



in Kooperation mit der



Jahresbericht 2009

Implementationsforschung

und

Biopsychosoziale Evaluation

zum Modellprojekt



Inhaltsverzeichnis

I. Übersicht und Kurzzusammenfassung	6
1. Stichprobenbeschreibung	6
2. Kurzbeschreibung der Ergebnisse der Implementationsforschung.....	6
3. Kurzbeschreibung der Ergebnisse der biopsychosozialen Evaluation	8
II. Stichprobenbeschreibung	11
1. Soziodemografische Charakteristika	12
2. Mütterlicher Gesundheitszustand	14
3. Pränatale Bindung zum Kind	15
4. Familiencharakteristika bei der Aufnahme	15
5. Eigene Vernachlässigungs- oder Gewalterfahrungen.....	16
III. Implementationsforschung	18
1. Zielgruppenakquise	18
1.1 Zugangswege.....	18
1.2 Retention der Teilnehmerinnen	19
2. Auswahl der Projektakteure	21
3. Schulungen.....	23
4. Programmmaterialien	25
4.1 Implementation der Programmmaterialien.....	25
4.2 Beurteilung der Materialien durch die Familienbegleiterinnen	27
5. Umsetzung des Hausbesuchsprogramms	29
5.1 Hausbesuchsfrequenz und -dauer.....	30
5.2 Engagement der Teilnehmerinnen und inhaltlicher Schwerpunkt der Hausbesuche	30
6. Zufriedenheit der Teilnehmerinnen	32
6.1 Zufriedenheit Schwangerschaft	32
6.2 Zufriedenheit in der Säuglingsphase	35
7. Ausblick: Weitere Schritte der Implementationsforschung	37
IV. Biopsychosoziale Evaluation	39
1. Vergleich der Ausgangslage in der Treatment- und Kontrollgruppe (t0-Baseline)	39
2. Veränderungen in der Schwangerschaftsphase (t0-t1-Vergleiche).....	40
2.1 Gesundheitsverhalten der Mütter	40
2.2 Psychologische Ressourcen der Mutter	43
2.3 Partnerschaft und soziale Unterstützung.....	45
3. Veränderungen in der Säuglingsphase (t2 und t0-t1-t2-Vergleiche)	46
3.1 Geburtsoutcomes der Kinder.....	46
3.2 Stillverhalten der Mütter.....	49
3.3 Mütterliche Einschätzungen des kindlichen Temperaments.....	50
3.4 Psychologische Ressourcen und Belastungen der Mutter	50
4. Veränderungen in der Kleinkindphase (t3 sowie t0-t1-t2-t3-Vergleiche)	53
4.1 Inhalte des t3-Fragebogens.....	53
4.2 Entwicklung der Elternkompetenz	54
4.3 Kindliche Entwicklung.....	55
5. Erste Befunde zur kindlichen Entwicklung im Alter von 24 Monaten (t4)	57
6. Ausblick: Weitere Schritte der biopsychosozialen Evaluation	60
Literatur	62
Anhang	64

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Flussdiagramm Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (Stand: 31.12.09).....	11
Abb. 2:	Schwangerschaftswoche bei der Aufnahme ins Modellprojekt „Pro Kind“ im Vergleich zu NFP im Mittel und der NFP-Vorgabe	12
Abb. 3:	Altersverteilung der Teilnehmerinnen im Projekt in Prozent (Stand: 31.12.2009).....	12
Abb. 4:	Soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmerinnen im Modellprojekt (Stand: 31.12.2009)...	13
Abb. 5:	Mittelwerte der „Pro Kind“-Teilnehmerinnen im Vergleich zur Vergleichsstichprobe der 20-29 Jahre alten Personen des DASS-21 (Skalen Depression, Angst und Stress; Köppe, 2001; *** = $p < 0,001$).....	15
Abb. 6:	Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmerinnen nach Bundesland (Stand 31.12.2009).....	18
Abb. 7:	Zugangswege zu „Pro Kind“ (N = 755)	19
Abb. 8:	Gründe für die Ausfälle (N = 185; Stand 31.12.09).....	20
Abb. 9:	Vergleich der Arbeitszufriedenheit zwischen den Begleitmodi.....	22
Abb. 10:	Beurteilung der Schulungen (N=29; 1 = gar nicht hilfreich; 7 = sehr hilfreich)	24
Abb. 11:	Zufriedenheit mit den Schulungen (N=580)	24
Abb. 12:	Einschätzung der eigenen Sicherheit / Kompetenz im Umgang mit den Themen (1 = sehr unsicher / wenig kompetent; 10 = sehr sicher / sehr kompetent).....	25
Abb. 13:	Einsatz der Materialien in den Hausbesuchen (N=8525).....	26
Abb. 14:	Einsatz von PIPE und Beller & Beller (N=135)	27
Abb. 15:	Beurteilung der Programmmaterialien zu den einzelnen Themen (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)	29
Abb. 16:	Anzahl der Teilnehmerinnen in den einzelnen Projektphasen	29
Abb. 17:	Mittelwert des Engagements, Interesses und Verständnisses des Materials	31
Abb. 18:	Zufriedenheit mit den Familienbegleiterinnen in der Schwangerschaft.....	33
Abb. 19:	Beziehung zu den Familienbegleiterinnen in der Schwangerschaft (gemittelte Summe der Itemwerte)	34
Abb. 20:	Zufriedenheit und Umgang mit den Materialien in der Schwangerschaft.....	34
Abb. 21:	Treatment Adherence Measure (Schoenwald et al., 2003) und Beratungsbeziehung (Vossler, 2001) in der Säuglingsphase.....	35
Abb. 22:	Teilnahmezufriedenheit in der Säuglingsphase (N=134; CSQ, Häring & Hüsing, 1992)	36
Abb. 23:	Zufriedenheit und Umgang mit den Materialien in der Säuglingsphase (N=139).....	36
Abb. 24:	Vergleichende Betrachtung der Reduktion des Nikotinkonsums bei Raucherinnen der Treatment- und Kontrollgruppe.....	41
Abb. 25:	Vergleichende Betrachtung der Inanspruchnahme der Screenings im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge	42
Abb. 26:	Vergleich der Einschätzungen der pränatalen Mutter-Kind-Bindung (MAAS-Gesamtwert) in Treatment- und Kontrollgruppe im Verlauf der Schwangerschaft	43
Abb. 27:	Vergleich der Depressionsbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).....	44
Abb. 28:	Vergleich der Angstbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).....	44
Abb. 29:	Vergleich der Stressbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).....	45
Abb. 30:	Verteilung der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht auf die Untersuchungsgruppen.....	47
Abb. 31:	Vergleichende Betrachtung des Längenwachstums in cm bei Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe	48
Abb. 32:	Vergleichende Betrachtung der Gewichtszunahme in kg bei Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe	48
Abb. 33:	Vergleichende Betrachtung der Kopfwachstumsgeschwindigkeit bei Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe	49

Abb. 34:	Vergleichende Betrachtung der mittleren Einschätzung der postnatalen Mutter-Kind-Bindung (Gesamt- und Subskalen der MPAS) in Treatment- und Kontrollgruppe	51
Abb. 35:	Entwicklung des selbsteingeschätzten Wissens über Kindererziehung und -pflege in Treatment- und Kontrollgruppe.....	52
Abb. 36:	Vergleich der Depressionsbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe bis zur Säuglingsphase (t0-t1-t2, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).	52
Abb. 37:	Vergleich der Angstbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe bis zur Säuglingsphase (t0-t1-t2, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).	53
Abb. 38:	Vergleich der Stressbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe bis zur Säuglingsphase (t0-t1-t2, DASS-Skala,, *** $p < 0,001$).....	53
Abb. 39:	Entwicklung der elterlichen Selbstwirksamkeit (PES-Skala; Summenwert: max. 100) im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt.....	55
Abb. 40:	Vergleichende Betrachtung der psychomotorischen Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder zu t2 und t3 (PDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, *** $p < 0,001$).....	56
Abb. 41:	Vergleichende Betrachtung der kognitiven Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder zu t2 und t3 (MDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).....	56
Abb. 42:	Vergleichende Betrachtung der psychomotorischen Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder von t2 bis t4 (PDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, * $p < 0,05$).	58
Abb. 43:	Vergleichende Betrachtung der kognitiven Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder von t2 bis t4 (MDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, * $p < 0,05$, ** $p < .0,01$).....	58
Abb. 44:	Vergleichende Betrachtung des Sprachentwicklungsstandes der Treatment- und Kontrollgruppenkinder	59

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmerinnen im Projekt „Pro Kind“ (t0-Baseline)	14
Tab. 2:	Eigene Vernachlässigungs- und Gewalterfahrungen der Teilnehmerinnen	16
Tab. 3:	Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und vorzeitiger Beendigung der Teilnahme	21
Tab. 4:	Soziodemographische Eigenschaften der Familienbegleiterinnen (N = 52)	22
Tab. 5:	Schulungsprogramm der Familienbegleiterinnen	23
Tab. 6:	Hausbesuche in der Schwangerschaft	30
Tab. 7:	Inhaltliche Schwerpunkte der Hausbesuche	32
Tab. 8:	Zusammenfassende Übersicht: Vergleich der Ausgangslage in Treatment- und Kontrollgruppe	40
Tab. 9:	Vergleichende Betrachtung des Nikotin- und Alkoholkonsums in den Untersuchungsgruppen	41
Tab. 10:	Vergleichende Übersicht über die Geburtsoutcomes der Kinder	46
Tab. 11:	Mütterliche Einschätzungen des sprachlichen Entwicklungsstandes der Kinder mit 12 Monaten	57

Anhang

Übersicht über die zu allen Erhebungszeitpunkten eingesetzten Erhebungsinstrumente in der biopsychosozialen Evaluation

Projektbezogene Publikationen im Berichtszeitraum

Projektbezogene Vorträge und Veranstaltungen im Berichtszeitraum

I. Übersicht und Kurzzusammenfassung

Der vorliegende vierte Jahresbericht der Begleitforschung zum Modellprojekt „Pro Kind“ basiert auf Daten, die seit November 2006 bis Ende Dezember 2009 erhoben wurden. Zu Erreichung der Zielzahlen wurde in Niedersachsen und Bremen die Akquisephase bis April 2009 verlängert, in Sachsen wurden letzte Teilnehmerinnen der Modellprojektphase noch im Dezember 2009 aufgenommen. Somit ist die Datenerhebung zum Zeitpunkt t0 (Baseline) abgeschlossen. Die Ergebnisse dienen der Stichprobenbeschreibung sowie der Überprüfung von Unterschieden in den Ausgangsdaten der Treatment- und Kontrollgruppe, die in späteren Analysen kontrolliert werden müssten.

1. Stichprobenbeschreibung

- Bis Dezember 2009 wurden N = 755 Frauen im Mittel in der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) (SD = 5,83) in das Modellprojekt aufgenommen. Sie waren bei ihrer Aufnahme durchschnittlich 21,3 Jahre alt (SD = 4,33; Range: 14,9 – 40,3 Jahre).
- Im sozialen Schichtindex weisen 57,4% der Frauen den niedrigsten Wert auf, 97,4% lassen sich der untersten der drei sozialen Schichten zuweisen.
- 18,2% haben keinen Schulabschluss oder eine Förderschule besucht, 33,8% haben einen Hauptschulabschluss, 27,8% mittlere Reife. Immerhin 8,8% der Frauen haben einen Fachhochschulabschluss oder Abitur, 10,7% gehen noch zur Schule.
- 86,7% der Frauen waren nie verheiratet, 8,4% leben derzeit in einer Ehegemeinschaft. Insgesamt geben 71,4% der Frauen an, einen festen Partner zu haben.
- 92,2% der Frauen sind deutsche Staatsbürger, 7,8% haben eine andere Nationalität.

2. Kurzbeschreibung der Ergebnisse der Implementationsforschung

- **Zielgruppenakquise und -retention:** Die Gynäkolog(inn)en (22%), die Beratungsstellen (18%) sowie die ARGE n und Jobcenter (16%) haben sich als wichtigste Zugangswege erwiesen. Bisher kam es in 25% der Fälle zu einer vorzeitigen Teilnahmebeendigung. In der Schwangerschaftsphase liegt die Ausfallrate bei 8% (NFP-Mittel = 15%), in der Säuglingsphase bei 21% (NFP-Mittel = 33%) und in der Kleinkindphase bei 15% (NFP-Mittel = 17%). Häufigste Gründe für die vorzeitige Teilnahmebeendigung sind mangelndes Interesse an der bzw. mangelnde Zeit für die weitere Teilnahme (36%), Nichterreichbarkeit (22%) und Umzüge (21%). Minderjährigkeit, kein Schulabschluss und Gewalterfahrung während der Schwangerschaft erhöhen das Risiko einer vorzeitigen Teilnahmebeendigung.
- **Auswahl der Projektakteure:** Die Familienbegleiterinnen sind im Mittel 40,3 Jahre (Range 22-53) alt und haben alle die deutsche Staatsbürgerschaft. Sie verfügen in der Regel über langjäh-

rige Berufserfahrung (15,2 Jahre; Range 0-31) und langjährige Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien (11,1 Jahre; Range 0-30). Viele Familienbegleiterinnen haben neben ihrer primären Qualifikation als Hebamme oder Sozialpädagogin Weiterbildungen als Familienhebamme oder systemischen Beraterin absolviert. Bei der Arbeitszufriedenheit ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Begleitmodi ($M_{\text{Tandem}} = 5,59$ vs. $M_{\text{Durchgängig}} = 4,87$, $N = 29$, Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,412, $p < 0,05$). Dieser Unterschied geht auf eine größere Unzufriedenheit mit der Vergütung im durchgängigen Begleitungsmodell zurück.

- **Schulungen:** Die Entwicklung und Durchführung des Schulungsprogramms erfolgte parallel zur praktischen Arbeit. An ca. 16 Fortbildungstagen werden die Familienbegleiterinnen in den Programmgrundlagen, speziellen Programmmodulen und einzelnen relevanten Themen geschult. Die Schulungen werden von den Familienbegleiterinnen als hilfreich bis sehr hilfreich eingestuft. Auch die Zufriedenheit mit der Durchführung fällt sehr positiv aus. Im Vergleich der beiden Professionen werden die Unterschiede in den selbsteingeschätzten Kompetenzen deutlich: Die Stärken der Hebammen liegen in den Themen Säuglingsernährung, Ernährung und Bewegung der Mutter und Familienplanung. Die Sozialpädagoginnen haben ihre Stärken in den Bereichen der Krisenintervention (drohende Kindeswohlgefährdung, Partnerschaftsgewalt) und der Vernetzung mit anderen sozialen und gesundheitlichen Diensten.
- **Programmmaterialien:** In 53% der Hausbesuche wurden Arbeitsblätter eingesetzt, Infoblätter in 40%, die Prima Möglichkeiten in lediglich 1% und andere Materialien in 19% der Hausbesuche. In 23% der Besuche wurde kein Material verwendet. PIPE wurde bisher in 77% der Familien mindestens einmal eingesetzt, die Entwicklungstabelle von Beller & Beller in 35% der Familien. Die Materialien werden von den Familienbegleiterinnen überwiegend positiv beurteilt, wobei insbesondere die Einführung von PIPE und die Materialien zur Zahnpflege auf ein gespaltenes Urteil stießen.
- **Umsetzung des Hausbesuchsprogramms:** In der Schwangerschaftsphase fanden im Durchschnitt ca. 9 Hausbesuche statt, was 79% der geplanten Besuche entspricht (NFP-Zielvorgabe 80%). In der Säuglingsphase liegt die durchschnittliche Besuchszahl bei 20 (84% im Ist/Soll-Vergleich). Hier wird die NFP-Zielvorgabe von 65% der geplanten Besuche sogar deutlich übertroffen. Die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche liegt mit 83 Minuten ebenfalls innerhalb des vom NFP vorgesehenen Spektrums (60-90 Minuten). Bei den inhaltlichen Schwerpunkten ergeben sich zwei deutliche Abweichungen von den NFP-Zielvorgaben. In der Domäne „Persönliche Gesundheit der Mutter“ wird in der Schwangerschaft lediglich 28% statt der vom NFP anvisierten 35-40% der Zeit verbracht. In der Säuglings- und Kleinkindphase liegt der zeitliche

Anteil der Domäne „Mutter/Vater/Eltern-Rolle“ bei 30%. Im NFP sind hier 45-50% bzw. 40-45% vorgesehen.

- **Zufriedenheit der Teilnehmerinnen:** Aus telefonischen Befragungen in der Schwangerschaft und am Ende des ersten Lebensjahrs ergeben sich sehr positive Befunde zur Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit der Begleitung durch „Pro Kind“. Neben der generellen Zufriedenheit mit der Teilnahme und der Beratungsbeziehung werden auch die Hausbesuchsfrequenz und die Programmmaterialien positiv beurteilt. Als häufigster Wunsch der Teilnehmerinnen für die Programmgestaltung wird ein stärkerer Kontakt zu anderen Teilnehmerinnen genannt. Die Aussagekraft der Zufriedenheitsbefragungen wird durch die Nichteinbeziehung der Fälle von vorzeitiger Teilnahmebeendigung sowie einer bekannten Tendenz zu positiv verzerrten Antworten in solchen Befragungen eingeschränkt.

3. Kurzbeschreibung der Ergebnisse der biopsychosozialen Evaluation

Vollständige Datensätze zur Begleitung in der Schwangerschaft (Daten zu t0 und t1) liegen für N = 476 (n = 250 aus der Treatmentgruppe, n = 226 aus der Kontrollgruppe) der insgesamt N = 755 aufgenommenen Teilnehmerinnen vor (63%). Diese Datenerhebung während der Schwangerschaft ist bis auf wenige Ausnahmen vollständig abgeschlossen und es ist nicht damit zu rechnen, dass die Ergebnisse sich noch entscheidend verändern. Längerfristige Analysen können bei Vergleichen der Schwangerschaftsdaten mit den nachgeburtlichen Befragungen im Alter von sechs (t0-t1-t2-Vergleiche) und 12 Monaten (t0-t1-t2-t3-Vergleiche) der Kinder vorgenommen werden. Hier liegen bisher komplette Datensätze zu t2 von n = 243 bzw. zu t3 von n = 86¹ vor, die erste Aussagen über die prä- und postnatalen Veränderungen bei Frauen und Kindern zulassen. Für den vorerst letzten Interviewzeitpunkt (t4) im Kindesalter von 24 Monaten liegen bisher insgesamt Daten von n = 33 Teilnehmerinnen vor, die derzeit in die Datenbank eingegeben werden. Komplettiert werden die Ergebnisse der Teilnehmerinnenbefragungen durch die Entwicklungs- und Sprachtestdaten der Kinder mit sechs, 12 und 24 Monaten.

Die Entwicklung aller Fragebögen bis zum 2. Lebensjahr der Kinder ist abgeschlossen. Im Berichtsjahr 2009 wurden wiederholt Schulungen von Interviewerinnen und Testleitern insbesondere für den Untersuchungszeitpunkt t4 (24 Monate) durchgeführt. Das Projekt befindet sich noch immer in der laufenden Datengewinnung, wobei für die Baseline-Erhebung bei Projektaufnahme (t0) ein vollständiger Datensatz vorliegt (N = 733). Auch für den Erhebungszeitpunkt in der 36. Schwangerschaftswoche (t1) sind die Erhebungen fast abgeschlossen, wobei der Datensatz zu diesem Zeitpunkt aufgrund von Ausfällen und Nicht-Erreichbarkeit der Teilnehmerinnen durch die bevorstehende Geburt deutlich geringer ausfällt (n = 476). Für die t2-Erhebung im Alter von sechs Monaten der Kinder liegen insgesamt n = 309 Fragebögen

¹ Zu den Erhebungszeitpunkten alleine liegt ein jeweils größerer Datensatz vor (t2: n = 309; t3: n = 110).

vor, für die t3-Erhebung im Alter von 12 Monaten gibt es bisher $n = 110$ eingegebene Datensätze². Ergebnisse der Treatment- und Kontrollgruppenvergleiche zum Zeitpunkt t0 (Baseline) sowie die kurz- und längerfristigen Betrachtungen von Entwicklungsverläufen der beiden Untersuchungsgruppen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Zum Einstieg ins Projekt gibt es keine signifikanten Unterschiede der Teilnehmerinnen in Treatment- und Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Risikobelastung, ihrer sozioökonomischen Situation, ihrer Gesundheit, ihren psychologischen Ressourcen und ihres Gesundheitsverhaltens.
- Hinsichtlich des mütterlichen Gesundheitsverhaltens sind in der Schwangerschaftsphase bisher keine positiven Effekte des Treatments nachweisbar.
- Während der Schwangerschaft nimmt die Bindung der Frauen zu ihrem ungeborenen Kind in beiden Untersuchungsgruppen signifikant zu (Haupteffekt „Zeit“: $F_{(1,473)} = 114,010$, $p < 0,001$). Auch die mütterliche postnatale Bindung wird von beiden Gruppen sehr hoch eingeschätzt. Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede in der Gesamtskala sowie in den Subskalen „Bindungsqualität“ und „Freude an der Interaktion“. Allerdings fallen die Angaben der Mütter in der Subskala „Abwesenheit von Feindseligkeit“ im T-Test marginal signifikant günstiger aus als in der Kontrollgruppe.
- Die psychische Belastung (Depression, Angst, Stress) nimmt im Verlauf der Schwangerschaft in beiden Gruppen signifikant ab, allerdings in tendenziell stärkerem Maße bei Frauen in der Treatmentgruppe. Nach der Geburt sinken die psychischen Belastungswerte gleichermaßen in beiden Gruppen weiter.
- Sowohl Stillabsicht als auch tatsächliches Stillverhalten ist in beiden Untersuchungsgruppen gleich. Es zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Stillabsicht und dem tatsächlichen Stillverhalten in beiden Untersuchungsgruppen ($r = 0,66$; $p < 0,01$; $n = 229$). Die selbsteingeschätzte elterliche Kompetenz hinsichtlich des Stillens und das Stillverhalten hängen nicht zusammen. Allerdings ergibt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der pränatalen Bindung zum Kind und dem späteren Stillverhalten der Frauen in der Treatmentgruppe ($r = 0,20$; $p < 0,01$; $n = 229$), der sich so bei den Frauen der Kontrollgruppe nicht bestätigen lässt: Die Wahrscheinlichkeit, dass die Frauen ihre Kinder stillen, erhöht sich mit einer höheren berichteten Bindung zu ihrem Kind.

² Die angegebenen Zahlen weichen von den oben angegebenen Daten ab, da hier die insgesamt vorhandenen Datensätze zu EINEM Zeitpunkt präsentiert werden, weiter oben die Anzahl der BIS zu diesem Zeitpunkt vollständigen Datensätze.

- Längsschnittliche Betrachtungen der mütterlichen Einstellungen zum Kind bezogen auf die elterliche Selbstwirksamkeit, Kompetenz, sowie das Wissen über kindliche Erziehung und Pflege zeigen signifikant positive Entwicklungen über die Zeit, jedoch wiederum ohne signifikante Gruppenunterschiede.

Insgesamt unterstreichen die bisher vorliegenden Ergebnisse die Relevanz des gewählten randomisierten Kontrollgruppendesigns, ohne das die positiven Veränderungen der Teilnehmerinnen über die Zeit fälschlicherweise als Programmeffekte interpretiert worden wären.

Bei den Kindern werden die Geburtsoutcomes und die körperliche Entwicklung über Daten aus den U-Untersuchungsheften erfasst.

- Hinsichtlich der kindlichen Geburtsoutcomes (Gestationsdauer, Geburtsgewicht, Körperlänge) und der Wachstumsgeschwindigkeiten zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Auch die Entwicklung des Kopfumfanges als wichtiges Maß der kindlichen kognitiven Entwicklung unterscheidet sich nicht zwischen Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe. In beiden Gruppen nehmen das Körpergewicht, die Körperlänge und der Kopfumfang über die Zeit vergleichbar stark zu. Alle mittleren Körpermaße entsprechen in etwa der 50. Perzentile der Wachstumskurven der WHO.

Die psychomotorische, kognitive und sprachliche Entwicklung wird ab dem Untersuchungszeitpunkt t2 (6 Monate) mit standardisierten Tests erfasst.

- Für die psychomotorische Entwicklung zeigt sich lediglich ein Haupteffekt der Zeit, d.h. die motorische Entwicklung der Kinder verbessert sich in beiden Gruppen gleichermaßen vom sechsten bis zum zwölften Lebensmonat.
- Hinsichtlich ihrer kognitiven Entwicklung unterscheiden sich die Kinder in den beiden Untersuchungsgruppen im Alter von sechs Monaten noch nicht signifikant. Allerdings zeigen die Kinder der Treatmentgruppenfrauen eine signifikant günstigere kognitive Entwicklung über die Zeit bis zum Alter von zwölf Monaten als die Kinder der Kontrollgruppenfrauen. Diese Befunde beziehen sich auf insgesamt 162 Kinder (n = 85 Kinder aus der Treatmentgruppe vs. n = 77 Kinder aus der Kontrollgruppe, Interaktionseffekt „Zeit x Gruppe“: $F_{(1,1;160)} = 4,228$, $p < 0,05$).
- Erste Befunde zum Sprachentwicklungsstand im Alter von 24 Monaten deuten auf bessere produktive Sprachleistungen der Treatmentgruppenkinder hin. Allerdings ist die Stichprobe mit n = 16 Kindern noch zu klein, um statistisch gesicherte Aussagen machen zu können.

II. Stichprobenbeschreibung

Bis zum 31.12.2009 wurden N = 1157 potentielle Teilnehmerinnen an „Pro Kind“ weitervermittelt bzw. haben sich bei „Pro Kind“ gemeldet. Bei n = 263 Frauen waren die Zielgruppenkriterien nicht erfüllt und n = 139 Frauen konnten entweder nach einem ersten telefonischen Kontakt nicht mehr erreicht werden oder entschieden sich vorab gegen eine Teilnahme. Von den insgesamt n = 755 Teilnehmerinnen wurden n = 394 in die Treatmentgruppe und n = 361 in die Kontrollgruppe aufgenommen (s. Abbildung 1).

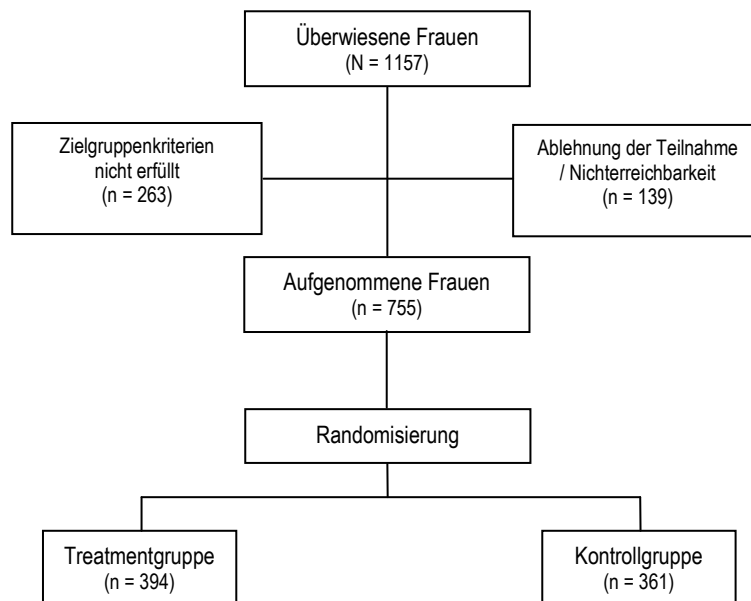


Abb. 1: Flussdiagramm Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (Stand: 31.12.09)

Bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt „Pro Kind“ waren die Frauen im Mittel in der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) ($M = 20,0$; $SD = 5,83$). 32,3% der Frauen konnten in der 12.-16. SSW aufgenommen werden. In den NFP-Kernkomponenten sind 60% vorgesehen, ein Ziel, dass allerdings auch in den amerikanischen NFP-Standorten nicht erreicht wird (vgl. Abbildung 2).

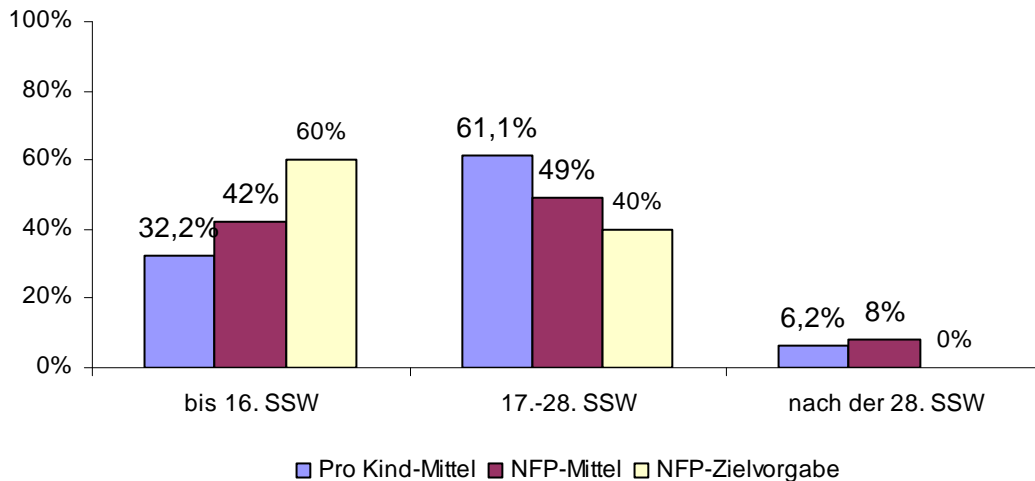


Abb. 2: Schwangerschaftswoche bei der Aufnahme ins Modellprojekt „Pro Kind“ im Vergleich zu NFP im Mittel und der NFP-Vorgabe

Die überwiegende Mehrheit der Frauen (61,1%) wurde in der 17. bis 28. SSW aufgenommen. Lediglich ein sehr geringer Anteil der Frauen (6,2%) kam nach der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche in das Modellprojekt. Damit liegt die Zahl zwar über der sehr strikten NFP-Vorgabe von 0%, aber noch unter den Zahlen, die an anderen amerikanischen Standorten im Mittel erreicht wurden (8%).

1. Soziodemografische Charakteristika

Die Frauen sind im Mittel 21,3 Jahre alt (SD = 4,33). Die Altersverteilung der Frauen bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt „Pro Kind“ zeigt Abbildung 3.

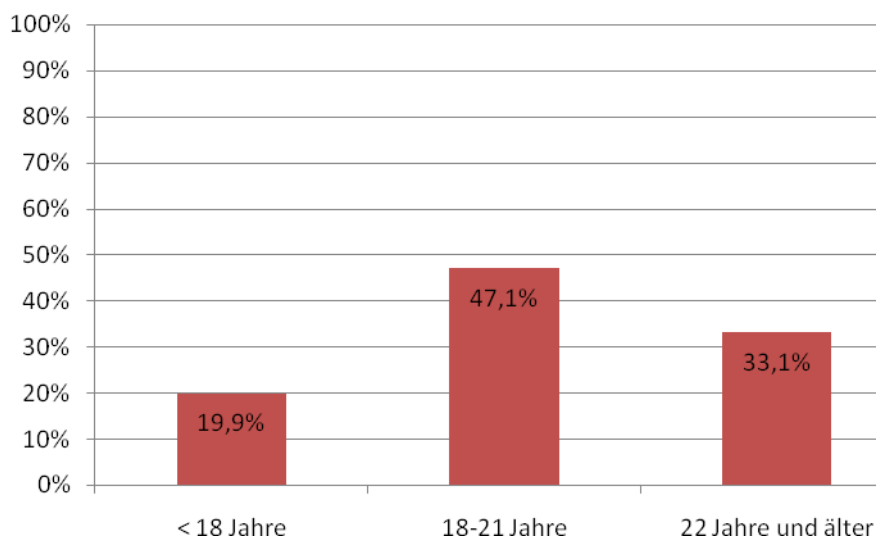


Abb. 3: Altersverteilung der Teilnehmerinnen im Projekt in Prozent (Stand: 31.12.2009)

Im Sozialen Schichtindex, angelehnt an Berechnungen im Gesundheitssurvey 2003 des Robert-Koch-Instituts (Lampert & Kroll, 2006), weisen 57,6% der Teilnehmerinnen den niedrigsten Wert von 3 auf

(Indexrange 3—21). 97,4% sind der niedrigsten der drei Schichten (niedrig, mittel, hoch) zuzuordnen (n = 720; vgl. Abbildung 4). Es ist demnach gelungen, vor allem sozial benachteiligte Familien in das Projekt aufzunehmen.

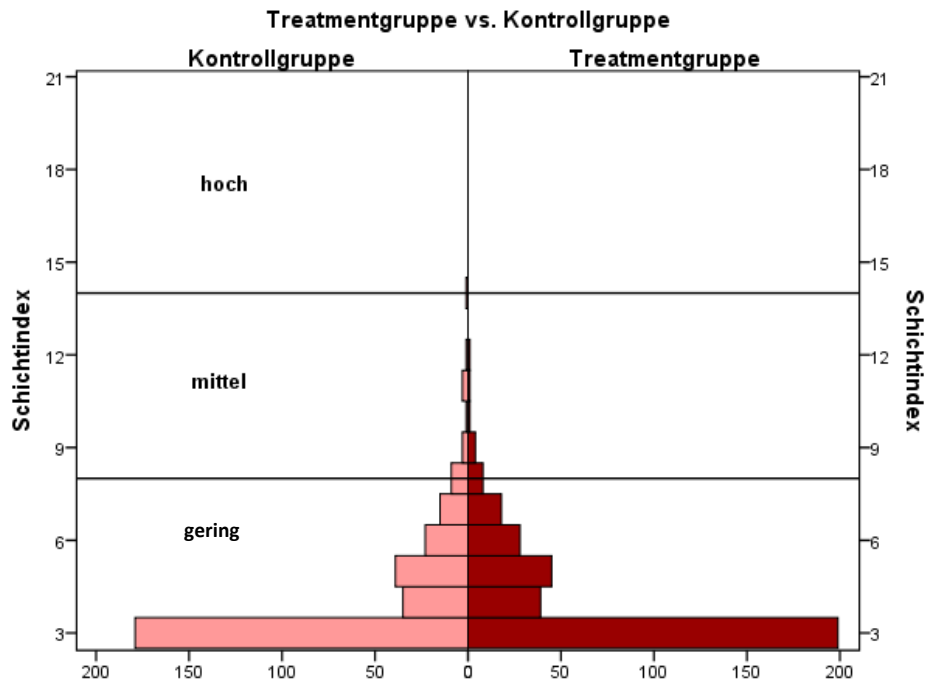


Abb. 4: Soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmerinnen im Modellprojekt (Stand: 31.12.2009)

Weitere soziodemografische Charakteristika bei Aufnahme in das Modellprojekt fasst die Tabelle 1 zusammen.

Tab. 1: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmerinnen im Projekt „Pro Kind“ (t0-Baseline)

Familienstand (N = 714)	
- ledig	86,7%
- verheiratet	8,4%
- geschieden/in Trennung lebend	4,3%
Schulabschluss (N = 731)	
- noch in der Schule	10,7%
- kein Abschluss	12,6%
- Förderschule	5,6%
- Hauptschule	33,8%
- Mittlere Reife	27,8%
- Fachhochschulreife	3,3%
- Abitur	5,5%
- sonst. Abschluss	0,8%
Staatsangehörigkeit (N = 728)	
- deutsch	92,2%
- ehemalige UDSSR	1,5%
- ehemaliges Jugoslawien oder türkisch	jeweils 1,1%
Einkommen	
- Haushaltsnettoeinkommen (Median) (N = 656)	836,50 Euro
- Pro-Kopf-Einkommen (Median) (N = 448)	415 Euro
Staatliche Unterstützung (N = 618)	
- Arbeitslosengeld II	66,2%
- Sozialhilfe	3,1%
- Kindergeld	48,1%
- Unterhalt vom Jugendamt	6,3%
- sonstige staatl. Unterstützung	21,9%
Wohnsituation (N = 721)	
- alleinlebend	29,3%
- mit Partner/Ehemann	36,9%
- (Stief-)Vater	15,7%
- (Stief-)Mutter	26,2%
- mit Geschwistern	16,5%

2. Mütterlicher Gesundheitszustand

Der allgemeine Gesundheitszustand der Mütter und ihr Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft sind wichtige Voraussetzungen für eine normal verlaufende Schwangerschaft. Bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt „Pro Kind“ geben zwei Drittel der Frauen an, an einer Allergie erkrankt zu sein (68,7%). Jede fünfte Frau berichtet über eine psychische chronische Erkrankung (21%). Auch Atemwegserkrankungen (20,2%) und chronische Rückenschmerzen (18,4%) schränken die Gesundheit der Teilnehmerinnen ein (n = 499, Mehrfachnennungen möglich).

Im Vergleich mit Normdaten wird deutlich, dass die „Pro Kind“-Teilnehmerinnen ein weitaus weniger förderliches Gesundheitsverhalten zeigen als Personen in günstigeren Lebensumständen. So liegt der Anteil der gelegentlichen oder täglichen Raucherinnen bei der Aufnahme in das Projekt mit 46,9% deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 16,9% (n = 243) (vgl. Euro Skip III-Survey; Giersiepen et al., 2006). Nimmt man lediglich die Frauen mit einem ähnlich niedrigen sozialen Status als Referenzpopulation aus der KiGGS-Studie (Bergmann, Bergmann, Ellert, & Dudenhausen, 2007), so zeigt sich auch

hier ein deutlich höherer Anteil von 31% schwangeren Raucherinnen, der aber auch von der hier erreichten Zielgruppe übertroffen wird.

Bei den berichteten Ernährungsgewohnheiten fällt auf, dass die „Pro Kind“-Teilnehmerinnen im Vergleich zur Normstichprobe des FEG berichten, hoch signifikant seltener regelmäßig zu essen ($M_{\text{Norm}} = 33,59$ vs. $M_{\text{„Pro Kind“}} = 3,49$; $p < 0,001$).

Hinsichtlich ihrer psychischen Belastungen, erfasst mit der Depression-Angst-Stress-Skala-21 (DASS-21, dt. Übersetzung nach Köppe, 2001; Lovibond & Lovibond, 1995), erreichen die $N = 727$ „Pro Kind“-Teilnehmerinnen, die dazu Angaben gemacht haben, im Mittel ebenfalls signifikant höhere Werte als die altersgleiche Normierungsstichprobe (20- bis 29-Jährige) der DASS-21 (vgl. Abbildung 5).

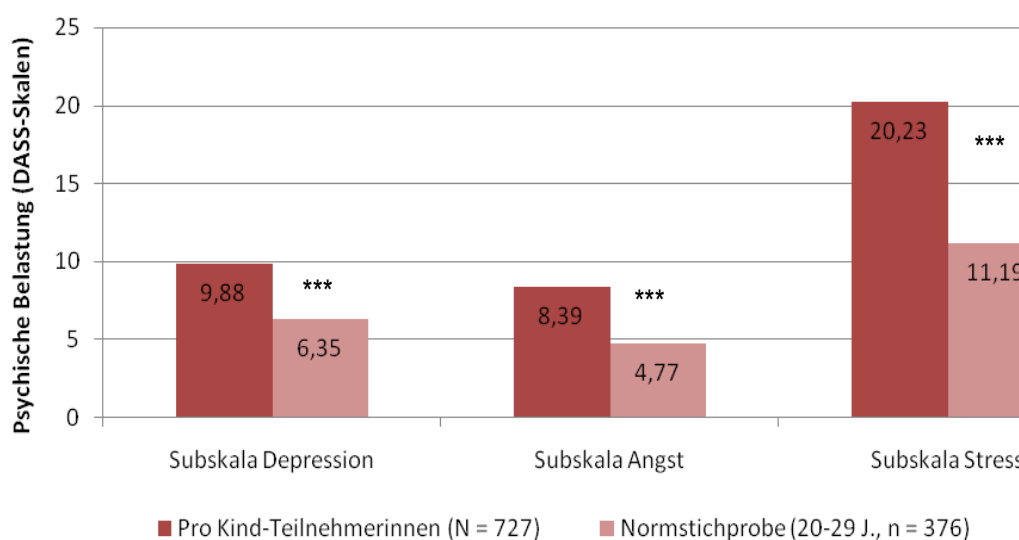


Abb. 5: Mittelwerte der „Pro Kind“-Teilnehmerinnen im Vergleich zur Vergleichsstichprobe der 20-29 Jahre alten Personen des DASS-21 (Skalen Depression, Angst und Stress; Köppe, 2001; *** = $p < 0,001$)

Somit zeigt sich die starke Risikobelastung der im „Pro Kind“-Projekt aufgenommenen Teilnehmerinnen auch in ihrem deutlich ungünstigeren Gesundheitsverhalten.

3. Pränatale Bindung zum Kind

Die pränatale Bindung zum Kind wird von Projektteilnehmerinnen sehr hoch eingeschätzt ($M = 3,46$, $SD = 0,32$, $n = 725$, Skalierung: 1-4). Dabei besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der pränatalen Bindung zum Kind und dem Kinderwunsch: Je stärker sich die Frauen die Schwangerschaft gewünscht haben, desto höher fällt die Einschätzung der pränatalen Bindung zum Kind aus ($r = 0,24$, $p < 0,01$).

4. Familiencharakteristika bei der Aufnahme

Bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt werden die Teilnehmerinnen zu ihrer Partnerschaft und ihrem Partner befragt. 23,4% der $n = 731$ Frauen, die auswertbare Angaben gemacht haben, gibt an, keinen Partner zu haben, immerhin 71,4% sehen sich in einer festen und 5,2% in einer lockeren Partnerschaft.

Die Partner der Frauen sind häufig auch die Väter der ungeborenen Kinder, allerdings lebt fast jede zehnte Frau mit einem Partner zusammen, der nicht oder nicht sicher der Kindsvater ist (8,3% von n = 556). Die Partner sind in 35,6% der Fälle arbeitslos, 22% befinden sich noch in einer Schul- oder Berufsausbildung (n = 545). 15,6% der Frauen haben keinen Kontakt zum leiblichen Vater ihres Kindes (n = 710).

Obwohl immerhin jede zehnte Teilnehmerin angibt, einen sehr kleinen Freundes- und Bekanntenkreis zu haben (höchstens zwei Personen), ist die wahrgenommene soziale Unterstützung in Treatment- und Kontrollgruppe recht hoch ($M_{TG} = 3,41$; $SD = 0,50$; n = 374 vs. $M_{KG} = 3,36$; $SD = 0,55$; n = 352; Skalierung: 1-4).

5. Eigene Vernachlässigungs- oder Gewalterfahrungen

Als eine wichtige Risikovariablen für Kindeswohlgefährdung werden bei Aufnahme in das Modellprojekt die eigenen Vernachlässigungs- und Gewalterfahrungen der Teilnehmerinnen erfasst (vgl. Tabelle 2).

Tab. 2: Eigene Vernachlässigungs- und Gewalterfahrungen der Teilnehmerinnen

Vernachlässigung in der Kindheit (N = 708)	
- ja	37,7%
- nein	62,3%
Eigene vergangene Gewalterfahrungen (N = 715)	
- ja	54,8%
- nein	45,2%
Angst vor Gewalterfahrung (N = 720)	
- ja	26,4%
- nein	73,6%
Körperverletzung seit Beginn der Schwangerschaft (N = 732)	
- ja	8,6%
- nein	89,1%
- keine/fehlende Angabe	2,3%
Häufigkeit einer Körperverletzung seit Beginn der Schwangerschaft (n = 64)	
- 1-2 Mal	76,6%
- 3-5 Mal	12,5%
- 6 Mal und öfter	10,9%

Jede zehnte Teilnehmerin hat vorübergehend in der Kindheit oder Jugend im Heim gelebt (9,8%). Noch mehr Frauen geben an, bei Pflegeeltern groß geworden zu sein (15,8%, n = 703).

Das eigene Aggressionspotential der Teilnehmerinnen, erfasst mit der Subskala „Erregbarkeit“ aus dem Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF, Hampel & Selg, 1998), liegt zu Beginn des Modellprojektes signifikant über dem der weiblichen Normierstichprobe des FAF ($M_{„Pro Kind“} = 6,5$; $SD = 2,89$, n = 726 vs. $M_{FAF\ weibliche\ Norm} = 5,7$, $SD = 3,22$, n = 317, $p < 0,001$).

Die Teilnehmerinnen berichten in der Befragung gegen Ende der Schwangerschaft davon, wie sie als Kind von ihren Bezugspersonen erzogen wurden. Dabei werden sowohl positive (z.B. Loben) als auch negative Verhaltensweisen (z.B. Schlagen) der Erziehungspersonen abgefragt (Conflict Tactics Scale

von Straus; dt. Version von Wetzels, 1997). Die $n = 473$ Frauen, die bisher Angaben dazu gemacht haben, erinnern im Mittel häufige positive Erziehungsverhaltensweisen ihrer Eltern ($M = 3,00$; $SD = 0,74$ auf einer vierstufigen Skala mit $4 =$ sehr oft). Negatives Verhalten der Eltern oder anderer Erziehungspersonen kommt dagegen im Mittel nie bis selten vor ($M = 1,76$, $SD = 0,63$; $n = 471$).

Die Zusammenhänge zwischen dem erlebten Erziehungsverhalten und den eigenen aktuellen Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft sind eher gering, erreichen aber dennoch statistische Signifikanz: Frauen, die in der Kindheit eine deutlich negativere Erziehung erlebt haben, berichten auch in der Schwangerschaft von mehr Gewalterfahrungen ($r = 0,18$; $p < 0,01$; $n = 464$) und haben bei Einstieg in das Projekt größere Angst vor Gewalt ($r = 0,09$; $p < 0,05$; $n = 460$). Zusammenhänge in derselben Größenordnung bestehen zwischen erlebten Erziehungsverhaltensweisen und der pränatalen Bindung zum Kind sowie zu den eigenen Kompetenzerwartungen an die Elternrolle: Je positiver die Erziehungsverhaltensweisen der eigenen Bezugspersonen erlebt wurden, desto stärker wird die Bindung zum ungeborenen Kind wahrgenommen und desto kompetenter fühlen sich die Befragten im Hinblick auf die zukünftige Rolle als Eltern ($r = 0,14$; $n = 463$ bzw. $r = 0,26$; $n = 459$; $p < 0,01$).

III. Implementationsforschung

1. Zielgruppenakquise

Die Zielgruppenakquise für die Modellprojektphase wurde im Dezember 2009 abgeschlossen. Insgesamt wurden in Niedersachsen n = 286 Teilnehmerinnen aufgenommen, in Bremen n = 219 und in Sachsen n = 250. Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmerinnen in den beteiligten Bundesländern. In Niedersachsen konnten durch die Verlängerung der Akquise 85% der ursprünglich angestrebten Zielzahlen erreicht werden, in Bremen und Sachsen wurden die Sollzahlen von jeweils N = 200 sogar übererfüllt. Dadurch können vorzeitige Teilnahmebeendigungen (s. Kap. 1.2) kompensiert werden.

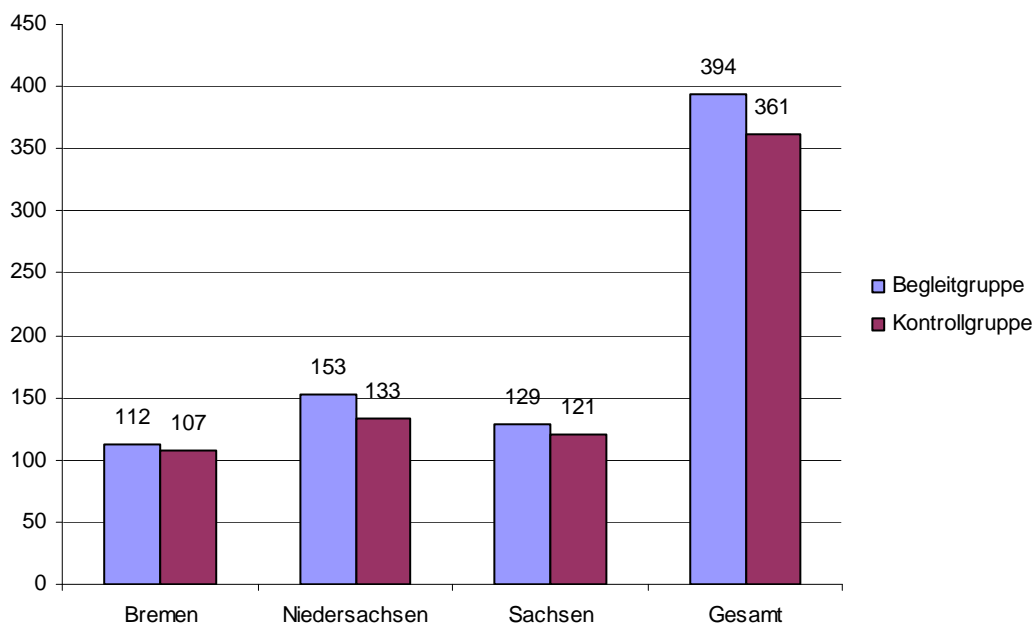


Abb. 6: Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmerinnen nach Bundesland (Stand 31.12.2009)

Zwischen den einzelnen Kommunen gab es deutliche Unterschiede bezüglich des Erfolgs bei der Zielgruppenrekrutierung. In der Tendenz zeigt sich, dass in kleineren Kommunen, wie z.B. Bremerhaven, Garbsen oder dem Muldentalkreis, die angestrebten Zahlen leichter zu erreichen waren. Hier fielen die Aufnahmekontingente zum Teil sogar höher als ursprünglich geplant aus. Dagegen gestaltete sich die Akquise in mittleren und großen Kommunen deutlich schwieriger.

1.1 Zugangswege

Neben einem relativ hohen Anteil an Selbstmelderinnen haben sich Gynäkolog(inn)en (22%), Beratungsstellen (18%) sowie ARGEn und Jobcenter (16%) als erfolgreiche Zugangswege erwiesen. Eine

geringere Bedeutung kommt dagegen der Vermittlung über Schulen (4%) und Hebammen (3%) und Kliniken (3%) zu (s. Abbildung 7).

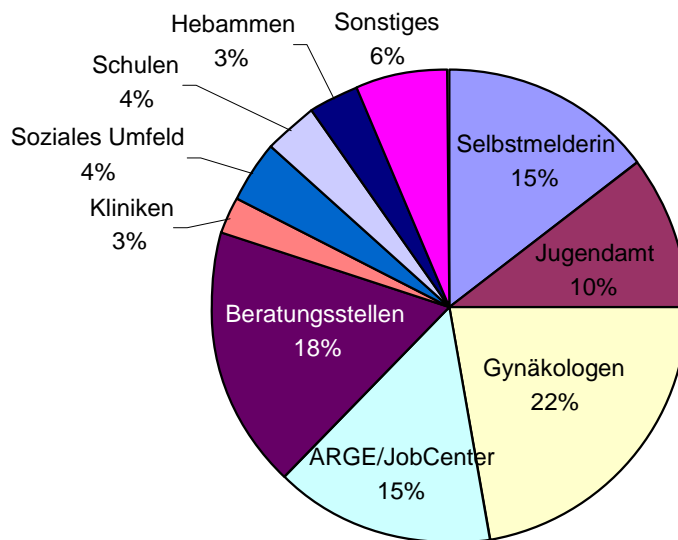


Abb. 7: Zugangswege zu „Pro Kind“ (N = 755)

In den einzelnen Standorten unterschieden sich die Zugangswege dabei erheblich: So waren in Garbsen ARGE und Jobcenter in 66% der Fälle an der Vermittlung beteiligt. In Celle war das Jugendamt mit einem Anteil von 35% aktivster Vermittler und in Bremerhaven war ein Schulprojekt in 28% der Fälle der Vermittlungsweg. Generell lässt sich feststellen, dass in kleineren Kommunen wenige aktive Multiplikatoren ausreichen, um die Zielzahlen zu erreichen. In größeren Kommunen musste man sich auf ein größeres Netz von Multiplikatoren stützen. Dieses zu durchdringen und zu aktivieren erwies sich als deutlich schwieriger.

In Sachsen ergab sich eine Sondersituation, da hier in jedem Standort die Koordinatorinnen (Mitarbeiterinnen des Jugendamts) der „Netzwerke für Kinderschutz“ in die Zielgruppenakquise einbezogen wurden. Auch in diesem Fall ergibt sich der Befund, dass sich die Wirkung der Koordinatorinnen in Bezug auf die Kommunengröße unterschied. In kleineren Kommunen waren die Koordinatorinnen häufig selbst der Vermittlungsweg oder standen in enger Kooperation mit einzelnen aktiven Multiplikatoren. In größeren Kommunen spielten sie dagegen als Vermittlungsweg kaum eine Rolle.

1.2 Retention der Teilnehmerinnen

Bis Ende Dezember 2009 kam es bei $n = 185$ (25%) der $N = 755$ aufgenommenen Frauen zu einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme. In Niedersachsen lag die Ausfallrate bei 31%, in Bremen bei 24% und in Sachsen bei 19%, was die unterschiedliche Dauer der Projektlaufzeit widerspiegelt. In der Schwangerschaftsphase lag die Ausfallrate bei 8% (NFP-Mittel = 15%), in der Säuglingsphase bei 21%

(NFP-Mittel = 33%) und in der Kleinkindphase bei 15% (NFP-Mittel = 17%).³ Insgesamt liegen die Ausfallraten also deutlich unterhalb der im NFP erzielten Werte.

Bei Teilnehmerinnen in der Treatmentgruppe kam es dabei signifikant häufiger zu einer vorzeitigen Beendigung als in der Kontrollgruppe (28% vs. 22%; $\chi^2_{(1)} = 3,956$; $p < 0,05$).

Gründe für die Ausfälle

Der häufigste Grund für eine vorzeitige Beendigung ist mangelndes Interesse an einer weiteren Teilnahme (vgl. Abbildung 8). Hierzu zählen allerdings auch Fälle, in denen die Teilnehmerinnen angaben, aufgrund des Wiedereinstiegs in die Berufstätigkeit keine Zeit mehr zu haben, oder Teilnehmerinnen, die für sich keinen weiteren Bedarf für eine Teilnahme sahen. Weitere wichtige Gründe sind Nichterreichbarkeit (22%), was ebenfalls auf mangelndes Interesse hindeutet, und Umzüge außerhalb des Einzugsgebiets (21%).

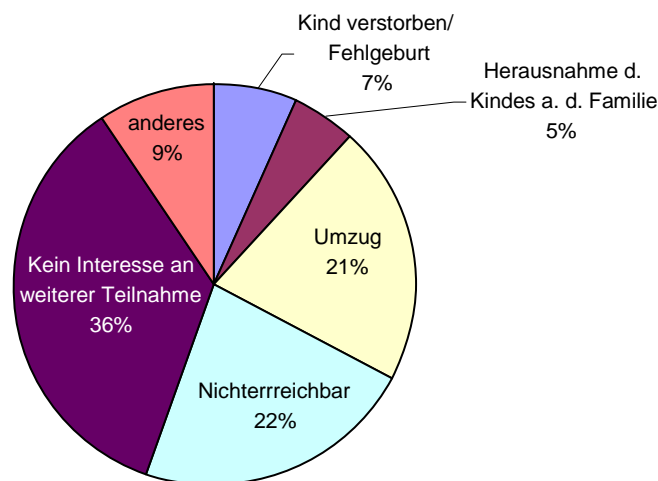


Abb. 8: Gründe für die Ausfälle (N = 185; Stand 31.12.09)

Einfluss der Risikobelastung auf die Retention

Im Folgenden wird das Vorliegen von Risikofaktoren bei den Ausfällen und den aktiven Teilnehmerinnen verglichen. Tabelle 3 zeigt die Risikofaktoren, die einen signifikanten Einfluss auf die vorzeitige Beendigung der Teilnahme haben.

Unter den Ausfällen sind die Faktoren Minderjährigkeit, kein Schulabschluss und Gewalterfahrung während der Schwangerschaft deutlich überrepräsentiert. Auch soziale Isolation und regelmäßiger Drogen-

³ Die Ausfallraten für die einzelnen Phasen sind kleiner als die Gesamtausfallrate, da für diese Berechnung nur Teilnehmerinnen einbezogen wurden, die die jeweilige Phase vollständig durchlaufen haben.

konsum kommen bei den Ausfällen signifikant häufiger vor, allerdings ist die Prävalenz dieser Faktoren in der Gesamtstichprobe sehr gering.

Tab. 3: Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und vorzeitiger Beendigung der Teilnahme

Risikofaktor	Aktive TN vs. Ausfälle	N	$\chi^2(1)$	p
Minderjährigkeit	15% vs. 29%	630	16,441	0,000
Kein Schulabschluss	19% vs. 31%	628	10,305	0,001
Gewalterfahrung in der Schwangerschaft	7% vs. 15%	614	9,113	0,003
Soziale Isolation	1% vs. 4%	623	5,386	0,020
Regelmäßiger Drogenkonsum	1% vs. 4%	629	3,942	0,047

Vergleicht man die Gesamtbelastung der Teilnehmerinnen anhand der kumulierten Risikofaktoren, so zeigt sich bei den Ausfällen eine höhere Belastung als bei aktiven Teilnehmerinnen ($M_{\text{Aktive}} = 3,96$ vs. $M_{\text{Ausfälle}} = 4,39$, $T_{(df=628)} = -2,375$, $p < 0,05$).

Diese Ergebnisse legen die Entwicklung spezieller Strategien nahe, um vorzeitige Teilnahmebeendigungen von minderjährigen, von Gewalt betroffenen oder insgesamt hoch belasteten Teilnehmerinnen zu verhindern. Da im NFP insbesondere in der Subgruppe der hoch belasteten Frauen positive Effekte erzielt werden konnten, erscheint es als besonders wichtig, den Verbleib dieser Teilnehmerinnen im Programm sicher zu stellen.

2. Auswahl der Projektakteure

Als Kriterien für die Auswahl der Familienbegleiterinnen wurden langjährige Berufserfahrung, Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe, überdurchschnittliches Engagement sowie die Bereitschaft sich auf etwas Neues einzulassen, formuliert. Der Personalrekrutierung verlief nicht in allen Standorten optimal, da durch geringe Bewerberzahlen insbesondere unter den Hebammen die Auswahlmöglichkeiten eingeschränkt waren. In einzelnen Fällen wurden Familienbegleiterinnen vom kommunalen Träger zur Beteiligung am Projekt gedrängt. Aus Sicht der Fachberaterinnen wirkte sich dies negativ auf die Bereitschaft dieser Familienbegleiterinnen aus, sich auf die Programmprinzipien einzulassen.

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, konnten die Kriterien langjährige Berufserfahrung und Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien in den meisten Fällen eingehalten werden.

Neben ihrer primären Profession verfügen viele Familienbegleiterinnen über weitere Qualifikationen: fünf Familienbegleiterinnen sind ausgebildete Erzieherinnen, fünf der 31 Hebammen haben eine Weiterbildung zur Familienhebamme absolviert, zwölf der 20 Sozialpädagoginnen eine Weiterbildung in (systemischer) Familientherapie und je drei Sozialpädagoginnen haben eine Weiterbildung in der Arbeit mit Videointeraktionsanalysen sowie in Elterntrainings zur Stärkung der Erziehungskompetenz.

Tab. 4: Soziodemographische Eigenschaften der Familienbegleiterinnen (N = 52)

Profession	Hebamme	n = 31
	Sozialpädagogin	n = 20
	Kinderkrankenschwester	n = 1
Alter zu Arbeitsbeginn	M = 40,3 Jahre (Range 22-53)	
Staatsangehörigkeit	deutsch	n = 52
	andere	n = 0
Berufserfahrung	M = 15,2 Jahre (Range 0-31)	
Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien	M = 11,1 Jahre (Range 0-30)	

Die große Mehrheit der Familienbegleiterinnen (90%) geht neben der Arbeit für „Pro Kind“ mindestens einer weiteren Beschäftigung nach. Die Hebammen sind in der Regel freiberuflich tätig, die Sozialpädagoginnen in der sozialpädagogischen Familienhilfe bei Trägern der Jugendhilfe beschäftigt. Die Beschäftigungsverhältnisse bei „Pro Kind“ unterscheiden sich zwischen den beiden Begleitmodi. In der durchgängigen Begleitung sind die Familienbegleiterinnen in der Regel mit einer halben Stelle im Projekt angestellt. In der Tandem-Begleitung sind die Hebammen auf Honorarbasis beschäftigt und die Sozialpädagoginnen für die „Pro Kind“-Hausbesuche bei den Trägern der Jugendhilfe freigestellt.

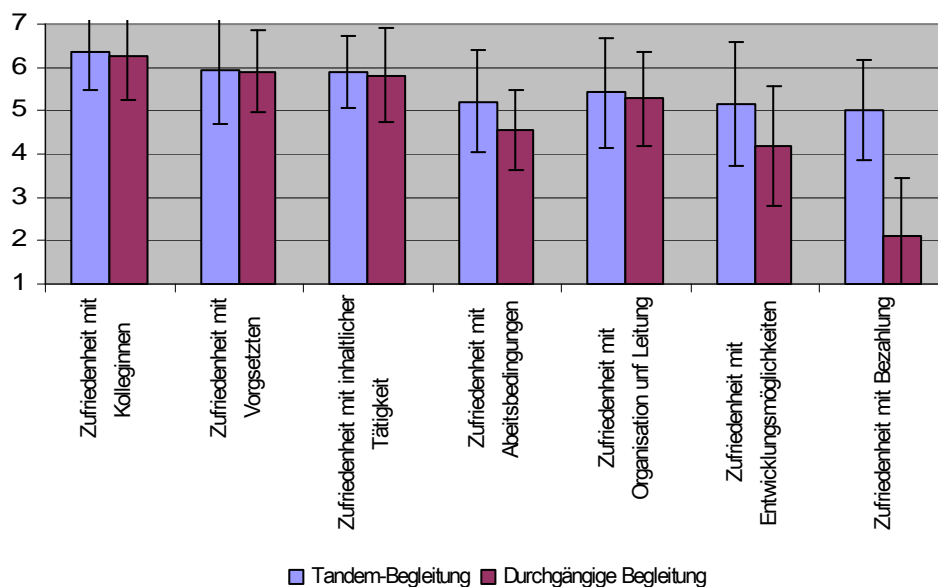


Abb. 9: Vergleich der Arbeitszufriedenheit zwischen den Begleitmodi

Auf Auswertungsworkshops in Niederachsen und Bremen wurde die Arbeitszufriedenheit der Familienbegleiterinnen (Kurzversion des Arbeitsbeschreibungsbogens von Neuberger & Allerbeck, 1978) erhoben. Insgesamt fällt die Einschätzung der Arbeitszufriedenheit positiv aus (M = 5,32, SD = 0,77,

N = 29). Es ergibt sich allerdings ein signifikanter Unterschied der Arbeitszufriedenheit zwischen den Begleitmodi ($M_{\text{Tandem}} = 5,59$ vs. $M_{\text{Durchgängig}} = 4,87$, $N = 29$, Kolmogorov-Smirnov-Z = 1,412, $p < 0,05$).

Wie Abbildung 9 zeigt, geht der Unterschied zwischen den Begleitmodi auf eine deutliche größere Unzufriedenheit mit der Bezahlung in der durchgängigen Begleitung zurück. Dieser Befund legt nahe, dass das Beschäftigungsarrangement der Tandem-Begleitung zu bevorzugen wäre. Ein interessanter Kontrast hierzu ergibt sich aus Befunden eines weiteren Auswertungsworkshops der Familienbegleiterinnen des Tandem-Modells Niedersachsen. Gefragt nach Veränderungswünschen der Arbeitsbedingungen bei Pro Kind, wurde am häufigsten der Wunsch nach einer Festanstellung im Projekt geäußert.

3. Schulungen

Die Entwicklung eines Schulungsprogramms und dessen Durchführung erfolgte parallel zur praktischen Programmumsetzung. Tabelle 5 gibt einen Überblick zum derzeitigen Stand des Schulungsprogramms. Die Entwicklung dieses Programms ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Bei der Entwicklung wurden zum einen Teile des amerikanischen Schulungsprogramms adaptiert, die sich vor allem in den ersten beiden Workshopeinheiten wiederfinden, und Schulungen zu den einzelnen Modulen wie PIPE und Beller & Beller vorgenommen. Zum anderen wurde das Programm um Schulungen zu speziellen Themen wie psychischen Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung ergänzt und auf Schulungsbedarfe wie Kommunikation in und mit Familien oder Arbeitsmarktintegration eingegangen, die im Verlauf der praktischen Arbeit deutlich wurden.

Tab. 5: Schulungsprogramm der Familienbegleiterinnen

Workshopeinheit	Inhalt	Umfang
1. Auftaktworkshop	Vorstellung des NFP-Konzepts und der Begleitforschung zum Modellprojekt, Einführung in die Arbeit mit dem Schwangerschaftshandbuch und dem Dokumentationssystem der Hausbesuche	2 Tage
2. Theoretische Grundlagen	Einführung in die theoretischen Grundlagen des Programms und deren Umsetzung in der Praxis	1 Tag
3. Postpartale psychische Erkrankungen	Vortrag zu verschiedenen postpartalen Erkrankungen und Vernetzungsmöglichkeiten zu diesem Thema	1 Tag
4. Frühe Risikoeinschätzung von Kindeswohlgefährdung	Einführung in ein bindungstheoretisch fundiertes System zur Risikoeinschätzung von Kindeswohlgefährdung	1 Tag
5. Beller & Beller	Einführung in die Arbeit mit der Entwicklungstabelle von Beller & Beller	1 Tag
6. Erstes Lebensjahr	Arbeit mit dem Säuglingshandbuch, Säuglingsernährung, ELBA – Arbeit mit der Babypuppe	1Tage
7. Kommunikation	Kommunikation in und mit Familien, Grundlagen und Beispiele	2 Tage
8. PIPE	Einführung in die Arbeit mit dem PIPE-Handbuch, Einübung einzelner PIPE-Einheiten	4 Tage
9. Zweites Lebensjahr	Kindliche Entwicklung im zweiten Lebensjahr, Arbeit mit dem Handbuch	1 Tag
10. Arbeitsmarktintegration	Möglichkeiten der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, Grundlagen SGB II / ALG II	1 Tag
11. Ende einer Begleitung	Gestaltung des Endes der Familienbegleitung	1 Tag

Wie eine Befragung im Rahmen von Auswertungsworkshops in Niedersachsen und Bremen zeigt, beurteilen die Familienbegleiterinnen die Workshopeinheiten im Durchschnitt als hilfreich bis sehr hilfreich (vgl. Abbildung 10). Bei der Zufriedenheit mit den Workshops, welche am Ende jedes einzelnen Workshops erhoben wurde, ergibt sich ein ähnlicher Befund. Der Anteil der unzufriedenen oder sehr unzufriedenen Familienbegleiterinnen ist in der Regel sehr gering (vgl. Abbildung 11). Einzig im Hinblick auf die praktischen Übungen ist der Anteil etwas größer. Hier wünschten sich einige Familienbegleiterinnen mehr Möglichkeiten, um die Workshopinhalte praktisch zu erproben.

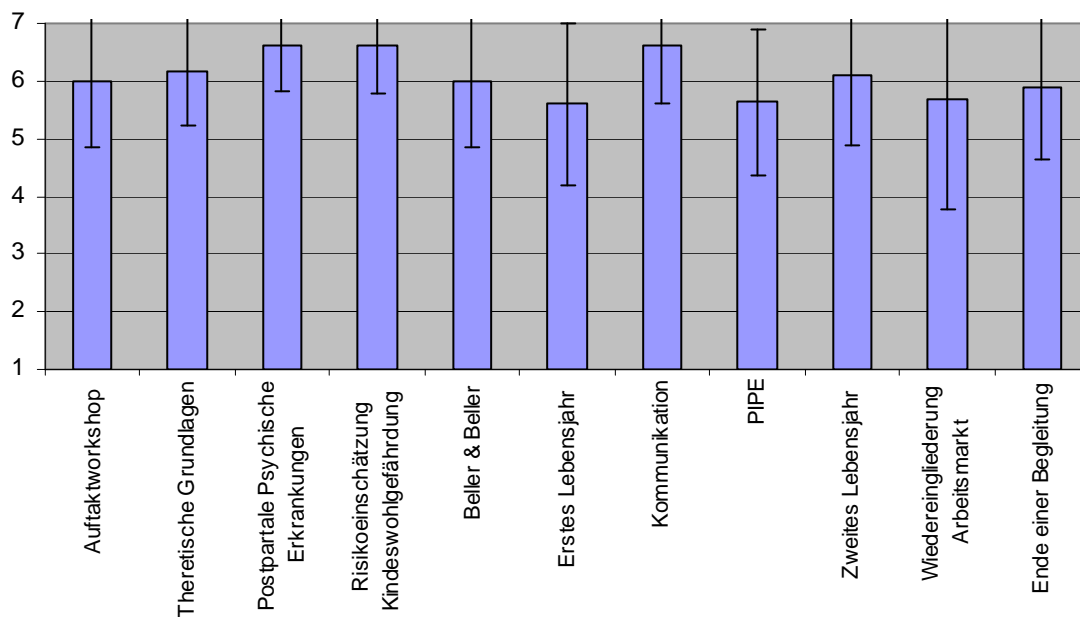


Abb. 10: Beurteilung der Schulungen (N=29; 1 = gar nicht hilfreich; 7 = sehr hilfreich)

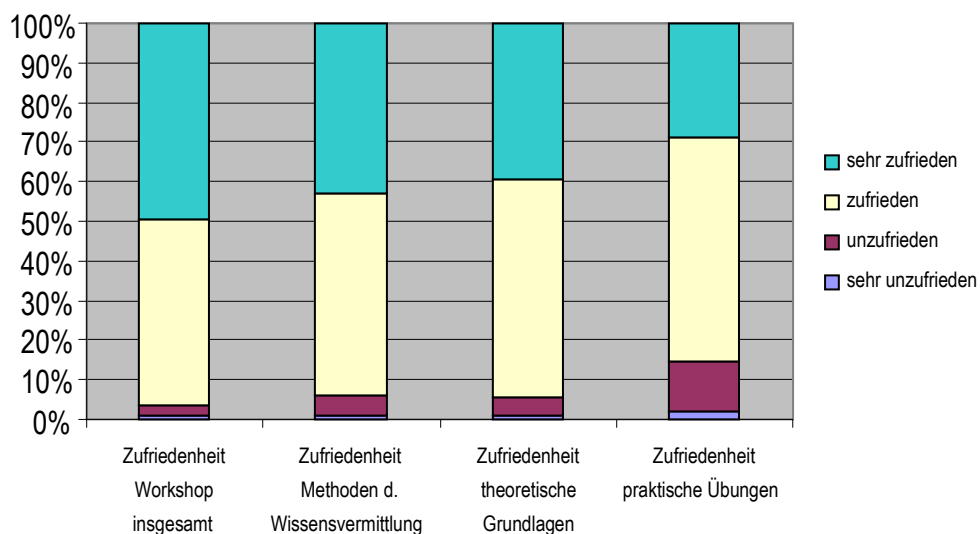


Abb. 11: Zufriedenheit mit den Schulungen (N=580)

Auf Auswertungsworkshops wurden die Familienbegleiterinnen zudem zur selbsteingeschätzten Sicherheit / Kompetenz im Umgang mit den einzelnen Themen befragt (vgl. Abbildung 12).

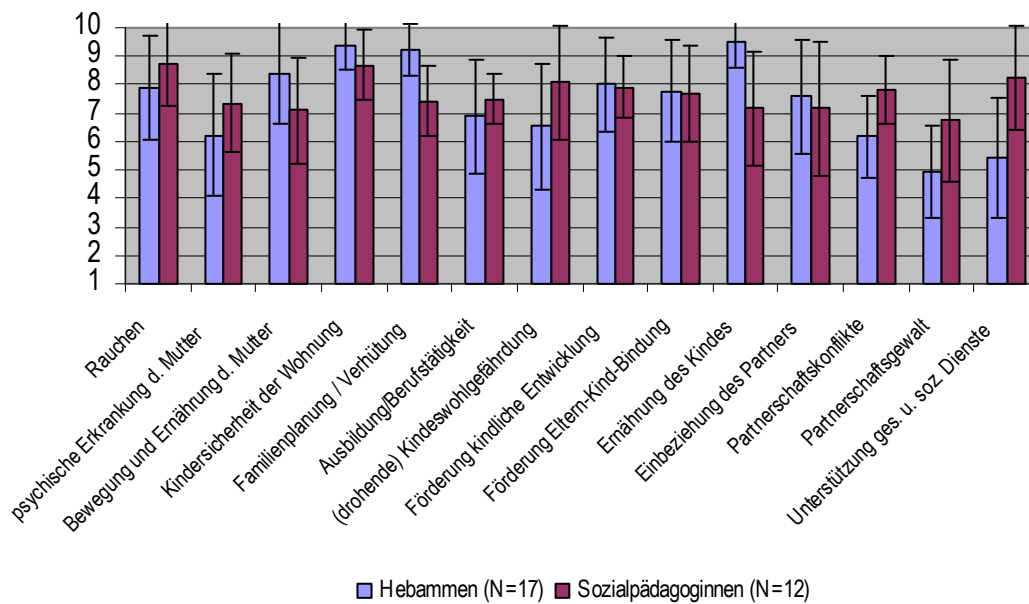


Abb. 12: Einschätzung der eigenen Sicherheit / Kompetenz im Umgang mit den Themen (1 = sehr unsicher / wenig kompetent; 10 = sehr sicher / sehr kompetent)

Im Vergleich der beiden Professionen zeigen sich deren jeweilige Stärken. Bei den Hebammen liegen diese in den Themen Säuglingsernährung, Familienplanung sowie Bewegung und Ernährung der Mutter. Die Stärken der Sozialpädagoginnen liegen in den Themen Unterstützung bei gesundheitlichen und sozialen Diensten, Partnerschaftskonflikte, -gewalt und drohende Kindeswohlgefährdung.

4. Programmmaterialien

4.1 Implementation der Programmmaterialien

Die „Pro Kind“-Handbücher enthalten für jeden Hausbesuch der verschiedenen Begleitungsphasen einen Leitfaden mit Themenvorschlägen und Arbeitsmaterialien, die von den Familienbegleiterinnen flexibel an die Interessen und Bedürfnisse der Familien angepasst werden können. Die Materialien sind unterteilt in Infoblätter, Arbeitsblätter und Prima Möglichkeiten.

In den Infoblättern liegt, wie die Bezeichnung bereits nahelegt, der Schwerpunkt auf der Wissensvermittlung zu einzelnen Themen wie z.B. Ernährung in der Schwangerschaft, Kindersicherheit der Wohnung oder Medienkonsum bei Kleinkindern. Die Arbeitsblätter bieten Möglichkeiten zum Ausfüllen und Eintragen von persönlichen Daten und Überzeugungen wie z.B. ein Blatt zur Dokumentation des eigenen Rauchverhaltens oder eine Auflistung der persönlichen Erziehungsüberzeugungen, wodurch die Reflexion des eigenen Verhaltens angeregt oder Veränderungen dokumentiert werden. Die Prima Mög-

lichkeiten (im Original „Smart Choices“ genannt) ist ein relativ eigenständiges Programmelement, welches auf die Steigerung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit in institutionellen Kontexten und damit perspektivisch der Berufsfähigkeit und einer selbstbestimmten Lebensplanung abzielt. Ergänzend werden Materialien des Bundes Deutscher Hebammen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und kommunal unterschiedliche Informationsblätter zu weiteren Unterstützungsangeboten eingesetzt.

Weitere Programmmodule sind die Beller & Beller-Entwicklungstabelle (Beller & Beller, 2000) zur Erhebung des Entwicklungsstandes der Kinder und PIPE. Durch das PIPE-Modul (Partners In Parenting Education, Perkins, Butterfield, & Ottem, 2002) soll gezielt die elterliche Feinfühligkeit in der spielerischen Interaktion mit dem Kind und im Alltag gestärkt werden. Zusätzlich regen die Familienbegleiterinnen die Teilnehmerinnen zur Reflexion der eigenen Kindheitserfahrungen an und thematisieren mit ihnen, welche Erfahrungen sie an ihr Kind weitergeben mochten und welche nicht. Weiterhin wurden Materialien und Informationen zu Zahngesundheit und Zahnpflege während und nach der Schwangerschaft sowie für Säuglinge und Kleinkinder von der Medizinischen Hochschule Hannover integriert.

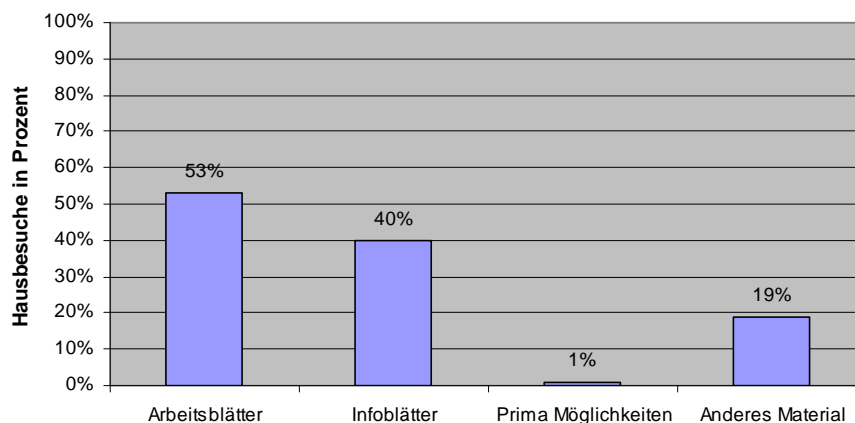


Abb. 13: Einsatz der Materialien in den Hausbesuchen (N=8525)

Aus dem Dokumentationssystem der Hausbesuche geht hervor, dass in 53% der Hausbesuche Arbeitsblätter, in 40% Infoblätter, in 19% andere Materialien und lediglich in 1% die Prima Möglichkeiten eingesetzt wurden (s. Abbildung 13). In der Regel wurden mehrere Materialien während eines Hausbesuchs eingesetzt. In 23% der Hausbesuche wurden allerdings keine Programmmaterialien eingesetzt. Gründe hierfür waren u.a. akute Krisen bei den Teilnehmerinnen, eine grundsätzliche Ablehnung der Materialien durch die Teilnehmerin oder Schwierigkeiten im Sprachverständnis.

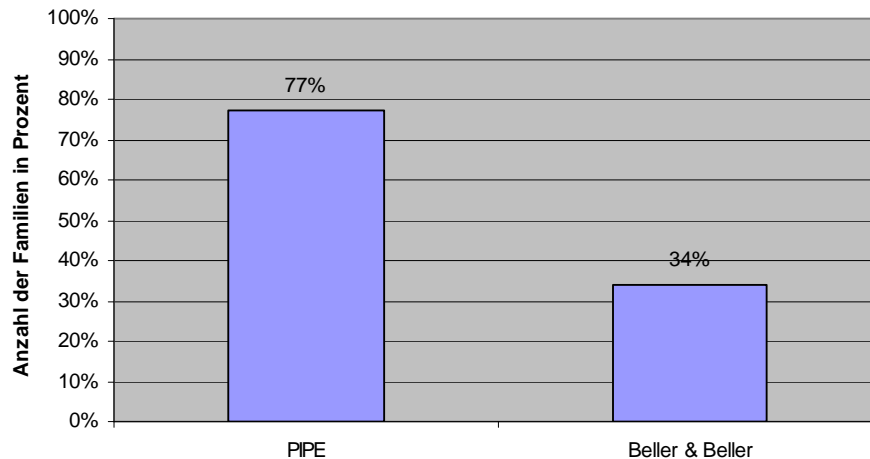


Abb. 14: Einsatz von PIPE und Beller & Beller (N=135)

Abbildung 14 zeigt die Implementation von PIPE und Beller & Beller in den Familien, wobei der Einsatz dieser Programmelemente in mindestens einem Hausbesuch als Kriterium herangezogen wurde. Demnach wurde in 77% der Familien mindestens einmal PIPE und in 34% mindestens einmal Beller & Beller eingesetzt. Für diese Auswertung wurden nur Familien einbezogen, die die Säuglingsphase vollständig durchlaufen haben.

Im Durchschnitt wurde PIPE in ca. 4 Hausbesuchen (Range 0-21) pro Familie umgesetzt. Es muss berücksichtigt werden, dass die meisten Familien das Programmende noch nicht erreicht haben, so dass sich der Umsetzungsgrad von PIPE und Beller & Beller durchaus noch steigern kann.

4.2 Beurteilung der Materialien durch die Familienbegleiterinnen

Aus den qualitativen Interviews mit den Familienbegleiterinnen sowie den Gruppendiskussionen auf Auswertungsworkshops in Niedersachsen und Bremen ergaben sich sehr unterschiedliche Einschätzungen der Arbeit mit den Programmmaterialien. Für fast alle Beteiligten war die Arbeit mit Handbüchern in Hausbesuchen eine neue Erfahrung. Einige Familienbegleiterinnen räumten ein, dass sie sich zunächst von den Vorgaben der Handbücher eingeschränkt und unter dem Druck fühlten, den gesamten Inhalt der Handbücher mit den Familien durchzuarbeiten. Dazu trug bei, dass die Leitfäden von manchen am Anfang als strikte Vorgaben verstanden wurden und nicht als flexibel am Interesse der Teilnehmerinnen orientierte Themenvorschläge. Zum anderen offenbarten sich auch Identifikationsprobleme, da die Handbücher als zu wenig auf die eigene Profession zugeschnitten erlebt wurden. Für andere jedoch stellte die Arbeit mit den Handbüchern aufgrund der Strukturierung eine Arbeitserleichterung dar.

Insgesamt wurden die Arbeitsblätter positiver bewertet als die Infoblätter. Die Arbeitsblätter wurden als gute Möglichkeit wahrgenommen, mit Teilnehmerinnen über ein bestimmtes Thema ins Gespräch zu kommen. Die Konzentration auf das Blatt trug dabei zur Entlastung der Kommunikationssituation bei,

und obwohl der Aufbau der Arbeitsblätter mitunter auch als zu verschult eingestuft wurde, nahmen die meisten Teilnehmerinnen diese Materialien positiv auf. Den Infoblättern wurde dagegen von einigen Familienbegleiterinnen mangelnde Zielgruppennähe und fehlende Kleinschrittigkeit vorgeworfen.

Die Einführung von PIPE stieß auf ein gespaltenes Urteil bei den Familienbegleiterinnen. Einige konnten sich nur schwer oder gar nicht auf die spielerische Ebene einlassen oder betrachteten die PIPE-Themen im Vergleich zu anderen, dringenderen Problemen in den Familien als nachrangig. Das Hinzukommen eines weiteren Handbuchs wurde zudem als Überfrachtung des Programms wahrgenommen. Für andere Familienbegleiterinnen ergab sich durch das Spielerische eine neue konkrete Ebene, um mit den Teilnehmerinnen in Kontakt zu kommen, insbesondere wenn diese über die abstraktere Gesprächsebene nur schwer zu erreichen waren.

Auch das Modul zur Zahngesundheit löste bei vielen Familienbegleiterinnen Widerstände aus. Neben Problemen mit der Logistik des für die Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellten Zahnpflegematerials wurde das Thema als sehr schwergängig erlebt und der Aufwand von vielen als unverhältnismäßig im Vergleich zum Stellenwert des Themas im gesamten Begleitungsprozess eingeschätzt.

Abbildung 15 zeigt die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung der Familienbegleiterinnen zur Beurteilung der Programmmaterialien. Am positivsten wurden hierbei die Materialien zur Kindersicherheit der Wohnung, zur kindlichen Entwicklung und zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung bewertet. Insgesamt fällt die Einschätzung der Familienbegleiterinnen sehr unterschiedlich aus, wie an den zumeist recht großen Standardabweichungen (vertikale Balken) zu erkennen ist. Im Vergleich zwischen den Professionen fällt auf, dass die Hebammen die Materialien zu allen Themen negativer einschätzen als die Sozialpädagoginnen. Ob dies auf eine grundsätzlich kritischere Haltung zur Arbeit mit den Handbüchern oder auf die vergleichsweise geringere Qualität des Handbuchs zur Schwangerschaftsphase, welches zumindest für die Hebammen des Tandem-Modells der Hauptbezugspunkt ist, zurückzuführen ist, kann bisher noch nicht geklärt werden.

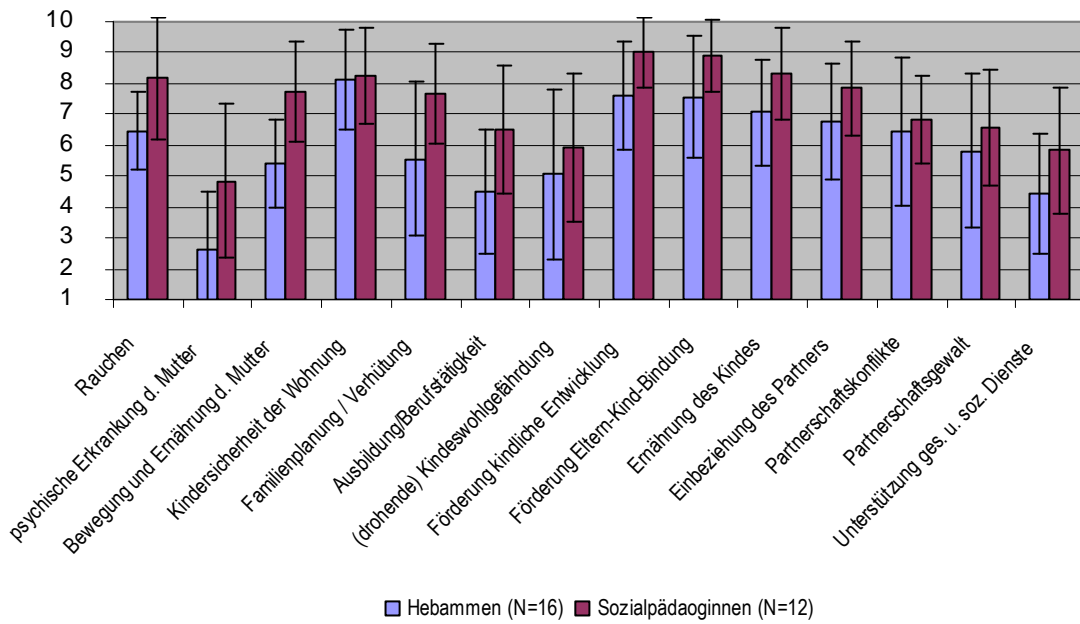


Abb. 15: Beurteilung der Programmmaterialien zu den einzelnen Themen (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)

5. Umsetzung des Hausbesuchsprogramms

Wie Abbildung 10 zeigt, haben die meisten Teilnehmerinnen die Schwangerschaftsphase abgeschlossen und befinden sich in der Säuglings- oder Kleinkindphase. Bisher haben 59 Frauen das Programm bis zum zweiten Geburtstag des Kindes durchlaufen. In den niedersächsischen Standorten gibt es die Besonderheit, dass die Begleitung bis zum dritten Geburtstag fortgesetzt wird.

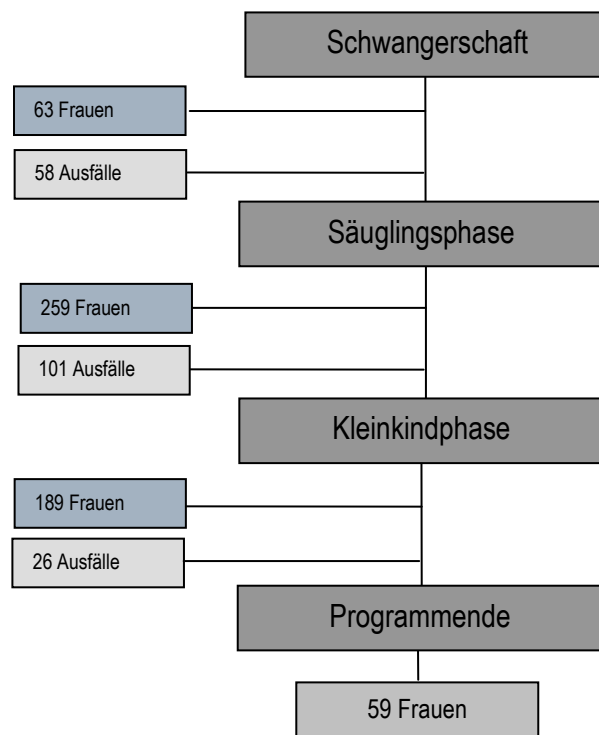


Abb. 16: Anzahl der Teilnehmerinnen in den einzelnen Projektphasen

5.1 Hausbesuchsfrequenz und -dauer

Bisher haben N = 8525 Hausbesuche stattgefunden, davon n = 3169 in der Schwangerschaftsphase, n = 4257 in der Säuglingsphase (1. Lebensjahr), n = 1041 in der Kleinkindphase (2. Lebensjahr) und n = 58 im 3. Lebensjahr.

Tab. 6: Hausbesuche in der Schwangerschaft

	Pro Kind-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Hausbesuchshäufigkeit (Schwangerschaft)	9	14
Ist/Soll-Vergleich (Schwangerschaft)	79%	80%
Hausbesuchshäufigkeit (Säuglingsphase)	20	24
Ist/Soll-Vergleich (Säuglingsphase)	84%	65%
Dauer der Hausbesuche	83 Minuten	60-90 Minuten

Bei den Teilnehmerinnen, die bisher die Schwangerschaftsphase durchlaufen haben, fanden im Mittel neun Hausbesuche statt. Der Ist/Soll-Vergleich zeigt, dass im Mittel 79% der vorgesehen Besuche erfolgten, womit die NFP-Zielvorgabe von 80% in dieser Phase fast erreicht wird. In der Säuglingsphase wird mit im Mittel 20 Besuchen, was 84% der vorgesehenen Besuche ausmacht, die NFP-Zielvorgabe von 65% sogar deutlich übertroffen. Auch die durchschnittliche Dauer der Hausbesuche liegt mit 83 Minuten innerhalb der vom NFP vorgesehenen Spanne (vgl. Tabelle 6).

Insgesamt wird also sowohl bei der Hausbesuchsfrequenz als auch bei der Hausbesuchsdauer eine hohe Programmtreue erzielt.

5.2 Engagement der Teilnehmerinnen und inhaltlicher Schwerpunkt der Hausbesuche

Wie Abbildung 17 zeigt, werden sowohl das Engagement der Teilnehmerinnen während des Hausbesuchs als auch das Interesse und das Verständnis des eingesetzten Materials von den Familienbegleiterinnen als hoch eingeschätzt.

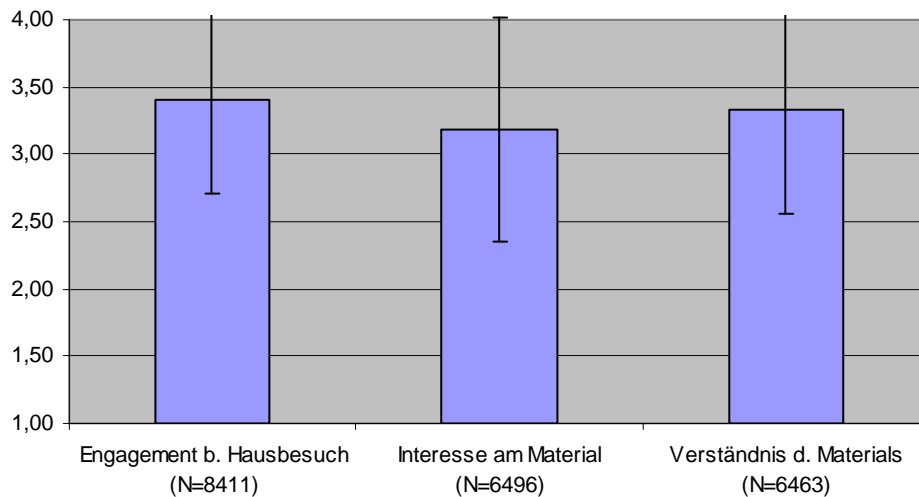


Abb. 17: Mittelwert des Engagements, Interesses und Verständnisses des Materials

Es ergeben sich bezüglich der Arbeit in den einzelnen Domänen zwei deutliche Abweichungen zwischen dem NFP und „Pro Kind“ (s. Tabelle 7). Die eine Abweichung betrifft die Domäne „Persönliche Gesundheit der Mutter“ in der Schwangerschaft. Das NFP-Mittel liegt hier bei 37%, das „Pro Kind“-Mittel hingegen bei 28%. Dies erklärt sich wahrscheinlich aus dem Umstand, dass ein Teil der NFP-Inhalte in dieser Domäne in Deutschland Bestandteil der normalen Hebammenvorsorge ist. Die zweite Abweichung betrifft die Domäne „Mutter-/Vater-/Elternrolle“. Hier liegt das NFP-Mittel in der Säuglingsphase bei 40% und in der Kleinkindphase bei, während das „Pro Kind“-Mittel bei 30% liegt. Der Unterschied erklärt sich zum Teil aus der etwas späteren Umsetzung von Teilmodulen aus dem PIPE-Curriculum und der Beller & Beller-Entwicklungstabelle, die einen wichtigen Bestandteil der Arbeit in dieser Domäne ausmachen.

Tab: 7: Inhaltliche Schwerpunkte der Hausbesuche

Domänen	Pro Kind-Mittel	NFP-Mittel	NFP-Zielvorgabe
Schwangerschaftsphase			
Pers. Gesundheit d. Mutter	28%	37%	35-40%
Gesundheitsförderliche Umgebung	10%	11%	5-7%
Lebensplanung und –gestaltung	16%	13%	10-15%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	20%	23%	23-25%
Familie und Freundeskreis	15%	16%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	12%	-	-
Säuglingsphase			
Pers. Gesundheit d. Mutter	16%	20%	14-20%
Gesundheitsförderliche Umgebung	11%	14%	7-10%
Lebensplanung und –gestaltung	17%	15%	10-15%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	30%	36%	45-50%
Familie und Freundeskreis	14%	15%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	11%	-	-
Kleinkindphase			
Pers. Gesundheit d. Mutter	14%	17%	10-15%
Gesundheitsförderliche Umgebung	11%	14%	7-10%
Lebensplanung und –gestaltung	21%	17%	18-20%
Mutter-/Vater-/Elternrolle	30%	37%	40-45%
Familie und Freundeskreis	14%	15%	10-15%
Soziale Dienste und Gesundheitsversorgung	10%	-	-

6. Zufriedenheit der Teilnehmerinnen

Insgesamt finden drei telefonische Zufriedenheitsbefragungen mit den Teilnehmerinnen statt. Die erste erfolgt in der Schwangerschaftsphase, die zweite um den ersten Geburtstag des Kindes und die dritte gegen Ende der Begleitung. Im Folgenden werden Befunde zu den ersten zwei Befragungszeitpunkten dargestellt.

6.1 Zufriedenheit Schwangerschaft

In der ersten Befragung wird die Zufriedenheit mit sowie die Beziehung zur Hebamme und – wenn vorhanden – Sozialpädagogin erfasst. Weiterhin werden die Teilnehmerinnen zur Zufriedenheit mit der Hausbesuchsfrequenz sowie zur Zufriedenheit und dem Umgang mit den Programmmaterialien befragt. Außerdem wird den Teilnehmerinnen die Möglichkeit gegeben, Änderungswünsche zu äußern.

Die Zufriedenheit in der Schwangerschaft wurde mittels einer selbstentworfenen, vier Items umfassenden, vierstufigen Skala erhoben. Die Teilnehmerinnen zeigen sich insgesamt sowohl mit den Hebammen als auch mit den Sozialpädagoginnen sehr zufrieden (vgl. Abbildung 18). Die vielen fehlenden Werte bei den Sozialpädagoginnen deuten darauf hin, dass sich eine Einschätzung für die Teilnehmerinnen aufgrund des geringen Kontakts in dieser Phase noch schwierig gestaltet.

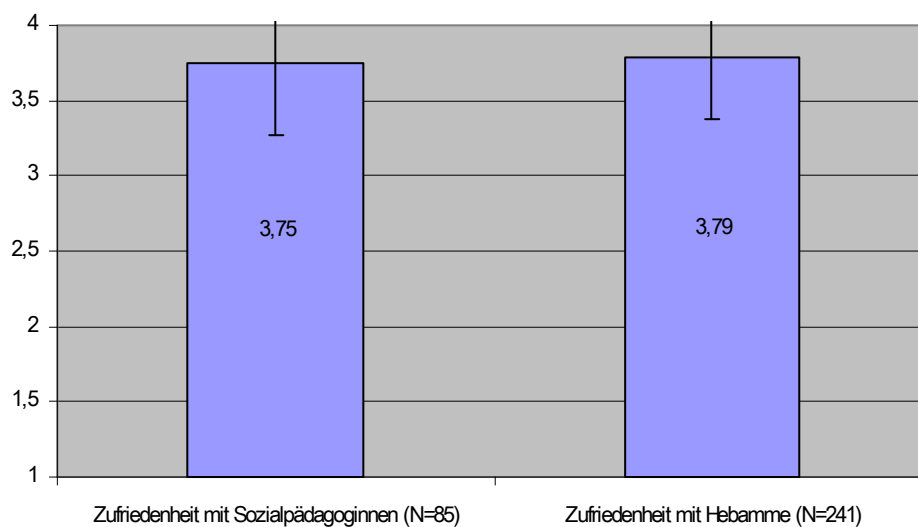


Abb. 18: Zufriedenheit mit den Familienbegleiterinnen in der Schwangerschaft

Die Beziehung zu den Familienbegleiterinnen wird in der Schwangerschaftsphase ebenfalls mittels einer selbstentworfenen Skala erfasst. Diese umfasst fünf Items mit dichotomen Antwortkategorien. Auch die Beziehung wird von den Teilnehmerinnen in der Schwangerschaft sehr positiv bewertet, wobei sich bei den Sozialpädagoginnen wiederum viele fehlende Werte ergeben (vgl. Abbildung 19).

In einer gesonderten Abfrage berichteten $n = 21$ Teilnehmerinnen (8%), Schwierigkeiten mit der Familienbegleiterin zu haben. Diese Schwierigkeiten beziehen sich auf die Bereiche Terminabsprachen und Pünktlichkeit, Informationsweitergabe an das Jugendamt, die Themen und Art der inhaltlichen Arbeit und die Beziehung zu anderen Familienmitgliedern (Streit mit dem Partner).

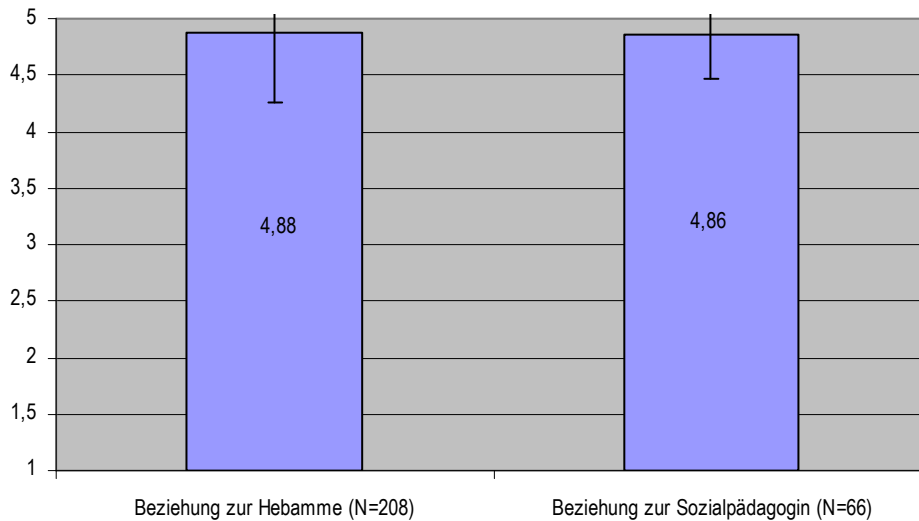


Abb. 19: Beziehung zu den Familienbegleiterinnen in der Schwangerschaft (gemittelte Summe der Itemwerte)

Die Hausbesuchshäufigkeit in der Schwangerschaft wurde von 87% an angemessen beurteilt, 4% empfanden diese als zu gering, 8% als zu viel.

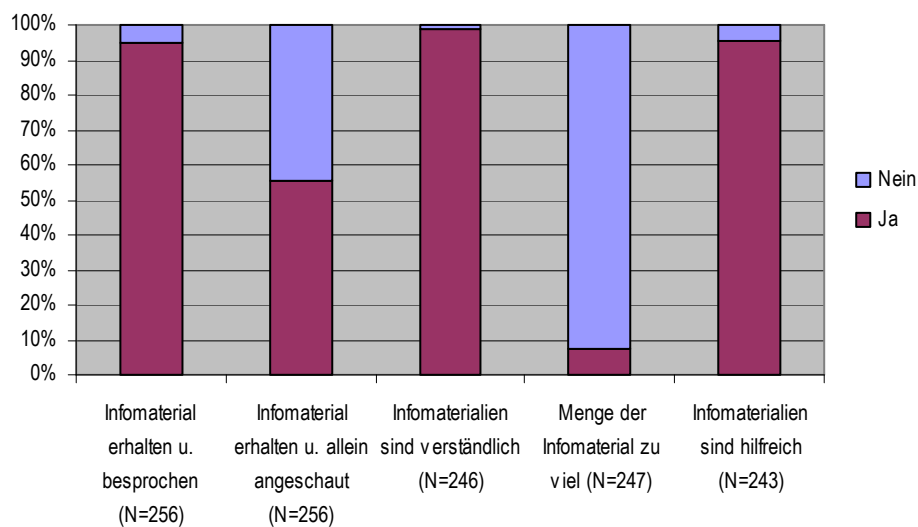


Abb. 20: Zufriedenheit und Umgang mit den Materialien in der Schwangerschaft

Auch bei der Bewertung der Programmmaterialien ergeben sich sehr positive Einschätzungen (vgl. Abbildung 20). Dies bestätigt die positiven Einschätzungen der Familienbegleiterinnen zum Interesse und Verständnis des Material (s. Kap. 5.2). Die entscheidende Frage scheint zu sein, ob sich die Teilnehmerinnen auch außerhalb der Hausbesuche mit diesen beschäftigen.

In nur 24 Fällen (9%) wurden Änderungswünsche für die Begleitung formuliert. Diese beziehen sich auf die Hausbesuchsfrequenz, wobei sowohl mehr als auch weniger Hausbesuche gefordert wurden, die

Programmmaterialien oder bestimmte Informationsbedarfe, auf mehr aktive Hilfeleistungen (Mitgehen bei Behördengängen) und Kontakt zu anderen Pro Kind Teilnehmerinnen.

6.2 Zufriedenheit in der Säuglingsphase

In der zweiten Zufriedenheitsbefragung werden wiederum die Teilnahmezufriedenheit sowie die Beratungsbeziehung erfasst. Daneben wird eine Skala zur Erfassung der Programmtreue (Treatment Adherence Measure) eingesetzt. Zudem wurde wiederum nach der Zufriedenheit mit der Hausbesuchsfrequenz und den Programmmaterialien sowie nach Änderungswünschen für die Begleitung gefragt.

Die Skala zur Erfassung der Programmtreue ist eine Adaption des Treatment Adherence Measure der Multisystemic Therapy (Schoenwald, Halliday-Boykins, & Henggeler, 2003) eingesetzt. Die fünfstufige, 13 Items umfassende Skala bezieht sich auf die Aspekte Struktur und Dynamik der Haubesuche, Klientenzentrierung und Stärkenorientierung. Die Beratungsbeziehung wird durch eine adaptierte Subskala des Fragebogens zur Erziehungs- und Familienberatung (FEF, Vossler, 2001) erfasst. Diese fünfstufige Skala umfasst sieben Items.

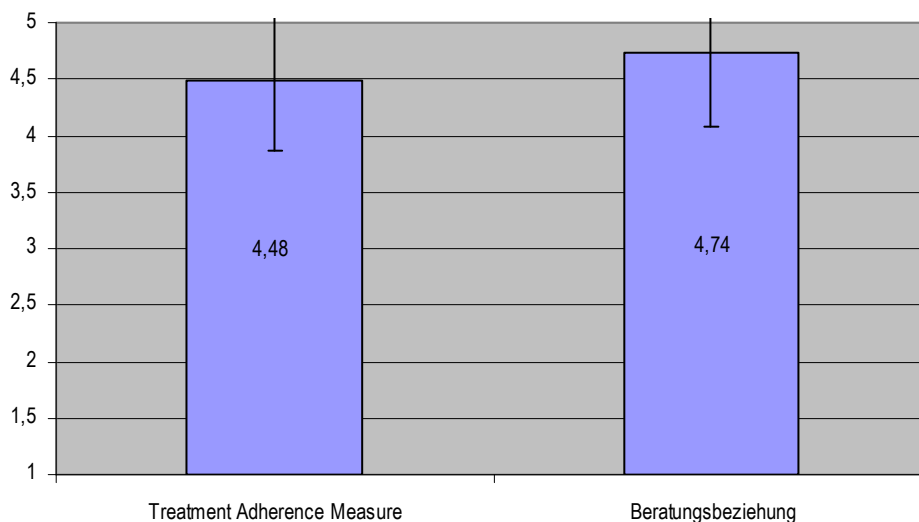


Abb. 21: Treatment Adherence Measure (Schoenwald et al., 2003) und Beratungsbeziehung (Vossler, 2001) in der Säuglingsphase.

Sowohl Treatment Adherence als auch Beratungsbeziehung werden sehr positiv von den Teilnehmerinnen beurteilt (vgl. Abbildung 21).

Die Teilnahmezufriedenheit wird in dieser Befragung durch eine adaptierte Version des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ; deutsche Version von Häring & Hüsing, 1992; Larsen, Attkisson, Hergreaves, & Nguyen, 1979) erfasst.

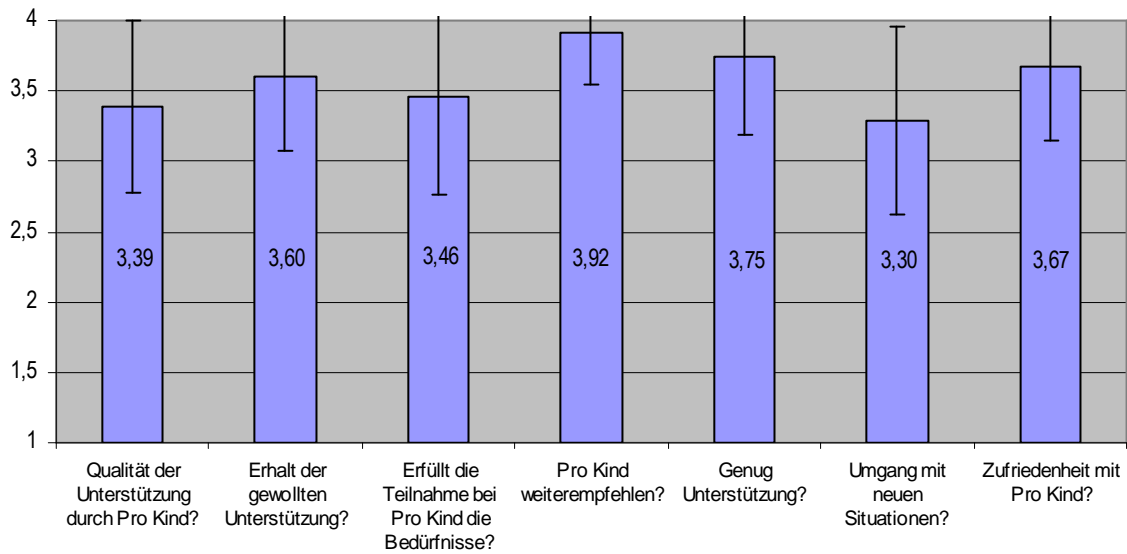


Abb. 22: Teilnahmezufriedenheit in der Säuglingsphase (N=134; CSQ, Häring & Hüsing, 1992)

Auch die Teilnahmezufriedenheit fällt sehr positiv aus (vgl. Abbildung 22). Für die Säuglingsphase berichteten nur 5 Frauen (4%) über Schwierigkeiten mit der Familienbegleiterin. Diese bezogen sich auf Uneinigkeiten oder Konflikte in einzelnen Fragen oder einzelne Aussagen der Familienbegleiterin.

Auch in der Säuglingsphase war die große Mehrheit der Teilnehmerinnen (84%) mit der Hausbesuchshäufigkeit zufrieden. 9% beurteilten die Frequenz als zu niedrig, 7% als zu hoch.

Anders als in der ersten Befragung wurden Zufriedenheit und Umgang mit den Programmmaterialien mittels einer vierstufigen Skala erhoben. Das Ergebnis ähnelt dem der ersten Befragung, durch die feinere Abstufung ergibt sich allerdings ein etwas differenzierter Befund (vgl. Abbildung 23).

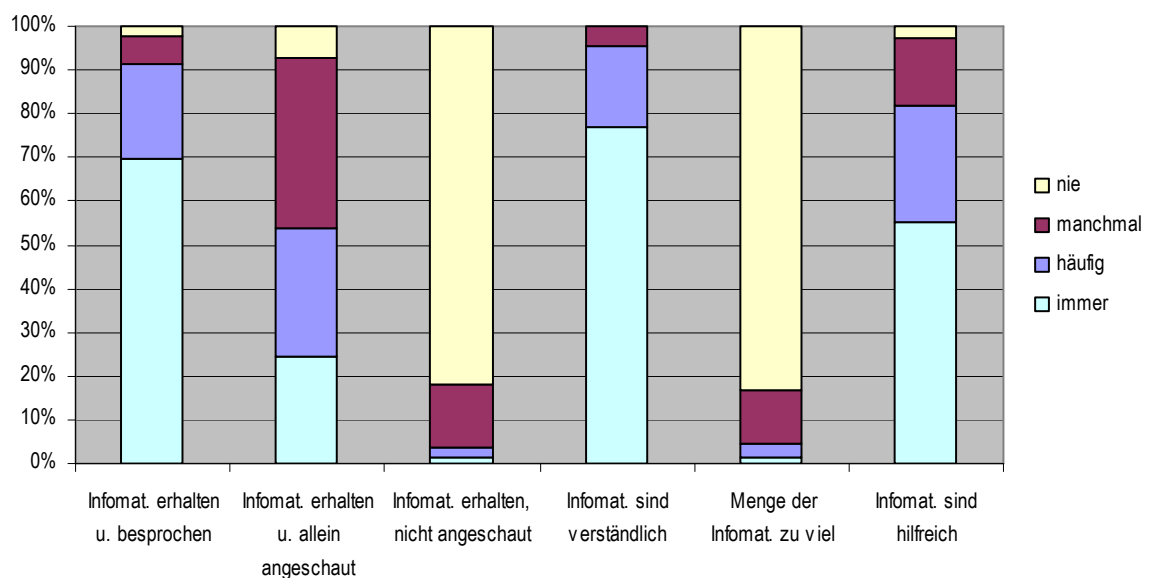


Abb. 23: Zufriedenheit und Umgang mit den Materialien in der Säuglingsphase (N=139)

Änderungswünsche für die Säuglingsphase wurden von 29 Teilnehmerinnen (20,7%) formuliert, was ein deutlich größerer Anteil als in der Schwangerschaftsphase ist. Am häufigsten wird hier der Kontakt zu anderen Teilnehmerinnen genannt. Häufiger wird auch der Wunsch nach mehr außerhäuslichen Aktivitäten genannt und mehr Unterstützung beim Umgang mit Ämtern und Behörden. Weiterhin wünschen sich die Teilnehmerinnen einen stärkeren Schwerpunkt auf die kindlichen Entwicklung und die Arbeitsmaterialien im Allgemeinen. Einige Teilnehmerinnen äußern sich unzufrieden mit den Forschungsinterviews und Testungen bzw. berichten von Konflikten mit der Familienbegleiterin.

Die Bewertung dieser insgesamt sehr positiven Ergebnisse muss mit gewissen Vorbehalten erfolgen, da aus der Forschungsliteratur bekannt ist, dass Maße zur Klientenzufriedenheit und Beratungsbeziehung häufig aufgrund von sozial erwünschten Antwortverhalten positiv verzerrt sind (Korfmacher, Green, Spellmann, & Thornburg, 2007). Außerdem enthält die Befragung einen systematischen Bias, der sich aus dem Umstand ergibt, dass Frauen, bei denen es zu einer vorzeitigen Teilnahmebeendigung kam, nicht mit erfasst werden. Es ist wahrscheinlich, dass die Antworten dieser Frauen im Durchschnitt weniger positiv ausgefallen wären.

7. Ausblick: Weitere Schritte der Implementationsforschung

Entsprechend des Durchlaufs der Teilnehmerinnen durch das Projekt wird im folgenden Jahr die Begleitung der Familien im zweiten Lebensjahr im Mittelpunkt stehen. Daneben ergeben sich folgende weitere Schwerpunkte:

- Seit Ende 2009 finden **Auswertungsworkshops** mit den Familienbegleiterinnen statt. In diesen Workshops reflektieren die Familienbegleiterinnen die wichtigsten Aspekte ihrer bisherigen Arbeit für „Pro Kind“ und haben die Möglichkeit, eigene Veränderungsvorschläge einzubringen. Die Ergebnisse dieser Workshops werden von der Implementationsforschung dokumentiert und ausgewertet. Im Jahr 2010 werden weitere Auswertungsworkshops stattfinden und insbesondere den Vergleich zwischen den drei Bundesländern und den beiden Begleitmodi ermöglichen.
- Einen weiteren Schwerpunkt wird die Analyse der Umsetzung der **Fachberatung** bilden. Diese zählt zu den Kernkomponenten des NFP-Konzepts und stellt zur Erreichung einer hohen Umsetzungsqualität eine wichtige Ergänzung zu den regelmäßigen Schulungen dar. Neben einer Analyse der Intensität und der Inhalte wird die Perspektive der Familienbegleiterinnen auf die Fachberatung mit einbezogen.
- Um die zumeist quantitativen Daten zur Umsetzung der Hausbesuche um qualitative Befunde zu ergänzen, wurden 2009 13 leitfadenorientierte Interviews mit Familienbegleiterinnen zu ein-

zelenen Begleitungsverläufen durchgeführt. Aus diesen Interviews werden im kommenden Jahr **Fallvignetten** herausgearbeitet, an denen die praktische Arbeit der Familienbegleiterinnen sichtbar wird.

- Schließlich wird ein **Indikatorenmodell der Programmimplementation** herausgearbeitet. Hierbei wird in einem ersten Schritt analysiert, inwieweit sich die einzelnen Aspekte der Programmimplementation, wie Retention der Teilnehmerinnen, Hausbesuchsfrequenz, Programmtreue der inhaltlichen Umsetzung, Engagement und Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und die Beratungsbeziehung, sich zu einem oder zu wenigen Indikatoren für Programmimplementation zusammenfügen lassen. In einem zweiten Schritt werden Faktoren, die einen Einfluss auf die Implementation haben, exploriert.

IV. Biopsychosoziale Evaluation

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zum Vergleich der Ausgangslage in der Treatment- und Kontrollgruppe dargestellt (t0). Basierend darauf wird auf ausgewählte Befunde zur Programmwirksamkeit in der Schwangerschaftsphase (t0-t1-Vergleich) und in der Säuglingsphase (t0-t1-t2) eingegangen. Die Erhebungsinstrumente während der Schwangerschaft (t0 und t1) wurden unverändert eingesetzt, ebenso wie der Fragebogen zu t2 (im Alter von sechs Monaten des Kindes) (s. Jahresbericht 2008 und Anhang). Auf die Inhalte der Fragebögen im 12. (t3) und 24. Lebensmonat (t4) wird unter Punkt 4 und 5 dieses Kapitels eingegangen.

1. Vergleich der Ausgangslage in der Treatment- und Kontrollgruppe (t0-Baseline)

Wenngleich die Zuweisung zu den beiden Untersuchungsgruppen zufällig vorgenommen wurde (randomisiertes Kontrollgruppendesign), ist nicht auszuschließen, dass sich Treatment- und Kontrollgruppe in den Ausgangsbedingungen unterscheiden. Wenn von einem bedeutsamen Einfluss dieser Unterschiede in den Ausgangsbedingungen auszugehen ist, müssen diese statistisch in späteren Analysen kontrolliert werden. Tabelle 8 gibt eine Übersicht über die Mittelwerte und Standardabweichungen hinsichtlich der soziodemografischen Daten, der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie der psychologischen Ressourcen der Teilnehmerinnen insgesamt sowie getrennt nach Gruppen.

Tab. 8: Zusammenfassende Übersicht: Vergleich der Ausgangslage in Treatment- und Kontrollgruppe

	Gesamt			Treatmentgruppe			Kontrollgruppe		
	N	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Soziodemografische Daten (t0)									
Schichtindex	720	4,13	1,74	374	4,05	1,58	346	4,21	1,90
Gesamtrisikobelastung	733	5,98	2,19	380	5,94	2,18	353	6,01	2,21
SSW bei Aufnahme	730	20,01	5,73	378	19,84	5,73	352	20,19	5,74
Alter bei Aufnahme	733	21,34	4,33	380	21,25	4,26	353	21,44	4,40
Mütterliche Gesundheit									
Regelmäßiges Ernährung (FEG)	719	3,49	0,57	371	3,51	0,54	348	3,47	0,60
Bewegung (FEG)	722	1,66	0,33	371	1,64	0,33	351	1,68	0,33
Schlaf (FEG)	723	2,52	0,68	372	2,53	0,68	351	2,51	0,69
Depression (DASS)	727	9,88	8,60	375	9,62	8,53	352	10,15	8,68
Angst (DASS)	723	8,40	7,34	374	7,96	7,15	349	8,87	7,52
Stress (DASS)	727	20,23	9,41	375	20,29	9,25	352	20,15	9,59
Rauchen	330	6,37	4,87	171	6,13	4,90	159	6,62	4,83
Psychologische Ressourcen									
Pränatale Mutter-Kind-Bindung (MAAS)	725	65,55	6,25	373	65,51	5,97	352	65,59	6,54
Elterliche Selbstwirksamkeit (PPES)	717	85,33	9,48	371	85,69	8,86	346	84,95	10,09
Elterliche Kompetenz (Subskala Selbstwirksamkeit des FKE)	725	22,14	3,16	374	21,94	3,12	351	22,35	3,19
Allgem. Selbstwirksamkeitserwartung	733	2,91	0,46	380	2,92	0,46	353	2,91	0,46
Erregbarkeit (FAF)	726	6,50	2,89	374	6,37	2,82	352	6,64	2,93

Wie der Tabelle 8 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die Teilnehmerinnen in Treatment- und Kontrollgruppe weder hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten noch in ihrer Gesundheit oder ihren psychologischen Ressourcen. Auch die einzelnen Risikofaktoren der Teilnehmerinnen, die in die Gesamtrisikobelastung einfließen, zeigen keine signifikanten Gruppenunterschiede.

2. Veränderungen in der Schwangerschaftsphase (t0-t1-Vergleiche)

2.1 Gesundheitsverhalten der Mütter

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Effektivitätsanalyse separat für die Gesundheitsverhaltensweisen Nikotin- und Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen dargestellt.

Nikotin- und Alkoholkonsum

In Tabelle 9 wird der Nikotin- und Alkoholkonsum vergleichend für beide Untersuchungsgruppen und Erhebungszeitpunkte dargestellt. Diese Art der Darstellung ermöglicht es, den Anteil an Teilnehmerin-

nen zu bestimmen, der zu beiden Erhebungszeitpunkten Nikotin und Alkohol konsumiert (zu t0 und t1), der ihn im Verlauf der Schwangerschaft eingestellt „nur zu t0“ bzw. begonnen („nur zu t1“) hat oder in der Schwangerschaft komplett abstinent ist („zu keinem Zeitpunkt“). Der Anteil der Teilnehmerinnen, die Nikotin bzw. Alkohol konsumieren ist in beiden Untersuchungsgruppen vergleichbar groß. Während ein sehr großer Teil der Schwangeren raucht, nimmt nur ein sehr kleiner Teil Alkohol in der Schwangerschaft zu sich.

Tab. 9: Vergleichende Betrachtung des Nikotin- und Alkoholkonsums in den Untersuchungsgruppen

	Nikotinkonsum		Alkoholkonsum	
	TG	KG	TG	KG
N	252	222	253	222
zu t0 und t1	36,9%	35,6%	4,0%	3,6%
nur zu t0	10,4%	9,9%	4,7%	5,4%
nur zu t1	2,3%	3,2%	2,8%	4,5%
zu keinem Zeitpunkt	51,8%	50%	88,5%	86,5%
χ^2	0,521		1,195	
P	0,914		0,754	

Längsschnittliche Betrachtung des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft: Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung mit der unabhängigen Variable „Gruppenzugehörigkeit“ und abhängigen Variable „Anzahl gerauchter Zigaretten“ sprechen dafür, dass die Raucherinnen in beiden Untersuchungsgruppen ihren Nikotinkonsum über die Zeit signifikant reduzieren (Haupteffekt „Zeit“: $F_{(1;231)} = 14,564$, $p < 0,001$), allerdings ergibt sich kein Unterschied zwischen Raucherinnen in der Treatmentgruppe und Raucherinnen in der Kontrollgruppe (vgl. Abbildung 24).

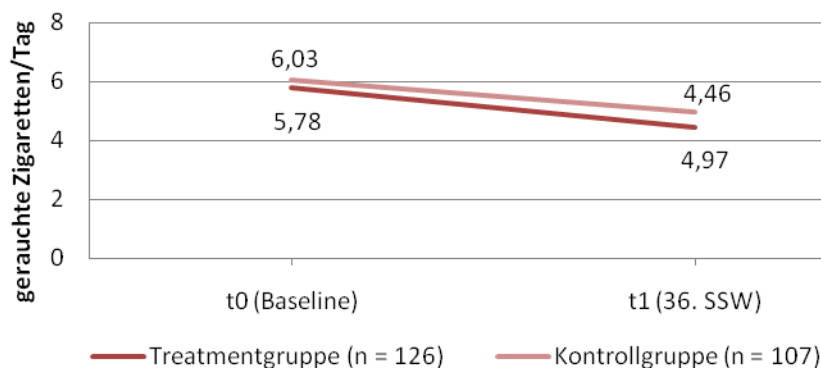


Abb. 24: Vergleichende Betrachtung der Reduktion des Nikotinkonsums bei Raucherinnen der Treatment- und Kontrollgruppe

Ernährungsverhalten

Die Teilnehmerinnen beider Untersuchungsgruppen ernähren sich im Verlauf der Schwangerschaft regelmäßiger (Haupteffekt „Zeit“ $F_{(1;473)} = 9,229$, $p < 0,01$; t_0 : $M_{TG} = 3,519$, $M_{KG} = 3,476$; t_1 : $M_{TG} = 3,568$, $M_{KG} = 3,573$), wobei es keinen Unterschied zwischen der Treatment- und Kontrollgruppe gibt. Ebenso unterscheiden sich die Teilnehmerinnen der Treatment- und Kontrollgruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t1-Interview) nicht in Bezug auf eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise (Verzehr von Obst bzw. Gemüse ($Z = -0,971$, $p = 0,332$; $Median_{TG} = 4$, $Median_{KG} = 3$), Vollkornprodukten ($Z = -1,417$, $p = 0,156$; $Median_{TG} = 3$, $Median_{KG} = 3$), Fisch bzw. Fleisch ($Z = -0,991$, $p = 0,322$; $Median_{TG} = 3$, $Median_{KG} = 3$); Konsum von Süßigkeiten ($Z = -0,480$, $p = 0,631$; $Median_{TG} = 3$, $Median_{KG} = 3$) oder koffeinhaltigen Getränken ($Z = -0,169$, $p = 0,866$; $Median_{TG} = 2$, $Median_{KG} = 2$)).

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

Die Teilnehmerinnen in der Treatmentgruppe haben bis zum Zeitpunkt des t1-Interviews durchschnittlich 9,37 Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen; die Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe 9,29 ($T_{(df=456)} = -0,290$; $p = 0,772$). 89,8% der Teilnehmerinnen in der Treatmentgruppe und 87,1% in der Kontrollgruppe haben die entsprechende Mindestanzahl an Vorsorgeuntersuchungen erhalten ($\chi^2 = 0,819$; $p = 0,365$).

In Bezug auf die Inanspruchnahme der drei gesetzlich festgeschriebenen pränatalen Ultraschalluntersuchungen (Screenings) ist im Verlauf der Schwangerschaft eine höhere Teilnahmerate zu verzeichnen, wobei es keinen Unterschied in den Teilnahmeraten zwischen den Gruppen gibt (vgl. Abbildung 25).

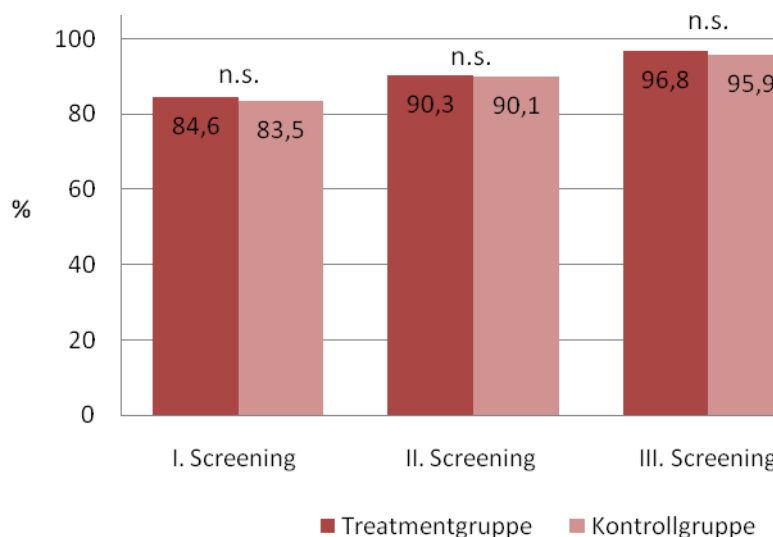


Abb. 25: Vergleichende Betrachtung der Inanspruchnahme der Screenings im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge

Eine Stratifizierung der Teilnehmerinnen nach ihrer Risikobelastung zeigt, dass es keine risikogruppen-spezifische Wirkung der Intervention in Bezug auf die betrachteten Bereiche des Gesundheitsverhaltens gibt.

2.2 Psychologische Ressourcen der Mutter

Mütterliche pränatale Bindung zum Kind

Die selbsteingeschätzte pränatale Bindung der Mütter bleibt bis zum Ende der Schwangerschaft in beiden Untersuchungsgruppen überdurchschnittlich hoch und nimmt sogar noch numerisch leicht zu, wie Abbildung 26 illustriert. Bei Stichproben dieser Größenordnung werden auch die relativ leichten Unterschiede in den abhängigen Variablen über die Zeit statistisch signifikant. Ein Gruppenunterschied ist nicht erkennbar.

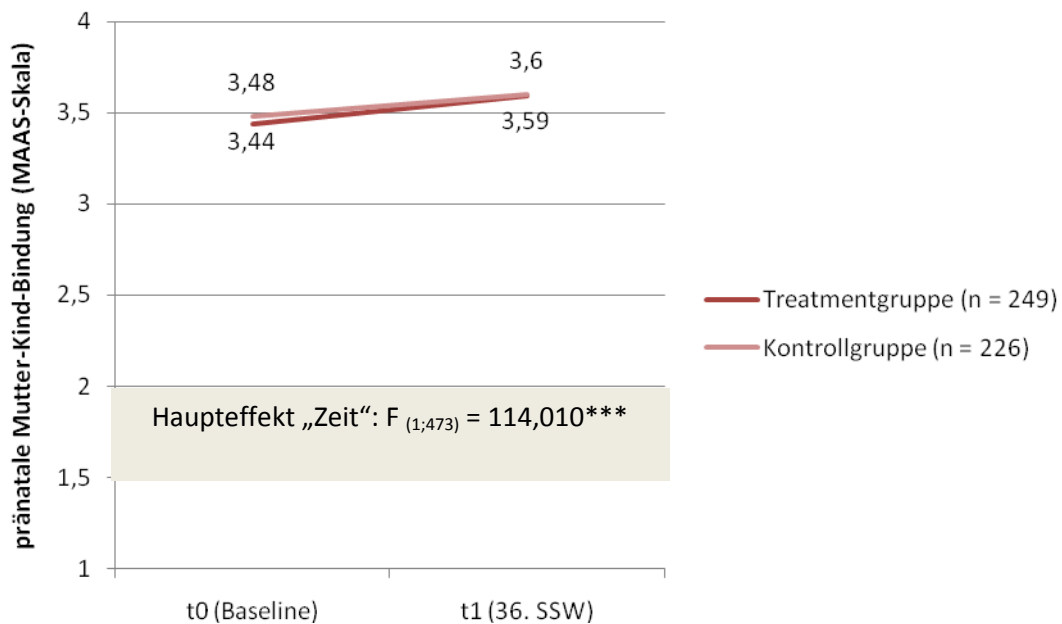


Abb. 26: Vergleich der Einschätzungen der pränatalen Mutter-Kind-Bindung (MAAS-Gesamtwert) in Treatment- und Kontrollgruppe im Verlauf der Schwangerschaft

Psychische Belastung

Die Depressions-, Angst- und Stressbelastung der Frauen nimmt vom Einstieg in das Projekt bis zum Schwangerschaftsende signifikant ab. Dies gilt in tendenziell stärkerem Maße für die Treatmentgruppe. Die Abbildungen 27-29 veranschaulichen die Ergebnisse differenziert für die einzelnen Dimensionen.

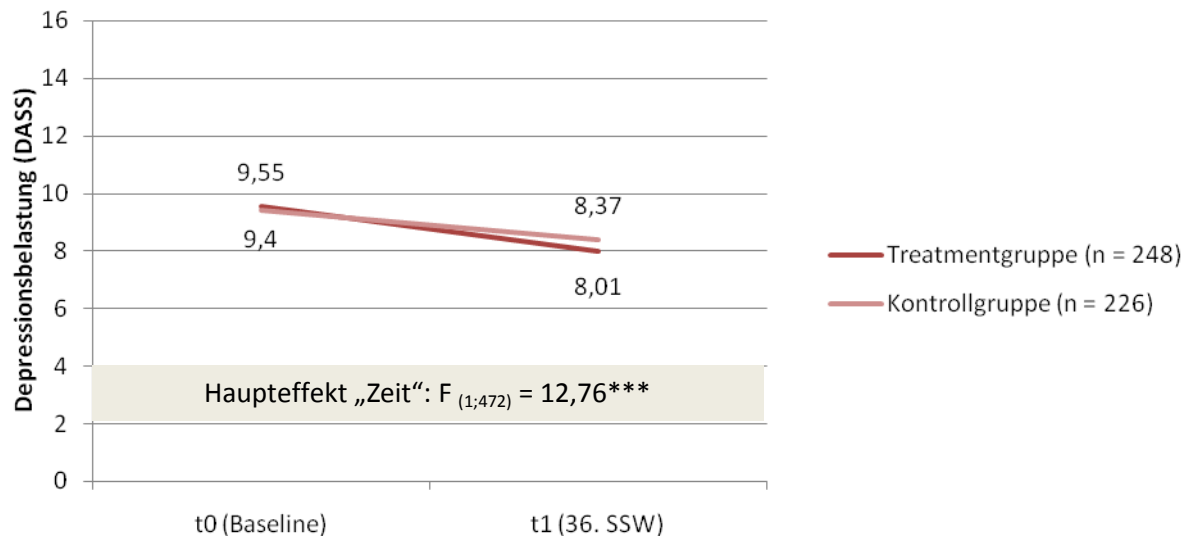


Abb. 27: Vergleich der Depressionsbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).

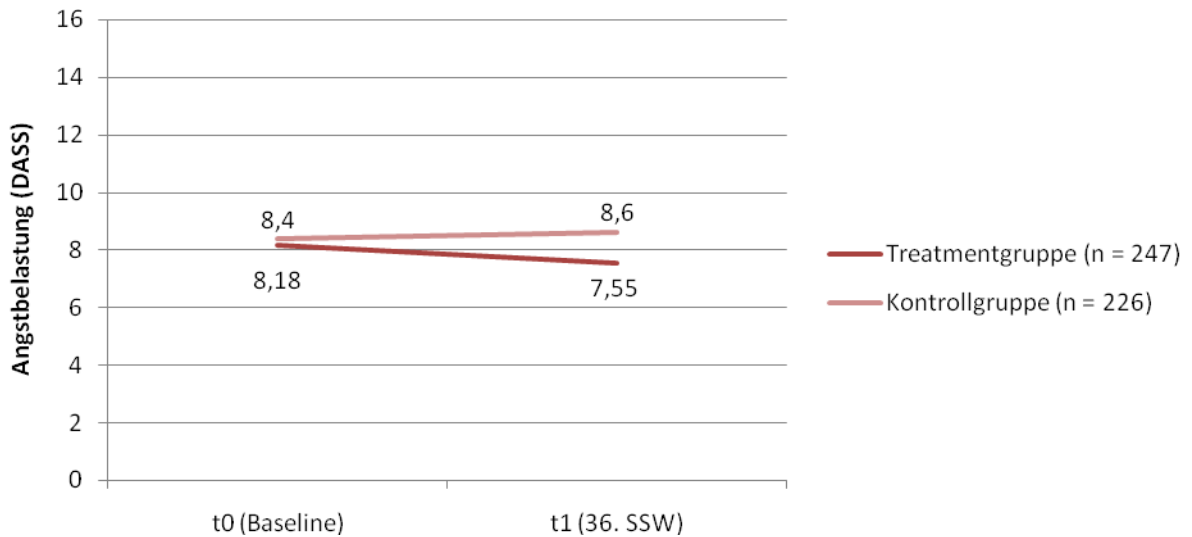


Abb. 28: Vergleich der Angstbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).

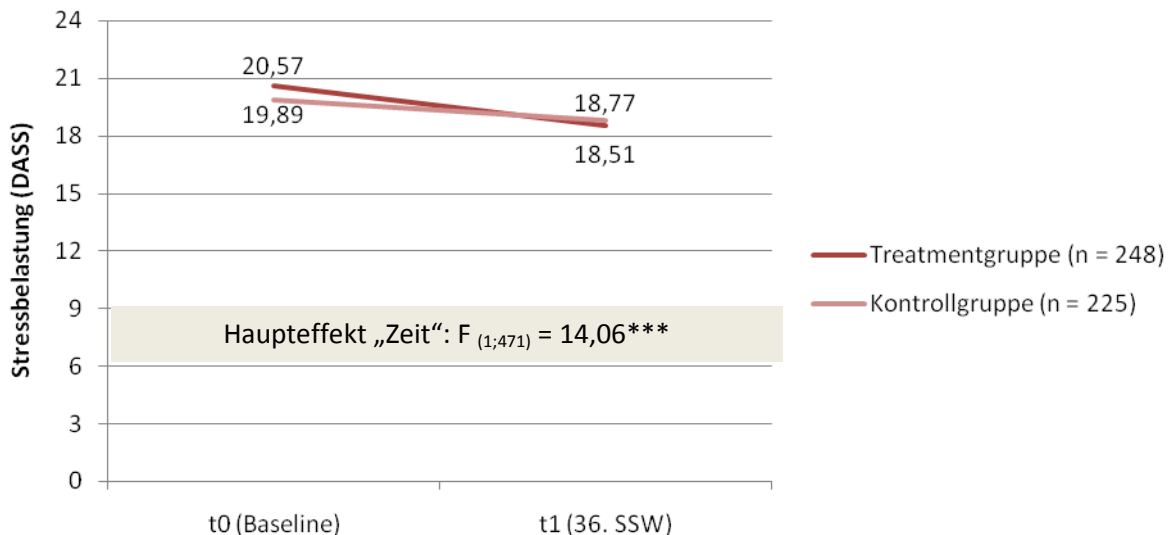


Abb. 29: Vergleich der Stressbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe in der Schwangerschaftsphase (t0-t1, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).

Während sich in der Treatmentgruppe durchgehend ein Rückgang der selbstberichteten Depressions-, Angst- und Stressbelastung zeigt, steigt die Angstbelastung in der Kontrollgruppe im Verlauf der Schwangerschaft leicht an (vgl. Abbildung 28). Diese gegenläufige Entwicklung in den beiden Untersuchungsgruppen führt einerseits dazu, dass sich für die Angstbelastung kein signifikanter Zeiteffekt ergibt. Da die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht groß genug sind bzw. die Werte enorm um den Mittelwert streuen, wird der Interaktionseffekt „Zeit x Gruppe“ an dieser Stelle ebenfalls nicht signifikant.

2.3 Partnerschaft und soziale Unterstützung

Fast drei Viertel der Frauen geben an, bei ihrem Einstieg ins Projekt bis zum Ende der Schwangerschaft einen Partner zu haben (72,7%, $n = 473$), überwiegend bleibt dies auch derselbe Partner (96,5%). 14,6% der Teilnehmerinnen geben zu beiden Zeitpunkten an, Single zu sein. 4,9% der Frauen trennen sich während der Schwangerschaft von ihrem Partner, 7,8% gehen in dieser Zeit eine neue Partnerschaft ein. Die allgemeine Zufriedenheit mit der Partnerschaft wird im t1-Interview (36. SSW) von Frauen beider Untersuchungsgruppen als hoch angegeben ($M = 3,36$, $SD = 0,57$, $n = 380$; Skalierung: 1-4, 4 = sehr zufrieden).

Die wahrgenommene soziale Unterstützung der Teilnehmerinnen steigt im Verlauf der Schwangerschaft signifikant für die Teilnehmerinnen in beiden Gruppen an (Haupteffekt „Zeit“ Gesamtskala: $F_{(1,473)} = 32,21$; $p < 0,001$). Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede, Einflüsse der Alters oder der Risikobelastung.

3. Veränderungen in der Säuglingsphase (t2 und t0-t1-t2-Vergleiche)

3.1 Geburtsoutcomes der Kinder

Ein Projektziel von „Pro Kind“ ist die Verbesserung der kindlichen Gesundheit und Entwicklung. Über die U-Untersuchungshefte werden die geburtsbezogenen Daten der Kinder und ihre Gesundheitsentwicklung über die Zeit erfasst (z.B. Reifestatus über die Variablen Gestationsdauer, Geburtsgewicht und Körperlänge bei der Geburt sowie Kopfumfang zur U2-Untersuchung am 3.-10. Lebenstag⁴).

Tabelle 10 gibt zunächst eine Übersicht über diese Geburtsoutcomes in der Gesamtgruppe sowie getrennt nach Gruppenzugehörigkeit.

Tab. 10: Vergleichende Übersicht über die Geburtsoutcomes der Kinder

	Gesamt			Treatmentgruppe			Kontrollgruppe			Statistische Kennwerte	
	N	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T-Wert	P
Gestationsdauer (in Wochen)	289	39,03	1,91	153	39,11	1,90	136	38,94	1,93	t ₍₂₈₇₎ = -,720	0,47
Geburtsgewicht bei Geburt (in g)	296	3.301,61	542,21	155	3.318,48	545,00	141	3.283,07	540,46	t ₍₂₉₄₎ = -,561	0,58
Körperlänge bei Geburt (in cm)	295	50,62	3,60	154	50,78	3,61	141	50,45	3,58	t ₍₂₉₃₎ = -,792	0,43
Kopfumfang (in cm)	288	34,72	2,70	153	34,66	2,29	135	34,80	3,10	t ₍₂₈₆₎ = ,429	0,67

Wie der Tabelle 10 zu entnehmen ist, ergeben sich keinerlei signifikante Gruppenunterschiede in den betrachteten Geburtsoutcomes.

Im Folgenden werden die Geburtsoutcomes und deren Entwicklung im ersten Lebensjahr nochmals differenziert betrachtet.

Geburtstatus

Frühgeburtlichkeit ist definiert über ein Geburtsgewicht unter 2500g bzw. eine Gestationsdauer unter 32 Wochen. Abbildung 30 illustriert, dass die prozentuale Verteilung der Reif- und Frühgeburten in den beiden Untersuchungsgruppen identisch ist.

⁴ Der Kopfumfang wird nicht standardmäßig bei der Geburt (U1) erfasst, so dass für die vorliegenden Zwecke die Angabe zum Zeitpunkt der U2-Untersuchung ausgewertet wurde.

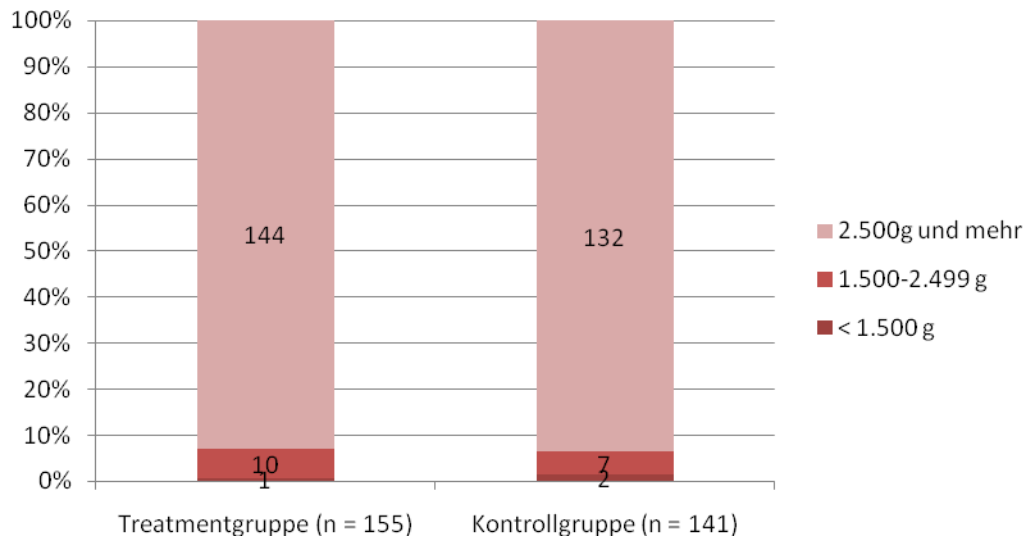


Abb. 30: Verteilung der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht auf die Untersuchungsgruppen

Dies bestätigt auch der statistische Chi-Quadrat Test ($\chi^2_{(2)} = 0,724$; $p = 0,70$). Insgesamt kamen bisher 20 Kinder (5,7%) mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 g zur Welt, davon elf in der Treatmentgruppe und neun in der Kontrollgruppe. 94,3% der Kinder haben ein Geburtsgewicht von 2.500 g und mehr. Nimmt man das Kriterium der Gestationsdauer, so sind bisher lediglich vier Kinder (1,4%) vor der 33. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen, drei in der Kontroll- und eines in der Treatmentgruppe (n.s.).

Wachstumsprozesse (Körperlänge, Körpergewicht, Kopfumfang)

Die auffälligsten Veränderungen nach der Geburt stellen die Zunahme an Körperlänge und -gewicht dar. Für ein Neugeborenes wird eine Normgröße von ca. 50 cm Länge und ein Gewicht von 3.000 bis 3.500 g angegeben. Im vierten bis fünften Lebensmonat liegt die Normgröße bei ca. 60 cm und das Normgewicht bei 6.000 bis 7.000 g. Erblich bedingt gibt es kleine und große Kinder. Um festzustellen, ob ein Kind normal wächst, wird die Körpergröße des Kindes mit den Durchschnittswerten verglichen. Bei Kinderarzt werden die Körpermaße dazu in Perzentilkurven mit den Normgrenzen 3. und 97. Perzentil eingetragen. Unabhängig von diesen erblich bedingten Schwankungen hat sich bis zum Beginn des zweiten Lebensjahres die Körperlänge nahezu verdoppelt, das Geburtsgewicht verdreifacht sich sogar schon innerhalb der ersten 12 Monate.

Die Abbildungen 31 und 32 zeigen die varianzanalytischen Befunde mit Messwiederholung für die Entwicklung der Körperlänge in cm und des Körpergewichts in kg bei den Kindern der Untersuchungsgruppen, wie sie sich zu den U-Untersuchungsterminen U1 bis U4 darstellen.

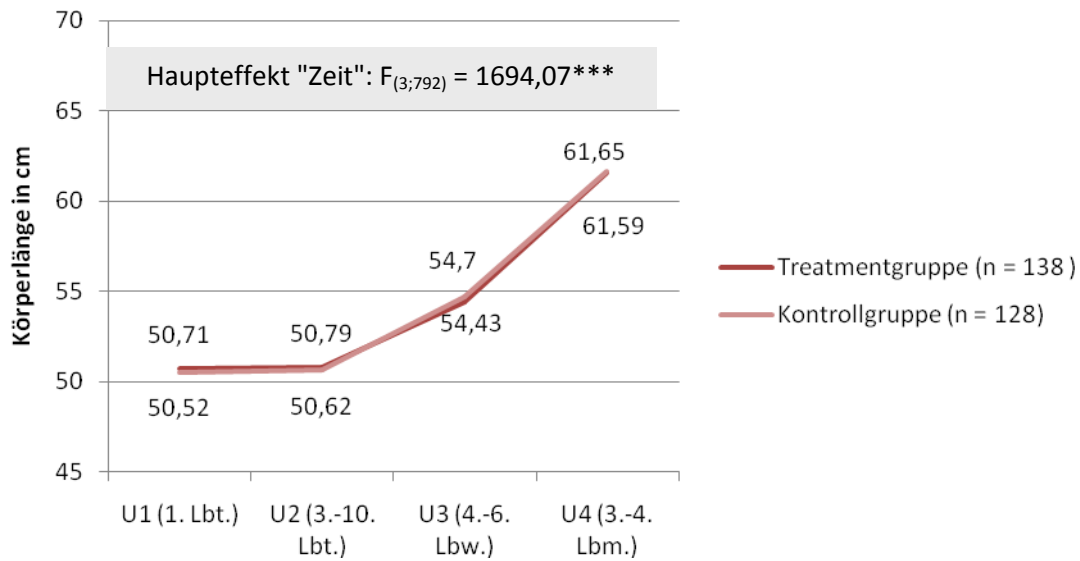


Abb. 31: Vergleichende Betrachtung des Längenwachstums in cm bei Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe

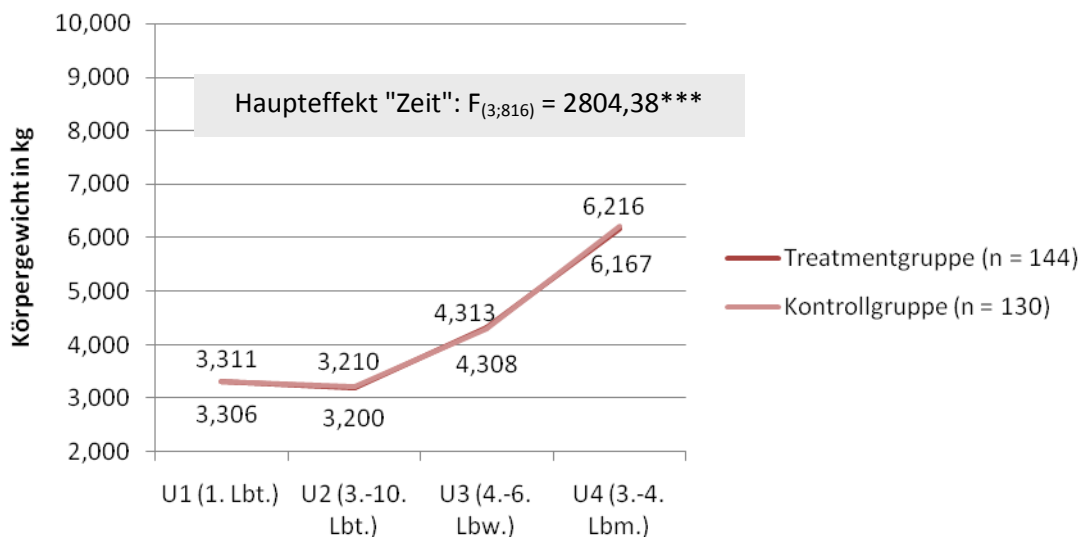


Abb. 32: Vergleichende Betrachtung der Gewichtszunahme in kg bei Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe

Wie zu erwarten, ergeben sich hoch signifikante Haupteffekte der Zeit für beide Wachstumsmaße. Sowohl das Längenwachstum als auch die Gewichtszunahme liegen im Mittel auf der 50. Perzentile. Es ergeben sich keinerlei Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen.

Sehr wichtig für die Beurteilung der kindlichen Entwicklung ist der Kopfumfang, der ein Zeichen für die Entwicklung und die Größenzunahme des Gehirns darstellt. Das hat wiederum Einfluss auf das Verhalten, die Bewegungen und die Reaktionen des Kindes auf seine Umwelt. Die Kopfumfänge werden ebenfalls beim Kinderarzt ermittelt und sind in der vorliegenden Evaluation den U-Untersuchungsheften entnommen. Als Normgröße wird ein Kopfumfang bei der Geburt von 34 cm (bei Mädchen) und von

34,5 cm (bei Jungen) in den Wachstumskurven der WHO angegeben. Bis zum Zeitpunkt der U3 beträgt der normale Kopfumfang demnach zwischen 36,5 cm bei Mädchen und 37,5 cm bei Jungen, zum Zeitpunkt der U4 liegt er zwischen 39,5 cm und 40,5 cm.

Die Ergebnisse der varianzanalytischen Auswertung mit Messwiederholung für das Kopfumfangwachstum bei Kindern in der Treatment- und Kontrollgruppe bis zum 4. Lebensmonat zeigt Abbildung 33. Im Unterschied zu den anderen Wachstumsmaßen beziehen sich die hier dargestellten Daten auf die Zeitpunkte U2 (3.-10. Lebenstag) bis U4 (3.-4. Lebensmonat).

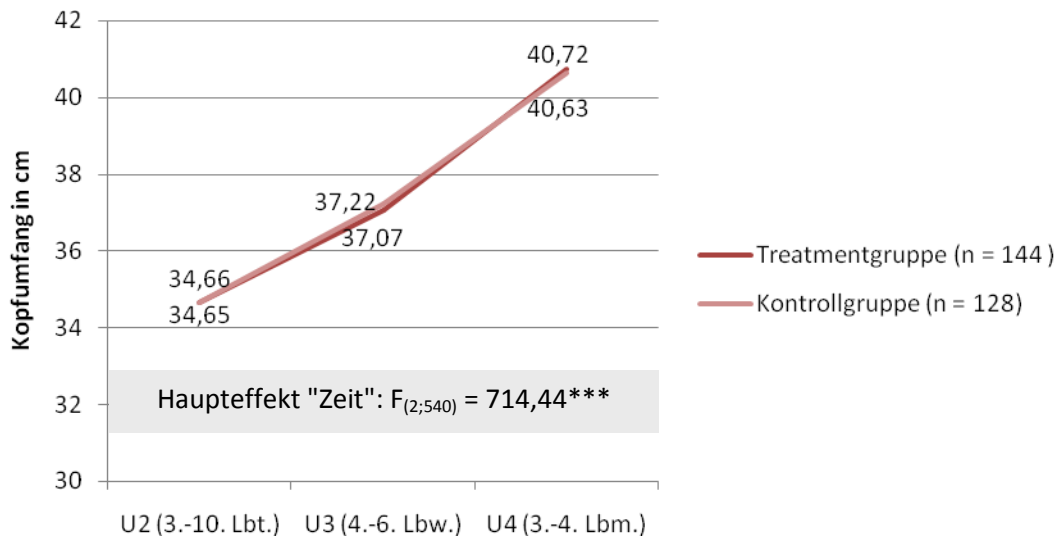


Abb. 33: Vergleichende Betrachtung der Kopfwachstumsgeschwindigkeit bei Kindern der Treatment- und Kontrollgruppe

Wie zu erwarten, ist in beiden Untersuchungsgruppen mit steigendem Lebensalter der Kinder ein stetiges Kopfumfangwachstum zu verzeichnen (Haupteffekt „Zeit“). Wiederum liegen die mittleren Kopfumfänge zu den unterschiedlichen Zeitpunkten in etwa auf der 50. Perzentile in den Wachstumskurven der WHO.

Zusammenfassend zeigen sich bisher normale Geburtsoutcomes und kindliche Wachstumsprozesse der im Modellprojekt geborenen Kinder, ohne dass sich Unterschiede zwischen der Treatment- und Kontrollgruppe nachweisen lassen. Auch in anderen, internationalen Studien zu Hausbesuchsprogrammen lässt sich eine Verbesserung der kindlichen Gesundheit zu einem so frühen Zeitpunkt nur schwer nachweisen (z.B. Gombay, 2005)⁵.

3.2 Stillverhalten der Mütter

Zum Ende der Schwangerschaft in der 36. Woche werden die Frauen gefragt, ob sie beabsichtigen, ihr Kind zu stillen. Bisher konnten Daten von insgesamt 476 Teilnehmerinnen zu dieser Frage ausgewertet werden, von denen n = 400 Frauen (84,2%) ihr Kind stillen wollten, n = 50 (10,5%) dies nicht wollten

⁵ Eine Ausnahme stellte z.B. die NFP-Elmira-Studie dar, in der sich aufgrund der signifikanten Reduktion von Raucherinnen während der Schwangerschaft z.B. auch die Rate der Frühgeburten reduzieren ließ (Olds et al., 1999).

und $n = 25$ Frauen (5,3%) sich darüber noch unklar waren. Die vergleichende Betrachtung des Antwortverhaltens in den Untersuchungsgruppen zeigt, dass sich keine Unterschiede in der prozentualen Verteilung der Stillabsicht zwischen den Gruppen ergeben ($\chi^2_{(2)} = 0,405$, $p = 0,82$).

Zum Erhebungszeitpunkt im Alter von sechs Monaten des Kindes (t_2) werden die Teilnehmerinnen nach ihrem tatsächlichen Stillverhalten befragt. Mehr als die Hälfte der $n = 309$ Frauen, die dazu eine Aussage gemacht haben, haben gestillt, tun dieses aber jetzt nicht mehr (56%). Immerhin ein Viertel der Frauen hat nie gestillt (24,3%). 19,7% der Frauen stillen noch voll oder füttern dem Kind zur Muttermilch andere Nahrung zu. Es ergeben sich bezüglich dieser Häufigkeitsverteilungen keinerlei signifikante Unterschiede zwischen Treatment- und Kontrollgruppe ($\chi^2_{(3)} = 1,87$, $p = 0,60$). Auch die Dauer des Stillens unterscheidet sich für die Frauen der beiden Gruppen, die jemals gestillt haben, nicht ($M_{KG} = 60,4$ Tage, $SD = 54,3$, $n = 79$; vs. $M_{TG} = 65,1$ Tage, $SD = 53,8$, $n = 95$; $T = -0,58$; $p = 0,57$).

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Stillabsicht und dem tatsächlichen Stillverhalten in beiden Untersuchungsgruppen: Frauen, die noch während der Schwangerschaft angaben, ihr Kind stillen zu wollen, taten dieses auch nach der Geburt ($r = 0,66$; $p < 0,01$; $n = 229$). Die selbsteingeschätzte elterliche Kompetenz hinsichtlich des Stillens und das Stillverhalten hängen nicht zusammen. Allerdings ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der pränatalen Bindung zum Kind und dem späteren Stillverhalten der Frauen in der Treatmentgruppe: Je stärker die selbstberichtete Bindung zum ungeborenen Kind beim Einstieg in das Projekt ausfällt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Mütter ihr Kind bis zum Alter von sechs Monaten stillen ($r = 0,20$; $p < 0,01$; $n = 229$). Bei den Frauen der Kontrollgruppe findet sich dieser Zusammenhang nicht.

3.3 Mütterliche Einschätzungen des kindlichen Temperaments

Hinsichtlich der Einschätzung des kindlichen Temperaments unterschieden sich die Mütter in Kontroll- und Treatmentgruppe nicht voneinander: Die Kinder werden insgesamt als „etwas schwierig“ (dies entspricht einem Rating von 2 auf der Skala von 1-4) beschrieben, ohne dass sich ein signifikanter Gruppenunterschied ergibt ($M_{TG} = 1,85$, $SD = 0,53$ vs. $M_{KG} = 1,88$, $SD = 0,51$; $n = 307$).

3.4 Psychologische Ressourcen und Belastungen der Mutter

Mütterliche postnatale Bindung zum Kind

Die Skala zur Erfassung der mütterlichen postnatalen Bindung zum Kind (MPAS; Condon & Corkindale, 1998) basiert auf anderen Items als die während der Schwangerschaft eingesetzte Skala, so dass für den Erhebungszeitpunkt nach der Geburt bisher nur querschnittliche Analysen der Bindungseinschätzungen im kindlichen Alter von sechs Monaten möglich sind. Es zeigen sich keine signifikanten Grup-

penunterschiede in der Gesamtskala sowie in den Subskalen „Bindungsqualität“ und „Freude an der Interaktion“. In der Subskala „Abwesenheit von Feindseligkeit“ fallen die Angaben der Mütter in der Treatmentgruppe numerisch etwas günstiger aus als in der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied wird im Mittelwertsvergleich über T-Tests marginal signifikant (s. Abbildung 34). Insgesamt ist auffällig, dass alle Frauen ihre Bindung zum Kind im Mittel wiederum überdurchschnittlich hoch einschätzen.

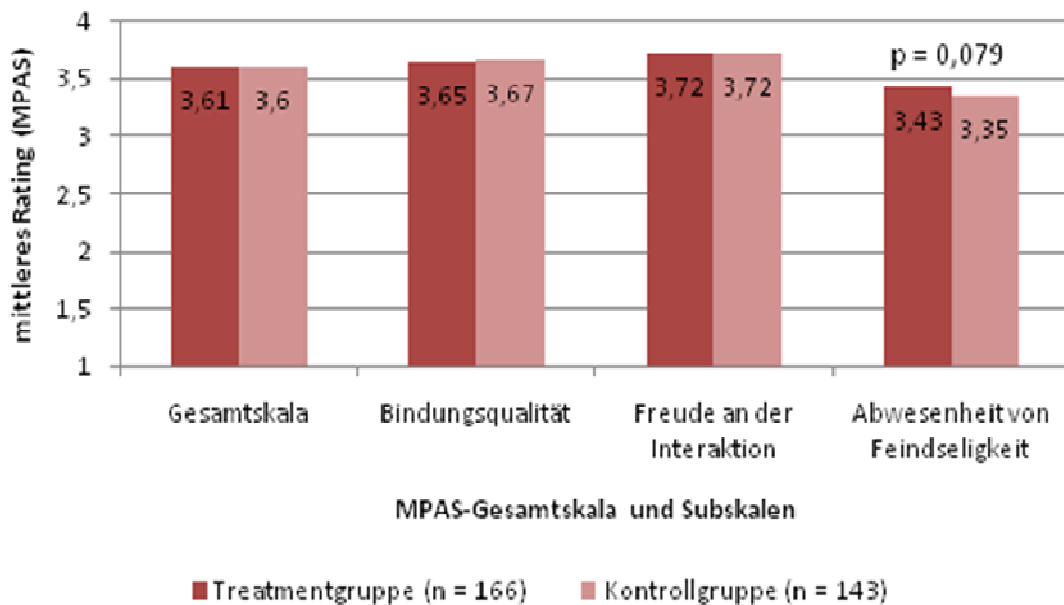


Abb. 34: Vergleichende Betrachtung der mittleren Einschätzung der postnatalen Mutter-Kind-Bindung (Gesamt- und Subskalen der MPAS) in Treatment- und Kontrollgruppe

Wissen über Kindererziehung und -pflege

Das Wissen über die Erziehung und Pflege von Kindern nimmt im Verlauf der Schwangerschaft bis sechs Monate nach der Geburt stetig zu, allerdings ergeben sich auch hier keinerlei signifikante Gruppenunterschiede, wie Abbildung 35 illustriert.

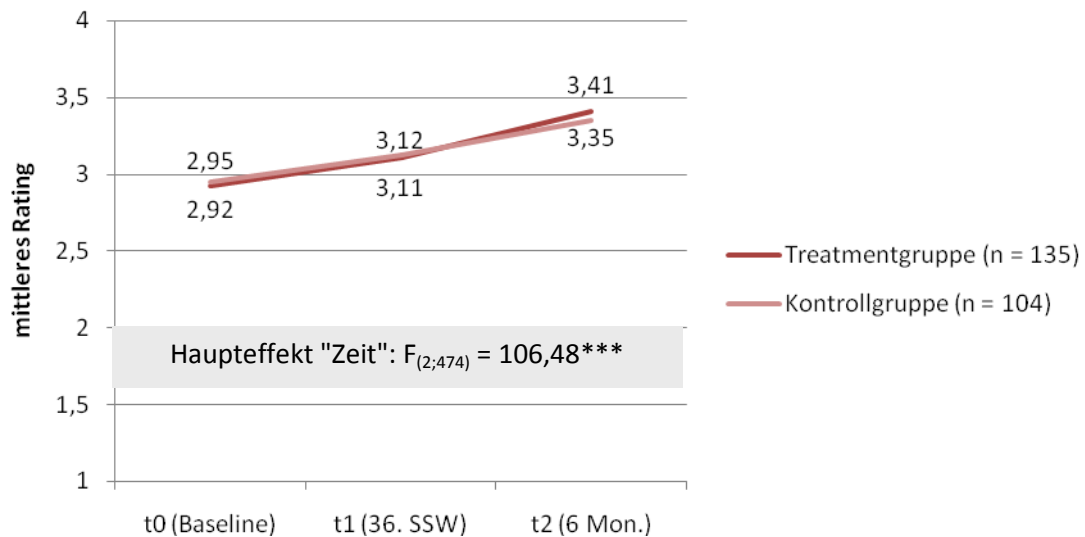


Abb. 35: Entwicklung des selbsteingeschätzten Wissens über Kindererziehung und -pflege in Treatment- und Kontrollgruppe

Psychische Belastung

Die Frauen beider Untersuchungsgruppen fühlen sich nach der Geburt ihres Kindes psychisch nicht mehr so stark belastet wie bei ihrer Aufnahme in das Modellprojekt und wie zum Ende der Schwangerschaft. Dies gilt sowohl für den DASS-Gesamtwert (Haupteffekt „Zeit“: $F_{(2,474)} = 55,99$, $p < 0,001$) als auch für die einzelnen Subskalen Depression, Angst und Stress, wie die Abbildungen 28-30 illustrieren.

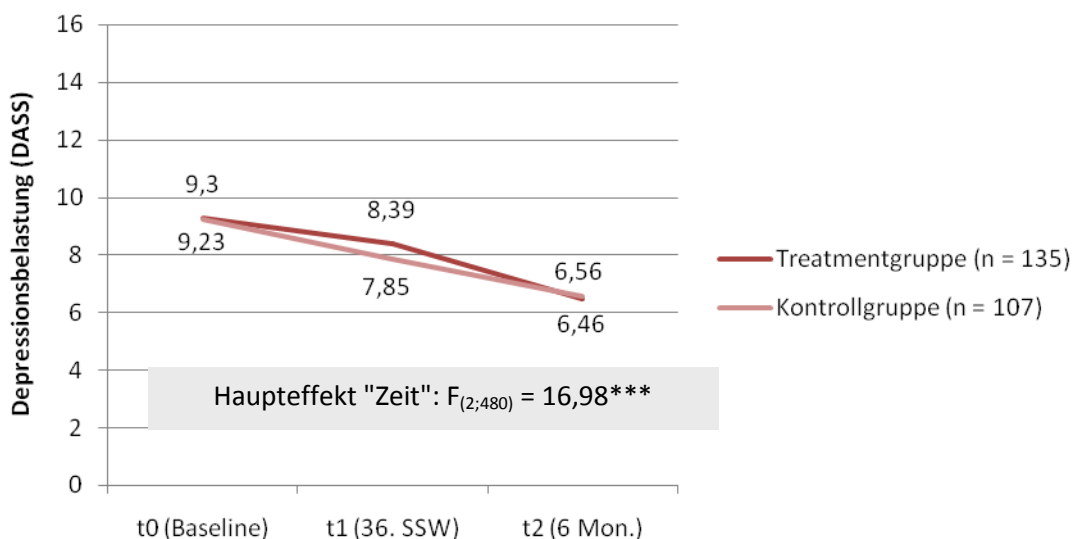


Abb. 36: Vergleich der Depressionsbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe bis zur Säuglingsphase (t0-t1-t2, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).

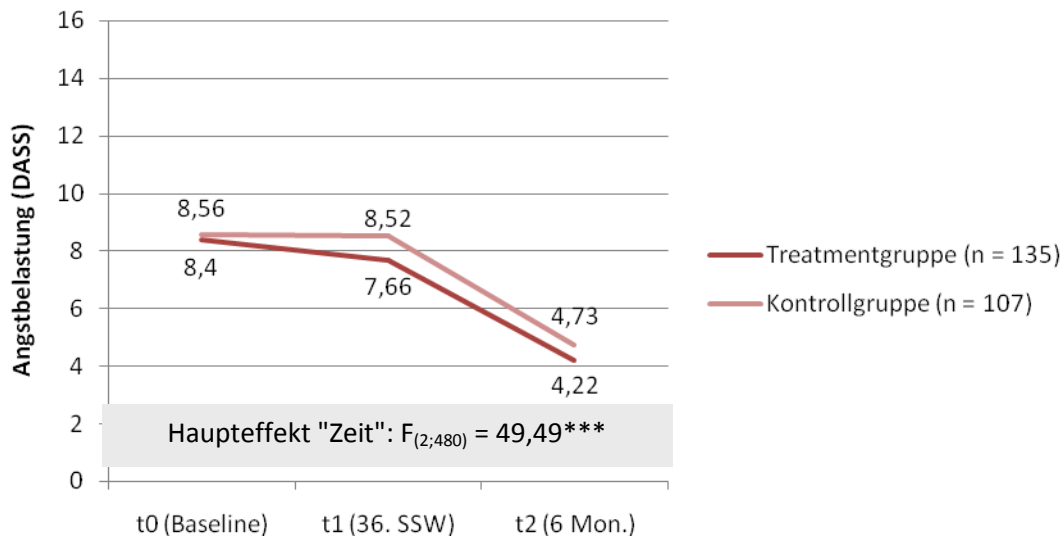


Abb. 37: Vergleich der Angstbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe bis zur Säuglingsphase (t0-t1-t2, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).

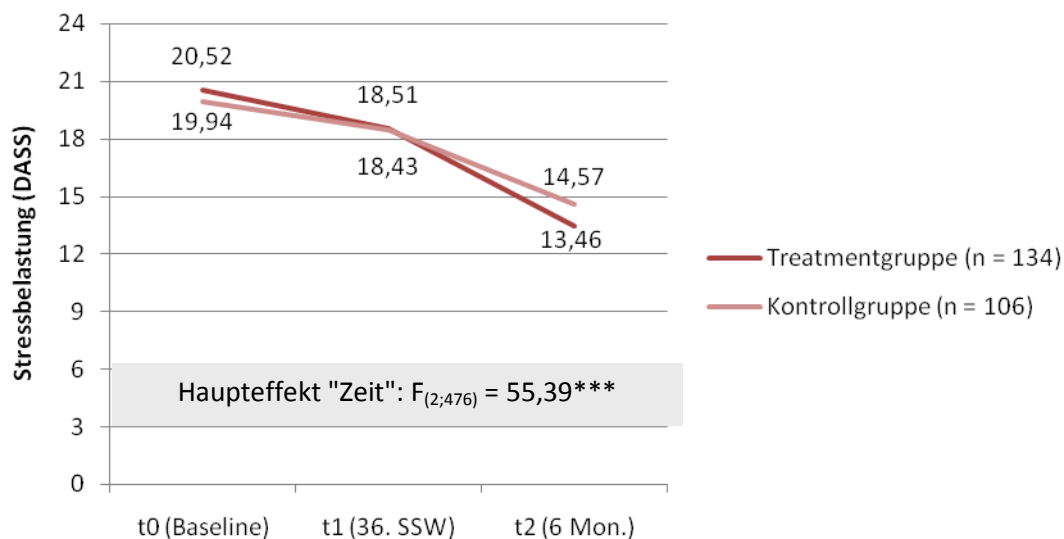


Abb. 38: Vergleich der Stressbelastung in Treatment- und Kontrollgruppe bis zur Säuglingsphase (t0-t1-t2, DASS-Skala, *** = $p < 0,001$).

Das Befundmuster ändert sich nicht, wenn das Alter der Teilnehmerinnen als Kovariate in die Analysen eingegeben wird. Auf Subgruppenanalysen nach Risikobelastung wird an dieser Stelle verzichtet, weil die DASS-Werte zum Zeitpunkt t0 in den Risikoindex eingehen.

4. Veränderungen in der Kleinkindphase (t3 sowie t0-t1-t2-t3-Vergleiche)

4.1 Inhalte des t3-Fragebogens

Im t3-Fragebogen finden sich wiederum viele Skalen des t2-Fragebogens wieder, die auch bereits bei den vorhergehenden Befragungen eingesetzt wurden (z.B. Skalen zur Erfassung der elterlichen Selbstwirksamkeit (PPES) und Kompetenz (PSOC); s. Anhang). Auf einige Skalen wurde zu diesem Unter-

suchungszeitpunkt verzichtet, da in einer so kurzen Zeitspanne keine hinreichend großen Interventionseffekte erwartet wurden und eine Überprüfung der Effekte nach einem längeren Zeitraum ausreichend erschien (z.B. Kriminalitätsentwicklung).

Um den Anregungsgehalt der Umwelt in Form von Spiel- und Entwicklungsangeboten für die Kinder zu erfassen, werden die Frauen gefragt, wie häufig sie bestimmte Spielangebote für ihr Kind bereit halten und wie lange sie sich täglich mit dem Kind beschäftigen. Diese detaillierte Erfassung soll dabei helfen, mögliche Interventionseffekte auf die kindliche Entwicklung besser erklären zu können, und wurde in alle nachgeburtlichen Fragebögen integriert. Zur Abbildung des mütterlichen Erziehungsverhaltens wurden 13 Items einer übersetzten und angepassten Kurzform der Parenting Scale von Arnold, O`Leary et al. (1993); dt. Kurzform von Miller (2001) eingesetzt.

Zum Ende ihres ersten Lebensjahres beginnen Kinder vermehrt mit der Sprachproduktion. Zuvor verstehen sie aber bereits deutlich mehr als sie sprechen. Da die sprachliche Entwicklung eine große Rolle für die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung spielt, wird zusätzlich zu den Bayley Scales of Infant Development (BSID)-II (dt. Fassung von Reuner, Rosenkranz, Pietz, & Horn, 2007) der Elternfragebogen zur Erfassung des sprachlichen Entwicklungsstandes (ELFRA 1, Grimm & Doil, 2006) zum Zeitpunkt t3 eingesetzt. Dabei wird die Mutter anhand einer Liste von Wörtern, die dem Grundwortschatz von Kindern im Alter von 12 Monaten entsprechen, gebeten einzuschätzen, welche dieser Wörter ihr Kind bereits versteht und welche es schon spricht. Da es auch Kinder gibt, die in diesem Alter Sprache noch nicht produktiv verwenden, aber Gesten als Vorläufer der späteren Sprachproduktion einsetzen, werden darüber hinaus das gestische Verhalten und die Feinmotorik als genereller Indikator des Entwicklungsstandes mit dem ELFRA-1 erfasst.

4.2 Entwicklung der Elternkompetenz

Die selbstberichtete Elternkompetenz bzw. Selbstwirksamkeit nimmt mit fortschreitender Schwangerschaft und nachgeburtlich mit zunehmenden Alter der Kinder zu (erfasst mit dem PES, Reece, 1998; s. Abb. 39). Die Zufriedenheit mit der Elternrolle (dt. Version des PSOC, Johnston & Mash, 1989) bleibt über die Zeit vom sechsten bis zum zwölften Lebensmonat recht stabil. Es zeigen sich keinerlei signifikante Gruppenunterschiede.

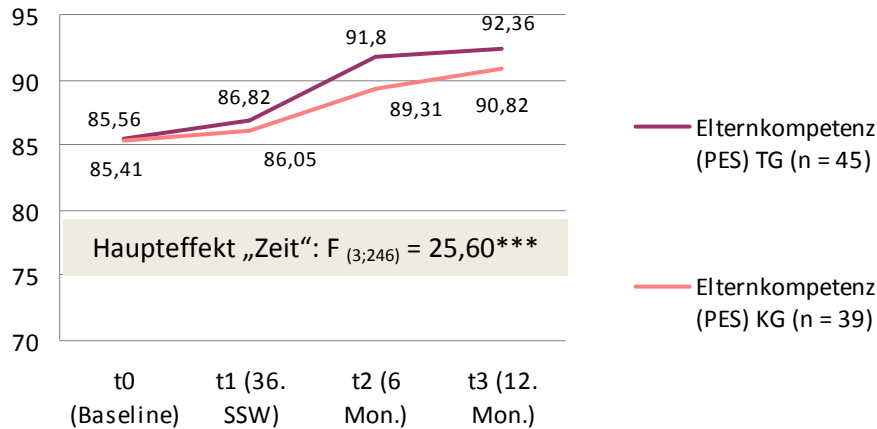


Abb. 39: Entwicklung der elterlichen Selbstwirksamkeit (PES-Skala; Summenwert: max. 100) im Verlauf der Schwangerschaft und nach der Geburt

Subgruppenanalysen zeigen, dass die Risikobelastung der Teilnehmerinnen keinen Einfluss auf die Entwicklung ihrer selbsteingeschätzten Elternkompetenz hat, ein Effekt deutet sich aber für das Alter an: Unabhängig von ihrer Gruppenzugehörigkeit entwickelt sich die Kompetenz unterschiedlich in den verschiedenen Altersgruppen der Minderjährigen, Jungerwachsenen und Erwachsenen (Interaktion „Zeit x Alter“: $F_{(10,579;222)} = 1,781$; $p = 0,062$)⁶, wobei die Gesamtgruppengröße für diesen statistischen Test mit vier Messwiederholungszeitpunkten noch gering ist ($n = 84$). Demnach nimmt vor allem bei den jüngeren Teilnehmerinnen die selbst eingeschätzte Elternkompetenz bzw. Selbstwirksamkeit als Eltern im Verlauf bis zur Säuglingsphase zu.

4.3 Kindliche Entwicklung

Psychomotorische und kognitive Entwicklung

Die psychomotorische und kognitive Entwicklung der Kinder wird mit den Bayley Scales of Infant Development-II (Reuner et al., 2007) erfasst. Geschulte Testleiterinnen besuchen die Frauen und Kinder der Treatment- und Kontrollgruppe zumeist zu Hause⁷ und führen die Entwicklungstestungen mit den Kindern der jeweiligen Altersstufe durch. Die Skalenwerte für die psychomotorische Entwicklung (PDI) und die kognitive Entwicklung (MDI) sind auf einen Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 15 normiert. Somit liegen Werte zwischen 85 und 115 im Normalbereich.

Für die psychomotorische Entwicklung zeigt sich lediglich ein Haupteffekt der Zeit, d.h. die motorische Entwicklung der Kinder verbessert sich in beiden Gruppen gleichermaßen vom sechsten bis zum zwölften Lebensmonat (vgl. Abbildung 40). Dies kann damit zusammenhängen, dass die Kinder durch eine

⁶ Aufgrund des signifikanten Mauchly-Tests auf Sphärizität wird hier der F-Wert für den korrigierten Test nach Huynh-Feldt mit korrigierten Freiheitsgraden angegeben.

⁷ In Einzelfällen werden auch Testungen in dafür geeigneten Räumlichkeiten der Evaluationsforschung am Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. durchgeführt.

vermehrte Beweglichkeit im Alter von einem Jahr deutlich mehr Punkte in der motorischen Skala der BSID-II erreichen können als sechs Monate zuvor.

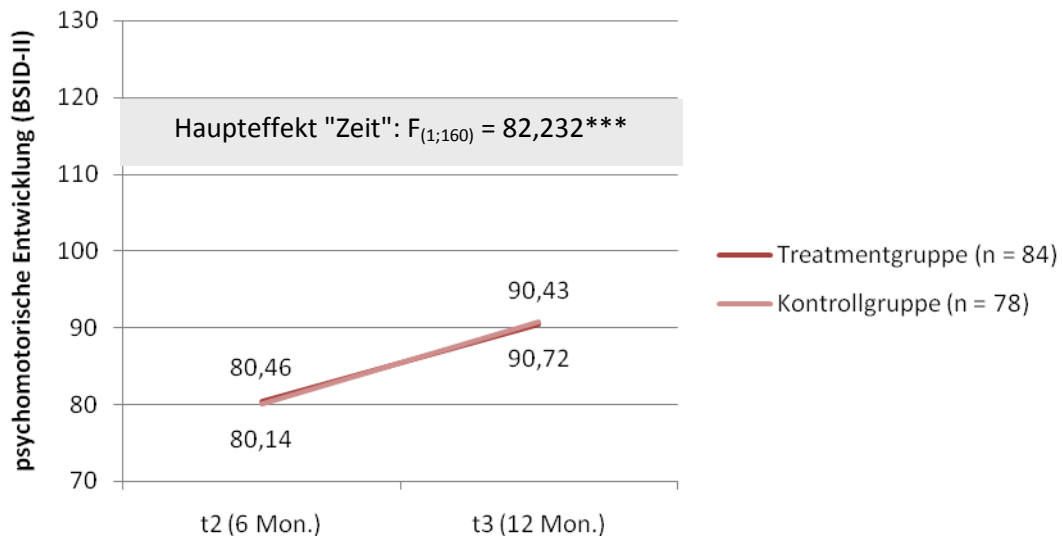


Abb. 40: Vergleichende Betrachtung der psychomotorischen Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder zu t2 und t3 (PDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, *** $p < 0,001$).

Hinsichtlich ihrer kognitiven Entwicklung unterscheiden sich die Kinder in den beiden Untersuchungsgruppen im Alter von sechs Monaten nicht signifikant. Allerdings zeigt sich zum Ende des ersten Lebensjahres ein signifikant positiverer Verlauf der kognitiven Entwicklung bei den Kindern der Treatmentgruppenfrauen (vgl. Abbildung 41).

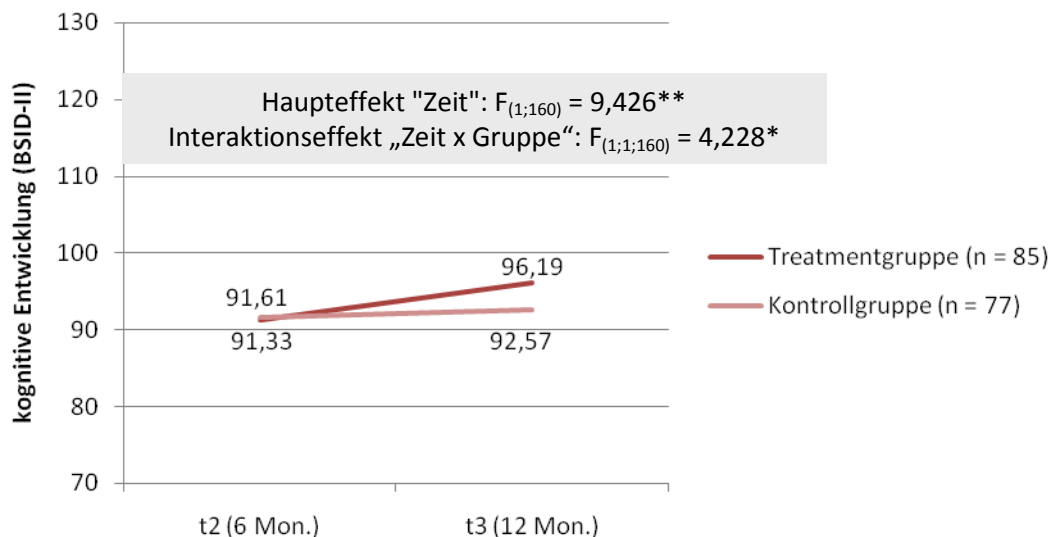


Abb. 41: Vergleichende Betrachtung der kognitiven Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder zu t2 und t3 (MDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$).

Dieser signifikante Interaktionseffekt „Zeit x Gruppe“ für die kognitive Entwicklung der Kinder bleibt auch erhalten, wenn der Einfluss des Alters der Frauen und ihrer Risikobelastung kontrolliert wird.

Sprachentwicklung

Für die Erfassung der kindlichen Sprachentwicklung wird erstmals im t3-Fragebogen der ELFRA-1 (Grimm & Doil, 2006) eingesetzt. Da noch keine längsschnittlichen Daten bis zum kindlichen Alter von zwei Jahren für den ELFRA vorliegen, wurden einfache Mittelwertvergleiche (T-Tests) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kinder in der Treatmentgruppe zwar numerisch etwas höhere Werte erreichen, allerdings werden diese minimalen Unterschiede statistisch nicht signifikant (s. Tabelle 11).

Tab. 11: Mütterliche Einschätzungen des sprachlichen Entwicklungsstandes der Kinder mit 12 Monaten

	Gesamt			Treatmentgruppe			Kontrollgruppe			Statistische Kennwerte	
	N	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	T-Wert	P
Sprachproduktion	109	14,04	6,60	58	14,57	6,41	51	13,43	6,83	-0,90	0,37
Sprachverständnis	108	64,62	30,60	58	64,64	29,41	50	64,60	32,24	-0,01	1,00
Gesten	109	17,17	4,86	58	17,72	4,72	51	16,53	4,98	-1,29	0,20
Feinmotorik	109	9,16	2,16	58	9,24	2,30	51	9,06	2,01	-0,44	0,66

Auch die Berücksichtigung der Risikobelastung und des Alters führt zu keinen anderen Ergebnissen.

5. Erste Befunde zur kindlichen Entwicklung im Alter von 24 Monaten (t4)

Da die Standardwerte für die Entwicklungstests komfortabel zu ermitteln sind, liegen dazu für den Zeitpunkt t4 im Alter von 24 Monaten der Kinder bereits vorläufige Ergebnisse⁸ zur psychomotorischen und kognitiven Entwicklung für eine kleine Gruppe von n = 22 Kindern sowie zum Sprachentwicklungsstand von n = 12 Kindern vor.

Psychomotorische und kognitive Entwicklung

Die Abbildung 42 zeigt den mittleren Entwicklungsverlauf der psychomotorischen Fähigkeiten von n = 9 Kindern aus der Treatmentgruppe und n = 12 Kindern aus der Kontrollgruppe. Die starke positive Tendenz in der psychomotorischen Entwicklung über die Zeit, wie sie der Abbildung 32 zu entnehmen ist, bestätigt sich bei dieser kleinen Teilstichprobe zunächst nicht. Vielmehr bleibt der mittlere PDI-Wert in der Kontrollgruppe konstant, während in der Treatmentgruppe ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Die Gruppenunterschiede werden weder über die Zeit noch zu einem der Zeitpunkte bei dieser Stichprobengröße signifikant. Es ergibt sich allerdings immer noch ein signifikanter Haupteffekt „Zeit“, der auf signifikante Veränderungen in beiden Gruppen im Entwicklungsverlauf hindeutet.

⁸ Die Eingabe der Fragebogendaten ist zeitaufwändiger, so dass im vorliegenden Bericht noch keine Ergebnisse für den Zeitpunkt t4 präsentiert werden können.

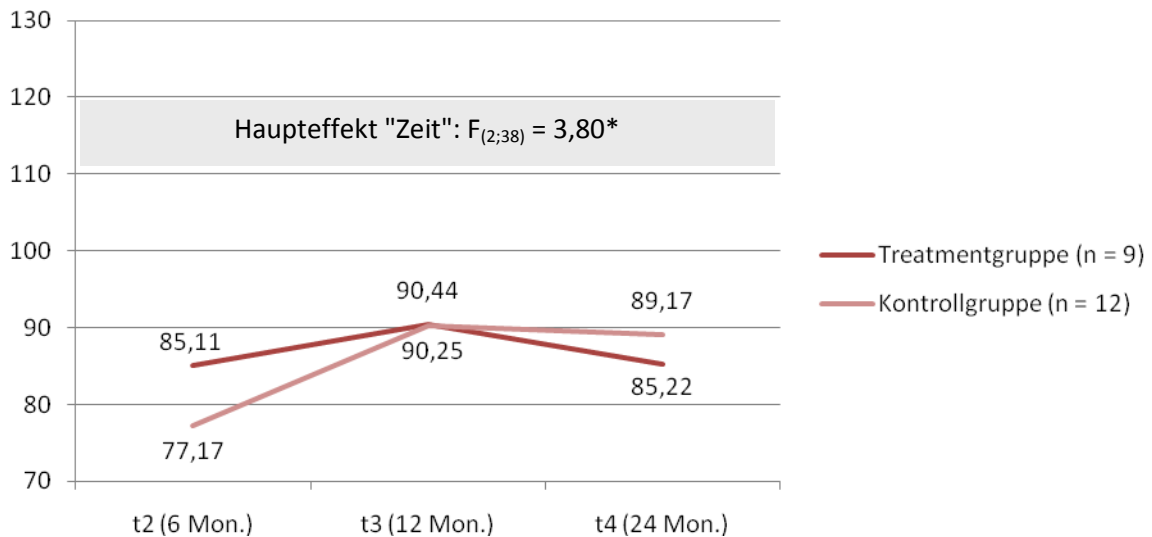


Abb. 42: Vergleichende Betrachtung der psychomotorischen Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder von t2 bis t4 (PDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, *p < 0,05).

Die Abbildung 43 zeigt analog den mittleren Entwicklungsverlauf der kognitiven Fähigkeiten von n = 10 Kindern aus der Treatmentgruppe und n = 12 Kindern aus der Kontrollgruppe.

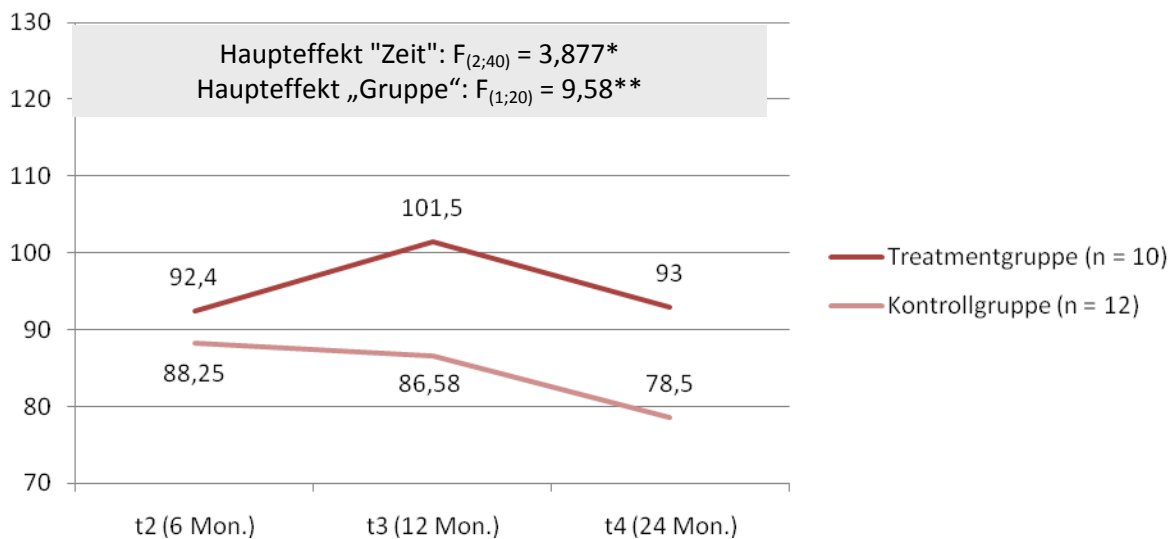


Abb. 43: Vergleichende Betrachtung der kognitiven Entwicklung der Treatment- und Kontrollgruppenkinder von t2 bis t4 (MDI-Wert in den Bayley Scales of Infant Development-II, BSID-II, *p < 0,05, **p < .0,01).

Insgesamt bestätigen bereits diese ersten Daten, dass die kognitive Entwicklung der Kinder in der Treatmentgruppe jeweils positiver verläuft als die der Kontrollgruppenkinder und zwar zu den Zeitpunkten t3 und t4. Hier ergeben sich Unterschiede von 14,92 bzw. 14,5 MDI-Punkten, was etwa einem Entwicklungsunterschied von einer Standardabweichung entspricht. Hierauf ist auch der signifikante Haupteffekt „Gruppe“ zurückführbar. Des Weiteren zeigt sich auch ein Haupteffekt „Zeit“, der auf den Entwicklungssprung von t2 zu t3 in der Treatmentgruppe, sowie auf das Absinken der Werte in beiden

Gruppen von t3 zu t4 zurückführbar ist. Es bleibt abzuwarten, wie sich das Ergebnismuster darstellt, wenn auch die Daten weiterer Kinder aus den beiden Gruppen vorliegen.

Sprachentwicklung

Zu dem vorerst letzten Untersuchungszeitpunkt (t4) wird zusätzlich zu den elterlichen Einschätzungen des kindlichen Sprachentwicklungsstandes durch den ELFRA-2 (Grimm & Doil, 2006) der Sprachentwicklungstest für Zweijährige (SETK-2, Grimm, 2000) eingesetzt, der das Sprachverständnis und die Sprachproduktion auf Wort- und Satzebene direkt beim Kind erfasst. Im Unterschied zu den Bayley Scales of Infant Development-II ist der SETK-2 auf einen mittleren T-Wert von 50 mit einer Standardabweichung von 10 normiert, d.h. Werte zwischen 40 und 60 markieren den Normalbereich. Abbildung 44 zeigt die ersten Befunde von n = 16 Kindern, wobei hier die erreichten Mittelwerte als Abweichung vom normierten Mittelwert 50 dargestellt werden.

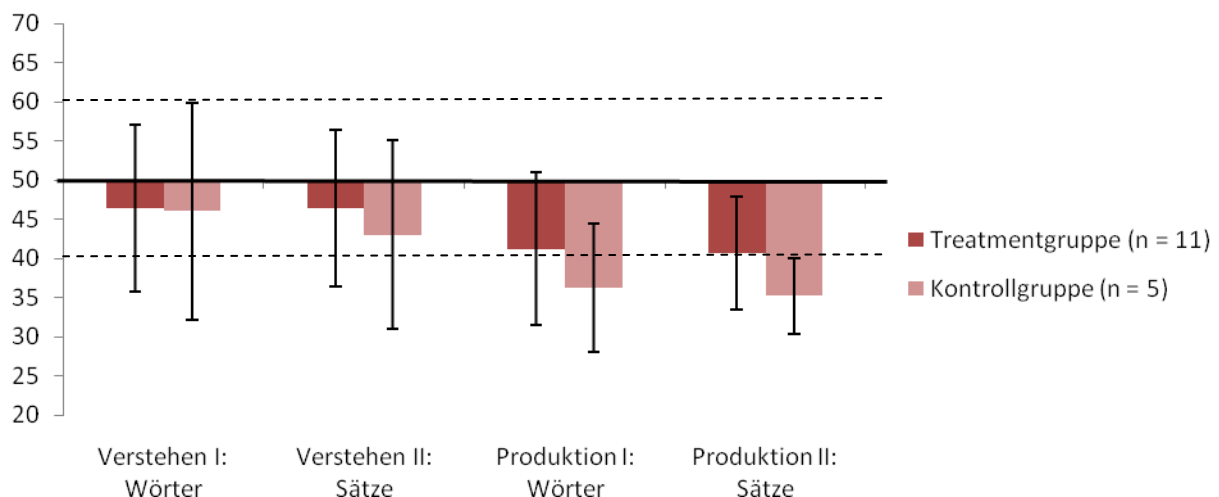


Abb. 44: Vergleichende Betrachtung des Sprachentwicklungsstandes der Treatment- und Kontrollgruppenkinder

Es ergeben sich derzeit keine signifikanten Gruppenunterschiede im Sprachverständnis oder in der Sprachproduktion. Rein deskriptiv liegen die Mittelwerte der Kinder aus der Treatmentgruppe bei allen Untertests im Normalbereich, allerdings in den produktiven Untertests am unteren Rand des Normalbereichs. Die Mittelwerte der Kinder aus der Kontrollgruppe liegen im Sprachverständnis im unteren Normbereich, in der Sprachproduktion darunter. Auffällig sind die großen Standardabweichungen, die auf eine große interindividuelle Varianz der sprachlichen Leistungen hindeuten.

Zusätzlich zum T-Wert im Untertest „Produktion II: Sätze“ wird als Indikator für die Spontanproduktion der Sprache die durchschnittliche Anzahl von Wörtern pro Äußerung (DAWA) berechnet, die einen guten Indikator des aktuellen Sprachentwicklungsstandes sowie der weiteren Sprachentwicklung darstellt. Der vorgegebene kritische DAWA-Wert liegt im Alter von 25 bis 29 Monaten bei 0,39 Wörtern pro Äußerung. Die Kinder der Kontrollgruppenfrauen produzieren nicht nur spontan durchschnittlich signifikant

kürzere Äußerungen als Kinder in der Treatmentgruppe (durchschnittliche Anzahl von Wörtern pro Äußerung (DAWA): $M_{\text{DAWA TG}} = 1,08$, $SD = 0,61$ vs. $M_{\text{DAWA KG}} = 0,36$, $SD = 0,32$, $p < 0,05$), im Mittel unterschreiten sie auch den kritischen DAWA-Wert. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Datenlage mit zunehmender Stichprobengröße darstellt, zumal einschränkend anzumerken ist, dass zwar in der Kontrollgruppe alle $n = 5$ Kinder mit allen Untertests untersucht werden konnten, während in der Treatmentgruppe lediglich für $n = 9$ der 11 Kinder T-Werte in den Bereichen Produktion von Wörtern und Produktion von Sätzen ermittelt werden konnten.

6. Ausblick: Weitere Schritte der biopsychosozialen Evaluation

Die Fragebogenentwicklung für den vorerst letzten Testzeitpunkt t4 ist so gut wie abgeschlossen. Es liegen bereits ca. 30 vollständige Fragebögen von Frauen vor. Zusätzlich zur psychomotorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung wird zu diesem Zeitpunkt erstmals das kindliche Verhalten mit der Child Behavior Checklist für 1 ½ bis 5jährige Kinder (CBCL 1 ½ -5, dt. Übersetzung der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002) erfasst. Sobald eine ausreichende Anzahl von Daten aus dem ELFRA-2 vorliegen, können die elterlichen Einschätzungen der kindlichen Sprachleistungen mit den tatsächlichen Leistungen im Sprachentwicklungstest abgeglichen werden. Derzeit findet sich in der Gesamtgruppe eine signifikante positive Korrelationen für die elterliche Einschätzung der kindlichen Sprachproduktion im ELFRA-1 (also mit 12 Monaten) und der tatsächlichen Produktion von Wörtern, wie sie der SETK-2 mit 24 Monaten erfasst: Kinder der Eltern, die die Sprachproduktion mit 12 Monaten hoch eingeschätzt haben, zeigen ein Jahr später auch tatsächlich eine vermehrte Produktion von Wörtern ($r = 0,66$; $p > 0,05$).

Auch im nächsten Berichtsjahr finden weiterhin Interviewerinnen- und Testleiterinnenschulungen und –supervisionen statt, um eine möglichst hohe Qualität der Daten zu gewährleisten. Zudem ist weiterhin eine Mitarbeiterin mit den Vorbereitungen zur Auswertung der videografierten Mutter-Kind-Interaktionen im Spiel unter Verwendung des CARE-Index (Crittenden, 2006) beschäftigt. Die Ende des Jahres 2009 erreichte hinreichende Reliabilität ermöglicht nun ein Risikoscreening der vorliegenden Interaktionen. Da zur Beantwortung der Forschungsfragestellungen eine klassifizierende (anstatt lediglich eine dichotomisierende, d.h. „Risiko liegt vor“ vs. „Risiko liegt nicht vor“) Einschätzung von Vorteil ist, wird derzeit versucht, die Reliabilität zu steigern, um diese Auswertungen zu ermöglichen. Ziel ist die möglichst differenzierte Auswertung der Interaktionen hinsichtlich der mütterlichen Feinfühligkeit und der Beziehungsqualität zwischen Mutter und Kind. Erste Auswertungen von stichprobenartig gezogenen Videos sind für das Frühjahr 2010 geplant.

Mit Zunahme der Hausbesuche nach der Schwangerschaft und Umsetzung des Praxismoduls PIPE (Perkins et al., 2002) zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Treatmentgruppenfrauen können

zukünftig auch Dosis-Wirkungs-Analysen für diesen und andere inhaltliche Themenbereiche der Hausbesuche nach der Schwangerschaft durchgeführt werden.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2002). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 1/2-5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A Measure of Dysfunctional Parenting in Discipline Situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144.
- Beller, K., & Beller, S. (2000). *Kuno Bellers Entwicklungstabelle*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Ellert, U., & Dudenhausen, J. W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 670-676.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 57-76.
- Crittenden, P. M. (2006). CARE-Index Infants Coding Manual. Family Relations Institute.
- Giersiepen, K., Janssen, B., Tsoneva-Pentcheva, L., Hassel, H., Pilali, M., Flannery, M., et al. (2006). *Euro-scip-III-Survey: An International Comparison of Smoking Prevalence in Pregnant Women. European Action on Smoking Cessation in Pregnancy*. Bremen: BIPS.
- Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents*. Washington, DC: Committee for Economic Development.
- Grimm, H. (2000). *Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H., & Doil, H. (2006). *Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA-1, ELFRA-2). Zweite und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Hampel, R., & Selg, H. (1998). *FAF Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Häring, H. G., & Hüsing, A. (1992). Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? - Erprobung eines Fragebogens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41(2), 52-57.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Köppe, E. C. (2001). *Glückliche Eltern – liebe Kinder? Auswirkungen von Partnerschaft und psychischer Symptomatik der Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder. Dissertation*. TU Braunschweig.
- Korfmacher, J., Green, B., Spellmann, M., & Thornburg, K. R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 28(5), 459-480.

- Lampert, T., & Kroll, L. (2006). Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte* (pp. 297-319). Wiesbaden: VS Verlag.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hergreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd edition)*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Miller, Y. (2001). *Erziehung von Kindern im Kindergartenalter. Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertation*. TU Braunschweig.
- Neuberger, O., & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)“*. Bern: Huber Verlag.
- Olds, D., Henderson, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-63.
- Perkins, J., Butterfield, P., & Ottem, N. (2002). *Listen, Love and Play. Educator's guide. The Partners in Parenting Education Curriculum*. Brighton: How To Read Your Baby.
- Reece, S. M. (1998). Parent Expectations Survey. In B. K. Redman (Ed.), *Measurement tolls in patient education* (pp. 225-232). New York: Springer Pub Co.
- Reuner, G., Rosenkranz, J., Pietz, J., & Horn, R. (2007). *Bayley Scales of Infant Development II (BSID-II), German Edition*. Frankfurt/M.: Hartcourt Test Services.
- Schoenwald, S. K., Halliday-Boykins, C. A., & Henggeler, S. W. (2003). Client-level predictors of adherence to MST in community service settings. *Family Process*, 42(3), 345-359.
- Vossler, A. (2001). Der Fragebogen zur Erziehung- und Familienberatung (FEF): Entwicklung eines Evaluationsverfahrens. *Diagnostica*, 47(3), 122-131.
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit*. Baden Baden: Nomos Verlag.

Anhang

Übersicht über die zu allen Erhebungszeitpunkten eingesetzten Erhebungsinstrumente in der biopsychosozialen Evaluation (Stand: 26.03.2010)

Instrument/Themenbereich	t0	t1	t2	t3	t4
Mütter:					
Adult Attachment Scale	-	-	x	-	-
Aggressionspotential	x	-	-	-	-
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	x	-	-	-	x
Befindlichkeit/Lebenszufriedenheit	-	x	x	x	x
Belastung	-	x	x	x	x
Betreuung durch andere Institutionen	x	x	x	x	x
Bindung zwischen Mutter und Kind	x	x	x	x	-
CARE-Index			x	x	x
Coping	-	x	-	-	-
Demographie	x	(x)	(x)	(x)	(x)
Elterliche Selbstwirksamkeit	x	x	x	x	-
Empathiefähigkeit	-	x	-	-	x
Erhalt staatlicher Unterstützungsleistungen	x	x	x	x	x
Erziehungsstil			-	x	x
Fragen zum Partner	x	x	x	x	x
Gesundheitsverhalten – Drogenkonsum	x	x	x	x	x
Gesundheitsverhalten – Ernährung, Bewegung, Schlaf	x	x	-	-	-
Gewalt- / Missbrauchserfahrungen	x	x	x	x	x
Gewalterfahrungen bei Eltern (Conflict Tactics Scale)	-	x	-	-	-
Kompetenzgefühl der Eltern – Skala Selbstwirksamkeit	x	x	x	x	-
Kompetenzgefühl der Eltern – Skala Zufriedenheit	-	-	x	x	-
Kriminalität	-	x	-	x	-
Lebens-/Wohnsituation	x	x	x	x	x
Migrationshintergrund / Integration	x	x	-	-	-
Partnerschaftszufriedenheit	x	x	x	x	(x)
Persönlichkeit	-	-	-	-	x
Physische Gesundheit	x	x	x	(x)	(x)
Psychische Gesundheit (DASS)	x	x	x	-	x
Qualität der häuslichen Umgebung	-	(x)	(x)	(x)	(x)
Soziale Erwünschtheit	x	x	x	x	x
Soziale Unterstützung (Quantität)	x	x	(x)	x	(x)
Väterbefragung	-	-	x	-	-
Wahrgenommene soziale Unterstützung	x	x	-	-	x
Wissen über Kind und Erziehung	x	x	x	x	-
Kinder					
Bayley Scales			x	x	x
Betreuung in Angeboten			x	x	x
CBCL			-	-	x
ELFRA (I/II)			-	x	x
Mutter-Kind-Kurse			x	-	-
Physische und psychische Gesundheit – U-Heft			x	x	x
SETK-2			-	-	x
Temperament des Kindes			x	x	-

Projektbezogene Publikationen im Berichtszeitraum

- Adamaszek, K. & Jungmann, T. (2009). Das Modellprojekt „Pro Kind“ - Wir begleiten junge Familien. Erscheint in: Deutsches Institut für Urbanistik, *Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe*. Berlin: Schriftenreihe der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2009). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2010, 1-6.
- Jungmann, T., Ziert, Y., Kurtz, V. & Brand, T. (2009). Preventing adverse developmental outcomes and early onset conduct problems through prenatal and infancy home visitation: The German pilot project "Pro Kind". *European Journal of Developmental Science*, 3 (3), 292-298.
- Jungmann, T. & Pfeiffer, C. (im Druck). Zur Notwendigkeit von Prävention aus kriminologischer Perspektive. Erscheint in R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und Frühe Hilfen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jungmann, T. (im Druck). Das Hausbesuchsprogramm des Modellprojektes „Pro Kind“. Erscheint in R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und Frühe Hilfen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Projektbezogene Vorträge und Veranstaltungen im Berichtszeitraum

- Brand, T. & Jungmann, T. (2009). Prozessevaluation der Hausbesuche im Modellprojekt „Pro Kind“. Poster im Rahmen des XXXI. DGKJP-Kongresses, 04.-07. März, Hamburg.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2009). Zugang zu Familien in schwierigen Lebenslagen: Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung zum Modellprojekt „Pro Kind“. Poster im Rahmen des XXXI. DGKJP-Kongresses, 04.-07. März, Hamburg.
- Hlawatschek, E. & Jungmann, T. (Tagungsorganisation). Je eher, desto besser!? Frühe Hilfen für arbeitsbelastete Familien – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Tagung der TUI-Stiftung. Hannover: 11. November 2009.
- Jungmann, T. (2009). Prävention durch frühe Förderung im Rahmen eines Hausbesuchsprogramms - Das Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen des XXXI. DGKJP-Kongresses, 04.-07. März, Hamburg.
- Jungmann, T. & Sandner, M. (2009). Preliminary results from the early intervention project "Pro Kind". Presentation at the Second Conference on Noncognitive Skills, ZEW Leibniz Research Network, 19.-21. March, Konstanz.
- Jungmann, T. (2009). Was leisten und wo stehen Frühe Hilfen? Eine Betrachtung aus entwicklungspsychologischer Perspektive. Vortrag im Rahmen der Tagung der evangelischen Akademie Loccum „Gefährdungen und problematische Entwicklungsverläufe von Kindern“, 05.-07. Juni, Loccum-Rehburg.
- Jungmann, T. (2009). Frühe Hilfen in der Kindertagesbetreuung. Bindungstheorie und pädagogisches Handeln. Fachforum im Rahmen der NFK-Landesfachtagung, 06. Oktober, Dresden.

- Jungmann, T. (2009). Sprach- und Entwicklungsförderung im Rahmen Früher Hilfen. Erste Befunde aus dem Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen des 3. ISER-Tages „Forschung für die Praxis“, Rostock.
- Jungmann, T., Brand, T. & Kurtz, V. (2009). Randomisiertes Kontrollgruppendesign in der Präventionsforschung. Wissenschaftlich notwendig – ethisch fragwürdig? Vortrag im Rahmen des 15. Kongresses für Armut und Gesundheit, 04.-05. Dezember, Berlin.
- Jungmann, T., Ziert, Y. & Kurtz, V. (2009). Frühe Entwicklungsförderung im Rahmen des Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“: Erste Ergebnisse der biopsychosozialen Evaluation. Vortrag im Rahmen der 19. Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie DGPs, 14.-17. September, Hildesheim.
- Kurtz, V., Brand, T., Ziert, Y. & Jungmann, T. (2009). Das Kontrollgruppendesign im Spannungsfeld zwischen Präventionsforschung und –Präventionspraxis: Ergebnisse der Begleitforschung zum Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen der Jahrestagung der DGSMF und der DGMS vom 23.-25. September, Hamburg.
- Kurtz, V., Ziert, Y. & Jungmann, T. (2009). Einfluss früher Hilfen auf das Gesundheitsverhalten Erstgebärender in schwierigen Lebenslagen: Erste Ergebnisse des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen des 9. Kongress für Gesundheitspsychologie, 26.-28. August, Zürich.
- Maier-Pfeiffer, A. & Jungmann, T. (2009). Das Modellprojekt „Pro Kind“ und seine Begleitforschung. Vortrag auf der TUI-Tagung „Je eher, desto besser!? – Frühe Hilfen für armutsbelastete Familien“, 11. November, Hannover.
- Refle, M. & Jungmann, T. (2009). Kindliche Entwicklungsförderung: Erste Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen der Tagung der evangelischen Akademie Loccum „Gefährdungen und problematische Entwicklungsverläufe von Kindern, 05.-07. Juni, Loccum-Rehburg.
- Sandner, M. & Jungmann, T. (2009). The influence of prenatal non-cognitive skills on breastfeeding attitudes in a sample of disadvantaged primiparous women. Presentation at the Third Conference on Noncognitive Skills, ZEW-Leibniz Research Network, March 2009, Konstanz.
- Sierau, S., Klein, A., Jungmann, T., Ziert, Y. & von Klitzing, K. (2009). Geburt – ein kritisches Lebensereignis für die Partnerschaftszufriedenheit bei risikobelasteten Paaren? Vortrag im Rahmen der 4. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, 16.-19. September, Münster.
- Ziert, Y. & Jungmann, T. (2009). Preventing adverse developmental outcomes and early onset conduct problems through prenatal and infancy home visitation: The German pilot project "Pro Kind". Presentation at the XIVth Workshop Aggression, 06.-08. November, Berlin.
- Ziert, Y., Kurtz, V. & Jungmann, T. (2009). Gesundheits- und Entwicklungsförderung durch Hausbesuche für erstgebärende Frauen in schwierigen Lebenslagen – Erste Ergebnisse aus der Evaluationsforschung des Modellprojektes „Pro Kind“. Poster im Rahmen der Jahrestagung der DGSMF und der DGMS vom 23.-25. September, Hamburg.
- Ziert, Y., Kurtz, V. & Jungmann, T. (2009). Prävention durch Frühe Hilfen: Das Modellprojekt „Pro Kind“: Erste Ergebnisse aus der Evaluationsforschung. Vortrag im Rahmen der 4. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, 16.-19. September, Münster.

Ziert, Y., Jungmann, T. & Adamaszek, K. (2009). Das Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“ und seine Vernetzung. Vortrag im Rahmen des 3. Nationalen Präventionstages vom 27.-28. November, Dresden.

Ziert, Y., Jungmann, T., & Schneider, R. (2009). Prävention von Entwicklungsverzögerungen – erste Befunde der Evaluation zum Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen des 3. Nationalen Präventionstages vom 27.-28. November, Dresden.