

Familienhebammen in den Frühen Hilfen: Formierung eines "hybriden" Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe

Sann, Alexandra

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Sann, A. (2014). Familienhebammen in den Frühen Hilfen: Formierung eines "hybriden" Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung / Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research*, 9(2), 227-232. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-404554>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Familienhebammen in den Frühen Hilfen: Formierung eines „hybriden“ Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe

Alexandra Sann

1 Frühe Hilfen und das Tätigkeitsfeld der Familienhebamme

Seit mehreren Jahren ist unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ eine zunehmende Etablierung und Ausweitung von multiprofessionellen Angeboten und Strukturen zur Förderung positiver Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in Familien, insbesondere in solchen mit hohen psychosozialen Belastungen, zu konstatieren (vgl. *Sann* 2010, 2011; *Gran/Küster/Sann* 2012). Frühe Hilfen können, vor allem in ihren sekundärpräventiven Ausformungen, als sozialstaatliche Reaktion auf riskante Lebenslagen von Familien verstanden werden. Als Risikofaktoren werden dabei Merkmale auf unterschiedlichen familiären und gesellschaftlichen Ebenen angenommen und operationalisiert, die vor allem bei einer Kumulation eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Entwicklungsschwierigkeiten und/oder das Vorkommen von Vernachlässigung bzw. Misshandlung annehmen lassen (vgl. *Kindler* 2009). Mit der Einführung der Frühen Hilfen, die von der Grundidee her den erzieherischen Hilfen vorgelagert sein sollen, wurde implizit auch der Begriff des Risikos in der Kinder- und Jugendhilfe ausgedehnt: Nicht mehr nur konkrete Gefährdungen eines Kindes, sondern auch die Zugehörigkeit einer Familie zu einer (mit statistischen Methoden definierten) Risikogruppe werden nun Anlass zum Handeln. Damit wurde die Schwelle zur Intervention in Familien gezielt abgesenkt, und zwar in doppelter Hinsicht: Einerseits sind nun längerfristige, intensive Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung von Familien in schwierigen Lebenslagen leichter zugänglich, da weniger voraussetzungsvoll in der Gewährleistung – als bspw. ambulante Hilfen zur Erziehung. Andererseits wurden im Rahmen der systematischeren Einbeziehung des Gesundheitswesens in präventive Strategien Früher Hilfen auch Einblicke in Familien und damit einhergehend Kontrollmöglichkeiten ausgeweitet, bspw. im Rahmen von Screenings in Geburtskliniken (vgl. *Pawils* u.a. 2011) oder durch die so genannten verbindlichen Einladewesen zu den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen). Damit sind Frühe Hilfen zugleich auch Vorboten bzw. Wegbereiter weiterer, tiefgreifender Umstrukturierungsprozesse in den Sozialleistungssystemen: ihr Ansatz ist konstitutiv multi- und transprofessionell und darauf gerichtet, Systemgrenzen zu überwinden, um koproduktiv passgenaue Angebote für komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen entwickeln zu können. Die angestrebte größere „Durchlässigkeit“ der Systeme ist im Hinblick auf die Balance zwischen Hilfe und Kontrolle jedoch ebenfalls mehrdeutig: Durch verstärkte lokale

Vernetzung und Kooperation soll einerseits die Verweis- und Vermittlungspraxis zum Wohle der Kinder und Familien effektiver gestaltet werden, andererseits stehen Familien unter Umständen einem „lückenlos“ informierten Gesamtsystem gegenüber. Die Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sowie die strikte Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der Angebote haben daher im Kontext Früher Hilfen einen besonderen Stellenwert erlangt (s. die Broschüre „Datenschutz bei Frühen Hilfen“, *DIJuF* 2013).

So verstanden leisten Frühe Hilfen in mehrfacher Hinsicht „Grenzarbeit“ (vgl. *Rettig/Schröder/Zeller* i. E.): Es werden exemplarisch die Grenzen zwischen privater und öffentlicher Verantwortung für das gesunde Aufwachsen von Kindern (neu?) verhandelt, gleichzeitig aber auch die überkommenen Grenzziehungen zwischen den Disziplinen, Ressorts und Professionen in Frage gestellt bzw. neu definiert (s. auch den 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, *BMFSFJ* 2013). Genau an diesen Nahtstellen bewegen sich Familienhebammen, eine „hybride“ Weiterentwicklung des klassischen Hebammenberufs, die sowohl medizinisch-pflegerische Tätigkeiten und Kompetenzen als auch solche Kompetenzen aufweisen, die eher dem Feld der klassischen Sozialarbeit zugerechnet werden (s. auch das „Kompetenzprofil Familienhebammen“, *NZFH* 2013). Besonders deutlich wird diese „Zwitterstellung“ an zwei Punkten: der Indikation für die Hilfe sowie der Finanzierung bzw. (fehlenden) gesetzlichen Grundlage für die Hilfeleistung. Familienhebammen sollen Familien begleiten, die nicht vorrangig medizinische Problematiken, sondern vor allem psychosoziale Belastungen aufweisen und daher einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Die Leistungen der Familienhebammen selbst sind jedoch gekennzeichnet durch einen vergleichsweise deutlichen pflegerischen und psychoedukativen Schwerpunkt (vgl. *Mattern/Ayerle/Behrens* 2012), werden aber nicht über die Krankenversicherungen, sondern in der Regel mit Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe finanziert. Eine spezielle sozialgesetzliche Grundlage zur Gewährung dieser Leistungen besteht derzeit nicht. Dies hat zur Folge, dass sowohl die Art der Leistungen als auch die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen für ihre Erbringung nicht normiert sind, sondern im Dreieck zwischen Familienhebamme, Familie und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe als Auftraggeber jeweils ausgehandelt werden müssen. Die Finanzierung des Einsatzes der Familienhebammen in Kommunen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen schließt die bestehende Lücke nur in materieller Hinsicht, eine Normierung dieser Leistungen wurde auch im Zuge der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung der Bundesinitiative nicht vorgenommen (vgl. *BMFSFJ* 2012).

(Familien-)Hebammen werden als besonders niedrigschwelliges Angebot betrachtet, da sie aufgrund ihrer medizinischen Expertise hohes Ansehen bei den meisten Klientinnen genießen. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen (Familien-)Hebamme und Schwangerer bzw. Mutter erleichtert einerseits den Hilfezugang, weitet andererseits aber gleichzeitig Kontrollmöglichkeiten enorm aus. Damit einhergehend werden erhöhte Anforderungen an die professionelle Ausgestaltung der Hilfebeziehung gestellt: Hier sind höchste Sensibilität und Reflexivität erforderlich, um die prekäre Balance zwischen der Wahrung der Intimsphäre der Frau bzw. der Familie und der Förderung bzw. des Schutzes des Kindeswohls zu wahren. Während eine *Hebamme* in der medizinischen Regelversorgung immer strikt im Auftrag der Mutter arbeitet und dabei nur ihrer eigenen fachlichen Einschätzung des individuellen Unterstützungsbedarfs verpflichtet ist, muss die *Familienhebamme* auch die Vorgaben und Interessen ihres Auftraggebers, in der Regel des örtlichen Jugendamtes, angemessen berücksichtigen. Der Berufsstand der Hebammen gerät damit insgesamt in Gefahr, als „verlängerter Arm“ des Jugendamtes wahrgenommen zu

werden. Diese Entwicklung wird von den Berufsverbänden der Hebammen auf Landes- und Bundesebene sehr kritisch beobachtet und mag zum Teil die Zurückhaltung erklären, die viele Hebammen gegenüber einer Weiterbildung zur und Tätigkeit als Familienhebamme hegen.

2 Versorgung mit Leistungen von Familienhebammen

Der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen ist aktuell einer von drei Förderschwerpunkten der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“. Familienhebammenunterstützung umfasst dabei den Zeitraum der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Säuglings. Frequenz und zeitlicher Umfang der Hausbesuche können je nach Merkmalen des Hilfebedarfs in der betreuten Familie und je nach arbeitsrechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen stark variieren (vgl. *Lange/Liebold* 2012).

Bis Anfang 2013 hatten insgesamt ca. 1500 in Deutschland tätige Hebammen die Zusatzqualifikation zur Familienhebamme erworben, ca. 1.200 von ihnen übten diese Tätigkeit auch aus (Deutscher Hebammenverband e.V., schriftliche Mitteilung). Damit ist eine bedarfsgerechte Versorgung bei Weitem nicht gesichert: Geht man von ca. 675.000 Geburten in Deutschland pro Jahr aus (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2012), von denen wiederum geschätzte fünf bis zehn Prozent der Familien einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen (vgl. *Brand/Bartels/Liel* 2014) und bedenkt man zudem, dass eine Familienhebamme pro Jahr ca. zehn bis fünfzehn Familien intensiver und länger begleiten kann (vgl. *Lange* 2013), so würden dafür etwa 2.250 bis 6.750 Familienhebammen benötigt. Es besteht zu Beginn der Bundesinitiative also ein deutlicher Fachkräftemangel, der auch durch den Einsatz von Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen nur ansatzweise kompensiert werden kann, da die Zahl dieser Fachkräfte noch weit unter der der Familienhebammen liegt (vgl. *Pabst/Küster/Sann* 2014).

Daten aus einer 2012 durchgeführten telefonischen Befragung von Jugendämtern (vgl. *Gran* u.a. 2012) zeigen, dass ca. 85 Prozent der Kommunen bereits vor Beginn der Bundesinitiative Erfahrungen mit dem Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachberufen hatten. Der Einsatzbereich reichte dabei von präventiven Frühen Hilfen (ca. 50 %) bis zur Tertiärprävention im Rahmen ambulanter Hilfen zur Erziehung (ebenfalls ca. 50 %), wobei bei einem Viertel der Kommunen beide Einsatzvarianten gleichermaßen zum Zuge kamen. Dies verweist auf ein breites und uneinheitliches Spektrum von Einsatzmodi. Familienhebammen waren dabei überwiegend freiberuflich und auf Honorarbasis für das örtliche Jugendamt tätig, nur ein kleinerer Teil arbeitete angestellt und das zumeist bei einem freien Träger. Es wurde von einigen Jugendämtern berichtet, dass es zu Schwierigkeiten bei der Aushandlung von Arbeitsaufträgen und Vergütung kam.

Ob es im Rahmen der Bundesinitiative gelingen wird, die psychosoziale Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen durch den verstärkten Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachberufen substanziell zu verbessern, ist Gegenstand einer umfangreichen Begleitforschung durch das NZFH. Erste Ergebnisse werden Mitte 2014 mit dem Zwischenbericht zur Bundesinitiative an den Deutschen Bundestag veröffentlicht.

3 Wirkungen der Interventionen mit Familienhebammen

Jenseits von Fragen der Bedeutung von und Versorgung mit Leistungen von Familienhebammen stellt sich natürlich auch die Frage nach den Wirkungen dieser Interventionen. Von 2007 bis 2010 wurden im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zehn Modellprojekte zu den Frühen Hilfen durchgeführt (vgl. *Renner/Heimeshoff* 2010). In vier der insgesamt zehn Modellprojekte wurde der Einsatz von Familienhebammen erprobt und wissenschaftlich begleitet.

Zu einer positiven Einschätzung gelangt die qualitative Teilstudie im Rahmen des Modellprojekts zur Familienhebammenhilfe im Landkreis Osnabrück (vgl. *Makowsky/Schücking* 2013): Eltern gaben in offenen Interviews an, dass sie sich insgesamt gut unterstützt fühlten.

In einer nicht-kontrollierten Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten in Sachsen-Anhalt (Projekt „Frühstart“) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Kompetenzen der betreuten Mütter in den drei erfassten Bereichen „Versorgung des Kindes“, „Selbsthilfe und Organisation des Familienlebens“ sowie „Suche und Annahme externer Hilfe“ zum Abschluss der Familienhebammenbetreuung zugenommen hatten (vgl. *Ayerle* 2012). Eine Ausnahme bildeten diejenigen Mütter, deren Kinder zum Zeitpunkt der Betreuungsbeendigung in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben werden mussten: Sie konnten ihre (sehr niedrigen) Kompetenzen aus Sicht der Hebammen im Verlauf der Betreuung nicht verbessern. Dies betraf ca. acht Prozent der insgesamt 734 betreuten Mütter.

Einige positive Effekte der Familienhebammenunterstützung wurden auch in einer Längsschnittstudie mit Kontrollgruppendesign zum Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ festgestellt (vgl. *Sidor* u.a. 2013). Die selbst wahrgenommene Qualität der Mutter-Kind-Beziehung wurde gefördert: Mütter, die ein Jahr lang von einer Familienhebamme unterstützt wurden, nahmen ihr Kind im Vergleich zur Kontrollgruppe seltener als „schwierig“ wahr und beurteilten die Beziehung zu ihrem Kind am Ende der Begleitung durch die Familienhebamme positiver als zu Beginn der Intervention. In den eingesetzten Beobachtungsverfahren mit externen Ratern konnte jedoch kein Effekt der Intervention auf die Interaktionsqualität nachgewiesen werden. Ein signifikant positiver Effekt der Intervention wurde auch hinsichtlich der sozialen Entwicklung des Kindes festgestellt: Ausgehend von niedrigeren Testwerten zu Beginn der Familienhebammenunterstützung, holten die Kinder der Interventionsgruppe innerhalb ihres ersten Lebensjahres den Entwicklungsrückstand auf und wiesen mit zwölf Monaten im Vergleich zu den Kindern der Kontrollfamilien in den Tests deutlich höhere Werte auf.

Im Modellprojekt „Pro Kind“, das mit einer randomisierten Kontrollgruppenstudie aufwendig untersucht wurde, konnten jedoch keine Vorteile der Interventionsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe mit standardisierter Versorgung nachgewiesen werden, weder bezogen auf die Wahrnehmungen und Einschätzungen der Mütter, noch auf die Entwicklung der Kinder (vgl. *Jungmann* u.a. 2010).

Die aktuelle Befundlage zu den Fördereffekten von Interventionen durch Familienhebammen kann zusammenfassend als verhalten positiv bewertet werden, wenngleich die Datenbasis relativ schmal ist. Die Ergebnisse hängen zum einen sicherlich von der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Intervention ab, die in den Projekten durchaus viele

Unterschiede aufwiesen (vgl. *Renner/Heimeshoff* 2010). Welche Aspekte der Interventionen jeweils mit positiven Effekten einhergingen und welche nicht, kann aber (noch) nicht festgestellt werden. Zum anderen scheint die Güte des Forschungsdesigns ebenfalls eine Rolle zu spielen, da es in einem besonders hochwertigen Design (RCT) bisher nicht möglich war, einen kausalen Einfluss der Intervention auf Veränderungen bei den Müttern und Kindern im Verlauf des Projektes nachzuweisen. Weitere vergleichende Forschung zu Hilfeprozessen und Langzeit-Outcomes ist erforderlich, um Interventionen mit Familienhebammen wirksamer und nachhaltiger gestalten zu können.

Weder für Interventionen mit Familienhebammen noch für die Frühen Hilfen generell liegen bislang Studien vor, die belegen, dass dadurch diese präventiven Angebote die Anzahl der bekannt gewordenen Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung messbar reduziert werden konnte. Im Gegenteil: Seit Einführung der Frühen Hilfen 2006 sind die Fallzahlen zu den Inobhutnahmen, Sorgerechtsentzügen und Hilfen zur Erziehung in der Gruppe der unter Dreijährigen stark gestiegen. Dies muss aber nicht bedeuten, dass die Frühen Hilfen nicht wirksam wären, vielmehr weist dieser Befund darauf hin, dass durch die intensiven Bemühungen um Kontakte zu Familien in riskanten Lebenslagen öfter als bislang Hilfebedarfe sowie mögliche Gefährdungen des Kindeswohls erkannt werden konnten, auf die das System der Kinder- und Jugendhilfe mit entsprechenden Maßnahmen reagiert hat (vgl. *Pothmann/Fendrich* 2013).

4 Ausblick

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen soll die Familienhebammenunterstützung, ein zentraler Bestandteil der Frühen Hilfen in Deutschland, weiter ausgebaut werden. Der offensichtliche Fachkräftemangel führt zu einer deutlichen Restriktion in der Umsetzung dieses sozial-, familien- und kinderpolitischen Ziels. Um diese Hürde zu überwinden, bedarf es vor allem einer (gesetzlichen) Klärung des Auftrags und der Stellung der Familienhebammen innerhalb und zwischen den relevanten Sozialleistungssystemen. Zudem ist weitere vergleichende Forschung zu den Outcomes der Interventionen mit Familienhebammen notwendig. Weiterhin interessant bleibt es zu beobachten, welche Ausstrahlungen die Frühen Hilfen generell und im Besonderen die Tätigkeit der Familienhebammen auf die Kinder- und Jugendhilfe und die darin tätigen anderen Professionen haben.

Literatur

- Ayerle, G.* (2012): Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Schriftenreihe „Kompakt“. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. – Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (2012): Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015. Online verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_Bundesinitiative_01.pdf, Stand: 21.03.2014.
- Brand, C./Bartels, V./Liel, C.* (2014): Erhebung von Merkmalen psychosozialer familiärer Belastungen im Übergang zur Elternschaft. Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG Regionalstudie 2012. Unveröffentlichter Bericht. – München.

- Pabst, C./Küster, E.-U./Sann, A. (2014): Ergebnisse der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen: erste Erhebungswelle 2013. Unveröffentlichter Bericht. – Köln, München.
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2013): Datenschutz bei Frühen Hilfen. Schriftenreihe „Praxiswissen Kompakt“. Hrsg. von NZFH und IzKK. – Köln.
- Gran, E./Küster, E.-U./Sann, A. (2012): Bestandsaufnahme Frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung: Kurzbefragung Jugendämter 2012. Schriftenreihe „Kompakt“. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Jungmann, T./Kurz, V./Brand, T./Sierau, S./von Klitzing, K. (2010): Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“. Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53, 11, S. 1180-1187.
- Kindler, H. (2009): Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen? In: Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H. (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. – Weinheim, S. 62-77.
- Lange, U. (2013): Newcomer oder Coming back – Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. – Köln, S. 62-71.
- Lange, U./Liebald C. (2012): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Makowsky, K./Schücking, B. (2013): Erleben der Betreuung durch Familienhebammen aus der Perspektive (werdender) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen. In: Makowsky, K./Schücking, B. (Hrsg.): Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. – Weinheim, Basel, S. 168-185.
- Mattern, E./Ayerle, G./Behrens, J. (2012): Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. Schriftenreihe „Materialien zu Frühen Hilfen“, Bd. 5. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. – Köln.
- Pawils, S./Metzner, F./Reiß, F./Schwinn, A./Röhrbein, M./Koch, U. (2011): Soziale Frühwarnsysteme: ambulant versus stationär – oder beides?! Evaluationsergebnisse zu „Babylotsen Hamburg“ und „Mum – Mama und mehr“. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 14, 1, S. 20-33.
- Pothmann, J./Fendrich, S. (2013): Vermessen – Leistungsspektrum der erzieherischen Hilfen und der Inobhutnahmen als Reaktion auf Gefährdungslagen. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. – Köln, S. 46-55.
- Renner, I./Heimeshoff, V. (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Rettig, H./Schröder, J./Zeller, M. (2014, i. E.): Grenzarbeiterinnen? Familienhebammen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe. Sozialmagazin, 7-8.
- Sann, A. (2010): Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Schriftenreihe „Materialien zu Frühen Hilfen“, Bd. 2. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Sann, A. (2011): Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung. Schriftenreihe „Kompakt“. Hrsg. vom NZFH. – Köln.
- Sidor, A./Kunz, E./Eickhorst, A./Cierpka, M. (2013): Effects of the Early Prevention Program “Keiner fällt durchs Netz” (“Nobody Slips through the Net”) on Child, Mother, and their Relationship: A Controlled Study. Infant Mental Health Journal, 34, pp. 11-24.
- Statistisches Bundesamt (2012): Geburtstrends und Familiensituation in Deutschland. – Wiesbaden.