



**Abschlussbericht zu dem Vorhaben „Pro Kind“:
Follow-up Untersuchung zur mittelfristigen Wirksamkeit
des Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“ anhand eines
randomisiert kontrollierten Forschungsdesigns**

Ausführende Stellen: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN)

Förderzeichen: 01EL1408A

Sören Kliem

2020



FORSCHUNGSBERICHT Nr. 157

Abschlussbericht zu dem Vorhaben „Pro Kind“:
Follow-up Untersuchung zur mittelfristigen Wirksamkeit des
Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“ anhand eines
randomisiert kontrollierten Forschungsdesigns

Sören Kliem

2020

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN)

Lützerodestraße 9, 30161 Hannover

Tel. (05 11) 3 48 36-0, Fax (05 11) 3 48 36-10

E-Mail: kfn@kfn.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-948647-05-6.

Druck: DruckTeam Druckgesellschaft mbH, Hannover.

© Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 2020

Lützerodestraße 9, 30161 Hannover

Tel. (05 11) 3 48 36-0, Fax (05 11) 3 48 36-10

E-Mail: kfn@kfn.de Internet: www.kfn.de

Printed in Germany

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträgern wie CD-ROM etc. nur nach schriftlicher Zustimmung des Rechteinhabers.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| <u>1. EINLEITUNG</u> | 8 |
| <u>2. METHODISCHE AUSGANGSLAGE DES „PRO KIND“-PROJEKTS</u> | 11 |
| 2.1. PROGRAMMPARTIZIPATION | 14 |
| 2.2. BISHERIGE ERGEBNISSE ZUM HAUSBESUCHSPROGRAMM „PRO KIND“ | 15 |
| <u>3. DIE „PRO KIND“-FOLLOW-UP UNTERSUCHUNG</u> | 21 |
| <u>4. PROZEDERE</u> | 23 |
| 4.1. COMPUTERGESTÜTZTE TELEFONINTERVIEWS (CATI) | 24 |
| 4.2. VORORTBEFRAGUNG | 24 |
| 4.3. EXPERTENBEURTEILUNG | 25 |
| 4.4. ADMINISTRATIVE DATEN | 26 |
| <u>5. FORSCHUNGSFRAGEN</u> | 27 |
| <u>6. EINGESETZTE MESSINSTRUMENTE</u> | 36 |
| 6.1. SCHULLEISTUNG UND TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN | 36 |
| 6.2. PSYCHISCHE GESUNDHEIT | 36 |
| 6.3. SOZIO-EMOTIONALE ENTWICKLUNG | 38 |
| SOZIALE KOMPETENZ | 38 |
| AGGRESSIVITÄT | 38 |

| | |
|---|------------------|
| PSYCHOPATHIE | 39 |
| 6.4. LEBENSZUFRIEDENHEIT | 39 |
| 6.5. KINDLICHE PRÄFERENZEN | 39 |
| PROSOZIALES VERHALTEN | 39 |
| RISIKOVERHALTEN | 40 |
| ZEITPRÄFERENZ | 40 |
| 6.6. DYSFUNKTIONALES ERZIEHUNGSVERHALTEN | 41 |
| 6.7. KINDESMISSHANDLUNG | 41 |
| 6.8. KINDESVERNACHLÄSSIGUNG | 42 |
| 6.9. MÜTTERLICHE BELASTUNG | 43 |
| 6.10. MÜTTERLICHE PSYCHOPATHOLOGIE | 43 |
| 6.11. SOZIALE UNTERSTÜTZUNG | 44 |
| 6.12. BELASTUNG DURCH ERZIEHUNGSAUFGABEN | 44 |
| 6.13. PARTNERSCHAFT | 44 |
| PARTNERSCHAFTSZUFRIEDENHEIT | 44 |
| PARTNERSCHAFTLICHE GEWALT | 45 |
| 6.14. SELBSTWIRKSAMKEIT | 45 |
| 6.15. LEBENSZUFRIEDENHEIT | 45 |
| 6.16. SOZIO-ÖKONOMISCHE SITUATION DER FAMILIEN | 46 |
| 6.17. FAMILIÄRE SITUATION | 46 |
| 6.18. GESUNDHEITSVERHALTEN DER MUTTER (INANSPRUCHNAHME VON PRIMÄRVERSORGUNGSANGEBOTEN) | 47 |
| <u>7. ERGEBNISSE</u> | <u>48</u> |

| | |
|---|-----------|
| 8. AUSBLICK | 59 |
| 8.1. ERFOLGTE VERÖFFENTLICHUNGEN | 60 |
| 9. LITERATURVERZEICHNIS | 63 |

1. Einleitung

Internationale Metaanalysen dokumentieren die Notwendigkeit und Effektivität von frühkindlichen Interventionen für benachteiligte Familien in Bezug auf das mütterliche Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft, die kindliche Gesundheit, die elterliche Erziehungskompetenz sowie die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes (Barlow et al., 2010; Bilukha et al., 2005; Gomby, 2005; Nelson, Westhues & MacLeod, 2003; Peacock et al., 2013; Sweet & Applebaum, 2004;). Langfristig werden für Kinder aus Familien, die an präventiver Frühförderung teilnehmen, höhere Beschäftigungsraten, eine bessere soziale Integration, geringere Kriminalitätsraten sowie bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt berichtet. Ökonomische Analysen zeigen darüber hinaus, dass Hausbesuchsprogramme ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen und daher als vorteilhafte Investition öffentlicher Gelder eingeschätzt werden können (Aos et al., 2004; Belfield, 2006; Olds et al., 2010). Bei den meisten Interventionen wird dabei die Rentabilitätsschwelle jedoch erst mit dem Schuleintritt der Kinder erreicht.

Ogleich Hausbesuchsprogrammen in Europa eine gewisse Tradition zugesprochen werden darf (siehe z. B. Kamerman & Kahn, 1993), stammt die überwiegende Mehrheit der wissenschaftlichen Befunde aus den USA. Dort hat sich insbesondere mit dem *Nurse Family Partnership Program* (NFP; Olds, 2006) ein für benachteiligte Familien konzipiertes Programm nachhaltig etabliert. Im Rahmen des NFP Programms werden benachteiligte Mütter bereits vor der Geburt des ersten Kindes engmaschig unterstützt, in dem sie durch Hausbesuche begleitet werden, welche bis zum zweiten Geburtstag des Kindes anhalten. Das NFP-Programm hat zum Ziel, die mütterlichen Erziehungskompetenzen und die hiermit verbundene positive kindliche emotionale, kognitive und soziale Entwicklung zu fördern sowie

Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung oder Kindesmissbrauch zu verhindern. Spezifische gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Mutter, wie beispielsweise eine Reduktion des Alkohol- und Nikotinkonsums, werden hierbei bereits während der Schwangerschaft gefördert. Darüber hinaus wird auf einen Auf- bzw. Ausbau der formellen und informellen Netzwerke der Mutter bzw. der Eltern hingewirkt. Letztlich zielt das Programm langfristig auch darauf ab, den Familien finanzielle Eigenständigkeit und damit Unabhängigkeit von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe zu ermöglichen, wodurch sich auch staatliche Unterstützungsleistungen reduzieren können. Übersichtsarbeiten berichten u. A. positive Effekte hinsichtlich des mütterlichen Gesundheitsverhaltens während der Schwangerschaft, der kindlichen Gesundheit, der elterlichen Erziehungskompetenz, der sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung des Kindes, sowie der Integration der Mütter in den Arbeitsmarkt bzw. der Aufnahme von Ausbildungsangeboten (Nelson, Westhues & MacLeod, 2003; Sweet & Applebaum, 2004; Bilukha et al., 2005; Gomby, 2005). Bis ins Jahr 2031 werden in den USA nach aktuellen Schätzungen (siehe Miller, 2015), durch das NFP Programm, etwa 500 Kindstode, 4.700 Abtreibungen, 36.000 Fälle von partnerschaftlicher Gewalt, 42.000 Fälle von Kindesmisshandlung, 90.000 Gewaltverbrechen durch jugendliche Straftäter, 594.000 Fälle von Eigentumsdelikten oder Störungen der öffentlichen Ordnung (z.B. Vandalismus, Sachbeschädigung), 36.000 Haftstrafen und 41.000 Fälle von jugendlicher Substanzabhängigkeit verhindert worden sein. Die Einsparungen öffentlicher Gelder durch NFP wird in den USA (Stand 2010) auf etwa 1,5 Milliarden US Dollar beziffert (Miller, 2015).

In Deutschland wird das Modellprojekt „Pro Kind“, die deutsche Adaption des NFP-Programms, seit dem Jahr 2006 wissenschaftlich begleitet. Die Kernbestandteile der NFP-Interventionen, einschließlich der Kriterien der Zielgruppe, die vorgeschriebene durchschnittliche Anzahl der Besuchshäufigkeit und die durchschnittliche Besuchsdauer sowie

das strukturierte Vorgehen und die Unterstützung der Familienbegleiterinnen durch Teammeetings wurden für das „Pro Kind“-Programm unverändert übernommen. Abweichend vom Ursprungsprogramm, in dem ausschließlich Gemeindegesundheitschwestern (Nurses) die Hausbesuche durchführten, fungierten Sozialarbeiterinnen und staatlich geprüfte Hebammen als Familienbegleiterinnen. In Übereinstimmung mit dem NFP-Programm fanden die Hausbesuche regelmäßig von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes statt. Mit der durchgängigen Begleitung (nur Hebammen) und dem Tandem-Modell wurden zwei Begleitvarianten erprobt (Brand & Jungmann, 2012). Entsprechend der genannten Ergebnisse anderer Hausbesuchsprogramme war es das Ziel der vorliegenden Untersuchung, durch eine Follow-up Messung die mittelfristige Effektivität des „Pro Kind“-Programms bei Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren zu überprüfen. Erwartet wurden positive Auswirkungen auf die familiäre Gesundheit, die Erziehungskompetenz der Eltern sowie auf die Schulleistungen und die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung der Kinder.

2. Methodische Ausgangslage des „Pro Kind“-Projekts

Das „Pro Kind“-Programm wurde von 2006 bis 2012 in den drei deutschen Bundesländern Bremen, Niedersachsen und Sachsen durchgeführt und anhand einer Längsschnittstudie bis zum zweiten Geburtstag der Kinder im Rahmen einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Untersuchung (RCT) evaluiert (Sierau et al. 2016). Insgesamt nahmen zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung $N = 755$ erstgebärende Frauen (TG: $n = 394$, KG: $n = 391$) in der 12. bis maximal 28. Schwangerschaftswoche teil. Als Einschlusskriterien galten neben dem weiblichen Geschlecht, einer bestehenden ersten Schwangerschaft auch das Vorliegen eines finanziellen Risikofaktors (z. B. Arbeitslosengeld II- Bezug, Verschuldung) sowie mindestens eines weiteren sozialen oder persönlichen Belastungsfaktors (z. B. Minderjährigkeit, fehlender Schulabschluss, eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen; siehe auch Brand & Jungmann, 2013). Die Teilnehmerinnen wurden über verschiedene Multiplikatoren – insbesondere über Gynäkologinnen, Hebammen, Jugendämter, psychosoziale Beratungsstellen sowie Arbeitsagenturen – rekrutiert (Brand & Jungmann, 2014).

Während der Arbeit mit den Teilnehmerinnen standen sechs inhaltliche Domänen im Fokus der Intervention. Hierbei handelte es sich um diejenigen Bereiche, die üblicherweise als größte Risikofaktoren für negative Schwangerschaftsverläufe, Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung, Entwicklungsstörungen und fehlende finanzielle Unabhängigkeit gelten. Verbesserungen in diesen Bereichen werden als die wichtigsten Schutzfaktoren angesehen, um diesen negativen Entwicklungen vorzubeugen.

1. Individuelle Gesundheit der Mutter. Diese Domäne sollte während der Schwangerschaft im Fokus der Hausbesuche stehen. Neben den üblichen Hebammenleistungen, die sich auf die körperlichen Veränderungen während der

Schwangerschaft und die Geburtsvorbereitung beziehen, wurden gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, ausreichende Schlaf- und Ruhezeiten und angemessene Mundhygiene thematisiert. Auch Themen wie der Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Substanzen wurden mit den werdenden Müttern bearbeitet.

2. Ein gesundes Umfeld. In diesem Zusammenhang wurde das häusliche Umfeld von Mutter und Kind in Augenschein genommen. In Abhängigkeit vom Alter des Kindes wurden verschiedene Möglichkeiten zur Prävention von Unfällen, aber auch Sicherung von Gegenständen im Haushalt mit Verletzungspotenzial sowie Schimmelbefall der Wohnung oder Passivrauchen besprochen.

3. Persönliche Zukunftspläne. Die zeitliche Planung der eigenen Zukunft sowie der Zukunft der Familie standen in dieser Domäne im Vordergrund. Dazu gehören vor allem Pläne für die Rückkehr in die Ausbildung oder den Beruf. In engem Zusammenhang damit stehen Themen wie die weitere Familienplanung, individuelle Präferenzen, persönliche Stärken und Schwächen der Mutter. Letztlich wurden Aspekte der Alltagsgestaltung und -organisation, z. B. bezüglich Zeit und Geld, behandelt.

4. Die Rolle als Mutter/Eltern. Diese Domäne sollte in der Zeit zwischen der Geburt und dem zweiten Geburtstag des Kindes den größten Anteil der Hausbesuchszeit ausmachen. Wichtige Themen waren hierbei die Pflege und Ernährung des Kindes nach der Geburt und die grundsätzlichen Bedürfnisse eines Neugeborenen. Außerdem wurden von den Familienbegleiterinnen Themen, wie die spätere Entwicklung und Bildung (z. B. Medienpräsenz und -nutzung) und eine positive Eltern-Kind Interaktionen besprochen. Jedoch wurden die Eltern bereits während der Schwangerschaft für die Bedürfnisse und

die Entwicklung des Kindes sensibilisiert. In diesem Zusammenhang konnten Ängste und Erwartungen bezüglich des Lebens mit einem Kind thematisiert werden.

5. Soziale Netzwerke. Soziale Unterstützung durch den Partner, die Eltern oder Freunde waren hier die zentralen Themen. Gefördert wurden die Beziehungen innerhalb der Familie sowie Freundschaften und die Möglichkeit, auf diese zur Unterstützung im Alltag zurückgreifen zu können. Ebenso wurde das Lösen von Konflikten und angemessene, gewaltfreie Kommunikation zwischen den Partnern behandelt.

6. Die Nutzung von sozialen und gesundheitsbezogenen Angeboten und Systemen.

Diese Aspekte sind einerseits in Fällen akuter Dringlichkeit relevant und andererseits dafür, ein generelles Netzwerk von möglichen Unterstützungsangeboten aufzubauen. Beispiele hierfür sind die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, der U-Untersuchungen des Kindes, aber auch der Besuch von niedrigschwelligen Mutter-Kind-Angeboten, wie z. B. (Spiel-)Gruppen. Falls erforderlich wurden die Mütter bei behördlichen Terminen unterstützt oder begleitet. In Fällen von psychischer Erkrankung der Eltern, Entwicklungsproblemen des Kindes oder häuslicher Gewalt wurde der Kontakt zu entsprechenden sozialen, medizinischen oder rechtlichen Einrichtungen vermittelt (Lotsinnenfunktion der Familienbegleiterinnen).

Nach ihrer Aufnahme in das Modellprojekt wurden die schwangeren Teilnehmerinnen per Zufall (*Efron's Biased Coin Design, Strata*: Implementationsstandort, Minderjährigkeit und Nationalität der Mütter) der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Beide Gruppen hatten Zugang zu den regulären Unterstützungsangeboten des deutschen Sozialstaates und wurden über diese informiert. Darüber hinaus wurden die Fahrtkosten zu den Vorsorgeuntersuchungen während und nach der Schwangerschaft im Rahmen der Panelpflege

übernommen. Ebenso wurde eine Aufwandsentschädigung für die investierte Zeit der Teilnehmerinnen im Rahmen der Begleitforschung gezahlt.

2.1. Programmpartizipation

Wie auch beim NFP-Programm basiert „Pro Kind“ auf einer freiwilligen Teilnahme. Aus diesem Grund erscheint es naheliegend, dass nicht alle Mütter der Interventionsgruppe das 24-monatige Programm vollständig durchliefen und somit nicht alle Inhalte des Programms in der dafür vorgesehenen Zeit vermittelt werden konnten. Insgesamt brachen von den $N = 394$ Müttern der randomisierten Interventionsgruppe $n = 166$ (42.2 %) die Intervention vorzeitig ab. Diese Abbruchrate ist mit jener des NFP-Programms aus den USA vergleichbar. Grundsätzlich lassen sich die berichteten Abbruchgründe zu den Kategorien endogene und exogene Abbruchursachen zuordnen. Als endogene Abbruchursachen können dabei solche Abbrüche verstanden werden, die durch die Mutter willentlich auf direktem Wege (z. B. durch formulierten Abbruchwunsch) oder indirektem Wege (z. B. durch den Abbruch des Kontaktes) herbeigeführt wurden. Als exogene Abbruchgründe können hingegen solche Abbruchursachen verstanden werden, die durch äußere Umstände (z. B. Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt, plötzlicher Kindstod, Umzug der Mutter in ein Gebiet, in dem keine weiteren Hausbesuche angeboten werden konnten) und nicht willentlich durch die Mutter herbeigeführt wurden. In der ersten Interventionsphase (vor der Geburt des Kindes) beendeten $n = 52$ Mütter das Programm vorzeitig; hiervon können $n = 38$ Abbrüche (73.1 %) als endogene Abbrüche bewertet werden. In der zweiten Interventionsphase (nach Geburt bis zum 1ten Geburtstag des Kindes) beendeten weitere $n = 87$ Mütter die Intervention vorzeitig. Hiervon können $n = 48$ (55.2 %) als endogene Abbrüche bewertet werden. In der letzten Interventionsphase (erstes bis zweites Lebensjahr des Kindes) beendeten nur noch $n = 17$ (63.0 %) Mütter aufgrund endogener Faktoren die Intervention vorzeitig.

Insgesamt erhielten die Familien durchschnittlich $M = 32.7$ ($SD = 18.6$) Hausbesuche bei einem Range von 0 bis 94 Hausbesuchen. Betrachtet man lediglich Familien, die die Intervention nicht vorzeitig abbrachen, ergeben sich im Mittel 45.3 Hausbesuche ($SD = 19.7$) bei einem Range von 11 bis zu 94 Hausbesuchen. Insgesamt wurden etwa 13.000 Hausbesuche im Rahmen des „Pro Kind“-Projekts durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer eines Hausbesuchs lag bei 82 Minuten. Zusammenfassend kann sowohl die Dauer als auch die Häufigkeit der Hausbesuche der Nicht-Abbrecher als vergleichbar mit den Vorgaben des US-Programms eingeschätzt werden (Olds, 2002).

2.2. Bisherige Ergebnisse zum Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“

Im Rahmen der summativen Evaluation der „Pro Kind“-Studie fanden bisher zwei face-to-face Interviews während der Schwangerschaft (t_0 bei Aufnahme, t_1 ca. in der 36. Schwangerschaftswoche) sowie weitere Interviews im Alter von sechs (t_2), zwölf (t_3) und 24 Monaten (t_4) des Kindes statt. Diese enthielten Fragen zur mütterlichen Erziehungskompetenz, Partnerschaftszufriedenheit, zur Lebens-/Wohnsituation, zur sozialen Unterstützung, zu Gewalt-/Missbrauchserfahrungen sowie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Mutter und Referenz-Kind. Die Termine der face-to-face Interviews wurden gleichzeitig dazu genutzt, den kindlichen Entwicklungsstand mit standardisierten Tests zu erfassen. Darüber hinaus wurden Telefoninterviews mit Schwerpunkt auf den fiskalischen Bereich durchgeführt (z.B. Haushaltszusammensetzung und -einkommen, mütterliche Erwerbstätigkeit, Einstellung zur Erwerbstätigkeit, Inanspruchnahme von Transfer- und Gesundheitsleistungen). Zudem wurden Daten von der AOK Niedersachsen, Bremen und Sachsen sowie der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Teilnehmerinnen und ihrer Kinder abgerufen.

Mehrere referierte Fachaufsätze dokumentierten die kurzfristigen Effekte des Programms (siehe auch Tabelle 1): Sandner et al. (2018) fanden in der Interventionsgruppe eine niedrigere Prävalenzrate psychischer Störungen der Mutter. Diese Befunde werden durch Krankenkassendaten bestätigt, die zeigen, dass in der Untersuchungsgruppe weniger Mütter Antidepressiva zu sich nahmen.

Sandner und Jungmann (2017) zeigten, dass durch die Intervention die Rate von Mädchen mit kognitiven Entwicklungsverzögerungen gesenkt werden konnte. Zu den Mechanismen stellten die Autoren fest, dass vor allem bei Mädchen in der Interventionsgruppe durch die Hausbesuche Kind bezogene Investitionen wie Singen oder Vorlesen erhöht wurden. Passend zu diesen Ergebnissen fanden Sierau et al. (2015) positive Auswirkungen des Programms auf die Selbsteinschätzung der Eltern in den Bereichen Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Wissen über Kindererziehung, mütterlichen Stress und Bindungsgefühle.

Conti et al. (2019) konnten anhand von Daten aus Beobachtungsvideos eine verbesserte Mutter-Kind-Interaktion belegen. Nach Sandner et al. (2019) erhöhte die Intervention die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden der Mütter. Durch administrative- und Telefoninterviewdaten konnte Sandner (2019) zeigen, dass die Intervention die Rate von Müttern mit weiteren Geburten erhöhte, was vor allem auf die geringere Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen zurückführbar war. Dieser Effekt könnte die erhöhte Fertilität erklären, der eine Verringerung der Abtreibungsrate zugrunde liegt. Es zeigte sich auch, dass sich Mütter in der Interventionsgruppe bei der Bewältigung einer weiteren Schwangerschaft und dem Umgang mit einem zweiten Kind kompetenter fühlten als Mütter in der Kontrollgruppe.

Darüber hinaus wird das Modellprojekt „Pro Kind“ auch von einer umfangreichen ökonomischen Forschung begleitet, deren wichtigstes Ziel die Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse war und ist. Dabei wurden die Bereitstellungskosten des Hausbesuchsprogramms dem monetarisierten Nutzen der Intervention gegenübergestellt, wodurch abschließend das Return-of-Investment (ROI) des Programms ermittelt werden kann. Die Kosten einer durchschnittlichen Begleitung beliefen sich auf etwa 8,700 €. Da das Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“ Verbesserungen in inhaltlich unterschiedlichen Bereichen (Domänen) anstrebt, sollten sich Einspareffekte in den verschiedenen Domänen und fiskalischen Bereichen in unterschiedlicher Höhe niederschlagen.

Tabelle 1. Befunde der ersten „Pro Kind“-Erhebungsphase

| Domäne | Messinstrumente | Messzeitpunkt | Resultate | Quelle |
|---|---|--|---|------------------------------|
| Psychische Gesundheit der Mütter | Depression Anxiety and Stress Scale (DASS), AOK | 6, 12 und 24 Monate, Schwangerschaft bis 24 Monate | 24 M: -11 pp | Sandner et al. (2018) |
| | Versichertendaten | | Verschreibung Antidepressiva und Beruhigungsmitteln | |
| Zahngesundheit von Mutter und Kind | Inanspruchnahmedaten der kassenzahnärztlichen Vereinigung | Schwangerschaft bis 24 Monate | 16 pp mehr | Sandner et al. (2018) |
| | | | Inanspruchnahme von Prophylaxeuntersuchungen | |
| Kognitive Kindesentwicklung | Bayley Scales of Infant Development (BSID-II) | 6, 12 und 24 Monate | 6 M: 0.17 SD / 12 M: 0.24 SD / 24 M: 0.08 SD | Sandner und Jungmann (2017), |
| | | | Stärkere Eff. bei Mädchen | |

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|---|-----------------------------|
| | | | | Sierau et al. (2016) |
| Kognitive Verzögerungen beim Kind | Bayley Scales of Infant Development (BSID-II) | 6, 12 und 24 Monate | 6 M: -2pp / 12 M: -13pp / 24 M: -3pp Stärkere Eff. bei Mädchen | Sandner und Jungmann (2017) |
| Elterliche Selbstwirksamkeit | Parental self-efficacy Scale | Schwangerschaft, 6 und 12 Monate | Time x group effect: 0.3 SD | Sierau et al. (2016) |
| Mutter-Kind Interaktion | Sequentielle Analyse von Videoaufnahmen von Spielsituationen | 24 Monate | Mütter zeigen 9 pp mehr Episoden mit hohen Erziehungskompetenzen | Conti et al. (2019) |
| Familienplanung | Sozialversicherungsdaten des IAB | Schwangerschaft bis 36 Monate | 36 M: 6.4 pp mehr Geburten / 36 M: Schwangerschaftsabbrüche, OR = .82 | Sandner (2019) |

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|---------|
| Lebenszufriedenheit der Mütter | Index of Well-being, LZ 11' | 12 Monate, 27 Monate | 12 M: 0.12 SD Steigerung | Sandner |
| | scale | | / 27 M: 0.15 SD | (2019) |
| | | | Steigerung | |

3. Die „Pro Kind“-Follow-up Untersuchung

Zwischen 2014 und 2018 wurde im Rahmen der durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Evaluationsstudie („Pro Kind“ Follow-up-Survey) die mittelfristige Wirksamkeit des Hausbesuchsprogramms überprüft. Im Grundschulalter (7-9 Jahre) der (Referenz-)Kinder wurden mittels multi-methodaler Erhebungsmethoden die mittelfristigen Effekte des Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“ aus der Perspektive der Kinder und Mütter untersucht werden. Das Studiendesign und Vorgehen wurden von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs; Kennzeichen: SK 122014) sowie der Ethikkommission der Universität Leipzig genehmigt. Ein positiv votiertes Datenschutzkonzept vom zuständigen Datenschutzbeauftragten des Landes Niedersachsen liegt vor. Alle Teilnehmerinnen wurden in angemessener Form und leicht verständlicher Sprache über die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen in Kenntnis gesetzt. Das Modell zur Interventionslogik des NFP-Programms im Hinblick auf die zu fokussierenden Wirksamkeitsdomänen im untersuchten Altersspektrum der Kinder ist in Abbildung 1 dargestellt.

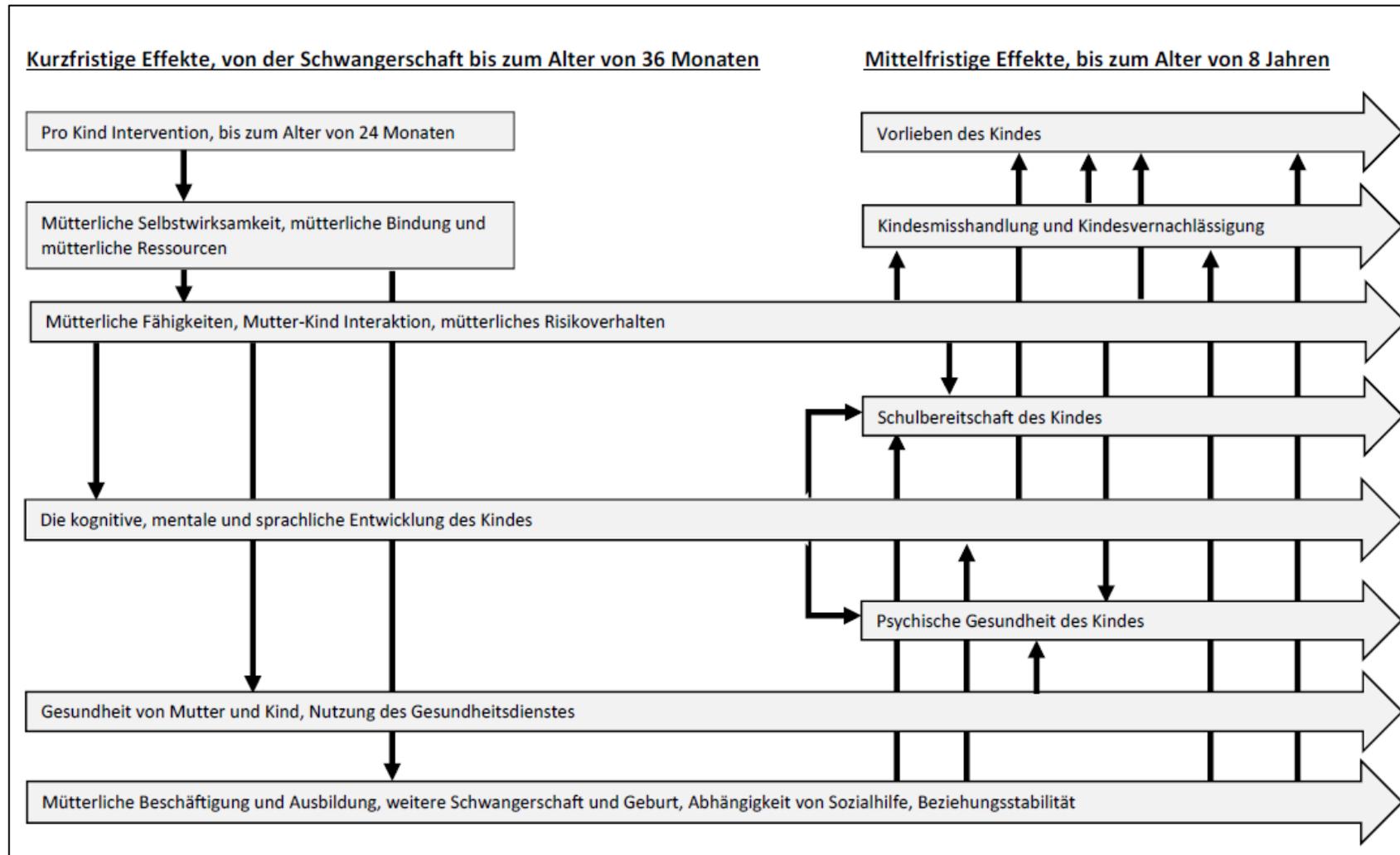


Abbildung 1. Modell zur mittelfristigen Wirksamkeit des Projektes „Pro Kind“ (aus Kliem et al., 2018)

4. Prozedere

Alle Projektmitarbeiter/innen wurden zu Beginn ausführlich geschult. Schulungsinhalte betrafen neben der Manual konformen Durchführung der verwendeten testpsychologischen Verfahren auch den Umgang mit schwierigen Interviewsituationen (z. B. bei aggressiven oder traumatisierten Teilnehmerinnen) sowie eine angemessene Einschätzung und Handlungsbefähigung bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Weiterhin wurden umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Projektkoordinatorin durchgeführt. Überprüfungen der Qualität erfolgten jeweils nach dem ersten und zweiten Interview, sowie ab dem fünften Interview im Rhythmus von zehn Interviews (10% Supervisions-Rate). Hierbei erfolgten detaillierte Rückmeldungen an die Interviewer/innen.

Zur Datenerhebung wurden computergestützte Telefoninterviews (CATI), computergestützte face-to-face Personeninterviews (CAPI), Paper-Pencil Fragebögen sowie bei den Referenz-Kindern ein Entwicklungstest, Befragungen und strukturierte Spielsituationen zu kindlichen Präferenzen (Prosoziales Verhalten, Risikoverhalten und Zeitpräferenz) eingesetzt bzw. durchgeführt. Darüber hinaus wurden auch administrative Daten erhoben. Die Auswahl der Instrumente und Skalen erfolgte nach der Maßgabe hoher psychometrischer Güte, Validität und Angemessenheit. Die Instrumente eignen sich demnach in besonderer Weise zur Messung familiärer Gesundheit und Lebenssituation sowie der Kindesentwicklung. Im Sinne des Multi-Informanten-Ansatzes kamen verschiedene Instrumente zum Einsatz, welche die Perspektive des Kindes und der Mutter berücksichtigten. Die Mischung aus CATI und CAPI hatte sich in der ersten Programmphase bewährt und setzte die Familien aufgrund der kurzen Interviewdauer nur einer geringen zeitlichen Belastung aus. Durch die Kombination

verschiedener Datenquellen (CATI, CAPI, Testdaten und administrative Daten) wurden vielschichtige Informationen erhoben, die weiter greifen als eine exklusive Erfassung durch Selbstberichte.

4.1. Computergestützte Telefoninterviews (CATI)

Entsprechend der ersten Programmphase wurden Skalen des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP; Siedler, Schupp, Spiess, & Wagner, 2009) und der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS; Kamtsiuris, Lange, & Rosario, 2007) eingesetzt, um sozio-demografische Daten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu erfassen. Darüber hinaus wurden psychometrische Skalen zur Erhebung relevanter Bereiche vorgegeben, die sowohl Informationen über die gegenwärtige Lebenssituation der Mütter (z.B. mütterliches Befinden und soziale Unterstützung), als auch der Kinder (z. B. allgemeine Entwicklung und sozio-emotionale Entwicklung) erfassen. Des Weiteren wurden Teile eines vollstandardisierten diagnostischen Interviews zur Erhebung möglicher psychischer Störungen und Probleme der Mütter entsprechend dem Diagnostischen Expertensystem für Psychische Störungen (DIA-X; Wittchen & Pfister, 1997) verwendet. Mit jeder Teilnehmerin wurden zwei Telefoninterviews von einer geschulten Projektmitarbeiterin durchgeführt.

4.2. Vorortbefragung

Im Rahmen eines 2½ stündigen Hausbesuchs wurden von zwei professionell geschulten Projektmitarbeiterinnen eine strukturierte Befragung der Mutter sowie des Referenz-Kindes durchgeführt. Nach einer Kennenlern- und Instruktionsphase erfolgte von Seiten einer Projektmitarbeiterin die Einholung des Einverständnisses der Mutter für die Testung des Kindes. Die Mutter erhielt einen Einblick in alle relevanten Materialien und wurde über die Testung des Kindes detailliert informiert. Mit ihr wurde das Diagnostische

Interview psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider, Unnewehr, & Margraf, 2009) durchgeführt und anschließend ein Paper-Pencil-Fragebogen zur Bearbeitung ausgegeben. Zeitgleich fand durch die zweite Projektmitarbeiterin – nach erfolgter Einverständniserklärung der Mutter – eine strukturierte Befragung des Kindes statt. Hierbei wurden die Kinder anhand von bildkarten-basierten, altersgerechten, strukturierten Interviews über eigene Vernachlässigungserfahrungen (Multidimensional Neglectful Behavior Scale, MNBS; Straus, Kinard, & Williams, 1995) sowie über leichte körperliche Misshandlung (Conflict Tactic Scale, CTS-CV; Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998) befragt. Um keine starken Belastungen bei den Kindern hervorzurufen, wurden lediglich einige wenige intrusive Skalen verwendet. Fragen zu besonders schwerwiegenden Gewalterfahrungen wurden nicht gestellt. Die Kinder haben weiterhin die Testbatterie BUEGA (Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter; Esser, Wyszkon, & Ballaschk, 2008) und drei strukturierte Spielsituationen zum a) Risikoverhalten nach Dohmen, Falk, Huffman, and Sunde (2009), zum b) prosozialem Verhalten nach Fehr, Bernhard, and Rockenbach (2008) und c) zur Zeitpräferenz nach Mischel, Shoda, and Rodriguez (1989) absolviert. Auf ausreichende Pausenzeiten wurde geachtet.

4.3. Expertenbeurteilung

Entsprechend der Skalen der Home Observation for Measurement of the Environment (HOME; Bradley et al., 1988) wurden Beobachtungen der Projektmitarbeiterinnen im häuslichen Milieu vor Ort, im Hinblick auf die Wohnsituation, das Wohlergehen des Kindes sowie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, individuell von beiden Mitarbeiterinnen im Anschluss an die Vorortbefragung erfasst.

4.4. Administrative Daten

Zusätzlich zu den bereits genannten Erhebungsmethoden wurden administrative Daten aus verschiedenen Quellen genutzt. Entsprechend der ersten Projektphase wurden von der AOK Niedersachsen, Bremen und Sachsen Daten über die stationäre und ambulante Behandlung sowie die Inanspruchnahme von Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Mutter-Kind-Kuren und Logopädie zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurden von Seiten des Fachdatenzentrums (FDZ) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg Informationen zu vorausgegangenen Beschäftigungsverhältnissen, Phasen der Arbeitslosigkeit und der Teilnahme an Maßnahmen während einer Arbeitslosigkeit sowie betriebliche Merkmale übermittelt. Darüber hinaus wurden Diagnosedaten nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10-GM) und Daten über die Inanspruchnahme von Kuren, Arzneimitteln etc. nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch die kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen als zusätzliche Datenquelle herangezogen. In diesen wird u.a. dokumentiert, ob Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen etc. in Gesundheitseinrichtungen stattgefunden haben. Zudem fand eine Untersuchung der körperlichen Gesundheit, einschließlich Körpergröße, -gewicht und eventueller chronischer Krankheiten statt. Ein besonderer Fokus wurde auf Bereiche gelegt, die für die Einschulung von Bedeutung sind, z.B. motorische und Sprachentwicklung.

5. Forschungsfragen

In Tabelle 2 werden im Folgenden die zur Evaluation des Programms formulierten Hypothesen kurz vorgestellt. Von besonderer Bedeutung erscheint hierbei, ob es sich bei den zu Grunde liegenden Forschungsfragen dabei um solche handelt, denen (a) eine direkte Wirksamkeitshypothese des „Pro Kind“-Programms zu Grunde liegt (primäres Outcome), oder (b) denen eine Wirksamkeitshypothese zu Grunde liegt, diese aber als weniger wahrscheinlich eingestuft werden muss (sekundäres Outcome), oder (c) ob ein Konstrukt für weiterführende Fragestellungen erhoben wird, aber nicht als Zielkriterium der Intervention aufgefasst wird (kein Outcome). Im Folgenden werden aufgrund des Umfangs der zu erhebenden Daten nur die primären und sekundären Outcome Domänen vorgestellt. Die Studiendokumentation kann darüber hinaus beim Deutschen Register klinischer Studien (DRKS; German Clinical Trial Register, ID: DRKS000007554, Registrierungsdatum 11.06.2015 sowie im Studienprotokoll [Kliem et al., 2018]) eingesehen werden.

Tabelle 2. Vorgehen zur Evaluation der mittelfristigen Wirksamkeit des Modellprojektes „Pro Kind“ (aus Kliem et al., 2018).

| Hypothesen | Konstrukte | Operationalisierung | Primärer / sekundärer Endpunkt | Informant | Datenquelle |
|---|--|--|--------------------------------|-----------|--|
| Hypothese 1.1: Das Hausbesuchsprogramm wirkt sich positiv auf die kognitive Entwicklung des Kindes und dessen Schulleistungen aus. | Schulleistungen des Kindes | Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter (BUEGA) | Primärer Endpunkt | Kind | Testen durch einen geschulten Testleiter |
| | Kognitive Entwicklung des Kindes | | | | |
| | Spezifische Entwicklungsstörungen des Kindes | | | | |
| Hypothese 1.2: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit des Kindes aus. | Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und emotionale Störungen | Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 6/18 R), deutsche Version | Primärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und Störungen des Sozialverhaltens (Verdachtsdiagnose) | Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS) | | | Interview von geschulten und zertifizierten Mitarbeitern |
| | Affektive und Angststörungen des Kindes (Verdachtsdiagnose) | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------|--------|--|
| Hypothese 1.3: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die sozio-emotionale Entwicklung des Kindes aus. | Soziale Fähigkeiten des Kindes | Dt. Adaptation des „Social Skills Improvement System“ (SSIS) von den Autoren | Sekundärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| | Aggression | Fragebogen bezüglich aggressiven Verhaltens (FAVK) | | | |
| | Psychopathie | Dt. Version des „Inventory of Callous-Unemotional Traits“ (ICU) von Essau | | | |
| Hypothese 1.4: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die Lebenszufriedenheit des Kindes aus. | Gesamtbeurteilung der Lebenszufriedenheit | Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) | Primärer Endpunkt | Kind | Fragebogen von einem geschulten Testleiter |
| Hypothesis 1.5: Die Hausbesuche beeinflussen die Präferenzen des Kindes (Risikoverhalten, prosoziales Verhalten und Zeitpräferenzen). | Prosoziales Verhalten | Spiel zur interpersonalen Zuteilungsentscheidung | Sekundärer Endpunkt | Kind | Testen durch einen geschulten Testleiter |
| | Risikoverhalten | Anlageentscheidung in einer Lotterie | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|--|-------------------|---------------|--|
| | Zeitpräferenz | Spiel zur zeitlichen Verteilungsentscheidung | | | |
| Hypothese 2.1: Die Hausbesuche führen zu verbesserten erzieherischen Kompetenzen (weniger unangemessenes Elternverhalten). | Dysfunktionale Erziehung | Dt. und zielgruppenorientierte Adaption an die „Parenting Scale“ (PS) von den Autoren | Primärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| | Gewaltfreie Disziplinierung | „Conflict Tactic Scale Child Report“ (CTS-CR), Interview der Kinder mit Bildmaterialien, dt. Version: übersetzt von der AMIS-Gruppe; Dt. und zielgruppenorientierte Adaption an die „Conflict Tactic Scale Parent Child“ (CTS-PC) von den Autoren | | Kind / Mutter | Interview durch einen geschulten Testleiter (Kind) / Fragebogen (Mutter) |
| Hypothese 2.2: Die Hausbesuche reduzieren oder verhindern Kindesmissbrauch und die Häufigkeit körperlicher Gewalt. | Kindesmisshandlung | „Conflict Tactic Scale - Parent Child“ (CTS-PC), dt. Version: zielgruppenspezifische Anpassung durch die Autoren | Primärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |

| | | | | | |
|---|--|---|-------------------|-----------------|--|
| | „Geringe“ Aggression | “Conflict Tactic Scale – Child Report” (CTS-CR), Interview der Kinder mit Bildmaterialien. | | Kind / Mutter | Interview durch einen geschulten Testleiter (Kind) / Fragebogen (Mutter) |
| | „Geringe“ körperliche Gewalt | Dt. Version: Übersetzung von der AMIS Gruppe; „Conflict Tactic Scale Parent Child“ / (CTS-PC), dt. Version: zielgruppenspezifische Anpassung durch die Autoren | | | |
| Hypothese 2.3: Die Hausbesuche reduzieren oder verhindern eine Kindesvernachlässigung. | Körperliche Vernachlässigung | „Scale of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report“ (MNBS), | Primärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| | Emotionale Vernachlässigung | Interview der Kinder mit | | Kind/ Mutter | Interview durch einen geschulten Testleiter (Kind) / Fragebogen (Mutter) |
| | Kognitive Vernachlässigung | Bildmaterialien, Dt. Version: Übersetzt von der AMIS | | | |
| | Vernachlässigung der Aufsicht des Kindes | Gruppe | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---------------------|--------|------------|
| Hypothese 3.1: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die wahrgenommene soziale Unterstützung der Mutter aus. | Wahrgenommene soziale Unterstützung | Fragebogen bezüglich sozialer Unterstützung (FSOZU-K6) | Sekundärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| Hypothese 3.2: Die Hausbesuche beeinflussen die psychische Gesundheit der Mutter. | Psychische Belastung | Dt. und zielgruppenorientierte Adaptation an die „Depression-Anxiety-Stress Scale“ (DASS) von den Autoren | Primärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| Hypothese 3.3: Die Hausbesuche resultieren in stabileren Partnerschaften mit weniger Partnerwechsel, größerer Zufriedenheit mit der Partnerschaft und weniger häuslicher Gewalt in der Partnerschaft. | Stabilität der Partnerschaft | Von den Autoren entwickelter Partnerschaftsfragebogen (PFB-K) | Sekundärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| | Zufriedenheit mit der Partnerschaft | | | | |
| | Psychische Aggression gegenüber der Mutter | Dt. und zielgruppenorientierte Adaptation an die “Conflict Tactics Scales” (CTS2) | | | |
| | Körperliche Gewalt gegenüber der Mutter | | | | |
| | Sexuelle Gewalt gegen die Mutter | | | | |
| | Verletzungen durch Gewalt des Partners | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---------------------|--------|------------|
| Hypothese 3.4: Die Hausbesuche verbessern die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Erziehungsaufgaben. | Erzieherische Selbstwirksamkeit | Dt. und zielgruppenorientierte Adaptation an die Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) | Sekundärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| Hypothese 3.5: Die Hausbesuche haben einen positiven Effekt auf den wahrgenommenen Stress durch die mütterlichen Erziehungsaufgaben. | Erziehungsstress | Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) | Sekundärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| Hypothese 3.6: Die Hausbesuche haben einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der Mutter. | Allgemeine Lebenszufriedenheit | Fragen bezüglich der Lebenszufriedenheit (FLZ) | Primärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |
| Hypothese 4.1: Die Hausbesuche erhöhen den Anteil der Mütter am Arbeitsmarkt oder an Aus- und Weiterbildungsprogrammen. | Akzeptanz der Beschäftigung Akzeptanz der Bildungsangebote | Das deutsche Sozio-ökonomische Panel und das Panel Arbeitsmarkt und Soziale Sicherung (SOEP) | Sekundärer Endpunkt | Mutter | Fragebogen |

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------------|---|---|
| <p>Hypothese 4.2: Die Hausbesuche reduzieren die Inanspruchnahme von Sozialleistungen der Familie (SGB II, SGB III und SGB VIII)</p> | <p>Sozialleistungen</p> | <p>Integrierte Beschäftigungsgeschichte bereitgestellt durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)</p> | <p>Sekundärer Endpunkt</p> | <p>Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)</p> | <p>Administrative Daten</p> |
| <p>Hypothese 4.3: Die Hausbesuche haben einen positiven Einfluss auf die Wohnsituation der Familie.</p> | <p>Familiäre Situation</p> | <p>Übersetzung und Rückübersetzung der Autoren von dem “The Home Observation for Measurement of the Environment” (HOME)</p> | <p>Sekundärer Endpunkt</p> | <p>Mitarbeiter</p> | <p>Observation</p> |
| <p>Hypothese 4.4: Die Hausbesuche beeinflussen die zeitliche Planung oder Häufigkeit von erneuten Schwangerschaften und Geburten.</p> | <p>Erneute Schwangerschaft Erneuter Kindeswunsch</p> | <p>Fragebogen bezüglich geplanter und realisierter Fruchtbarkeit;</p> | <p>Sekundärer Endpunkt</p> | <p>Mutter/ Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)</p> | <p>Fragebogen/ Administrative Daten</p> |
| | <p>Abtreibung</p> | <p>Integrierte Beschäftigungsgeschichte bereitgestellt durch</p> | | | |
| | <p>Geburten</p> | <p>das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)</p> | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|---|---|
| <p>Hypothese 5.1: Die Hausbesuche beeinflussen die körperliche Gesundheit der Mutter.</p> | <p>Körperliche Gesundheit</p> | <p>12-Item Kurzform Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12)</p> | <p>Sekundärer Endpunkt</p> | <p>Mutter</p> | <p>Fragebogen</p> |
| <p>Hypothese 5.2: Die Hausbesuche erhöhen die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Primärvorsorgeangeboten für Kinder (bspw. Früherkennung, Impfungen, Mundgesundheit, Zahnarztbesuche).</p> | <p>Häufigkeit der Inanspruchnahme kindlicher Primärvorsorge</p> | <p>KiGGS Fragebogen und Arztbesuche mit ICD Z</p> | <p>Sekundärer Endpunkt</p> | <p>Mutter/ Krankenversicherungsfirmen</p> | <p>Fragebogen/ Administrative Daten</p> |
| <p>Hypothese 5.3: Die Hausbesuche verringern die Anzahl der Krankenhausbesuche der Kinder (ambulant oder stationär) aufgrund von Unfällen oder Verletzungen.</p> | <p>Anzahl der Unfälle</p> | <p>Krankenhausaufnahme und Arztbesuche mit ICD S und ICD T</p> | <p>Sekundärer Endpunkt</p> | <p>Krankenversicherungsfirmen</p> | <p>Administrative Daten</p> |

6. Eingesetzte Messinstrumente

6.1. Schulleistung und Teilleistungsstörungen

Die Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter (BUEGA; Esser, Wyschkon & Ballaschk, 2008) ist eine Grundschultestbatterie und zielt auf die Erfassung relevanter Teilleistungs- und Aufmerksamkeitsstörungen im Schulbereich (6-10 Jahre) ab. Auch die Einschätzung des Schulleistungspotenzials ist mit dem Verfahren möglich. Des Weiteren kann ein Begabungsprofil erstellt werden, welches Stärken und Schwächen des Kindes abbildet. Der BUEGA besteht aus sieben Untertests: *Verbale Intelligenz* (52 Items), *Nonverbale Intelligenz* (38 Items), *Expressive Sprache* (57 Items), *Lesen* (32 Items), *Rechtschreibung* (10 bis 18 Items, je nach Klassenstufe), *Rechnen* (40 Items) und *Aufmerksamkeit* (Durchstreichtest). Die Reliabilitäten liegen bei den verschiedenen Skalen zwischen Cronbachs $\alpha = .79$ und $.96$.

6.2. Psychische Gesundheit

Die Child Behavior Checklist (CBCL 6/18; Achenbach & Rescorla, 2001; dt. Version: Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2014a) erfasst Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, somatische Beschwerden sowie soziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Schulalter aus Sicht der Eltern. Die acht Problemskalen (*Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden*, *Angst/ Depressivität*, *Soziale Probleme*, *Schizoid/ Zwanghaft*, *Aufmerksamkeitsstörung*, *Delinquentes Verhalten* und *Aggressives Verhalten*) können zu den Skalen internalisierende und externalisierende Störungen sowie zu einem Gesamtwert verrechnet werden. Für die *Gesamtauffälligkeit* und die Skalen *Internalisierendes*

Verhalten und *Externalisierendes Verhalten* werden im deutschen Manual (CITE) angemessene interne Konsistenzen von Cronbachs $\alpha > .80$ berichtet.

Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider, Unneweher, & Margraf, 2009) ermöglicht eine Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV und ICD-10. Es umfasst sowohl eine Elternversion als auch eine Kinderversion (für Kinder ab 6 Jahren). Mit dem Kinder-DIPS kann eine Bandbreite psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert werden: *Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens, Ticstörungen, Angststörungen, Störungen der Ausscheidung, Schlafstörungen, Affektive Störungen und Essstörungen*. Dabei lassen sich sowohl derzeitige als auch Lebenszeitdiagnosen erfassen. Des Weiteren enthält das Kinder-DIPS einen allgemeinen klinisch-demographischen Teil und Screenings (z.B. für *Alkoholismus, Drogenmissbrauch* sowie *Nicht-organische Psychose*). Zusätzlich kann eine psychiatrische Anamnese, eine Familienanamnese psychischer Störungen und die Achsen IV (*Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme*) und V (*Globale Erfassung des Funktionsniveaus*) erhoben werden. Zur Erfassung der Symptomausprägung werden die Auftretenshäufigkeit bzw. die Intensität eines Symptoms auf einer vierstufigen Ratingskala (*nie/ selten bis sehr oft bzw. gar nicht bis sehr stark*) kodiert. Die Interrater-Reliabilitäten der Elternversion des Kinder-DIPS (Langzeitdiagnosen) liegen für die einzelnen Störungskategorien zwischen Kappa = .48 (*Schlafstörungen*) und Kappa = .88 (*Affektive Störungen*). Innerhalb der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Module der Elternversion des Kinder-DIPS durchgeführt: *Störung der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens, Angststörungen und Affektive Störungen*.

6.3. Sozio-emotionale Entwicklung

Soziale Kompetenz. Das Social Skills Improvement System (SSIS; Gresham & Elliot, 2008; an die Zielgruppe adaptierte Eigenübersetzung [forward-backward]) ermöglicht die Erfassung sozialer Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 18 Jahren. Die SSIS Instrument besteht aus mehreren Skalen zur Erfassung von drei Domänen: *Soziale Fähigkeiten* (Subskalen: *Kommunikation, Kooperation, Verantwortung, Empathie, Engagement* und *Selbstkontrolle*), *Problemverhalten* (Subskalen: *Externalisierung, Internalisierung, Hyperaktivität/ Unaufmerksamkeit, Autismus-Spektrum* und *Mobbing*) und *Akademische Kompetenz* (Subskalen: *Lesen, Mathematik, Motivation, Unterstützung der Eltern* und *Allgemeine kognitive Funktion*). In der vorliegenden Studie wurde die Domäne *Soziale Fähigkeiten* im Rahmen der Befragung der Mutter vorgelegt.

Aggressivität. Der Fragebogen zum aggressiven Verhalten von Kindern (FAVK; Görtz-Dorten & Döpfner, 2011) dient zur Erfassung auslösender und aufrechterhaltender Komponenten aggressiven Verhaltens. Es existiert eine Fremdbeurteilungsversion für Eltern, Lehrer und Erzieher, welche mit der Mutter eingesetzt wurde. Darüber hinaus liegt der FAVK auch als Selbstberichtsversion (für Vier- bis Vierzehnjährige) vor. Es wird zwischen aggressiven Verhaltensweisen und Kognitionen jeweils gegenüber Gleichaltrigen oder Erwachsenen unterschieden. Der FAVK besteht aus 25 Items, für die auf einer vierstufigen Skala beurteilt wird, wie zutreffend das Verhalten ist (*gar nicht zutreffend* bis *besonders zutreffend*). Vier Komponenten von aggressivem Verhalten werden im FAVK erfasst: *Störungen sozial-kognitiver Informationsverarbeitung, Störungen der Impulskontrolle, Störungen sozialer Fertigkeiten* und *Störungen sozialer Interaktionen*. Der Fragebogen weist eine interne Konsistenz zwischen Cronbachs $\alpha = .92$ und $.95$ auf.

Psychopathie. Das Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU; Essau, Sasagawa & Frick, 2006) dient der Erfassung gefühlloser, hinterlistiger sowie hartherziger Eigenschaften und basiert auf der Skala *Callous Unemotional* des APSD (Essau, Sasagawa & Frick, 2006). Das ICU besteht aus drei Skalen: *Hartherzigkeit/ Rücksichtslosigkeit*, *Gleichgültigkeit* sowie *Emotionslosigkeit* und beinhaltet insgesamt 24 Items. Das Auftreten von Verhaltensweisen von Kindern soll von den Lehrkräften auf einer vierstufigen Skala (*überhaupt nicht wahr* bis *definitiv wahr*) eingeschätzt werden. Die dokumentierten internen Konsistenzen des ICU liegen zwischen Cronbachs $\alpha = .64$ und $.77$.

6.4. Lebenszufriedenheit

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; Matthejat et al., 1998) ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Die Lebensqualität wird in verschiedene Bereiche gegliedert, die im ILK getrennt erfasst werden: *Schule*, *Familie*, *Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen* und *Interessen und Freizeitgestaltung*. Hinzu kommen die beiden gesundheitsbezogenen Bereiche: *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit*. Neben den Einzelbereichen wird auch eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität erhoben. Bei der Befragung des Kindes ist die komplette Selbstbeurteilungsversion des ILK (mit Ausnahme der gesundheitsbezogenen Bereiche) zum Einsatz kommen. Vorgelegt wurden somit zehn Items mit kindgerechtem Antwortformat (Smiley-Symbole). Die internen Konsistenzen des Lebensqualitätsscores liegen bei den Kinder- und Jugendlichenangaben zwischen Cronbachs $\alpha = .55$ und $.63$.

6.5. Kindliche Präferenzen

Prosoziales Verhalten. Das Spiel zu interpersonellen Allokationsentscheidungen (Fehr, Bernhard & Rockenback, 2008) besteht aus vier Runden. In jeder Runde kann das Kind

zwischen einer egalitären Allokation oder einer Alternative wählen, die das Kind gegenüber imaginären anderen Kindern in einen Vor- oder Nachteil versetzt. In der prosozialen Entscheidungssituation kann das Kind zwischen der Allokation (1,1), das bedeutet einen Punkt für das Kind und einen Punkt für die imaginären anderen Kinder, und der Allokation (1,0) wählen. Diese Allokation erlaubt es dem Kind ohne Zusatzkosten einen Punkt an die anderen imaginären Kinder zu verteilen. In der kostenverursachenden prosozialen Entscheidungssituation soll das Kind zwischen einer (1,1) und (2,0) Allokation entscheiden. Das Kind kann die eigene Auszahlung nur auf Kosten der imaginären Kinder erhöhen. In der Neid Entscheidungssituation wählt das Kind zwischen den Allokationen (1,1) und (1,2), die es ermöglicht, dass das Kind die Auszahlung an die imaginären Kinder ohne eigene Kosten reduzieren kann. In der kostenverursachenden Neid Entscheidungssituation entscheidet das Kind zwischen den Allokationen (1,1) und (2,4), was dazu führt, dass eine Reduzierung der Auszahlung an die imaginären Kinder mit eigenen Kosten verbunden ist.

Risikoverhalten. Das Spiel Investitionsentscheidung in eine Lotterie (Dohmen et al., 2009) misst die Risikobereitschaft des Kindes. Die Kinder können vor jeder Spielrunde zwischen null und vier Punkte in einer Lotterie einsetzen, in der mit einer 50% Wahrscheinlichkeit die Punkte verdoppelt werden oder das Kind mit einer 50% Wahrscheinlichkeit die eingesetzten Punkte verliert. Nicht eingesetzte Punkte sind für das Kind sicher. Die Anzahl der eingesetzten Punkte kann als ein Maß der Risikobereitschaft des Kindes verstanden werden.

Zeitpräferenz. Das Spiel zu temporären Allokationsentscheidungen (Mischel et al., 1989) erlaubt eine Einschätzung der individuellen Zeitpräferenz des Kindes. In diesem Spiel können die Kinder wählen, ob sie die in den vorherigen Spielen erlangten Punkte gegen ein Geschenk, das sie sofort erhalten, eintauschen, oder ob sie weitere Punkte sammeln möchten, in dem sie sich dafür entscheiden, das Geschenk zu einem späteren Zeitpunkt zu erhalten. Für jede Woche,

die das Kind wartet, erhält es einen weiteren Punkt. Die maximale Wartezeit beträgt sechs Wochen. Die Anzahl der Wochen kann als ein Maß der individuellen Zeitpräferenz verstanden werden.

6.6. Dysfunktionales Erziehungsverhalten

Die Parenting Scale (PS; Arnold, O’Leary, Wolff, & Acker, 1993; an die Zielgruppe adaptierte Eigenübersetzung [forward-backward]) ist ein Maß zur Erfassung von dysfunktionalen disziplinären elterlichen Vorgehensweisen. Auf der Grundlage eines kindlichen Verhaltensbeispiels sollen Eltern zwischen einer funktionalen und einer dysfunktionalen Vorgehensweise ihr eigenes Verhalten einordnen.

6.7. Kindesmisshandlung

Die Conflict Tactic Scales Parent Child (CTS-PC; Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998; an die Zielgruppe adaptierte Eigenübersetzung [forward-backward]), als Eltern-Kind-Version der CTS, messen psychologische und körperliche Misshandlung und Vernachlässigung sowie gewaltlose Disziplinierung von Kindern durch Eltern. Das Instrument enthält 35 Items und wurde bei der Befragung der Mutter eingesetzt, wobei diese ihr eigenes Verhalten ihrem Kind gegenüber einschätzte. Die CTS-PC setzen sich aus den Subskalen *Gewaltfreie Disziplinierung*, *Psychische Aggression*, *Physische Gewalt*, *Vernachlässigung*, *Wöchentliche Disziplinierung* und *Sexuelle Misshandlung* zusammen.

Die Conflict Tactic Scale, Child Report (CTS-CR; Straus et al., 1998; Dt. Version entwickelt im Rahmen der LIFE-Studie der Universität Leipzig) dient der Einschätzung von Konfliktlösungsstrategien in familiären bzw. nahen Beziehungen. Die CTS-CR, als Kinderversion der CTS misst psychologische und körperliche Misshandlung und Vernachlässigung sowie gewaltlose Disziplinierung von Kindern durch Eltern. Sie sind für

Sechs- bis Neunjährige konzipiert. Gearbeitet wird mit Bildern, die konflikthafte familiäre Situationen darstellen, die das Kind möglicherweise wiedererkennt. Die Bilder liegen in unterschiedlichen Schweregraden vor, wobei im Rahmen der vorliegenden Studie lediglich die drei Dimensionen *Gewaltfreie Disziplinierung*, *Psychische Aggression* und *leichte Physische Gewalt* vorgelegt wurden.

6.8. Kindesvernachlässigung

Die Multidimensional Neglectful Behavior Scale (MNBS; Straus, Kinard, & Williams, 1995; Dt. Version entwickelt im Rahmen der LIFE-Studie der Universität Leipzig) ist ein Instrument zur Erfassung verschiedener Formen elterlichen Verhaltens in Bezug auf Kindesvernachlässigung. Es existieren verschiedene Versionen der MNBS, alle messen inwieweit die folgenden Bedürfnisse des Kindes vernachlässigt wurden: *Körperliche Bedürfnisse* (z.B. Nahrung und Kleidung), *emotionale Bedürfnisse* (z.B. Zuneigung und Unterstützung), *Beaufsichtigungserfordernisse* (z.B. Eingehen auf Fehlverhalten und Kenntnis vom Aufenthaltsort des Kindes) und *kognitive Bedürfnisse* (z.B. Vorlesen oder Hausaufgabenhilfe). Die MNBS liegt u.a. als Selbstreport für Eltern von Kindern von 0-15 Jahren (Form P/ PS) vor. Diese Version wurde bei der Befragung der Mutter verwendet und erhob mit 38 Items ihr Vernachlässigungsverhalten in der Erziehung ihres Kindes. Darüber hinaus wurde im Rahmen der vorliegenden Studie auch eine Bildkartenbasierte Kinderversion für Sechs- bis Neunjährige vorgegeben. Die Bilderkarten wurden hierbei dem Kind vorgestellt, wobei dieses, die für seinen Familienalltag zutreffende Situation auswählte. Den Kindern wurden lediglich die drei Skalen *Emotionale Vernachlässigung*, *Kognitive Vernachlässigung* und *Vernachlässigung der Aufsichtspflicht* vorgelegt.

6.9. Mütterliche Belastung

Die Kurzform der Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; an die Zielgruppe adaptierte Eigenübersetzung [forward-backward]) dient der Erfassung von negativen emotionalen Zuständen, welche hinsichtlich ihrer Häufigkeit in den letzten vier Wochen (1 = nie bis 4 = sehr oft) eingeschätzt werden sollen. Die DASS-21 beinhaltet die drei Dimensionen *Depression* (z.B. Dysphorie und Hoffnungslosigkeit), *Angst* (z.B. autonome Erregung und situative Ängstlichkeit) und *Stress* (z.B. chronische, unspezifische Erregung und Irritierbarkeit).

6.10. Mütterliche Psychopathologie

Bei dem Diagnostischen Expertensystem für Psychische Störungen (DIA-X; Wittchen & Pfister, 1997) handelt es sich um ein vollstrukturiertes diagnostisches Verfahren zur Erfassung psychischer Störungen auf der Grundlage der Kriterien der ICD-10 und des DSM-IV. Das Interview ist eine modifizierte Form des CIDI (Composite International Diagnostic Interview) der WHO. DIA-X erlaubt die Erhebung von über 100 Kategorien psychischer Störungen. Es erfasst *organisch bedingte psychische Störungen, Substanzstörungen, affektive Störungen (Manien, Hypomanien, Depressive Störungen), Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen, Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen und Essstörungen*. Es können Lebenszeit- und aktuelle Diagnosen vergeben werden. Das DIA-X ist in 16 Sektionen unterteilt. Durch die Möglichkeit, einzelne Sektionen des Interviews auszuwählen, kann ein angepasstes, auf spezifische Störungen fokussiertes Interview durchgeführt werden. Das Instrument umfasst vier DIA-X-Screening-Fragebögen: Einen Stamm-Screening-Questionnaire, der alle 16 Stammfragen des DIA-X-Interviews enthält, einen Anxiety-Screening-Questionnaire, einen Depressions-Screening-Questionnaire und einen Fragebogen zum prämenstruellen Syndrom. Diese Fragebögen ermöglichen es einzuschätzen, ob die Durchführung des gesamten DIA-X-

Interviews erforderlich ist. Die Interrater-Reliabilitäten sind mit Werten zwischen Kappa = .81 bis 1.0 angegeben.

6.11. Soziale Unterstützung

Die Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (FSozU-K6; Kliem et al., 2015) erfasst soziale Unterstützung als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Die Items liegen in Aussageform vor, wobei die Probanden auf einer fünfstufigen Likertskala (*trifft gar nicht zu bis trifft voll zu*) den Grad ihrer Zustimmung angeben. Die interne Konsistenz des FsozU-K6 beträgt Cronbachs $\alpha = .XX$.

6.12. Belastung durch Erziehungsaufgaben

Der Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1990; Dt. Version: Eltern-Belastungs-Inventar EBI; Tröster, 2011) erfasst, ob Eltern, aufgrund einer erhöhten Belastung bei ihren Erziehungsaufgaben, in der Betreuung und Versorgung ihres Kindes beeinträchtigt sind. Das EBI enthält insgesamt 48 Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala (*trifft genau zu bis trifft gar nicht zu*) beantwortet werden. Die interne Konsistenz der EBI-Gesamtskala beträgt Cronbachs $\alpha = .95$.

6.13. Partnerschaft

Partnerschaftszufriedenheit. Die Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K; Kliem et al., 2012) erfasst mittels neun Items die Zufriedenheit in Partnerschaft oder Ehe. Es können jeweils drei Items den drei Subskalen *Streitverhalten*, *Zärtlichkeit* und *Gemeinsamkeit/Kommunikation* zugeordnet werden. Für den Gesamtwert des PFB-K wurde im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .84$ ermittelt (Frauen: Cronbachs $\alpha = .87$; Männer: Cronbachs $\alpha = .81$).

Partnerschaftliche Gewalt. Die Conflict Tactics Scales (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; an die Zielgruppe adaptierte Eigenübersetzung [forward-backward]) dienen der Einschätzung von Konfliktlösungsstrategien in familiären bzw. nahen Beziehungen. Die CTS2 (revidierte und modifizierte Version des CTS) erheben drei Formen der Konfliktbehandlung in Partnerschaften: *Aushandeln* (6 Items), *Psychologische Aggression* (8 Items) und *Körperliche Gewalt* (12 Items). Zudem erfassen sie *Sexuelle Nötigung* (7 Items) und *Verletzungen durch Übergriffe des Partners* (6 Items). Mittels der CTS2 lassen sich sowohl Informationen über das eigene, als auch das Verhalten des Partners einholen. Letzteres ist für die vorliegende Studie von Relevanz.

6.14. Selbstwirksamkeit

Die Parenting Sense of Competence Scale (PSOC; Ohan, Leung, & Johnston, 2000; an die Zielgruppe adaptierte Eigenübersetzung [forward-backward]) erfasst das Kompetenzerleben in der Elternrolle auf zwei Dimensionen: *Zufriedenheit* und *Selbstwirksamkeit*. Die Dimension *Zufriedenheit* umfasst neun Items und beinhaltet *Elterliche Sorge*, *Motivation* und *Frustration*. Die Dimension *Selbstwirksamkeit* erfasst mittels sieben Items *Elterliche Kompetenz*, *Leistungsfähigkeit* und *Problemlösefähigkeit*. Die insgesamt 16 Items in Aussageform werden auf einer sechsstufigen Likertskala (*stimme überhaupt nicht zu* bis *stimme völlig zu*) bewertet.

6.15. Lebenszufriedenheit

Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg et al., 2001) dient der Erfassung relevanter Aspekte der Lebenszufriedenheit in zehn Lebensbereichen (*Gesundheit*, *Arbeit und Beruf*, *Finanzielle Lage*, *Freizeit*, *Ehe und Partnerschaft*, *Beziehung zu den eigenen Kindern*, *Eigene Person*, *Sexualität*, *Freunde/ Bekannte/ Verwandte* und *Wohnung*). Jede der Subskalen umfasst sieben Items, welche auf einer siebenstufigen Antwortskala (*sehr unzufrieden* bis *sehr*

zufrieden) beurteilt werden. Der Fragebogen ist ab einem Alter von 14 Jahren einsetzbar und hat bei der Befragung der Mutter Anwendung gefunden. Neben der Erfassung der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit, gestattet der FLZ die Abschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit, wobei diese als Summenwert von sieben der zehn Skalen berechnet wird. Die Ergebnisse zur internen Konsistenz für den Gesamtwert sind befriedigend (Mütter: $\alpha = .74$; Väter: $\alpha = .76$). Der FLZ wurde an einer repräsentativen deutschen Stichprobe normiert, weiterhin liegen Normen für verschiedene Alters- und Berufsgruppen vor.

6.16. Sozio-ökonomische Situation der Familien

Mit dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP; Siedler et al., 2009) werden Daten zum Einkommen, zur Erwerbstätigkeit, Bildung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit erhoben. Es handelt sich um eine repräsentative Wiederholungsbefragung von Personen und Haushalten. Die deutsche SOEP Studie (GSOEP) ist angesiedelt am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Sie startete 1984 und wird seitdem jährlich durchgeführt.

6.17. Familiäre Situation

Bei dem Home Observation for Measurement of the Environment (HOME; Bradley, Caldwell, Rock, Hamrick, & Harris, 1988; forward-backward Eigenübersetzung nach WHO-Guideline) handelt es sich um ein Screening zur Beurteilung von Lebensweisen und dem Wohnzustand innerhalb einer Familie. Im Sinne einer Fremdbeurteilung, berichtete die Interviewerin im Anschluss an den Hausbesuch anhand von Ja-Nein-Antworten, ob bestimmte *Umstände* (z.B. die Wohnung betreffend) oder *Verhaltensweisen* (z.B. die Interaktion mit dem Kind betreffend) in der Familie zu beobachten waren oder nicht. *Ja* identifiziert das Vorhandensein, *Nein* das Nicht-Vorhandensein des mit dem jeweiligen Item erfassten Umstandes bzw. Verhaltens. HOME besteht, in Abhängigkeit vom Alter der Kinder, aus 45 bis 60 Items. Die Subskalen

variieren ebenfalls in Abhängigkeit von der Version. HOME liegt in vier Versionen, für die Beurteilung der Lebensumstände von Kindern verschiedener Altersklassen, vor. Das Verfahren wurde aufgrund einiger fragwürdiger Items (z.B. Negative Wertung für das Fehlen eines Fernsehers) an den deutschen Sprachraum bzw. den Zeitgeist angepasst.

6.18. Gesundheitsverhalten der Mutter (Inanspruchnahme von Primärversorgungsangeboten)

Ziel der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS; Kamtsiuris et al., 2007) ist die Erfassung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen. Zusätzlich werden auch Verhaltensweisen und Lebensumstände erhoben, die die Gesundheit beeinflussen können, sowie die gesundheitliche Versorgung. Es handelt sich um eine Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts. Die Datenerhebungen zu KiGGS erfolgen in Wellen. KiGGS liefert wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren und ermöglicht Aussagen zu Trends in der gesundheitlichen Lage.

7. Ergebnisse

Übergeordnetes Projektziel war es, Teilnehmerinnen für eine erneute Befragung im Rahmen der längsschnittlich angelegten „Pro Kind“-Forschung zu gewinnen. Zu Beginn des Forschungsvorhabens zeigte sich, dass entgegen der ursprünglichen Erwartungen überdurchschnittlich viele Familien von ihrer letzten bekannten Adresse verzogen waren. So erreichten im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme von 550 versendeten Erstkontaktanschreiben lediglich 180 Rückantwortkarten das KFN. Mittels aufwändiger Recherchen über Einwohnermeldeämter (EMAs) - insgesamt wurden weit über 1000 solcher Anfragen gestellt - konnte die Adressdatenbank kontinuierlich auf einen aktuellen Stand gebracht werden. Insgesamt wurden während der gesamten Projektlaufzeit 535 Familien erreicht, somit liegt die Rücklaufquote bei nahezu 70% zum Zeitpunkt des 10-Jahres-Follow-up. Im Kontrast zu dieser sehr erfreulichen Rücklaufquote lag diese zum 24-Monats-Follow-up noch bei deutlich unter 50%. Darüber hinaus liegen nach der Verknüpfung des „Pro Kind“-Datensatzes mit den routinemäßig erfassten Daten des Fachdatenzentrums (FDZ) des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit (BA) in Nürnberg administrative Sozialversicherungsdaten von über 700 Teilnehmerinnen vor. Bei den Daten des IAB handelt es sich um Informationen zu vorausgegangenen Beschäftigungsverhältnissen, Phasen der Arbeitslosigkeit und Teilnahmen an Maßnahmen während einer Arbeitslosigkeit sowie um betriebliche Merkmale. Zudem werden derzeit Daten der AOK Niedersachsen, Bremen und Sachsen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Teilnehmerinnen und ihrer Kinder abgerufen.

Die Erhebung der administrativen Daten wurde in den ersten Projektmonaten vom Projektteil gesundheitsökonomische Forschung an der LUH vorbereitet. Hierfür wurden

datenschutzrechtliche und inhaltliche Fragen der Übermittlung mit den Datenlieferanten geklärt. Die AOK Niedersachsen erklärte sich bereit, Daten über stationäre und ambulante Behandlungen sowie über die Inanspruchnahme von Arzneimitteln bereitzustellen. Alle Daten beinhalteten das Datum der Leistungsinanspruchnahme und entweder den Diagnosis Related Groups (DRG) Code, den International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) Code oder den Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. Das IAB stellte die vollständigen Daten der integrierten Erwerbsbiographien sowie die Daten der Leistungsstatistik SGB II – Stichprobenziehung des IAB (LST-S) – zur Verfügung. Die Datenabrufe konnten jedoch erst durchgeführt werden, nachdem ausreichend Einverständniserklärungen der Teilnehmerinnen für einen Abruf aus den Hausbesuchen des Projektteils D vorlagen. Da die Einverständniserklärung aus der ersten Projektphase in nur wenigen Fällen zurückgezogen wurde, konnten die IEB von fast 700 Teilnehmerinnen abgerufen werden. Von der AOK Niedersachsen liegen Daten zur Inanspruchnahme von 179 Müttern und Kindern in den Jahren zwischen 2009 und 2017 vor. Daten von der AOK Plus Sachsen und der AOK Bremen werden aufgrund der langen Bearbeitungszeiten und des komplizierten Abrufprozesses voraussichtlich nach Ablauf der Projektzeit geliefert und unter Inanspruchnahme eigener Mittel ausgewertet.

Die Datenauswertung ist zum jetzigen Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen. Da die vorliegenden Befunde allerdings in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht werden sollen (Kliem & Sandner, submitted), wird im Rahmen dieses Berichtes lediglich eine grobe Übersicht zur Wirksamkeit in den verschiedenen Projektdomänen gegeben (siehe Tabelle 2). Dieses Vorgehen soll sicherstellen, dass sich zum vorliegenden Abschlussbericht und den sich derzeit in Vorbereitung befindlichen Fachaufsätzen keine Abweichungen ergeben können. Es sei angemerkt, dass sich im Rahmen von Überarbeitungen und Anpassungen der

Forschungsmethoden, wie sie üblicherweise im Rahmen von Veröffentlichungen mit peer-review Verfahren zu erwarten sind, noch Abweichungen von dieser ersten Übersicht ergeben können.

Tabelle 2. Übersicht über die wahrscheinlichen Wirksamkeitsdomänen des „Pro Kind“-Programms

| Hypothesen | Konstrukte | Wahrscheinlichkeit etwaiger Gruppenunterschiede |
|---|--|--|
| Hypothese 1.1: Das Hausbesuchsprogramm wirkt sich positiv auf die kognitive Entwicklung des Kindes und dessen Schulleistungen aus. | Schulleistungen des Kindes | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| | Kognitive Entwicklung des Kindes | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| | Spezifische Entwicklungsstörungen des Kindes | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| Hypothese 1.2: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit des Kindes aus. | Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und emotionale Störungen | Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und Störungen des Sozialverhaltens (Verdachtsdiagnose) | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| | Angststörungen des Kindes (Verdachtsdiagnose) Kinder-DIPS | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |

| | | |
|---|--|---|
| | Affektive Störungen des Kindes (Verdachtsdiagnose): Kinder-DIPS | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| Hypothese 1.3: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die sozioemotionale Entwicklung des Kindes aus. | Soziale Fähigkeiten des Kindes | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| | Aggression | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| | Psychopathie | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| Hypothese 1.4: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die Lebenszufriedenheit des Kindes aus. | Gesamtbeurteilung der Lebenszufriedenheit | Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| Hypothesis 1.5: Die Hausbesuche beeinflussen die Präferenzen des Kindes | Prosoziales Verhalten | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| (Risikoverhalten, prosoziales Verhalten und Zeitpräferenzen). | Risikoverhalten | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| | Zeitpräferenz | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| Hypothese 2.1: Die Hausbesuche führen zu verbesserten erzieherischen Kompetenzen (weniger unangemessenes Elternverhalten). | Dysfunktionale Erziehung | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| | Gewaltfreie Disziplinierung | Mit hoher Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| Hypothese 2.2: Die Hausbesuche reduzieren oder verhindern Kindesmissbrauch und die Häufigkeit körperlicher Gewalt. | Kindesmisshandlung | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| | „Geringe“ Aggression | Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |

| | | |
|---|--|--|
| | „Geringe“ körperliche Gewalt | Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |
| Hypothese 2.3: Die Hausbesuche reduzieren oder verhindern eine Kindesvernachlässigung. | Körperliche Vernachlässigung | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| | Emotionale Vernachlässigung | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| | Kognitive Vernachlässigung | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| | Vernachlässigung der Aufsicht des Kindes | Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede |
| Hypothese 3.1: Die Hausbesuche wirken sich positiv auf die wahrgenommene soziale Unterstützung der Mutter aus. | Wahrgenommene soziale Unterstützung | Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Hypothese 3.2: Die Hausbesuche beeinflussen die psychische Gesundheit der Mutter.</p> | <p>Psychische Belastung</p> | <p>Mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 3.3: Die Hausbesuche resultieren in stabileren Partnerschaften mit weniger Partnerwechsel, größerer Zufriedenheit mit der Partnerschaft und weniger häuslicher Gewalt in der Partnerschaft.</p> | <p>Stabilität der Partnerschaft</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Zufriedenheit mit der Partnerschaft</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Psychische Aggression gegenüber der Mutter</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Körperliche Gewalt gegenüber der Mutter</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Sexuelle Gewalt gegen die Mutter</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Verletzungen durch Gewalt des Partners</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Hypothese 3.4: Die Hausbesuche verbessern die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Erziehungsaufgaben.</p> | <p>Erzieherische Selbstwirksamkeit</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 3.5: Die Hausbesuche haben einen positiven Effekt auf den wahrgenommenen Stress durch die mütterlichen Erziehungsaufgaben.</p> | <p>Erziehungsstress</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 3.6: Die Hausbesuche haben einen positiven Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der Mutter.</p> | <p>Allgemeine Lebenszufriedenheit</p> | <p>Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 4.1: Die Hausbesuche erhöhen den Anteil der Mütter am Arbeitsmarkt oder an Aus-und Weiterbildungsprogrammen.</p> | <p>Akzeptanz der Beschäftigung</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Akzeptanz der Bildungsangebote</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| <p>Hypothese 4.2: Die Hausbesuche reduzieren die Inanspruchnahme von Sozialleistungen der Familie (SGB II, SGB III und SGB VIII).</p> | <p>Sozialleistungen</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 4.3: Die Hausbesuche haben einen positiven Einfluss auf die Wohnsituation der Familie.</p> | <p>Familiäre Situation</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 4.4: Die Hausbesuche beeinflussen die zeitliche Planung oder Häufigkeit von erneuten Schwangerschaften und Geburten.</p> | <p>Erneute Schwangerschaft</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Erneuter Kindeswunsch</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Abtreibung</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| | <p>Geburten</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Hypothese 5.1: Die Hausbesuche beeinflussen die körperliche Gesundheit der Mutter.</p> | <p>Körperliche Gesundheit</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 5.2: Die Hausbesuche erhöhen die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Primärvorsorgeangeboten für Kinder (bspw. Früherkennung, Impfungen, Mundgesundheit, Zahnarztbesuche).</p> | <p>Häufigkeit der Inanspruchnahme kindlicher Primärvorsorge</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |
| <p>Hypothese 5.3: Die Hausbesuche verringern die Anzahl der Krankenhausbesuche der Kinder (ambulant oder stationär) aufgrund von Unfällen oder Verletzungen.</p> | <p>Anzahl der Unfälle</p> | <p>Mit gewisser Wahrscheinlichkeit signifikante Gruppenunterschiede</p> |

8. Ausblick

Die Kernaufgabe des Forschungsvorhabens lag in der Durchführung von Vorortbefragungen, Telefoninterviews sowie im Abruf administrativer Daten. Neben der Flexibilität in Bezug auf Erhebungen wurde insgesamt ein sehr hoher Aufwand betrieben, um so viele Teilnehmerinnen wie möglich zu gewinnen. Alle Teilnehmerinnen, für die Kontaktdaten vorlagen, wurden mehrfach telefonisch und bei Nichterreichen per Mail / SMS bzw. persönlich kontaktiert, um Termine für die Vorortbefragung bzw. neue Termine zu vereinbaren, sofern Termine von Seiten der Teilnehmerinnen nicht eingehalten wurden. Das Ziel lag darin, die Repräsentativität der beforschten Stichprobe auch im Längsschnitt zu gewährleisten. Insgesamt erscheint es möglich, durch intensive Panelpflege das „Pro Kind“-Panel auch in Zukunft erfolgreich weiterzuführen. Der Wert dieses schon jetzt einmaligen Samples wächst dabei zeitgleich mit der Anzahl der Follow-up Zeitpunkte. Eine zukünftige Datenerhebung (zu einem Alter der Referenzkinder von 13 bis 15 Jahren) wird darüber hinaus auch einen ersten Einblick in die kriminalpräventive Wirksamkeit des Programms erlauben.

Das „Pro Kind“-Follow-up bietet eine in Deutschland einmalige Chance, die mittelfristige Wirksamkeit eines validierten und international gut evaluierten Hausbesuchsprogramms für psychosozial benachteiligte Erstgebärende im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns zu untersuchen. Es wurden psychosoziale und entwicklungspsychologische Aspekte bei der Evaluierung berücksichtigt. Darüber hinaus können durch den interdisziplinären Forschungsansatz ebenfalls sozio- und gesundheitsökonomische Fragestellungen sowie Kosten-Nutzen-Analysen der eingesetzten öffentlichen Mittel ermöglicht werden.

8.1. Erfolgte Veröffentlichungen

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse werden derzeit über national und international verbreitete Fachzeitschriften publiziert und der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Derzeit sind verschiedene Aufsätze für renommierte, interdisziplinäre und fachspezifische Zeitschriften in Vorbereitung. Zum jetzigen Zeitpunkt sind folgende wissenschaftliche Publikationen bereits erschienen:

Dähne, V., Jungmann, T., & Sierau, S. (2015). What relates to paternal feelings and competencies? A structural equation model. *Family Science*, 6 (1), 1-10.

Dähne, V., Klein, A. M., Jungmann, T., Sierau, S., & Kliem, S. (2018). Factors Influencing Theory of Mind Development in Preschoolers within the Context of Early Interventions/Einflussfaktoren auf die Theory of Mind-Entwicklung im Vorschulalter im Rahmen Früher Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(5), 442-462.

Dähne, V., Klein, A., Jungmann, T., Kliem, S., & Sierau, S. (2017). Improved parental self-efficacy reduces stress in women receiving home visitation in a longitudinal study. *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 3(3).

Jungmann, T., Brand, T., Dähne, V., Herrmann, P., Günay, H., Sandner, M., & Sierau, S. (2015). Comprehensive evaluation of the Pro Kind home visiting program: A summary of results. *Mental Health & Prevention*, 3(3), pp. 89-97.

Jungmann, T., Dähne, V., Sierau, S., Serbati, S., Dugravier, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program

development and dissemination? *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 3(3).

Kliem, S., Kirchmann-Kallas, S., Stiller, A., & Jungmann, T. (2019). Einfluss von Partnergewalt auf die kindliche kognitive Entwicklung–Ergebnisse der Begleitforschung zum Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(1), 63-80.

Kliem, S., Sandner, M., Lohmann, A., Sierau, S., Dähne, V., Klein, A. M., & Jungmann, T. (2018). Follow-up study regarding the medium-term effectiveness of the home-visiting program “Pro Kind” at age 7 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 323.

Sandner, M. (2018). *Modellprojekt für benachteiligte Familien: Intensive Begleitung hilft Müttern und Kindern* (No. 6/2018). IAB-Kurzbericht.

Sandner, M. (2019). Effects of early childhood intervention on fertility and maternal employment: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Health Economics*, 63, 159-181.

Sandner, M., Cornelissen, T., Jungmann, T., & Herrmann, P. (2018). Evaluating the effects of a targeted home visiting program on maternal and child health outcomes. *Journal of health economics*, 58, 269-283.

Sandner, M., & Jungmann, T. (2016): How much can we trust maternal ratings of early child development in disadvantaged samples? *Economics letters*, 141(April), 73-76.

Sandner, M., & Jungmann, T. (2017): Gender-specific effects of early childhood intervention. Evidence from a randomized controlled trial. *Labour Economics*, 45(April), 59-78.

Sierau, S., Dähne, V., Brand, T., Kurtz, V., von Klitzing, K., & Jungmann, T. (2016). Effects of home visitation on maternal competencies, family environment and child development: A randomized control trial. *Prevention Science, 17*(1), pp. 40-51.

9. Literaturverzeichnis

Aos, St., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M. & Pennucci, A. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane database of systematic reviews*, 03, CD003680.

Belfield, C. R. (2006). The High/Scope Perry Preschool Program: Cost-benefit Analysis Using Data from the Age-40 Followup. *Journal of Human Resources*, 41(1), 162–190.

Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Corso, P., Schofield, A., & Briss, P. A. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 28(2), 11-39.

Bradley, R. H., Caldwell, B. M., Rock, S. L., Hamrick, H. M., & Harris, P. (1988). Home observation for measurement of the environment: Development of a home inventory for use with families having children 6 to 10 years old. *Contemporary Educational Psychology*, 13(1), 58-71.

- Brand, T. & Jungmann, T. (2013). *Kinder schützen, Familien stärken*. München: Beltz, Juventa.
- Brand, T., & Jungmann, T. (2012). Implementation differences of two staffing models in the German home visiting program “Pro Kind”. *Journal of Community Psychology*, 40(8), 891-905.
- Brand, T., & Jungmann, T. (2014). Participant characteristics and process variables predict attrition from a home-based early intervention program. *Early Childhood Research Quarterly*, 29(2), 155-167.
- Conti, G., Poupakis, S., Sandner, M., & Kliem, S. (2019). *The effects of home visiting on mother-child interactions: Evidence from dynamic micro-level data* (No. 2019-066).
- Dohmen, T., Falk, A., Huffman, D., Sunde, U., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2011). Individual risk attitudes: Measurement, determinants, and behavioral consequences. *Journal of the European Economic Association*, 9(3), 522-550.
- Esser, G., Wyschkon, A., & Balaschk, A. (2008). *Basisdiagnostik Umschriebener Entwicklungsstörungen im Grundschulalter (BUEGA)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gomby, D. S. (2005). *Home Visitation in 2005: Outcomes for Children and Parents*. Washington D.C., Committee for Economic Development.
- Kamerman, S. B., & Kahn, A. J. (1993). Home health visiting in Europe. *The Future of Children*, 39-52.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., & Rosario, A. S. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 547-556.

- Kaufmann Kantor, G. K., Holt, M. K., Mebert, C. J., Straus, M. A., Drach, K. M., Ricci, L. R., MacAllum, C. A., & Brown, W. (2004). Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. *Child Maltreatment, 9*(4), 409-428.
- Kliem, S., Sandner, M., Lohmann, A., Sierau, S., Dähne, V., Klein, A. M., & Jungmann, T. (2018). Follow-up study regarding the medium-term effectiveness of the home-visiting program “Pro Kind” at age 7 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 19*(1), 323.
- Nelson, G., Westhues, A. & McLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention & Treatment, 6*(1).
- Olds, D. L. (2006). The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 5-25.
- Olds, D. L., Robinson, J., O’Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Ng, R. K., Sheff, K. L., Korfmacher, J., Hiatt, S., & Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics, 110*(3), 486-496.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Hanks, C., & Arcoleo, K. (2010). Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Maternal Life Course and Government Spending: Follow-up of a Randomized Trial Among Children at Age 12 Years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164*(5), 419-424.
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC public health, 13*(1), 17.

- Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (2009). Kinder-DIPS. *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes-und Jugendalter.*
- Sierau, S., Dähne, V., Brand, T., Kurtz, V., von Klitzing, K., & Jungmann, T. (2016). Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: a randomized controlled trial. *Prevention science, 17*(1), 40-51.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues, 17*(3), 283-316.
- Straus, M. A., Hamby, S., Finkelhor, D., Moore, D., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Neglect, 22*(4), 249–70.
- Straus, M. A., Kinard, E. M., & Williams, L. M. (1995). The multidimensional neglectful behavior scale, Form A: Adolescent and adult-recall version. Durham, NH: *University of New Hampshire: Family Research Laboratory.*
- Sweet, M. A., & Applebaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development, 75*(5), 1435-1456.
- Tröster, H. (2011). *Elternbelastungs-Inventar: EBI; deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin.* Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., & Pfister, H. (1997). DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft.

ISBN: 978-3-948647-05-6