

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. J.M. Fegert

**Einfluss von Risikofaktoren und Frühen Hilfen auf die  
kognitive Entwicklung in der frühen Kindheit**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Desirée Stefanie Schmidt

geboren in Göppingen

2019

Amtierender Dekan: Prof. Dr. T. Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. U. Ziegenhain

2. Berichterstatter: Prof. Dr. C. Waller

Tag der Promotion: 7. August 2020

**Inhaltsverzeichnis**

**Inhaltsverzeichnis** ..... I

**Abkürzungsverzeichnis** ..... III

**1 Einleitung** ..... 1

    1.1 Kindliche kognitive Entwicklung und Risikofaktoren ..... 1

    1.2 Risikofaktoren des Kindes auf die frühkindliche kognitive Entwicklung ..... 2

    1.3 Risikofaktoren der Mutter auf die frühkindliche kognitive Entwicklung ..... 4

    1.4 Frühe Hilfen ..... 6

    1.5 Zielsetzung ..... 10

    1.6 Hypothesen ..... 11

**2 Material und Methoden** ..... 12

    2.1 Studienablauf ..... 12

    2.2 Soziodemographische Daten ..... 14

    2.3 Instrumente ..... 15

        2.3.1 Bayley Scales of Infant Development-II ..... 15

        2.3.2 Allgemeine Depressionsskala ..... 17

        2.3.3 Brief Symptom Inventory ..... 18

        2.3.4 Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen ..... 18

        2.3.5 Zugangswege der Hilfen ..... 19

    2.4 Auswertungsmethoden ..... 20

**3 Ergebnisse** ..... 22

    3.1 Deskriptive Statistik ..... 22

        3.1.1 Risikomerkmale der Stichprobe ..... 22

        3.1.2 Kognitive Entwicklung ..... 23

        3.1.3 Hilfen ..... 24

    3.2 Latente Klassenanalyse (LCA) ..... 27

    3.3 Einfluss der Risikofaktoren auf die frühkindliche kognitive Entwicklung ..... 30

    3.4 Einfluss der Hilfen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung ..... 32

## Inhaltsverzeichnis

3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	35
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>36</b>
4.1	Einfluss der Risikofaktoren auf die frühkindliche kognitive Entwicklung .....	36
4.2	Einfluss der Hilfen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung .....	40
4.3	Kognitive Entwicklung .....	42
4.4	Hilfen .....	43
4.5	Limitationen .....	45
4.6	Schlussfolgerungen .....	45
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>48</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>61</b>
	<b>Danksagung .....</b>	<b>65</b>
	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>66</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

ADS-L	Allgemeine Depressionsskala-Langform
BEST	Bayerische Entwicklungsstudie
BIC	Bayessches Informationskriterium
BSI	Brief Symptom Inventory
BSID-II	Bayley Scales of Infant Development - Second Edition
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörung
GSI	Global Severity Index
LCA	Latente Klassenanalyse
MDI	Mental Development Index
NWFH	Nachhaltige Wirkung früher Hilfen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PDI	Psychomotor Development Index
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package of Social Sciences

## 1 Einleitung

### 1.1 Kindliche kognitive Entwicklung und Risikofaktoren

Kognition umfasst vielfältige mentale Prozesse, wie Wahrnehmung und Denken (Gigerenzer 2014). Im Rahmen der kindlichen kognitiven Entwicklung bis ins Erwachsenenalter erweitert das Kind beständig seine kognitiven Fähigkeiten. Dazu zählen unter anderem Aspekte wie Aufmerksamkeit, Problemlösefähigkeit, Kreativität und sprachliche Fähigkeiten. Seit dem 20. Jahrhundert wurde versucht, durch unterschiedliche Entwicklungstheorien, die kindliche Entwicklung in Phasen einzuteilen (Rauh 2008). Es existieren verschiedene Grenzsteine der frühkindlichen Entwicklung als Versuch die Entwicklung im zeitlichen Verlauf zu kategorisieren (Michaelis et al. 2004). Neben den Grenzsteinen der kindlichen Entwicklung können Entwicklungstests wie der Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II) ein hilfreiches Instrument darstellen, um die kindliche kognitive Entwicklung messbar zu machen (Reuner et al. 2008). Der Prozess der Entwicklung verläuft bei jedem Kind individuell, so dass eine große Variabilität im Entwicklungsverlauf vorkommen kann. Ein Entwicklungsbereich kann zu Gunsten eines anderen Entwicklungsbereiches asynchron verlaufen, so dass eine Kategorisierung von Entwicklungsverläufen als grobe Richtschnur betrachtet werden sollte (Rauh 2008). Die kognitive Entwicklung wird durch viele Faktoren beeinflusst, die miteinander in Wechselwirkung stehen. Dazu gehören etwa genetische Aspekte, die psychosoziale Situation und medizinische Faktoren (Sabates et al. 2015). Als ein negativ wirkender Faktor oder Risikofaktor wird ein Merkmal gesehen, das die statistische Wahrscheinlichkeit erhöht ein bestimmtes negatives Ereignis oder Ergebnis zu erhalten (Kraemer et al. 2005). Diese verschiedenen Risikofaktoren können akkumulieren, sich aufaddieren und miteinander in Wechselwirkung treten und so einen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung ausüben (Hillemeier et al. 2011; Sabates et al. 2015; Sameroff 1998). Die Wirkung dieser Risikofaktoren ist schon seit längerem empirisch belegt (Esser et al. 1990; Esser et al. 2017; Im et al. 2018; Laucht et al. 1992; Patra et al. 2016). Es konnten mehrere Risikofaktoren identifiziert werden, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer von der Norm abweichenden Entwicklung erhöhen (Esser et al. 2017; Kindler 2010; Stith et al. 2009; Zimmermann et al. 2016). Diese Risikofaktoren lassen sich einerseits in biologische Faktoren wie Frühgeburtlichkeit einteilen, sowie andererseits in psychosoziale Risikofaktoren, wie frühe Elternschaft oder Ein-Eltern-Familie. Eine andere

Einteilungsmöglichkeit besteht in distale und proximale Risikofaktoren (Sabates et al. 2015). Als distaler Risikofaktor gilt unter anderem das Aufwachsen in Armut. Das bedeutet, dass Armut an sich keinen direkten Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausübt. Aber es besteht ein Zusammenhang in Kombination mit anderen Risikofaktoren. Als proximaler Risikofaktor, der in Kombination mit distalen Risikofaktoren auftreten kann, wurde elterliches Stresserleben gesehen. Ein proximaler Risikofaktor übt einen direkten Effekt auf die kindliche Entwicklung im täglichen Leben des Kindes aus. Um das Kindeswohl in den zentralen Fokus zu rücken und in diesem Rahmen Risikofaktoren abzupuffern, haben sich in den letzten Jahren die Frühen Hilfen etabliert. Der Auslöser dieser Entwicklung waren mehrere Fälle von Kindesmisshandlungen mit Todesfolge in Deutschland (Paul 2007). Frühe Hilfen sollen präventiv wirken, um Kindesvernachlässigung zu vermeiden und bestehende Risikofaktoren abzufedern. Damit soll der kindliche Entwicklungsverlauf positiv beeinflusst und Entwicklungsverzögerungen vermieden werden. Ziel der vorgelegten Dissertation ist es, den Einfluss bestimmter Risikofaktoren und deren Kombination auf die kindliche kognitive Entwicklung zu erfassen und zu prüfen, ob Frühe Hilfen die kindliche kognitive Entwicklung positiv beeinflussen.

### 1.2 Risikofaktoren des Kindes auf die frühkindliche kognitive Entwicklung

Ein wichtiger kindlicher Risikofaktor, der Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat, ist die Frühgeburt (Chan et al. 2016; Pascal et al. 2018; Samra et al. 2011; Zohsel et al. 2017). Als Frühgeburt wird eine Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche definiert (World Health Organisation 2003). Weltweit kommen ca. 15 Millionen Babys jährlich zu früh auf die Welt (Chang et al. 2013). Aufgrund des medizinischen Fortschrittes der neonatalen intensivmedizinischen Versorgung (Surfactant-Therapie, Hochfrequenzventilation) kam es in den letzten Jahren zu einer ansteigenden Überlebensrate von frühgeborenen Kindern (Horbar et al. 2012; Patel et al. 2015). Die Ursachen für eine Frühgeburt sind vielfältig. Zu den mütterlichen Ursachen zählen eine vorausgegangene Früh-/Fehlgeburt, Alter (<20 und >40 Jahre), Über- und Untergewicht, Genussmittel-/Drogenmissbrauch, Infertilitätsbehandlungen, Genetik und Erkrankungen wie Präeklampsie, mütterliche Infektionen oder Stoffwechselerkrankungen. In diesem Zusammenhang wurde auch das biopsychosoziale Modell diskutiert. Die Interaktion von biologischen Faktoren wie

beispielsweise das Alter der Mutter und die Genetik, sowie psychologische Faktoren wie der Charakter und/oder Coping-Strategien im weiteren Zusammenspiel von sozialen Faktoren wie das familiären Umfeld und/oder der Arbeitsumgebung, beeinflussten die Gesundheit der werdenden Mutter. Erlebte die Mutter Stress während der Schwangerschaft, führte das zur Ausschüttung von Hormonen (Kortison, Katecholamine). Diese hatten einen direkten Effekt auf den Fötus und konnten mit Frühgeburt vergesellschaftet sein (Cardwell 2013; Kaslow et al. 2007; Rice et al. 2007). Weiterhin spielten auch psychosoziale Faktoren wie Überbelastung, Probleme in der Partnerschaft, der soziale Status und der Bildungsstand eine Rolle (Ofstedal et al. 2016; Wolff 2004; Zeanah 2009). Aus der zu frühen Geburt resultieren verschiedene kindliche Beeinträchtigungen. Frühgeborene leiden unter neurologischen Störungen wie Cerebralpareesen, Seh- und Hörbeeinträchtigungen. Sie sind anfälliger für Infektionen und leiden oft unter Wachstumsstörungen und chronischen Atemwegserkrankungen (Sarimski 2000; Vohr et al. 2000). Diese Beeinträchtigungen haben Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Es kann insbesondere im Kleinkind- und Vorschulalter zu kognitiven, motorischen und neurologischen Entwicklungsverzögerungen kommen (Moster et al. 2008; Petrini et al. 2009; Rogers et al. 2016; Talge et al. 2010; Wolke et al. 2016). Zusätzlich kommt es zu Verhaltensproblemen und Lernstörungen, die bis ins Schulalter reichen können (Aarnoudse-Moens et al. 2009; Bhutta et al. 2002; Chan et al. 2016; Laucht et al. 2002; Steigleider et al. 2002; van Baar et al. 2006). In der Bayerischen Entwicklungsstudie (BEST) zeigte sich, dass kognitive Beeinträchtigungen und soziale Probleme bis ins Erwachsenenalter anhalten und es zu einer Minderung der Lebensqualität der Betroffenen kommen kann (Wolke et al. 2016).

Ein weiterer kindlicher Risikofaktor, der Einfluss auf die kognitive Entwicklung hat, ist die fetale Alkoholspektrumstörung (FASD). Dieser Symptomkomplex wird durch Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft ausgelöst. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft wirkt teratogen und schädigt irreparabel das fetale Gehirn (Manning et al. 2007). Die FASD hat somit Auswirkungen auf die kindliche motorische und kognitive Entwicklung. Diese Entwicklungsdefizite sind bis ins Erwachsenenalter vorhanden und haben Einfluss auf das gesamte Leben des Betroffenen. Erwachsene mit FASD brechen beispielsweise öfter vorzeitig die Schule ab, üben seltener einen Beruf aus und kommen häufiger mit dem Gesetz in Konflikt (Spohr et al. 2008). Zu den weiteren kindlichen



Risikofaktoren, die die kindliche kognitive Entwicklung nachhaltig beeinflussen, gehört die fetale Exposition durch Substanzen wie Kokain, Marihuana und Tabak (Lamy et al. 2015).

### 1.3 Risikofaktoren der Mutter auf die frühkindliche kognitive Entwicklung

Das elterliche Verhalten hat in den ersten Jahren nach der Geburt starke Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, da die ersten Eindrücke und Erfahrungen des Kindes durch die Eltern vermittelt werden (Bornstein 2002). Sind die Eltern, insbesondere die Mutter, psychosozialen Risiken ausgesetzt, hat dies Einfluss auf den Umgang mit dem Kind.

Als eine besonders risikobelastete Gruppe gilt die Gruppe der jugendlichen Mütter (Alter < 20 Jahre) (Firk et al. 2018; Ziegenhain 2007). Jugendliche Mütter kommen oft aus armen Verhältnissen mit vielen Geschwistern, sind von staatlicher Hilfe abhängig, verlassen die Schule frühzeitig und haben keine Ausbildung. Oft wurden sie selbst von einer jugendlichen Mutter aufgezogen (Marino et al. 2016; Woodward et al. 2001). Weiterhin besteht bei jugendlichen Müttern häufig ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch (Coyne et al. 2012). Als Folge der frühen Elternschaft können jugendliche Mütter ihre Ausbildung oft nicht beenden. Sie sind von staatlicher Hilfe abhängig und/oder arbeitslos (Coyne et al. 2012; Penman-Aguilar et al. 2013; Scaramella et al. 2008). Erschwerend kommt hinzu, dass sie keine oder nur wenig soziale Unterstützung erhalten (Jacobs et al. 2012; Mollborn 2017). Junge Mütter haben einen eher strafenden Erziehungsstil. Die Kindsväter, mit denen sie meistens nicht zusammenleben, sind ebenfalls häufig jugendlich (Wakschlag et al. 2000). Aus all diesen Faktoren ergeben sich mehrere kindliche Risiken. In der kindlichen Entwicklung zeigten sich häufiger kognitive und sprachliche Defizite, niedrigere Intelligenz und schlechteres Abschneiden in der Schule (Hillemeier et al. 2011; Morinis et al. 2013). In der Kohortenstudie von Morinis aus dem Jahr 2013 zeigte sich eine verzögerte kognitive kindliche Entwicklung von Kindern jugendlicher Mütter im Vergleich zu Kindern nicht jugendlicher Mütter. Die Studie ergab aber auch, den zusätzlichen Einfluss von psychosozialen Faktoren, in die die Kinder geboren wurden (Morinis et al. 2013). In der Mannheimer Risikostudie wurden 362 Kinder zu insgesamt elf Untersuchungszeitpunkten (im Alter von drei Monaten bis ins Alter von 30 Jahren) untersucht. In dieser Studie zeigten sich mehrere psychosoziale Risikofaktoren wie niedriges Bildungsniveau der Eltern, beengte Wohnverhältnisse, Kriminalität, eheliche Disharmonie, Ein-Eltern-Familie,

unerwünschte Schwangerschaft und mangelnde Bewältigungsfähigkeit. Kinder aus psychosozial unbelasteten Verhältnissen hatten einen günstigeren Entwicklungsverlauf. Psychosoziale Risikofaktoren gingen mit einem schlechteren Abschneiden in kognitiven Bereichen wie nonverbale Denkfähigkeit und Sprache einher (Esser et al. 2017; Laucht et al. 1992). Auch in einer amerikanischen Studie von Hurt und Betancourt zeigten Kinder im Alter von einem Jahr aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status kognitive Entwicklungsverzögerungen, die die Autoren auf sozioökonomische Nachteile zurückführten (Hurt et al. 2017). Diese Faktoren hatten im Langzeitverlauf Einfluss auf die vorschulische Entwicklung, den Schulerfolg und die weitere Persönlichkeitsentwicklung (Borghans et al. 2008; Holodynski et al. 2008; Khatun et al. 2017). In dem Studienprogramm „Prävalenz- und Versorgungsforschung“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zeigte sich ein ähnliches Bild (Eickhorst et al. 2016). Das Ziel dieses dreiteiligen Studienprogramms war es, die verschiedenen psychosozialen Belastungen in Familien mit null- bis dreijährigen Kindern zu erfassen, diese zu vergleichen und bestimmte Risikokonstellationen zu identifizieren. Zusätzlich wurden der Einfluss auf die kindliche Entwicklung und der Entwicklungsverlauf untersucht, sowie Kenntnisse zur Anpassung kommunaler Hilfesysteme gesammelt. Es zeigte sich, dass die familiäre Lebenslage direkte Effekte auf die kindliche kognitive Entwicklung ausübte. Es gibt zwei verschiedene Modelle, die sich mit der Wirkung von psychosozialen Risikofaktoren beschäftigen. Sameroff ging in der Rochester Longitudinal Study davon aus, dass sich Risikofaktoren linear oder additiv vergrößern (Sameroff et al. 1987). Rutter ging von einem gewissen Schwelleneffekt aus, den die Risikofaktoren ausüben könnten, indem sie akkumulieren (Rutter et al. 1976). Der sozioökonomische Status der Eltern, der die Akkumulation von unterschiedlichen ungünstigen Risikomerkmale widerspiegelt, wirkte sich ebenfalls stark auf die kindliche Entwicklung aus (Seifer 2014).

Ein wichtiger Risikofaktor, der nachweislich einen negativen Effekt auf die kindliche Entwicklung ausübt, war eine psychische Belastung auf Seiten der Mutter (Bühning 2014; Kingston et al. 2014; Pillhofer et al. 2016). Generell scheint eine psychiatrische Erkrankung mit einer erhöhten Frühgeburtsrate vergesellschaftet zu sein (Männistö et al. 2016). Die psychische Gesundheit von Müttern stand im Fokus eines Reviews der 2015 durchgeführt wurde (Lewis et al. 2015). Hier zeigte sich, dass vor allem Erkrankungen wie Depression und Angst bzw. Angststörungen zu einer verringerten fetalen Gewichtszunahme führen, sowie

zu einem verringerten Wachstum des Kopfumfangs (Diego et al. 2009; Henrichs et al. 2010). In Bezug auf andere psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, traumatische Störungen, sowie Essstörungen, ist die Studienlage sehr lückenhaft (Lewis et al. 2015; Ross et al. 2006). In einer 2015 veröffentlichten Studie zeigte sich, dass Kinder von Müttern, die unter einer Borderline-Störung litten, nach der Geburt einen schlechteren Entwicklungsstand hatten als Kinder von gesunden Müttern. Dies kann daran liegen, dass Mütter mit einer Borderline-Störung häufiger zu Substanzmissbrauch neigten (Blankley et al. 2015). Bei Betrachtung von mütterlichen depressiven Symptomen und der kindlichen kognitiven Entwicklung in der frühen Kindheit (Alter der Kinder <56 Monate) zeigte sich in einer 2016 durchgeführten Metaanalyse, dass Kinder von Müttern mit hoher depressiver Symptomlast schlechter in Entwicklungstests abschnitten als Kinder von Müttern ohne oder mit niedriger depressiver Symptomlast (Liu et al. 2017). Kinder von Müttern mit pränatal, postnatal oder chronisch depressiven Symptomen hatten ein erhöhtes Risiko für spätere sprachliche oder kognitive Probleme. Als Ursache dafür wurden Mechanismen beschrieben, die eng mit der depressiven Symptomatik der Mutter zusammenhingen. Aufgrund ihrer psychischen Belastung konnten manche Mütter ihr Kind nicht mehr adäquat versorgen (Koutra et al. 2013), Interaktionen und spielerische Beschäftigungen waren vermindert (O'Brien Caughy et al. 2009). Zusätzlich kam hinzu, dass psychische Belastung vermehrt gemeinsam mit psychosozialen Risikofaktoren wie Armut auftraten (Black et al. 2007). Dadurch addierte sich der negative Effekt auf die kindliche Entwicklung nicht nur, sondern wurde auch verstärkt (Mattejat et al. 2000).

### 1.4 Frühe Hilfen

Der Begriff der Frühen Hilfen existiert schon seit den 70er-Jahren. Damals waren die Frühen Hilfen eher im Zusammenhang mit der Frühförderung bekannt. Aufgrund einer Reihe von schweren Fällen von Kindesmisshandlung mit Todesfolge in den Jahren 2004 bis 2006 wurden die Frühen Hilfen auf Grundlage einer politischen Entwicklung neu geprägt. Der Kinderschutz spielte in dieser politischen Diskussion eine zentrale Rolle. In diesem Zusammenhang wurde im Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2005 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

verabschiedet. Aus dem Aktionsprogramm entwickelte sich zur Stärkung des Kinderschutzes das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Das NZFH koordiniert als Wissensplattform die Forschung, den wissenschaftlichen Austausch und die Evaluation der präventiven Maßnahmen im Rahmen der Frühen Hilfen für Familien mit Risikobelastung und wird betreut durch das Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Frühen Hilfen werden nach einer Arbeitsgruppe des wissenschaftlichen Beirats des NZFH wie folgt definiert: „Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt null bis drei Jahre). Sie zielen darauf ab, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern“. Mitglieder der Arbeitsgruppe „Begriffsbestimmung Frühe Hilfen“ im Wissenschaftlichen Beirat des NZFH: Walper, Franzkowiak, Meysen, Papoušek 2009 (Thyen et al. 2014, S.13). Der Begriff Frühe Hilfen umfasst eine Vielzahl an Hilfsangeboten, die lokal vernetzt sind. Es handelt sich um Hilfen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe und der Frühförderung. Diese Hilfen wurden niedrigschwellig, aber auch präventiv und/oder selektiv angewandt (Zwönitzer et al. 2016). Das Spektrum der Frühen Hilfen umfasst finanzielle Unterstützung, Wohngeld, Sozialhilfe, Hilfen vom Jugendamt, Suchtberatung, Frühförderung, psychologische und psychiatrische Hilfen für Mutter und/oder Kind, Selbsthilfeangebote und entwicklungspsychologische Beratung (Zwönitzer et al. 2016).

Frühe Hilfen wurden deutschlandweit in mehreren Projekten (Ayerle et al. 2010; Bastian et al. 2009; Derksen et al. 2011; Eickhorst et al. 2012; Gehrke et al. 2013; Gries et al. 2009; Jungmann et al. 2010; Suess et al. 2010; Ziegenhain et al. 2004) erprobt, die alle das Prinzip der Prävention widerspiegeln. Diese Modellprojekte entstanden durch Förderung des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“. Die Modellprojekte begründeten sich in dem Ziel durch eine gute Kooperation zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von Beginn an gut zu unterstützen und interdisziplinär zu versorgen. Die wissenschaftliche Begleitung diente zur Qualitätskontrolle und Identifikation möglicher Probleme. Einen Überblick über die Modellprojekte in den verschiedenen Bundesländern gibt Tabelle 1.

## Einleitung

Tabelle 1: Modellprojekte Frühe Hilfen, nach (Renner et al. 2014, S.34-56)

<i>Bundesland</i>	<i>Modellprojekt</i>	<i>Leitung</i>
Mecklenburg-Vorpommern	Chance für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern	Prof. Dr. Harald J. Freyberger, Axel Mielke
Hessen / Saarland	Keiner fällt durchs Netz (KFDN), Frühe Interventionen für Familien (PFIFF)	Prof. Dr. Manfred Cierpka Prof. Dr. Manfred Cierpka, Dr. Anna Sidor
Niedersachsen	Familienhebammen im Landkreis Osnabrück, Familienhebammen. Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?	Sigrid Hus-Halstenberg  Prof. Dr. Beate A. Schücking
Sachsen-Anhalt	Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt, FrühStart: Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt	Manuela Nitschke  Prof. Dr. Johann Behrens, Dr. Getrud M. Ayerle, Dr. Christiane Luderer
Nordrhein-Westfalen / Schleswig-Holstein	Soziale Frühwarnsysteme in NRW und Schutzengel für Schleswig-Holstein, Evaluation Früher Hilfen und sozialer Frühwarnsysteme in NRW und Schleswig-Holstein	Dr. Sigrid Bathke (NRW) Stefanie Sommer (Schleswig-Holstein) Prof. Dr. Wolfgang Böttcher, Prof. Dr. Holger Ziegler
Hamburg	Wie Elternschaft gelingt (Wiege - STEEP)	Prof. Dr. Gerhard Suess
Brandenburg	Wie Elternschaft gelingt (Wiege - STEEP)	Prof. Dr. Christiane Ludwig-Körner, Dipl. Psych. Bärbel Derksen
Baden-Württemberg / Rheinland-Pfalz / Bayern / Thüringen	Guter Start ins Kinderleben	Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Prof. Dr. Ute Ziegenhain
Berlin	Netzwerk Kinderschutz als Soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte, Evaluation und Coaching zum Sozialen Frühwarnsystem in Berlin-Mitte	Jens-Uwe Scharf  Prof. Dr. Jürgen Gries

## Einleitung

<i>Bundesland</i>	<i>Modellprojekt</i>	<i>Leitung</i>
Niedersachsen, Bremen, Sachsen	Pro Kind	Niedersachsen: Anna Maier- Pfeiffer, Susanne Hartmann Bremen: Kristin Adamaszek, Roswitha Schneider Sachsen: Margot Refle, Garnet Helm
	Pro Kind (Evaluation)	Prof. Dr. Tanja Jungmann

Frühe Hilfen setzen sich aus Landeskoordinierungsstellen und untergeordneten kommunalen Netzwerken zusammen. Die kommunalen Netzwerke bieten die bereits oben genannten Hilfen an und bestehen aus Fachkräften der verschiedenen Disziplinen (Küster et al. 2017).

Die Zugangswege zu Frühen Hilfen sind vielfältig. Neben Netzwerkkoordinatoren, Familienbesuchen, Flyern oder Internetauftritten dienen noch andere Angebote der primären Prävention wie beispielsweise Eltern-Kind-Gruppen als möglicher Zugangsweg. Angebote der primären Prävention sind prinzipiell allen Familien zugänglich, während Angebote der sekundären Prävention bei vorliegenden Belastungen oder Problemen initiiert werden, wie beispielsweise finanzielle Unterstützung vom Jugendamt oder Familienberatung (Neumann et al. 2016). Im Ausland zeigten sich Screening-Verfahren als Zugang zu Frühen Hilfen und Detektion von Gefährdung in Längsschnittstudien als wirksam (Kindler 2010). Am Häufigsten wurde ein Interviewverfahren eingesetzt, das von einer Fachkraft im Gespräch mit den Eltern durchgeführt wurde (Korfmacher 2000). In Deutschland besteht noch kein allgemeines Screeningverfahren (Kindler 2010). In einer Metaanalyse zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland zeigte sich ein uneinheitliches Ergebnis (Taubner et al. 2015). In dieser Metaanalyse wurden insgesamt acht Projekte zwischen 2003 und 2013 und deren Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung untersucht. Es waren zwischen den Kindern, die an den Programmen teilnahmen und den Kindern aus der Kontrollgruppe keine Verbesserung der kindlichen psychischen Entwicklung abgrenzbar. Nulleffekte zeigten sich bei den Programmen Pro Kind (Jungmann et al. 2010), Keiner fällt durchs Netz (Gehrke et al. 2013) und Eltern-AG (Schneider et al. 2012). Bei den Programmen Guter Start (Ziegenhain et al. 2010) und STEEP (Suess et al. 2010) waren kleine positive Effekte auf die kognitive Entwicklung messbar.

Zwei Projekte zeigten beim Prä-Post-Vergleich einen gering negativen Effekt. Einschränkungen sahen die Autoren vor allem im Zusammenhang mit fehlenden Daten und dem teilweise uneinheitlichen Projektaufbau in den verschiedenen Bundesländern. Zusätzlich fehlten noch Follow-Up-Untersuchungen. Diese Ergebnisse unterschieden sich von amerikanischen Untersuchungen. Bei Baudry war ein niedriger bis moderater Interventionseffekt bei Kindern von jugendlichen Müttern nachweisbar (Baudry et al. 2016). In einer Studie von Burchinal war ein Zusammenhang von höherer Qualität der Kinderbetreuung mit einer besseren kindlichen kognitiven Entwicklung messbar (Burchinal et al. 2000).

### 1.5 Zielsetzung

Frühe Hilfen zielen darauf ab die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern nachhaltig zu verbessern. Um diese bestehende Hilfesysteme möglichst optimiert und passgenau anbieten zu können ist es wichtig zu wissen, welche Risikofaktoren und Risikokonstellationen bei den Familien bestehen und welcher Effekt bei den Kindern und Eltern ankommt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, Risikofaktoren und Risikokonstellationen in einer Stichprobe zu identifizieren und die Wirkung auf die frühkindliche kognitive Entwicklung nachzuweisen. Zusätzlich wird der Effekt der Frühen Hilfen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung untersucht.

## 1.6 Hypothesen

1a Es wird erwartet, dass einerseits Frühgeburtlichkeit und andererseits Jugendlichkeit der Mutter in Kombination mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung im Kleinkindalter hat.

1b Es wird erwartet, dass die Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen stärkeren negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung im Kleinkindalter hat als der Risikofaktor Frühgeburtlichkeit.

2 Es wird erwartet, dass sich bei Inanspruchnahme von Frühen Hilfen ein positiver Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung im Kleinkindalter zeigt. Das bedeutet, dass sich durch die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen die kindliche kognitive Entwicklung verbessert. Dieser Effekt ist abhängig von Anzahl, Art, Dauer, Intensität und Zugangsweg der Hilfen.



## 2 Material und Methoden

### 2.1 Studienablauf

Die Daten der vorliegenden Dissertation basieren auf der Datenerhebung der Studie „Guter Start ins Kinderleben“ (Ziegenhain et al. 2010) und deren Nachfolgestudie „Nachhaltige Wirkung Früher Hilfen“ (NWFH) (Zwönitzer et al. 2016). Ziel der Studie „Guter Start ins Kinderleben“ war es, durch präventive Förderung der Erziehungskompetenzen von alleinerziehenden, jugendlichen und psychosozial belasteten Eltern Kindeswohlgefährdung in den ersten Lebensjahren zu vermeiden. Darüber hinaus zielte die Studie auf Vernetzung der fachübergreifenden Strukturen, den Ausbau schon bestehender Systeme und auf die Schulung von Fachkräften an den koordinierenden Stellen zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe ab (Ziegenhain et al. 2010). Die Nachfolgestudie NWFH wurde im Anschluss von „Guter Start ins Kinderleben“ durchgeführt. Weiterhin wurde untersucht welche Hilfen die Familien nach Beendigung der Vorgängerstudie erhalten hatten. Es wurde überprüft, ob sich die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen auf die kindliche kognitive Entwicklung auswirkte und ob die Entwicklung in diesem Zusammenhang durch Belastungen und die Feinfühligkeit der Mutter beeinflusst wurde (Zwönitzer et al. 2016).

Die Studie „Guter Start ins Kinderleben“ wurde von November 2007 bis Oktober 2011 in gemeinsamer Zusammenarbeit der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen durchgeführt. Pro Bundesland gab es je einen städtischen und einen ländlichen Modellstandort. Die anschließende Modellevaluation wurde durch das NZFH gefördert. An der Studie „Guter Start ins Kinderleben“ (Ziegenhain et al. 2010) nahmen 113 Mutter-Kind-Paare teil. Fünf Risikofaktoren (psychische Probleme der Mutter, Migrationshintergrund, Jugendlichkeit der Mutter, psychosoziale Probleme, kindliche Entwicklungsrisiken) wurden als Einschlusskriterien verwendet. Die Mutter-Kind-Paare wurden pseudorandomisiert der Interventionsgruppe (N=72; 63,7%) oder der Kontrollgruppe (N=41; 36,3%) zugeordnet, da nicht alle Angebote an jedem Standort lokal verfügbar waren. Die Interventionsgruppe erhielt eine „Entwicklungspsychologische Beratung“ (Pillhofer et al. 2015). Die Kontrollgruppe bekam Unterstützungsmaßnahmen, die lokal verfügbar waren, wie Hilfen vom Jugend- oder Gesundheitsamt (z.B. Kindertagesbetreuung, Mutter-Kind-Kuren). Die Studie begleitete die Kinder vom dritten Lebensmonat bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. Die Mutter-Kind-Paare wurden in diesem Zeitraum bezüglich der Risikofaktoren und Belastungen untersucht. Dabei wurde

auch die Feinfühligkeit der Mütter im Umgang mit ihren Kindern ermittelt (Bovenschen et al. 2012; Pillhofer et al. 2015).

NWFH war die Nachfolgestudie von „Guter Start ins Kinderleben“ und wurde von Oktober 2011 bis Juli 2013 durchgeführt. An NWFH nahmen 49 Mutter-Kind-Paare teil. Mit dem schriftlichen Einverständnis der Mütter und des betreuenden Jugendamtes wurden die fallbezogenen Jugendamtsakten in Bezug auf geplante und abgeschlossene Hilfeleistungen untersucht. Des Weiteren wurde im Rahmen eines Hausbesuches der Entwicklungsstand der Kinder untersucht. Zu diesem Zweck wurde der Entwicklungstest Bayley Scales of Infant Development-Second Edition (BSID-II; Reuner et al. 2008) während eines Hausbesuches durchgeführt. Um die mütterliche Belastung zu erfassen, wurden folgende Fragebögen erhoben: die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) und die Allgemeine Depressionsskala in der Langform (ADS-L; Hautzinger et al. 2003).

Die Studie NWFH wurde im Dezember 2011 (Antrag Nr. 315/11) von der Ethikkommission der Universität Ulm begutachtet und unter der Voraussetzung der Anonymisierung der Daten mit einem positiven Votum versehen.

## Material und Methoden

### 2.2 Soziodemographische Daten

Tabelle 2 beschreibt die Zusammensetzung der Stichprobe.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Stichprobe (N=49), Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

<i>Beschreibung</i>	<i>Spezifizierung</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Anzahl der Mutter-Kind-Paare		49	100
Jungen		23	47
Mädchen		26	53
Familienstand	Verheiratet	21	43
	Ledig	13	27
	In einer Partnerschaft	11	22
	Geschieden	3	6
	Keine Angabe	1	2
Nationalität der Mutter	Deutsch	44	90
	Türkisch	2	4
	Kroatisch	1	2
	Nigerianisch	1	2
	Andere	1	2
Schulabschluss der Mutter	Hauptschulabschluss	17	35
	Mittlere Reife	12	25
	Qualifizierter		
	Hauptschulabschluss	7	14
	Hochschulabschluss	5	10
	(Fach-)Abitur	4	8
	Fachhochschulabschluss	3	6
	Kein Schulabschluss	1	2
Wohnsituation der Mutter	in gemeinsamer Wohnung mit Ehemann oder Partner	15	31
	in eigener Wohnung	9	18
	bei Eltern lebend	5	10
	in betreuter Wohngemeinschaft	7	14
	andere	2	4
	keine Angabe	11	23

## Material und Methoden

<i>Beschreibung</i>	<i>Spezifizierung</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Berufstätigkeit der Mütter	Nicht berufstätig	27	56
	Stundenweise	11	22
	Halbtags	5	10
	Ganztags	4	8
	Dreiviertel-Stelle	1	2
	Keine Angabe	1	2

Tabelle 3 gibt einen Überblick über das Alter der Mütter und das Alter der untersuchten Kinder zum Untersuchungszeitpunkt.

Tabelle 3: Alter der Mutter des Kindes bei Geburt und Alter des Kindes zum Untersuchungszeitpunkt, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Alter der Mutter bei Geburt des Kindes (in Jahren)	49	27,1	6,9	15,9	40,8
Alter des Kindes zum Untersuchungszeitpunkt (in Monaten)	49	32,7	80,9	18,5	45,5

### 2.3 Instrumente

#### 2.3.1 Bayley Scales of Infant Development-II

In der hier verwendeten Stichprobe wurde der standardisierte Entwicklungstest Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II; Reuner et al. 2008) verwendet. Der BSID-II wird international in vielen verschiedenen Bereichen eingesetzt. Er wird auch bei Kindern mit Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen eingesetzt und erlaubt eine Einordnung des Leistungsspektrums in ein spezifisches Entwicklungsalter. Der BSID-II besteht aus zwei Skalen: Der Motorik Skala und der Kognitiven Skala. In der Motorik Skala wird die motorische Entwicklung und die Grob- und Feinmotorik untersucht. In der Kognitiven Skala geht es um die Erfassung von kognitiven Fähigkeiten als Maß zur Einordnung des Entwicklungsstands, wie z.B. Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Kreativität, Problemlöse- und Lernfähigkeit (siehe Kapitel 1.1, S.1). Die Untersuchung wurde auf Videokamera aufgenommen. Dies erleichterte dem Untersucher die Durchführung und die Auswertung des Tests. Für jede Altersstufe (0 bis 42 Monate) verfügt der BSID-II über eine altersentsprechende Sammlung von Aufgaben, die mit dem Kind in spielerischer Weise

durchgeführt wurden. Die Altersstufen entsprechen den Lebensmonaten des Kindes. Im fortgeschrittenen Alter werden die Kinder in größere Altersstufen eingeteilt. Kinder im Alter von 38 bis 42 Monaten werden dann beispielsweise mit dem gleichen Aufgabensatz untersucht. Insgesamt umfasst der Test 178 Aufgaben. Ist ein Kind beispielsweise acht Monate und 18 Tage alt, wird es mit der Aufgabengruppe für Neunmonatige getestet, weil die Grenze für die Aufgabenbereiche bei acht Monaten 15 Tagen verläuft. Im Alter von 32 bis 34 Monaten werden die Aufgaben 136 bis 166 durchgeführt. Zur Kategorisierung der richtigen Altersscheibe werden die Einstiegs- und Ausstiegskriterien verwendet. In der Kognitiven Skala müssen mindestens fünf Aufgaben in Folge, in der Motorik Skala mindestens vier Aufgaben vom Kind gelöst werden. Ist dies nicht der Fall, muss auf die nächste Altersstufe darunter, also für jüngere Kinder, ausgewichen werden. So wird der adäquate Testbereich des untersuchten Kindes ermittelt. Anhand des Untersuchungsdatums wird das genaue Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Untersuchung berechnet. Bei Frühgeborenen wurde die Zeit der Frühgeburt vom tatsächlichen Alter abgezogen.

Die Auswertung der Videos wurde von drei wissenschaftlichen Mitarbeitern der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm einschließlich der Autorin der vorliegenden Dissertation durchgeführt. Die Schulung der Mitarbeiter erfolgte 2012 mittels einer mehrstündigen Fortbildung unter der Leitung von Prof. Dr. Hellgard Rauh. Hier erfolgte die Einführung in die Entwicklungsskalen des BSID-II, die korrekte Durchführung und Bewertung der Items, sowie die qualitative und quantitative Auswertung der Kognitiven und der Motorik Skala anhand von Übungen. Es wurde die eigenständige Durchführung der Übungen mit Auswertung und Interpretation erlernt. Zur weiteren Qualitätskontrolle wurden die Videos von drei unterschiedlichen Personen gesichtet und bewertet.

Die Auswertung erfolgte anhand vorgefertigter Protokollbögen, die zum Testmaterial gehörten. Bei Erfüllen eines Items bekam das Kind einen Punkt. Bei nicht Erfüllen oder nicht gezeigtem Verhalten wurde kein Punkt gegeben. Dies wurde auf dem Protokollbogen dokumentiert und diente gleichzeitig als Einstiegs- oder Ausstiegskriterium. Die Punktzahl orientierte sich an der Item-Zahl. Alle Items unter der begonnenen Serie wurden dem Kind angerechnet. Begann die Untersuchung beispielsweise bei Item-Nummer 46 hatte das Kind automatisch 46 Rohwertpunkte. Alle folgenden Aufgaben wurden nun mit einem Punkt

addiert. Verweigerung oder nicht gezeigtes Verhalten wurde nicht bewertet, auch wenn die Eltern berichteten, dass das Kind dieses Verhalten sonst zeigt. Nach Berechnung der Rohwerte wurden diese anhand von Tabellen in sogenannte „Indices“ transformiert. Hierbei wurde der Mental Development Index (MDI) berechnet. Der MDI gibt das Ergebnis der kognitiven Skala wieder. Anhand des Rohwertes und des Alters wurde nun im Anhang der jeweilige MDI mit den dazugehörigen Konfidenzintervallen ermittelt. Zur weiteren Einordnung der kindlichen Leistung wurde dann auch das sogenannte Entwicklungsalter ermittelt. Die Tabelle ist so konzipiert, dass für jeden Altersbereich der Rohwert, der dem Indexwert von 100 entspricht, als Mittelwert festgelegt wurde. Indexwerte von +/- 15 entsprachen einer Standardabweichung über beziehungsweise unter dem Mittelwert. Eine deutsche Normierung des BSID-II existiert nicht. Die amerikanische Normierung stammt aus dem Jahr 1988. Die Daten wurden im Rahmen des amerikanischen Mikrozensus erhoben (Reuner et al. 2008). In der hier vorgelegten Dissertation wurde nur der MDI ermittelt und zur Kategorisierung der kindlichen kognitiven Entwicklung verwendet (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Klassifikation der Indexwerte (Mental Development Index, (MDI)) des Bayley Scales of Infant Development-II, nach (Reuner et al. 2008, S. 174)

<i>Klassifikation</i>	<i>Indexwert (MDI)</i>	<i>% in der Normierungsstichprobe</i>
Unterdurchschnittliche Leistung	<70-84	12,6
Durchschnittliche Leistung	85-114	72,6
Überdurchschnittliche Leistung	>115	14,8

### 2.3.2 Allgemeine Depressionsskala

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS-L; Hautzinger et al. 2003) diente zur Erfassung der mütterlichen psychischen Belastung. Sie besteht aus einem Fragebogen mit 20 Aussagesätzen und ist ein Selbstbeurteilungsverfahren. Erfragt werden unter anderem Symptomkomplexe oder Beeinträchtigungen wie Müdigkeit, Antriebshemmung, Traurigkeit und Rückzug. Sie bezieht sich auf die zurückliegende Woche und es wird angegeben, wie lang die Aussage zutrif. Dies geschieht anhand einer vierstufigen Skala (0=selten oder überhaupt nicht (weniger als ein Tag); 1=manchmal (ein bis zwei Tage lang); 2=öfters (drei bis vier Tage lang); 3=meistens, die ganze Zeit (5 - 7 Tage lang)). Anhand dieser Aussagen und der Ausprägung (hier die Dauer) kann ein

Gesamtpunktwert von 0 (keine Symptomlast) bis maximal 60 (starke Symptomlast) erreicht werden. Bei Werten von 23 und höher besteht Verdacht auf eine Depression. Die interne Konsistenz beträgt  $\alpha = .89-.92$ .

### 2.3.3 Brief Symptom Inventory

Beim Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) handelt es sich um einen Fragebogen für Erwachsene und Jugendliche (ab dem 14. Lebensjahr). Mit diesem Test, der aus 53 Aussagen besteht, wurde die mütterliche psychische Belastung erhoben. Im Rahmen des Fragebogens besteht eine fünfstufige Antwortmöglichkeit (0=gar nicht bis 4=sehr stark). Die Fragen beziehen sich auf Bereiche wie Somatisierung, Depressivität oder unsicherer Sozialkontakt. Zur Auswertung wurde der Global Severity Index (GSI) berechnet. Ist der GSI größer als 63 wird dies als ein Hinweis für eine psychische Belastung gewertet. Die interne Konsistenz beträgt  $\alpha=.39-.92$  (über die Gesamtskala bei gesunden Erwachsenen).

### 2.3.4 Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen

Zur genauen Auswertung der Hilfsangebote füllten die Eltern der untersuchten Kinder den „Interviewleitfaden zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen“ (Zwönitzer et al. 2015) aus. Er diene zur Erfassung der Hilfen, die die Familien seit der Geburt bis zum Zeitpunkt der Untersuchung erhalten hatten. Siehe Tabelle 5.

## Material und Methoden

Tabelle 5: Hilfsangebote der Frühen Hilfen, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011 (Zwönitzer et al.)

<i>Art der Hilfe</i>	<i>Spezifizierung</i>
Beratungsstellen	Erziehungsberatungsstelle Familienberatungsstelle Psychologische Beratungsstelle Suchtberatungsstelle Schwangerschaftsberatung
Hilfen aus dem Bereich des Gesundheitswesens	Frühförderung (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) Psychiatrische oder psychologische Hilfen für die Mutter oder das Kind Mutter-Kind-Kuren Rehabilitations- und Nachsorgeangebote
Staatliche Hilfen	Finanzielle Hilfen (Wohngeld, Sozialhilfe) Kindertagesbetreuung Hilfen vom Jugendamt (Beratung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Mutter-Kind-Einrichtungen, Familienbeistand)
Sonstige	Nachbarschaftshilfe Unterstützung von Verwandten und Freunden Angebote der Familienbildung

Darüber hinaus wurden im o.g. Interviewleitfaden die Häufigkeit, der Umfang und die Zufriedenheit der erhaltenen Hilfeleistungen erfragt. Die Jugendamtsakten dienten in diesem Rahmen zur Vervollständigung.

### 2.3.5 Zugangswege der Hilfen

Im Diskurs mit Experten erfolgte eine Einteilung der Hilfen nach ihrem Zugangsweg. Das bedeutete, dass Hilfen nach dem Aufwand der Mutter die Hilfe wahrzunehmen, kategorisiert wurden. Hilfen mit geringem Aufwand erforderten nur das Erscheinen der Mutter wie beispielsweise Babymassage oder Kindertagesstätten. Zusätzlich bestand bei Hilfen mit geringem Aufwand ein eher geringerer Bedarf und sie waren prinzipiell allen Familien zugänglich. Hilfen mit einem höheren Aufwand der Mutter waren



bedarfsorientiert und richteten sich an Mütter mit Belastungen und Problemen. Bei Hilfen mit einem mittleren Aufwand mussten die Mütter z.B. einen Termin vereinbaren und bei Hilfen mit höherem Aufwand mussten sie einen Arzt aufsuchen oder Formulare ausfüllen.

### 2.4 Auswertungsmethoden

Die Datenauswertung erfolgte mit der Datenanalysesoftware SPSS Statistics 21 (IBM, 2013). Es wurde die Konvention verfolgt bei der Durchführung von Signifikanztests standardmäßig eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p \leq 0.05$  (5%) zu nutzen (Andreß et al. 1997). Demnach wird der Bereich von  $p \leq 0,05$  als signifikant eingestuft. Es wurden für alle Tests die Rohwerte für die statistischen Berechnungen genutzt, außer bei Werten des BSID-II (MDI), da dieser normiert ist.

Die Verteilung der kategorialen Variablen wurde mittels Häufigkeitstabellen und -diagrammen ermittelt. Stetige Variablen wurden mit Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum beschrieben.

Zur Untersuchung der Hypothese 1a, hinsichtlich des negativen Einflusses der Frühgeburtlichkeit und andererseits der Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren auf die frühkindliche kognitive Entwicklung, wurden Prozentränge der Risikogruppen berechnet. In der Normierungsstichprobe des BSID-II existiert eine Kategorisierung in unterdurchschnittliche, durchschnittliche und überdurchschnittliche Leistung (siehe Kapitel 2.3.1 Tabelle 4, S. 17). Für die Normierungsstichprobe wurde eine erwartete Verteilung berechnet. Diese wurde dann mit der tatsächlichen Verteilung der untersuchten Stichprobe verglichen und mittels Chi<sup>2</sup>-Test auf Signifikanz geprüft.

Zur Überprüfung der Hypothese 1b, dass die Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen stärkeren Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung hatte, als der Risikofaktor der Frühgeburtlichkeit, wurde eine einfache ANOVA mit der kindlichen kognitiven Entwicklung als abhängige Variable berechnet. Die zu vergleichenden

Gruppen waren die Risikogruppe Frühgeburt und die Risikogruppe Jugendlichkeit der Mutter mit begleitenden Risikofaktoren.

Die Hypothese 2, die den Einfluss der Inanspruchnahme von Frühen Hilfen auf die kindliche kognitive Entwicklung untersuchte, wurde mittels Chi<sup>2</sup>-Tests und multiplen linearen Regressionen überprüft. Als abhängige Variable wurde das Ergebnis des BSID-II (MDI) verwendet. Die unabhängige Variable war jeweils Art, Dauer, Anzahl, Zugangsweg und Intensität der Hilfen.

Die Latente Klassenanalyse (LCA; Andreß et al. 1997) ist eine klassifizierende Analysestrategie. Mit diesem Verfahren lassen sich aus latenten, also nicht direkt beobachtbaren Variablen, Klassen bilden. Diese latenten Klassen werden aus manifesten bzw. beobachtbaren Variablen gebildet. Jeder Teilnehmer oder Proband kann nur genau einer nicht beobachtbaren Klasse angehören. Somit sind die manifesten Variablen die Indikatoren der latenten Variablen. Für jedes Mutter-Kind-Paar wurde eine Zuordnungswahrscheinlichkeit (in Prozent) ermittelt. Eine Klassenzuordnung erfolgte, wenn die Auftretenswahrscheinlichkeit maximal war. Die Berechnungen wurden mit Latent GOLD 4.50.09.027 (2005) durchgeführt (Vermunt und Magidson 2005). Die LCA wurde als deskriptives Verfahren eingesetzt, um Risikogruppen in der untersuchten Stichprobe zu detektieren. Die Auswahl der Risikofaktoren als Variablen orientierte sich an internationalen Längsschnittstudien (Kindler 2010; Stith et al. 2009). Es wurden folgende manifeste Variablen untersucht: „Früh- oder Mangelgeburt“ (Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche oder Gewicht  $\leq 2500\text{g}$ ), „Jugendlichkeit der Mutter“ (Alter der Mutter  $\leq 20$  Jahre), „kein Wunschkind“, „alleinerziehend“, „Verdienst  $\leq 1000\text{€}$ “, „arbeitslos“, „keine soziale Unterstützung“.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Deskriptive Statistik

##### 3.1.1 Risikomerkmale der Stichprobe

In Tabelle 6 ist die Zusammensetzung der Stichprobe nach ihren Risikofaktoren dargestellt. Von den untersuchten Mutter-Kind-Paaren waren 30 eine Früh- und/oder Mangelgeburt. Zu den jugendlichen Müttern zählten zwölf. In der untersuchten Stichprobe gaben 14 der Mütter an, dass das Kind kein Wunschkind sei und 16 waren alleinerziehend. Es verfügten zwölf der Mütter über ein Einkommen von  $\leq 1000\text{€}/\text{Monat}$  und 27 der Mütter waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Zusätzlich berichteten 47 der Mütter keine soziale Unterstützung zu erhalten und 17 über eine psychische Belastung.

Tabelle 6: Zusammensetzung der Stichprobe nach ihren Risikomerkmale pro Mutter-Kind-Paar, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

<i>Risikofaktoren</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Früh- und/oder Mangelgeburt	30	39
Keine Früh- oder/und Mangelgeburt	19	61
Jugendlich (Mutter $\leq 20$ Jahre)	12	24
Nicht jugendlich	37	76
Wunschkind	35	71
Kein Wunschkind	14	29
Alleinerziehend	16	33
Nicht alleinerziehend	32	67
Einkommen $\leq 1000\text{€}/\text{Monat}$	12	25
Einkommen $> 1000\text{€}/\text{Monat}$	37	75
Schulabschluss $<$ Realschulabschluss	25	51
Schulabschluss $\geq$ Realschulabschluss	24	49
Arbeitslos	27	55
Nicht arbeitslos	22	45
Keine soziale Unterstützung	47	96
Soziale Unterstützung	2	4
Psychische Belastung	21	43
Keine psychische Belastung	28	57

### 3.1.2 Kognitive Entwicklung

Die kognitive Entwicklung der Kinder wurde mit dem BSID-II untersucht. Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Stichprobe in unterdurchschnittlich, im Normalbereich und in überdurchschnittlich.

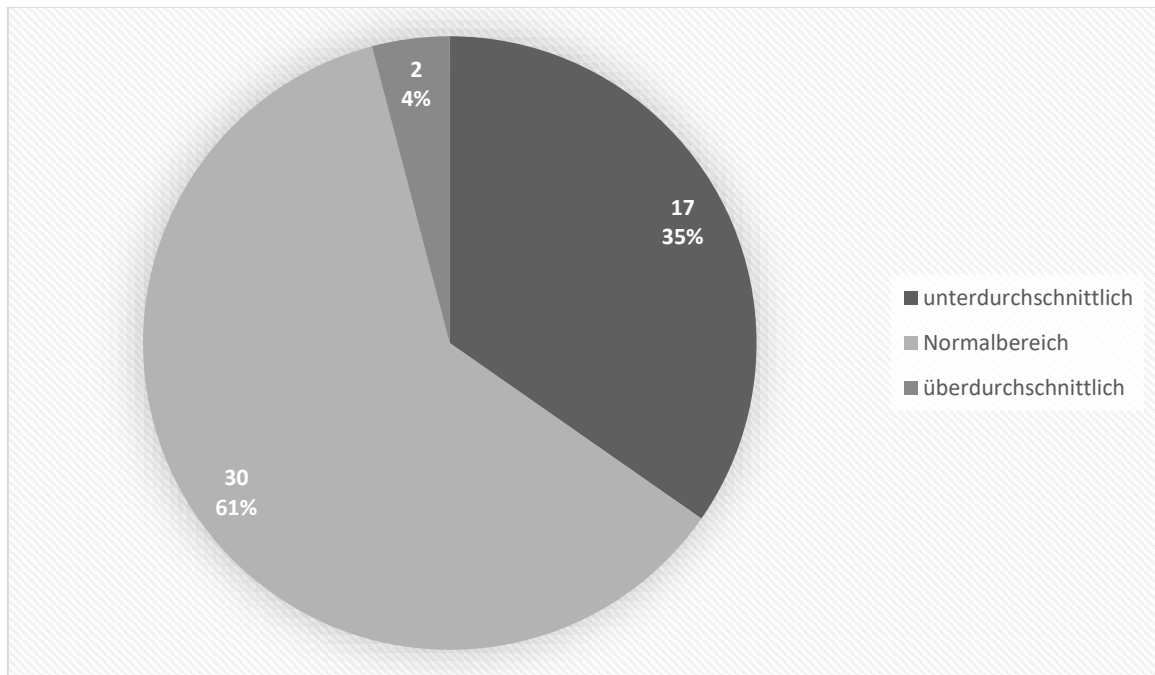


Abbildung 1: Kategorisierung der Ergebnisse des Bayley Scales of Infant Development, N=49, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

Wie in Tabelle 7 dargestellt, wurde von den untersuchten Kindern ein Mittelwert von 91,6 (Standardabweichung (SD) 2,3) Indexwerten auf der kognitiven Skala erreicht. Das niedrigste erreichte Ergebnis lag bei einem Indexwert von 57 und das höchste Ergebnis lag bei 133.

Tabelle 7: Verteilung der Indexwerte (Mental Development Index), Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Indexwerte	49	91,6	2,3	57	133
Kognitive Skala					

## Ergebnisse

### 3.1.3 Hilfen

#### 3.1.3.1 Zusammensetzung der Hilfen und ihre Verteilung

In Tabelle 8 sind alle Hilfen und ihre Verteilung dargestellt. Am Häufigsten wurden Hilfen von Verwandten/Freunden/Babysitter in Anspruch genommen (61%). Am zweithäufigsten die Kindertagesbetreuung (57%) gefolgt von finanziellen Hilfen (55%).

Tabelle 8: Zusammensetzung der Hilfen, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

Beschreibung	N	%
Hilfen von Verwandten/Freunden/ Babysitter	27	61
Kindertagesbetreuung	25	57
Finanzielle Hilfen	24	55
Hilfen des Jugendamts	22	50
Familienbildung (Prager Eltern-Kind-Programm (PEKIP), Elternkurse, Babyschwimmen)	18	41
Frühförderung (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Sozialpädiatrisches Zentrum)	13	30
Psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen Mutter	10	23
Psychologische Beratung	9	21
Erziehungs- und Familienberatungsstelle	8	18
Selbsthilfegruppen, Elterntreff	6	14
Mutter-Kind-Kur	5	11
Psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen Kind	5	11

#### 3.1.3.2 Anzahl und Dauer der Hilfen

In Tabelle 9 ist die Anzahl der Hilfen und die Dauer pro Mutter-Kind-Paar dargestellt. Ein Mutter-Kind-Paar hatte durchschnittlich 4,7 (SD 0,35) Hilfsangebote wahrgenommen mit einer durchschnittlichen Dauer von 60 Monaten (SD 59,3).

## Ergebnisse

Tabelle 9: Anzahl und Dauer der Hilfen, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Anzahl der Hilfen	44	4,7	0,35	1	10
Dauer der Hilfen (in Monaten)	41	60	59,3	1,5	282

### 3.1.3.3 Intensität der Hilfen

Es erfolgte eine Einteilung der Hilfen nach ihrer Intensität anhand der Anzahl der erhaltenen Hilfen. Es wurde in zwei Kategorien eingeteilt. Zur Kategorie „Hilfe von geringer Intensität“ zählten 1-4 erhaltene Hilfen und zur Kategorie „Hilfe von hoher Intensität“ 5-10 Hilfen. Je 24 der Mutter-Kind-Paare (55%) erhielten Hilfen von geringer Intensität und 20 (45%) von ihnen Hilfen von hoher Intensität.

### 3.1.3.4 Zugangswege der Hilfen

Die verschiedenen Hilfen wurden nach ihrem Zugangsweg kategorisiert. Das bedeutet, dass sie nach ihrem Aufwand die Hilfe zu erhalten und nach ihrem Bedarf eingeteilt wurden (siehe Kapitel 2.3.5, S. 19). Zur genauen Kategorisierung siehe Tabelle 10.

## Ergebnisse

Tabelle 10: Zugangswege der Hilfen, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>Art der Hilfe</i>
Hilfen mit geringem Aufwand	Kindertagesstätte, Angebote der Familienbildung (Babyschwimmen, Babymassage, Spielgruppe, Elternkurse)
Hilfen mit mittlerem Aufwand	Erziehungsberatung, Psychologische Beratung, Suchtberatung, Erziehungspädagogische Beratung, Beratung Im Jugendamt, finanzielle Unterstützung (erste Ausstattung fürs Kind), Selbsthilfegruppen
Hilfen mit höherem Aufwand	Hilfen vom Jugendamt (Mutter-Kind-Heim), Frühförderung, Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), Psychotherapie der Mutter, Psychotherapie des Kindes, Mutter-Kind-Kur, Haushaltshilfe über die Krankenkasse

In Tabelle 11 ist die Verteilung der Hilfen mit geringem, mittlerem und hohem Aufwand dargestellt. Generell waren die Hilfen mit einem geringen Aufwand mit einer Gesamtanzahl von 37 am Häufigsten vertreten. Hilfen mit mittlerem und hohem Aufwand kamen jeweils insgesamt in 33 Fällen vor. Je höher der Aufwand, umso höher war die Spannbreite der Anzahl. Im Bereich mit geringem Aufwand kam am Häufigsten die Kategorie „1 Hilfe“ mit 70% vor, gefolgt von „2 Hilfen“ mit 30%. Im Bereich mit mittlerem Aufwand ging die Spannbreite der erhaltenen Hilfen von 1-4 Hilfen. Hier zeigten sich „1-2 Hilfen“ mit einer Häufigkeit von 35-45%. „3-4 Hilfen“ kamen in dieser Kategorie mit einer Häufigkeit von 6-16% seltener vor. Bei den Hilfen mit höherem Aufwand zeigte sich eine Spannbreite von 1-5 Hilfen. Es waren „1-3 Hilfen“ mit einer Häufigkeit von 18-46% vertreten und „4-5 Hilfen“ kamen mit einer Häufigkeit von je 3% vor.

## Ergebnisse

Tabelle 11: Verteilung der Hilfen mit geringem, mittlerem und hohem Aufwand, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

<i>Kategorie der Hilfe</i>	<i>Anzahl</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Hilfe mit geringem Aufwand	1 Hilfe	23	70
	2 Hilfen	10	30
Gesamt		33	100
Hilfe mit mittlerem Aufwand	1 Hilfe	16	43
	2 Hilfen	13	35
	3 Hilfen	6	16
	4 Hilfen	2	6
Gesamt		37	100
Hilfe mit hohem Aufwand	1 Hilfe	15	46
	2 Hilfen	6	18
	3 Hilfen	10	30
	4 Hilfen	1	3
	5 Hilfen	1	3
Gesamt		33	100

### 3.2 Latente Klassenanalyse (LCA)

In Orientierung an der aktuellen Literatur gab es theoriegeleitet zwei Risikogruppen, die die kindliche Entwicklung nachweislich beeinflussen. Sie wurden durch folgende Merkmale definiert: Die eine Risikogruppe wurde durch das Merkmal der Frühgeburtlichkeit definiert. Die andere Risikogruppe bestand aus jugendlichen Müttern in Kombination mit mehreren anderen Risikomerkmale. Diese Risikomerkmale waren „Einkommen $\leq$ 1000€/Monat“, „Schulabschluss<Realschulabschluss“, „alleinerziehend“, „kein Wunschkind“, „keine soziale Unterstützung“, „arbeitslos“ und „psychische Belastung“. In dieser Stichprobe wurde eine LCA durchgeführt, um die Existenz der beiden Risikogruppen zu überprüfen. Es zeigte sich, dass auf der Basis des möglichst kleinen BIC-Kriteriums (Bayessches Informationskriterium), ein Zwei-Klassenmodell zu präferieren war (siehe Tabelle 12). In der vorliegenden Stichprobe konnte somit die Existenz dieser beiden Risikogruppen nachgewiesen werden.



## Ergebnisse

Tabelle 12: Ergebnisse der Latenten Klassenanalyse, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>BIC (LL)</i>	<i>L<sup>2</sup></i>	<i>Npar</i>	<i>p-Wert</i>
1 Cluster	538,16	169,82	9	3,00E-18
2 Cluster	<b>518,08</b>	111,03	19	1,60E-11
3 Cluster	541,31	95,55	29	3,40E-12
4 Cluster	568,58	84,10	39	2,50E-14

In der Stichprobe bestand eine 60%ige Wahrscheinlichkeit in das erste Cluster zu fallen, das durch den Risikofaktor „Früh- und oder Mangelgeburt“ charakterisiert wurde. Zum Cluster 1 zählten 29 Mutter-Kind-Paare. Zusätzlich zeigte sich in diesem Cluster eine hohe Auftretenswahrscheinlichkeit des Risikofaktors „psychische Belastung“ (36%), des Risikofaktors „arbeitslos“ (42%) und des Risikofaktors „keine soziale Unterstützung“ (100%). Es bestand eine 40%ige Wahrscheinlichkeit zu Cluster 2 zu gehören, der durch den Risikofaktor „Jugendlichkeit der Mutter“ ( $\leq 19$  Jahre) mit den unten anderen aufgeführten Risikofaktoren definiert wurde. Zu ihm zählten 19 Mutter-Kind-Paare. Zusätzlich traten in Cluster 2 noch andere Risikofaktoren mit einer hohen Auftretenswahrscheinlichkeit auf wie „kein Wunschkind“ (51%), „alleinerziehend“ (69%), „Einkommen < 1000€“ (56%), „Schulabschluss < Realschulabschluss“ (80%) und „arbeitslos“ (77%). Bei den Risikofaktoren „keine soziale Unterstützung“ (90%) und „psychische Belastung“ (50%), zeigte sich wie im Cluster 1 eine sehr hohe Auftretenswahrscheinlichkeit. Ein Mutter-Kind-Paar konnte keinem Cluster zugeordnet werden. Siehe Abbildung 2.

## Ergebnisse

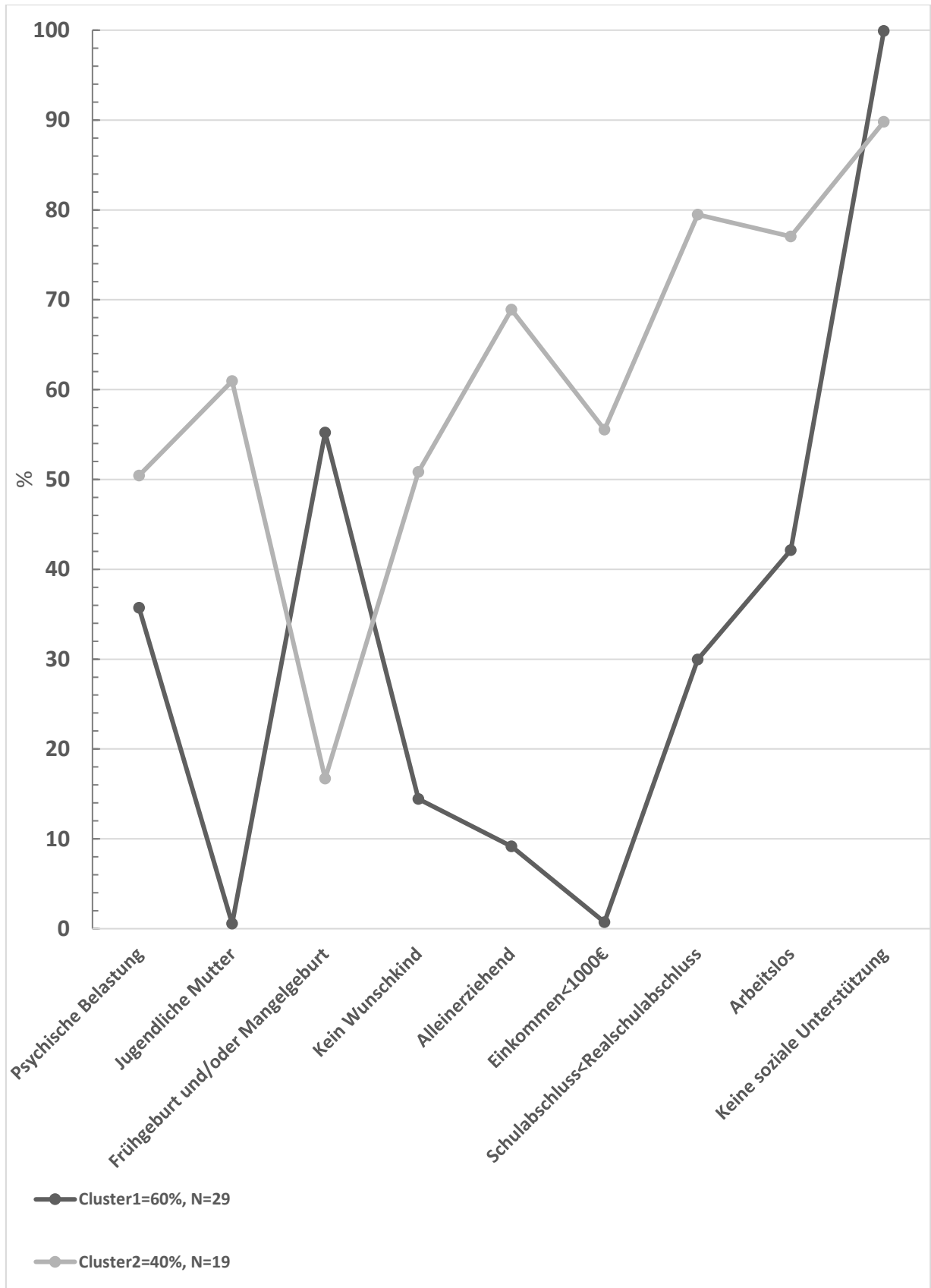


Abbildung 2: Auftretenswahrscheinlichkeit der Cluster und ihre Risikofaktoren, N=48, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

### 3.3 Einfluss der Risikofaktoren auf die frühkindliche kognitive Entwicklung

Hypothese 1a: Es wird erwartet, dass einerseits Frühgeburtlichkeit und andererseits Jugendlichkeit der Mutter in Kombination mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung in der frühen Kindheit hat.

Für Hypothese 1a wurde die kindliche kognitive Entwicklung der Cluster 1 (Frühgeburtlichkeit) und 2 (Jugendlichkeit der Mutter, in Kombination mit den Risikofaktoren „kein Wunschkind“, „alleinerziehend“, „Verdienst $\leq$ 1000€“, „Schulabschluss $<$ Realschulabschluss“, „arbeitslos“, „psychische Belastung“ und „keine soziale Unterstützung“) in Prozenstränge eingeteilt. Die Einteilung erfolgte anhand der Normierungsstichprobe des BSID-II (Unterdurchschnittliche Leistung: 12,6%, durchschnittliche Leistung: 72,6%; überdurchschnittliche Leistung: 14,8% (Kapitel 2.3.1, S. 17, Tabelle 4).

Bei Anwendung der prozentualen Verteilung der Normierungsstichprobe wurden in Cluster 1 (Frühgeburtlichkeit) vier Kinder mit unterdurchschnittlicher Leistung, 21 Kinder mit durchschnittlicher Leistung und vier Kinder mit überdurchschnittlicher Leistung erwartet. In der untersuchten Stichprobe wurde eine andere Verteilung vorgefunden. In Cluster 1 zeigten zehn Kinder eine unterdurchschnittliche Leistung, 18 Kinder eine durchschnittliche Leistung und ein Kind eine überdurchschnittliche Leistung. Somit erreichten die Kinder aus Cluster 1 insgesamt ein schlechteres Ergebnis als die Kinder der Normstichprobe. Der Unterschied zwischen den Verteilungen zeigte sich im Chi<sup>2</sup>-Test als signifikant (Cluster 1 (Frühgeburtlichkeit): Chi<sup>2</sup>(2) =9,96; p=.007).

Im Cluster 2 (Jugendlichkeit der Mutter mit anderen Risikofaktoren) wurden bei Anwendung der prozentualen Verteilung aus der Normierungsstichprobe drei Kinder mit einer unterdurchschnittlichen, 14 mit einer durchschnittlichen und zwei mit einer überdurchschnittlichen kognitiven Leistung im BSID-II erwartet. In der untersuchten Stichprobe schnitten die Kinder schlechter ab. Im unterdurchschnittlichen Bereich waren es sieben Kinder, im durchschnittlichen Bereich 11 und im überdurchschnittlichen Bereich nur ein Kind. Somit erreichten die Kinder aus Cluster 2 ebenfalls ein schlechteres Ergebnis. Der Unterschied der Verteilungen zeigte sich im Chi<sup>2</sup>-Test als signifikant (Cluster 2 (Jugendlichkeit der Mutter mit anderen Risikofaktoren): Chi<sup>2</sup>(2) =7,61; p=.022). Siehe auch Tabelle 13.

## Ergebnisse

Tabelle 13: Prozenträge der kindlichen kognitiven Entwicklung (Mental Development Index) Cluster 1 und Cluster 2 im Vergleich zur Normierungsstichprobe des Bayley Scales of Infant Development II, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

<i>MDI</i>	<i>Cluster 1</i>		<i>Cluster 2</i>	
	<i>(Frühgeburtlichkeit)</i>		<i>(Jugendlichkeit der Mutter)</i>	
	<i>Tatsächliche</i>	<i>Erwartete</i>	<i>Tatsächliche</i>	<i>Erwartete</i>
	<i>Verteilung</i>	<i>Verteilung</i>	<i>Verteilung</i>	<i>Verteilung</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Unterdurchschnittliche Leistung <70-84	10	4	7	3
Durchschnittliche Leistung 85-114	18	21	11	14
Überdurchschnittliche Leistung >115	1	4	1	2
Gesamt	29		19	

Hypothese 1b: Es wird erwartet, dass die Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen stärkeren negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung in der frühen Kindheit hat als der Risikofaktor Frühgeburtlichkeit.

Zur Untersuchung ob sich der Cluster 2 (Jugendlichkeit der Mutter) in Kombination mit den Risikofaktoren „kein Wunschkind“, „alleinerziehend“, „Verdienst ≤1000€“, „Schulabschluss<Realschulabschluss“, „arbeitslos“, „psychische Belastung“ und „keine soziale Unterstützung“ stärker negativ auf die kindliche kognitive Entwicklung auswirkt als der Cluster 1 (Frühgeburtlichkeit), wurde eine einfache ANOVA berechnet. Die abhängige Variable war das Ergebnis des BSID-II der kognitiven Skala (MDI) als Maß für die kindliche Entwicklung. Die unabhängigen Variablen waren die Gruppen der beiden Cluster (Cluster 1 (Frühgeburtlichkeit) vs. Cluster 2 (Jugendlichkeit der Mutter in Kombination mit den oben genannten Risikofaktoren)). Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Clustern in Hinblick auf kognitive Entwicklung der untersuchten Kinder ( $F(1,46)=0,00$ ;  $p=.974$ ; Cluster 1 (Frühgeburtlichkeit) Mittelwert: 1,69, SD: 0,54; Cluster 2 (Jugendlichkeit der Mutter mit anderen Risikofaktoren) Mittelwert: 1,68, SD: 0,58). Somit hatte die Jugendlichkeit der Mutter in Kombination mit anderen Risikofaktoren keinen

stärkeren negativen Effekt auf die kognitive Entwicklung der untersuchten Kinder im Vergleich zum Einfluss des Risikofaktors Frühgeburtlichkeit.

### 3.4 Einfluss der Hilfen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung

Hypothese 2: Es wird erwartet, dass sich in der Stichprobe bei Inanspruchnahme von Frühen Hilfen ein positiver Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung in der frühen Kindheit zeigt. Das bedeutet, dass sich durch die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen die kindliche kognitive Entwicklung verbessert. Dieser Effekt ist abhängig von Art, Dauer, Anzahl, Intensität und Zugangsweg der Hilfen.

Die Hypothese 2 wurde mittels Durchführung zweier linearen multiplen Regressionen überprüft. Bei Untersuchung des Zugangswegs der Hilfen auf die kindliche Entwicklung zeigte sich statistisch kein signifikanter Zusammenhang ( $R^2=-.002$ ;  $F(3,40) = 1,03$ ;  $p=.390$ ). Siehe Tabelle 14.

Tabelle 14: Regressionsmodell: Einfluss des Zugangswegs der Hilfen auf die kindliche kognitive Entwicklung, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>Nicht standardisiertes Beta</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>p</i>
Konstante	81,20			
Hilfe mit geringem Aufwand	5,30	0,15	0,94	.352
Hilfe mit mittlerem Aufwand	2,86	0,07	0,44	.665
Hilfe mit hohem Aufwand	6,51	0,19	1,18	.246

Weiterhin wurde der Einfluss der Dauer, Anzahl und Intensität der Hilfen auf die kindliche kognitive Entwicklung untersucht. Das Modell war statistisch nicht signifikant ( $R^2=.041$ ;  $F(3,37) = 1,57$ ;  $p=.214$ ). Vergleiche Tabelle 15.

## Ergebnisse

Tabelle 15: Regressionsmodell: Einfluss Dauer, Anzahl und Intensität auf die kindliche kognitive Entwicklung, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

	<i>Nicht standardisiertes Beta</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Konstante	77,39			
Dauer der Hilfe	0,05	0,18	0,82	.416
Anzahl der Hilfen	-2,43	-0,35	-1,55	.130
Intensität der Hilfen	13,81	0,33	1,96	.058

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese auf einer niedrigeren statistischen Ebene wurden Chi<sup>2</sup>-Tests berechnet. Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Anzahl, Zugangsweg, Dauer oder Intensität der Hilfen und der kindlichen Entwicklung. Das bedeutet, dass durch die Hilfen keine Verbesserung der kindlichen kognitiven Entwicklung nachgewiesen werden konnte (Hilfe mit geringem Aufwand (Chi<sup>2</sup>(2)=3,96; p=.138), Hilfe mit mittlerem Aufwand (Chi<sup>2</sup>(2)=0,59; p=.744), Hilfe mit hohem Aufwand (Chi<sup>2</sup>(2) =1,93; p=.381), Dauer der Hilfe (kurz<48 Monate, lang≥48 Monate) (Chi<sup>2</sup>(2) =2,46; p=.292), Intensität der Hilfen (Chi<sup>2</sup>(2)=2,76; p=.871), Anzahl der Hilfen (wenig Hilfen ≤ 4 Hilfen, viele Hilfen > 5 Hilfen) (Chi<sup>2</sup>(2)=0,10; p=.949).

Bei Betrachtung der einzelnen Hilfen zeigte sich ein statistisch signifikantes Ergebnis in Bezug auf die psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen der Mutter und die kindliche Entwicklung. Erhielt eine Mutter solche Hilfen, verbesserte das die kognitive Entwicklung ihres Kindes. In Bezug auf die anderen Hilfearten konnte kein Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung nachgewiesen werden. Siehe Tabelle 16.

## Ergebnisse

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen den einzelnen Hilfen und der kindlichen kognitiven Entwicklung, Studie Nachhaltige Wirkung früher Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm, 2007-2011

<i>Beschreibung</i>	<i>Chi<sup>2</sup></i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Erziehungs- und Familienberatungsstelle	0,48	2	.788
Psychologische Beratung	0,93	2	.627
Frühförderung (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Sozialpädiatrisches Zentrum)	0,94	2	.624
Finanzielle Hilfen	1,76	2	.416
Kindertagesbetreuung	1,08	2	.582
Familienbildung (Prager Eltern-Kind-Programm (PEKIP), Elternkurse, Babyschwimmen)	0,56	2	.754
Selbsthilfegruppen, Elterntreff	4,37	2	.112
Hilfen des Jugendamts	2,40	2	.301
Psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe Mutter	7,56	2	<b>.023</b>
Psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen Kind	4,19	4	.381
Mutter-Kind-Kur	0,62	4	.961
Hilfen von Verwandten/Freunden/ Babysitter	0,62	4	.961

### 3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Dissertation wurde der Einfluss von Risikofaktoren und Risikokonstellationen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung untersucht. In einer durchgeführten LCA konnten zwei Risikogruppen detektiert werden. Eine der Risikogruppe bestand aus Müttern mit Frühgeborenen und die andere Risikogruppe bestand aus jugendlichen Müttern mit zusätzlichen begleitenden ungünstigen Faktoren. Die Hypothese 1a konnte bestätigt werden. In beiden Risikogruppen zeigte sich eine schlechtere kognitive Kompetenz als in der Normstichprobe. Somit hatten die kumulativen Risikofaktoren in beiden Gruppen einen negativen Einfluss auf die frühkindliche kognitive Entwicklung.

Die Hypothese 1b konnte nicht erhärtet werden. Die Kinder aus der Risikogruppe Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren schnitten nicht schlechter ab als die Risikogruppe der Frühgeburtlichkeit. Somit hatten die Risikofaktoren Jugendlichkeit der Mutter mit den begleitenden ungünstigen Faktoren keinen stärkeren negativen Effekt auf die frühkindliche kognitive Entwicklung als in der Risikogruppe Frühgeburtlichkeit.

Die Hypothese 2 bestätigte sich nur zum Teil. Bei Inanspruchnahme von Frühen Hilfen in Abhängigkeit von Anzahl, Dauer, Intensität und Zugangsweg konnte kein positiver Effekt auf die frühkindliche Entwicklung nachgewiesen werden. Bei Untersuchung der Art der Hilfen zeigte sich ein positiver Effekt von psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen der Mutter auf die frühkindliche kognitive Entwicklung.



## 4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit konnten mittels einer Latenten Klassenanalyse zwei Risikogruppen detektiert werden. Die eine Risikogruppe bestand aus jugendlichen Müttern. Neben der jungen Mutterschaft zeigten sich in der LCA begleitende Risikofaktoren wie psychische Belastung, ungeplante Schwangerschaft, alleinerziehend, niedriges Einkommen, niedriger Schulabschluss, Arbeitslosigkeit und keine soziale Unterstützung. Die andere Risikogruppe bestand aus Müttern mit Frühgeborenen. In dieser Risikogruppe waren weniger begleitende Risikofaktoren auffällig. Hier zeigten sich als begleitende Risiken psychische Belastung und fehlende soziale Unterstützung. Beide Risikogruppen zeigten eine verzögerte kindliche kognitive Entwicklung im BSID-II im Vergleich zur Normstichprobe. Trotz der Risikokonstellation in der Gruppe der jugendlichen Mütter war kein stärkerer negativer Effekt auf die frühkindliche kognitive Entwicklung nachweisbar als in der Risikogruppe der Frühgeborenen. Zusätzlich wurde der Einfluss von Frühen Hilfen in der Stichprobe auf die kognitive Entwicklung untersucht. Es zeigte sich bei der Hilfeart psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen der Mutter ein signifikanter Effekt. Das bedeutet, dass diese Hilfe die kognitive Entwicklung verbesserte. Die anderen Hilfen zeigten keinen Einfluss auf die frühkindliche kognitive Entwicklung.

### 4.1 Einfluss der Risikofaktoren auf die frühkindliche kognitive Entwicklung

Es wurde erwartet, dass einerseits Frühgeburtlichkeit und andererseits Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung im Kleinkindalter hat. In der hier untersuchten Stichprobe zeigten beide Risikogruppen eine schlechtere kognitive Kompetenz als die erwartete Verteilung der Normierungsstichprobe des BSID-II. Beide Risikofaktoren hatten somit einen negativen Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung. In beiden Risikogruppen erreichten mehr Kinder ein unterdurchschnittliches Ergebnis als in der Normstichprobe. In die Kategorie der überdurchschnittlichen Leistung fielen in beiden Risikogruppen weniger Kinder als erwartet. Eine überdurchschnittliche Leistung erreichte nur jeweils ein Kind. Somit bestätigte sich diese Hypothese. Das schlechtere Abschneiden von Frühgeborenen zeigte sich auch in einer 2009 durchgeführten Metaanalyse von Aarnoudse-Moens. Frühgeborene lagen im Vergleich zu reif geborenen Kindern in den kognitiven Fähigkeiten wie

Mathematik, Lesen, Buchstabieren und in exekutiven Gehirnfunktion zurück. Ein weiteres Problem von Frühgeborenen waren Konzentrationsprobleme (Aarnoudse-Moens et al. 2009). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine Studie aus dem Jahr 2016 von Rogers und Hintz (Rogers et al. 2016). In dieser Studie zeigte sich, dass extreme Frühgeburt (<28 Wochen) mit einer Linksverschiebung der gemessenen kognitiven Entwicklungsquotienten im Alter von 18 bis 24 Monaten einhergeht (Rogers et al. 2016). Diese Ergebnisse stehen im Kontext mit den hier vorliegenden Ergebnissen. Jedoch beschäftigten sich die Autoren isoliert mit dem Risikofaktor der Frühgeburtlichkeit. Andere Faktoren wie eine begleitende psychische Belastung der Mutter oder ein fehlendes soziales Netz wurden von Rogers im Vergleich zur vorliegenden Arbeit nicht betrachtet und somit scheint in diesem Kontext die bestehende Risikokonstellation als unvollständig. Beide Faktoren stellen alleine und in Kombination in beiden Risikogruppen wichtige Risikofaktoren dar (Gray et al. 2013).

Die schlechtere kognitive Kompetenz der Kinder von jugendlichen Müttern zeigte sich bei Khatun (Khatun et al. 2017). Die Kinder von jungen Müttern erreichten niedrigere Entwicklungsquotient-Ergebnisse als Kinder von älteren Müttern (>20 Jahre) (Khatun et al. 2017). Auch in der Studie von Firk, sowie bei Morinis, war auffällig, dass Kinder von erwachsenen Müttern besser kognitiv entwickelt waren, als Kinder von jugendlichen Müttern. In beiden Studien hatten ungünstige sozioökonomische Risikofaktoren, also die begleitenden Umstände, in die die Kinder geboren wurden, einen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung (Firk et al. 2018; Morinis et al. 2013). Hurt und Kollegen beschäftigten sich, ähnlich wie in der vorliegenden Dissertation, in ihrer Arbeit isoliert mit dem Einfluss von Armut auf die kindliche kognitive Entwicklung im ersten Lebensjahr. Sie untersuchten Kinder von Eltern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und Kinder von Eltern mit einem höheren sozioökonomischen Status. Die Kinder aus armen Haushalten, deren Eltern einen niedrigen Schulabschluss hatten, zeigten einen Entwicklungsrückstand im Vergleich zu den Kindern aus Haushalten über der Armutsgrenze (Hurt et al. 2017). Diese Forschungsergebnisse sind somit vergleichbar mit den vorliegenden Ergebnissen.

Weiterhin wurde erwartet, dass die Jugendlichkeit der Mutter mit anderen kumulativen Risikofaktoren einen stärkeren negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung im Kleinkindalter hat als der Risikofaktor Frühgeburtlichkeit. Statistisch zeigte sich kein

signifikanter Unterschied zwischen den beiden Risikogruppen in Bezug auf die frühkindliche kognitive Entwicklung. Der Risikofaktor Jugendlichkeit der Mutter in Kombination mit anderen kumulativen Risikofaktoren hatte keinen stärkeren negativen Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung. In einer prospektiven Längsschnittstudie von Laucht zeigte sich, dass Kinder aus psychosozial belasteten Familien im Vergleich zu psychosozial unbelasteten Kindern einen ungünstigeren langfristigeren Entwicklungsverlauf zeigten. Kinder mit vorwiegend biologischer Risikobelastung im Sinne von Frühgeburtlichkeit, waren in der Lage Entwicklungsrückstände aufzuholen. Zu den biologischen Risikofaktoren wurden in dieser Studie prä-, peri- und neonatale Komplikationen gerechnet. Zu den psychosozialen Risikofaktoren zählten unter anderem Risiken wie frühe Elternschaft, niedriges Bildungsniveau der Eltern, psychische Störung der Eltern, unerwünschte Schwangerschaft, Ein-Eltern-Familie und mangelnde soziale Integration. In beiden Risikogruppen zeigten sich hier ein signifikanter Einfluss auf die kindliche kognitive Entwicklung (Esser et al. 2017; Laucht et al. 1992). Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei Hillemeier (Hillemeier et al. 2011). In ihrer Längsschnittstudie hatten Kinder mit Entwicklungsverzögerungen im Alter von 24 Monaten und Vorliegen der Risikofaktoren „niedrige Ausbildung der Mutter“ und „niedriges Familieneinkommen“ ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Entwicklungsverzögerung im Alter von 48 Monaten. Bei den frühgeborenen Kindern war das Risiko für anhaltende Entwicklungsverzögerungen im Alter von 24 Monaten ebenfalls vorhanden. Hier war allerdings auffällig, dass frühgeborene Kinder im Alter von 48 Monaten weniger Entwicklungsverzögerungen zeigten (Hillemeier et al. 2011).

Die Diskrepanz der Studien von Laucht und Hillemeier zur vorliegenden Studie lässt sich möglicherweise mit der höheren Stichprobenzahl in beiden Studien erklären. Die Kinder bei Hillemeier und Laucht wurden zu mehreren Zeitpunkten untersucht, so dass Entwicklungsverzögerungen, die noch auftreten könnten, in der vorliegenden Dissertation möglicherweise nicht erfasst wurden. Insbesondere bei Laucht zeigte sich, dass bei 1/5 der Kinder im Alter von zwei Jahren neue Entwicklungsstörungen auftraten (Laucht et al. 1992). Die Unterschiede zu den vorliegenden Ergebnissen könnte auch an den Hilfsangeboten liegen, die in der Risikogruppe der jugendlichen Mütter parallel schon in Anspruch genommen wurden. Die Stichprobe stammte aus der Datenerhebung der Studie „Guter Start ins Kinderleben“ (Ziegenhain et al. 2010), die unter anderem das Ziel hatte präventiv

die Erziehungskompetenzen von jugendlichen und psychosozial belasteten Eltern zu fördern. Dieser Effekt könnte erklären, warum die Kinder der Hochrisikogruppe Jugendlichkeit der Mutter trotz ihrer begleitenden kumulativen Belastungen keine stärker verzögerte Entwicklung zeigten.

In der zu Beginn durchgeführten LCA konnten zwei Risikogruppen detektiert werden. Die eine Risikogruppe bestand aus jugendlichen Müttern mit begleitenden ungünstigen Risikofaktoren wie psychische Belastung, ungeplante Schwangerschaft, alleinerziehend, niedriges Einkommen, niedriger Schulabschluss, Arbeitslosigkeit und keine soziale Unterstützung. Die andere Risikogruppe bestand aus Müttern mit Frühgeborenen. Neben der Frühgeburtlichkeit waren weniger begleitende Risikofaktoren auffällig. Hier zeigten sich begleitende Risiken wie psychische Belastung und keine soziale Unterstützung. Wie auch bei Ziegenhain waren jugendliche Mütter eine Hochrisikogruppe mit vielen begleitenden Risikofaktoren (Ziegenhain 2007). Ein einzelner Risikofaktor muss nicht zwingend einen negativen Einfluss auf ein Kind ausüben (Richters et al. 1992). Aber multiplen Risikofaktoren können gehäuft wirken, sich aufaddieren, untereinander in Wechselwirkung treten und sie erhöhen die Vulnerabilität (Sameroff 1998; Werner 2006). Erschwerend kommt ein gewisser transgenerationeller Effekt hinzu. Jugendliche Mütter wurden oft ebenfalls von einer jugendlichen Mutter aufgezogen (Woodward et al. 2001) und sie erhielten wenig soziale Unterstützung (Jacobs et al. 2012). Bei Betrachtung der anderen Risikogruppe Frühgeburtlichkeit zeigte sich korrespondierend zu Laucht, dass Mütter mit frühgeborenen Kindern in der vorliegenden Studie weniger multifaktoriell psychosozial belastet waren (Laucht et al. 1992). Insbesondere elterliches Stresserleben bzw. psychische Belastung wirkte in beiden Risikogruppen als proximaler Risikofaktor auf die frühkindliche kognitive Entwicklung (Sabates et al. 2015). Hier ist es nicht nur wichtig zu erkennen, welche proximalen und distalen Risikofaktoren in welcher Kombination besonders in Wechselwirkung stehen und sich aufaddieren, sondern auch ein gutes Screening-Verfahren zu haben, um Hilfen an besonders ungünstig wirkende Konstellation zu koppeln. Ein weiteres Beispiel, neben der Hochrisikogruppe der jungen Mutterschaft, wäre die ungünstige Konstellation aus psychischer Belastung/Erkrankung und das Fehlen eines sozialen Netzes (Pillhofer et al. 2016). Auch ist es in diesem Zusammenhang sinnvoll besonders ungünstig wirkende proximale und distale Risikokonstellationen möglichst früh zu erkennen, um Hilfen frühzeitig anbieten zu können. Die möglichst frühe Erkennung spielt

eine wichtige Rolle, da sich die Exposition in der frühen Kindheit gravierender auf die Entwicklung auswirkt als im späteren Verlauf (Zimmermann et al. 2016). Einen zusätzlichen Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung können Schutzfaktoren haben (Zimmermann et al. 2016). Schutzfaktoren können die frühkindliche Entwicklung positiv beeinflussen und Risikofaktoren abpuffern. Als ein Schutzfaktor wird beispielsweise Unterstützung von den Großeltern und Geschwistern gesehen. Dies führt zur Stärkung des kindlichen Selbstwertgefühls und kann so einen positiven Effekt auf die kognitive Entwicklung ausüben (Werner 2006). In der vorliegenden Studie zeigte sich in beiden Risikogruppen keine bis wenig soziale Unterstützung, also das Fehlen dieses Schutzfaktors. Möglicherweise sollte ein Screeningverfahren nicht nur Risikofaktoren detektieren, sondern auch das Fehlen von individuellen Schutzfaktoren erfassen und so zur Ressourcenbildung beitragen.

### 4.2 Einfluss der Hilfen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung

Ein weiteres Ziel der Dissertation war, den Einfluss der Frühen Hilfen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung zu untersuchen. Es wurde erwartet, dass sich in der Stichprobe bei Inanspruchnahme von Frühen Hilfen ein positiver Effekt auf die kindliche kognitive Entwicklung im Kleinkindalter zeigt. Das würde bedeuten, dass sich durch die Inanspruchnahme von Frühen Hilfen die kindliche kognitive Entwicklung verbessert. Dieser Effekt wäre abhängig von Art, Dauer, Anzahl, Intensität und Zugangsweg der Hilfen. Statistisch konnte weder in Bezug auf den Zugangsweg noch in Bezug auf Anzahl, Dauer oder Intensität ein Einfluss der Hilfen nachgewiesen werden. Bei Betrachtung der Hilfeart „psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe der Mutter“ zeigte sich ein signifikanter Effekt. Diese Hilfe verbesserte in der untersuchten Stichprobe die kindliche kognitive Entwicklung. Der Einfluss von mütterlichen psychischen Erkrankungen/ Belastungen auf die kindliche Entwicklung ist schon seit längerem in der Literatur bekannt. Ursächlich für die kindlichen Entwicklungsverzögerungen könnten eine gestörte Mutter-Kind-Bindung, eingeschränkte Versorgungskompetenzen, verminderte Interaktion bis zu gefährdendem Verhalten im Rahmen einer Erkrankung oder psychischen Belastung sein (Ahun et al. 2018; Tarabulsky et al. 2014; Dahlen 2016; Hohm et al. 2017; Keim et al. 2011). Begleitend litt diese Risikogruppe oft unter psychosozialen Risikofaktoren, die sich zusätzlich negativ auf die

kindliche Entwicklung auswirkten (Pillhofer et al. 2016). Niedrig- und hochschwellige Hilfen, die zur Verbesserung der psychischen Situation der Mutter führen, könnten gleichzeitig auch den Umgang mit dem Kind verbessern und so positiv auf das Kind einwirken. Bei Betrachtung der anderen Hilfearten zeigte sich kein signifikantes Ergebnis. Sie schienen die frühkindliche kognitive Entwicklung nicht zu verbessern. Somit lässt sich diese Hypothese nur zum Teil bestätigen. Internationale Metaanalysen von Wirkungsstudien ergaben, dass ein Zusammenhang zwischen Frühen Hilfen und einer verringerten Rate von früher Vernachlässigung und Misshandlung bestand (Reynolds et al. 2009). In einer amerikanischen Metaanalyse von Baudry (Baudry et al. 2016) wurde überprüft ob sich Hilfen positiv auf die kindliche kognitive Entwicklung im Alter von null bis vier Jahren auswirkten. Die Metaanalyse zeigte, dass gering positive Effekte auf die kognitive Entwicklung nachweisbar waren. Dieser positive Effekt war bei sehr jungen Müttern ausgeprägter. In dieser Studie war eine kürzere Hilfedauer, sowie Hilfen von geschulten Personen effektiver (Baudry et al. 2016). Bezüglich der Qualität von Hilfen ergab eine von Burchinal (Burchinal et al. 2000) durchgeführte amerikanische Studie, dass eine höhere Qualität der Kindertagesstätte das Ergebnis des BSID-II positiv beeinflusste. Die untersuchten Kinder waren sprachlich besser entwickelt und zeigten bessere Kommunikationsfähigkeiten. Die Qualität der Kindertagesstätte wurde durch das Verhältnis von Betreuern zu Kindern, Platz und Trainingskriterien definiert (Burchinal et al. 2000). Diese Ergebnisse lassen sich allerdings nur eingeschränkt mit dem Ergebnis der vorliegenden Dissertation vergleichen. Das Studiendesign und die Anzahl der Teilnehmer waren uneinheitlich, was eine Vergleichbarkeit schwierig macht. Hinzu kommt, dass die amerikanische und die deutsche Jugendhilfe strukturell verschieden sind, so dass dies die Vergleichbarkeit zusätzlich einschränkt. Auch scheint es schwierig Programme aus einer Kultur in eine andere zu transferieren und deren Wirksamkeit zu erhalten, da sich die grundlegenden Rahmenbedingungen unterscheiden (Kindler 2010). In einer deutschen Metaanalyse von Taubner waren diese positiven Effekte der amerikanischen Studien nicht nachweisbar. Es konnte insgesamt kein wesentlicher Effekt der Frühen Hilfen auf die kognitive Entwicklung der untersuchten Kinder nachgewiesen werden (Taubner et al. 2013). Die Metaanalyse von Taubner ist besser vergleichbar mit dem vorliegenden Ergebnis. Weitere Unterschiede zu den amerikanischen Studien könnten auch an einem insgesamt besseren und umfassenderen sozialen System in Deutschland liegen, so dass

Interventionseffekte in Deutschland weniger durchschlagend sein könnten. Die wenig positiven Effekte der einzelnen Projekte könnten laut Taubner unterschiedliche Gründe haben. In den meisten Projekten hatte die Evaluation schon am Anfang der Projekte begonnen, so dass Anfangsprobleme das Ergebnis künstlich verschlechtert haben könnten. Zusätzlich wurde das Drop-Out als Erfolgskriterium nicht gewertet (Taubner et al. 2013). In internationalen und deutschen Metaanalysen war außerdem bemerkenswert, dass selektive Präventionsmaßnahmen, also Hilfen, die sich gezielt an Risikogruppen richten, einen größeren Effekt hatten als Angebote der primären Prävention. Dies traf vor allen in den jüngeren Altersgruppen zu (Beelmann et al. 2014; Shaw et al. 2006).

### 4.3 Kognitive Entwicklung

Es wurde die kindliche kognitive Entwicklung der Kinder im Alter von 18,5 bis 42 Monaten mittels BSID-II untersucht. Hier zeigte sich ein Mittelwert von 91,6 Indexwerten auf der kognitiven Skala. Dieses Ergebnis entspricht einer durchschnittlichen Entwicklung im Normalbereich (85-115). Der niedrigste MDI, der erreicht wurde, lag bei 57 und der höchste MDI bei 133. Von insgesamt 49 Kindern zeigten 30 eine Entwicklung im Normalbereich, 17 eine unterdurchschnittliche Entwicklung und zwei Kinder eine überdurchschnittliche Entwicklung. Dieses Ergebnis könnte dafürsprechen, dass die Risikobelastungen nicht so stark durchschlagen zu scheinen. Ein Grund dafür, dass in der Stichprobe nicht mehr Kinder im unterdurchschnittlichen Bereich lagen könnte sein, dass 20 der Kinder Früh- und Mangelgeburten waren. Diese Risikogruppe leidet vermehrt unter Entwicklungsverzögerungen im motorischen Bereich (Laucht et al. 1992). In der hier untersuchten Stichprobe wurde isoliert die kognitive Entwicklung untersucht. Hinzu kommt, dass frühgeborene Kinder in der Studie von Laucht im Verlauf Entwicklungsdefizite teilweise aufholen konnten (Laucht et al. 1992). Wolke und Jaekel (Wolke et al. 2016) beschrieben jedoch in ihrer Studie einen reduzierten Entwicklungsquotient im Durchschnitt von einer halben bis ganzen Standardabweichung mit häufigen multiplen kognitiven Problemen. Im weiteren Entwicklungsverlauf konnten auch hier Entwicklungsverzögerungen aufgeholt werden (Wolke et al. 2016).

#### 4.4 Hilfen

In Bezug auf die Zusammensetzung der Hilfen und ihrer Verteilung war auffällig, dass 27 (61%) der Mütter Unterstützung von Verwandten, Freunden oder von einem Babysitter bekamen. Gleichzeitig war dies die häufigste Hilfe in der untersuchten Stichprobe. Im Vergleich zur Latenten Klassenanalyse (siehe Ergebnisse 3.2., S.27) war dies ein Kontrast, da die untersuchte Stichprobe insgesamt wenig soziale Unterstützung erhielt. Dies könnte einerseits mit dem subjektiven Empfinden der Mutter zusammenhängen, dass die Hilfe von Verwandten als nicht hilfreich wahrgenommen wurde oder die Regelmäßigkeit fehlte. Kindertagesstätten wurden von 25 (57%) Müttern genutzt, was für eine hohe Akzeptanz und einen einfachen Zugangsweg der Hilfe sprechen könnte. Ähnliches galt für finanzielle Hilfen, die von 24 (55%) und Hilfen des Jugendamtes, die von 22 (50%) Mutter-Kind-Paaren in Anspruch genommen wurden. Hilfen aus dem Bereich der Familienbildung wurden von 18 (41%) Müttern in Anspruch genommen und Hilfen aus dem Gesundheitsbereich wie Frühförderung von 13 (30%), psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen der Mutter von zehn (23%), psychologische Beratung von neun (21%), Mutter-Kind-Kuren und psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen des Kindes von je fünf (11%) Mutter-Kind-Paaren. Diese Zahlen scheinen zunächst sehr hoch. Es fehlen Zahlen bezüglich der Regelmäßigkeit der Teilnahme. Sie wurden anhand von Selbstauskünften der Studienteilnehmer erhoben, so dass mit einer gewissen Inhomogenität zu rechnen war. In einer 2016 von Eickhorst durchgeführten Studie zeigte sich, dass die Inanspruchnahme sowie die Kenntnis von Hilfen bildungs- und altersabhängig sind. Bestand ein höherer Bildungsgrad ging dies gleichzeitig mit einer höheren Kenntnis über mögliche Hilfen einher. Im Kontrast dazu waren die jüngsten Mütter am schlechtesten über Unterstützungsangebote informiert (Eickhorst et al. 2016). Im Hinblick auf die Anzahl der Hilfen zeigte sich, dass ein Mutter-Kind-Paar im Durchschnitt 4,7 (SD 0,35) Hilfsangebote wahrnahm. Einerseits könnte das bedeuten, dass Risikogruppen früh detektiert wurden. Andererseits könnte sich dies nur auf die Risikogruppe der Mütter mit Frühgeburt beziehen. Der Umstand, dass sie in regelmäßigen Abständen medizinische Nachsorgeuntersuchungen wahrnahmen, erleichterte den Zugang zu Frühen Hilfen. Durchschnittlich erhielten die Mutter-Kind-Paare Hilfen mit einer Dauer von 60 Monaten (SD 59,3). Die kürzeste Hilfe dauerte 1,5 Monate und die längste Hilfe dauerte 282 Monate. Hier scheint es wichtig zu sein, dass Hilfen in angemessener Dauer erfolgen können.



Risikofaktoren bestehen gehäuft in unterschiedlicher Art und von längerer Dauer. Eine psychische Erkrankung der Mutter kann je nach Krankheit in unterschiedlicher Art Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung nehmen. Im Rahmen einer postnatalen Depression kann sie über einen gewissen Zeitraum einwirken oder über die gesamte Kindheit bestehen wie bei einer Schizophrenie. Psychiatrische/psychotherapeutische Hilfen für die Mutter sollten nicht nur aus Sicht der Mutter von bedarfsorientierter Dauer erfolgen, sondern auch aus Sicht des Kindes. Allerdings ergab eine Studie von Baudry, dass eine kürzere Helfedauer effektiver war (Baudry et al. 2016). Dies bezog sich aber spezifisch auf die Risikogruppe der jungen Mutterschaft. Ausgehend davon scheint es sinnvoll zu untersuchen, welche Hilfe für welche Risikogruppe mit welcher Dauer am besten geeignet ist. Möglicherweise existieren Kombinationen von Hilfen, also Hilfspakete, die gemeinsam besonders positiv auf die Kinder und ihre Familien wirken. Bei Betrachtung der Intensität der Hilfen war auffällig, dass mehr Mutter-Kind-Paare (24, 55%) „Hilfe von geringer Intensität“ (1-4 Hilfen) erhielten. „Hilfe von hoher Intensität“ (5-10 Hilfen) erhielten 20 (45%) der Mutter-Kind-Paare. Dies bedeutet entweder, dass nicht alle Mutter-Kind-Paare trotz Belastung prinzipiell viele Hilfen benötigen oder aber im Umkehrschluss, dass wahrscheinlich auch nicht alle Hilfen von den Müttern angenommen wurden. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Zugangsweg der Hilfen. Die Einteilung der Hilfen nach Zugangsweg orientierte sich am Aufwand die Hilfe zu erhalten und am Bedarf. „Hilfen mit geringem Aufwand“ konnten prinzipiell auch von Müttern ohne Risikobelastung in Anspruch genommen werden. Zu dieser Kategorie zählten z.B. Babyschwimmen oder Spielgruppen. Am häufigsten kamen „Hilfen mit mittlerem Aufwand“ vor, gefolgt von „Hilfen mit geringem Aufwand“ und „Hilfen von höherem Aufwand“. Auffällig war, dass je höher der Aufwand war die Hilfe zu erhalten, umso höher war die Spannweite der Anzahl der Hilfen. Bei „Hilfen mit höherem Aufwand“ kamen bis zu fünf Hilfen vor. Dies könnte bedeuten, dass bei hohem Aufwand die Hilfe zu bekommen auch im Umkehrschluss ein hoher Bedarf im Sinne einer hohen Belastung bestand.

### 4.5 Limitationen

Eine gewisse Einschränkung der vorgelegten Dissertation besteht in der kleinen Anzahl der untersuchten Stichprobe. Zusätzlich fehlt der Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Risikobelastung und ohne Frühe Hilfen.

Neben der kleinen Teilnehmerzahl handelt es sich um eine Stichprobe, die im Rahmen von Implementierungsforschung untersucht und so vorgefunden wurde.

Bei Untersuchung der kindlichen kognitiven Entwicklung wurden Risikofaktoren betrachtet und dokumentiert. Es wurden jedoch keine Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung detektiert und deren Einfluss somit nicht beachtet. Einer dieser Schutzfaktoren könnte z.B. eine positive mütterliche Erziehungsfähigkeit sein. Zusätzlich wurde der Einfluss des Vaters, der als Risiko- oder Schutzfaktor fungieren kann, nicht berücksichtigt.

Eine weitere Limitation besteht in einer Überlappung der Risikofaktoren, was zu einem Rauschen führen könnte.

Bei der Erfassung der kindlichen kognitiven Entwicklung wurde der BSID-II verwendet. Für dieses Untersuchungsverfahren besteht derzeit keine deutsche Normierung. Dieser Entwicklungstest ist auf amerikanische Kinder normiert, so dass eine gewisse Diskrepanz der Ergebnisse zu erwarten war.

### 4.6 Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Ergebnisse belegten den Einfluss von Risikofaktoren und ungünstigen Risikokonstellationen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung. Zusätzlich unterstreichen sie die Wichtigkeit nicht nur Risikofaktoren, sondern auch ungünstige Risikokonstellationen früh zu detektieren, da sich diese in der frühen Kindheit gravierender auswirken als im späteren Entwicklungsverlauf (Zimmermann et al. 2016). Ein besonderes Augenmerk sollte auf der Hochrisikogruppe der jugendlichen Mütter liegen, da in dieser Risikogruppe besonders oft ungünstige Risikokonstellationen gehäuft auftraten (Ziegenhain 2007). Um Hilfsangebote zielorientiert und sekundär präventiv anbieten zu können, könnte es hilfreich sein, besonders überproportional wirkende ungünstige Risikokonstellationen zu kennen. Hier könnten auch Screeningverfahren für Risikofaktoren und Risikokonstellationen als Zugang zu Frühen Hilfen effektiv sein. In Deutschland fehlen

noch langfristige Untersuchungen zur Dokumentation von Langzeitverläufen und Follow-up-Studien im Bereich der Frühen Hilfen (Schmutz et al. 2018). Es besteht noch Forschungsbedarf zur Implementierung der Frühen Hilfen wie beispielsweise in Hinblick auf ihren strukturellen Auf- und Ausbau, sowie Daten zu Prozessabläufen. Es fehlen noch Daten zu möglichen Wechselwirkungen der Hilfen untereinander und welche Hilfen/Hilfekombinationen für welche Risikogruppen besonders effektiv sein könnten. Zusätzlich fehlen Erkenntnisse von Frühen Hilfen in anderen Ländern und deren Sozial- und Gesundheitssystem. Alle Familien hatten einen Zugang zu Leistungen der Frühen Hilfen. Bei psychisch belasteten Müttern ließ sich ein positiver Einfluss auf die kindliche Entwicklung nachweisen. Dies bekräftigt die Relevanz psychische Belastung und psychische Erkrankungen zu erkennen und dann individuelle Hilfen passgenau anzubieten. Die anderen Hilfen zeigten keinen positiven Effekt auf die frühkindliche kognitive Entwicklung. Dieses Ergebnis ist vorsichtig zu interpretieren, da keine Vergleiche zu Kontrollgruppen ohne Hilfen existieren. Es kommt hinzu, dass Interventionseffekte aufgrund des guten deutschen Sozialsystems weniger durchschlagend sein könnten. Alle Mutter-Kind-Paare wurden untersucht, nachdem sie schon Leistungen der Hilfen in Anspruch genommen hatten. In diesem Kontext ist es sinnvoll den Einfluss Früher Hilfen langfristig und in einer größeren Stichprobe zu untersuchen.

## 5 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 49 Mutter-Kind-Paare mittels einer Latenten Klassenanalyse (LCA) auf Risikofaktoren untersucht. Es zeigten sich zwei Gruppen. Die erste Gruppe bestand aus Frühgeborenen mit begleitenden Risiken wie psychische Belastung und fehlender sozialen Unterstützung. Die zweite Gruppe bestand aus jugendlichen Müttern. Neben der jungen Mutterschaft zeigten sich begleitende Risikofaktoren wie psychische Belastung, ungeplante Schwangerschaft, alleinerziehend, niedriges Einkommen, niedriger Schulabschluss, Arbeitslosigkeit und keine soziale Unterstützung. Somit war die Risikogruppe der jugendlichen Mütter deutlich mehrfach belastet. Zur Erfassung der kindlichen kognitiven Entwicklung wurde der Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II) durchgeführt. Beide Risikogruppen zeigten eine schlechtere kognitive Kompetenz im BSID-II als die Normierungsstichprobe. Somit hatten die Risikofaktoren in beiden Risikogruppen einen negativen Einfluss auf die frühkindliche kognitive Entwicklung. Trotz der multiplen zusätzlichen Risikofaktoren in der Risikogruppe der jugendlichen Mütter zeigten die untersuchten Kinder keine schlechtere kognitive Kompetenz als die Kinder aus der Risikogruppe Frühgeburtlichkeit. Weiterhin wurde untersucht, ob die Inanspruchnahme von Frühe Hilfen in Abhängigkeit von Anzahl, Art, Dauer, Intensität und Zugangsweg einen positiven Effekt auf die frühkindliche kognitive Entwicklung hatte. Hier konnte bei der Hilfe „psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfen der Mutter“ ein positiver Effekt auf die frühkindliche kognitive Entwicklung nachgewiesen werden. Die übrigen Hilfen hatten unabhängig von Anzahl, Art, Dauer, Intensität und Zugangsweg keinen Effekt. Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen den Einfluss von Risikokonstellationen auf die frühkindliche kognitive Entwicklung und die Relevanz gehäuft aufgetretene Risikokonstellationen, sowie besonders ungünstige Kombinationen an Risikofaktoren früh zu detektieren. Ein besonderer Fokus sollte auf der Hochrisikogruppe der jugendlichen Mütter liegen, da in dieser Gruppe psychosoziale Risikofaktoren gehäuft auftreten. In Hinblick auf die Frühen Hilfen sollten weitere Untersuchungen erfolgen. Es sollten Langzeitverläufe und Follow-Up-Studien geplant werden, um Frühe Hilfen im Sinne der sekundären Prävention individuell passgenau anbieten zu können. Es besteht noch Forschungsbedarf zur Implementierung der Frühen Hilfen, sowie in Hinblick auf besonders wirksame Hilfekombinationen und welche Hilfen für welche Risikogruppen besonders effektiv sein könnten.

## 6 Literaturverzeichnis

- 1) Aarnoudse-Moens C, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever J, Oosterlaan J: Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics* 124: 717–728 (2009)
- 2) Ahun M, Côté S: Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: A review of putative environmental mediators. *Archives of Women's Mental Health* 51: 274 (2018)
- 3) Andreß H-J, Hagenars J, Kühnel S: Analyse von Tabellen und kategorialen Daten. Log-lineare Modelle, latente Klassenanalyse, logistische Regression und GSK-Ansatz. Springer, Berlin Heidelberg, S.209 -259 (1997)
- 4) Ayerle G, Luderer C, Behrens J: Modellprojekt FrühStart-Evaluation der Familienhebammen in Sachsen-Anhalt. Vernetzung, Sichtweise der Klientinnen und Verankerung im Netzwerk Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53: 1158–1165 (2010)
- 5) Bastian P, Hensen G, Lenzmann V, Lohmann A, Ziegler H, Böttcher W: Evaluationsforschung zu Wirkungen und Mechanismen Früher Hilfen. *Soziale Passagen* 1: 259–266 (2009)
- 6) Baudry C, Tarabulsy G, Atkinson L, Pearson J, St-Pierre A: Intervention with Adolescent Mother–Child Dyads and Cognitive Development in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Society for Prevention Research* 18: 116–130 (2016)
- 7) Beelmann A, Pfof M, Schmitt C: Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 22: 1–14 (2014)
- 8) Bhutta A, Cleves M, Casey P, Cradock M, Anand K: Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were Born Preterm. *JAMA* 288: 728–737 (2002)
- 9) Black M, Baqui A, Zaman K, McNary S, Le K, Arifeen S, Hamadani J, Parveen M, Yunus M, Black R: Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: Implications for infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48: 764–772 (2007)

- 10) Blankley G, Galbally M, Snellen M, Power J, Lewis A: Borderline Personality Disorder in the perinatal period: Early infant and maternal outcomes. *Australasian psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 23: 688–692 (2015)
- 11) Borghans L, Duckworth A, Heckman J, Ter Weel B: The economics and psychology of personality traits. *Journal of human Resources* 43: 972–1059 (2008)
- 12) Bornstein M: *Handbook of parenting*, Erlbaum, Mahwah, S. 3-43 (2002)
- 13) Bovenschen I, Gabler S, Spangler G, Pillhofer M, Künster A: Videogestützte Beratung zur Beziehungsförderung bei jungen Müttern und ihren Säuglingen-Auswirkungen auf die mütterliche Feinfühligkeit. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*: 275–289 (2012)
- 14) Bühring P: Psychiatrische Erkrankungen: Kooperative Versorgung der ganzen Familie gefordert. *Deutsches Ärzteblatt* 111: 286 (2014)
- 15) Burchinal M, Roberts J, Riggins J, Zeisel S, Neebe E, Bryant D: Relating Quality of Center-Based Child Care to Early Cognitive and Language Development Longitudinally. *Child Development* 71: 339–357 (2000)
- 16) Cardwell M: Stress: Pregnancy considerations. *Obstetrical & Gynecological survey* 68: 119–129 (2013)
- 17) Chan E, Leong P, Malouf R, Quigley M: Long-term cognitive and school outcomes of late-preterm and early-term births: A systematic review. *Child: Care, Health and Development* 42: 297–312 (2016)
- 18) Chang H, Larson J, Blencowe H, Spong C, Howson C, Cairns-Smith S, Lackritz E, Lee S, Mason E, Serazin A, Walani S, Simpson J, Lawn J: Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet* 381: 223–234 (2013)
- 19) Coyne C, D’Onofrio B: Some (but not much) progress toward understanding teenage childbearing: A review of research from the past decade. *Advances in Child Development and Behavior* 42: 113–152 (2012)
- 20) Dahlen H: The impact of maternal depression on child academic and socioemotional outcomes. *Economics of Education Review* 52: 77–90 (2016)

- 21)** Derksen B, Ludwig-Körner C, Schöberl G: WiEge -Wie Elternschaft gelingt: Passgenaue Anwendung des STEEPT-Programms bei jungen Müttern in belastenden Lebenssituationen und eine mögliche Implementierung in die Jugendhilfe. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung 14: 50–61 (2011)
- 22)** Diego M, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero V: Prenatal depression restricts fetal growth. Early Human Development 85: 65–70 (2009)
- 23)** Eickhorst A, Schreier A, Brand C, Lang K, Liel C, Renner I, Neumann A, Sann A: Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59: 1271–1280 (2016)
- 24)** Eickhorst A, Sidor A, Frey B, Cierpka M: Frühe Hilfen durch "Keiner fällt durchs Netz" - Ein Modellprojekt zur psychosozialen Prävention für Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr. Psychologie in Erziehung und Unterricht 59: 290–302 (2012)
- 25)** Eickhorst A, Spangler G, Vierhaus M, Zimmermann P: Prävalenz- und Versorgungsforschung. <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/praevalenz-und-versorgungsforschung/vertiefungsstudie/vertiefungsstudie-ausgewaehlte-ergebnisse/?bigfontsize=0> (31.05.2018)
- 26)** Esser G, Laucht M, Schmidt M, Löffler W, Reiser A, Stöhr R-M, Weindrich D, Weinel H: Behaviour problems and developmental status of 3-month-old infants in relation to organic and psychosocial risks. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 239: 384–390 (1990)
- 27)** Esser G, Schmidt M: Die Mannheimer Risikokinderstudie. Kindheit und Entwicklung 26: 198–202 (2017)
- 28)** Firk C, Konrad K, Herpertz-Dahlmann B, Scharke W, Dahmen B: Cognitive development in children of adolescent mothers: The impact of socioeconomic risk and maternal sensitivity. Infant Behavior and Development 50: 238–246 (2018)
- 29)** Franke G: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version. Beltz Test, Göttingen (2000)

- 30)** Gehrke S, Simon-Stolz L, Sidor A, Eickhorst A, Cierpka M: Eltern-Kind-Konzepte auf den Punkt gebracht: "Keiner fällt durchs Netz". Ein Präventionsprojekt zur Unterstützung hoch belasteter Familien im Rahmen der Frühen Hilfen. *Frühförderung interdisziplinär* 32: 239–243 (2013)
- 31)** Gigerenzer G: Kognition. In: Wirtz M (Hrsg) *Dorsch-Lexikon der Psychologie*, 18. Aufl, Hogrefe: S. 837 (2014)
- 32)** Gray P, Edwards D, O'Callaghan M, Cuskelly M, Gibbons K: Parenting stress in mothers of very preterm infants-influence of development, temperament and maternal depression. *Early Human Development* 89: 625–629 (2013)
- 33)** Gries J, Leuschner V, Wenzke G: Coaching und Evaluation zum sozialen Frühwarnsystem des Berliner Gesamtkonzeptes "Netzwerk Kinderschutz". Sach- und Evaluationsbericht, Konzept und Erfahrungen. <https://docplayer.org/12083185-Coaching-und-evaluation-zum-sozialen-fruehwarnsystem-des-berliner-gesamtkonzeptes-netzwerk-kinderschutz.html> (26.01.2019)
- 34)** Hautzinger M, Bailer M: *ADS-Allgemeine Depressionsskala*, Beltz (2003)
- 35)** Henrichs J, Schenk J, Roza S, van den Berg M, Schmidt H, Steegers E, Hofman A, Jaddoe V, Verhulst F, Tiemeier H: Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: The Generation R Study. *Psychological Medicine* 40: 633–643 (2010)
- 36)** Hillemeier M, Morgan P, Farkas G, Maczuga S: Perinatal and socioeconomic risk factors for variable and persistent cognitive delay at 24 and 48 months of age in a national sample. *Maternal and Child Health Journal* 15: 1001–1010 (2011)
- 37)** Hohm E, Zohsel K, Schmidt M, Esser G, Brandeis D, Banaschewski T, Laucht M: Beeinträchtigter Start ins Leben. *Kindheit und Entwicklung* 26: 210–220 (2017)
- 38)** Holodynski M, Stallmann F, Seeger D: Entwicklung als soziokultureller Lernprozess: Die Bildungsbedeutung von Bezugspersonen für Kinder. In: Apolte T, Funcke A (Hrsg) *Frühkindliche Bildung und Betreuung. Reformen aus ökonomischer, pädagogischer und psychologischer Perspektive*, 1. Aufl, Nomos Verlagsgesellschaft: S. 91–131 (2008)
- 39)** Horbar J, Carpenter J, Badger G, Kenny M, Soll R, Morrow K, Buzas J: Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009. *Pediatrics* 129: 1019–1026 (2012)



- 40) Hurt H, Betancourt L: Turning 1 Year of Age in a Low Socioeconomic Environment: A Portrait of Disadvantage. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 38: 493–500 (2017)
- 41) Im Y, Vanderweele T: Role of first-year maternal employment and paternal involvement in behavioral and cognitive development of young children. *Infant Mental Health Journal* 155: 1–16 (2018)
- 42) Jacobs J, Mollborn S: Early motherhood and the disruption in significant attachments: Autonomy and reconnection as a response to separation and loss among African American and Latina mothers. *Gender & Society: official publication of Sociologists for Women in Society* 26: 922–944 (2012)
- 43) Jungmann T, Kurtz V, Brand T, Sierau S, Klitzing K von: Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojektes "Pro Kind". Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53: 1180–1187 (2010)
- 44) Kaslow N, Bollini A, Druss B, Glueckauf R, Goldfrank L, Kelleher K, La Greca A, Varela R, Wang S, Weinreb L, Zeltzer L: Health care for the whole person: Research update. *Professional Psychology: Research and Practice* 38: 278–289 (2007)
- 45) Keim S, Daniels J, Dole N, Herring A, Siega-Riz A, Scheidt P: A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Human Development* 87: 373–380 (2011)
- 46) Khatun M, Al Mamun A, Scott J, William G, Clavarino A, Najman J: Do children born to teenage parents have lower adult intelligence? A prospective birth cohort study. *PLOS ONE* 12: 1-15 (2017)
- 47) Kindler H: Empirisch begründete Strategien zur Verbesserung des deutschen Kinderschutzsystems. In: Suess G, Hammer W (Hrsg) *Kinderschutz: Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten*, Klett-Cotta: 234–260 (2010)
- 48) Kindler H: Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53: 1073–1079 (2010)

- 49)** Kingston D, Tough S: Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: A systematic review. *Maternal and child health journal* 18: 1728–1741 (2014)
- 50)** Korfmacher J: The Kempe family stress inventory: A review. *Child Abuse and Neglect* 24: 129–140 (2000)
- 51)** Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M: Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48: 1335–1345 (2013)
- 52)** Kraemer H, Kupfer D, Lowe K: To your health. How to understand what research tells us about risk. Oxford University Press, New York, S. 14-21 (2005)
- 53)** Küster E-U, Pabst C, Sann A: Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt 3 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-3-NZFH-Kommunalbefragungen-Kommunale-Netzwerkstrukturen-FH.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/faktenblaetter/Faktenblatt-3-NZFH-Kommunalbefragungen-Kommunale-Netzwerkstrukturen-FH.pdf) (16.09.2018)
- 54)** Lamy S, Laqueille X, Thibaut F: Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant: Revue de littérature. *L'Encephale* 41: S13-20 (2015)
- 55)** Laucht M, Esser G, Schmidt M, Ihle W, Löffler W, Stöhr R-M, Weindrigh D, Weinel H: "Risikokinder". Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41: 275–285 (1992)
- 56)** Laucht M, Schmidt M, Esser G: Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: Späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 30: 5–19 (2002)
- 57)** Lewis A, Austin E, Knapp R, Vaiano T, Galbally M: Perinatal Maternal Mental Health, Fetal Programming and Child Development. *Healthcare* 3: 1212–1227 (2015)

- 58)** Liu Y, Kaaya S, Chai J, McCoy D, Surkan P, Black M, Sutter-Dallay A-L, Verdoux H, Smith-Fawzi M: Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: A meta-analysis. *Psychological Medicine* 47: 680–689 (2017)
- 59)** Manning M, Eugene Hoyme H: Fetal alcohol spectrum disorders: a practical clinical approach to diagnosis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 31: 230–238 (2007)
- 60)** Männistö T, Mendola P, Kiely M, O'Loughlin J, Werder E, Chen Z, Ehrental D, Grantz K: Maternal psychiatric disorders and risk of preterm birth. *Annals of Epidemiology* 26: 14–20 (2016)
- 61)** Marino J, Lewis L, Bateson D, Hickey M, Skinner S: Teenage mothers. *Australian Family Physician* 45: 712–717 (2016)
- 62)** Mattejat F, Wthrich C, Remschmidt H: Kinder psychisch kranker Eltern. *Der Nervenarzt* 71: 164–172 (2000)
- 63)** Michaelis R, Niemann G: Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Grundlagen und diagnostische Strategien. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 67-68 (2004)
- 64)** Mollborn S: Teenage Mothers Today: What we know and how It matters. *Child Development Perspectives* 11: 63–69 (2017)
- 65)** Morinis J, Carson C, Quigley M: Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: A population-based cohort study. *Archives of Disease in Childhood* 98: 959–964 (2013)
- 66)** Moster D, Lie R, Markestad T: Long-term medical and social consequences of preterm birth. *The New England Journal of Medicine* 359: 262–273 (2008)
- 67)** Neumann A, Renner I: Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59: 1281–1291 (2016)
- 68)** O'Brien Caughy M, Huang K-Y, Lima J: Patterns of conflict interaction in mother-toddler dyads: Differences between depressed and non-depressed mothers. *Journal of Child and Family Studies* 18: 10–20 (2009)
- 69)** Oftedal A-M, Busterud K, Irgens L, Haug K, Rasmussen S: Socio-economic risk factors for preterm birth in Norway 1999-2009. *Scandinavian Journal of Public Health* 44: 587–592 (2016)

- 70)** Pascal A, Govaert P, Oostra A, Naulaers G, Ortibus E, van den Broeck C: Neurodevelopmental outcome in very preterm and very-low-birthweight infants born over the past decade: A meta-analytic review. *Developmental Medicine and Child Neurology* 60: 342–355 (2018)
- 71)** Patel R, Kandeler S, Walsh M, Bell E, Carlo W, Laptook A, Sánchez P, Shankaran S, van Meurs K, Ball M, Hale E, Newman N, Das A, Higgins R, Stoll B: Causes and timing of death in extremely premature infants from 2000 through 2011. *The New England Journal of Medicine* 372: 331–340 (2015)
- 72)** Patra K, Greene M, Patel A, Meier P: Maternal education level predicts cognitive, language, and motor outcome in preterm infants in the second year of life. *American Journal of Perinatology* 33: 738–744 (2016)
- 73)** Paul M: Frühe Hilfen – Hintergrund und Entwicklung: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/fruehe-hilfen-hintergrund-und-entwicklung/> (18.02.2019)
- 74)** Penman-Aguilar A, Carter M, Snead M, Kourtis A: Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the US. *Public Health Reports* 128: 5–22 (2013)
- 75)** Petrini J, Dias T, McCormick M, Massolo M, Green N, Escobar G: Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *The Journal of Pediatrics* 154: 169–176 (2009)
- 76)** Pillhofer M, Spangler G, Bovenschen I, Kuenster A, Gabler S, Fallon B, Fegert J, Ziegenhain U: Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 42: 163–173 (2015)
- 77)** Pillhofer M, Ziegenhain U, Fegert J, Hoffmann T, Paul M: Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Eckpunktepapier\\_Kinder\\_psychisch\\_kranker\\_Eltern.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Eckpunktepapier_Kinder_psychisch_kranker_Eltern.pdf) (27.01.2019)

- 78)** Rauh H: Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) Entwicklungspsychologie, 6. vollst. überarb. Aufl, Beltz: S.149-224 (2008)
- 79)** Renner I, Heimeshoff V: Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. [https://familiennetz-bremen.de/files/familiennetz/dokumente/Modellprojekte\\_in\\_den\\_La\\_\\_776\\_ndern.pdf](https://familiennetz-bremen.de/files/familiennetz/dokumente/Modellprojekte_in_den_La__776_ndern.pdf) (27.01.2019)
- 80)** Reuner G, Rosenkranz J, Pietz J, Horn R: Bayley scales of Infant Development second edition-Deutsche Fassung, Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt am Main (2008)
- 81)** Reynolds A, Mathieson L, Topitzes J: Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreatment* 14: 182–206 (2009)
- 82)** Rice F, Jones I, Thapar A: The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115: 171–183 (2007)
- 83)** Richters J, Weintraub S: Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments. In: Rolf J (Hrsg) Risk and protective factors in the development of psychopathology, 1. pb. ed., Cambridge Univ. Press: 67–96 (1992)
- 84)** Rogers E, Hintz S: Early neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants. *Seminars in Perinatology* 40: 497–509 (2016)
- 85)** Ross L, McLean L: Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry* 67: 1285–1298 (2006)
- 86)** Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K: Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine* 6: 313–332 (1976)
- 87)** Sabates R, Dex S: The Impact of multiple risk factors on young children's cognitive and behavioural development. *Children & Society* 29: 95–108 (2015)
- 88)** Sameroff A: Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics* 102: 1287–1292 (1998)
- 89)** Sameroff A, Seifer R, Zax M, Barocas R: Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin* 13: 383–394 (1987)

- 90) Samra H, McGrath J, Wehbe M: An integrated review of developmental outcomes and late-preterm birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 40: 399–411 (2011)
- 91) Sarimski K: Frühgeburt als Herausforderung: Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Hogrefe, Göttingen, S. 83-115 (2000)
- 92) Scaramella L, Nepl T, Ontai L, Conger R: Consequences of socioeconomic disadvantage across three generations: Parenting behavior and child externalizing problems. *Journal of Family Psychology* 22: 725–733 (2008)
- 93) Schmutz E, de Paz Martinez L: Nationaler Forschungsstand und Strategien zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Köln, S.68-136 (2018)
- 94) Schneider M, Böhm B: Sozial benachteiligte Eltern erreichen: Erste Ergebnisse aus der Evaluation des Elternprogramms ELTERN-AG. In: Fröhlich-Gildhoff K, Nentwig-Gesemann I, Wedekind H (Hrsg) *Forschung in der Frühpädagogik V. Schwerpunkt: Naturwissenschaftlicher Bildung, Begegnungen mit Dingen und Phänomenen. Materialien zur Frühpädagogik, Bd. 10, FEL Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre, S. 245-273 (2012)*
- 95) Seifer R: Socioeconomic Status, multiple risks and development of intelligence. In: Sternberg R J, Grigorenko E L (Hrsg) *Environmental effects on cognitive abilities. Psychology Press: S. 59-82 (2014)*
- 96) Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J: Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth* 33: 210–220 (2006)
- 97) Spohr H-L, Steinhausen H-C: Fetal alcohol spectrum disorders and their persisting sequelae in adult life. *Deutsches Ärzteblatt international* 105: 693–698 (2008)
- 98) Steigleider P, Laucht M, Esser G, Schmidt M: Beeinträchtigte kognitive und motorische Leistungen bei 8jährigen Kindern mit sehr niedrigem Geburtsgewicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31: 204–212 (2002)

- 99)** Stith S, Liu T, Davies L, Boykin E, Alder M, Harris J, Som A, McPherson M, Dees J: Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 14: 13–29 (2009)
- 100)** Suess G, Bohlen U, Mali A, Maier M: Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt "WiEge". *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53: 1143–1149 (2010)
- 101)** Talge N, Holzman C, Wang J, Lucia V, Gardiner J, Breslau N: Late-preterm birth and its association with cognitive and socioemotional outcomes at 6 years of age. *Pediatrics* 126: 1124–1131 (2010)
- 102)** Tarabulsy G, Pearson J, Vaillancourt-Morel M-P, Bussi eres E-L, Madigan S, Lemelin J-P, Duchesneau A-A, Hatier D-E, Royer F: Meta-analytic findings of the relation between maternal prenatal stress and anxiety and child cognitive outcome. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 35: 38–43 (2014)
- 103)** Taubner S, Munder T, Unger A, Wolter S: Zur Wirksamkeit pr aventiver Fr uher Hilfen in Deutschland - ein systematisches Review und eine Metaanalyse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 62: 598–619 (2013)
- 104)** Taubner S, Wolter S, Rabung S: Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Mental Health & Prevention* 3: 69–78 (2015)
- 105)** Thyen U, Cierpka M, Behrens J, Franzkowiak P, Hilgers H, Maywald J: Leitbild fr uher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompakt\\_Beirat\\_Leitbild\\_fuer\\_Fruehe\\_Hilfen.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf) (16.09.2018)
- 106)** van Baar A, Ultee K, Gunning W, Soepatmi S, Leeuw R de: Developmental Course of Very Preterm Children in Relation to School Outcome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 18: 273–293 (2006)
- 107)** Vermunt J, Magidson J: *Latent Gold 4.0 User`s Guide*. Statistical Innovations Inc., Belmont, Massachusetts, S.11 (2005)

- 108)** Vohr B, Wright L, Dusick A, Mele L, Verter J, Steichen J, Simon N, Wilson D, Broyles S, Bauer C, Delaney-Black V, Yolton K, Fleisher B, Papile L-A, Kaplan M: Neurodevelopmental and Functional Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993-1994. *Pediatrics* 105: 1216–1226 (2000)
- 109)** Wakschlag L, Hans S: Early parenthood in context: Implications for development and intervention. In: Zeanah C H (Hrsg) *Handbook of infant mental health*, 2. ed., Guilford Press: S. 129–144 (2000)
- 110)** Werner E: Protective Factors and Individual Resilience. In: Shonkoff J P, Meisels S J (Hrsg) *Handbook of early childhood intervention*, Bd. 2, 2. ed., repr, Cambridge Univ. Press: 115–132 (2006)
- 111)** Wolff F: Prävention der Frühgeburt. *Der Gynäkologe* 37: 737–748 (2004)
- 112)** Wolke D, Jaekel J: Langzeitüberlebensqualität ehemaliger kleiner Frühgeborener. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 164: 673–684 (2016)
- 113)** Woodward L, Fergusson D, Horwood L: Risk Factors and Life Processes Associated with Teenage Pregnancy: Results of a Prospective Study From Birth to 20 Years. *Journal of Marriage and Family* 63: 1170–1184 (2001)
- 114)** World Health Organisation: *Managing Newborn Problems. A Guide for Doctors Nurses and Midwives.*  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42753/9241546220.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (27.01.2019)
- 115)** Zeanah C: *Handbook of infant mental health.* Guilford Press, New York, S. 129-141 (2009)
- 116)** Ziegenhain U: Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei jugendlichen Müttern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56: 660–675 (2007)
- 117)** Ziegenhain U, Derksen B, Dreisörner R: Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. *Kindheit und Entwicklung* 13: 226–234 (2004)



- 118)** Ziegenhain U, Schöllhorn A, Künster A, Hofer A, König C, Fegert J: Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung.  
[https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch\\_Vernetzung\\_\\_NZFH\\_2010\\_.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Werkbuch_Vernetzung__NZFH_2010_.pdf) (03.02.2019)
- 119)** Zimmermann P, Vierhaus M, Eickhorst A, Sann A, Egger C, Förthner J, Gerlach J, Iwanski A, Liel C, Podewski F, Wyrwich S, Spangler G: Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland : Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59: 1262–1270 (2016)
- 120)** Zohsel K, Hohm E, Schmidt M, Brandeis D, Banaschewski T, Laucht M: Die langfristigen Auswirkungen von Frühgeburtlichkeit auf kognitive Entwicklung und Schulerfolg. Kindheit und Entwicklung 26: 221–229 (2017)
- 121)** Zwönitzer A, Ziegenhain U, Bovenschen I, Bressemer K, Pillhofer M, Fegert J, Spangler G, Gerlach J, Gabler S, Künster A: Effects of early intervention in children at risk: Short-term findings from an attachemant-based intervention programm. Mental Health & Prevention 3: 98–102 (2015)
- 122)** Zwönitzer A, Ziegenhain U, Bovenschen I, Pillhofer M, Spangler G, Gerlach J, Gabler S, Kindler H, Fegert J, Künster A: Frühe Hilfen und kindliche kognitive Entwicklung: Eine längsschnittliche Pilotuntersuchung psychosozial belasteter Mutter-Kind-Paare in der frühen Kindheit. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 65: 340–353 (2016)

**Anhang**

A) Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Annabel Zwönitzer und Dr. Anne K. Künster.

**Befragung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen (Zwönitzer et al. 2015)**

Sie haben Im ersten Lebensjahr ihres Kindes an der Studie Guter Start ins Kinderleben teilgenommen. Haben sie nach unserem letzten Besuch bei Ihnen (also ungefähr seit Vollendung des ersten Lebensjahres ihres Kindes) andere Hilfen in Anspruch genommen?

Damit könnte zum Beispiel Folgendes gemeint sein:

	Wenn ja, was genau? (in Stichworten beschreiben)	Wie hilfreich empfanden Sie diese Unterstützung? (1 = gar nicht hilfreich, 10 = sehr hilfreich)	Hat sich durch das Angebot/die Angebote etwas zum Positiven verändert?	Wie häufig wurde das Angebot/die Angebote in Anspruch genommen?	Wie lange hat die Familie das Angebot/die Angebote in Anspruch genommen? (in der Zeit von... bis)
.... Beratung bei einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle?			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
.... Beratung bei einer psychologischen Beratungsstelle?			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		

## Anhang

... Beratung bei einer Suchtberatungsstelle?			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
... Inanspruchnahme von Hilfen im Bereich der Frühförderung, z.B. Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie Hilfe einer Frühförderstelle oder SPZ, Inanspruchnahme von Rehabilitations- oder sonstigen Nachsorgeangeboten (z.B. bei Frühchen)?			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
... Inanspruchnahme finanzieller Hilfen (z.B. Wohngeldzuschuss o.ä.) oder Bildungsgutscheinen?			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
...Inanspruchnahme einer Kindertagesbetreuung (z.B. Kinderkrippe, Kita, Tagesmutter o.ä.)			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		

## Anhang

<p>.... Nutzen von Angeboten in der Familienbildungsstätte (z.B. PEKiP-Kurs, Elternkurs, Eltern-Kind-Gruppe, Baby-Schwimmen, ...?)</p>			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
<p>... Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe oder einem Elterntreff?</p>			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
<p>... Inanspruchnahme von Hilfen vom Jugendamt (z.B. jemand, der im Haushalt oder bei der Erziehung hilft), Mutter-Kind-Heimen oder einer Pflegefamilie?</p>			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
<p>... Inanspruchnahme psychologischer oder psychiatrischer Hilfen (in Form einer Therapie) für sich oder das Kind?</p>			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
<p>...Inanspruchnahme einer Eltern-Kind-Kur?</p>			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter		

## Anhang

			des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		
...Inanspruchnahme von Nachbarschaftshilfe, Patenschaftsmodellen, soziale Unterstützung durch nichtprofessionelle Personen wie Freunde, Verwandte etc.			<input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> für Ihr Kind <input type="checkbox"/> mit Ihrem Partner/mit dem Vater/der Mutter des Kindes <input type="checkbox"/> in Ihrer Lebenssituation <input type="checkbox"/> nichts <input type="checkbox"/> sonstiges:		

## Danksagung

### Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

**Lebenslauf**

Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.