vollzeitprogramme nicht länger als 78 Wochen dauern dürfen und Teilzeitmodule spätestens nach 156 Wochen abgeschlossen werden müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 2: Die Weiterbildungsprogramme sind als Kombination aus theoretischem und praktischem Teil zu verstehen.</li> <li>✿ Standard 3: Die Anteile an Theorie-Praxis-Teilen sollen während der gesamten Ausbildungszeit ausgeglichen sein.</li> </ul>
<p><b>Curricula müssen Möglichkeiten zu Spezialisierungen bieten</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 4: Bei den Spezialisierungsmodulen (z.B. auf bestimmte Zielgruppen) müssen feldbezogene Praktika und Theorienschwerpunkte gewählt werden. Zumindest die Hälfte der Theorieteile muss an die kontextbezogenen Rahmenbedingungen und KlientInnen angepasst sein.</li> </ul>
<p><b>„Mindestabschluss“: First Bachelor Degree</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 5: Die Weiterbildung muss zumindest mit dem „First Bachelor-Degree“ abgeschlossen werden. Es obliegt den Einrichtungen weiterführende Masterstudien anzubieten.</li> </ul>
<p><b>Praxisbezug und –anforderungen vermitteln</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 6: Der Curriculum-Inhalt soll die Anforderungen im praktischen Feld widerspiegeln und hierdurch den Einstieg in den Berufsalltag erleichtern.</li> </ul>
<p><b>Lehrende müssen Theorie und Praxis „kennen“</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 7: Die StudentInnen sollten sowohl in theoretischen, als auch praktischen Fragestellungen durch angemessen ausgebildete LehrerInnen unterstützt werden.</li> </ul>
<p><b>Curricula müssen „durchlässig“ sein für allgemeine und spezielle Themen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 8: Die Lerninhalte sollen so arrangiert sein, dass das Lehren und Lernen sowohl allgemeine als auch themenspezifische Schwerpunkte während des ganzen Programms hindurch berücksichtigt. Dies soll eine Vernetzung von unterschiedlichen Public Health-Themengebieten ermöglichen.</li> </ul>
<p><b>Aktualität und Evidenzbasierung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Standard 9: Das Curriculum soll aktuelle Forschungsergebnisse und evidenz-basiertes Wissen beinhalten.</li> <li>✿ Standard 10: Eine Bandbreite an Prüfungsmodalitäten soll in den Weiterbildungsprogrammen zum Einsatz kommen.</li> <li>✿ Standard 11: Während der Ausbildung muss den StudentInnen ein „Supernumerary Status“ zugesprochen werden. Hierbei handelt es sich um eine länderspezifische Regelung, die besagt, dass der / die Studierende weitgehende Lern- und Praktikamöglichkeiten erhalten soll, um die geforderten Weiterbildungsinhalte in der vorgesehenen Zeit absolvieren zu können.</li> </ul>

### Curriculum Beispiel „City University London“

**nahtlose Verknüpfung von Ausbildung zur „Registered Nurse“ und Weiterbildung in Health Visiting**

Die berufliche Weiterbildung erfolgt über dieselben Bildungseinrichtungen, an denen das Pflegestudium stattfindet, wodurch eine durchgängige Aus- und Weiterbildung gewährleistet werden soll. Im Folgenden wird exemplarisch das Weiterbildungsangebot zur „Specialist Community Public Health Nurse“ an der „City University London“ bzw. der angegliederten „School of Health Science“ dargestellt.

**Specialist Community Public Health Nurse mit Vertiefung in Health Visiting oder School Nursing**

Hierbei handelt es sich um acht (Kern-)Module zu denen zusätzlich ein „Option module“ (passend zum angestrebten Praxisfeld) ausgewählt werden muss. Die Weiterbildung bietet zwei Spezialisierungsmöglichkeiten: „Health Visitor“ und „School Nursing“. Die Kernmodule 1 bis 4 gelten für beide Zweige, danach erfolgt eine Spezialisierungsphase.

Die Module für die Weiterbildung zur Specialist Community Public Health Nurse, Zweig „Health Visitor“ sehen folgendermaßen aus.

- ✿ „Research Methods“: Einführung in Forschungsdesigns und –methoden in Public Health und Primary Care; Vermittlung von Grundsätzen wissenschaftlichen Arbeitens (inkl. Rezeption, kritischer Umgang mit Daten, Regeln für die Verfassung einer wissenschaftlichen Arbeit), Forschungsethik und -recht; Förderung von Präsentations- und Kommunikationstechniken;
- ✿ „Philosophy and Politics of Primary Health Care“: Einbettung von „Public Health Studies“ in ein philosophisches, politisches Rahmenwerk; kritische Diskussion über gegenwärtige Konzepte innerhalb des Primary Health Care-Sektors und Anreize zur Entwicklung von Reflexionsvermögen;
- ✿ „Innovations in Health Care“;
- ✿ „Practice Based Module“ und „Integrated Public Health Module“;
- ✿ „Health Promotion“ und „Introduction of Epidemiology and Statistics“: Vermittlung von unterschiedlichen Studien-Designs, epidemiologische Grundkenntnisse; Grundkenntnisse der Statistik und Datenerhebung;

Diese Module umfassen 50 % der theoretischen Weiterbildung, die darüber hinaus auch einen verpflichtenden Praxisteil vorschreibt.

### Berufsbild Health Visitor

Health Visitors bilden in Großbritannien eine Berufsgruppe, die im Kontext von Schwangeren-, Eltern-Kind Programmen v.a. in den Bereichen Präventionsmedizin, Gesundheitsförderung, „Empowerment“ und Gesundheitsschutz tätig sind. Hierzu zählen, neben der Gesundheitsförderung, primär-, sekundär- und tertiär-präventive Aufgaben:

- ✿ Primäre Prävention: Beratung zu Impfungen, Babysprechstunden, Mutter- bzw. Elternkurse, Ernährungsberatung etc.;
- ✿ Sekundäre Präventionen: Screening-Programme (z.B. Cervicalzytologie, Brustuntersuchungen, Augenerkrankungen, postnatale Depressionen), Safer Sex etc.;
- ✿ Tertiäre Prävention: Disease-Management bei Diabetes, Hypertonie, Multiple Sklerose etc. [vgl. 7, S. 48].

Das NHS als Hauptarbeitgeber von Health Visitors, definiert deren Kernaufgaben für die Zielgruppen Schwangere, Eltern und Kinder (Geburt bis zum 5. Lebensjahr) folgendermaßen:

- ✿ Pränatale Besuche, Betreuung und Unterstützung der Schwangeren bzw. Familie;
- ✿ Neugeborenen-Besuche, inkl. sogenannter „feeding / health checks“, die sowohl medizinische Screenings zur Überprüfung des Gesundheitszustands beinhalten als auch sozialpädagogische Informationen und die Vermittlung von Elternkompetenzen;
- ✿ Einsatz von „formal health programmes“ für Checks im Bereich physische/psychische Entwicklung des Kindes; allgemeine Elternberatungen; die „formal health programmes“ werden in drei Altersperioden, mit jeweiligen Schwerpunktsetzungen angeboten:

**Health Visiting Curriculum sieht zum Beispiel vor:**

**Forschungsmethoden, -ethik etc.**

**kritisches Hinterfragen und Reflektieren von Gesundheitsthemen, Policies, Innovationen im Gesundheitssektor etc.**

**Einführung in die Gesundheitsförderungen, klinische Epidemiologie etc.**

**Health Visitors können sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Primär-, Sekundär- und / oder Tertiärprävention zum Einsatz kommen**

**NHS definiert Aufgaben von Health Visitors**

**prä-, peri- und postnatale Unterstützung und Versorgung für die Zielgruppen**

- ✿ 1. Lebensjahr: Kontrolle der physischen Entwicklung des Kindes, „feeding tips“, Stärkung der Eltern-Kind Beziehung;
- ✿ 2.- 5. Lebensjahr: Mundhygiene, Zahnkontrollen, sozialpädagogische Maßnahmen zur Stärkung der Kommunikation und der Sprachfähigkeit, Ernährungsberatung;
- ✿ 3.-5. Lebensjahr: Vorbereitung auf den Schuleintritt.<sup>29</sup>

#### Health Visitors übernehmen Vernetzungsfunktionen

Zudem sind die Tätigkeiten von Health Visitors von einer engen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und öffentlichen Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens gekennzeichnet. Diese Kooperationen werden vom NHS v.a. bei jenen Zielgruppen als zentral angesehen, die sich in besonderen Belastungssituationen befinden. Vor diesem Hintergrund ist es Aufgabe eines Health Visitors, Risikofaktoren zu identifizieren und darüber zu entscheiden, wie jenen entgegen gewirkt werden kann.

#### Health Visitors sind in Großbritannien berechtigt bestimmte Medikamente zu verschreiben

Eine Besonderheit findet sich im Britischen Health Visiting System bezüglich Kompetenzübertragung bei der Verschreibung von Medikamenten: Der „Crown Report (Version 2; 1999 im Auftrag des Britischen Gesundheitsministeriums)“ beschäftigte sich mit Verschreibungsrichtlinien, die festlegen, dass Rezepte für bestimmte Medikamente neben ÄrztInnen auch von District Nurses bzw. Health Visitors ausgestellt werden dürfen [23]. In Großbritannien besteht bereits seit 1994 eine gesetzliche Grundlage für diese beiden nicht-ärztlichen Berufsgruppen, welche als „non-medical prescribers“ in Großbritannien zugelassen wurden. Hierzu wurde das „Nurse Prescribers' Formulary for District Nurses and Health Visitors“, welches die verschreibungspflichtigen Medikamente beinhaltet, ausgearbeitet. Diese Arzneimittelliste steht zur Zeit als überarbeitete und nominierte Version unter dem Namen „Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners“ zur Verfügung und es ermächtigt „(...) Community Practitioner Nurse Prescribers, including District Nurses and Health Visitors, to prescribe from a formulary of appliances, dressings and a limited number of medicines relevant to community nursing and specialist community public health nursing practice“.<sup>30</sup>

#### Aktuelle Health Visiting-Policy Entwicklungen in Großbritannien

#### britische Regierung veröffentlicht 2010 den „Health Visitor Implementation Plan“

Ende 2010 wurden von der britischen Regierung verstärkte Investitionen in den Bereich Health Visiting bekannt gegeben. Der „Health Visitor Implementation Plan 2011-15: A Call to action“ gilt als rezentes Policy-Dokument, das für die Unterstützung des Britischen Health Visiting Sektors, die Rekrutierung von zusätzlichen 4.200 Health Visitors für Großbritannien bis 2015 vorsieht.<sup>31</sup>

<sup>29</sup><http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=807>, download am 18.12.2011.

<sup>30</sup>[http://www.npc.nhs.uk/faqs\\_nmp.php](http://www.npc.nhs.uk/faqs_nmp.php), download am 27.12.2011.

<sup>31</sup><http://www.nhsemployers.org/PlanningYourWorkforce/childrensandfamiliesworkforce/Healthvisiting/Pages/HealthVisitorImplementationPlan2011-15.aspx>, download am 21.09.2011.

Darüber hinaus hat das Britische „Department of Health“ 2011 ein Dokument mit dem Titel „Educating health visitors for a transformed service“ publiziert, das in Zusammenarbeit mit dem NMC, der „Community Practitioners and Health Visiting Association“ (CPHVA) und mit dem „Higher Education Institute“ verfasst wurde.

Auf Basis aktueller gesellschaftlicher Trends, wurden Vorschläge für Kernthemen in Health Visiting Weiterbildungen gemacht, die von den entsprechenden Bildungseinrichtungen berücksichtigt werden sollten. Hierbei wird eine theoretische Themenaufbereitung („Theory / Knowledge“) und eine Vermittlung von praxisrelevanten Fähigkeiten („Skills“) empfohlen. Die Zielsetzung des Dokuments wird folgendermaßen festgelegt: „This paper sets out the approach with ‘general prompts’ and ‘theory knowledge skills prompts’ aligning education to service vision to be provided in the transformed health visiting service and to managing significant and rapid increase in education capacity.“<sup>32</sup> Die Empfehlungen des „Department of Health“ sehen für die Health Visiting Weiterbildungen folgende Kernthemen vor:<sup>33</sup>

- ✿ „Theory
  - ✿ Public and community health (z.B. Epidemiologie; Sozialkapital; aktuelle Trends in Migration etc.);
  - ✿ Child and family health wellbeing (z.B. frühkindliche Entwicklung; Familiendynamik und familiäre Beziehungen etc.);
  - ✿ Leadership and teams (z.B. Prozesse zur Entscheidungsfindung; Teamarbeit; Kommunikationstrainings etc.)
- ✿ Knowledge
  - ✿ Public and community health (z.B. Public Health and soziale Ungleichheit; ‘Healthy Child Programm’ in Großbritannien etc.);
  - ✿ Child and family health and wellbeing (z.B. Bindungstheorien; Motivationsprogramme; Neurowissenschaften; postnatale Depression etc.)
- ✿ Skills
  - ✿ Public and community health (z.B. Evaluierung von Evidenz und Outcomes);
  - ✿ Child and family wellbeing (z.B. Entwicklung und Übung von Kommunikationsfertigkeiten, die komplexen Problem- und Lebenssituationen der KlientInnen entsprechen; lösungsorientierte Ansätze etc.);
  - ✿ Leadership and teams (z.B. Entwicklung von Führungsqualitäten; Gruppenerfahrungen etc.)“.

**Department of Health publiziert 2011 Empfehlungen für die Health Visiting Weiterbildungen**

**Vorschläge beruhen auf aktuellen gesellschaftlichen Trends**

**Theorievermittlung, Praxisbezug und Einbeziehung aktueller gesellschaftlicher Trends und Entwicklungen stehen im Mittelpunkt der Empfehlungen durch das britische Gesundheitsministerium**

<sup>32</sup><http://www.parliament.uk/deposits/depositedpapers/2011/DEP2011-1647.pdf>, download am 20.01.2012.

<sup>33</sup><http://www.parliament.uk/deposits/depositedpapers/2011/DEP2011-1647.pdf>, download am 20.01.2012.

## 5.5 Dänemark

**Pflegekräfte sind „die“  
aufsuchende  
Berufsgruppe in  
Dänemark**

In Dänemark werden aufsuchende Angebote (ähnlich wie etwa in Großbritannien) grobteils von Pflegekräften geleistet. Für die Berufsausübung und offizielle Registrierung ist das „National Board of Health“ zuständig.

### 5.5.1 Zulassungsvoraussetzungen für aufsuchende Berufstätigkeit

**Pflegausbildung ist eine  
thematisch, „allgemein“  
ausgerichtete  
Ausbildung**

In Dänemark findet die Ausbildung zur Pflegekraft („Sygeplejerske“) an Schulen statt, welche an Universitäten (als Centres of Higher Education, CVUs) angegliedert sind. 2011 gab es 22 Pflegeschulen in Dänemark mit ca. 2.400 StudienanfängerInnen pro Jahr. Bei der dänischen Pflegeausbildung handelt es sich um eine „allgemeine Krankenpflegeausbildung“, die z.B. sowohl die Alten- als auch Kinderkrankenpflege im Curriculum vorsieht. Nach Absolvierung der Ausbildung und der Verleihung des „Bachelor of Science in Nursing“ erfolgt die Registrierung als „Sygeplejerske“<sup>34</sup>.

**Grundstudium bereitet  
u.a. auch auf  
aufsuchende Tätigkeiten  
hin**

Die dreieinhalbjährige, modulare Ausbildung setzt Schwerpunkte sowohl in verschiedenen Pflegedisziplinen (wie etwa Chirurgie, Kinderheilkunde, Geriatrie, Psychiatrie etc.) als auch in den unterschiedlichen Anforderungen des ambulanten Sektors. Seit Jänner 2008 ist ein „National Curriculum“ in allen „Nursing Schools“ in Dänemark in Kraft. Hierbei handelt es sich um ein verpflichtendes Rahmenwerk, wobei die Ausformulierung der vorgeschriebenen 14 Module den jeweiligen Bildungseinrichtungen obliegt. Thematisch umfasst die einheitliche Ausbildung sowohl medizin- und pflegetechnische, als auch sozialwissenschaftliche Schwerpunkte.<sup>35</sup>

### 5.5.2 Weiterbildung zum/r „Sundhedsplejerske“ : Dänische „Health Visitors“

**Health Visiting  
Weiterbildung für  
Pflegekräfte**

In Dänemark absolvieren aufsuchende Hilfen („Sundhedsplejerske“) nicht zwingend eine Weiterbildung zum „Health Visitor“ wie in anderen Ländern, da das Pflegegrundstudium bereits aufsuchende Tätigkeiten vorsieht. Dennoch gibt es für Pflegekräfte Zusatzangebote, die eine Weiterbildung zum Health Visitor vorsehen.

**„Danish Board of  
Health“ erlässt Anfang  
2012 neue Richtlinien  
für Weiterbildungen im  
Pflegebereich**

Das „Danish Board of Health“ (DBH) möchte hiermit zum einem auf die steigende Relevanz dieses Feldes reagieren, zum anderen ein qualitätsgesichertes Angebot für potentielle InteressentInnen bereithalten. Mit Jänner 2012 wurden hierfür neue Regelungen eingeführt, die v.a. das Berufsbild des „Health Visitors“ in Dänemark stärken sollen. Gemäß dieser neuen Vorgaben, die Gültigkeit für alle Weiterbildungen im Pflegebereich besitzt, ist neben einer Registrierung als Pflegekraft, eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Gesundheits- und Krankenpflege notwendig. Hiervon muss die berufliche Tätigkeit mindestens acht Monate in mindestens zwei

<sup>34</sup> Mit einer Ausnahme (Health Visitor), auf die gesondert eingegangen werden soll.

<sup>35</sup> Für einen Überblick (inkl. ausführlicher Modulbeschreibungen) siehe: The Council of Directors in Nursing Education in Denmark, 2011, Online-Dokument; <http://nursedu.dk/Education.aspx> (zuletzt aufgerufen am 20.09.2011)

der nachstehenden Bereiche betragen: Schwangeren- und Geburtshilfe; Neonatologie; Pädiatrie; Kinder- und Jugendpsychiatrie; ärztliche Assistenz; Hauskrankenpflege.

Die Weiterbildung zur „Sundhedsplejerske“ dauert eineinhalb Jahre, bestehend aus einem Jahr Theorie (60 ECTS) und einem halben Jahr Praxis (30 ECTS), wobei der Praktikumsteil in Form eines „Community Nursing“ (z.B. in einem bestimmten Stadtteil) zu erbringen ist. Die Weiterbildung dient vorrangig der aufsuchenden Arbeit mit Familien und Kindern. Das Programm ist in drei Abschnitte unterteilt.

Im ersten Abschnitt sollen die Studierenden in das Themenfeld des Health Visiting eingeführt werden. Dies umfasst ein grundlegendes Verständnis für das Thema, sowie Einblicke in den geschichtlichen Hintergrund, die rechtlichen Grundlagen und Rahmenwerke. Weiters sollen Rollen und Verantwortlichkeitsbereiche eines Health Visitors in Bezug auf das dänische Gesundheitssystem erlernt werden. Neben diesen allgemeinen Inhalten sollen im ersten Weiterbildungsabschnitt auch die Kernaufgaben eines Health Visitors im Zusammenhang mit schwangeren Frauen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter und ihren Familien vermittelt werden. Die Berücksichtigung von spezifischen Lifestyle- und Lebensbedingungen im Rahmen allgemeiner Gesundheitsförderung und Prävention bildet hierbei einen Schwerpunkt.

Inhalte des 1. Abschnitts im Überblick:

- ✿ Gesundheitsversorgung als eine Institution im historischen Kontext;
- ✿ Konzepte von Gesundheit, Wohlbefinden, Gesundheitsförderung und Prävention;
- ✿ Schwangerschaft und Geburt, Bedeutung der familiären Beziehungen;
- ✿ Kinder und Jugendliche, physiologische und pathologische Entwicklung(en);
- ✿ Gesundheitsleistungen für Familien mit Säuglingen, Kleinkindern und/oder Kindern im schulpflichtigen Alter mit allgemeinen gesundheitlichen Bedürfnissen;
- ✿ Stillen und Säuglings- und Kindernahrung; Ernährung allgemein;
- ✿ Methoden der „Health Education“, Kommunikations- bzw. Netzwerktheorien;
- ✿ Schule als Lebensraum und Organisation, Kinder - und Jugendkultur, abhängige Lebensmuster und -bedingungen;
- ✿ Familienstrukturen und -formen, Familie und Beruf in modernen Gesellschaften, psychische Gesundheit und Lebensstandard in kulturellem und gesellschaftlichem Kontext;
- ✿ Chancen und Grenzen im Hinblick auf professionelles Arbeiten in/mit Familien;
- ✿ Öffentliche Verwaltung und soziale Dienste;
- ✿ Gesetzliche Regelungen, Aufzeichnungspflichten, Vertraulichkeit und Meldepflichten.

Im zweiten Abschnitt sollen die Studierenden auf die Arbeit mit Familien/Kindern mit „besonderen Bedürfnissen“ vorbereitet werden. Ziel ist es Kompetenzen aufzubauen, die es den angehenden Health Visitors ermöglichen, adäquate Interventionen unter Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Aspekte in einem koordinierten, interdisziplinären und sektoren-

**dreistufige  
Weiterbildung zum  
„Health Visitor“ –  
Schwerpunkt: Kinder  
und Familien**

**Teil 1: Allgemeine  
Einführung in das  
Health Visiting  
Tätigkeitsfeld**

**Teil 2: Fokus auf Kinder  
und Familien mit  
„besonderen  
Bedürfnissen“**

übergreifenden Feld zu setzen. Durch die Zusammenführung individueller, familiärer und kommunaler Ebenen soll den Studierenden eine erweiterte Perspektive aufgezeigt werden, die es ihnen ermöglicht, Notwendigkeiten und Konsequenzen pflegerischer Tätigkeiten besser einschätzen zu können.

Inhalte des 2. Abschnitts im Überblick:

- ❖ Kinder und Jugendliche mit besonderen Problemen wie Frühgeburtlichkeit, angeborene Krankheiten und Behinderungen, Allergien, psychische Störungen, Essstörungen, Selbstverletzung etc.;
- ❖ Kindesmissbrauch;
- ❖ Kinder und Jugendliche in Familien mit chronischen oder akuten psychischen Erkrankungen, einschließlich postpartale Depressionen;
- ❖ Kinder und Jugendliche in sozial(ökonomisch) benachteiligten Familien;
- ❖ Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Problemen, z.B. Depressionen, Schizophrenie etc.;
- ❖ Familien mit Migrationshintergrund und Integrationsproblemen;
- ❖ allgemeine Interventionsstrategien in „Krisensituationen“ und Krisen-Theorien;
- ❖ Sozialpolitische Rahmenbedingungen und gesetzliche Verpflichtungen des Health Visitors, Meldepflicht und Zusammenarbeit mit der öffentlichen Verwaltung;
- ❖ Beratung in/für Kindertagesstätten und Schulen;
- ❖ Interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit;

### **Teil 3: Vertiefendes Berufsverständnis und - profil**

Im dritten Abschnitt sollen primär Rolle und Berufsverständnis verinnerlicht werden. Zudem gilt es für die Studierenden Kenntnisse im Bereich Projektentwicklung und -durchführung zu erlernen und Einblicke in Forschung(smethoden), Dokumentation und Auswertung zu erwerben.

Inhalte des 3. Abschnitts im Überblick:

- ❖ Organisationsentwicklung, Führung, Zusammenarbeit und Kontrolle;
- ❖ Qualität, Forschung und Forschungsmethoden, Dokumentation und Auswertung;
- ❖ Projektentwicklung und -umsetzung;
- ❖ Gesundheitsförderung und Prävention in der Gemeinde;
- ❖ Zusammenarbeit zwischen der politischen und kommunalen Ebene, Bedeutung urbaner Strukturen;
- ❖ Nationale Gesundheitspolitik, Erklärungen und Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention;

### **Berufsbild der dänischen Health Visitors: „Sundhedsplejerske“**

#### **breites Tätigkeitsfeld der dänischen Health Visitors**

In Dänemark arbeiten „Health Visitors“ v.a. in Gemeinden in den Abteilungen Gesundheit und Soziales. Die Tätigkeiten sind vielfältig und umfassen etwa bei jungen Familien entsprechende Unterstützungsleistungen in Eltern- und Gesundheitsfragen (wie z.B. Stillen, Kindererziehung etc.) und Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung [24].

- ❖ Zur Hauptaufgabe zählen die Hausbesuche bei Familien. Dadurch sollen Familien mit sozialen Belastungsfaktoren und medizinischen Risikofaktoren frühzeitig „identifiziert“ und unterstützt werden. Neben den angesprochenen Hausbesuchen zählen auch die Organisation von Selbsthilfegruppen für Mütter mit kleinen Kindern und Aufklärungssprechstunden zu Themen wie Impfungen, Ernährung, Bewegungsverhalten etc. zum Tätigkeitsprofil der „Sundhedsplejerske“. Darüber hinaus fällt auch die Arbeit an Schulen ins Berufsprofil der dänischen Health Visitors. In diesem Zusammenhang geht es v.a. um die Umsetzung von Gesundheits- und Präventionsprogrammen zu Themen, wie Drogenmissbrauch, Teenager-Schwangerschaft, Ernährung etc. Außerdem werden Gesundheitssprechstunden an Schulen angeboten. Die Schwerpunkte und expliziten Einsatzgebiete sind jedoch von der Gemeinde und deren Gesundheitsversorgungsprogramm festgelegt. „In einigen Kommunen kann es etwa auch sein, dass die Gesundheitspflegerinnen hauptsächlich mit MigrantInnen arbeiten oder mit anderen benachteiligten Gruppen“ [24, S. 43].

**Hausbesuche dienen der „Identifizierung“ von Risiko- und Belastungsfaktoren**

## 5.6 Schweden

Aufsuchende Hilfeangebote werden in Schweden, wie etwa in Großbritannien und Dänemark, überwiegend von staatlich anerkannten Pflegekräften geleistet, die (optional) über eine entsprechende Weiterbildung verfügen. Die Zertifizierung, die für die Ausübung des Pflegeberufes notwendig ist, erfolgt durch das „Swedish National Board of Health and Welfare“ (SNBHW).

**Pflegekräfte sind in Bezug auf aufsuchende Hilfen die primär tätige Berufsgruppe**

### 5.6.1 Zulassungsvoraussetzungen für aufsuchende Berufstätigkeit

Die Ausbildung in allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege ist in Schweden auf Universitäten bzw. Fachhochschulen angesiedelt. Der Theorie- und Praxisteil dauert insgesamt drei Jahre und umfasst 4.800 Stunden. Die Inhalte der theoretischen Ausbildung werden größtenteils vom SNBHW und der „Swedish National Agency of Higher Education“ vorgegeben.

**Pflegeausbildung an Universitäten und Fachhochschulen**

Ähnlich wie in Dänemark gelten die vorgesehenen Themen als Orientierungsrahmen, der durch die Schwerpunktlehrpläne an den verschiedenen Universitäten bzw. Fachhochschulen ergänzt bzw. vertieft wird. Der Studienabschluss erfolgt mit einer Bachelorarbeit und der Verleihung des akademischen Grades „Bachelor of Science in Nursing“ [vgl. 24, S. 78f.] bzw. [25].

**Rahmenlehrplan vorgegeben – Differenzierungen durch Schwerpunktausbildungen**

## 5.6.2 Weiterbildung zur „Specialist Primary Health Care Nurses“

<p><b>Weiterbildung stellt Arbeit in einer „Community“ bzw. in einem „District“ ins Zentrum</b></p>	<p>Nach Absolvierung des Grundstudiums besteht die Möglichkeit einer Weiterbildung zur „Specialist Primary Health Care Nurse“. Diese Weiterbildung ist eine unter mehreren Spezialisierungsmöglichkeiten (wie z.B. OP-Krankenpflege; Geriatriepflege; Intensivpflege etc.) für bereits registrierte Pflegekräfte. Der Zielgruppen-, aber auch räumliche Fokus liegt hierbei auf einer bestimmten „Community“ (Zielgruppe, Stadtteil) bzw. auf einem bestimmten „District“ (Stadtteil).</p>
<p><b>Grundstudium und mind. 1-jährige Berufserfahrung nötig</b></p>	<p>Neben der Absolvierung des Grundpflegestudiums müssen die TeilnehmerInnen der Weiterbildung Berufserfahrungen (als Pflegekräfte) im Ausmaß von mindestens 12 Monaten (Vollzeitbeschäftigung) vorweisen können.</p>
<p><b>Angebote basieren auf Geh- und Komm-Strukturen</b></p>	<p>„Specialist Primary Health Care Nurses“ sind sowohl aufsuchend (etwa zu Hause bei den KlientInnen oder in der Schule) tätig, als auch z.B. in Gesundheitszentren, die von den KlientInnen aufgesucht werden.</p>
<p><b>Weiterbildungsinhalte sind seit 2007 landesweit geregelt</b></p>	<p>Prinzipiell, sind seit 2007 durch die schwedische „Higher Education Ordinance“ Standards festgelegt, die für alle Pflegeaus- und Weiterbildungen gelten. Vor dem Hintergrund dieses Policy-Dokuments müssen Weiterbildungen zu einer „Specialist Nurse“ in „Primary Health Care“ folgende Ziele verfolgen:</p>
<p><b>TeilnehmerInnen sollen Verständnis für Wissenschaft und evidenz-basiertem Vorgehen entwickeln</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Vertiefendes Wissen und Verständnis bzgl. <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Erwerb und Anwendung wissenschaftlicher Grundlagen und Kenntnisse aktueller Forschung und Entwicklung;</li> <li>✿ Wissenschaft, evidenzbasiertem Vorgehen und deren Bedeutung für die Ausübung des Berufes;</li> <li>✿ des Grundwissens im Bereich Planung, Steuerung und Koordination im Gesundheitswesen.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Vermittlung von diagnostischen Methoden, Wissen zu Prävention und Stärkung von Sozialkompetenzen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Erwerb von Kompetenzen bzgl. <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Diagnostik und Planung von relevanten Interventionen, eigenständig und zusammen mit KlientInnen und/oder deren Angehörigen;</li> <li>✿ Analyse und Evaluation von medizinischen bzw. pflegerischen Maßnahmen;</li> <li>✿ Health Promotion und Krankheitsprävention, sowie deren kritischer Betrachtung;</li> <li>✿ Umgang mit komplexen Situationen und Fähigkeit, erworbenes Wissen in der Praxis einzusetzen;</li> <li>✿ Empathie und gleichzeitigem professionellem Handeln einschließlich der Betreuung in der Endphase des Lebens;</li> <li>✿ Kompetenzen im Bereich „Health Care Education“.</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Vertiefung in Ethik und Sozialkompetenz bzgl. <ul style="list-style-type: none"> <li>✿ Selbstbewusstsein und Empathievermögen;</li> <li>✿ Beurteilungskompetenz von Maßnahmen aus holistischer Perspektive unter Berücksichtigung von relevanten wissenschaftlichen, sozialen und ethischen Aspekten;</li> <li>✿ Professionellem Umgang mit PatientInnen und deren Angehörigen;</li> <li>✿ Kompetenz zur Selbstreflexion, Motivation zur Weiterbildung und Erkennen von Lernbedarf.</li> </ul> </li> </ul>

Zudem sind u.a. folgende Weiterbildungsinhalte vorgesehen:

- ❖ Erarbeitung von Kompetenzen im Bereich Projektplanung, -durchführung, und -evaluation, sowie Fähigkeiten, passende Interventionen bzw. Strategien zur Gesundheitserziehung (physical, mental and social health) und Krankheitsprävention auszuwählen und einzusetzen;
- ❖ Wissensaneignung im Bereich Medikamentenverordnung basierend auf den Vorgaben des „National Board of Health and Welfare and the Medical Products Agency“ [vgl. 25, S. 2f.].

**Vermittlung von Projektmanagement-Kenntnissen und rechtliche Aspekte zur Verschreibung von Medikamenten**

### Curriculum Beispiel „Linnæus University“

Im Folgenden wird beispielgebend die Weiterbildung zur „Specialist Primary Health Care Nurse“ an der Linnæus University dargestellt. Grundsätzlich stellt diese Weiterbildung in der Pflege die umfangreichste Spezialisierungsmöglichkeit in Schweden dar. Sie umfasst 75 Credits (3 Semester), während der Großteil der übrigen Weiterbildungen zumeist um die 60 Credits oder weniger beträgt. Im Vergleich hierzu: Das Pflegegrundstudium besteht aus insgesamt 180 Credits.

**zeitlich und inhaltlich umfangreiche Weiterbildung**

An der Linnæus University, welche mit ihren 2 Standorten (Kalmar, Växjö) in der Region Småland liegt, wird die Weiterbildung zweisprachig in Schwedisch und Englisch abgehalten. Die Weiterbildung ist als Vollzeitstudium organisiert und besteht aus einem theoretischen und einem klinisch-praktischen Teil.

**bilinguales Vollzeitstudium**

Die Zielsetzung besteht in der Vorbereitung der TeilnehmerInnen auf ihre Arbeit in der primären Gesundheitsversorgung, um den aktuellen und zukünftigen gesellschaftlichen Ansprüchen und deren Auswirkungen auf Individuen, verschiedene Gesellschaftsgruppen etc. zu entsprechen. Um die Qualität des Programms zu gewährleisten werden kontinuierlich interne und extern beauftragte Evaluationen durchgeführt.

**Weiterbildung berücksichtigt Auswirkungen aktueller Gesellschaftsentwicklungen in der primären Gesundheitsversorgung**

Folgende Inhalte werden in der Weiterbildung zur „Specialist Primary Health Care Nurse“ an der Linnæus University gelehrt:

1. Semester:

- ❖ Lebensstil und Gesundheit: Auseinandersetzung mit Themen wie Lifestyle, Gesundheitskonzepten, Gesundheitsförderung, Gesundheitsrisiken, Kommunikationstraining, Ethik, nationale und internationale Forschungsergebnisse;
- ❖ Wissenschaft und Forschung: Wissenschaftstheorie, Forschungsdesign, Datenerhebungs- und Analysemethoden für qualitative und quantitative Forschung, Forschungsethik, Validität, Reliabilität und Objektivität im Rahmen quantitativer Forschung, Kriterien für die Ergebnistransformation qualitativer Forschung;
- ❖ Kindergesundheit.

**allgemeine Einführung in das „Primary Health Care“ – Schwerpunkt u.a. auf Kindergesundheit**

2. Semester:

- ❖ Gesundheit und Krankheit bei Erwachsenen (inkl. älteren Personen);
- ❖ Kompetenzbereiche des „District Nursing“;
- ❖ Klinische Forschung und Studien.

**Weiterbildung nimmt Bezug auf alle Alters- und KlientInnengruppen**

## 3. Semester:

**Vermittlung von klinischem Wissen**

- ✚ Pharmakologie / medikamentöse Wechsel- und Nebenwirkungen;
- ✚ Pathologie / krankheitswertige Verläufe [vgl. 25, S. 3f.].

**Berufsbild „Specialist Primary Health Care Nurse“****breites Angebot, das sowohl „Health Promotion“, Prävention und Versorgung umspannt**

„Specialist Primary Health Care Nurses“ sind zumeist für die gesamte Bevölkerung eines gewissen „Districts“ (Bezirk, Stadtteil etc.) tätig. Gesundheitsförderung und Prävention stehen hierbei im Mittelpunkt, wobei auch klassische Pflegetätigkeiten und sozialpädagogische Interventionen (etwa bei der Arbeit mit Kindern und Familien) erbracht werden.

**Hausbesuche und die Zusammenarbeit über Berufsgruppen hinweg sollen Angebotszugang für KlientInnen einfach machen**

Hausbesuche bei KlientInnen zählen zu den „üblichen“ Kontaktformen der Berufsgruppe, wobei hier vom Krankenpflegepersonal ein besonderes Maß an Empathie und Kommunikationsfähigkeit verlangt wird. Wie bereits bei den aufsuchenden Berufsgruppen in den zuvor beschriebenen Ländern, ist die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit auch bei den schwedischen „Specialist Primary Health Care Nurses“ ein wesentliches Merkmal für die niedrigschwelligen (aufsuchenden) Angebote.

**5.7 Zusammenfassung und Zwischenfazit****Beschreibung von Weiterbildungen für aufsuchende Berufe in 5 europäischen Ländern**

Die Bildungsangebote und Berufsprofile zu aufsuchenden Berufen wurden anhand von Beispielen aus 5 europäischen Ländern dargestellt (Deutschland, Österreich, Großbritannien, Dänemark und Schweden). Unter Beachtung der Zielsetzungen des „Eltern-Kind-Vorsorge neu“ Projekts erfolgte die Auswahl der Beispiele nach den Zielgruppen, die von aufsuchenden Hilfen profitieren sollen (Schwangere, Eltern und Kinder); eine vollständige Erhebung aller länderspezifischen Angebote war nicht beabsichtigt bzw. möglich.

**Weiterbildungen sind auf postgraduate Niveau angesiedelt und richten sich v.a. an Pflegekräfte und Hebammen**

Die Analyse ergab, dass in allen 5 Ländern Bildungsangebote für die Ausübung von aufsuchenden Tätigkeiten bestehen, wobei eine Aus-, Fort- oder Weiterbildung nicht als eine zwingende Voraussetzung für die Berufsausübung angenommen werden kann. In Dänemark gibt es beispielsweise eine Health Visiting Weiterbildung, da aber das dänische Krankenpflege-Grundstudium bereits die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit aufsuchenden Tätigkeiten vorsieht, ist die Krankenpflege in Dänemark a priori ein „aufsuchender Beruf“. Prinzipiell sind alle beschriebenen Bildungsangebote „postgraduale“ Weiterbildungen, die an Hochschulen bzw. anderen tertiären Bildungseinrichtungen angeboten werden. Dadurch sind die Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Aus-, Weiter- bzw. Fortbildung im Bereich aufsuchende Hilfe in den 5 Ländern ähnlich gegeben: Hierbei handelt es sich in erster Linie um abgeschlossene Pflege- oder Hebammenausbildungen sowie um ein- bis mehrjährige Berufserfahrungen im Gesundheitssektor. „Nationale Standards“, die die Inhalte von Aus-, Fort- oder Weiterbildungen in diesem Bereich regeln, sind etwa in Großbritannien vorhanden. Hierbei handelt es sich allerdings größtenteils um Rahmenvorgaben, die im Detail in manchen Regionen bzw. Ländern (wie etwa in Schottland, England etc.) bestimmte Besonderheiten in der Aus-, Fort- oder Weiterbildung aufzeigen können.

**nationale Standards definieren zumeist Rahmenvorgaben, Spezifika von Bildungsangeboten ist vielerorts „Ländersache“**

Die Fokussierung auf Zielgruppen mit spezifischen medizinischen Risiko- und / oder sozialmedizinischen Belastungsfaktoren hat etwa in Deutschland und Österreich Weiterbildungen zu Tage gebracht, die speziell auf die Arbeit mit diesen Gruppen von Schwangeren, Eltern und Kindern vorbereiten sollen (z.B. Familienhebammen). Vor diesem Hintergrund werden v.a. bei Weiterbildungen für die Arbeit mit belasteten Familien Lehrmodule in den Vordergrund gerückt, die die sozial-kommunikativen Kompetenzen der TeilnehmerInnen und deren Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit stärken, ohne dabei die Wissensvermittlung zu medizinischen, psychosozialen Risikofaktoren, Gesundheitsbedrohungen und zu Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention außer Acht zu lassen. Mit diesen Akzentuierungen ergeben sich in weiterer Folge Schwerpunkttätigkeiten (wie Begleitung, Unterstützung, Beratung), die die jeweiligen Berufsprofile entsprechend prägen (siehe z.B. Mobile FrühförderInnen in Österreich).

Zudem gibt es Weiterbildungen für aufsuchende Gesundheitsberufe, die keine spezielle Zielgruppenorientierung vorsehen, sondern in erster Linie für alle Schwangeren, Eltern und Kinder gedacht sind. Hierzu zählen etwa das Health Visiting in Großbritannien oder die Familiengesundheitspflege in Deutschland; letztere zeigt jedoch Schwerpunkte in der Arbeit mit belasteten Familien. Hinsichtlich der Curricula-Inhalte in Großbritannien, Dänemark und Schweden fällt auf, dass auch Inhalte und Themenfelder, wie „Public Health“, „Evidenzbasierung“, „Forschungsmethoden“, „Innovationen im Gesundheitsbereich“ fix verankert sind. Eine Berücksichtigung von Public Health Themen findet sich auch im Curriculum-Vorschlag zur Familiengesundheitspflege/Hebamme für Österreich. Angaben zur Anzahl von aufsuchenden Personen, AbsolventInnenzahlen oder Relationen zwischen Zielgruppen und aufsuchenden Personen konnten nicht oder nur teilweise recherchiert werden.

Die Angaben zum jeweiligen zeitlichen Umfang von Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen (etwa in Form von Tagen, Stunden oder ECTS-Punkten) sind teilweise sehr unterschiedlich, wodurch eine Vergleichbarkeit nur eingeschränkt möglich ist. Die nachstehende Übersichtstabelle fasst noch einige wichtige Merkmale der dargestellten Berufe zusammen.

**Weiterbildungen für die aufsuchende Arbeit mit bestimmten Zielgruppen in Deutschland und Österreich**

**Weiterbildungen für die Arbeit mit allgemeinen Zielgruppen in Großbritannien und Skandinavien**  
**Weiterbildungen orientieren sich an Public Health Konzepten**  
**(teils) fehlende Größenangaben zu AbsolventInnenzahl, insgesamt Beschäftigte**

**unterschiedliche Angaben zum zeitlichen Umfang der Bildungsangebote erschweren Vergleichbarkeit**

Tabelle 5.7-1: Länderübersicht zu Bildungsoptionen für den Bereich aufsuchende Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder

Land	Deutschland		Österreich			UK	Dänemark	Schweden
Curricula-Bezeichnung	FGP / FGH <sup>36</sup>	Familien- hebamme	FGP-H <sup>37</sup>	Familien- hebamme	Mobile Frühför- derung	SPC-Public Health Nurse <sup>38</sup>	Health Visitor	SPHCN <sup>39</sup>
Potentielle TeilnehmerInnen	✳ Pflegekräfte; ✳ Hebammen	Hebammen	✳ Pflegekräfte; ✳ Hebammen	✳ Hebammen; ✳ Pflegekräf- te <sup>40</sup> ; ✳ Sozialarbeits- Innen <sup>41</sup>	Abgeschlossene Ausbildung in ei- nem Gesundheits- bzw. Sozialber- euf <sup>42</sup>	✳ Pflegekräfte; ✳ Hebammen	Pflegekräfte	Pflegekräfte
Leistungsreichweite	Universal- u. Ziel- gruppenange- bot	Zielgruppenange- bot	Universal- u. Ziel- gruppenange- bot	Zielgruppenange- bot	Zielgruppenange- bot	Universalangebot	Universalangebot	Universalangebot

<sup>36</sup> Familiengesundheitspflegerinnen bzw. -hebammen

<sup>37</sup> Familiengesundheitspflege/Hebamme (hierbei handelt es sich um einen Curriculum-Vorschlag, der bislang in Österreich keine Umsetzung fand) – die Ausführungen in der Tabelle beziehen sich v.a. auf den Lehrgang „Familiengesundheitspflege“ siehe 5.3.1

<sup>38</sup> Specialist Community Public Health Nurse

<sup>39</sup> Specialist Primary Health Care Nurse

<sup>40</sup> Diplomierte Kinderkrankenschwestern- bzw. pfleger

<sup>41</sup> Im Falle von freien Plätzen in den Kursen;

<sup>42</sup> Hierzu zählen: Heilpädagogik, Pädagogik, Psychologie, Medizin, Psychotherapie, sozialer Bereich.

Land	Deutschland		Österreich			UK	Dänemark	Schweden
<b>Zielgruppen in Bezug auf Eltern-Kinder Programme</b>	Familie (allgemein)	Schwangere / Mütter mit Kindern in Belastungssituationen	Familie (allgemein)	Schwangere / Mütter mit Kindern in Belastungssituationen	Familien mit entwicklungsgefährdeten, -verzögerten od. behinderten Kindern	Schwangere, Eltern und Kinder (allgemein)	Schwangere, Mütter mit Kindern, Jugendlichen (allgemein)	Schwangere, Eltern und Kinder (allgemein)
<b>Tätigkeitsschwerpunkte (Auswahl)</b>	u.a. Prävention, GH <sup>43</sup> -Förderung, psychosoziale Beratung/ Unterstützung, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. Motivationsarbeit, Konflikt-Beratung, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. mobile Pflege und Betreuung; Prävention, GH-Förderung, standardisierte Erhebung von Interventionsbedarf, „Familiengespräche“; Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. frühzeitiges Erkennen von Risiken und Belastungen; GH-Förderung, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. Entwicklungsförderung des Kindes, Familienbegleitung, Unterstützung der Eltern, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. Prävention, GH-Förderung, „Empowerment“ und GH-Schutz, „limitierte Medikation“, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. Prävention, frühzeitige Identifikation von sozialen Belastungen, Hilfe bei der Selbstorganisation, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.	u.a. Pflegetätigkeiten, Prävention, GH-Förderung, sozialpädagogische Interventionen, „limitierte Medikation“, Vernetzung mit anderen GH-Berufen etc.

---

<sup>43</sup> Gesundheits ...



# 6 Zusammenfassende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen

## 6.1 Hintergrund

Im Rahmen einer systematischen Literatursuche und einer Handsuche (zur Methodologie siehe Kapitel 2.2) wurden 6 Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen identifiziert, die sich entlang unterschiedlicher Endpunkte mit der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen für die Zielgruppen Schwangere, Eltern, Kinder beschäftigten.

Bevor die Ergebnisse der Literaturübersicht dargestellt werden, soll jedoch kurz auf ein methodisches Spannungsfeld hingewiesen werden, das sich bei Wirksamkeitsanalysen zu aufsuchenden Hilfen eröffnet. Systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen und kontrollierte Studiendesigns spielen v.a. bei der Nutzenüberprüfung von „klinischen Interventionen“ eine unverzichtbare Rolle. Darüber hinaus werden jedoch etwa systematische Übersichtsarbeiten auch im „Public Health“ Feld bzw. für sozialwissenschaftliche Fragestellungen eingesetzt (siehe hierzu etwa die Cochrane Collaboration bzw. die Cambell Collaboration).

Die Komplexität von „sozialen Interventionen“ (wie etwa jene im Bereich der aufsuchenden Hilfen) ergibt jedoch einige methodische Herausforderungen. Das NHS fasst dies im „Evidence briefing“ zu „Ante-and postnatal home visiting programmes“ folgendermaßen zusammen: „At review (rather than single study) level, meta-analyses and systematic reviews of effectiveness can be very powerful tools for demonstrating the impact (or lack of it) of an intervention. However, they rely heavily on controlled evaluation studies, and quantifiable outcome variables. In contrast, home visiting and its impact are highly complex and relational, and almost impossible to fully capture in terms of quantitative and statistical outcomes alone. Public health priorities often do not ‘fit’ easily into these types of study designs“ [12, 6]. Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist die nachfolgende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen mit Bedacht und im Kontext der angeführten Limitationen (siehe Kapitel 8) zu interpretieren.

**6 Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen**

**methodische Herausforderungen bei der „Bewertung von Wirksamkeit“**

## 6.2 Beschreibung der Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen

Die Qualitätsüberprüfung der 6 eingeschlossenen Übersichtsarbeiten ergab für je 3 Reviews eine „gute“ bzw. „ausreichende“ Qualität (eine genaue Darstellung der Qualitätsüberprüfung findet sich im Appendix).

Von den 6 Reviews stammen 3 aus Großbritannien, 2 aus den USA und 1 aus Australien. Die Übersichten bzw. Meta-Analysen enthalten randomisiert-kontrollierte Studien zu aufsuchenden Hilfen, die im Zeitraum von 1966 – 2007 veröffentlicht wurden. Sowohl die Darstellung der beschreibenden Merkmale als auch die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgen in rein „qualitativer Form“. Tabelle 6.2-1 gibt die Charakteristika der Reviews

**je 3 Reviews von „guter“ bzw. „ausreichender“ Qualität**

**6 Reviews bzw. Meta-Analysen mit Studien im Zeitraum zwischen 1966 und 2007**

bzw. Meta-Analysen (inkl. Design, Zeitraum und Anzahl der Studien, Zielgruppen, Interventionssetting, aufsuchende Berufsgruppen und Einschlusskriterien für die zugrundeliegenden Studien) wider.

Tabelle 6.2-1: Eingeschlossene Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen aus der systematischen Literatursuche und Handsuche

StudienautorInnen / Jahr / Land	Studiendesign	Zeitraum und Anzahl eingeschlossener Programme / Studien	Zielgruppen	Interventionssetting	Aufsuchende Berufsgruppen	Einschlusskriterien
Nievar, 2010, UK [26]	Meta-Analyse	1980-2007: 29	Gefährdete Familien	Home Visiting	Krankenpflegepersonal, BeraterInnen (ohne Spezifikation), PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, geschulte Laien	Programme, die sich an gefährdete Familien richten (z.B. Familien in deprivierten Wohngebieten, niedriger Einkommensstatus, Teenage-Schwangerschaften etc.);
Kendrick, 2008, UK [27]	Systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse	1977-2005: 15	Gefährdete Familien	Home Visiting und kinderärztliche Ordinationen	Krankenpflegepersonal, Health visitors, PsychologInnen, PädagogInnen („early childhood education graduates“), SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, geschulte Laien	RCTs, non-RCTs, kontrollierte Vorher-Nacher Studien, die sich mit Elternkompetenz- Interventionen befassen;
Doggett, 2005, AUS [28]	Systematische Übersichtsarbeit	1994-2003: 6	Frauen während und nach der Schwangerschaft mit Alkohol- oder Drogenproblemen	Home Visiting	ÄrztInnen, Krankenpflegepersonal, Hebammen, SozialarbeiterInnen, BeraterInnen (ohne Spezifikation), geschulte Laien	Randomisierte oder quasi-randomisierte Studien zu Home Visiting Programmen
Aos, 2004, USA [29]	(Systematische) Übersichtsarbeit <sup>44</sup>	1970-2004: 14	Gefährdete Familien und Schwangere	Home Visiting; Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder	Krankenpflegepersonal, Laien (Angaben nicht vollständig verfügbar)	Evaluationen zu Präventions- und Frühe Hilfen Programmen

<sup>44</sup> Siehe hierzu Anmerkungen im Appendix (Kapitel 11.3)

StudienautorInnen / Jahr / Land	Studiendesign	Zeitraum und Anzahl eingeschlossener Programme / Studien	Zielgruppen	Interventionssetting	Aufsuchende Berufsgruppen	Einschlusskriterien
McNaughton, 2004, USA [30]	Systematische Übersichtsarbeit	1980-2000: 13	Gefährdete jugendliche Mütter; gefährdete Schwangere; Mütter und Neugeborene mit geringem Risikopotential; Neugeborene ohne Gesundheitsgefährdung; verheiratete Mütter mit reifgeborenem Kind	Home Visiting	Ausschließlich Krankenpflegepersonal	Studien zur Effektivität von Home Visiting am Beispiel ausgewählter Gesundheitsberufsgruppen;
Elkan, 2000, UK [9]	Systematische Übersichtsarbeit	1966-1997: 102	Mütter mit Neugeborenen mit geringem medizinischem Risikopotential; Mütter mit Neugeborenen mit geringem Geburtsgewicht; Frauen mit geringem Einkommen und gesundem Kind; unverheiratete, sozio-ökonomisch belastete Mütter mit Neugeborenen	Home Visiting	Studien aus UK: Britische Health visitors; internationale Studien: aufsuchende Berufsgruppen, deren Aufgabenbereiche mit jenen der britischen Health Visitors verglichen werden können;	RCTs, non-RCTs und kontrollierte Vorher-Nachher Studien

### 6.2.1 Zielgruppen-Fokus und Interventionssetting

Alle Reviews fokussierten auf Zielgruppen mit medizinischen bzw. sozialmedizinischen Belastungsfaktoren. 4 Reviews ([26], [27], [28], [29]) beschränkten sich hierbei ausschließlich auf Risikogruppen, 2 weitere schlossen Zielgruppen mit und ohne Risikoindikatoren ein ([30], [9]).

Bei allen Reviews wurde die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen im Wohnbereich der Zielgruppen („Home Visiting“) untersucht; eine Studie beschäftigte sich neben Hausbesuchen auch mit aufsuchender Hilfe in Form von „early childhood development programs“ in anderen Settings [29].

**medizinische und / oder sozialmedizinische Belastungsfaktoren im Fokus**

**Wohnbereich der Zielgruppen als primäres Interventionssetting**

### 6.2.2 Aufsuchende Berufsgruppen

Hinsichtlich der involvierten Berufsgruppen zeigt sich in den 6 Reviews, dass in den Studien die aufsuchenden Tätigkeiten sowohl von Angehörigen des Pflege- als auch des Sozialbereichs durchgeführt wurden. Hierzu zählten etwa Krankenpflegepersonal (Nurses, Public Health Nurses, Child Health Nurses etc.), Hebammen oder SozialarbeiterInnen. Zudem wurden die aufsuchenden Hilfen von medizinischen und psychologischen Fachkräften (ÄrztInnen, „ExpertInnen seelischer Gesundheit“), speziellen Health Visitors, geschulten Laien und PädagogInnen erbracht.

**breites Feld an aufsuchenden Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, sowie „Laien“**

## 6.3 Endpunkte bei der Messung der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen

Die folgende Übersichtstabelle (Tabelle 6.3-1) enthält jene Outcomes, die in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen im Zusammenhang mit aufsuchenden Hilfen gemessen wurden. Hiermit soll dargelegt werden, welche Endpunkte in den Reviews erhoben wurden, um letztlich die thematische Bandbreite sichtbar zu machen. Grundsätzlich wurde zwischen Outcomes unterschieden, die sich auf Kinder („Child outcomes“; mit einer zusätzlichen Kategorie für Jugendliche, die im Langzeitverlauf untersucht wurden) bzw. Mütter/Eltern („Mother/parent outcomes“ inkl. Schwangere) oder auf mehrere Zielgruppen (Schwangere/Mütter/Eltern und Kinder) bezogen haben („Joint-outomes“).

**Endpunkte für Kinder, Schwangere/Mütter bzw. Eltern und mehrere Zielgruppen**

Die Tabelle 6.3-1 enthält nähere Begriffserklärungen und entsprechende Operationalisierungen, die den Review-Angaben folgen.

Tabelle 6.3-1: Übersicht und Beschreibung von Endpunkten nach Zielgruppen

Child/adolescent outcomes	Allgemeine Beschreibung
<b>General child health</b>	Allgemeine physische und/oder mentale und kognitive Entwicklung bzw. Gesundheit des Kindes
<b>Social and emotional functioning</b>	Soziale und emotionale Entwicklung; Ausmaß an sozialen und emotionalen Problemen; kindliche Verhaltensprobleme;
<b>Birth weight</b>	Geburtsgewicht
<b>Preterm birth</b>	Frühgeburtlichkeit
<b>Mortality</b>	Mortalität
<b>Infant (re)hospitalisation</b>	Wiederholte Spitalsaufenthalte des Säuglings / Kleinkindes
<b>Immunisation status</b>	Impfstatus
<b>Children's diet/eating habits</b>	Essgewohnheiten von Kindern (inkl. Diätverhalten)
<b>Abuse, maltreatment, neglect</b>	Misshandlung, Vernachlässigung
<b>Relevant longterm-outcomes for children / adolescents</b>	Diese Kategorie bezieht sich ausschließlich auf Langzeitverläufe von Kindern bzw. Jugendlichen und umfasst folgende Einzelkategorien: schulische Leistungen; Häufigkeiten zum Weglaufen von elterlicher Wohnumgebung; Häufigkeit von Arresten, Häufigkeit von Verurteilungen und Missachtung von Bewährungsaufgaben; Zigarettenkonsum pro Tag; Alkoholkonsum; Verhaltensprobleme in Zusammenhang mit Substanzmissbrauch

Mother/parent outcomes <sup>45</sup>	Allgemeine Beschreibung
<b>General maternal health</b>	Allgemeine physische und/oder mentale Gesundheit der Mutter
<b>Maternal/parental sensitivity</b>	Feinfühligkeit, Gefühlszustand der Mutter/Eltern gegenüber ihrem Kind; Wahrnehmungsvermögen der Mutter/Eltern gegenüber Gemütsverfassung des Kindes; allgemeine Elternkompetenzen
<b>Maternal depression</b>	Krankheitslast von Depression bei Müttern
<b>Educational status</b>	Ausbildungsstand; Teilnahme an (öffentlich zertifizierten) Bildungsmaßnahmen
<b>Contraception use</b>	Verwendung von Verhütungsmitteln
<b>Repeat pregnancies</b>	Wiederholte Schwangerschaft(en)
<b>Teenage pregnancy</b>	Teenage-Schwangerschaft
<b>Substance abuse</b>	Substanzmissbrauch
<b>Breastfeeding</b>	Stillen; Stillprobleme
<b>Social support/capital</b>	Einbindung in soziale Netzwerke; Ausmaß an Unterstützung durch Sozialkontakte zur Problembewältigung
<b>Economic self-sufficiency</b>	Ökonomische Unabhängigkeit innerhalb der Familie bzw. zwischen PartnerInnen (z.B. Beschäftigungsausmaß; Haushaltseinkommen insgesamt und je PartnerIn; Inanspruchnahme von öffentlichen Unterstützungen, wie Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, diverse Zuschüsse etc.).
<b>Crime</b>	Straffälligkeit der Eltern

<sup>45</sup> Inkl. schwangere Frauen („pregnant women“)

Joint-outcomes	Allgemeine Beschreibung
<b>Mother-child interaction</b>	Qualität der Mutter-Kind Interaktionen
<b>Use of health care/community-based services</b>	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. Leistungen des öffentlichen Gemeinwesens (z.B. Bildungs-; Sozial- und Therapieeinrichtungen)
<b>Home environment</b>	Qualität der Wohnumgebung inkl. verfügbare Kinderspielwaren; kindergerechte Adaption des Wohnraumes (inkl. Verringerung von Haushaltsunfällen); „Elternengagement“ in der Beschäftigung mit dem Kind; Verantwortungsbewusstsein der Eltern etc.

Bei den dargestellten Endpunkten, die in den eingeschlossenen Übersichten bzw. Meta-Analysen für die Messung der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen gewählt wurden, handelt es sich großteils um übergeordnete Kategorien. Bei mehreren Outcomes zeigen sich zudem „Subkategorien“, wie z.B. bei der „General child health“, die in den eingeschlossenen Reviews teils unterschiedlich operationalisiert bzw. gemessen wurde (z.B. die intellektuelle Entwicklung des Kindes; die allgemeine körperliche Gesundheit; die motorische Entwicklung etc.). Die jeweiligen spezifischen Unterkategorien der Endpunkte werden an den entsprechenden Stellen im folgenden Kapitel genannt.

**Endpunkte zur Messung von Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen gliedern sich mitunter in „Subkategorien“**

## 6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen

Nachstehend werden ausgehend von den Forschungsfragen (siehe Kapitel 1.4) und auf Basis der Reviews einige Kernaussagen und Schlussfolgerungen in Bezug auf die gemessenen Endpunkte formuliert. Dies dient in erster Linie als eine Entscheidungshilfe hinsichtlich der Gestaltung eines „nationalen“ bzw. flächdeckenden Programms von aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder.

**Entscheidungshilfe für die Gestaltung von aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder**

Die eingeschlossenen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen dienen v.a. der Darstellung von Trends und Tendenzen und sollen ein „Gesamtbild“ hinsichtlich der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder skizzieren, das im Rahmen dieser zusammenfassenden Literaturübersicht gewonnen wurde. Die Zusammenfassung zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen wird zudem im Kapitel 6.5 mit den Ergebnissen aus einem „Evidence briefing“ kontrastiert, welches das britische NHS 2004 publizierte [12]. Hierbei handelt es sich um einen „Review of reviews“ (auf Basis von 9 Übersichtsarbeiten), in dem das NHS die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen zu bestimmten Outcomes zusammenfasst. Die Unterteilung, die in dem NHS-Bericht hierbei vorgenommen wurde orientierte sich

**Reviews bzw. Meta-Analysen zeigen Trends bezüglich Wirksamkeit**

**Vergleich der Ergebnisse mit einem „NHS-Evidence briefing“ zu aufsuchenden Hilfen**

an folgenden allgemeinen Endpunkten: „Child health outcomes“; „Parenting“ und „Maternal outcomes“.<sup>46</sup>

In den folgenden Tabellen werden die Ergebnisse der jeweiligen Zielgruppen-Outcomes („Child/adolescent“; „Mother/parents“; „Joint-outcomes“) dargestellt. Für die Ergebnispräsentation wird folgende Unterscheidung vorgenommen:

Abkürzung	Beschreibung
<b>IG &gt; KG</b>	Die Reviews geben Hinweise bzgl. einer Überlegenheit der Interventionsgruppe (IG) gegenüber der Kontrollgruppe (KG).
<b>IG &lt; KG</b>	Die Reviews geben Hinweise bzgl. einer Unterlegenheit der Interventionsgruppe (IG) gegenüber der Kontrollgruppe (KG).
<b>IG = KG</b>	In den Reviews konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden.
<b>IG ? KG</b>	Die Reviews berichten von unzureichender Evidenz („insufficient evidence“; „weak evidence“) – z.B. aufgrund zu kleiner Populationen, großer Heterogenität der Ergebnisse etc.
<b>Keine Evidenz</b>	Die Reviews berichten von fehlender Evidenz, da die zugrundeliegenden Studien keine Erhebungen zu den jeweiligen Outcomes durchgeführt haben.

Da sich mitunter manche Endpunkte auf unterschiedliche Ausprägungen beziehen (wie z.B. bei „General child health“), finden sich in den nachfolgenden Tabellen bei den Outcomes stellenweise mehrere Ergebnisse angeführt.

<sup>46</sup> Zudem widmet sich der NHS-Bericht noch den Themen „Cost effectiveness“ und „Delivery and implementation of home-visiting programmes“ – diese beiden Bereiche finden jedoch in diesem Bericht keine Berücksichtigung (siehe [12] Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill C, Health Development Agency. Ante- and post-natal home-visiting (evidence briefing): NHS Health Development Agency; 2004.).

Tabelle 6.4-1: Evidenz-Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zu „Child/adolescent outcomes“

Child / adolescent outcomes	n Reviews je Outcome	Nievar, 2010 [26]	Kendrick, 2008 [27]	Doggett, 2005 [28]	Aos, 2004 [29]	McNaughton, 2004 [30]	Elkan, 2000 [9]
General child health	3	---	---	No evidence / IG ? KG	---	IG > KG / IG ? KG	IG > KG / IG ? KG / IG = CG
Social and emotional functioning	1	---	---	---	---	---	IG > KG
Birth weight	1	---	---	---	---	IG ? KG	---
Preterm birth	2	---	---	No evidence	---	IG ? KG	---
Mortality	1	---	---	No evidence	---	---	---
Infant (re)hospitalisation	2	---	---	No evidence	---	---	IG = CG
Immunisation status	1	---	---	---	---	---	IG = CG
Children's diet / eating habits	1	---	---	---	---	---	IG ? KG
Abuse, maltreatment, neglect	4	---	---	No evidence	IG > KG	IG > KG	IG ? KG
Relevant longterm-outcomes for children / adolescents	2	---	---	No evidence	IG > KG / IG = KG	---	---

Tabelle 6.4-2: Evidenz-Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zu „Mother/parent outcomes“

Mother/parent outcomes	n Reviews je Outcome	Nievar, 2010 [26]	Kendrick, 2008 [27]	Doggett, 2005 [28]	Aos, 2004 [29]	McNaughton, 2004 [30]	Elkan, 2000 [9]
General maternal health	2	---	---	No evidence	---	IG > KG	---
Maternal/parental sensitivity	3	IG > KG	---	---	---	IG > KG	IG > KG
Maternal depression	1	---	---	---	---	---	IG > KG
Educational status	3	---	---	---	IG = KG	IG > KG	IG ? KG
Contraception use	1	---	---	---	IG = KG	---	---
Repeat pregnancies	1	---	---	---	---	---	IG ? KG
Teenage pregnancy	2	---	---	No evidence	IG = KG	---	---
Substance abuse	2	---	---	No evidence	IG = KG	---	---
Breastfeeding	2	---	---	---	---	IG = KG	IG > KG
Social support/capital	1	---	---	---	---	---	IG > KG / IG ? KG
Economic self-sufficiency	3	---	---	No evidence	IG = KG	---	IG ? KG
Crime	1	---	---	---	IG > KG	---	---

Tabelle 6.4-3: Evidenz-Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zu „Joint-outcomes“

Joint-outcomes	n Reviews je Outcome	Nievar, 2010 [26]	Kendrick, 2008 [27]	Doggett, 2005 [28]	Aos, 2004 [29]	McNaughton, 2004 [30]	Elkan, 2000 [9]
Mother-child interaction	1	---	---	---	---	IG > KG	---
Use of health care/community-based services	3	---	---	---	IG = KG	IG > KG	IG ? KG / IG = CG
Home environment	4	---	IG > KG	No evidence	---	IG > KG	IG > KG

## 6.4.1 „Child/adolescent outcomes“

<p><b>Kindergesundheit und -entwicklung in 3 von 6 Reviews untersucht</b></p> <p><b>Hinweise für Verbesserungen bei bestimmten „Subkategorien“ zur Kindergesundheit ...</b></p> <p><b>... jedoch auch Hinweise für keine Gruppenunterschiede bzw. unzureichende und fehlende Evidenz</b></p>	<p><b>General child health</b></p> <p>3 von 6 Reviews haben die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen in Bezug auf die allgemeine Gesundheit und Entwicklung von Kindern erhoben. Aufgrund verschiedener „Subkategorien“, die im Zusammenhang mit der physischen und psychischen Gesundheit stehen, ergeben sich unterschiedliche Ergebnislagen.</p> <p>Eine Überlegenheit der Interventionsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen fand sich in 2 Übersichten und bezog sich auf eine verbesserte <i>intellektuelle Entwicklung</i> [9] und auf Verbesserungen der <i>allgemeinen körperlichen Gesundheit</i> [30]. In 1 Übersichtsarbeit fand sich kein Gruppenunterschied bezüglich der <i>motorischen Entwicklung</i> [9]. Von unzureichender Evidenz wird in 3 Übersichten berichtet. Hierbei handelt es sich um Outcomes zur allgemeinen <i>kognitiven Entwicklung</i> [30], zur <i>kognitiven Kindesentwicklung zum Zeitpunkt des Schuleintritts</i> [28] sowie zur kindlichen <i>Gewichts- und Größenentwicklung</i> [9]. 1 Review berichtet von fehlender Evidenz bezüglich der Wirksamkeit von aufsuchenden pränatalen Hilfen im Hinblick auf die <i>Entwicklung des ungeborenen Kindes</i> [28].</p>
<p><b>Hinweise für verbesserte soziale bzw. emotionale Entwicklung</b></p>	<p><b>Social and emotional functioning</b></p> <p>1 Review von 6 fokussierte auf die soziale und emotionale Entwicklung des Kindes und stellte signifikante Verbesserungen in den Interventionsgruppen gegenüber den Vergleichsgruppen fest [9].</p>
<p><b>unzureichende Evidenz bzgl. Beeinflussung des Geburtsgewichts</b></p> <p><b>keine/unzureichende Evidenz für Beeinflussung von Frühgeburten</b></p>	<p><b>Birth weight und Preterm Birth</b></p> <p>1 Übersicht von 6 berichtet zum Geburtsgewicht von Kindern in Gruppen mit bzw. ohne aufsuchenden Hilfen. Die Heterogenität der Ergebnisse lässt jedoch keine eindeutigen Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen zu [30].</p> <p>In 2 von 6 Reviews wurde die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen zur Vermeidung von Frühgeburten untersucht, wobei zum einen eine unzureichende Evidenz [30], zum anderen keine Evidenz festgestellt wurde [28].</p>
<p><b>keine Aussagen zu perinataler Mortalität möglich</b></p>	<p><b>Mortality</b></p> <p>1 Review von 6 untersuchte aufsuchende Hilfen im Hinblick auf die perinatale Mortalität und fand hierzu keine Evidenz [28].</p>
<p><b>kein Hinweis auf Wirksamkeit bzw. keine Evidenz zu stationären Aufenthalten</b></p>	<p><b>Infant (re)hospitalisation</b></p> <p>In 2 von 6 Reviews wurde der Zusammenhang zwischen aufsuchenden Hilfen und der Rate an stationären Aufenthalten von Kindern untersucht. Während eine Übersicht hierzu keine Gruppenunterschiede feststellen konnte [9], berichtet ein weiterer Review von fehlender Evidenz [28].</p>
<p><b>keine Gruppenunterschiede bzgl. Impfstatus</b></p>	<p><b>Immunisation status</b></p> <p>1 Review von 6 beschäftigte sich mit dem Impfstatus von Kindern in Gruppen mit bzw. ohne aufsuchenden Hilfen, wobei sich keine Gruppenunterschiede zeigten [9].</p>

#### Children's diet/eating habits

Der Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf die Essgewohnheiten von Kindern wurde in 1 Review von 6 untersucht und berichtet hierzu von unzureichender Evidenz [9].

**unzureichende Evidenz hinsichtlich Ernährungsge-  
wohnheiten**

#### Abuse, maltreatment, neglect

4 von 6 Reviews haben die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen in Bezug auf eine Kindeswohlgefährdung erhoben.

**Kindeswohlgefährdung/  
-misshandlung in 4 von  
6 Reviews untersucht:**

In 2 Übersichtsarbeiten fanden sich signifikante Verbesserungen in den Interventionsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen im Hinblick auf eine *geringere Inzidenz von Kindesmisshandlungen* ([30], [29]).

**Hinweise für  
Wirksamkeit, ebenso  
aber Berichte über  
unzureichende/  
fehlende Evidenz**

Von unzureichender Evidenz wird in 1 von 6 Reviews berichtet (in Bezug auf die *Inzidenz von Kindesmisshandlungen*) [9].

Fehlende Evidenz hinsichtlich der *Vermeidung von Kindeswohlgefährdung* durch aufsuchenden Hilfen wird in einem weiteren Review berichtet [28].

#### Relevant longterm-outcomes

In 2 von 6 Übersichten wurden die Langzeitverläufe von Kindern mit und ohne aufsuchenden Hilfen untersucht. Hierbei zeigten sich in 1 Review einerseits *geringere Kriminalitätsraten* von Kindern und Jugendlichen in den Interventionsgruppen, andererseits konnten keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der *Rate an „High School“ Abschlüssen* festgestellt werden [29]. Keine Evidenz fand sich in 1 Review zu *schulischen Leistungen und erfolgreichen Schulabschlüssen* [28].

**Hinweise auf geringere  
Kriminalität, keine  
Gruppenunterschiede  
bzw. keine Evidenz bei  
Schulabschlüssen**

### 6.4.2 „Mother/parent outcomes“

#### General maternal health

Die allgemeine körperliche Gesundheit von Müttern bzw. Schwangeren mit und ohne aufsuchenden Hilfen wurde in 2 von 6 Übersichtsarbeiten untersucht.

**körperliche Gesundheit  
der Mütter in 2 von 6  
Reviews untersucht:**

Während 1 Review signifikante Verbesserungen hinsichtlich der *allgemeinen körperlichen Gesundheit von Müttern* in den Interventionsgruppen festhält [30], wird in einer anderen Übersichtsarbeit von einer fehlenden Evidenz im Hinblick auf die *physische Gesundheit von Schwangeren* mit und ohne aufsuchenden Hilfe berichtet [28].

**Hinweise für positive  
Beeinflussung bei  
Müttern, fehlende  
Evidenz für Einfluss auf  
Schwangere**

#### Maternal/parental sensitivity

3 von 6 Reviews haben die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen in Bezug auf die Feinfühligkeit der Mutter bzw. der Eltern hinsichtlich kindlicher Bedürfnisse untersucht. In 2 Übersichtsarbeiten ([30], [9]) und 1 Meta-Analyse [26] wurde hierbei eine Überlegenheit der Interventionsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen festgestellt.

**Hinweise für erhöhte  
Feinfühligkeit der  
Mütter/ Eltern in 2  
Übersichten und 1 Meta-  
Analyse**

<b>Hinweise für Wirksamkeit bzgl. postpartaler Depressionen</b>	Maternal depression	1 Review von 6 beschäftigte sich dem Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf den Verlauf von postpartalen Depressionen und berichtet hierzu von einer Überlegenheit der Interventionsgruppen gegenüber den Vergleichsgruppen [9].
<b>Hinweise für positive Beeinflussung des Bildungsverlaufs von Müttern, neben keinen Gruppenunterschieden bzw. unzureichender Evidenz</b>	Educational status	Der Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf den Bildungsverlauf von Müttern wurde in 3 von 6 Reviews untersucht. Eine signifikante Überlegenheit der Interventionsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen wurde in 1 Review erhoben [30]. Eine andere Übersichtsarbeit fand keine Gruppenunterschiede [29] und in einem weiteren Review wurde eine unzureichende Evidenz festgestellt [9].
<b>keine Gruppenunterschiede bzgl. Kontrazeptiva- verwendung</b>	Contraception use	1 von 6 Übersichten untersuchte die Verwendung von Verhütungsmitteln in Gruppen mit bzw. ohne aufsuchenden Hilfen und stellte dabei keine Gruppenunterschiede fest [29].
<b>unzureichende Evidenz für Einfluss auf nachfolgende Schwangerschaften</b>	Repeat pregnancies	Die Anzahl von nachfolgenden Schwangerschaften in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen wurde in 1 von 6 Reviews untersucht, wobei hierzu von unzureichender Evidenz hinsichtlich des Einflusses auf die Anzahl nachfolgender Schwangerschaften berichtet wird [9].
<b>keine Gruppenunterschiede bzw. fehlende Evidenz zu Einfluss auf Teenage- Schwangerschaften</b>	Teenage pregnancy	2 von 6 Reviews haben auf aufsuchende Hilfen im Zusammenhang mit Teenage-Schwangerschaften fokussiert. Hierbei zeigte 1 Review [29] keine Gruppenunterschiede in Bezug auf den Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf die Anzahl von Schwangerschaften im Teenage-Alter. Eine generell fehlende Evidenz zum Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf Teenage-Schwangerschaften wird in einem weiteren Review festgestellt [28].
<b>keine Gruppenunterschiede bzgl. allgemeinem Substanzkonsum, keine Evidenz für reduzierten Alkohol-/ Drogenkonsum</b>	Substance abuse	In 2 von 6 Reviews wurde die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen bei substanzabhängigen Schwangeren bzw. Müttern untersucht. In 1 Übersichtsarbeit konnten keine Gruppenunterschiede in Bezug auf den <i>allgemeinen Substanzkonsum</i> erhoben werden [29]. In einer weiteren Arbeit wurde das Fehlen von Evidenz im Hinblick auf einen <i>reduzierten Alkohol- oder Drogenkonsum</i> bei Schwangeren oder Müttern mit Kindern durch aufsuchende Hilfen festgestellt [28].
<b>Hinweise für Zunahme stillender Mütter, keine Gruppenunterschiede bzgl. Stildauer</b>	Breastfeeding	2 Reviews von 6 beschäftigten sich mit dem Stillen. Eine Übersichtsarbeit stellte hierbei eine signifikante <i>Zunahme von stillenden Müttern</i> in den Interventionsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen fest [9]. In einer weiteren Übersichtsarbeit konnten keine Gruppenunterschiede in Bezug auf die <i>Stildauer</i> festgestellt werden [30].

#### Social support/capital

1 Übersichtsarbeit von 6 untersuchte die sozialen Netzwerke von Müttern bzw. Schwangeren mit und ohne aufsuchenden Hilfen. Während sich hinsichtlich der *Qualität der sozialen Kontakte* in den Interventionsgruppen signifikante Verbesserungen zeigten, war die Evidenz in Bezug auf die *Größe der Netzwerke* unzureichend [9].

**Hinweise für Verbesserung in Qualität der sozialen Kontakte, unzureichende Evidenz für Netzwerkgröße**

#### Economic self-sufficiency

3 Reviews von 6 untersuchten die ökonomische Situation in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen.

**ökonomische Situation in 3 von 6 Reviews untersucht:**

1 Review berichtet hierzu von keinen signifikanten Gruppenunterschieden [29]. Das Fehlen von aussagekräftigen Ergebnissen (in Bezug auf das *Beschäftigungsmaß der Mütter*) wird in einer weiteren Übersichtsarbeit angemerkt [9]. 1 Übersicht berichtet von gänzlich fehlender Evidenz im Hinblick auf *ökonomische Aspekte* (wie z.B. Beschäftigungsverhältnisse bzw. Arbeitslosigkeit) im Zusammenhang mit aufsuchenden Hilfen [28].

**heterogene Reviewergebnisse**

#### Crime

1 Review von 6 untersuchte die Straffälligkeit von Müttern in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen und berichtet von signifikant geringeren Kriminalitätsraten in den Interventionsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen [29].

**Hinweise auf geringere Kriminalität von Müttern**

### 6.4.3 „Joint-outcomes“

#### Mother-child interaction

1 Übersichtsarbeit von 6 beschäftigte sich mit der Mutter-Kind Interaktion in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen und stellte eine signifikante Überlegenheit der Interventionsgruppen gegenüber den Vergleichsgruppen fest [30].

**Hinweise für verbesserte Mutter-Kind Interaktion**

#### Use of healthcare/community-based services

3 Reviews von 6 untersuchten die Nutzung bzw. die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen. In einem Review wird hierzu von einer *verbesserten Nutzung von Gesundheitsleistungen* in den Interventionsgruppen berichtet [30]. Keine Gruppenunterschiede zeigten sich in 1 Review bei Familien in Bezug auf die *Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen für Kinder* [9]. Darüber hinaus zeigten sich in einer weiteren Übersicht bei Müttern und Kindern keine Gruppenunterschiede bei der *allgemeinen Inanspruchnahme von öffentlichen Sozialleistungen* [29]. Die Evidenz zur *Inanspruchnahme von Sozialleistungen* wird in einer weiteren Übersicht als unzureichend beschrieben [9].

**3 Reviews zu Inanspruchnahme von Leistungen:**

**heterogene Reviewergebnisse**

#### Home environment

4 von 6 Übersichtsarbeiten untersuchten die „häusliche Umgebung“ in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen in Bezug auf kindergerechter Ausstattung und Kindersicherheit.

**Einfluss auf „häusliche Umgebung“ in 4 von 6 Reviews untersucht**

**Hinweise für  
Wirksamkeit bzgl.  
„kindersicherer  
Umgebung“, fehlende  
Evidenz zu „häuslicher  
Umgebung“ allgemein**

Hinsichtlich einer „kindersicheren Umgebung“ wird in 3 Übersichtsarbeiten von einer Überlegenheit der Interventionsgruppen gegenüber den Vergleichsgruppen berichtet ([30], [9], [27]). 1 Review berichtet allerdings zur „häuslichen Umgebung“ von einer generell fehlenden Evidenz [28].

## 6.5 Zwischenfazit

Prinzipiell zeigt die zusammenfassende Literaturübersicht ein heterogenes Bild hinsichtlich der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Mütter/Eltern und Kinder. Die Gründe liegen hierfür u.a. in einer teils geringen Anzahl an Reviews zu bestimmten Endpunkten, in unterschiedlichen Herangehensweisen bei der Erhebung von Outcomes sowie in der stellenweise breiten Aufsplitterung von Endpunkten in mehrere Subkategorien. Weitere Limitationen im Hinblick auf die Ergebnisinterpretation finden sich in Kapitel 8.

Auf Basis der eingeschlossenen Übersichten bzw. Meta-Analysen zeigten sich bei der Gruppe der Kinder Trends hinsichtlich positiver Effekte von aufsuchenden Hilfen etwa im Bereich der kognitiven Entwicklung sowie der allgemeinen körperlichen Entwicklung. Darüber hinaus gab es Hinweise für die Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen in Bezug auf die soziale und emotionale Entwicklung von Kindern sowie auf geringere Kriminalitätsraten von Kindern/Jugendlichen in den Interventionsgruppen.

Bei Endpunkten, die sich auf die Gruppe der Mütter/Eltern bezogen haben, zeigten sich positive Wirksamkeitstrends von aufsuchenden Hilfen etwa hinsichtlich der „Feinfühligkeit von Müttern/Eltern gegenüber den Bedürfnissen ihrer Kinder“. Zudem zeigte sich ein positiver Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf die allgemeine körperliche Gesundheit von Müttern sowie auf den Verlauf von postpartalen Depressionen. Ein weiterer Trend zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen zeichnete sich in einer gesteigerten Rate an stillenden Müttern ab. Schließlich wurden Wirksamkeitsnachweise von aufsuchenden Hilfen mit verbesserten Sozialkontakten von Schwangeren bzw. Müttern assoziiert.

Darüber hinaus konnten in Gruppen mit aufsuchenden Hilfen Verbesserungen in den Mutter/Eltern-Kind Interaktionen festgestellt werden und positive Trends machten sich schließlich auch bei jenem Endpunkt bemerkbar, der die „Kindersicherheit“ der häuslichen Umgebung in Gruppen mit und ohne aufsuchenden Hilfen untersuchte: In diesem Zusammenhang wurde von einem signifikanten Beitrag von aufsuchenden Hilfen zur Verringerung von Kinderunfällen berichtet.

Diesen Wirksamkeitshinweisen steht jedoch eine stellenweise widersprüchliche, unzureichende oder fehlende Evidenzlage gegenüber.

Dies zeigt sich etwa am Thema der „Kindeswohlgefährdung“: Während einige Reviews eine geringere Inzidenz von Kindesmisshandlungen in den Interventionsgruppen feststellten, berichteten andere Übersichtsarbeiten von unzureichender bzw. fehlender Evidenz. Ähnlich entgegen gesetzte Ergebnisse finden sich zum Beispiel auch in Bezug auf den Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf den „Ausbildungsverlauf von Müttern“, aber auch zu manch oben genannten Endpunkten bei denen Wirksamkeitshinweise festgestellt wurden (wie etwa zur kognitiven Entwicklung des Kindes). Weiterer Forschung aufgrund der derzeit unzureichenden bzw. fehlenden Evidenzlage bedarf es aber auch hinsichtlich des Einflusses von aufsuchenden Hilfen auf das Geburtsgewicht von Kindern oder die Frühgeburtlichkeit.

**heterogenes Bild zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen**

**Trends hinsichtlich positiver Effekte durch aufsuchende Hilfen bei Kindern und ...**

**... bei Müttern sowie ...**

**... für mehrere Zielgruppen**

**widersprüchliche bzw. unzureichende Evidenz**

**gegensätzliche Aussagen bei Endpunkten zu Kindern**

**... und Müttern**

**weitere Forschung nötig**

**Ergebnisse der  
Literaturübersicht  
decken sich mit NHS  
Schlussfolgerungen**

Abschließend lässt sich festhalten, dass es eine Übereinstimmung bei jenen Endpunkten gibt, die sowohl in dieser zusammenfassenden Literaturübersicht als auch im NHS „Evidence briefing“ erhoben wurden. Dies betrifft sowohl Schlussfolgerungen bezüglich positiver Wirksamkeitstrends (z.B. im Bezug auf den Verlauf von postpartalen Depressionen, Mutter-Kind Interaktionen oder die Verringerung von Kinderunfällen in der häuslichen Umgebung) als auch Aussagen zu unzureichender Evidenz (z.B. im Hinblick auf das Geburtsgewicht, die Anzahl von Spitalsaufenthalten von Kindern, den Impfstatus von Kindern oder Kindesmisshandlungen).

## 7 Status-quo zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich

### 7.1 Hintergrund

Dieses Kapitel umfasst zunächst die Beschreibung von zwei aufsuchenden Hilfeprogrammen für Eltern und Kinder, die im Herbst 2011 in Form von „explorativen Interviews“ erhoben wurden. Hierbei handelt es sich um die „Mobile Kinderkrankenpflege“ in Korneuburg und die „Therapeutisch ambulante Familienberatung“ in Salzburg. Folgende Zielsetzungen werden mit der Beschreibung dieser beiden Beispiele verfolgt:

- ❖ Zum einen soll dargestellt werden, mit welchen unterschiedlichen Angeboten und Herangehensweisen Eltern, Familien und Kinder (mit und ohne medizinische Risiko- bzw. sozialmedizinische Belastungsfaktoren) begleitet und versorgt werden (analog zur Unterscheidung zwischen „Universalangeboten“ und „Zielgruppenangeboten“ in Kapitel 4.2);
- ❖ zum anderen dienen diese Informationen u.a. der Gestaltung eines Fragebogens im Hinblick auf eine schriftliche Befragung unter österreichischen Eltern-Kind ExpertInnen zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich.

Da systematisch zusammengefasste Informationen hierzu für Österreich großteils fehlen, wurde mit einer schriftlichen Befragung unter österreichischen Eltern-Kind ExpertInnen versucht, eine Einschätzung zum Status-quo von aufsuchenden Programmen zu erhalten.

Im Folgenden erfolgt die Darstellung der beiden österreichischen aufsuchenden Hilfeprogramme. Im Anschluss daran finden sich die Ergebnisse der LBI-HTA Fragebogenuntersuchung zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder.

**Darstellung von aufsuchenden Programmen in Korneuburg und Salzburg zur „Feldeinschätzung“**

**Fragebogenauswertung an zentrale AkteurInnen zur Abbildung des Status-quo an aufsuchenden Hilfen**

### 7.2 2 Beispiele zu aufsuchenden Hilfen (Korneuburg und Salzburg)

#### 7.2.1 Mobile Kinderkrankenpflege Korneuburg<sup>47</sup>

Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es in Korneuburg (Niederösterreich) eine „mobile Kinderkrankenschwester“ (DGKS Margarethe Melzer-Doblhammer), die Pflege- v.a. aber Beratungsdienste für Eltern und deren Säuglinge, Kinder und Jugendliche anbietet. Die mobile Kinderkrankenpflege entstand auf Initiative des niedergelassenen Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde, DDr. Ferdinand Sator, und ist mittlerweile ein fixes Angebot der Stadtverwaltung Korneuburg.

**aufsuchende Eltern-Kind Hilfe in Korneuburg seit mehr als 20 Jahren**

---

<sup>47</sup> Die nachfolgenden Informationen in diesem Kapitel entstammen Interviews, die mit Frau DGKS Margarethe Melzer-Doblhammer am 28.07.2011 und mit Herrn DDr. Ferdinand Sator am 21.10.2011 geführt wurden.

<b>mobile Hilfe ist „ressourcenorientiert“</b>	Die oberste Maxime der mobilen Kinderkrankenpflege besteht in einem Elternangebot, welches „Hilfe zur Selbsthilfe“ leistet und v.a. auf „Kommunikation, Zuhören und Nachfragen“ baut.
<b>Hauptzielgruppe sind Eltern mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter</b>	Die häufigsten aufsuchenden Kontakte finden mit Eltern mit Säuglingen statt bzw. mit Eltern und deren Kinder bis etwa zum erreichten 2. Lebensjahr. Eltern mit Kindern ab ca. dem 3. Lebensjahr wenden sich eher bei Bedarf und oft telefonisch an die mobile Kinderkrankenschwester. Seit einigen Jahren suchen aber auch vermehrt Eltern mit Kindern im Jugendlichenalter Beratung, Information und Unterstützung.
<b>Einzugsgebiet ist Korneuburg, aber auch in Wien genießt dieses Angebot hohen Bekanntheitsgrad</b>	Das Einzugsgebiet der mobilen Kinderkrankenschwester umfasst neben der Stadt auch die im Umkreis von 10 km liegenden Gemeinden. Der hohe Bekanntheitsgrad dieses Angebots führt regelmäßig zur „Überweisung“ von Eltern aus Korneuburg, etwa seitens des Allgemeinen Krankenhauses Wien oder des Sozialmedizinischen Zentrums Ost (Wien).
<b>Zugang zu den Zielgruppen</b>	
<b>bis Anfang 2010 gab es eine vernetzte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich für Schwangere</b>	Aufgrund von organisatorischen Umstrukturierungen (Gemeindespital wurde vom Land NÖ übernommen) ergaben sich mit Jänner 2010 einige grundlegende Veränderungen, die sowohl die Angebotsbreite als auch den Zugang zu den Zielgruppen betroffen haben. Bis dahin konnten sich Frauen bereits während der Schwangerschaft über die Angebote der mobilen Kinderkrankenschwester zu bestimmten Terminen bei der sogenannten „Storchenparty“ im Krankenhaus Korneuburg informieren. Hierbei handelte es sich um Treffen, bei denen schwangere Frauen das Krankenhaussetting kennenlernen und sowohl den stationären Teammitgliedern (GynäkologInnen und Hebammen) als auch dem niedergelassenem Kinderfacharzt und der mobilen Kinderkrankenschwester Fragen stellen konnten. Dabei wurde von der mobilen Kinderkrankenschwester auch vorab auf eine Stillberatung aufmerksam gemacht und es erfolgte ein erstes, persönliches Kennenlernen mit den werdenden Müttern bzw. Eltern. Bis Anfang 2010 wurden diese Stillinformationen auch im Wochenbett zur Verfügung gestellt; dieses Angebot konnte jedoch nicht fortgeführt werden. Die „Storchenpartys“ finden zwar nach wie vor im Krankenhaus Korneuburg statt, aber nicht mehr unter Beteiligung des niedergelassenen Bereichs.
<b>Beratung von Schwangeren wurde von stationärem und niedergelassenem Bereich im Krankenhaus geleistet</b>	
<b>Erstkontakt in der Wohnumgebung bei der Übergabe des „Wäscherucksacks“</b>	Ein aufsuchendes Angebot für Frauen, die im Krankenhaus Korneuburg entbinden (aber auch für alle anderen), steht nach wie vor zur Verfügung: Mütter / Eltern mit Säuglingen werden nach der Entbindung von der Kinderkrankenschwester zu Hause aufgesucht. Bei diesem Hausbesuch wird der von der Stadt vorgesehene „Wäscherucksack“ übergeben und die Eltern können etwaige Fragen (etwa zu Pflege, Stillen, Ernährung etc.) stellen. Zudem bekommt die Kinderkrankenschwester einen Einblick in die Lebensumstände und –situation der Familie.
<b>engmaschige Begleitung bei Vorliegen von Risikofaktoren für Eltern und Kinder</b>	Beim Vorliegen etwaiger medizinischer, pflegetechnischer oder sozialer Probleme werden je nach Dringlichkeit weitere Telefonkontakte bzw. Hausbesuche vorgeschlagen, um lösungsorientierte Prozesse gemeinsam mit den Eltern in Gang zu setzen. Eltern, die einen Besuch der Kinderkrankenschwester ablehnen, werden eingeladen, den „Wäscherucksack“ im Sozialzentrum Korneuburg entgegen zu nehmen.

Die InterviewpartnerInnen geben an, dass ein erschwerter Elternzugang v.a. bei Familien mit diversen sozialen Problemen bestünde. Diese Familien werden zumeist in Zusammenarbeit mit den zuständigen SozialarbeiterInnen oder SonderpädagogInnen „begleitet“, wobei in manchen Fällen die aufsuchende Arbeit anlassbezogen ist und der fachlichen Abklärung (z.B. bei Vernachlässigung, Pflegemissständen etc.) dient.

Bis etwa Ende der 1990er Jahre gab es im Rahmen der „Mutterberatung“ zudem die Möglichkeit die Sozialarbeit in die Präventionsarbeit und in die Versorgung von Familien mit einzubeziehen: Demnach traten in der Mutterberatung alle Mütter / Eltern und Kinder zunächst mit der Sozialarbeiterin in Kontakt, bevor sie anschließend den Kinderarzt und die Kinderkrankenschwester konsultierten. Auch hier waren es organisatorische (und personelle) Gründe, die die gemeinsamen Tätigkeiten dieses „Dreier-Teams“ beendeten. Der Vorteil bestand aus Sicht der InterviewpartnerInnen v.a. aus sozialmedizinischer Sicht im Präventionscharakter: Noch bevor etwaige sozialbedingte Probleme auftauchten und manifest wurden, konnten von einer fachlich-qualifizierten Expertin (Sozialarbeiterin) etwaige Risikofaktoren erhoben, im Team (gemeinsam mit Kinderarzt und Krankenschwester) besprochen und mit den Zielgruppen Empfehlungen bzw. Bewältigungsstrategien entworfen werden.

Heute werden mobile Zusatzangebote in regelmäßigen Abständen von der Kinderkrankenschwester auch an unterschiedlichen Orten dargeboten: Einmal pro Monat gibt es für stillende und nicht-stillende Mütter die Möglichkeit, in einer Still- und Müttergruppe in der Ordination des niedergelassenen Kinderarztes zusammen zu kommen. Diese Treffen dienen in erster Linie dem gegenseitigen Austausch und die „Themen“ werden von den TeilnehmerInnen selbst eingebracht. Die Kinderkrankenschwester steht als Beraterin zur Verfügung. Eine weitere Stillgruppe wird einmal im Monat auch in Langenzerndorf betreut.

Durch die intensive Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Kinderfacharzt, könnten Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden und durch die aufsuchenden Angebote könnten vielfältige Unterstützungen in der Wohnumgebung der Familie geleistet werden. Die Vernetzung und Kooperation zwischen Kindermedizin und umfassenden, aufsuchenden Angeboten ermöglichten schließlich eine bedarfsorientierte und KlientInnen-zentrierte Betreuung.

Darüber hinaus stehen die Beratungsleistungen allen anderen Eltern mit Kindern (und zunehmend auch Eltern mit Jugendlichen) in Korneuburg und Umgebung zur Verfügung. In diesen Fällen werden die Zielgruppen entweder von ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Hebammen etc. an die Krankenschwester „überwiesen“ oder die Eltern werden von sich aus aktiv und nehmen Kontakt auf. Letzteres kommt des Öfteren dann vor, wenn aus „Kinderproblemen“ „Pubertätsprobleme“ werden und sich Eltern an die Unterstützung der mobilen Kinderkrankenschwester zurück erinnern und wieder Kontakt aufnehmen.

Die mobile Kinderkrankenschwester steht insgesamt 25 Wochenstunden zur Verfügung. In dieses Stundenkontingent fällt auch eine tägliche Telefonsprechstunde, die von Montag bis Freitag für die Zeit zwischen 8:30 und 9:30 eingerichtet ist.

**Familien mit multiplen Belastungen bleiben schwer erreichbar – Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen**

**bis Ende 1990er Jahre gab es ein Team aus Sozialarbeit und Kindermedizin für jede Familie in der Mutterberatung**

**Still- und Müttergruppe trifft sich mit der Kinderkrankenschwester zum monatlichen Austausch**

**Vernetzung und Kooperation zwischen Kindermedizin und aufsuchendem Angebot**

**mobile Angebote für alle Eltern verfügbar**

**Eltern nehmen bei pubertierenden Kindern oft wieder Kontakt auf**

**tägliche Telefonsprechstunde**

## Aufgabengebiete

**Elternbedürfnisse  
bestimm(t)en die  
(aufsuchenden)  
Angebote**

Das gegenwärtige Angebot der mobilen Kinderkrankenpflege ist das Resultat einer Bedarfsentwicklung, die sich wesentlich an den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der schwangeren Frauen bzw. Eltern mit Kindern orientiert(e). Dies bedingte auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (wie z.B. Hebammen, SozialarbeiterInnen, SonderpädagogInnen etc.) und führte zum fallbezogenen Austausch bzw. zur verschränkten Zusammenarbeit über Berufsgrenzen hinweg.

Die Kerntätigkeiten der mobilen Kinderkrankenschwester umfassen folgende Aufgaben:

**Fragen, Informationen  
und Aufklärung zu  
Stillen, Ernährung,  
Verdauung und Aspekte  
der (früh)kindlichen  
Entwicklung stehen im  
Vordergrund**

- ❖ Stillberatung und Entwicklungsfragen;
- ❖ Anleitung und Beratung der Eltern bei der Säuglingspflege und in Ernährungsfragen;
- ❖ Beratung und Hilfe für Eltern im Umgang mit ihrem kranken Kind (wobei in einer Informationsbroschüre darauf hingewiesen wird, dass die Beiziehung der Kinderkrankenschwester kein Ersatz für einen Besuch bei einem Arzt / einer Ärztin ist);
- ❖ Unterstützung der Eltern bei der Durchführung ärztlicher Verordnungen und bestimmter Behandlungsmaßnahmen (Wechsel von Verbänden, Hilfe bei Inhalationen etc.);
- ❖ Hilfe bei der Zubereitung von Diät- und Heilnahrung;
- ❖ Betreuung und Nachsorge bei Kindern nach einem Krankenhausaufenthalt oder einem ambulanten Eingriff;
- ❖ Hilfe bei chronisch kranken und körperbehinderten Kindern.

**Vorteile ergeben sich  
durch aufsuchende  
Angebote auch für den  
niedergelassenen  
Kinderarzt**

Die Vorteile, die sich durch das mobile Angebot in Korneuburg für die medizinische Versorgung ergeben, sieht der niedergelassene Kinderfacharzt v.a. in der verschränkten Zusammenarbeit als auch in der Aufgabenteilung mit der mobilen Kinderkrankenschwester: Beratung (z.B. Ernährungsfragen), Unterstützung (z.B. bei Stillproblemen) und medizinische Pflegeleistungen können in Abstimmung mit dem Kinderarzt mobil geleistet werden. Dadurch bleibt mehr Zeit für die medizinische Versorgung in der Kinderfachpraxis und Eltern bekommen ein „Mehr“ an persönlicher Begleitung zu Hause.

**fachliche  
Qualifikationen sind  
Prämisse für  
(aufsuchende) Eltern-  
Kind Beratung und  
Versorgung**

Diese Vorteile würden sich laut den InterviewpartnerInnen letztlich aber auch durch die fachlichen Qualifikationen der involvierten ExpertInnen ergeben, die gemeinsam mit langjähriger Erfahrung in der Eltern-Kind Arbeit, eine notwendige Voraussetzung für eine gelungene Arbeit mit Mütter, Eltern und Kindern bedeuten. Aufsuchende bzw. nachgehende Angebote bedürften daher im Sinne einer Qualitätssicherung ebensolch fachlicher Voraussetzungen und Kompetenzprofile, wie sie auch in anderen sozialmedizinischen Tätigkeitsfeldern verlangt werden.

## Kosten

**kostenfreies  
Elternangebot**

Die Leistungen im Rahmen der mobilen Kinderkrankenpflege sind für alle Eltern und Kinder in Korneuburg (und Umgebung) kostenlos und werden zur Gänze von der Stadt Korneuburg getragen.

## Inanspruchnahme

Hinsichtlich der Anzahl an Hausbesuchen und telefonischen Beratungen durch die mobile Kinderkrankenschwester, zeigen sich im Zeitraum 1989 bis 2010 kontinuierliche Steigerungsraten. Während die Anzahl an Hausbesuchen im Jahr 1989 bei 449 lag, wird sie für 2010 mit 806 beziffert. Die Anzahl an telefonischen Beratungen stieg von 72 im Jahr 1989 auf 920 im Jahr 2010. Darüber hinaus kam es zu einer Zunahme hinsichtlich der Teilnehmerinnenzahl in den wöchentlichen Stillgruppen in Kornbeuburg bzw. Langenzersdorf: Die Anzahl an Teilnehmerinnen in der Kornbeuburger Gruppe wuchs im Zeitraum 1994 bis 2010 von 466 auf 673; in der Stillgruppe in Langenzersdorf stieg die Teilnehmerinnenzahl von 91 im Jahr 1995 auf 102 im Jahr 2010.

**stetige Zunahme bzgl. Inanspruchnahme**

### 7.2.2 Therapeutisch ambulante Familienberatung (TAF)<sup>48</sup>

Im Bundesland Salzburg gibt es die „Therapeutisch ambulante Familienberatung“ (TAF, <http://www.taf.at>), die neben Salzburg auch im angrenzenden Oberösterreich und in Bayern tätig ist.

**ambulante Familienberatung, und -therapie**

Die therapeutisch ambulante Familienberatung (TAF) ist ein Betreuungskonzept im Rahmen der Jugendwohlfahrt und richtet sich an Familien, Kinder und Jugendliche, die aufgrund sozioökonomischer und / oder psychosozialer Problemlagen die „Regelangebote“ anderer Betreuungsinstitutionen nicht nutzen können oder wollen. Hierbei handelt es sich zumeist um mehrfach belastete Familien mit klinischer Symptomatik und vielschichtigen, psychosozialen Einschränkungen bzw. Benachteiligungen.

**Zielgruppe: Familien mit sozioökonomischen, psychosozialen Problemen**

Bei den TAF-betreuten Familien handelt es sich in der Regel um Familien(mitglieder), die zu Therapiebeginn keine Problemeinsicht oder Eigenmotivation zeigen. Probleme werden von den Betroffenen vielmehr als „außenverursacht“ und materiell-bedingt (z.B. Schulden) wahrgenommen. Die vorherrschenden und massiv beeinträchtigenden Probleme werden oftmals durch die Kinder in diesen Familien sichtbar und „nach außen“ getragen. Durch diverse Mangelsituationen reagieren diese Kinder symptomatisch (z.B. durch soziale Auffälligkeiten, Aggression, Angstzustände etc.). Die Kinder in diesen Familien sind oft „nur“ die ersten AnsprechpartnerInnen bevor die Familie selbst „zum Ort der therapeutischen Arbeit“ wird.

**Zugang zu „hard-to-reach“ Familien oft über Kinder mit Auffälligkeiten**

Das primäre Ziel der TAF besteht in der Lösung bzw. Veränderung der vorherrschenden psychosozialen Familienprobleme. Dabei wird auf den Aufbau einer langfristigen und regelmäßigen Betreuungsbeziehung gesetzt und eine nachhaltige Veränderung der Konfliktmechanismen angestrebt. Letztlich geht es um die Wiederherstellung bzw. Gewährleistung von Erziehungsfunktionen, wodurch sich v.a. die Situation von Minderjährigen in den Familien verbessern soll.

**Ziel: Auflösung bzw. Veränderung psychosozialer Konflikte**

---

<sup>48</sup> Die nachfolgenden Informationen entstammen einer E-Mail Korrespondenz mit der „TAF“ vom 31.10.2011 bei der auch ein „kurzer Fragebogen“ beantwortet wurde.

<p><b>privater Lebensbereich der Familie ist der Ort der therapeutischen Arbeit</b></p>	<p>Ein wesentlicher organisatorischer Unterschied zu den „Regelangeboten“ besteht darin, dass die TAF-Therapieangebote in den Um- bzw. Lebenswelten der Familien, Kinder bzw. Jugendlichen stattfinden. Durch diese Form der aufsuchenden Familientherapie können die Therapieangebote den vorliegenden, aktuellen Problemstellungen der Familien rasch und unmittelbar angepasst werden.</p>
<p><b>verschränkte Zusammenarbeit von TAF und Jugendämtern</b></p>	<p><b>Zugang zu den Zielgruppen</b></p> <p>Die „Identifikation“ von bzw. der Zugang zu den Familien erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den regionalen Jugendämtern. Regelmäßige Kontakte und der fachliche Austausch bilden die Grundlage der Kooperation. Das Jugendamt wird meist von anderen Einrichtungen (wie diverse Beratungsstellen, Mutter-Kind Heimen, psychiatrischen Abteilungen, Horten, Schulen, ÄrztInnen, Krankenhäuser etc.) über das Vorliegen von Problemsituationen in einer Familien informiert.</p>
<p><b>gesamte Therapiearbeit umfasst Familien, Familienhilfe und Jugendamt</b></p>	<p>Die Indikationsstellung erfolgt durch die therapeutische Leitung des TAF und auch hier unter Einbeziehung der Jugendämter. TAF-MitarbeiterInnen ersetzen allerdings nicht die Funktionen der JugendamtssozialarbeiterInnen. Vieleher steht die „triadische Konstellation“ Familie-Familienhilfe-Jugendamt im Vordergrund der therapeutischen Arbeit, deren Gelingen auf die gemeinsame Betreuung von TAF und Jugendämtern zurückgeführt wird.</p>
<p><b>Hausbesuche, um Familien erreichen zu können</b></p>	<p>Der Hausbesuch ist aufgrund oben skizzierter Familienhintergründe das Mittel der Wahl, um mit den „hard-to-reach“ Zielgruppen in Kontakt zu treten und zu bleiben. Der Erstkontakt zwischen TherapeutIn und Familie findet im Beisein der/zuständigen Sozialarbeiterin / Sozialarbeiters entweder direkt zu Hause bei der Familie oder am Jugendamt statt. Der „Therapieort“ ist aber in jedem Fall der Wohnbereich der Familie. Im Unterschied zum „klassischen Psychotherapiesetting“ („Come-Struktur“) dient ein solches „entgegenkommendes“ Angebot der leichteren Erreichbarkeit dieser Familien.</p>
<p><b>therapeutische Arbeit umschließt auch Hilfe zur Bewältigung von materiellen und sozialen Alltagsproblemen</b></p>	<p><b>Aufgabengebiete</b></p> <p>Die (psycho)therapeutische Arbeit bestimmt die Kerntätigkeiten der TAF-MitarbeiterInnen, die auch das Ausbildungs- bzw. Berufsbild des / der PsychotherapeutIn erfüllen. Hinzu kommen allerdings auch „klärende, beratende, unterstützende und vorsorgende Betreuungen“, die an den konkreten materiellen und sozialen Lebensbedingungen der Familie ansetzen. Hierzu zählen etwa Umschuldungen, Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme mit anderen Institutionen, wie Schule, Gericht, Sozialamt etc.</p>
<p><b>die TAF Betreuung zielt wesentlich auf die Wiederherstellung von Familienfunktionen ab, die etwa Fremdunterbringungen etc. verhindern helfen sollen</b></p>	<p>Weitere Aufgaben bestehen z.B. in der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☼ Verhinderung einer Fremdunterbringung;</li> <li>☼ Bearbeitung oder Verhinderung des Zerfalls einer Familie oder Hilfestellung bei Trennungsproblematiken;</li> <li>☼ Aufarbeitung der Beziehungsdynamik der Familie</li> <li>☼ therapeutischen Bearbeitung neurotischer und psychotischer Leidenszustände;</li> </ul>

- ❖ Unterstützung bei Erziehungsfragen sowie Aufarbeitung und Veränderung von Erziehungsnormen;
- ❖ therapeutischen Arbeit an Eltern-Kind Interaktionen;
- ❖ Reintegration in Arbeitsprozesse, Schule, das soziale Umfeld etc.

Prinzipiell basiert der Verlauf einer Betreuung durch die TAF auf einer Eingangsdiagnostik und der Festlegung von Therapiezielen. Die Dokumentation bzw. Evaluierung der Ziele ist an die Psychotherapie-Basisdokumentation (PSYBADO) angelehnt.

Die TAF-TherapeutInnen arbeiten anlassbezogen mit anderen ExpertInnen und Einrichtungen zusammen, wie etwa Beratungsstellen, Umschuldungsverein, ÄrztInnen, AnwaltInnen, Krankenhäuser etc. Die Fallführung obliegt dem / der TherapeutIn, wobei die Arbeitsteilung mit dem / der zuständigen SozialarbeiterIn erfolgt.

### Dauer und Frequenz

Im Durchschnitt wird eine Familie zwei bis drei Jahre von der TAF begleitet, wobei die Dauer immer von den jeweiligen Belastungssituationen der Familien, dem Betreuungsverlauf und der Zustimmung des Jugendamts und der Familien bestimmt wird. Die Kontaktfrequenz liegt bei 1- bis 2-Mal pro Woche, im Krisenfall entsprechend öfters. Die Betreuungsintensität liegt zwischen zwei und sechs Wochenstunden.

### Kosten

Die Therapieangebote sind für die Familien kostenfrei. Je nach Familie werden aber in Einzelfällen die Einkommensverhältnisse von den zuständigen SozialarbeiterInnen geprüft und u.U. mögliche Kostenbeteiligungen mit der Familie vereinbart.

## 7.3 Fragebogenergebnisse zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich

Von Anfang Jänner bis Mitte Februar 2012 wurde eine schriftliche Befragung (per e-Mail) unter 245 österreichischen Eltern-Kind ExpertInnen bzw. Institutionen (u.a. aus den Bereichen Medizin, Pflege, Hebammen, Sozialarbeit, Psychologie, verschiedene Therapierichtungen etc.) durchgeführt (zum methodischen Vorgehen hinsichtlich der Auswahl der ExpertInnen siehe Kapitel 2.3).

Da es sich hierbei um keine Zufallsstichprobe handelte (da u.a. die Grundgesamtheit an aufsuchenden Hilfeangeboten in Österreich unbekannt ist), beziehen sich die nachstehenden Ergebnisse nur auf die eingelangten Fragebögen und geben kein repräsentatives Bild an aufsuchenden Programmen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich wieder.

**Betreuungsverläufe und Therapieziele werden dokumentiert und evaluiert**

**fallabhängige Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen**

**Begleitung durchschnittlich für 2 bis 3 Jahre mit wöchentlichen Therapieeinheiten**

**kostenfreies Therapieangebot**

**Fragebogenaussendung an 245 Eltern-Kind AkteurInnen**

**Interpretation der Ergebnisse nur auf Basis des Samples, kein repräsentatives Bild**

**Samplegröße für die  
Datenauswertung: 89  
aufsuchende (laufende)  
Projekte**

Insgesamt belief sich der Fragebogenrücklauf auf 95 Projekte. Für die Datenauswertung erfolgte eine Deduplizierung (von doppelt eingereichten Projektangaben<sup>49</sup>), wodurch sich letztlich die Anzahl an aufsuchenden Hilfeprojekten im Rahmen der Fragebogenuntersuchung auf 89 Projekte belief.

**Ziel: Verfügbarkeit von  
österreichischen  
Programmen sichtbar  
machen**

Das Ziel der Fragebogenuntersuchung bestand in der Erhebung von aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich, um einen Überblick bzw. Trends und Tendenzen hinsichtlich der derzeit verfügbaren Programme zu geben bzw. aufzuzeigen.

---

<sup>49</sup> Dies war etwa der Fall, wenn aus einem Bundesland ein Projekt von zwei oder mehreren FragebogenteilnehmerInnen genannt wurde.

Darüber hinaus wurde v.a. auf folgende Aspekte fokussiert:

- ❖ Zielgruppen, die mit aufsuchenden Hilfen erreicht werden sollen;
- ❖ Zielsetzungen, die mit den jeweiligen aufsuchenden Hilfen verfolgt werden (etwa Erhebung von medizinische Risikofaktoren oder psychosoziale Belastungen; diverse Interventionsangebote etc.);
- ❖ Berufsgruppen, die aufsuchend tätig sind;
- ❖ Erhebung von etwaigen Kosten für die Zielgruppen (überwiegend kostenfrei oder kostenpflichtig);
- ❖ Finanzierungsträger.

**Befragung konzentrierte sich auf Zielgruppen, Zielsetzungen, aufsuchende Berufe, Kosten und Finanzierung**

Weiters sah die Untersuchung Fragen zur Anzahl der (jährlich) betreuten PatientInnen/KlientInnen und zur Anzahl der aufsuchenden Personen vor. Da die Rückantworten hierzu mehrheitlich entweder sehr unterschiedliche Formate hatten (wie z.B. 1-2 aufsuchende Personen etc.) oder auch fehlten, konnte zum Zeitpunkt der Auswertung keine verlässliche Analyse durchgeführt werden. Zudem wurden Angaben zur Detailfinanzierung der aufsuchenden Programme nicht ausgewertet bzw. öffentlich verfügbar gemacht. Einzelauswertungen (wie etwa zu den adressierten Zielgruppen, den Zielsetzungen oder den Berufsgruppen) finden sich im Appendix (siehe Kapitel 11). Die Einzelbeschreibungen der aufsuchenden Projekte und Programme können im gesonderten LBI-HTA Addendum nachgelesen werden.

### 7.3.1 Regionale Verteilung

Prinzipiell haben alle Fragebögen zum Zeitpunkt der Datenauswertung „laufende Projekte“ beschrieben und es befanden sich keine Projekte in einer Planungsphase.

**ausschließlich „laufende“ Projekte**

Zur besseren Übersicht wurden die Fragebögen aus den einzelnen Bundesländern zu 4 Clustern zusammengefasst, wodurch sich eine Darstellung in östliche und westliche Bundesländer sowie zu „Nord-Süd“ Bundesländern und einer gesonderten Kategorie für die Österreich-weiten Projekte ergibt. Die nachstehende Abbildung zeigt, dass aufsuchende Hilfeangebote im Sample mehrheitlich aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland rückgemeldet wurden (45 %); rund 31 % beschreiben Sample-Angebote im Bundesland Salzburg, Tirol und Vorarlberg ; 19 % beziehen sich auf aufsuchende Projekte in Oberösterreich, der Steiermark und Kärnten und 4 % werden Österreich-weit zur Verfügung gestellt.

**Mehrheit der skizzierten aufsuchenden Hilfeangebote im Sample in östlichen Bundesländern**

die meisten Sample-Projekte wurden aus Niederösterreich rückgemeldet – keine Rückschlüsse auf tatsächliche Reichweite

Eine Differenzierung nach Anzahl der aufsuchenden Hilfeprojekte je Bundesland ergibt eine Mehrzahl für Niederösterreich (28 %), gefolgt von Projekten aus Salzburg (17 %), Wien und der Steiermark (je 10 %) sowie den übrigen Bundesländern. Wichtig ist jedoch in diesem Kontext, dass aus der Anzahl der Projekte je Bundesland kein Rückschluss auf die Reichweite gezogen werden kann.

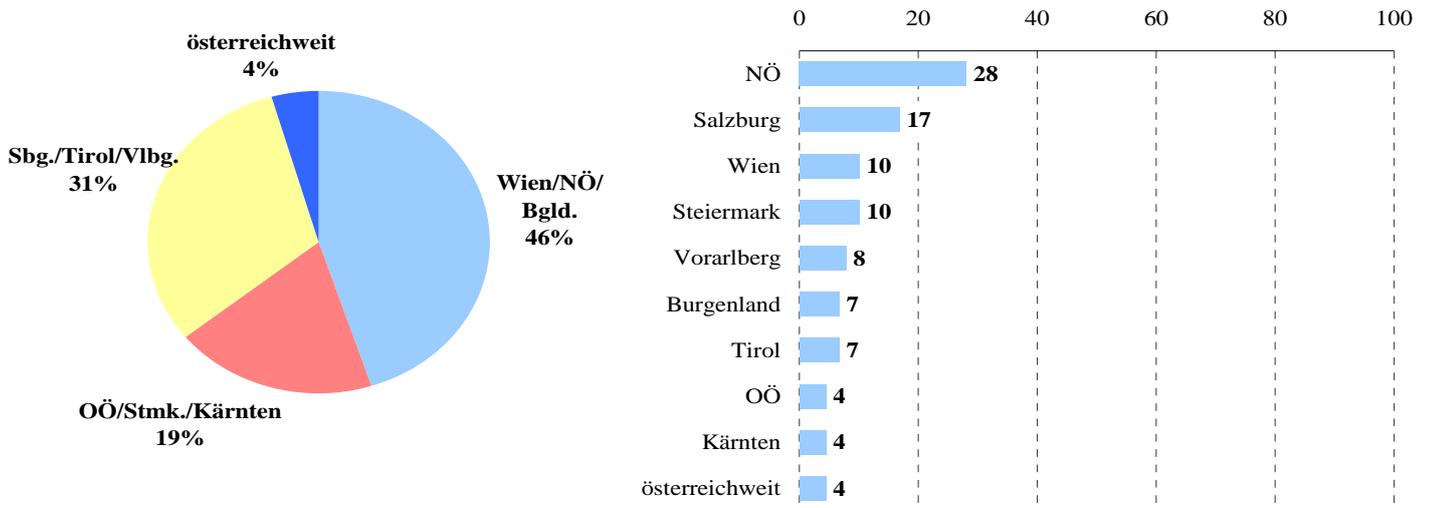


Abbildung: Projekte nach Regionen (in %, n=89) und Projekte nach Bundesländern (in %, n=89), Abweichungen sind rundungsbedingt

### 7.3.2 Zielgruppen der aufsuchenden Programme

84 % des Samples wendet sich mit den Angeboten an beide Elternteile (d.h. es handelt sich um Programminhalte, die sich an die Mutter und den Vater des Kindes richten und nicht speziell nur an Mütter oder nur an Väter). Je 70 % stellen aufsuchende Angebote zur Verfügung, die sich speziell an Säuglinge und Kleinkinder richten. Neugeborene und Vorschulkinder werden in ca. 60 % der beschriebenen Programme als primäre Zielgruppen definiert. Aufsuchende Hilfeangebote mit Zielgruppenschwerpunkten für Schwangere bzw. Kinder und Jugendliche finden sich in mehr als 40 % der Programme. Rund ein Fünftel adressiert zudem speziell Mütter; ein sehr geringer Anteil richtet sich explizit an Väter (3 %).

**mehr als 80 % der erhobenen Angebote richten sich an beide Elternteile und mehr als 60 % fokussiert auf die Gruppe der Säuglinge, Kleinkinder und Neugeborenen**

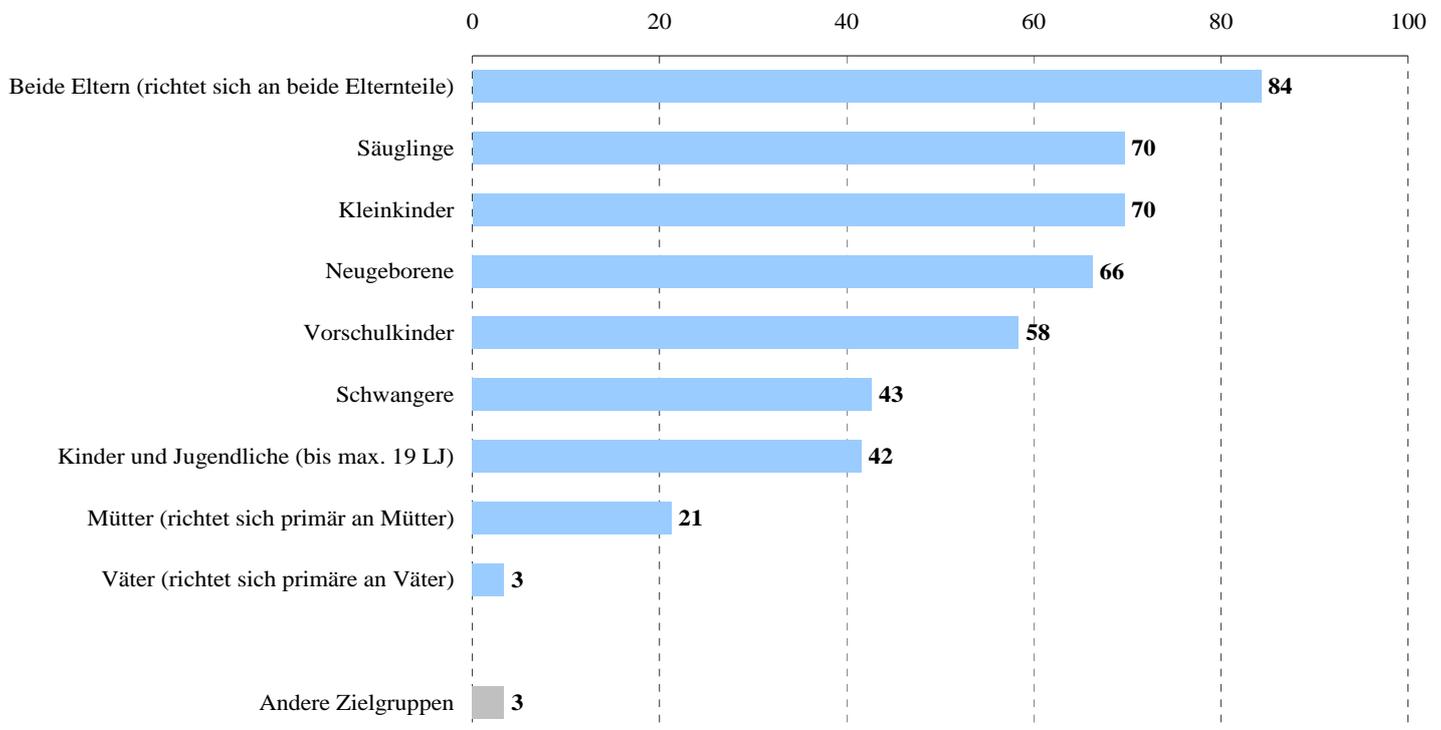


Abbildung: Projekten nach Zielgruppen (i in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

### 7.3.3 Zielgruppe „Schwangere“ nach Regionen<sup>50</sup>

**Mehrheit der aufsuchenden Angebote im Sample für schwangere Frauen in OÖ, Steiermark und Kärnten**

Schwangere Frauen sind in Oberösterreich, der Steiermark und Kärnten die primäre Zielgruppe, die mit den aufsuchenden Hilfeangeboten erreicht werden soll (59 %). Ein Angebot besteht für diese Gruppe mit 46 % auch in Salzburg, Tirol und Vorarlberg. Rund ein Drittel der Befragten (35 %) in Wien, Niederösterreich und im Burgenland gibt an, dass die dortigen Angebote auf werdende Mütter fokussieren.

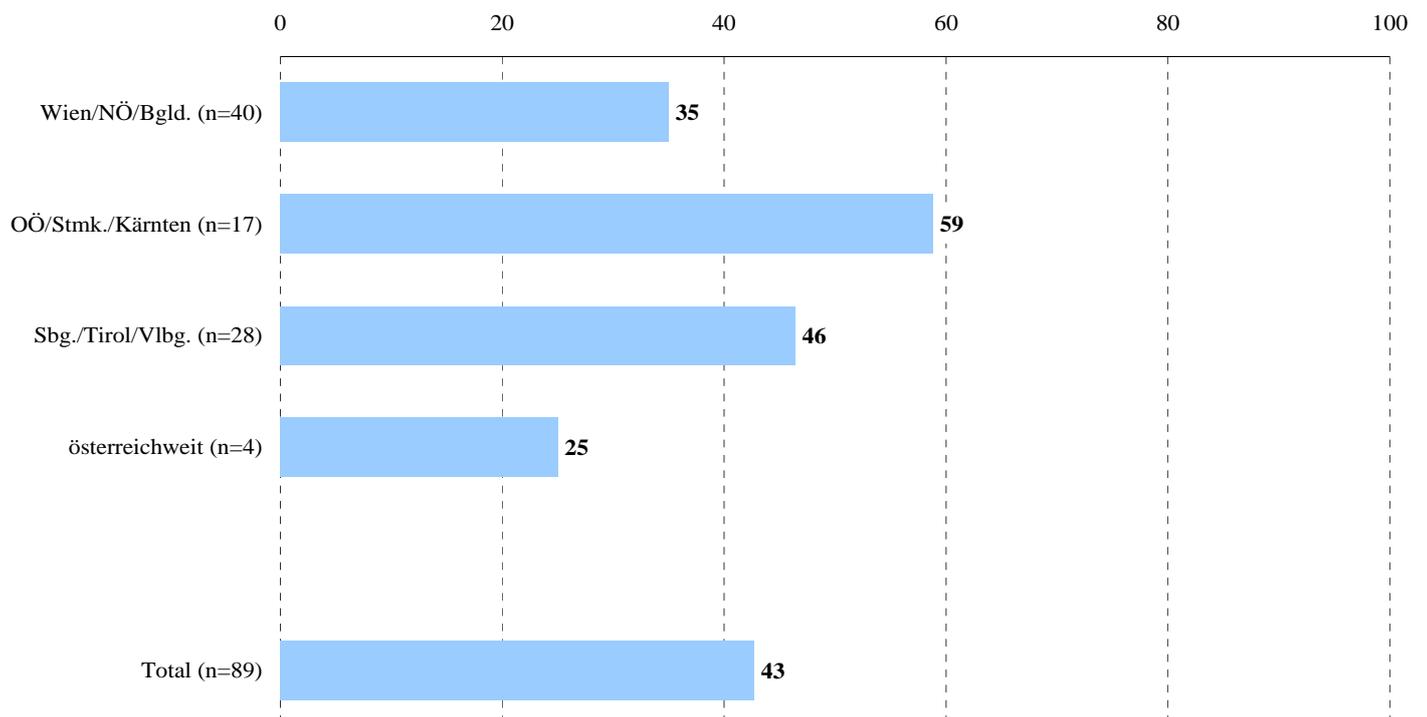


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Schwangere (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

<sup>50</sup> Bei den Österreich-weiten Angeboten, die in der Untersuchung mit eingeflossen sind, ist die geringe Fallzahl (n=4) zu beachten, sodass keine qualitativ gehaltvolle Interpretation in Relation zu den anderen Regionen zulässig erscheint.

### 7.3.4 Zielgruppe „Mütter“ und „beide Eltern“ nach Regionen<sup>50</sup>

Bei aufsuchenden Angeboten für „Mütter“ zeigt sich wiederum ein Schwerpunkt in Oberösterreich, der Steiermark und in Kärnten: Beinahe ein Drittel der Befragten (29 %) gibt an, dass in Projekten, die in diesen Bundesländern angeboten werden, „Mütter“ zur Zielgruppe zählen. Bei den eingebrachten Projekten aus Salzburg, Tirol und Vorarlberg richtet sich ein Viertel an „Mütter“. Bei aufsuchenden Programmen in den östlichen Bundesländern Wien, Niederösterreich und dem Burgenland sind es 13 % der ausgewerteten Projekte.

Aufsuchende Projekte, die u.a. „beide Eltern“ als eine Zielgruppe erachten, sind im Vergleich zum Gesamtsample überdurchschnittlich häufig in Wien, Niederösterreich und im Burgenland vertreten: 93 % der Fragebögen mit Projekten in den östlichen Bundesländern fokussieren auf beide Elternteile. Eine hohe Zielgruppenpräferenz zeigt sich jedoch auch im Westen Österreichs: 86 % der ausgewerteten Projekte in Salzburg, Tirol und Vorarlberg haben mit ihren Angeboten Zielgruppenschwerpunkte auf beide Eltern gelegt und bei rund 70 % der Projekte in Oberösterreich, die Steiermark und Kärnten stehen ebenso „beide Eltern“ im Mittelpunkt der Angebote.

**Mütter sind Zielgruppe bei rund einem Drittel der aufsuchenden Angebote in OÖ, Steiermark und Kärnten**

**beide Eltern stellen v.a. im Osten Österreichs eine primäre Zielgruppe dar**

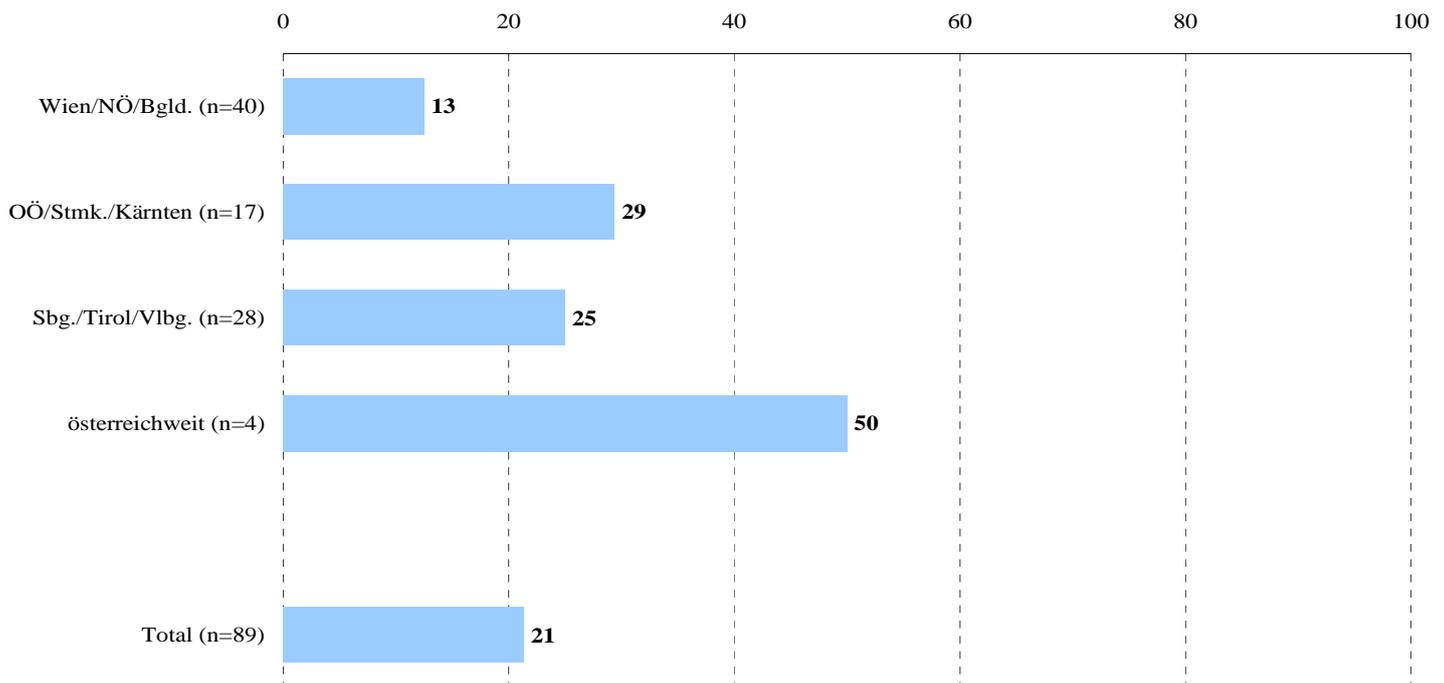


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Mütter (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

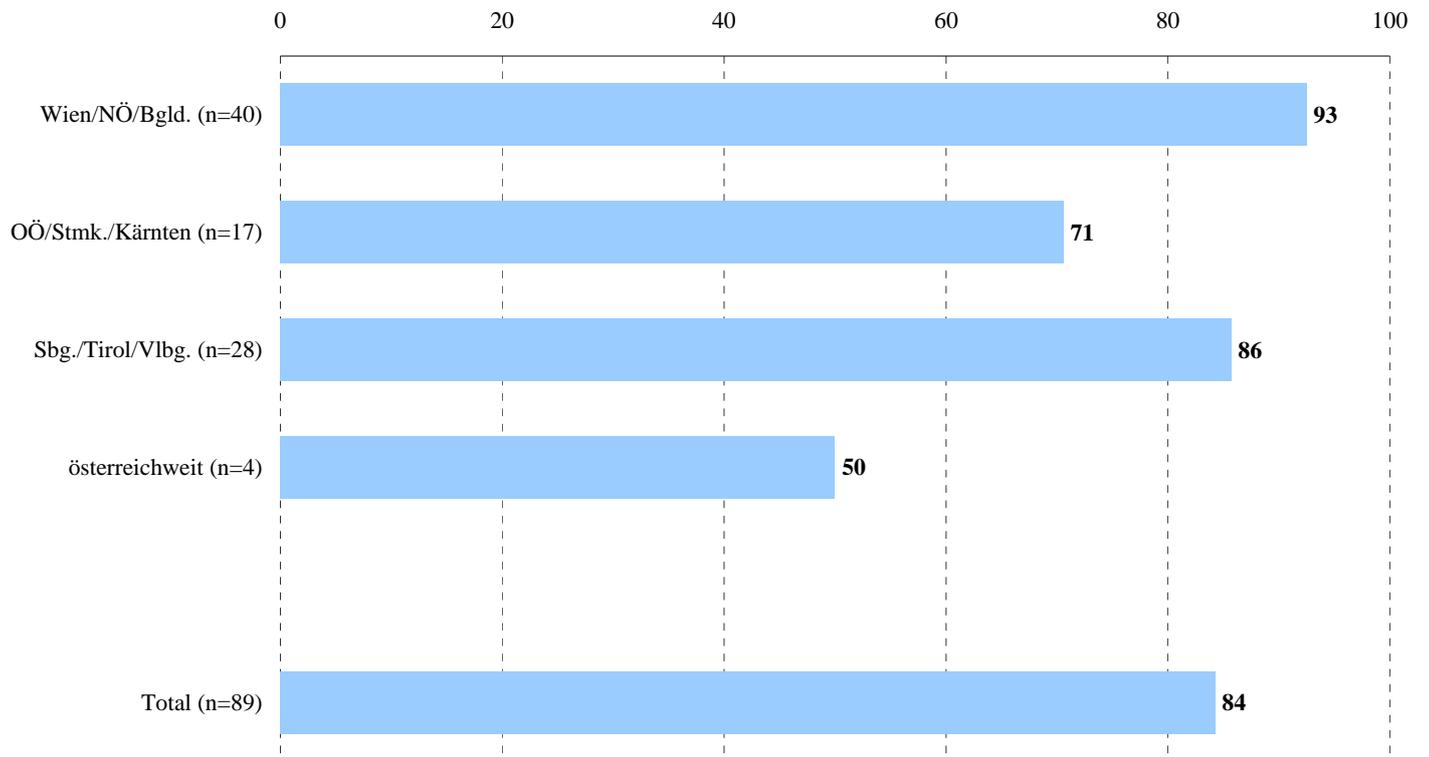


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: beide Eltern (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

### 7.3.5 Zielgruppe „Neugeborene“ und „Säuglinge“ nach Regionen<sup>50</sup>

Dreiviertel der aufsuchenden Projekte, die im Zuge der schriftlichen Befragung den westlichen Bundesländern (Salzburg, Tirol und Vorarlberg) zugeordnet werden konnten, richten sich sowohl an „Neugeborene“ als auch an „Säuglinge“. Projekte im Osten Österreichs (Wien, Niederösterreich und Burgenland) liegen mit 63 % hinsichtlich der Zielgruppenschwerpunkte bei den „Neugeborenen“ knapp unter (66 %) bzw. mit 70 % bei Angeboten für „Säuglinge“ über dem Durchschnitt des Gesamtsamples. Bei Projekten aus Oberösterreich, der Steiermark und aus Kärnten zeigen sich in 59 % bzw. 65 % der Fälle, dass „Neugeborene“ bzw. „Säuglinge“ mit den Angeboten erreicht werden sollen.

**aufsuchende Angebote für die Zielgruppen Neugeborene und Säuglinge v.a. im Westen Österreichs**

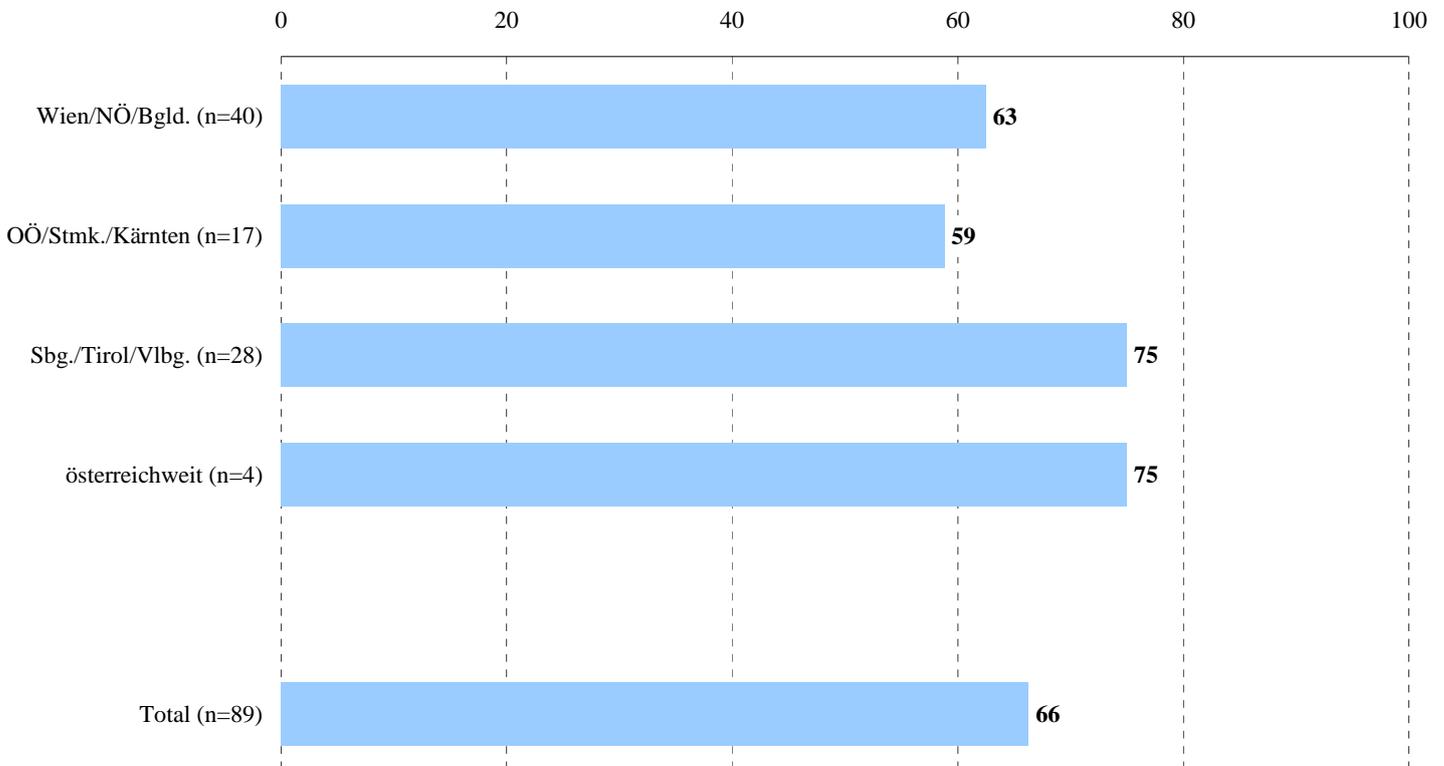


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Neugeborene (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

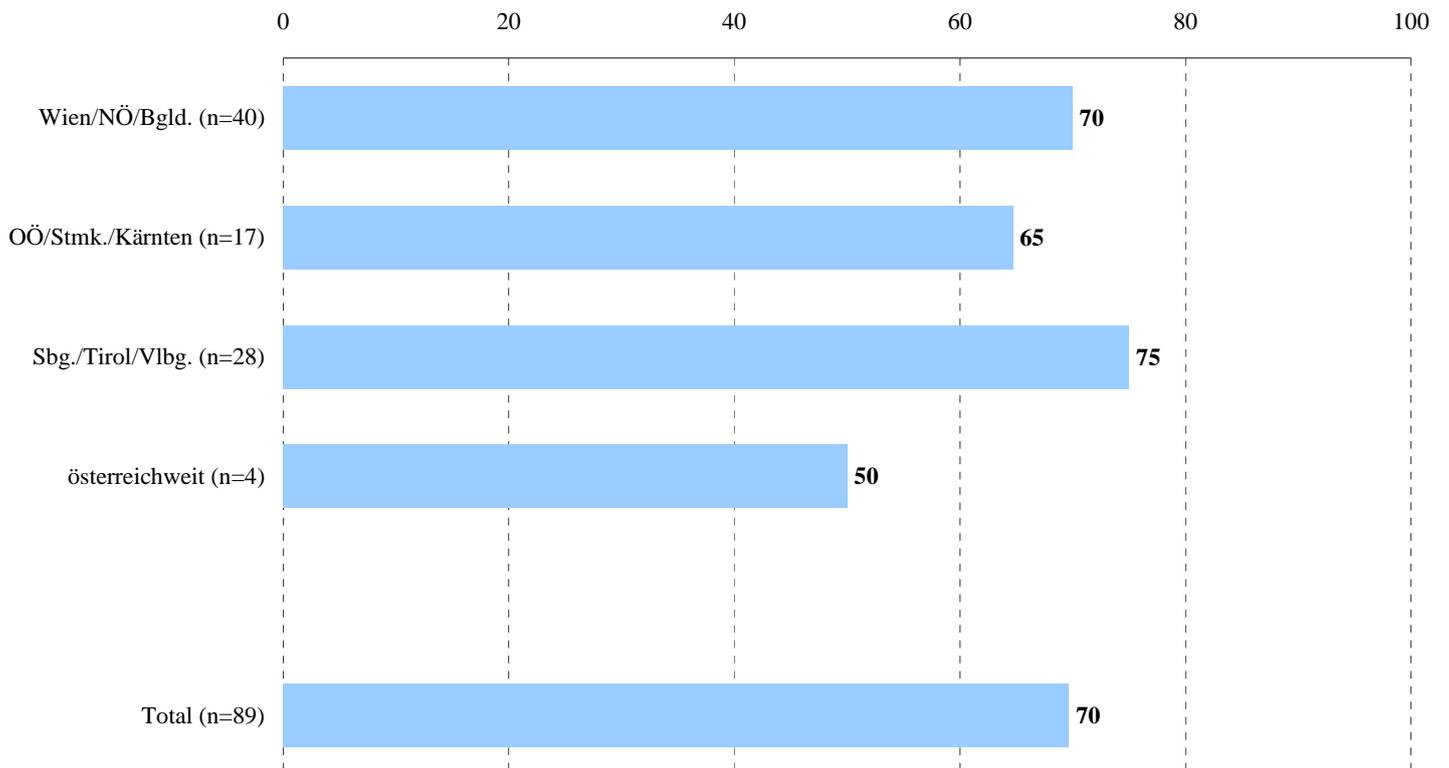


Abbildung Zielgruppen nach Regionen: Säuglinge (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

### 7.3.6 Zielgruppe „Klein- und Vorschulkinder“ nach Regionen<sup>50</sup>

Wien, Niederösterreich und das Burgenland setzen mit aufsuchenden Angeboten v.a. bei „Klein- und Vorschulkinder“ Akzente, um diese Zielgruppen zu erreichen: 73 % der ausgewerteten Projekte bezieht sich auf die Gruppe der „Kleinkinder“ und 63 % auf „Vorschulkinder“. Für Salzburg, Tirol und Vorarlberg zeigt sich, dass 71 % bzw. 57 % der aufsuchenden Projekte bzw. Programme „Klein- und Vorschulkinder“ zu erreichen versuchen. Die Befragten aus Oberösterreich, der Steiermark und aus Kärnten geben an, dass 65 % der dortigen aufsuchenden Projekte „Kleinkinder“ und 47 % „Vorschulkinder“ zu erreichen versuchen.

**Klein- und Vorschulkinder sind im Sample v.a. im Osten und Westen Österreichs zentrale Zielgruppe**

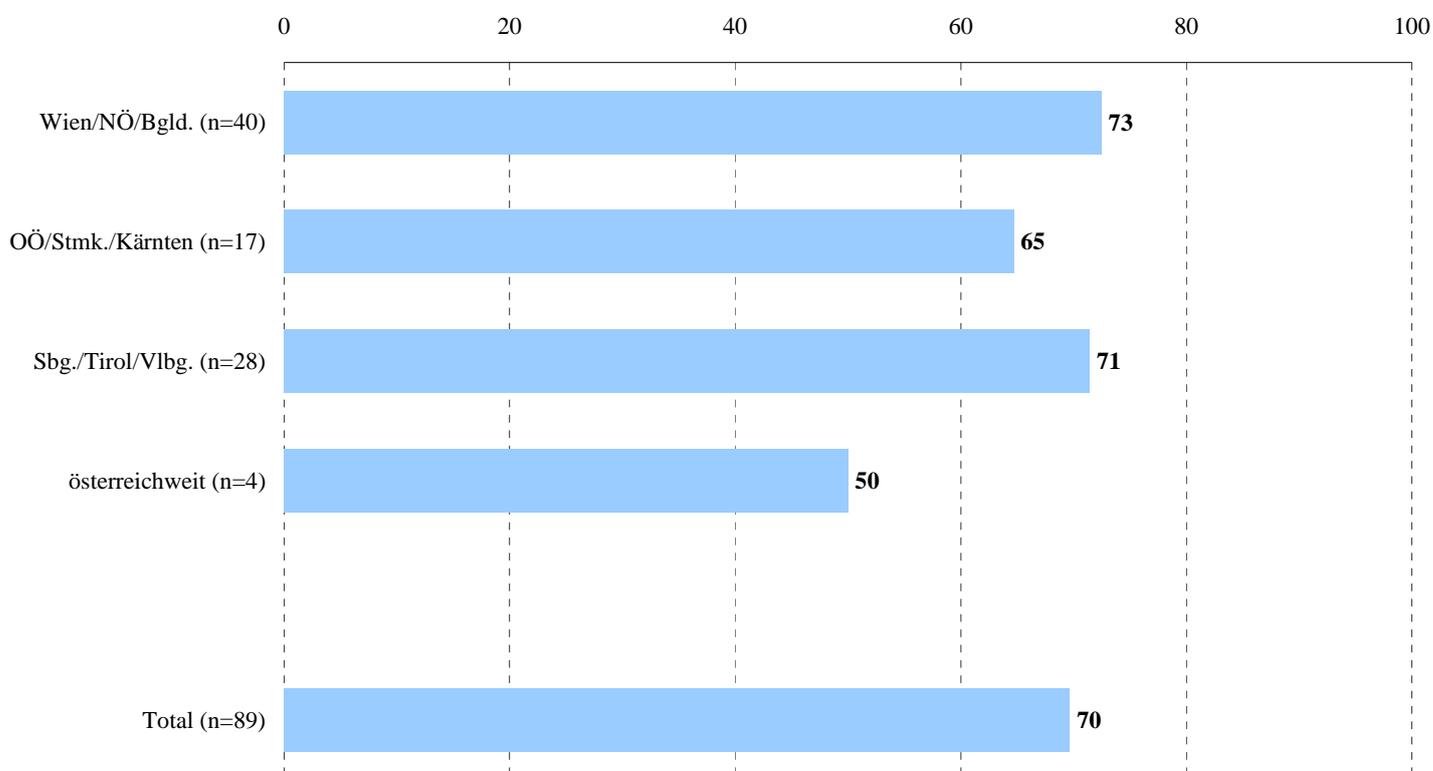


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Kleinkinder (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

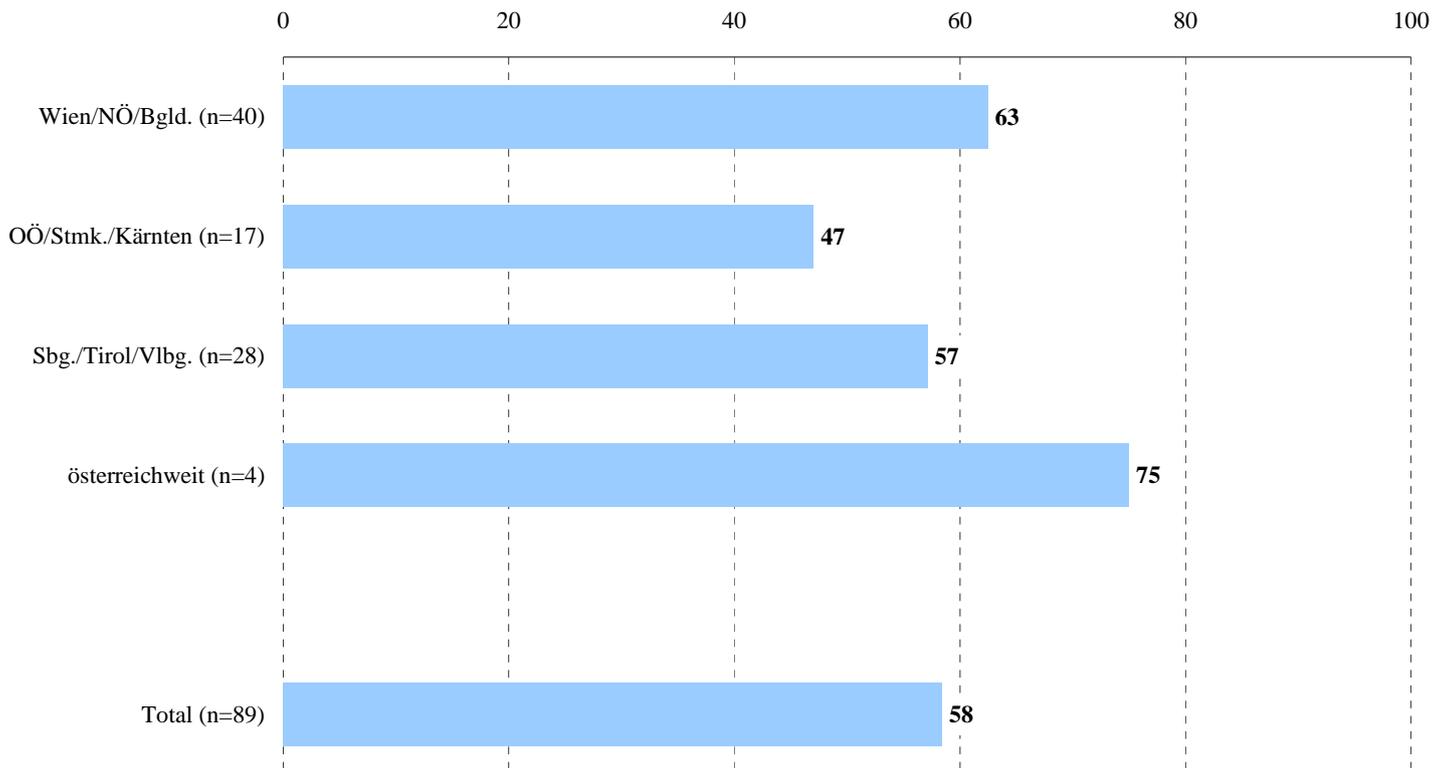


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Vorschulkinder (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

### 7.3.7 Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ (bis max. 19 J.)<sup>50</sup>

Bei der Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ (Alterskohorte Volksschulkinder bis max. 19 Jahre) zeigt sich ein Schwerpunkt im Sample der aufsuchenden Projekte in Wien, Niederösterreich und im Burgenland (53 %). Über dem Durchschnitt des Gesamtsamples (42 %) liegen auch die Projekte in den nördlichen und südlichen Bundesländern (47 %). Geringer fällt der Anteil im Westen Österreichs aus: Rund ein Viertel der eingelangten Projekte gibt „Kinder und Jugendliche“ als Zielgruppe an. Grundsätzlich ist allerdings festzuhalten, dass diese Angaben einer offenen Antwortkategorie im Fragebogen entstammen und nicht direkt zur Abfrage zur Verfügung gestellt wurden.

**Projekte in östlichen Bundesländern sowie in OÖ, Steiermark und in Kärnten fokussieren auf Kinder und Jugendliche**

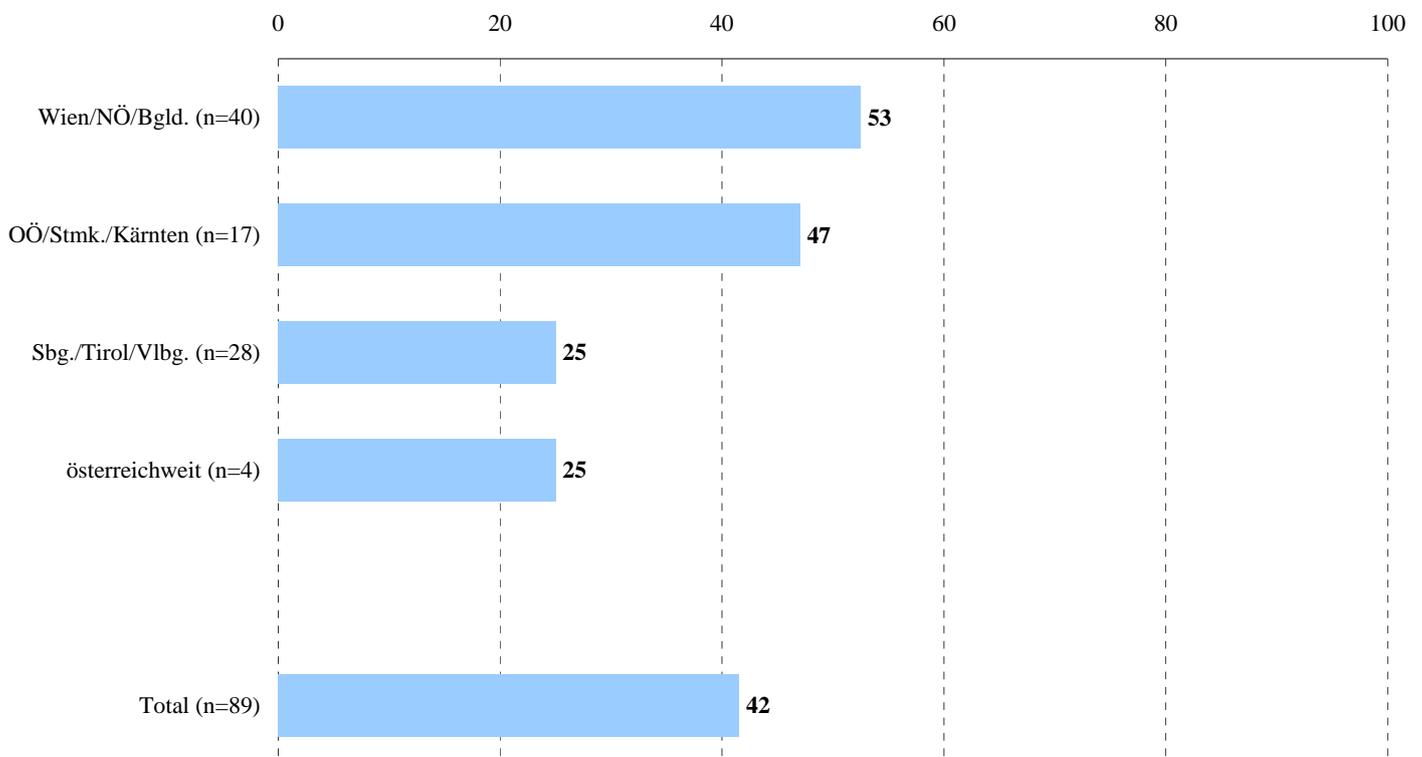


Abbildung: Zielgruppen nach Regionen: Kinder & Jugendliche (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

### 7.3.8 Zielgruppenfokus allgemein und nach Regionen<sup>50</sup>

**70 % der Projekte zielt auf bestimmte Schwangeren/Eltern-Kind Gruppen ab**  
**Zielgruppenangebote eher in westl. und östl. Bundesländern; Universalangebote eher im Norden und Süden Österreichs**

70 % der aufsuchenden Hilfeprojekte haben ausgewiesene Zielgruppenschwerpunkte und fokussieren mit ihren aufsuchenden Hilfen auf bestimmte Gruppen von Schwangeren, Eltern und Kindern (wie z.B. sozial belastete Familien, Kinder mit Behinderungen; chronisch kranke Kinder etc.).

Wie die nachstehende Abbildung zeigt, finden sich überdurchschnittlich viele dieser Zielgruppenprojekte in der Region Wien/Niederösterreich/Burgenland (83 %) und in den westlichen Bundesländern Salzburg/Tirol/Vorarlberg (68 %). Die Angebote in Oberösterreich/Steiermark und Kärnten stellen eher „Universalangebote“ dar, die sich nicht vorrangig an spezielle Gruppen bei Schwangeren, Eltern und Kindern richten. Der Anteil an aufsuchenden Angeboten für bestimmte Zielgruppen liegt hier bei 41 %.

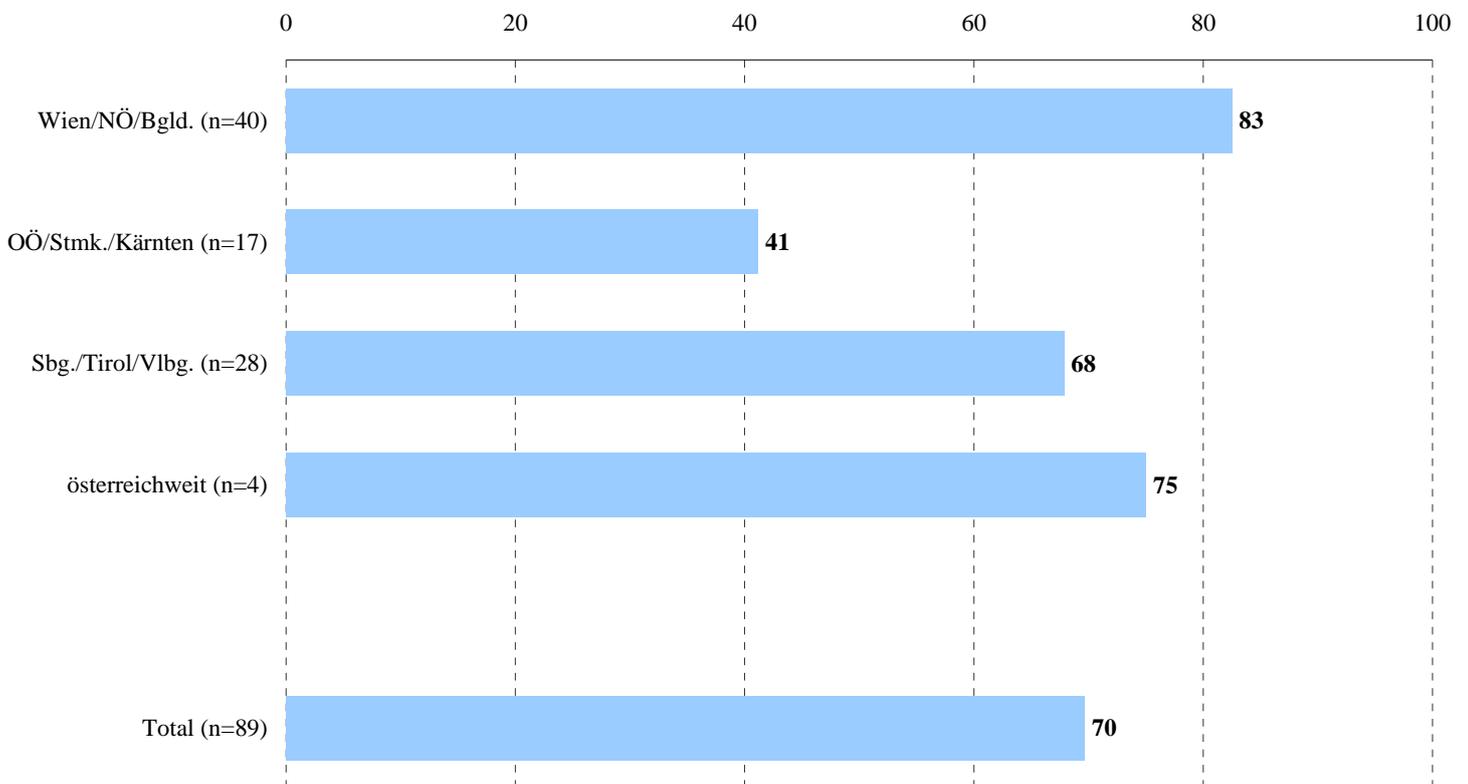


Abbildung: Zielgruppenfokus nach Regionen (in %; n=89)

### 7.3.9 Zielsetzungen der aufsuchenden Programme

Bei den häufigsten Zielsetzungen, die mit den aufsuchenden Programmen verfolgt werden, zeigt sich, dass Unterstützungen im Bereich der Information (etwa zu Förderungen), psychosoziale Beratung und Weitervermittlung (an andere Gesundheits- und Sozialberufsgruppen) im Vordergrund stehen (jeweils rund 66 %).

Früherkennung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und allgemeine Beratungen von Eltern stellen eine zweite Gruppe an Zielsetzungen dar (zw. 44 % und 46 %).

Darüber hinaus zeigen die beiden nachstehenden Abbildungen, dass rund ein Drittel der aufsuchenden Projekte im Sample, allgemeine Mütterberatungen (z.B. zum Thema Stillen, Kindespflege etc.), die Früherkennung von medizinischen Risikofaktoren, sowie die vertiefende, fachliche Abklärung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren anbietet.

Medizinisch/pflegerische Interventionen für akut/chronisch kranke Kinder sowie Angebote zur Elternbegleitung (z.B. Tätigkeit zur Elternentlastung) werden von je 17 % angeboten; eine vertiefende, fachliche Abklärungen von medizinischen Risikofaktoren ist in etwa 15 % aufsuchend vorgesehen.

Rund 10 % der aufsuchenden Hilfeprogramme im Sample verfolgen mit ihren Angeboten „Kinderschutzziele“ (wie z.B. Maßnahmen zur frühzeitigen Verringerung von Kindeswohlgefährdungen) bzw. streben eine Reduktion von Kinderunfällen an. Zudem widmen sich 10 % der Programme im Sample dem Thema „Frühförderung“. Nur wenige Programme bieten auch Sterbe- und Trauerbegleitung für Eltern und Kinder (3 %).

**Informationsangebote, Beratung und Weitervermittlung bei mehr als zwei Drittel im Vordergrund**

**sozialmedizinisches Screening und Gesundheitsförderung**

**30 % der Sample-Projekte widmet sich der Mütterberatung, medizinischen Früherkennung und Abklärung anderer Belastungsfaktoren**

**Pflege von Kindern, Angebote zur Elternentlastung und medizinisches Screening**

**ca. 10 % widmen sich dem „Kinderschutz“, der Unfallverhütung und der Frühförderung**

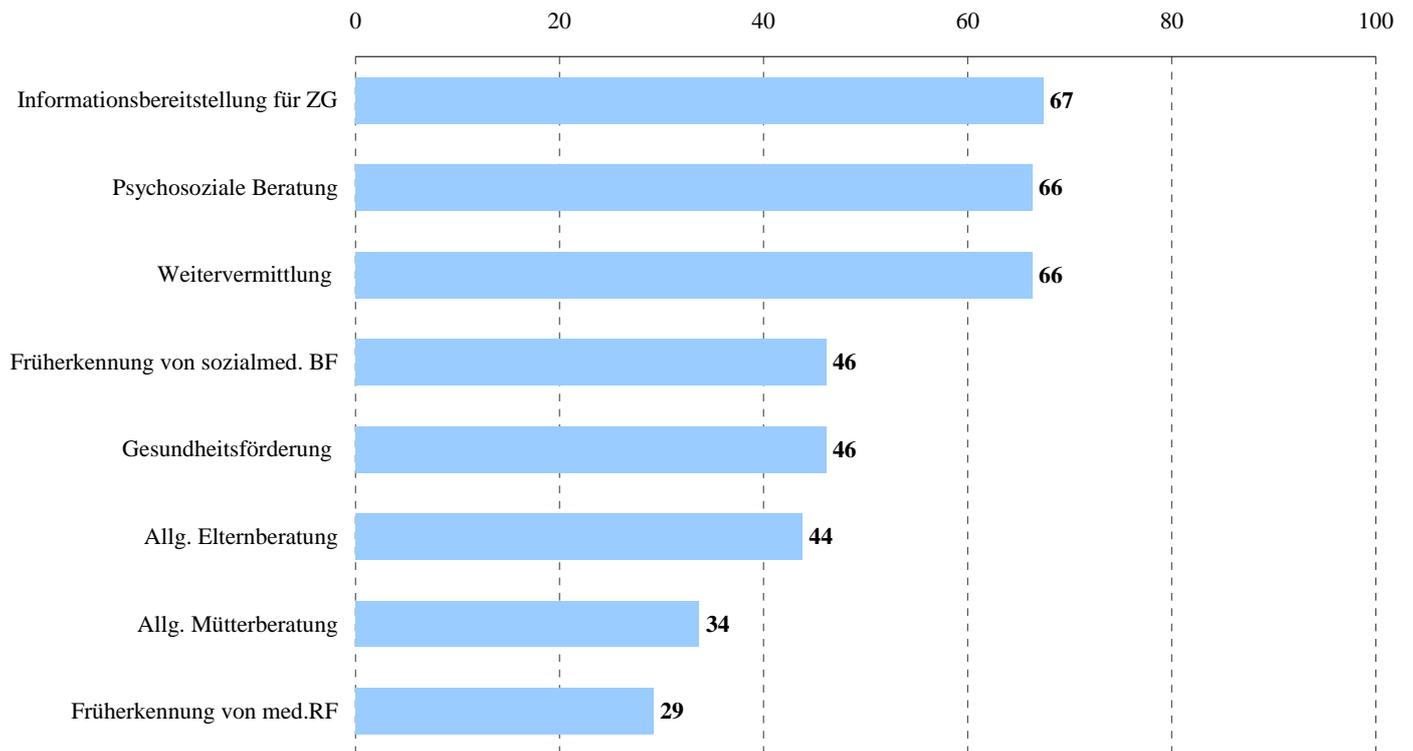


Abbildung: Zielsetzungen I (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

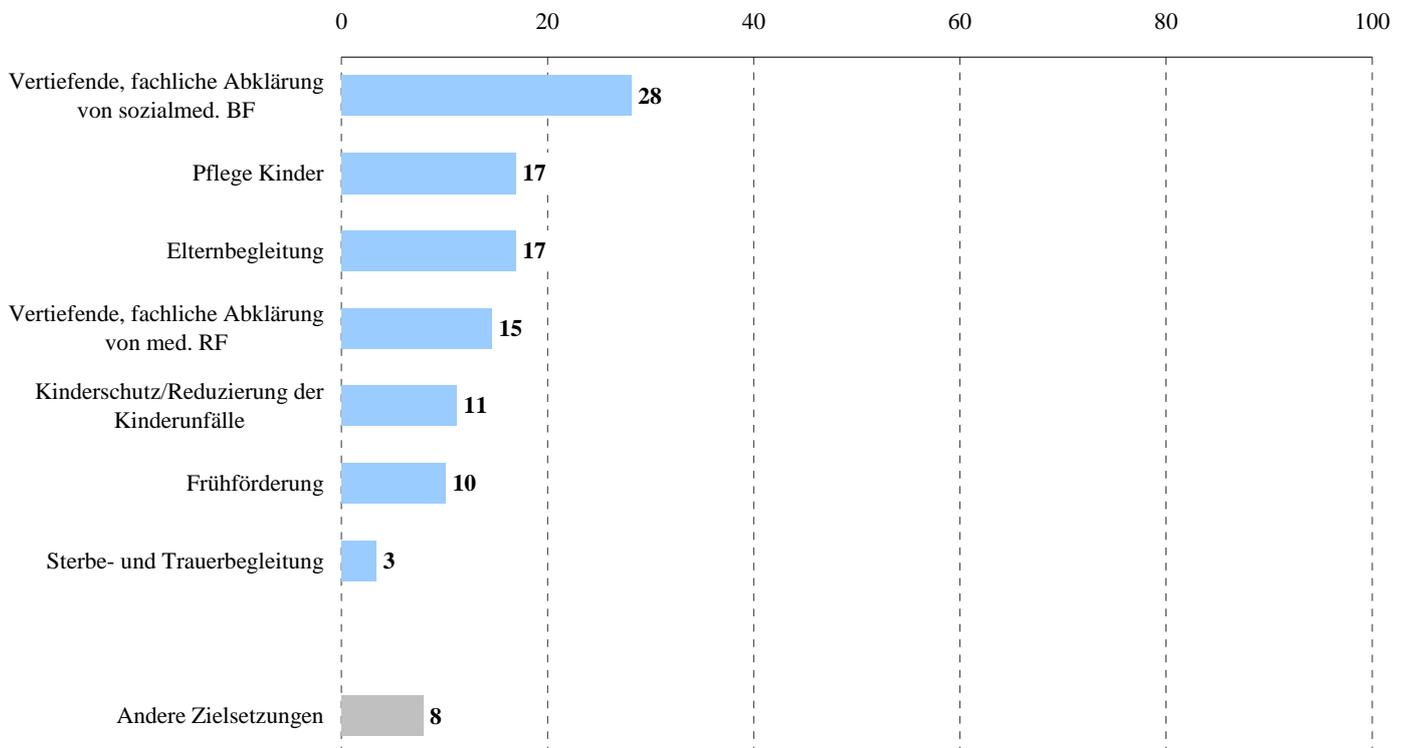


Abbildung: Zielsetzungen II (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

### 7.3.10 Aufsuchende Berufsgruppen

Bei den Berufsgruppen<sup>51</sup>, die als aufsuchende Gruppen in den jeweiligen Programmen genannt wurden, sind SozialarbeiterInnen die am häufigsten genannten (40 %). PsychologInnen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und „sonstige Berufsgruppen“ bilden die zweitgrößte Gruppe, die in den Fragebögen genannt wurden. Bei einem Fünftel der Programme sind ÄrztInnen, Hebammen/StillberaterInnen und PädagogInnen aufsuchend tätig, knapp gefolgt von therapeutischen Berufsgruppen (18 %). In 8 % der aufsuchenden Programme sind ErnährungsexpertInnen beschäftigt.

**SozialarbeiterInnen werden in den Fragebögen am häufigsten genannt**

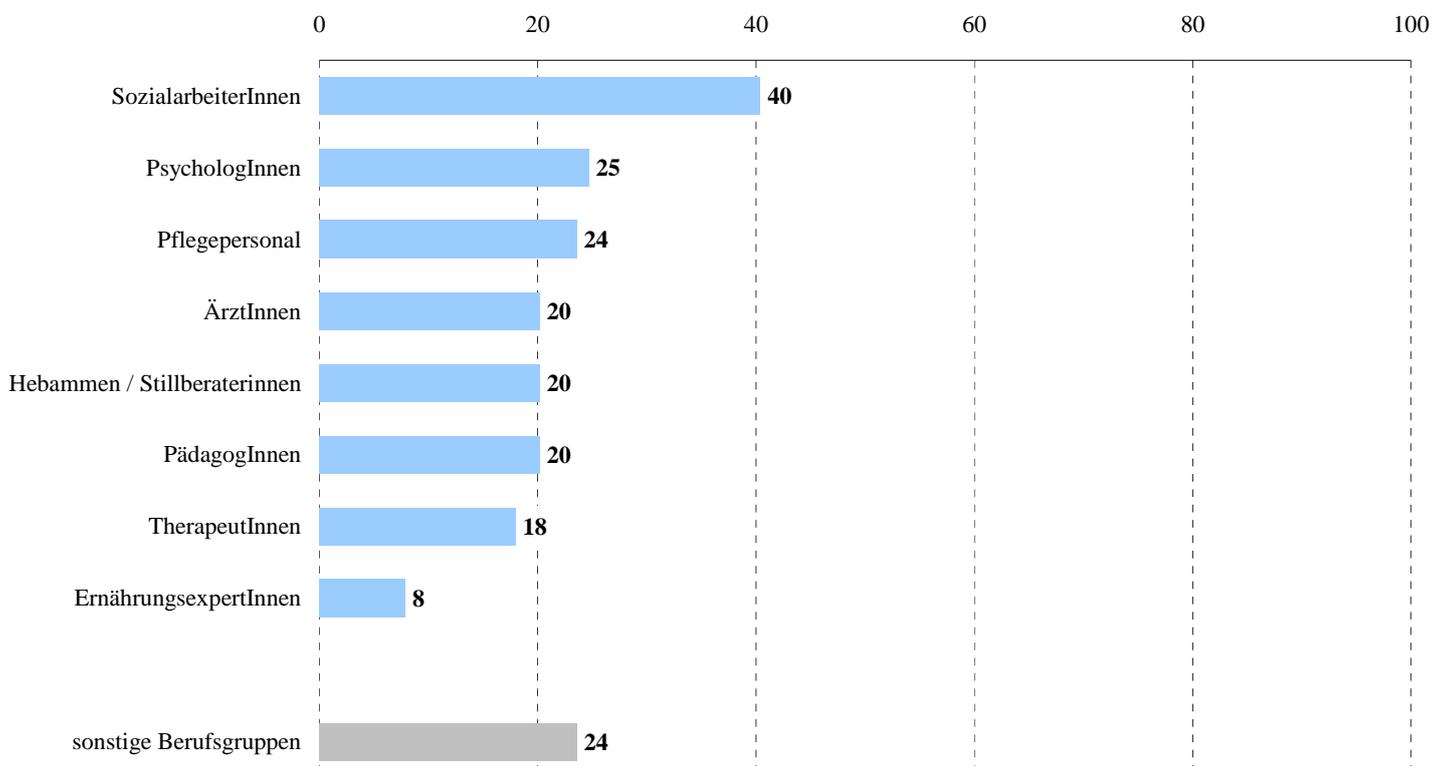


Abbildung: Berufsgruppen (in %; n=89); Mehrfachnennungen möglich

<sup>51</sup> Für die Datenauswertung wurden folgende Berufsgruppencluster gebildet: „Pflege: Diplomierte, allgemeines Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und diplomierte, spezielles Gesundheits- und Krankenpflegepersonal“; Hebammen; SozialarbeiterInnen; „TherapeutInnen: Psycho-, ErgotherapeutInnen sowie andere“; ÄrztInnen; „PädagogInnen: Sonder- und HeilpädagogInnen, SozialpädagogInnen, FrühförderInnen“; PsychologInnen; „ErnährungsexpertInnen: DiätologInnen und ErnährungswissenschaftlerInnen“; „sonstige Berufsgruppen: andere Sozial- und Gesundheitsberufe; FamilienhelferInnen; Case/Care ManagerInnen, sonstige Berufe“.

### 7.3.11 Ökonomische Aspekte

**aufsuchende Angebote  
sind mehrheitlich  
„kostenfrei“ für  
Schwangere, Eltern und  
Kinder**

Die Frage, ob die aufsuchenden Angebote für die Zielgruppen kostenfrei sind, wurde von ca. 87 % der Befragten bejaht. Insofern umfasst eine große Samplemehrheit kostenlose, aufsuchende Hilfeangebote für Schwangere, Eltern und Kinder.

*Tabelle 7.3-1: Kostenfreie Angebote für Zielgruppen*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	77	86,5
Nein	9	10,1
Gesamt	86	96,6
Keine Antworten	3	3,4
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

**Mehrheit der Projekte  
erhält (u.a.) öffentliche  
Finanzierung**

Hinsichtlich der Finanzierung der aufsuchenden Angebote zeigt sich ein eindeutiger Trend hinsichtlich einer öffentlichen Finanzierung bei den dargestellten Projekten und Programmen: Mehr als 90 % der aufsuchenden Projekte werden (u.a.) mit öffentlichen Geldern finanziert.

*Tabelle 7.3-2: Öffentliche Finanzierung*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	81	91,0
Nein	8	9,0
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

## 7.4 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Ergebnisse zeigen einen Überhang an aufsuchenden Projekten in Wien, Niederösterreich und Burgenland (45 %), wobei generell keine Aussagen über die Zielgruppen-Reichweite der Projekte getroffen werden können.

Bei den Zielgruppen zeigt sich, dass im Sample mehr als 80 % der aufsuchenden Hilfeangebote auf „beide Eltern“ fokussieren. „Säuglinge“, „Kleinkinder“, und „Neugeborene“ sind darüber hinaus in rund 70 % der zurück gemeldeten Projekte vorrangige Zielgruppen. „Schwangere“ werden in mehr als 40 % der Fragebögen als Zielgruppe genannt.

Vor allem im Osten und im Westen (Salzburg, Tirol und Vorarlberg) stellen „beide Elternteile“ primäre Zielgruppen für aufsuchende Eltern-Kind Hilfen dar (93 % bzw. 86 %). Die Gruppe der „Säuglinge“ und „Kleinkinder“ repräsentiert im Sample eine zweite „große“ Zielgruppe für aufsuchende Hilfen (je 70 %). Es sind v.a. die westlichen Bundesländer, die auch „Säuglinge“ (75 %) und „Kleinkinder“ (71 %), aber auch „Neugeborene“ (75 %) mit aufsuchenden Hilfen zu erreichen versuchen. Zudem nehmen „Kleinkinder“ im Osten Österreichs einen vorderen Platz bei der Zielgruppenorientierung ein (73 %). Eine tendenzielle Konzentration auf „Vorschulkinder“ kann im Vergleich zum Durchschnitt des Gesamtsamples (58 %) in Wien, Niederösterreich und im Burgenland (63 %) festgehalten werden. Bei den „Schwangeren“ und „Müttern“ als Zielgruppen für aufsuchende Hilfen, zeigen Projekte in Oberösterreich, in der Steiermark und in Kärnten eindeutige Schwerpunktsetzungen (59 %). „Kinder und Jugendliche“ werden als Zielgruppe am häufigsten in Projekten in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland genannt (53 %).

Rund 70 % fokussieren zudem mit aufsuchenden Eltern-Kind Angeboten auf spezifische Zielgruppen (d.h. mit bestimmten medizinischen Risikoprofilen oder mit sozialmedizinischen Belastungsfaktoren). Während die östlichen Bundesländer überwiegend Angebote für bestimmte Zielgruppen zur Verfügung stellt (83 %), gibt es in der Nord-Süd Region (Oberösterreich, Steiermark und Kärnten) v.a. aufsuchende „Universalangebote“.

Bei den Zielsetzungen zeigt sich in den Fragebögen, dass die aufsuchenden Angebote v.a. auf „Unterstützungs- und Beratungsleistungen“ sowie auf die Weitervermittlung zu „anderen Hilfen“ setzen. Die Bedeutung dieser Leistungen rückt vor dem Hintergrund der Fokussierung auf spezifische Zielgruppen ins Zentrum: Die Projekte repräsentieren vielfältige, professionelle Alltagsunterstützung für Zielgruppen mit (aber auch ohne) spezifischen Bedürfnissen.

Bei den aufsuchenden Berufsgruppen wurden in den Projekten die SozialarbeiterInnen am häufigsten genannt (40 %). PsychologInnen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wurde in rund einem Viertel der Antworten genannt.

In Bezug auf Finanzierungsaspekte lässt sich festhalten, dass eine große Projektmehrheit kostenfreie Angebote darstellt (ca. 87 %) und mehr als 90 % der Projekte eine öffentliche Finanzierung erhalten.

**mehrheitlich Rückmeldungen aus Wien, NÖ und Burgenland**

**beide Eltern sind am häufigsten genannte Zielgruppe; weiters Säuglinge, Kleinkinder, Neugeborene**

**im Osten: beide Eltern; Klein- und Vorschulkinder, Kinder und Jugendliche;**

**im Westen: beide Eltern, Säuglinge, Kleinkinder, Neugeborene**

**im Norden und Süden: Schwangere und Mütter**

**spezifische Zielgruppenangebote im Osten; „Universalangebote“ im Norden und Süden**

**Unterstützung, Beratung und Weitervermittlung im Zentrum der aufsuchenden Projekte**

**Sozialarbeit, Psychologie und Pflege als primäre Grundberufe in den Projekten**

**Angebot überwiegend kostenfrei für Zielgruppen und öffentlich finanziert**



## 8 Limitationen

Die bewusste Auswahl von Aus-, Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten zu aufsuchenden Hilfen erlaubt keine vollständige Erhebung von Programmen. Ausgehend von international verbreiteten aufsuchenden Berufen wurden v.a. Curricula im Gesundheitsbereich analysiert. Hierbei handelte es sich um Beispiele für einige aufsuchende Berufsmöglichkeiten, die in weiterer Folge um jene aus dem Sozialbereich ergänzt werden können.

Des Weiteren unterschieden sich die Definitionen „aufsuchender Hilfen“ teils beträchtlich in den Studien, auf deren Basis die Übersichtsarbeiten durchgeführt wurden, sodass eine Kategorisierung erschwert wurde.

Die Qualität (interne Validität) der eingeschlossenen Reviews war ausreichend bis gut. Daher wurde bei der Ergebnispräsentation auf eine Unterscheidung nach „Evidenzlevel“ verzichtet. Es lagen jedoch in den Reviews nicht immer (ausreichend) Informationen vor, die über die Qualität der in die Reviews eingeschlossenen Primärstudien berichteten. Eine Analyse der zugrundeliegenden Primärstudien wurde nicht vorgenommen. Daher kann einerseits nicht ausgeschlossen werden, dass nicht ausschließlich qualitativ hochwertige Studien in die Reviews eingeschlossen wurden bzw. andererseits, dass einzelne Reviews mitunter dieselben Einzelstudien eingeschlossen haben, wodurch ein gewisses Bias-Risiko bestehen bleibt. Ganz allgemein stellt sich ein Bias-Problem durch Studien mit „negativen Wirksamkeitseffekten“, die unter Umständen nicht oder nur in viel geringerem Maße publiziert wurden. Prinzipiell sind die Standards von Evaluierungen im Kontext „sozialer Interventionen“ differenziert zu beleuchten. Dies zeigt sich etwa auch im erwähnten NHS „Evidence briefing“. Wenngleich das NHS Dokument etwa auf die (soziale) Komplexität von aufsuchenden Hilfen hinweist und Wirksamkeitsanalysen auf Basis von randomisiert-kontrollierten Studien kritisch betrachtet, so wurde im Rahmen des „Evidence briefings“ doch wieder großteils auf jene Übersichten referenziert, die auf randomisiert-kontrollierten Studiendesigns basieren. Dies gilt allerdings auch für die vorliegende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen im vorliegenden LBI-HTA Bericht.

Aufgrund der Breite des Themenfeldes wurde der Einschluss der Literatur auf seit Jänner 1997 publizierte Reviews eingeschränkt. Es ist daher nicht auszuschließen,

- ❖ dass neuere kontrollierte Studien, welche in den analysierten Übersichtsarbeiten noch nicht berücksichtigt wurden, deren Ergebnisse zukünftig beeinflussen können;
- ❖ dass Themenbereiche, zu welchen derzeit nur RCTs, jedoch noch keine Reviews vorliegen, fehlen;
- ❖ dass Themenbereiche, für welche ältere Reviews (vor 1997) eindeutig negative oder positive Effekte nachgewiesen haben und daher in unserer Literatursuche nicht aufschienen, in unserer zusammenfassenden Literaturübersicht fehlen.

Zudem konzentrierte sich die Wirksamkeitsanalyse überwiegend auf Schwangere, Eltern und Kinder mit sozialmedizinischen Belastungsfaktoren. Insofern sind Aussagen zur Wirksamkeit von „Universalangeboten“ nur

**Auswahl von Curricula und Berufsprofilen ist unvollständig und soll vorrangig Bildungsoptionen aufzeigen**

**große Bandbreite an Definitionen zu aufsuchenden Hilfen**

**unzureichende Informationen über „Basis-Studien“ in den Reviews**

**„soziale Interventionen“ bedürfen einer differenzierter Betrachtung von Wirksamkeit**

**limitierte Aussagekraft zu „Universalangeboten“**

sehr eingeschränkt möglich. Grundsätzlich zeigt sich die Evidenzlage in Bezug auf manche Endpunkte als unbefriedigend.

**Fragebogenunter-  
suchung liefert eine  
„Skizze“ zu  
aufsuchenden Hilfen in  
Österreich**

Weiters beziehen sich die Ergebnisse aus der schriftlichen ExpertInnenbefragung zu aufsuchenden Hilfeangeboten in Österreich ausschließlich auf die erhobenen Fragebögen und besitzen keinen repräsentativen Charakter. Die Untersuchung soll in erster Linie Trends und Tendenzen im Hinblick auf regionale Schwerpunkte, Zielgruppen, Zielsetzungen und eingebundene Berufsgruppen aufzeigen.

## 9 Diskussion und Schlussfolgerungen

Prinzipiell zeigt sich bei einer Zusammenfassung von internationalen und nationalen Strategien zu aufsuchenden Hilfen, dass diese sowohl Screening-Aufgaben als auch pflegerische, medizinische, psycho-soziale Interventionen erbringen. In jedem Fall sind aufsuchende Tätigkeiten „kommunikations- und beziehungsintensive“ Aufgaben, die vielfach in der unmittelbaren Wohn- und Lebensumgebung der PatientInnen/KlientInnen erbracht werden. Vor diesem Hintergrund wird der international weit verbreitete Begriff des „Health Visiting“ vielerorts in der Literatur und in Policy-Dokumenten als Synonym für „Home Visiting“ verwendet.

Zudem sind aufsuchende Hilfen bzw. Berufsgruppen Nahtstellen zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen. In diesem Sinne sind aufsuchende Hilfen (fast) ausschließlich in Form von Netzwerken konzipiert, die Schwangeren, Eltern und Kindern einen niederschweligen Zugang zu frühzeitiger Unterstützung ermöglichen.

Eine wesentliche Determinante für die „Breite“ und „Tiefe“ von aufsuchenden Angeboten ist sicherlich die jeweilige Zielgruppe, die erreicht werden soll. Eine trennscharfe Unterscheidung von aufsuchenden Hilfen entlang von Zielgruppen ist aufgrund von Überschneidungen nicht immer möglich. Dennoch lässt sich grob zwischen Zielgruppen unterscheiden, die mittels „Universalangeboten“ erreicht werden sollen und jenen, die mit „spezifischen Angeboten“ erreicht werden sollen. Die Gestaltung eines aufsuchenden Angebots berücksichtigt zunächst in beiden Fällen die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der schwangeren Frauen, der Eltern und Kinder. Die Angebotstiefe steht jedoch im Zusammenhang mit den jeweiligen (sozio-ökonomischen Lebensumständen), medizinischen Risikofaktoren und sozialmedizinischen Belastungen. Während etwa „Universalangebote“ in Großbritannien allgemeine Unterstützung, Beratung und Begleitung für Zielgruppen „ohne“ Risiko- und Belastungsfaktoren vorsehen, fokussieren aufsuchende Angebote etwa in Deutschland und Österreich vielerorts auf Schwangere in schwierigen Lebensumständen und bieten entsprechende spezifische Leistungen.

In den Themenkapiteln dieses Berichts spiegelt sich v.a. der zentrale Stellenwert von bestimmten Gruppen von Schwangeren, Eltern und Kindern im Zusammenhang mit aufsuchenden Angeboten wider. Sowohl das Kapitel

- ❖ zu den Curricula und Berufsprofilen zu aufsuchenden Berufsgruppen (Kapitel 5) als auch
- ❖ die zusammenfassende Literaturübersicht zur Wirksamkeit von aufsuchenden Angeboten (Kapitel 6) und
- ❖ die Befragung unter österreichischen ExpertInnen zum derzeitigen aufsuchenden Angebot (Kapitel 7)

zeigten, dass Diskussionen zur Zielsetzung/Gestaltung, „Wirksamkeit“ und Umsetzung von aufsuchenden Hilfen vielerorts im Kontext von (sozial)medizinischen Risiko- und Belastungsfaktoren geführt werden.

**aufsuchende Hilfen screenen, pflegen, beraten und unterstützen zumeist in der Wohnumgebung der Zielgruppen**

**Netzwerkorganisation und Niederschwelligkeit sind zentrale Merkmale von aufsuchenden Hilfen**

**Unterscheidung zwischen aufsuchenden „Universalangeboten“ und Angeboten für spezifische Zielgruppen**

**Schwangere, Eltern und Kinder mit medizinischen / sozialmedizinischen Risiken und Belastungen im Fokus von aufsuchenden Programmen**

**ausgewählte  
Weiterbildungen zur  
aufsuchenden Arbeit in  
Deutschland und  
Österreich fokussieren  
auf bestimmte Gruppen  
von Schwangeren,  
Familien, Kinder**

Bei den ausgewählten Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogrammen zu aufsuchenden Hilfen zeigte sich diese Zielgruppenkonzentration etwa in Deutschland, Österreich und Skandinavien. Für die beiden deutschsprachigen Länder wurden Beispiele für postgraduale Weiterbildungsmöglichkeiten für diplomierte Pflegekräfte und Hebammen dargestellt, die insbesondere für die Arbeit mit belasteten Familien vorbereiten. Bei den Sozialberufen ist in Österreich die (aufsuchende) Arbeit mit bestimmten Zielgruppen bereits im Grundstudium vorgesehen bzw. etwa dem Berufsbild der diplomierten „SozialarbeiterInnen“ inhärent. Bei den Tätigkeitsschwerpunkten, die mit aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder verbunden werden und auf die auch die Bildungsangebote abzielen, stehen Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsförderung, Beratung und Unterstützung sowie die „intersektorale Vernetzung“ zwischen Gesundheits- und Sozialberufen länderübergreifend im Vordergrund. Hinsichtlich der Kompetenzbereiche von aufsuchenden Hilfen fällt auf, dass etwa in Großbritannien und Schweden zudem eine gesetzlich geregelte, „limitierte Medikation“ durch aufsuchende Berufsgruppen vorgesehen ist. Des Weiteren zeigt sich, dass nur in wenigen Ländern (wie z.B. in Großbritannien) „nationale Standards“ hinsichtlich der Inhalte von Aus-, Fort- bzw. Weiterbildungen in Health Visiting existieren. Darüber hinaus gibt es in den Ländern zudem unterschiedliche (teils rezente) „nationale Policies“ für aufsuchende Hilfen im Gesundheits- und Sozialbereich: In Großbritannien wurde etwa 2010 der „Health Visitor Implementation Plan“ lanciert, der einen Ausbau des britischen Health Visiting Sektors vorsieht. In Deutschland ist Anfang 2012 ein neues Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten, das auch Regelungen zu Hausbesuchen vorsieht. In Österreich finden Regelungen zu aufsuchenden Hilfen ihren Niederschlag etwa in der bundesstaatlichen Jugendwohlfahrt.

**Hinweise zur  
Wirksamkeit für die  
Zielgruppen entlang  
mehrerer Endpunkte zu  
physischer und  
psychischer Gesundheit,  
Eltern-Kind  
Beziehungen, sozialem  
Umfeld etc.**

Im Hinblick auf die Wirksamkeitshinweise zu aufsuchenden Hilfen soll vorab darauf hingewiesen werden, dass die Interpretation der Ergebnisse, die im Rahmen des „Review of reviews“ gewonnen wurden, im Kontext der Limitationen (siehe Kapitel 8) „zu lesen“ sind. Die eingeschlossenen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen zeigen Hinweise zur Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen etwa bei Kindern im Hinblick auf deren kognitive, soziale und emotionale Entwicklung sowie auf die körperliche Gesundheit. Positive Trends wurden im Zusammenhang mit aufsuchenden Hilfen auch bei den Müttern und Eltern festgestellt. Dies betrifft etwa die körperliche Gesundheit der Mütter, die „mütterliche/elterliche Feinfühligkeit“ gegenüber den Bedürfnissen des Kindes, den Verlauf von postpartalen Depressionen, die Raten an stillenden Müttern sowie die Qualität von Sozialkontakten in der Gruppe der Mütter. Zudem wurde der positive Einfluss von aufsuchenden Hilfen auf Mutter/Eltern-Kind Interaktionen und auf die Verringerung von Kinderunfällen (in der häuslichen Umgebung) in einigen Reviews festgestellt.

**teils widersprüchliche  
Ergebnisse in den  
Reviews**

Prinzipiell brachte die zusammenfassende Literaturübersicht allerdings auch eine Vielzahl an widersprüchlichen bzw. unzureichenden Ergebnissen hervor. Hierbei handelte es sich um Endpunkte, die in den Interventionsgruppen mancher Reviews positive Effekte zeigten, in anderen Übersichten aber entgegen gesetzt bewertet wurden (wie etwa bei aufsuchenden Maßnahmen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung). Hierbei sei jedoch auf die unterschiedlichen Ausgangslagen in den Reviews hinsichtlich der Definitionen von Endpunkten, Zielgruppen etc. hingewiesen.

Die Ergebnisse dieser Zusammenschau wurden darüber hinaus mit einem „Evidence briefing“ des NHS zu aufsuchende Hilfen für Eltern und Kinder aus dem Jahr 2004 verglichen. Hierbei zeigte sich eine Übereinstimmung bei jenen Endpunkten, die sowohl in der vorliegenden Arbeit als auch im NHS-Dokument untersucht wurden.

Ein Zielgruppenfokus (etwa auf behinderte und / oder entwicklungsverzögerte Kinder; Familien mit psychosozialen Belastungen etc.) zeigte sich insgesamt in der Fragebogenuntersuchung unter ExpertInnen hinsichtlich von aufsuchenden Schwangeren/Eltern-Kind Angeboten in Österreich. Diese Zielgruppenorientierung in bereits laufenden aufsuchenden Programmen entspricht zudem auch den aktuellen, vielfach „sozialbedingten“ Gesundheitsbedrohungen in Österreich. Vor allem in den östlichen Bundesländern gibt es überwiegend Angebote für bestimmte Zielgruppen. „Universalangebote“ sind am stärksten in Oberösterreich, der Steiermark und Kärnten verbreitet. Die überwiegend kostenfreien Angebote, die im Rahmen der Befragung erhoben werden konnten, richten sich v.a. an „beide Elternteile“ und sehen in erster Linie Unterstützung, Begleitung und die Weitervermittlung an andere Gesundheits- und Sozialberufsgruppen vor. SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und diplomierte Pflegekräfte werden besonders oft als aufsuchende Berufsgruppen genannt.

Im Hinblick auf einen Ausbau von aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder in Österreich zeigt sich vor dem Hintergrund der gewonnenen Ergebnisse, dass sowohl im Bereich der „etablierten“ Berufsgruppen als auch etwaiger Weiterbildungen entsprechende „Infrastrukturen“ vorhanden sind. Ein flächendeckendes Angebot (etwa in Form eines aufsuchenden Schwangeren/Eltern-Kind Programms) bedarf der Einbindung und Berücksichtigung dieser „Ressourcen“, um durch eine verschränkte Zusammenarbeit von unterschiedlichen Trägerorganisationen und Berufsgruppen, Breiten- und Synergieeffekte für Schwangere, Eltern und Kinder erwirken zu können.

Zudem ist im Falle einer flächendeckenden Umsetzung von aufsuchenden Hilfen in Österreich, eine begleitende Ausarbeitung eines Evaluierungskonzepts empfehlenswert. Hierbei sollte vorab bei der Planung eines aufsuchenden Hilfeprogramms ein Modell zur Wirksamkeit mit empirisch messbaren Zielen definiert werden, das etwa auf Evidenz- und Evaluierungserfahrungen vergleichbarer Regionen oder Länder zurückgreift.

**übereinstimmende  
Schlussfolgerungen mit  
einem NHS „Evidence  
briefing“ zu  
aufsuchenden Hilfen**

**aufsuchende Angebote  
in Österreich richten  
sich v.a. an Gruppen mit  
spezifischen  
Bedürfnissen**

**in Österreich sind  
Grundlagen für den  
Ausbau von  
aufsuchenden Hilfen  
vorhanden**

**Planung eines  
aufsuchenden  
Programms sollte  
Evaluierungskonzept  
beinhalten**



## 10 Literatur

- [1] Warmuth M, Mad P, Piso B, Wild C. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil I: Epidemiologie Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. Wien 2011.
- [2] Winkler R. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu "Normal-" und "Risikoverläufen" während der Schwangerschaft und frühen Kindheit bis zum Schuleintritt. Wien 2011.
- [3] Zechmeister I, Loibl T. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil III: Ist-Erhebung der Finanzierungs- und Kostenstrukturen von Eltern-Kind Leistungen in Österreich. Wien 2011.
- [4] Piso B, Wild C, Winkler R, Warmuth M. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil IV: Synthese der Teile I-III, Handlungsempfehlungen. Wien 2011.
- [5] Schumacher I, Piso B. Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil V: Maßnahmen zur Verringerung der Frühgeburtlichkeit. Wien 2012.
- [6] Cowley S, Caan W, Dowling S, Weir H. What do health visitors do? A national survey of activities and service organisation. *Public Health*. 2007;121(11):869-79.
- [7] Hasseler M. Prävention als originäre Aufgabe der Pflege - Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler M, Meyer M, eds. *Prävention und Gesundheitsförderung: neue Aufgaben für die Pflege; Grundlagen und Beispiele*. Hannover: Schlütersche 2006:35-59.
- [8] The Quality Assurance Agency for Higher Education. Benchmark statement: Health care programmes - Phase 1: Health visiting. Subject benchmark statements: Health care programmes 2001 [cited 12.09.2011; Available from: <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/HV.pdf>
- [9] Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment*. 2000;4(13):1-339.
- [10] Czypionka T, Kraus M, Riedel M, Röhrlling G. Health Workforce: Status quo und neue Berufsbilder. *Soziale Sicherheit : Zeitschrift des Bundesamtes für Sozialversicherung, BSV*. 2011;64(2 Health System Watch D):1-16.
- [11] Walper S, Franzkowiak P, Meysen T, Papoušek M, Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Frühe Hilfen: Grundlagen - Begriffsbestimmung "Frühe Hilfen". 2011 [cited 10.10.2011; Available from: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung>
- [12] Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill C, Health Development Agency. Ante- and post-natal home-visiting (evidence briefing): NHS Health Development Agency; 2004.
- [13] Kocks A. Schulgesundheitspflege : Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege & Gesellschaft*. 2008;13(3):246-60.
- [14] Nieting A, Kommission für Familienhebammen des Deutschen Hebammenverbandes e.V. Positionspapier - Zur Abgrenzung der Begriffe Familienhebamme und Familiengesundheitshebamme. 2011 [cited 15.02.2012; Available from: [http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user\\_upload/pdf/Stellungnahmen/Positionspapier\\_F](http://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/Stellungnahmen/Positionspapier_F)

H\_FGH.pdf&t=1330011480&hash=74ded4f62b3d16a4c2103ff7863fbb7893977e10

- [15] Whittaker K. Health Visiting in the UK : early life, early care. In: Assessment LBIHT, Gesundheit Bf, editors. Vortrag im Rahmen der Tagung "Eltern-Kind Vorsorge - Herausforderungen und Perspektiven" des LBI-HTA und BMG, Wien; 06.12.2011; Wien; 06.12.2011.
- [16] Seitz F. Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa : eine Literaturstudie zur Implementierung. Pflege & Gesellschaft. 2008;13(3):260-78.
- [17] Gonzalez A, MacMillan HL, Gonzalez A, MacMillan HL. Preventing child maltreatment: an evidence-based update. J Postgrad Med. 2008 Oct-Dec;54(4):280-6.
- [18] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Familiengesundheitspflege – Family Health Nurse: Weiterbildung. [Flyer] 2010 [cited 18.12.2011; Available from: <http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/Flyer%20Familiengesundheitspflege.pdf>
- [19] Stiftung Eine Chance für Kinder. Grundlagenpapier: Einsatz von Familienhebammen. Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen für den Einsatz von Familienhebammen („4-Säulenkonzept“). Hannover: Stiftung Eine Chance für Kinder 2011:12.
- [20] Paul M. Frühe Hilfen - Frühzeitige, niedrigschwellige Hilfen für belastete Familien. Vortrag im Rahmen der Tagung "Eltern-Kind Vorsorge - Herausforderungen und Perspektiven" des LBI-HTA und BMG, Wien; 06.12.2011; Wien; 06.12.2011.
- [21] Wild M, ed. Familiengesundheitspflege in Österreich - Curriculum. Umsetzung des Konzepts der Family-Health-Nurse der WHO in Österreich. Wien, Graz: Österreichisches Rotes Kreuz 2007.
- [22] Hackmann M. Lehren und Lernen in der ambulanten Pflege : ein Arbeitsbuch für die Ausbildungspraxis. Hannover: Schlüter 2005.
- [23] Stephenson T. Implications of the Crown Report and nurse prescribing. Arch Dis Child. 2000;83(3):199-202.
- [24] Brieskorn-Zinke M. Public Health Nursing : der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. 1. Aufl.. ed. Stuttgart: Kohlhammer 2007.
- [25] Linnaeus University. Programme syllabus: Specialist Nursing Programme, with Specialism in Primary Health. [PDF] 2009 [cited 27.09.2011; Available from: <https://utb.lnu.se/education/programmes/VADSJ?l=en>
- [26] Nievar M, van Egeren LA, Pollard S. A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. Infant Mental Health Journal. 2010;31(5):499-520.
- [27] Kendrick D, Barlow J, Hampshire A, Stewart-Brown S, Polnay L, Kendrick D, et al. Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: systematic review and meta-analysis. Child Care Health Dev. 2008 Sep;34(5):682-95.
- [28] Doggett C, Burrett S, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2005(4):CD004456.
- [29] Aos S, Lieb R, Mayfield J, Miller M, Pennucci A. Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy; 2004 17.09.2004. Report No.: 04-07-3901.
- [30] McNaughton DB. Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research. Public Health Nurs. 2004;21(3):pp.

## 11 Appendix

### 11.1 Datenauswertung zu Fragebogenuntersuchung „Aufsuchende Hilfen in Österreich“<sup>52</sup>

#### 11.1.1 Adressierte Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)

*Tabelle 11.1-1: Aufsuchende Hilfen für Schwangere*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	38	42,7
Nein	51	57,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-2: Aufsuchende Hilfen für Mütter (Angebot richtet sich primär an Mütter)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	19	21,3
Nein	70	78,7
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-3: Aufsuchende Hilfen für Väter (Angebot richtet sich primär an Väter)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	3	3,4
Nein	86	96,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-4: Aufsuchende Hilfen für beide Elternteile (Angebot richtet sich primär an beide Elternteile)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	75	84,3
Nein	14	15,7
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

---

<sup>52</sup> Samplegröße: n=89 Projekte

Tabelle 11.1-5: Aufsuchende Hilfen für Neugeborene

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	59	66,3
Nein	30	33,7
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-6: Aufsuchende Hilfen für Säuglinge

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	62	69,7
Nein	27	30,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-7: Aufsuchende Hilfen für Kleinkinder

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	62	69,7
Nein	27	30,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-8: Aufsuchende Hilfen für Vorschulkinder

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	52	58,4
Nein	37	41,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-9: Aufsuchende Hilfen für Kinder und Jugendliche (bis max. 21 LJ)

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	37	41,6
Nein	52	58,4
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-10: Aufsuchende Hilfen für andere Zielgruppen<sup>53</sup>

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	3	3,4
Nein	86	96,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

### 11.1.2 Zielsetzungen der aufsuchenden Hilfenprojekte (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 11.1-11: Früherkennung von medizinischen Risikofaktoren

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	26	29,2
Nein	63	70,8
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-12: Früherkennung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	41	46,1
Nein	48	53,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-13: Vertiefende, fachliche Abklärung von medizinischen Risikofaktoren

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	13	14,6
Nein	76	85,4
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-14: Vertiefende, fachliche Abklärung von sozialmedizinischen Belastungsfaktoren

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	25	28,1
Nein	64	71,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

<sup>53</sup> Fragebogennennungen: GemeindevertreterInnen; KindergartenpädagogInnen; Fachpersonen zur interdisziplinären Vernetzung und Fortbildung

*Tabelle 11.1-15: Gesundheitsförderung (z.B. Ernährung/Bewegung etc. während und nach der Schwangerschaft)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	41	46,1
Nein	48	53,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-16: Medizinisch/pflegerische Interventionen für akut/chronisch kranke Kinder*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	15	16,9
Nein	74	83,1
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-17: Psychosoziale Beratung/Begleitung/Unterstützung*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	59	66,3
Nein	30	33,7
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-18: Allgemeine Mütterberatung (z.B. Stillen, Kindespflege etc.)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	30	33,7
Nein	59	66,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-19: Allgemeine Elternberatung (z.B. Kindespflege, Kindeserziehung etc.)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	39	43,8
Nein	50	56,2
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-20: Informationsbereitstellung für Zielgruppe(n) (z.B. Informationen zu Förderungen etc.)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	60	67,4
Nein	29	32,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

*Tabelle 11.1-21: Weitervermittlung an andere Institutionen/Gesundheitsberufe*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	59	66,3
Nein	30	33,7
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen**Tabelle 11.1-22: Sterbe- und Trauerbegleitung*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	3	3,4
Nein	86	96,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen**Tabelle 11.1-23: Begleitung der Eltern/Alltagsunterstützung/Entlastung*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	15	16,9
Nein	74	83,1
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen**Tabelle 11.1-24: Förderung des Kindes (z.B. Frühförderung, heilpädagogische Förderung etc.)*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	9	10,1
Nein	80	89,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen**Tabelle 11.1-25: Kinderschutz/Verringerung der Kindeswohlgefährdung/Reduzierung der Kinderunfälle*

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	10	11,2
Nein	79	88,8
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-26: Andere Zielsetzungen<sup>54</sup>

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	41	46,1
Nein	48	53,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

### 11.1.3 Aufsuchende Berufsgruppen einzeln (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 11.1-27: Diplomiertes „allgemeines Krankenpflegepersonal“

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	12	13,5
Nein	77	86,5
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-28: Diplomiertes „spezielles Krankenpflegepersonal“ (z.B. Kinderkrankenpflege)

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	11	12,4
Nein	78	87,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-29: Hebammen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	18	20,2
Nein	71	79,8
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-30: SozialarbeiterInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	36	40,4
Nein	53	59,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

<sup>54</sup> Hierzu gab es folgende Einzelnennungen: „Aufklärung und Sexualberatung; Vorträge und Workshops in Schulen“; „Kariesprophylaxeprogramme in den niederösterreich. Kindergärten, Volksschulen und Mutter-Elternberatungsstellen“; „Anhebung der Stillraten“; „Psycho-, Ergo-, Physio-, Musiktherapie, Logopädie“; „Psychotherapeutische Behandlungen“; „Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind Bindung/Interaktion“; „Geburtsvorbereitung“

Tabelle 11.1-31: PsychotherapeutInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	14	15,7
Nein	75	84,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-32: ÄrztInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	18	20,2
Nein	71	79,8
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-33: ErgotherapeutInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	3	3,4
Nein	86	96,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-34: Andere Sozialberufsgruppen<sup>55</sup>

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	9	10,1
Nein	80	89,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-35: Andere Gesundheitsberufsgruppen/BeraterInnengruppen<sup>56</sup>

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	9	10,1
Nein	80	89,9
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

<sup>55</sup> Hierzu gab es folgende Nennungen: „Psychoanalytisch-pädagogische ErziehungsberaterInnen“; „FinanzberaterInnen, LebensberaterInnen“; „DiplomsozialbetreuerInnen“; „Langzeit-helferInnen“; „ErziehungsberaterInnen“; „KindergärtnerInnen, VorschulpädagogInnen“; „Diplomierte BehindertenpädagogInnen“; „SonderkindergärtnerInnen“

<sup>56</sup> Hierzu gab es folgende Nennungen: „MobilitätsberaterInnen“; „ZahngesundheitserzieherInnen“; „Ernährungs- und BewegungsexpertInnen“; „KindersicherheitsexpertInnen“

Tabelle 11.1-36: Sonstige Berufe<sup>57</sup>

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	4	4,5
Nein	85	95,5
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-37: Andere TherapeutInnen (z.B. Physio-, Musiktherapie, Logopädie etc.)

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	2	2,2
Nein	87	97,8
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-38: Still- und Laktationsberaterinnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	3	3,4
Nein	86	96,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-39: PsychologInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	22	24,7
Nein	67	75,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-40: FrühförderInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	5	5,6
Nein	84	94,4
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

<sup>57</sup> Hierzu gab es folgende Nennungen: „Ehrenamtliche MentorInnen; „SAFE-MentorInnen“; „TheologInnen“

Tabelle 11.1-41: FamilienhelferInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	2	2,2
Nein	87	97,8
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-42: DiätologInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	6	6,7
Nein	83	93,3
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-43: ErnährungswissenschaftlerInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	5	5,6
Nein	84	94,4
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-44: Sonder- und HeilpädagogInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	7	7,9
Nein	82	92,1
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-45: Case/Care ManagerInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	3	3,4
Nein	86	96,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

Tabelle 11.1-46: SozialpädagogInnen

Antworten	Häufigkeiten	%
Ja	11	12,4
Nein	78	87,6
Gesamt	89	100,0

*Eigene Berechnungen*

## 11.2 Suchstrategie (Bsp. Medline via Ovid)

Database: Ovid MEDLINE(R) <1948 to June Week 3 2011>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <June 24, 2011>, Ovid MEDLINE(R) Daily Update <June 24, 2011>, Ovid OLDMEDLINE(R) <1946 to 1965>

Search Strategy:

- 1 \*Pregnancy, High-Risk/ (1507)
- 2 \*Pregnant Women/ (2021)
- 3 (teenage adj3 (mother\$1 or father\$1 or parent\$1)).mp. (734)
- 4 exp Single Parent/ (949)
- 5 (high-risk adj3 (Infant\$1 or Child\* or newborn\$1 or mother\$1 or father\$1 or parent\$1 or famil\* or pregnanc\*)).mp. (12807)
- 6 (low-risk adj3 (Infant\$1 or child\* or newborn\$1 or mother\$1 or father\$1 or parent\$1 or famil\* or pregnanc\*)).mp. (1424)
- 7 (at-risk adj3 (mother\$1 or father\$1 or parent\$1 or child\*)).mp. (4704)
- 8 ((parent\$1 or famil\* or child\*) adj3 special need\$1).mp. (630)
- 9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (22551)
- 10 \*Community Health Nursing/ (13941)
- 11 \*Public Health Nursing/ (6167)
- 12 \*Community Health Aides/ (1673)
- 13 community support worker\*.mp. (7)
- 14 ((community or visit\*) adj3 midwi#e\*).mp. (704)
- 15 ((prenatal or pre-natal or antenatal or ante-natal or postnatal or post-natal) adj3 visit\*).mp. (2418)
- 16 home visit\*.mp. (4412)
- 17 health visit\*.mp. (2996)
- 18 outpatient visit\*.mp. (2143)
- 19 follow-up visit\*.mp. (7293)
- 20 \*Aftercare/ (2473)
- 21 follow-up care.mp. (2051)
- 22 routine prenatal care.mp. (154)
- 23 routine antenatal care.mp. (198)
- 24 routine ante-natal care.mp. (1)
- 25 routine perinatal care.mp. (7)
- 26 routine postnatal care.mp. (8)
- 27 \*Home Care Services/ (17829)
- 28 specialist home care.mp. (6)
- 29 nurse home care.mp. (6)

30 (specialist nurs\* adj3 home care).mp. (1)  
31 \*House Calls/ (1146)  
32 health visit\* model\*.mp. (2)  
33 \*"Early Intervention (Education)"/ (772)  
34 \*Schools, Nursery/ (602)  
35 kindergar#en.mp. (2708)  
36 \*Maternal-Child Health Centers/ (1063)  
37 child health center\$1.mp. (2096)  
38 child health centre\$1.mp. (195)  
39 child health clinic\$1.mp. (361)  
40 maternal health center\$1.mp. (29)  
41 maternal health centre\$1.mp. (3)  
42 maternal health clinic\$1.mp. (7)  
43 fruhe hilfe\*.mp. (9)  
44 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24  
or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or  
40 or 41 or 42 or 43 (63966)  
45 9 and 44 (883)  
\*\*\*\*\*  
27.06.2011

## 11.3 Qualitätsüberprüfung der eingeschlossenen Reviews

*Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Meta-Analysen*

Systematische Reviews	Nievar (2010) [26]	Kendrick (2008) [27]	Doggett (2005) [28]	Aos (2004) [29]	McNaughton (2004) [30]	Elkan (2000) [9]
Basiert der Review auf einer klar definierten Frage?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Wurden die Auswahlkriterien klar definiert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt?	Ja	Ja	Ja	Unklar**	Ja	Ja
Haben zumindest 2 Personen die Studien beurteilt?	k.A. <sup>58</sup>	Ja	Ja	k.A.	k.A.	Ja
Wurde die methodologische Qualität der Studien beurteilt?	k.A.*	Ja	Ja	Ja	k.A.	Ja
Wurde die methodologische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?	k.A.	Ja	Ja	Ja	k.A.	k.A.
Wurde Publikationsbias beurteilt?	k.A.	Ja	k.A.	k.A.	n.a.	Nein***
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	Ja	Ja	Ja	Ja	n.a.	Ja
Wurde Heterogenität adäquat analysiert?	Ja	Ja	Ja	Ja	n.a.	Ja
Waren Studien die Einheit der statistischen Analyse?	Ja	Ja	Ja	Ja	-	Ja
Beurteilung der internen Validität <sup>59</sup>	ausreichend	gut	gut	ausreichend	ausreichend	Gut

\* nur Publikationen, die nicht in einem peer-reviewed Journal bzw. in einem Buch eines „etablierten akademischen“ Verlags erschienen sind, wurden ausgeschlossen.

\*\* es wurden Studien berücksichtigt, welche in peer-reviewed Journals publiziert wurden, als auch unpublizierte Studien (z.B. welche durch Regierungs- oder private Institutionen durchgeführt wurden). Zusätzlich zu den Arbeiten, die über das, den Review erstellende Institut aufgefunden wurden, wurde eine elektronische Suche in vier Datenbanken (k.A. zur Suchstrategie) sowie eine Handsuche in den Quellen von Übersichtsarbeiten durchgeführt.

\*\*\* Da zu jedem Outcome nur wenige Studien verfügbar waren, entschieden sich die AutorInnen gegen funnel plots oder andere Methoden zur Beurteilung eines potentiellen Publikationsbias.

Eine nähere Beschreibung zu den Beurteilungskriterien findet sich unter: LBI-HTA (Internes) Manual – Abläufe und Methoden, Teil 2 (2. Auflage, Dez. 2008)

([http://hta.lbg.ac.at/media/pdf/InternesManual\\_2.Aufl..pdf](http://hta.lbg.ac.at/media/pdf/InternesManual_2.Aufl..pdf)).

<sup>58</sup> k.A.: keine Angaben

<sup>59</sup> Beurteilungskategorien: Gut; Ausreichend; Unzureichend



Ludwig Boltzmann Institut  
Health Technology Assessment

### ExpertInnenbefragung zu aufsuchenden Hilfen für Schwangere, Eltern und Kinder (0-6 J.) in Österreich

Bitte führen Sie im anschließenden Fragebogen jene österreichischen Modelle / Projekte / Initiativen an, die Ihnen bekannt sind bzw. in die Sie möglicherweise involviert sind.

Als Orientierungsrahmen für die gesuchten Informationen finden Sie nachstehend einen kurzen Outline, was unter aufsuchenden Hilfen im Zusammenhang mit dem LBI-HTA Projekt „Eltern-Kind Vorsorge neu“ zu verstehen ist. In diesem Sinne ersuchen wir um Angaben, die u.U. in unterschiedlicher Intensität, folgende Aspekte berücksichtigen:

#### Zielsetzungen der aufsuchenden Angebote:

- Gesundheitsförderung;
- Früherkennung von medizinischen Risiken bzw. „sozialmedizinischen“ Belastungen;
- primäre und sekundäre Prävention;
- Begleitung / Unterstützung / Beratung und Interventionen (med., therapeutisch, pflegerisch, sozial etc.);
- Vernetzung verschiedener Gesundheitsberufe und Vermittlung von Unterstützungen an die Zielgruppen;

#### Zielgruppen der aufsuchenden Angebote:

- Schwangere, Mütter / Väter, Eltern und Kinder (0 bis zum Schuleintritt) „allgemein“ bzw. mit sozialmedizinischen / sozio-ökonomischen / psychosozialen Belastungsfaktoren, wie
  - häusliche Gewalt, Armut, psychische Belastungen, „Migrationshintergrund“, Teenage-Schwangerschaft /-Elternschaft, ETC. oder
- diverse, andere Problemlagen, wie
  - Unsicherheiten im Umgang mit Schwangerschaft, Kindeserziehung, Überforderung, ETC.

#### Aufsuchende Settings:

- Zu Hause (Wohn- bzw. Lebensbereich der Zielgruppen);
- In öffentlichen Einrichtungen (wie Elterberatungen etc.);
- In Kindergärten / Schulen;
- In Gemeinden, ETC.

Falls Sie über Angaben zu mehr als nur einem Modell / Projekt / einer Initiative verfügen, kann die Word-Vorlage einfach kopiert werden, sodass Informationen zu weiteren aufsuchenden Modellen eingetragen werden können.

Bitte um Retournierung Ihrer Antworten bis Montag, 30. Jänner 2012

per e-mail an

[roman.winkler@hta.lbg.ac.at](mailto:roman.winkler@hta.lbg.ac.at)

oder

per FAX an 01 / 236 81 19-99

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

### Aufsuchendes Modell / Programm / Projekt etc. in ÖSTERREICH für Schwangere, Eltern, Kinder

**Titel:**

**Status:**

laufend seit: \_\_\_\_\_

geplant mit Beginn ab: \_\_\_\_\_

**Webseite:**

**TrägerIn (z.B. Verein, Amt, Organisation etc.):**

**Geltungsbereich Bundesland / Stadt / Gemeinde:**

**Welche Zielgruppen sollen mit dem aufsuchenden Angebot erreicht werden?**

Bitte ankreuzen - Mehrfachnennungen möglich

- Schwangere
- Mütter (bitte nur ankreuzen falls sich das Angebot primär an Mütter richtet)
- Väter (bitte nur ankreuzen falls sich das Angebot primär an Väter richtet)
- Beide Elternteile (bitte nur ankreuzen falls sich das Angebot an beide Elternteile richtet)
- Neugeborene (d.h. bis ca. 4 Wochen nach der Geburt)
- Säuglinge (d.h. ca. 1 – 12 Monate)
- Kleinkinder (2. / 3. Lebensjahr)
- Vorschulkinder (4. – 6. Lebensjahr)
- Andere: \_\_\_\_\_