



in Kooperation mit der



UNIVERSITÄT LEIPZIG

Jahresbericht 2011

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	6
III. Implementationsforschung	7
IV. Biopsychosoziale Evaluation	9
4.1 Interventionseffekte auf die mütterliche und kindliche Gesundheit und die mütterliche Lebensplanung	9
4.2 Effekte auf das mütterliche Interaktions- und Förderverhalten.....	10
4.3 Effekte auf die kindliche Entwicklung.....	12
4.4 Ausblick	14
V. Literatur	16
VI. Anhang	17

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (Stand: Oktober 2011).....	6
Abb. 2: Kindliche nicht-sprachliche und sprachliche Entwicklungsleistungen in den BSID-II vom 6. bis zum 12. Monat im „Pro Kind“-Projekt	14

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht über die Items und Faktoren der Maternal Behavior Rating Scale (MBRS) zu den Zeitpunkten t2 und t3	11
Tab. 2: Übersicht der Ergebnisse der Behavior Rating Scale (BRS) zu den Zeitpunkten t2 und t3	13

Anhang

Übersicht über die projektbezogenen Publikationen, Vorträge, Veranstaltungen und Qualifikationsarbeiten im Berichtsjahr

Projektbezogene Publikationen im Berichtsjahr

I. Übersicht und Kurzzusammenfassung

Der vorliegende sechste Jahresbericht 2011 der Begleitforschung zum Modellprojekt „Pro Kind“ bezieht sich auf den Berichtszeitraum 01.01. bis 31.12.2011. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden kurz zusammengefasst sowie mit den 2011 in Fachzeitschriften erschienenen, wissenschaftlichen Publikationen (s. Anhang) belegt. Mit vollständigen Datensätzen ist Mitte des Jahres 2012 zu rechnen.

1. Stand der Datenerhebung

- Die Datenerhebungen der Interviews zu den Zeitpunkten t0 (Baseline; N = 755), t1 (36. Schwangerschaftswoche; N = 523), t2 (6 Monate; N = 505) und t3 (12 Monate; N = 432) sind abgeschlossen. Die Datensätze für den Zeitpunkt t4 (24 Monate) werden bis Mitte 2012 komplettiert (N = 262; ausstehende Interviews: ca. 15%).
- Die Abbruchrate in den Untersuchungsgruppen für die Teilnahme am Modellprojekt lag zum Ende des Jahres 2011 in beiden Untersuchungsgruppen durchschnittlich bei 43,4%.

2. Ergebnisse der Implementationsforschung

- Die Reflexionen der Umsetzungserfahrungen mit der Zielgruppe, den Fachkräften und den Vertretern der beteiligten Träger zeigen, dass die klare Strukturierung des „Pro Kind“-Programms insgesamt positiv bewertet wird. Allerdings wurden die verwendeten Leitfäden zum Teil als zu starr wahrgenommen.
- Ein Drittel der Familien mit Kindern bis zum Alter von einem Jahr beendete vorzeitig ihre Teilnahme. Besonders häufig handelte es sich um minderjährige Mütter, die insbesondere durch eine stärkere Einbeziehung der Großmütter und eine inhaltliche Fokussierung auf das Thema Elternrolle im Projekt gehalten werden konnten.
- Die Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund ist optimierbar, z.B. durch eine bessere Zusammenarbeit mit spezifischen Beratungsstellen. Bei der Umsetzung des Hausbesuchsprogramms stellen die Einbeziehung der Väter und der kultursensible Umgang der Fachkräfte mit unterschiedlichen Begleitungsthemen weitere wichtige Herausforderungen in der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund dar.
- Die Auswertungs- und Reflexionsergebnisse fließen direkt in die Weiterentwicklung des Programms ein und werden im Jahr 2012 in dem Buch „Kinder schützen, Familien stärken – Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung“ im Juventa-Verlag publiziert.

3. Ergebnisse der biopsychosozialen Evaluation

- Es zeigen sich gemischte Effekte auf die mütterliche und kindliche Gesundheit und Lebensplanung im ersten Lebensjahr. Kleine positive Interventionseffekte können z.B. auf die Rate der Frühgeburtlichkeit, die Nutzung von Verhütungsmitteln und die Häufigkeit weiterer Schwangerschaften nachgewiesen werden.
- Tiefergehende Analysen des beobachteten mütterlichen Interaktionsverhaltens mit dem Kind im ersten Lebensjahr ergaben keine Gruppenunterschiede. Allerdings zeigen sich kleine positive Effekte auf die durch die Mütter gestaltete Förderung für das Kind (z.B. gemeinsame Spielzeit).
- Obwohl keine Effekte auf die beobachtete kindliche sozial-emotionale und psychomotorische Entwicklung nachgewiesen werden können, hält sich der positive Effekt der Intervention auf die kognitive Entwicklung bis zum Alter von 12 Monaten, der vor allem auf eine bessere Sprachentwicklung zurückführbar ist.
- Nach Abschluss der Datenerhebung Mitte 2012 werden die Daten längsschnittlich bis zum Alter der Kinder von zwei Jahren ausgewertet und mögliche Wirkmechanismen analysiert. Eine Follow-Up-Erhebung für die Kinder im Vorschulalter ist bei der DFG beantragt.

II. Stand der Datenerhebung

Die Datenerhebung bis zum Alter der Kinder von 12 Monaten ist abgeschlossen, es stehen noch knapp 15% der Daten zum t4-Zeitpunkt im Alter von 24 Monaten aus (s. Abb. 1). Die Quote durchgeführter Interviews liegt zu t1 bei durchschnittlich 69,3%, zu t2 bei 66,9% und zu t3 bei 57,2%.

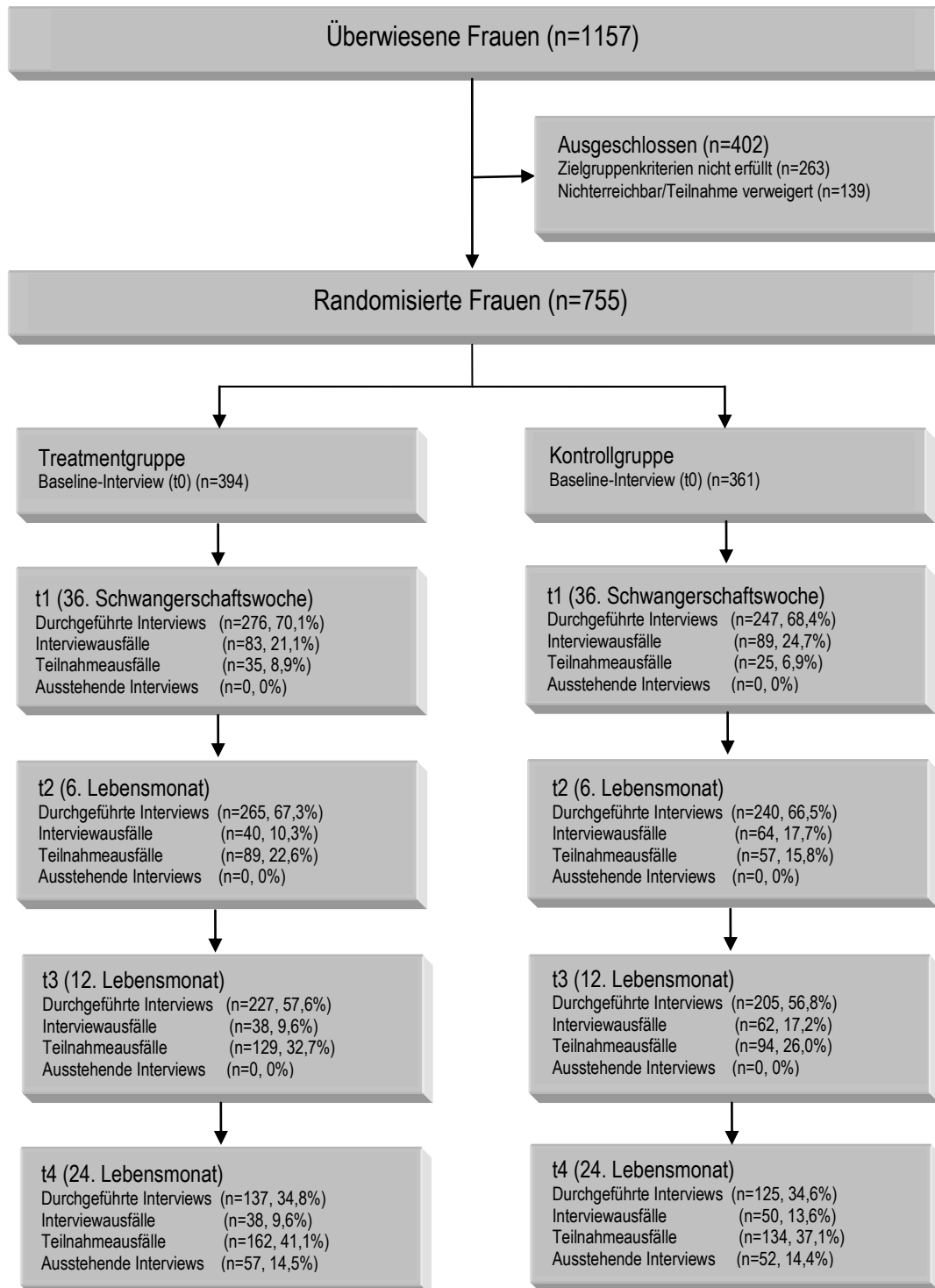


Abb. 1: Verbleib der Teilnehmerinnen im Projekt (Stand: Oktober 2011)

Während es in der Kontrollgruppe häufiger zu Interviewausfällen (z.B. wegen Nicht-Erreichbarkeit) kommt, sind die Teilnahmeausfälle (aktive Beendigung des Projektes, z.B. aufgrund eines Umzugs) in der Treatmentgruppe zu den Zeitpunkten t2 und t3 signifikant größer als in der Kontrollgruppe. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die begleiteten Frauen durch den engeren Kontakt mit den Familienbegleiterinnen ihre Beendigungsgründe schneller und deutlicher kommunizieren als die Frauen der Kontrollgruppe. Insgesamt unterscheidet sich die Abbruchquote aber nicht zwischen den Untersuchungsgruppen ($n_{TG} = 177$ vs. $n_{KG} = 151$; $\chi^2 = 0,74$; $p = 0,39$). Der Anteil der Interviewausfälle bleibt in den beiden Untersuchungsgruppen über die Erhebungszeitpunkte relativ konstant (11,7% bis 13,8%), lediglich zu t1 ergibt sich mit 22,8% eine höhere Ausfallquote bedingt durch den späten Erhebungstermin (36. SSW) kurz vor Entbindung. Die Gesamtabbruchquote nimmt mit den Erhebungszeitpunkten zu (von 7,9% bei t1 auf 39,2% bei t4).

Die Analyse wichtiger demographischer Daten spricht für einen selektiven Stichprobenausfall in beiden Untersuchungsgruppen: Insbesondere die jüngeren und insgesamt höher risikobelasteten Frauen mit einem geringeren Schichtindex brechen im Verlauf der Projektteilnahme ab bzw. nehmen nicht an Interviews oder Erhebungen teil. Zu keinem Zeitpunkt unterscheiden sich aber die Gruppen hinsichtlich wichtiger demographischer Daten, wie z.B. dem Alter oder Schichtindex.

III. Implementationsforschung

Die Implementationsforschung beschäftigt sich mit folgenden Fragen: 1) Wird die Zielgruppe erreicht? 2) Lässt sich das Programm wie geplant umsetzen? 3) Welche Änderungen des bisherigen Konzepts sind notwendig?

Im Berichtsjahr stand die Reflexion der Umsetzungserfahrung im Fokus. Dazu wurden eine schriftliche Zielgruppenbefragung, Workshops mit den Fachkräften und Auswertungsgespräche mit Vertretern der beteiligten freien Träger der Jugendhilfe und der Jugendämter durchgeführt.

Strukturierte Vorgehensweise. Die klare Strukturierung des „Pro Kind“-Programms (z.B. feste Hausbesuchsfrequenz, Arbeit mit manualisierten Leitfäden) wurde von Fachkräften insgesamt positiv bewertet. Als Vorteile dieser Arbeitsweise wurden dabei die Wahrung der thematischen Vielfalt und die Möglichkeit, schwierige Themen wie innerfamiliäre Gewalt mit Verweis auf den Leitfaden „unverfänglich“ anzusprechen, wahrgenommen. Sobald sich eine Arbeitsroutine eingestellt hatte, wurde die Handbuchstruktur als Arbeitserleichterung empfunden. Als Umsetzungsherausforderungen ergaben sich durch die Top-Down Implementation Identifikationsprobleme mit dem vorgegebenen Vorgehen und den Inhalten. Die Leitfäden wurden zum Teil als „starres Korsett“ wahrgenommen und die Fachkräfte fühlten sich

unter Druck, alle Themen zu bearbeiten, statt gezielt und angepasst an die Interessen und Bedürfnisse der Familien Themen auszuwählen. Aus Forschungssicht ergab sich ein Spannungsfeld zwischen den Anforderungen der Programmtreue und der Beratungskompetenz, d.h. die Art und Weise, wie Themen bearbeitet werden. Die Ergebnisse der Zielgruppenbefragung bestätigen die Akzeptanz der Strukturelemente des Programms. Auch in den Auswertungsgesprächen mit externen Entscheidungsträgern wurde der Wunsch nach klaren Programmstrukturen für Angebote Früher Hilfen deutlich.

Vorzeitige Teilnahmebeendigungen. Vorzeitige Teilnahmebeendigungen sind eine typische Herausforderung von Präventionsprogrammen, die auf Freiwilligkeit beruhen. Im Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“ kam es in einem Drittel der Fälle zu einer vorzeitigen Teilnahmebeendigung der Familien mit Kindern bis zum Alter von einem Jahr. Die Abbruchrate war dabei unabhängig von der begleitenden Fachkraft und der Projektlaufzeit. Besonders häufig kam es unter den minderjährigen Müttern zu vorzeitigen Teilnahmebeendigungen. Diese waren gleichzeitig durch einen geringen sozioökonomischen Status und eine höhere Risikobelastung gekennzeichnet. Unter diesen jungen Müttern wirkte sich die Einbeziehung der Großmütter positiv auf die Retention aus. Insgesamt förderte die inhaltliche Fokussierung auf das Thema Elternrolle den Verbleib der Familien im Programm. Diese Ergebnisse geben Hinweise für spezifische Strategien zur Verbesserung der Retention in den Frühen Hilfen.

Frauen mit Migrationshintergrund. Familien mit Migrationshintergrund stellen häufig besondere Anforderungen an Präventionsprogramme bezüglich des Zugangs und der Kultursensibilität in der inhaltlichen Arbeit. Im Modellprojekt „Pro Kind“ wiesen 15% der Frauen einen Migrationshintergrund auf, womit diese Gruppe im Vergleich zum Anteil an der Gesamtbevölkerung (20%) unterrepräsentiert ist. Die erreichten Frauen mit Migrationshintergrund kamen im Vergleich zu den anderen Teilnehmerinnen häufiger als Selbstmelderinnen und vergleichsweise selten über Beratungsstellen (z.B. Schwangerenberatung) zu „Pro Kind“, was für eine geringere Integration in das bestehende Versorgungssystem spricht. Eine besondere Herausforderung in dieser Gruppe war die Einbeziehung der Väter in die Hausbesuche, die an vergleichsweise deutlich weniger Besuchen teilnahmen (15% vs. 25%, $p < 0,000$). Weitere Herausforderungen lagen für die Fachkräfte im kultursensiblen Umgang mit unterschiedlichen Erziehungsvorstellungen und in der Begleitung von rivalisierenden Rollen- und Sozialisationserwartungen des Herkunfts- und Ziellandes, denen die Teilnehmerinnen in ihren Familiensystemen zum Teil ausgesetzt waren.

Diese und weitere Auswertungs- und Reflexionsergebnissen fließen direkt in die Weiterentwicklung des Programms ein und werden im nächsten Jahr in dem Buch „Kinder schützen, Familien stärken – Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der „Pro Kind“-Praxis und -Forschung“ im Juventa-Verlag publiziert.

IV. Biopsychosoziale Evaluation

Die Evaluationsforschung untersucht im Rahmen der randomisierten Kontrollgruppenstudie die Wirksamkeit von Pro Kind auf (1) die mütterliche und kindliche Gesundheit und Lebensumstände sowie (2) auf die kindliche Entwicklung. Da die Datenerhebung für das Alter von zwei Jahren erst im Sommer 2012 vollständig abgeschlossen sein wird, wird an dieser Stelle auf Analysen der Daten zu diesem Zeitpunkt (t4) noch verzichtet.

Da die Baseline-Daten einen signifikanten Unterschied des Vorliegens einer psychischen Erkrankung in der Treatment (10,9%)- und Kontrollgruppe (18,8%; $p = 0,002$) zeigten, wurde die Variable in allen Auswertungen der biopsychosozialen Evaluation als Kovariate kontrolliert.

4.1 Interventionseffekte auf die mütterliche und kindliche Gesundheit und die mütterliche Lebensplanung

Tendenziell werden die Kinder in der Kontrollgruppe früher geboren (Gestationsalter < 32 Wochen; 2% vs. 0,4%; $\chi^2_{(1, 460)} = 3,11$; $p = 0,08$), wobei der Anteil der Frühgeborenen insgesamt sehr gering ausfällt ($n = 6$).

Die kindliche körperliche Entwicklung (U-Untersuchungsdaten zu Gewicht, Körperlänge, Kopfumfang) verläuft in den beiden Untersuchungsgruppen bis zum 12. Lebensmonat vergleichbar.

Für die Stilldauer ergibt sich ein tendenziell signifikanter Effekt zugunsten der Treatmentgruppe: Die begleiteten Frauen, die vor dem 6. Monat gestillt haben, weisen im Schnitt eine längere Stilldauer in Tagen auf als die nicht begleiteten Frauen (68 vs. 57 Tage; $F_{(1, 293)} = 3,13$; $p = 0,08$). In diesen Analysen wurde das Vorliegen einer psychischen Erkrankung der Mutter (zu t0) als Kovariate berücksichtigt, da sich zum Baseline-Zeitpunkt signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Risikovariablen zeigten. Insgesamt fällt der Anteil jemals gestillter Kinder mit 77,1% geringer aus als bei Frauen aus mittleren oder hohen Sozialschichten (vgl. Lange, Schenk & Bergmann, 2007). Ein Artikel zu den abschließenden Daten zur Effektivität des Hausbesuchsprogramms auf die mütterliche und kindliche Gesundheit und die Entwicklung der Kinder bis zum Ende des ersten Lebensjahres wird bis zum Sommer 2012 erstellt.

Ein Effekt zeigt sich auch für die mütterliche Lebensplanung: Die Frauen der Treatmentgruppe nutzen nach der Geburt ihres ersten Kindes häufiger Verhütungsmittel (t3; 81,6 vs. 73,5%; $\chi^2_{(1, 397)} = 3,75$; $p = 0,05$) und sind zum ersten Geburtstag ihres ersten Kindes tendenziell seltener wieder schwanger (t3; 4,5 vs. 8,8%; $\chi^2_{(1, 428)} = 3,32$; $p = 0,07$).

4.2 Effekte auf das mütterliche Interaktions- und Förderverhalten

Effekte auf das mütterliche Interaktionsverhalten: Das umfangreiche Videomaterial, das im Zuge der Entwicklungstestungen entstanden ist, wurde im Berichtsjahr hinsichtlich des mütterlichen (und kindlichen; s. nächster Abschnitt) Interaktionsverhaltens reanalysiert¹. Das mütterliche Verhalten wurde mit der Maternal Behavior Rating Scale (MBRS) eingeschätzt (Mahoney, Powell & Finger, 1986) und auf der Grundlage einer deutschen Übersetzung von Gebhard (2009) ausgewertet. Insgesamt wurden zehn Items verwendet, die auf einer jeweils fünfstufigen Skala (von 1 = geringe Ausprägung bis 5 = starke Ausprägung) die Einschätzung der mütterlichen Responsivität (Items Sensitivität, Responsivität und Reziprozität), die Affektivität bzw. Anregung (Items Anerkennung, Spaß und Freude, Ausdrucksfähigkeit, Ideenreichtum und Wärme), ihre Direktivität (ein Item) und ihr verbal lobendes Verhalten (ein Item) ermöglichen. Es wird angenommen, dass diese mütterlichen Verhaltensweisen die frühe kindliche Entwicklung positiv beeinflussen und daher einen wichtigen Mediator für die kindliche Entwicklung darstellen (Mahoney, Boyce, Fewell et al., 1998).

Die Auswertungen wurden von speziell dafür geschulten Kodiererinnen aus Niedersachsen und Sachsen vorgenommen, die keine Kenntnis der Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmerinnen hatten. Die Auswertungsreliabilität, berechnet mit dem Intraklassenkoeffizienten ICC (Reliabilitätsanalyse: Modell „zweifach, gemischt“; Typ „absolute Übereinstimmung“) an einer zufälligen Auswahl von 5% der vorliegenden t2- und t3-Testungen (n = 48), ergab eine Übereinstimmung von 0,67 für die t2 und t3-Auswertungen² und kann somit als ausreichend betrachtet werden.

Tab. 1 fasst die Ergebnisse für die mütterliche Interaktionsqualität zu t2 und t3 zusammen. Dargestellt sind die Ergebnisse auf Einzelitem- sowie auf übergeordneter Faktorebene. Es wurde angenommen, dass die Interaktionsqualität zu beiden Zeitpunkten in der Treatmentgruppe höher ausfällt als in der Kontrollgruppe.

¹ Eine Reanalyse der MBRS-Daten zu t4 ist derzeit ebenfalls in Arbeit.

² In die Analysen gingen die Items der MBRS und BRS (s.u.) ein. Noch nicht einbezogen sind Auswertungen der t3-Reliabilitätsvideos aus Sachsen, die derzeit noch kodiert werden.

Tab. 1: Übersicht über die Items und Faktoren der Maternal Behavior Rating Scale (MBRS) zu den Zeitpunkten t2 und t3

MBRS Item bzw. Faktor	Treatmentgruppe	n	Kontrollgruppe	n	p-Wert
<i>Zeitpunkt t2 (6. Lebensmonat)</i>					
Sensitivität	3,48	230	3,42	205	0,49
Responsivität	3,45	231	3,39	205	0,43
Reziprozität	3,07	180	3,08	169	0,96
∑ Faktor Responsivität	3,35	180	3,34	168	0,85
Anerkennung	3,25	232	3,27	205	0,83
Spaß und Freude	3,43	232	3,46	205	0,68
Ausdrucksfähigkeit	3,23	182	3,18	170	0,54
Ideenreichtum	2,74	178	2,70	168	0,64
Wärme	3,30	232	3,29	205	0,92
∑ Faktor Affektivität	3,21	178	3,22	167	0,80
Direktivität	2,53	232	2,49	205	0,62
Verbales Lob	1,76	231	1,87	205	0,25
<i>Zeitpunkt t3 (12. Lebensmonat)</i>					
Sensitivität	3,42	188	3,43	163	0,92
Responsivität	3,55	188	3,50	163	0,54
Reziprozität	3,27	160	3,28	145	0,90
∑ Faktor Responsivität	3,42	160	3,41	142	0,86
Anerkennung	3,41	188	3,35	163	0,44
Spaß und Freude	3,35	188	3,34	163	0,93
Ausdrucksfähigkeit	3,17	162	3,26	147	0,40
Ideenreichtum	2,87	159	2,79	144	0,41
Wärme	3,28	188	3,31	163	0,77
∑ Faktor Affektivität	3,21	159	3,23	141	0,85
Direktivität	2,84	188	3,00	163	0,08
Verbales Lob	2,37	188	2,44	162	0,60

Anmerkungen: Daten sind Mittelwerte; Nicht alle Kategorien konnten gleichermaßen anhand der Videos eingeschätzt werden oder es lagen keine Videoaufzeichnungen vor.

Wie die Tabelle zeigt, können sowohl im sechsten als auch im zwölften Monat keine Gruppenunterschiede zwischen dem mütterlichen Interaktionsverhalten, eingeschätzt durch objektive Rater mithilfe der MBRS, festgestellt werden. Lediglich die Direktivität ist in der Kontrollgruppe im 12. Lebensmonat

der Kinder tendenziell etwas höher ausgeprägt als in der Treatmentgruppe, wobei der tatsächliche Einfluss dieser Tendenz auf die kindliche Entwicklung noch zu prüfen ist. Auch längsschnittlich ergeben sich keine Gruppen- oder Interaktionseffekte (Faktor „Responsivität“ Zeit x Gruppe: $F_{(1,231)} = 0,16$; $p = 0,69$; Faktor „Affektivität“ Zeit x Gruppe: $F_{(1,226)} = 0,10$; $p = 0,75$; kontrolliert um Risikovariablen „psychische Erkrankung“ zu t0 als Kovariate).

Es ergeben sich signifikante Korrelationen zu den Auswertungen anhand der im Berichtsjahr 2010 vorgenommenen Auswertungen mit dem CARE-Index (Crittenden, 2006): Die mit der MBRS eingeschätzte mütterliche Responsivität (s. Faktor Tab. 1) korreliert mit der Sensitivität im CARE-Index zu $r = 0,25$ zu t2 ($n = 67$) und zu $r = 0,29$ zu t3 ($n = 69$; beides signifikant auf dem 5%-Niveau). Auf weitere Auswertungen mit dem CARE-Index wurde bisher aus Kapazitätsgründen verzichtet. Gemeinsame Auswertungen mit dem Ziel einer ausreichenden Reliabilität zur Auswertung der Videos nach dem CARE-Index wurden im Berichtsjahr im Rahmen ausgewählter Modellprojekte des NZFH (z.B. Guter Start ins Kinderleben des Universitätsklinikums Ulm oder PFIFF des Universitätsklinikums Heidelberg) vorgenommen, die Prüfung der Reliabilität ist für das Frühjahr 2012 angestrebt und lässt dann möglicherweise weitere Analysen zu.

Effekte auf das mütterliche Förderverhalten. Betrachtet man das Förderverhalten der Mütter im Umgang mit ihren Kindern, so ergeben sich zwei weitere Tendenzen: Zum einen zeigt sich, dass die Mütter der Kontrollgruppe im Verlauf des ersten Lebensjahres zunehmend weniger gemeinsame Spielzeit mit ihrem Kind verbringen, wogegen die Mütter der Treatmentgruppe eine längere Spielzeit angeben ($M_{TG\ t3} = 193$ Minuten vs. $M_{KG\ t3} = 169$ Minuten; Interaktion „Zeit x Gruppe“ $F_{(1,249)} = 3,36$; $p = 0,07$). Zudem deuten die Beobachtungen der Interviewerinnen darauf hin, dass in begleiteten Familien zum Ende des ersten Lebensjahres mehr Bücher im Haushalt zur Verfügung stehen (in 35,5% (TG) vs. 27,9% (KG) der Fälle, $\chi^2_{(1,421)} = 2,79$; $p = 0,10$).

4.3 Effekte auf die kindliche Entwicklung

Sozial-emotionale Entwicklung. Die Videoaufnahmen der Entwicklungstestungen mit den Bayley Scales of Infant Development (BSID)-II (Reuner, Rosenkranz, Pietz et al., 2007) wurden ebenfalls hinsichtlich des kindlichen Interaktionsverhaltens reanalysiert³. Die so genannte Behavior Rating Scale (BRS) ist zwar Teil der BSID-II in der Original-, nicht aber in der deutschen Version, so dass für die vorliegenden Auswertungszwecke eine deutsche Übersetzung von Fuiko (2003) verwendet wurde. Es wurden insgesamt 28 (t2) bzw. 26 (t3) Items auf einer fünfstufigen Skala (von 1 = geringe Ausprägung bis 5 = starke

³ Eine Reanalyse der BRS-Daten zu t4 ist derzeit ebenfalls in Arbeit.

Ausprägung) eingeschätzt, die zu drei Faktoren zusammengefasst wurden (zur Reliabilitätsprüfung der Kodiererinnen s. Abschnitt oben (MBRS); s. Tab. 2).

Tab. 2: Übersicht der Ergebnisse der Behavior Rating Scale (BRS) zu den Zeitpunkten t2 und t3

BRS Faktor	Treatmentgruppe	N	Kontrollgruppe	n	p-Wert
<i>Zeitpunkt t2 (6. Lebensmonat)</i>					
Orientierung am Testleiter	3,99	234	3,94	208	0,23
Emotionale Regulation	4,44	234	4,42	208	0,59
Motorische Geschicklichkeit	4,14	229	4,09	206	0,16
<i>Zeitpunkt t3 (12. Lebensmonat)</i>					
Orientierung am Testleiter	4,09	193	4,04	170	0,35
Emotionale Regulation	4,21	192	4,20	170	0,74
Motorische Geschicklichkeit	4,46	189	4,48	169	0,58

Es zeigen sich keinerlei signifikante Unterschiede in den kindlichen Verhaltensfaktoren der BRS im Alter von sechs und zwölf Monaten. Die BRS-Daten korrelieren signifikant mit den kognitiven und psychomotorischen Leistungen zu den jeweiligen Zeitpunkten ($r = .12$ bis $.50$). Zudem hängt die emotionale Regulationsfähigkeit der Kinder zum Zeitpunkt t3 signifikant negativ mit der mütterlichen Einschätzung des kindlichen Temperaments als schwierig zusammen ($r = -.14$; $n = 309$; $p \leq 0,05$).

Kognitive und psychomotorische Entwicklung. Zum Zeitpunkt t2 (6 Monate) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der kognitiven und psychomotorischen Entwicklung in den BSID-II zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (kognitiv (MDI): $M_{KG} = 92,23$ vs. $M_{TG} = 93,24$; $F_{(1,466)} = 1,98$; $p = 0,16$; psychomotorisch (PDI): $M_{KG} = 81,72$ vs. $M_{TG} = 82,90$; $F_{(1,482)} = 0,66$; $p = 0,42$; Ausschluss von Testungen mit mehr als 20% Verweigerungen oder Auslassungen; kontrolliert um Risikovariablen „psychische Erkrankung“ zu t0 als Kovariate). Tendenzielle Unterschiede zugunsten der Treatmentgruppe ergeben sich jedoch bei einer querschnittlichen Betrachtung der kognitiven Entwicklung im Alter von 12 Monaten (t3; $M_{KG} = 93,04$ vs. $M_{TG} = 95,32$; $F_{(1,393)} = 4,00$; $p = 0,05$; Ausschlüsse und Kontrolle der Kovariate s.o.).

In den Längsschnittanalysen zeigt sich, dass sich die begleiteten Kinder bis zum Ende des ersten Lebensjahres kognitiv signifikant positiver entwickeln als die nicht begleiteten Kinder ($F_{(1,347)} = 4,25$; $p = 0,04$; Ausschlüsse und Kontrolle der Kovariate s.o.). Dabei scheinen die Unterschiede in den kognitiven Fähigkeiten vor allem auf Entwicklungsunterschiede im sprachlichen Bereich zurückführbar zu sein: Werden die sprachlichen und die nicht-sprachlichen Items der BSID-II getrennt analysiert, so ergibt sich

für die sprachlichen Items ein signifikanter Interaktionseffekt (s. Abb. 2; Ausschlüsse und Kontrolle der Kovariate s.o.).

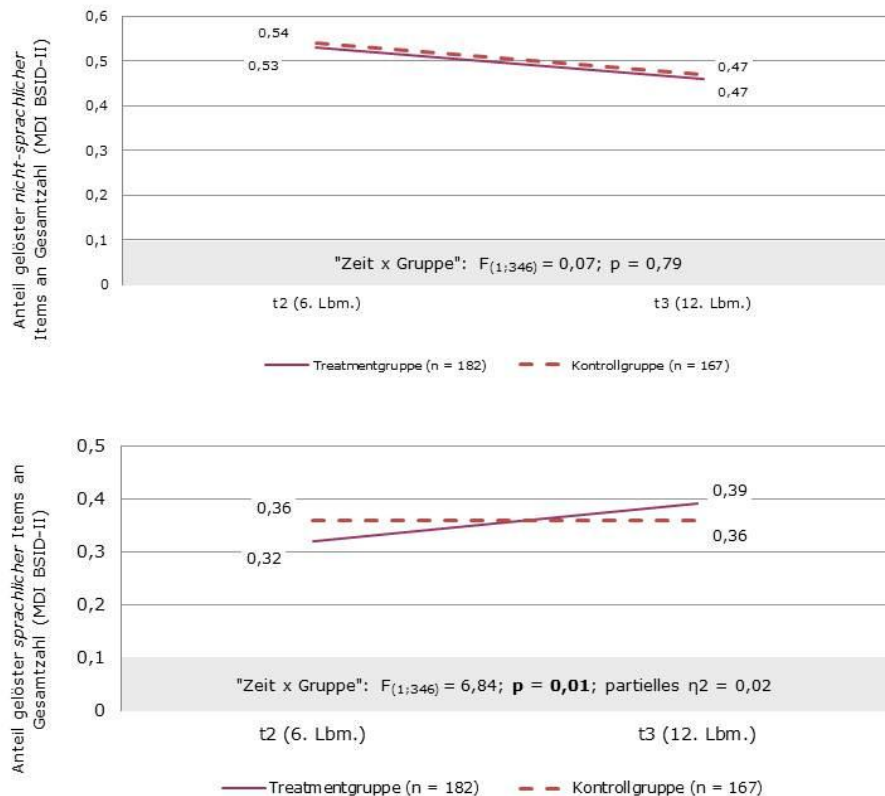


Abb. 2: Kindliche nicht-sprachliche und sprachliche Entwicklungsleistungen in den BSID-II vom 6. bis zum 12. Monat im „Pro Kind“-Projekt

4.4 Ausblick

Zusammengenommen sind die bisherigen Ergebnisse zur Effektivität des Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“ bis zum Ende des ersten Lebensjahres gemischt. Wenn Effekte nachweisbar sind, so fallen diese doch eher klein aus. Angesichts der (hohen) Erwartungen ist dieses Ergebnis zwar enttäuschend, entspricht aber internationalen, metaanalytischen Befunden zur Wirksamkeit von Hausbesuchsprogrammen (z.B. Gomby, 2005). Insbesondere wenn Interventionen sich nicht direkt an AdressatInnen, wie z.B. die Kinder, wenden, sondern versuchen, Outcomes über andere Verbesserungen zu erzielen (z.B. positivere kindliche Entwicklung über eine Optimierung der Elternkompetenzen), sind kleinere Effekte zu erwarten und könnten auch die Ergebnisse dieser Studie erklären (Love, Eliason Kisker, Ross et al., 2005). Der Aspekt stellt insbesondere bei der Weiterentwicklung des Programms einen sehr wichtigen Punkt dar, indem beispielsweise stärker kindfokussierte Angebote (z.B. Mutter-Kind-Gruppen) integriert

werden könnten oder auf eine stärkere Vernetzung mit kindfokussierten Angeboten (z.B. frühkindliche Förderung) hingearbeitet werden könnte. Weitere Erklärungen für die insgesamt kleinen Effekte sind auch in der Programmumsetzung zu suchen, die beispielsweise eine insgesamt geringe Nutzung des Moduls PIPE belegen konnte, welches explizit zur Stärkung der mütterlichen Interaktionsfähigkeiten und somit der kindlichen Entwicklung eingesetzt wurde. Im laufenden letzten Berichtsjahr wird der abschließende Datensatz deshalb insbesondere hinsichtlich möglicher Wirkmechanismen geprüft.

Da die ersten Kinder im Projekt bereits im Vorschulalter sind und sich zu diesem Zeitpunkt möglicherweise langfristige Effekte der „Pro Kind“-Intervention ergeben, wurde bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ein Gemeinschaftsantrag der beteiligten Institutionen KFN e.V., Universität Rostock und dem Universitätsklinikum Leipzig auf Finanzierung der Follow-Up-Untersuchung im kindlichen Alter von viereinhalb Jahren gestellt. Bisherige Erhebungen werden von der TUI-Stiftung kostenneutral zwischenfinanziert.

Die ersten Erfahrungen dieser Follow-Up-Erhebungen zeigen, dass die Erreichbarkeit der Frauen geringer ausfällt als in der Modellphase. Trotzdem konnten bisher 44% (n = 7) der bis Ende des Jahres 2011 anvisierten Interviews und Entwicklungstestungen mit den aktiv verbleibenden Frauen und ihren vier- einhalbjährigen Kindern durchgeführt werden. Im Zuge der Follow-Up-Erhebungen werden auch die Frauen angesprochen, die das Modellprojekt noch in der Modellphase abgebrochen haben⁴, wobei bisher aber keine dieser Frauen für eine erneute Teilnahme an der Forschung gewonnen werden konnte.

⁴ Dies geschieht nur, sofern die Frauen nicht um komplette Löschung ihrer Kontaktdaten gebeten haben.

V. Literatur

- Crittenden, P. M. (2006). CARE-Index Infants (birth - 15 months) Coding Manual. Miami, Family Relations Institute.
- Fuiko, R. (2003). Entwicklungspsychologische Beurteilung von Kleinkindern: Eine vergleichende Evaluation verschiedener Entwicklungsdiagnostika anhand von früh- und reifgeborenen Kindern. Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften. Wien, Universität Wien. Doktor.
- Gebhard, B. (2009). Motorik und Interaktion in der Entwicklung von Risikokindern: Eine Untersuchung zur Förderung frühgeborener Kinder auf dem Laufband. Fakultät Rehabilitationswissenschaften. Dortmund, Technische Universität Dortmund. Doktor.
- Gomby, D. S. (2005). Home Visitation in 2005: Outcomes for Children and Parents. Washington D.C., Committee for Economic Development.
- Love, J. M. et al. (2005). "The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs." Developmental Psychology **41**(6): 885-901.
- Mahoney, G. et al. (1998). "The relationship of parent-child interaction to the effectiveness of early intervention services for at-risk children and children with disabilities." Topics in Early Childhood Special Education **18**(1): 5-17.
- Mahoney, G. et al. (1986). "The Maternal Behavior Rating Scale." Topics in Early Childhood Special Education **6**(2): 44-56.
- Reuner, G. et al. (2007). Bayley Scales of Infant Development-II. Frankfurt/M., Harcourt Test Services.

VI. Anhang

Projektbezogene Publikationen im Berichtszeitraum

Jungmann, T., Brand, T. & Kurtz, V. (2011). Entwicklungsförderung im Rahmen Früher Hilfen – Vorläufige Befunde aus dem Modellprojekt „Pro Kind“. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 43 (2), 291-302.

Jungmann, T. & Refle, M. (2011). Stärkung elterlicher Kompetenzen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung. *Frühe Kindheit*, 03/11, 28-37.

Sierau, S., Lehmann, E., & Jungmann, T. (2011). Fathers in disadvantaged families: The importance of parental self-efficacy and partnership satisfaction for infants' development and mothers' interactive style. *Family Science*, DOI:10.1080/19424620.2011.639141.

Projektbezogene Vorträge und Veranstaltungen im Berichtszeitraum

Brand, T. Qualitätssicherung im Setting Familie – Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag auf der 2. KNP-Jahrestagung „Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier“, 18.-19. Mai, Bonn

Brand, T. Vorzeitige Teilnahmebeendigungen im Modellprojekt Pro Kind. 2. Auswertungsworkshop des Praxisteam Pro Kind Sachsen, Meißen: 18.04.11.

Brand, T., Kurtz, V., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem Auswertungstreffen in Celle. Celle: 10.05.2011.

Brand, T., Kurtz, V., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem Auswertungstreffen bei der Stadt Wolfsburg. Wolfsburg: 16.05.2011.

Brand, T., Kurtz, V., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag im Rahmen des Fachbeirats Pro Kind Bremen. Bremen: 29.06.2011.

Brand, T., Kurtz, V., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem Auswertungstreffen bei der Stadt Braunschweig. Braunschweig: 06.07.2011.

Brand, T., Kurtz, V., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem Auswertungstreffen mit den Kommunen Garbsen und Laatzen. Hannover: 04.08.2011.

- Brand, T., Kurtz, V., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem Auswertungstreffen bei der Stadt Göttingen. Göttingen: 06.09.2011.
- Jungmann, T. Verbesserung der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion als Schlüssel zur Förderung kindlicher Entwicklung? Vorläufige Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“. Vortrag auf der Tagung dem XXXII. DGKJP-Kongress. Essen: 03.03.2011.
- Jungmann, T. Stärkung von elterlichen Kompetenzen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung? Vorläufige Befunde zur Wirksamkeit von „Pro Kind“. Vortrag auf dem 14. Dt. Kinder- und Jugendhilfetag. Stuttgart: 08.06.2011.
- Jungmann, T., Ziegenhain, U. Kinder in Hochrisikokonstellationen II – Prävention und Intervention. Symposium auf der 20. Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der DGPs. Erfurt: 14.09.2011.
- Jungmann, T. Nutzen und Implikationen Früher Hilfen. Ergebnisse des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem 4. ISER-Fachtag „Forschung für die Praxis“. Rostock: 25.11.2011.
- Jungmann, T., Lutz, P. Effektivität und Kosten-Nutzen-Analyse Früher Hilfen - Ergebnisse der Forschung zum Projekt „Pro Kind“. Vortrag auf der Abschlusstagung des Landesprojektes „Netzwerke für Kinderschutz – Pro Kind Sachsen“. Leipzig: 28.11.2011.
- Kurtz, V., Brand, T., Sandner, M., Lutz, P. Jungmann, T. Ergebnisse zur Programmumsetzung und Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“. Vortrag auf dem Auswertungstreffen bei der Stadt Hannover. Hannover: 30.06.2011.
- Kurtz, V. Results of the implementation and evaluation research of the German ‚Pro Kind‘ project. Vortrag auf dem International Meeting on NFP. Amsterdam: 23.06.2011.
- Kurtz, V. Verbessern Frühe Hilfen die Entwicklungschancen sozial benachteiligter Kinder? Ergebnisse der randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Modellprojekt „Pro Kind“. Vortrag auf der 20. Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der DGPs. Erfurt: 14.09.2011.
- Refle, M., Helm, G. & Brand, T. Auf den Punkt gebracht. Erfahrungen und Empfehlungen aus Praxis und Forschung Vortrag auf der Abschlusstagung des Landesprojektes „Netzwerke für Kinderschutz – Pro Kind Sachsen“. Leipzig: 28.11.2011.
- Sierau, S. Partner(schaften) in Pro Kind: Die Bedeutsamkeit für die kindliche Entwicklung. 2. Auswertungsworkshop des Praxisteam Pro Kind Sachsen, Meißen: 18.04.11.
- Sierau, S. Der Einfluss des elterlichen psychischen Befindens auf die Partnerschaftszufriedenheit, die elterliche Selbstwirksamkeitserwartung und die kindliche Entwicklung. Vortrag auf der 20. Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der DGPs. Erfurt: 14.09.2011.

Sierau, S., Evers, V., Kurtz, V., Brand, T., von Klitzing, K., & Jungmann, T. (2011). Effektivität Früher Hilfen auf die elterliche Erziehungskompetenz und die kindliche Entwicklung – Ergebnisse der randomisierten Kontrollgruppenstudie zum Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“ im 1. Lebensjahr. 10th Leipzig Research Festival for Life Sciences, December 16, Leipzig, Germany.

Sierau, S., Herzberg, P. Y., Jungmann, T. Do mental health and partnership satisfaction influence first-time parents postnatal attachment to their child? Poster presented at the International Conference on “Partnership Relations in Context”. Munich, Germany: 21.-23.09.2011.

Sierau, S., Otto, Y., Klein, A.M., von Klitzing, K., Jungmann, T. Fathers in disadvantaged families: Do parental self-efficacy and partnership satisfaction influence infants` behavior and mothers` interactive style. Poster presented at the 15th European Conference on Developmental Psychology. Bergen, Norway: 23.-27.08.2011.

Ziegenhain, U., Jungmann, T. Kinder in Hochrisikokonstellationen I – Grundlagen. Symposium auf der 20. Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der DGPs. Erfurt: 14.09.2011.

Projektbezogene Qualifikationsarbeiten im Berichtszeitraum

Legat, S. (2011). Soziale Benachteiligung und ihr Einfluss auf die sprachliche und sozial-emotionale Entwicklung von Kindern – Sind Frühe Hilfen ein Schutzfaktor? Examensarbeit im Rahmen der 1. Staatsprüfung, Studiengang Lehramt Sonderpädagogik an der Universität Rostock.

Smend, J. (2011). Die frühe sprachliche Entwicklung sozialer Risikokinder – Eine Untersuchung im Rahmen des Modellprojektes „Pro Kind“. Examensarbeit im Rahmen der 1. Staatsprüfung, Studiengang Lehramt Sonderpädagogik an der Universität Rostock.

Weske, J. (2011) Kongruenz objektiver und subjektiver kindlicher Temperamenteinschätzungen hoch risikobelasteter Mütter: Einflüsse des Frühpräventionsprogrammes „Pro Kind“. Diplomarbeit im Studiengang Psychologie an der Universität Leipzig