



in Kooperation mit der

Universität
Rostock



Traditio et Innovatio

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Jahresbericht 2010

Implementationsforschung

und

Biopsychosoziale Evaluation

zum Modellprojekt



Prof. Dr. Tanja Jungmann
Tilman Brand
Vivien Kurtz
Susan Sierau

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| I. Übersicht und Kurzzusammenfassung | 4 |
| 1. Stand der Datenerhebung..... | 4 |
| 2. Ergebnisse der Implementationsforschung | 4 |
| 3. Ergebnisse der biopsychosozialen Evaluation | 5 |
| II. Stand der Datenerhebung | 7 |
| III. Implementationsforschung | 9 |
| Programmumsetzung bzw. -treue..... | 9 |
| Reflexion und Optimierungsmöglichkeiten..... | 10 |
| IV. Biopsychosoziale Evaluation | 11 |
| Belastung der Teilnehmerinnen zum Projekteinstieg..... | 11 |
| Interventionseffekte auf die mütterliche und kindliche Gesundheit | 11 |
| Effekte auf die kindliche Entwicklung..... | 12 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (Stand: Anfang Dezember 2010) | 7 |
| Abbildung 2: Verlauf der kindlichen kognitiven Entwicklung vom 6. bis zum 12. Lebensmonat | 12 |

Anhang

| |
|---|
| Übersicht über projektbezogene Publikationen im Berichtszeitraum |
| Übersicht über projektbezogene Vorträge und Veranstaltungen im Berichtszeitraum |
| Übersicht über projektbezogene Qualifikationsarbeiten im Berichtszeitraum |
| Volltexte der projektbezogenen Publikationen im Berichtszeitraum |

I. Übersicht und Kurzzusammenfassung

Der vorliegende fünfte Jahresbericht 2010 der Begleitforschung zum Modellprojekt „Pro Kind“ basiert auf dem Stand der Datenerhebung Ende Dezember 2010. Mit vollständigen Datensätzen ist Mitte des Jahres 2012 zu rechnen. Die wichtigsten Ergebnisse des Berichtszeitraumes 01.01.-31.12.2010 werden im Folgenden kurz zusammengefasst sowie mit den 2010 in Fachzeitschriften erschienenen, wissenschaftlichen Publikationen (s. Anhang) belegt.

1. Stand der Datenerhebung

- Die Datenerhebungen zu den Zeitpunkten t0 (Baseline; N = 755) und t1 (36.Schwangerschaftswoche; N = 510) sind abgeschlossen, zu t2 (6 Monate) sind die Daten ebenfalls so gut wie vollständig (N = 483). Die Datensätze für die Zeitpunkte t3 (12 Monate) und t4 (24 Monate) sind noch nicht vollständig (ausstehende Interviews: ca. 18% bzw. 45%) und werden bis Mitte 2012 komplettiert.
- Die Abbruchrate in den Untersuchungsgruppen für die Teilnahme am Modellprojekt liegt in beiden Untersuchungsgruppen durchschnittlich bei 35,4%.

2. Ergebnisse der Implementationsforschung

- Im Mittel werden 81% bzw. 85% der vorgesehenen Besuche in der Schwangerschaft bzw. im ersten Lebensjahr des Kindes durchgeführt.
- Es zeigen sich im Vergleich zu den NFP-Zielvorgaben systematische Abweichungen im prozentualen Anteil der Hausbesuchszeit, die auf den Themenbereich „Gesundheit der Mutter“ in der Schwangerschaftsphase verwendet wird (28% statt empfohlene 35-40%) sowie im prozentualen Anteil der Hausbesuchszeit, die auf den Bereich „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ im ersten Lebensjahr des Kindes entfällt (30% statt empfohlene 45-50%).
- Bis zum ersten Geburtstag des Kindes werden, angepasst an den Bedarf in den Familien, durchschnittlich 37,5% der möglichen Programmmaterialien verwendet. Die Umsetzungsrate des Curriculums „Partners in Parenting Education“ (PIPE) zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion liegt durchschnittlich bei 14%, wobei im Projektverlauf ein Anstieg der Umsetzungsrate festzustellen ist.
- Die Ergebnisse der Implementationsforschung werden mit den Praxisteilen diskutiert bzw. an die Projektpraxis zurückgekoppelt. Es ist geplant, die Praxis-Forschungs-Erkenntnisse in einem

gemeinsamen Implementationshandbuch zu dokumentieren und 2011 einem renommierten Verlag zur Veröffentlichung anzubieten.

3. Ergebnisse der biopsychosozialen Evaluation

- Die Zielgruppe der mehrfach risikobelasteten Frauen wurde durch das Modellprojekt „Pro Kind“ erreicht. 97% kommen aus dem sozio-ökonomischen Basisniveau, alle Frauen zeigen im Mittel eine höhere gesundheitliche Belastung und ein dysfunktionaleres Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft sowie höhere psychische und soziale Belastungsmerkmale (z.B. höherer Nikotinkonsum, höhere Depressions-, Angst- und Stressbelastung).
- Effekte des Treatments auf das mütterliche Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaftsphase sind nicht nachweisbar. In beiden Gruppen nimmt der Nikotinkonsum zum Ende der Schwangerschaft signifikant hin ab. Die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsuntersuchungen ist in der erreichten Stichprobe mehrfach risikobelasteter Frauen vergleichsweise hoch, was auf die intensive Panelpflege (Erstattung der Fahrtkosten zu den Vorsorgeuntersuchungen) zurückführbar sein könnte. Numerisch ist eine stärkere Abnahme der psychischen Angst- und Stressbelastung im Verlauf der Schwangerschaft zu verzeichnen, dieser Gruppenunterschied wird aber nicht statistisch signifikant.
- In der Säuglingsphase zeigen sich weder hinsichtlich der kindlichen Geburtsoutcomes (Gestationsdauer, Geburtsgewicht, Körperlänge, Kopfumfang) noch hinsichtlich der Wachstumsgeschwindigkeiten in den Körpermaßen (Gewicht, Länge, Kopfumfang) signifikante Gruppenunterschiede.
- Während sich bis zum Ende der Säuglingsphase (12. Lebensmonat) weiterhin die Kinder in der Treatmentgruppe kognitiv tendenziell positiver entwickeln (Interaktionseffekt „Zeit x Gruppe“: $F_{(1;339)} = 2,56$; $p = 0,11$), setzt sich dieser Trend in der Kleinkindphase bis zum 24. Lebensmonat nicht fort. In beiden Gruppen fallen die mittleren Werte stark ab, wobei jene der begleiteten Kinder immer noch numerisch über dem Mittelwert der Kontrollgruppenkinder liegen.

- Erste Auswertungen der kindlichen sprachlichen und sozioemotionalen Entwicklung in der Kleinkindphase (bis zum 24. Lebensmonat) auf der Basis sehr kleiner Stichprobe zeigen einen erhöhten Förderbedarf der Kinder beider Untersuchungsgruppen (im Vergleich zu den Normierungsstichproben der eingesetzten Verfahren) sowohl in der Sprachentwicklung als auch in der sozial-emotionalen Entwicklung.
- Fremdeinschätzungen der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion im freien Spiel (Videointeraktionsanalysen mit dem CARE-Index) sprechen für eine, im Vergleich zur Gesamtpopulation, nahezu doppelt so hohe Rate inadäquater Interaktionsstile im kindlichen Alter von 6 Monaten. Weder im Alter von 6 noch im Alter von 12 Monaten zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede.

II. Stand der Datenerhebung

Bis Mitte des Jahres 2010 hatten alle Teilnehmerinnen ihr Kind geboren. 3,7% der Daten im Alter von 6 Monaten, 17,8% der Daten im Alter von 12 Monaten und 44,4% der Daten im Alter von 24 Monaten stehen noch aus (s. Abb. 1). Die Quote durchgeführter Interviews liegt durchschnittlich bei ca. 68,0% (t1) bzw. 64,0% (t2). 137 Teilnehmerinnen haben das Projekt bisher vollständig durchlaufen.

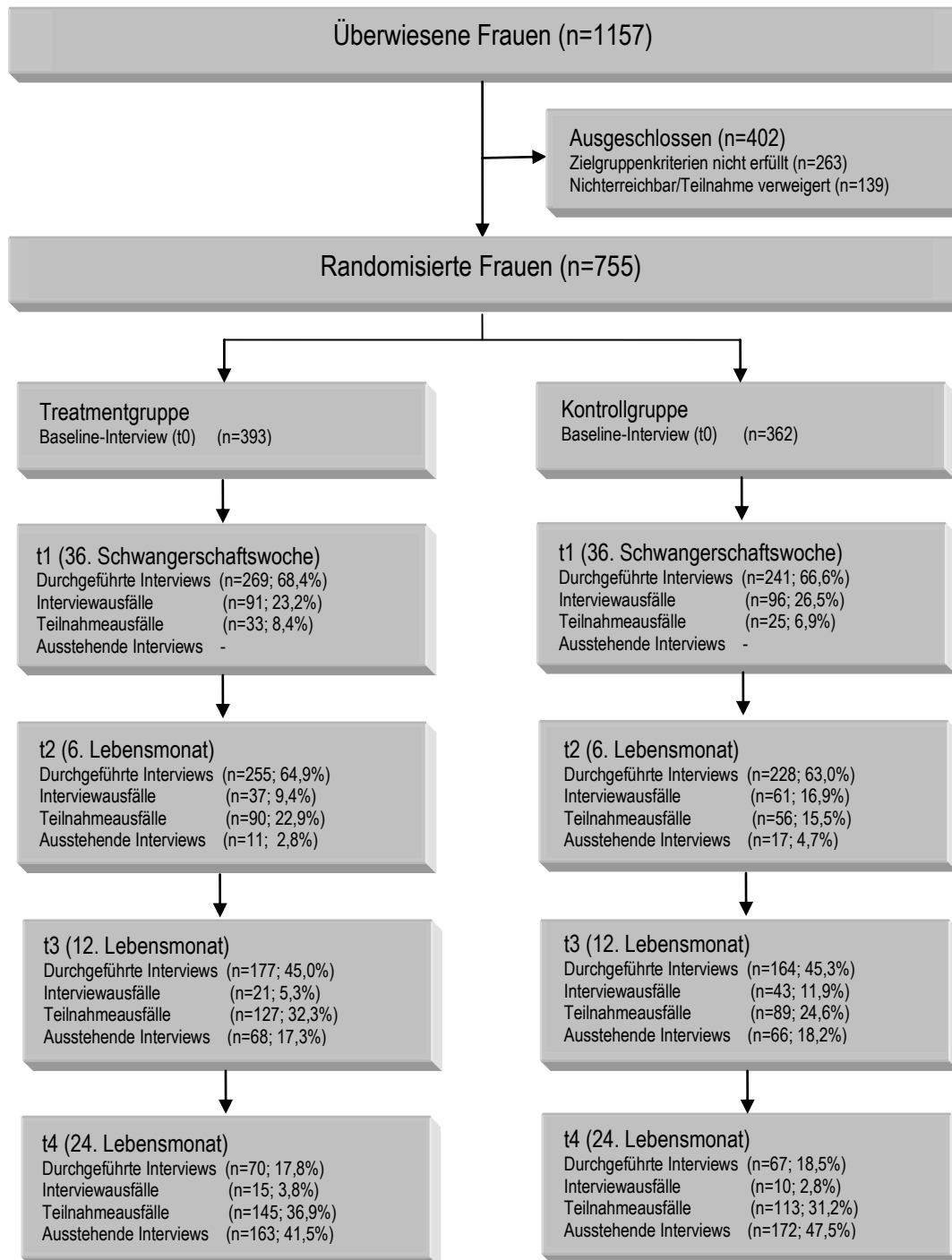


Abb. 1: Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (Stand: Anfang Dezember 2010)

Obwohl die Anzahl der Abbrüche in der Treatmentgruppe (n = 147) numerisch größer als in der Kontrollgruppe (n = 120) ist (Zeitpunkt: Dezember 2010), wird dieser Unterschied statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 1,49$; $p = 0,22$). Im Vergleich zum Vorjahresbericht ist somit die Zahl der Abbrüche in der Kontrollgruppe scheinbar gestiegen, was allerdings darauf zurückzuführen ist, dass erst mit fortgeschrittener Teilnahmedauer die nicht erreichbaren Frauen dieser Gruppe auch tatsächlich als Ausfälle identifiziert werden können. Die weniger gute Erreichbarkeit der Kontrollgruppenfrauen zeigt sich auch an den höheren Raten an ausgefallenen Interviews zu den Zeitpunkten t2 (6 Monate) und t3 (12 Monate). Die Anzahl durchgeführter im Vergleich zu den nicht durchgeführten Interviews unterscheidet sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen jedoch ebenfalls zu keinem Zeitpunkt signifikant.

Der Vergleich der Charakteristika ausgefallener Frauen mit denen, die noch im Projekt sind, zeigt zu allen Zeitpunkten einen selektiven Ausfall der jüngeren (20,4 vs. 22,0 Jahre; $p < 0,001$), höher risikobelasteten Frauen (geringerer Schichtindex: 3,7 vs. 4,4; $p < 0,001$; höhere Risikobelastung: 6,2 vs. 5,6; $p < 0,001$) sowie jener Frauen, die früher in ihrer Schwangerschaftswoche in das Projekt eingestiegen sind (19,6 vs. 20,2; $p < 0,10$). Dies gilt für beide Untersuchungsgruppen, so dass sich die Treatment- und Kontrollgruppe trotz der Selektivität der Ausfälle derzeit auch zu den späteren Erhebungszeitpunkten in den demographischen Daten nicht unterscheiden.

Die Datenerhebung dauert noch bis 2012 an. Das letzte Interview für den Zeitpunkt t2 (6 Monate) wird voraussichtlich Ende Februar 2011, für den Zeitpunkt t3 (12 Monate) Ende August 2011 und für den Zeitpunkt t4 (24 Monate) Ende August 2012 durchgeführt.

III. Implementationsforschung

Neben der Frage nach dem Erreichen der Zielgruppe beschäftigt sich die Implementationsforschung mit den Fragen, (1) ob sich das Programm wie geplant umsetzen lässt und (2) welche Änderungen des bisherigen Konzepts notwendig sind. Nachdem bisher die Frage der Erreichbarkeit der Zielgruppe im Vordergrund stand (vgl. auch Brand & Jungmann, 2010), rückten 2010 die Fragen der Programmtreue und der Reflexion der Programmumsetzung in den Fokus.

Programmumsetzung bzw. -treue

Wie zahlreiche Studien belegen, ist eine hohe Programmtreue Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Interventionen (u.a. Durlak & DuPre, 2008). In Bezug auf die Begleitungsintensität zeigt sich im Modellprojekt „Pro Kind“, dass die Teilnehmerinnen, die die Begleitung bis zum ersten Geburtstag vollständig durchlaufen haben, in der Schwangerschaft im Mittel $M = 9$ Besuche ($SD = 3,4$; $n = 176$) erhielten. Im ersten Lebensjahr des Kindes waren es $M = 20$ Besuche ($SD = 5,7$; $n = 176$). Dies entspricht 81% bzw. 85% der vorgesehenen Besuche.

Bei dem Anteil verwendeter Hausbesuchszeit auf die einzelnen Themenbereiche ergeben sich im Vergleich zu den NFP-Zielvorgaben zwei systematische Abweichungen: In der Schwangerschaftsphase wurde statt 35-40% der Zeit im Mittel lediglich 28% der Zeit auf den Themenbereich „Gesundheit der Mutter“ verwendet. Im ersten Lebensjahr des Kindes lag der zeitliche Anteil für den Bereich „Mutter-/Vater-/Elternrolle“ bei 30% statt der vorgesehenen 45-50%.

In Bezug auf die Nutzung der Programmmaterialien zeigt sich, dass die Familien bis zum ersten Geburtstag des Kind im Mittel 37,5% ($SD = 17,4$) der möglichen Programmmaterialien mit den Familienbegleiterinnen bearbeiteten, wobei zu beachten ist, dass die Auswahl und Nutzung des Materials von den Familienbegleiterinnen an den Bedarf in den Familien angepasst wird. Insgesamt zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Projektlaufzeit und der Nutzung der Programmmaterialien in den Hausbesuchen ($r = 0,39$; $p < 0,001$; $n = 176$), der Teilnahmezufriedenheit ($r = 0,28$; $p < 0,001$; $n = 145$) und der Hausbesuchshäufigkeit nach der Schwangerschaft ($r = 0,17$; $p < 0,05$; $n = 176$), d.h. dass die Umsetzungsqualität des Programms im Projektverlauf in diesen Bereichen gesteigert werden konnte. Für andere Bereiche, wie der Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Teilnahmebeendigung, dem Erreichen den Zielvorgaben bei den inhaltlichen Schwerpunkten und dem durchschnittlichen Engagement in den Hausbesuchen, ließ sich eine vergleichbare Entwicklung nicht nachweisen.

Das PIPE-Modul zur Förderung der Eltern-Kind-Interaktion wurde im ersten Lebensjahr im Mittel in 3 Besuchen eingesetzt ($SD 3,8$; $n = 176$; entspricht 14% der durchgeführten Besuch). Auch hier ergibt

sich ein positiver Zusammenhang zwischen Projektverlauf und PIPE-Umsetzung ($r = 0,308$; $p < 0,001$; $n = 176$). Methodische Einschränkungen in der Beurteilung der Programmtreue liegen darin, dass die ausgewerteten Daten entweder Selbstangaben der Familienbegleiterinnen oder der Teilnehmerinnen sind und eine Analyse der Umsetzungsqualität mit objektiveren Daten (z. B. Videomitschnitte der Hausbesuche) fehlt. Zukünftig soll die Bedeutung einzelner Implementationsaspekte für die Programmwirksamkeit untersucht werden (z. B. Dosis-Wirkungsanalyse).

Reflexion und Optimierungsmöglichkeiten

Im Berichtsjahr wurden mehrere Workshops mit den Familienbegleiterinnen und Interviews mit den Leiterinnen der Praxisteile durchgeführt, in denen die bisherige Umsetzung der Programminhalte reflektiert wurde und Vorschläge für die Verbesserung der Umsetzung und erforderliche Programmmodifikationen gesammelt wurden. Die Ergebnisse werden 2011 systematisch ausgewertet und in Form eines Implementationshandbuches in enger Kooperation mit der Projektpraxis herausgegeben.

Bei der konkreten Optimierung des Programms stehen vor allem eine Verbesserung und Anpassung der Programmmaterialien im Vordergrund. Zudem soll es auch zu einer Fokussierung der Programmziele kommen, um so den unterschiedlichen Bedarfen der begleiteten Familien besser gerecht werden zu können.

IV. Biopsychosoziale Evaluation

Die Evaluationsforschung untersucht im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppenstudie die Wirksamkeit von Pro Kind auf (1) die mütterliche und kindliche Gesundheit sowie (2) auf die kindliche Entwicklung bis zum Alter von zwei Jahren. Die mütterliche Lebensplanung (z. B. nachfolgende Schwangerschaften, Berufstätigkeit) wird im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse untersucht (vgl. z.B. Lutz & Sandner, 2010). Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse basieren auf den (fast) vollständig abgeschlossenen Erhebungszeitpunkten t0, t1 und t2. Zudem werden Ergebnisse erster Analysen der kindlichen Entwicklungsverläufe bis zum 12. bzw. 24. Lebensmonat dargestellt¹.

Belastung der Teilnehmerinnen zum Projekteinstieg

Die soziodemographischen Daten zum Projekteinstieg (Bildungshintergrund, Alter, kumulierte Risikobelastung) zeigen, dass es gelungen ist, mehrfach belastete Teilnehmerinnen im Projekt Pro Kind aufzunehmen (Jungmann, Brand, Kurtz & Ziert, 2009). Die Belastung bzw. Benachteiligung der Teilnehmerinnen wird auch durch die Auswertungen der gesundheitsbezogenen Daten unterstützt, die verdeutlichen, dass die Frauen beider Gruppen zum Projekteinstieg sowohl eine schlechtere Gesundheit (erhöhte psychische Belastung in den Bereichen Depression, Angst und Stress) als auch ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen (hoher Anteil an schwangeren Raucherinnen) (z.B. Ziert, Kurtz & Jungmann, 2010).

Interventionseffekte auf die mütterliche und kindliche Gesundheit

Es zeigen sich keinerlei signifikante Programmeffekte auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der teilnehmenden Frauen bis zum Ende der Schwangerschaft (Ziert et al., 2010). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit neueren internationalen Metaanalysen zu Effekten von Hausbesuchsprogrammen in der Schwangerschaft in denen sich ebenfalls das mütterliche Gesundheitsverhalten als schwer bis gar nicht beeinflussbar durch Hausbesuchsprogramme erwies (Gomby, 2005).

Im Rahmen des Modellprojektes Pro Kind können die ausbleibenden Effekte einerseits methodische Gründe, wie z.B. eine systematische Verzerrung durch Selbstberichte der Mütter, haben, die allerdings in beiden Untersuchungsgruppen gleichermaßen auftreten müssten. Ein anderer Erklärungsansatz betrifft Besonderheiten in der praktischen Durchführung (z.B. optimierbare Schwerpunktsetzung auf das Thema Gesundheit). Zu diesem Thema fand Ende des Jahres 2010 ein intensiver Austausch der Forschung mit der Projektpraxis bezüglich der zukünftigen Schwerpunktsetzung der primären und sekundären Programmziele im Modellprojekt statt.

¹ Für die quer- und längsschnittlichen Analysen basieren die Berechnungen auf EM-imputierten Daten. Deutliche Abweichungen zu Analyseergebnissen ohne Imputation werden, soweit vorhanden, angegeben.

Analysen der kindlichen Gesundheit kurz nach der Geburt (z.B. Anzahl der Frühgeburten, kindliches Längen- und Größenwachstum), basierend auf den Angaben im kindlichen U-Untersuchungsheft, zeigen ebenfalls keine Gruppenunterschiede (Jungmann, Kurtz, Brand, Sierau & von Klitzing, 2010). Um weitere Geburtsrisiken und –komplikationen in die Analysen einbeziehen und somit die kindlichen Gesundheitsdaten um die Geburt herum noch genauer analysieren zu können, wird derzeit der Abruf von Perinataldaten bei betroffenen Krankenhäusern in den drei Bundesländern vorbereitet und durchgeführt.

Effekte auf die kindliche Entwicklung

Die psychomotorische und kognitive Entwicklung wurde zu t2, t3 und t4 mithilfe der Bayley Scales of Infant Development (BSID-II) (Reuner, Rosenkranz, Pietz & Horn, 2007) erfasst.

Für die *psychomotorische Entwicklung* ergeben sich weder im Querschnitt noch in der längsschnittlichen Entwicklung bis zum 12. bzw. 24. Lebensmonat der Kinder Effekte des Treatments.

Im Alter der Kinder von 6 Monaten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der *kognitiven Entwicklung* zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Der in vorläufigen Längsschnittanalysen gefundene, positive Treatmenteffekt auf die kognitive Entwicklung der Kinder vom 6. bis zum 12. Lebensmonat deutet sich weiterhin an, lässt sich aber nicht statistisch absichern (s. Abb. 2) (vgl. auch Jungmann et al., 2010; Kurtz, Brand & Jungmann, 2010a). Für die begleiteten Kinder, die bis zum 12. Lebensmonat im Projekt verbleiben, zeigt sich zu beiden Erhebungszeitpunkten eine tendenziell bessere kognitive Leistung als für die Kinder in der Kontrollgruppe ($F_{(1;339)} = 2,99$; $p = 0,09$).

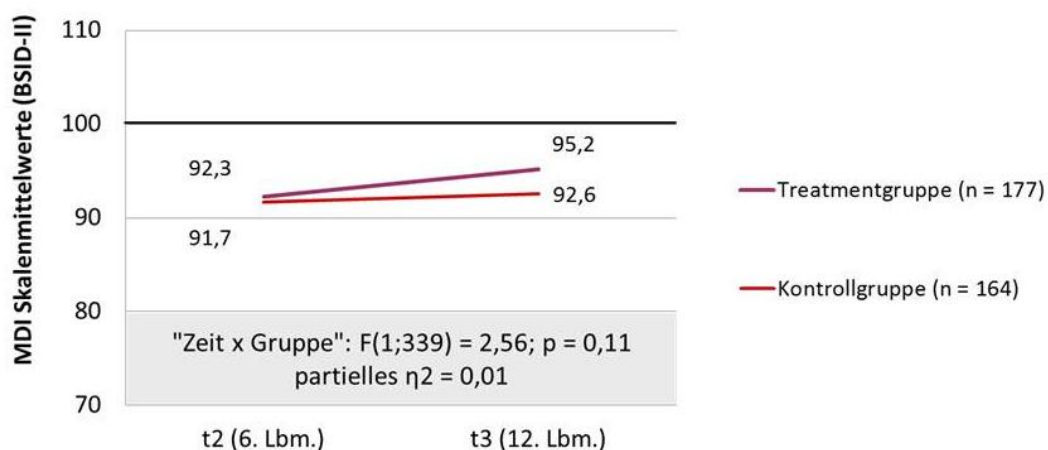


Abb. 2: Verlauf der kindlichen kognitiven Entwicklung vom 6. bis zum 12. Lebensmonat

In einer multifaktoriellen Varianzanalyse, in die als weitere unabhängige Variable neben der Gruppenzugehörigkeit der Stillstatus (jemals gestillt vs. nicht gestillt) einbezogen wird, deutet sich an, dass die „Pro Kind“-Begleitung sich insbesondere auf die kognitive Entwicklung der nicht gestillten Kinder positiv auswirkt (Kurtz, Brand & Jungmann, 2010b). Die statistische Absicherung dieses Ergebnisses mit steigender Stichprobengröße bleibt abzuwarten.

Erste Analysen der weiteren kindlichen kognitiven Entwicklung bis zum 24. Lebensmonat zeigen, dass sich der positive Effekt zugunsten der Treatmentgruppe für die kognitive Entwicklung nicht hält. In beiden Gruppen sinkt der MDI-Wert der Kinder ab (Interaktionseffekt „Zeit x Gruppe“: $F_{(1,89;255,62)} = 0,46$; $p = 0,64$). Der Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit zugunsten der Kinder in der Treatmentgruppe bleibt aber tendenziell erhalten ($F_{(1;135)} = 3,15$; $p = 0,08$).

In Ergänzung zu den Entwicklungstestungen mit dem BSID-II werden anhand des vorhandenen Videomaterials temperamentspezifische Besonderheiten der Kinder (Bayley Behavior Rating Scale; Bayley, 1993) sowie Interaktionscharakteristika der Mütter (Maternal Behavior Rating Scale; Mahony, 2008) erhoben um die Ergebnisse aus den Selbstbeschreibungen und Entwicklungstestungen zu objektivieren und zu spezifizieren. Erste querschnittliche Analysen ($n = 28$) im Rahmen einer Diplomarbeit (Rosendahl, 2010) zeigen keine Effekte des Hausbesuchsprogramms auf das Verhalten der Kinder und den Interaktionsstil der Mütter zum Zeitpunkt t3 (12 Monate). Allerdings konnten die erwarteten positiven Zusammenhänge zwischen den Interaktionscharakteristika der Mütter sowie der kognitiven und motorischen Entwicklung und den Verhaltenseigenschaften der Kinder in beiden Untersuchungsgruppen bestätigt werden ($r_{\text{kognitive Entwicklung; mütterliche Responsivität}} = 0,35$; $p < 0,05$; $r_{\text{kognitive Entwicklung; Affekt}} = 0,43$; $p < 0,05$). Dies kann als Beleg für die Bedeutsamkeit des mütterlichen Interaktionsverhaltens für die kognitive Entwicklung des Kindes und somit dessen frühe Förderung betrachtet werden. Derzeit finden noch weitere Datenerhebungen und Analysen im Längsschnitt statt um mögliche Programmeffekte zu überprüfen.

Erste Analysen der *sprachlichen Entwicklung* der Kinder zum Zeitpunkt t4 (24 Monate) zeigen weder für die Einschätzung durch die Mütter (Elfra 1 und 2; Grimm & Doil, 2006) noch für die Sprachentwicklungstestungen (SETK2; Grimm, 2000) signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen (Jungmann, Brand & Kurtz, eingereicht). Ähnliches gilt für die *sozioemotionale Entwicklung* der Kinder, erhoben mit der Child Behavior Checklist (CBCL) für 1,5 bis 5jährige Kinder (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002): Auch hier deuten sich bisher keine Effekte der Intervention an. Die Daten zeigen aber auch, dass die untersuchten Kinder beider Gruppen verglichen mit der Norm unterdurchschnittlich abschneiden und somit einen erhöhten Förderbedarf haben: So liegt der Skalenwert für die externalisierenden Störungen, die wiederum ein Risiko für die Entwick-

lung aggressiver und delinquenter Störungen im Entwicklungsverlauf darstellen können, in der „Pro Kind“-Stichprobe signifikant über dem einer Normstichprobe ($T_{(137)} = 4,12$; $p = 0,00$). Auch für die sprachliche Entwicklung liegen die mittleren T-Werte der Kinder in Treatment- und Kontrollgruppe unterhalb des Normwertbereiches (T-Wert von 40 bis 60) der Sprachproduktion anderer Kinder im gleichen Alter ($M_{\text{ProduktionI}} = 38,72$; $M_{\text{ProduktionII}} = 39,41$).

Eine wichtige Rolle für die sprachliche und sozial-emotionale Entwicklung spielt der mütterliche Umgang mit dem Kind, insbesondere die mütterliche Feinfühligkeit (z.B. Petermann, Petermann & Damm, 2008). Daher wurde die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion in freien Spielsituationen einer Zufallsstichprobe von insgesamt $n = 160$ in Anlehnung an den CARE-Index (Crittenden, 2006) eingeschätzt und im Rahmen einer Videointeraktionsanalyse hinsichtlich der mütterlichen Sensitivität ausgewertet, um tiefergehende Analysen zur Erklärung der Varianz in der kindlichen Entwicklung durchführen zu können. Derzeit werden die Daten ausgewertet. Erste Analysen mit zunächst $n = 38$ Videos in der Treatmentgruppe und $n=42$ Videos in der Kontrollgruppe zu jedem Zeitpunkt zeigen jedoch weder zum Zeitpunkt t2 (6 Monate) noch zum Zeitpunkt t3 (12 Monate) signifikante Unterschiede in der mütterlichen Feinfühligkeit (t2: $\chi^2 = 0,18$; $p = 0,67$; t3: $\chi^2 = 0,07$; $p = 0,80$; jeweils). Wiederum deuten die Analysen der fremdeingeschätzten Mutter-Kind-Interaktionsqualität auf eine höhere Belastung der „Pro Kind“-Teilnehmerinnen mit einem vergleichsweise hohen Interventionsbedarf hin.

Derzeit werden verschiedene Erklärungen für die bisher ausbleibenden Effekte geprüft und die Daten daraufhin analysiert. Einerseits sind wiederum die eingesetzten Methoden kritisch zu prüfen (z.B. Selbstangaben, besondere Herausforderungen bei der Durchführung von Entwicklungstestungen mit den älteren Kindern). Andererseits müssen auch Implementationsprobleme in Betracht gezogen werden (anfängliche Umsetzungsschwierigkeiten, unzureichende Umsetzung von PIPE).

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002). Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 1/2-5). Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Bayley, N. (1993). Bayley Scales of Infant Development - Second Edition. San Antonio, The Psychological Cooperation.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts "Pro Kind". Prävention und Gesundheitsförderung **5**(2): 109-114.
- Crittenden, P. M. (2006). CARE-Index Infants Coding Manual. Miami, Family Relations Institute.
- Durlak, J. A. & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. American Journal of Community Psychology **41**(2): 327-350.
- Gomby, D. S. (2005). Home Visitation in 2005: Outcomes for Children and Parents. Washington D.C., 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.
- Jungmann, T., Brand, T. & Kurtz, V. (eingereicht). Entwicklungsförderung im Rahmen Früher Hilfen – Erste Befunde aus dem Modellprojekt „Pro Kind“. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis.
- Jungmann, T., Brand, T., Kurtz, V. & Ziert, Y. (2009). Jahresbericht Implementationsforschung und Bisopsychosoziale Evaluation zum Modellprojekt "Pro Kind". Hannover, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. in Kooperation mit der Universität Rostock.
- Jungmann, T., Kurtz, V., Brand, T., Sierau, S. & von Klitzing, K. (2010). Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“: Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsforschung - Bundesgesundheitschutz **53**(11): 1180-1187.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010a). Förderung der kindlichen Entwicklung durch Frühe Hilfen? Vorläufige Ergebnisse einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Modellprojekt „Pro Kind“. Prävention und Gesundheitsförderung **5**(4): 347-352.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010b). Stillverhalten als Zielvariable kindlicher Gesundheit und Entwicklung im Rahmen "Früher Hilfen" - Vorläufige Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Modellprojekt "Pro Kind". Poster auf dem gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und European Union of Medicine in Assurance and Social Security. Berlin.
- Lutz, P. & Sandner, M. (2010). Kosten-Nutzen-Analyse. Effekte auf den (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben. Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. I. Renner, A. Sann & Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln, Nationales Zentrum Früher Hilfen: 104-124.
- Mahony, G. (2008). Maternal Behavior Rating Scale – Revised. Tallmadge, Ohio, Case Western Reserve University.
- Petermann, U., Petermann, F. & Damm, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie **46**(4): 243-253.
- Reuner, G., Rosenkranz, J., Pietz, J. & Horn, R. (2007). Bayley Scales of Infant Development-II. Frankfurt/M., Harcourt Test Services.
- Ziert, Y., Kurtz, V. & Jungmann, T. (2010). Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Mütter in der Schwangerschaft – Ergebnisse des Modellprojektes „Pro Kind“. Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. I. Renner, A. Sann & Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln, Nationales Zentrum Frühe Hilfen: 88-103.

Anhang

Projektbezogene Publikationen im Berichtszeitraum

- Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Zugang zu sozial benachteiligten Familien. Ergebnisse einer Multiplikatorenbefragung im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (2), 109-114 (DOI 10.1007/s11553-009-0197-6).
- Jungmann, T. (2010). Das Hausbesuchsprogramm des Modellprojektes „Pro Kind“. In R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und frühe Hilfen* (S. 183-193). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jungmann, T., Adamaszek, K., Helm, G., Sandner, M. & Schneider, R. (2010). Prävention von Kindeswohlgefährdung und Intervention im Kinderschutz. Vorläufige Befunde zur Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. *IzKK-Nachrichten*, Themenheft „Kinderschutz und frühe Hilfen“, 22-27.
- Jungmann, T. & Pfeiffer, C. (2010). Zur Notwendigkeit von Prävention aus kriminologischer Perspektive. In R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und frühe Hilfen* (S. 17-46). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jungmann, T., Kurtz, V., Brand, T., Sierau, S. & von Klitzing, K. (2010). Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“: Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsforschung - Bundesgesundheitschutz*, 53 (11), 1180-1187.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Förderung der kindlichen Entwicklung durch Frühe Hilfen? Vorläufige Ergebnisse einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Modellprojekt "Pro Kind". *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5 (4), 347-352.
- Ziert, Y., Kurtz, V. & Jungmann, T. (2010). Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Mütter in der Schwangerschaft – Ergebnisse des Modellprojektes „Pro Kind“. In I. Renner, A. Sann & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen* (S. 88-103). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Projektbezogene Vorträge und Veranstaltungen im Berichtszeitraum

- Brand, T. & Jungmann, T. (2010). „Pro Kind“ – Erste Ergebnisse der Forschung. Vortrag auf dem Fachtag „Frühe Hilfen für die gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern“. Bremen: 16.04.2010.
- Jungmann, T. (2010). International Meeting with NFP-partners in the Netherlands and in Great Britain at the 12th World Congress of the World Association of Infant Mental Health (WAIMH). Leipzig: 28./29.06.2010.
- Jungmann, T. & Kurtz, V. (2010). *Effectiveness of early home visiting in preventing adverse developmental outcomes. Preliminary results of the German pilot project "Pro Kind"*. Presentation at the 12th World Congress of the World Association of Infant Mental Health (WAIMH). Leipzig: 02.07.2010.
- Jungmann, T., Ziert, Y. & Kurtz, V. (2010). *Entwicklungsförderung im Rahmen Früher Hilfen. Erste Befunde aus dem Modellprojekt „Pro Kind“*. Vortrag auf dem 26. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung, Berlin: 09.03.2010.

- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). *Effectiveness of early home visiting in fostering maternal skills of high-risk primiparous women - Preliminary results of the German pilot project "Pro Kind"*. Poster Presentation at the 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH). Leipzig: 02.07.2010.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). *Stillen als Zielvariable kindlicher Gesundheit und Entwicklung im Rahmen Früher Hilfen – Vorläufige Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Modellprojekt "Pro Kind"*. Poster auf dem Gemeinsamen Kongress der Dt. Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Dt. Gesellschaft für Epidemiologie und European Union of Medicine in Assurance and Social Security. Berlin: 24.09.2010.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). *Stärkung elterlicher Kompetenzen und Förderung der kindlichen Entwicklung bei risikobelasteten Schwangeren und ihren Kindern durch frühe Hausbesuche? Erste Ergebnisse des Modellprojektes „Pro Kind“*. 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Bremen: 27.09.2010.
- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). *Die Begleitforschung des Modellprojektes „Pro Kind“*. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Das Hausbesuchsprogramm ‚Pro Kind‘ und seine Begleitforschung“ für den „Zweiten November der Wissenschaften“. Hannover: 18.11.2010.
- Kurtz, V., Ziert, Y. & Jungmann, T. (2010). *Entwicklungsverzögerungen vorbeugen – Erste Befunde aus dem Modellprojekt „Pro Kind“*. Offenes Forum auf dem 15. Deutschen Präventionstag. Berlin: 11.05.2010.
- Kurtz, V., Ziert, Y. & Jungmann, T. (2010). *Infants' mental development: Does home visiting compensate for negative consequences of not breastfeeding? Preliminary results of the pilot project "Pro Kind"*. Poster Presentation at the 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH). Leipzig: 03.07.2010.
- Maier-Pfeiffer, A. & Kurtz, V. Das Modellprojekt „Pro Kind“. Einführung und Diskussion zum Modellprojekt mit einer Studiengruppe des Lehrgangs Gesundheitsförderung und Prävention der Hochschule Luzern (Schweiz). Hannover: 04.05.2010.
- Maier-Pfeiffer, A., Marks, E., Kurtz, V., Sandner, M. & Herrmann, P. Das Hausbesuchsprogramm ‚Pro Kind‘ und seine Begleitforschung. Veranstaltung im Rahmen des „Zweiten Novembers der Wissenschaften“. Hannover: 18.11.2010.

Projektbezogene Qualifikationsarbeiten im Berichtszeitraum

- Ziert, Y. (2010). Effekte eines risikogruppenspezifischen Präventionsangebotes in der Schwangerschaft auf das mütterliche Gesundheitsverhalten. Magisterarbeit im Studiengang Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover.
- Zumbach, J. (2010). Eine längsschnittliche Datenanalyse – Frühe kognitive und motorische Entwicklung von sozialen Risikokindern in den Lebensmonaten 0-12. Bachelorarbeit im Studiengang Psychologie an der Universität Bremen.
- Rosendahl, R. (2010). Der Einfluss eines Frühpräventionsprogramms sowohl auf die kognitive und motorische Entwicklung und das Verhalten von Kleinkindern als auch auf das mütterliche Interaktionsverhalten in einer Hochrisikostichprobe. Bachelorarbeit im Studiengang Psychologie an der Universität Leipzig.