

Psychosoziale Versorgung in der frühen Kindheit

Belastungen, Bedarfe und Inanspruchnahme Früher Hilfen von Familien mit
Kindern zwischen 0 und 3 Jahren

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität

vorgelegt von
Susanne Marlene Ulrich
aus München
2023

Referentin: Prof. Dr. Sabine Walper

Korreferentin: Prof. Dr. Corinna Reck

Tag der mündlichen Prüfung: 14.02.2023

Danksagung

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Sabine Walper, für die stets ermutigende, wertschätzende und erlebnis- wie ergebnisreiche Betreuung und Unterstützung sowie die Offenheit für neue Forschungsthemen und interdisziplinäre Sichtweisen.

Die Datengrundlage der hier verwendeten Studienergebnisse *Kinder in Deutschland - KiD 0-3* wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) an der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) erstellt. Die Daten wurden vom Feldinstitut Kantar Health erhoben. Bei allen möchte ich mich bedanken, ebenso wie den teilnehmenden Familien und Kinder- und Jugendarztpraxen. Ebenso möchte ich mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen bedanken für die fortwährende Unterstützung, wertvollen Hinweise und hilfreichen Austauschgespräche, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Insbesondere bedanke ich mich bei meinen Ko-Autorinnen und Ko-Autoren dieser kumulativen Dissertation für die Unterstützung, die gute Zusammenarbeit und die schönen wissenschaftlichen Beiträge, die daraus entstanden sind.

Schließlich möchte ich mich noch bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, dass sie immer für mich da sind, an mich glauben und mich unterstützen.

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitende Zusammenfassung	
Einleitung		8
1.	Definition und Verbreitung psychosozialer Belastungen	9
1.1	Bedeutung psychosozialer Belastungen	9
1.2	Einschätzung psychosozialer Belastungen	10
1.3	Verbreitung psychosozialer Belastungen	12
2.	Das Präventionsdilemma	14
2.1	Hintergrund des Präventionsdilemmas	14
2.2	Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens	16
2.3	Bedarfs- und Versorgungslagen von Familien mit kleinen Kindern	18
3.	Frühe Hilfen und Kinder in Deutschland	20
3.1	Grundlagen der Frühen Hilfen	20
3.2	Die Studie Kinder in Deutschland – KiD 0-3	23
3.2.1	Die Studienfolge	23
3.2.2	Die Hauptstudie	25
3.2.3	Die Folgestudie	32
3.3	Forschungslücken	35
4.	Zusammenfassung und Darstellung der Eigenleistung	36
5.	Einordnung der Befunde und Schlussfolgerungen	40
5.1	Erkenntnisse über psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit	40
5.2	Einordnung der Befunde in die Versorgungsforschung	41
5.3	Einordnung der Ergebnisse für die Frühen Hilfen	44
6.	Gesamtfazit	47
Literaturverzeichnis		48

Inhaltsverzeichnis

II. Fachartikel der kumulativen Dissertation

Teilstudie 1: Characteristics and patterns of health and social service use by families with babies and toddlers in Germany <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.11.018>

Teilstudie 2: Long-term effects of targeted prevention programmes for families with young children: A population-based study on parenting stress and children's negative emotionality <https://doi.org/10.1111/cch.12985>

Teilstudie 3: Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotential. Eine Zielgruppe für psychosoziale Versorgungsangebote? <https://doi.org/10.1055/a-1867-4415>

Teilstudie 4: Ein Stadt-Land-Vergleich familialer Belastungen und Früher Hilfen.
Erkenntnisse eines Datenlinkage zweier Querschnitterhebungen
<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000918>

Abkürzungsverzeichnis

BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BIFH	Bundesinitiative Frühe Hilfen
BSFH	Bundesstiftung Frühe Hilfen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAPI	Child Abuse Potential Inventory
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DJI	Deutsches Jugendinstitut e.V.
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
EMKK	Fragebogen zur Einstellung von Müttern zu Kindern im Kleinstkindalter
FamHeb	Familienhebammen
FDZ	Forschungsdatenzentrum der statistischen Ämter des Bundes und der Länder
FGKiKP	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegende
FKE	Fragebogen zur kindlichen Entwicklung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ISCED	International Standard Classification of Education
JVQ	Juvenile Victimization Questionnaire
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KINDEX	Konstanzer Index zur pränatalen Erfassung psychosozialer Risiken für eine gesunde Entwicklung
LaB	Längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PHQ-4	Patient Health Questionnaire-4
SGKS	Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screener
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.....	15
Abbildung 2. Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.....	17
Abbildung 3. Studienfolge KiD 0-3	24
Abbildung 4. Darstellung des Studienverlaufs.....	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Vorhersagefaktoren früher Kindesmisshandlung/-vernachlässigung und früher Erziehungsschwierigkeiten/Entwicklungsauffälligkeiten	22
Tabelle 2. Gewichtungsmarkmale der Stichprobe und Referenzgrößen aus dem Mikrozensus	26
Tabelle 3. Prävalenzraten und Kumulation von 25 verwendeten Merkmalen in KiD 0-3	28
Tabelle 4. Vier Gruppen der Latente-Klassen-Lösung.....	31
Tabelle 5. Häufigkeiten psychosozialer Belastungsmerkmale im Längsschnitt	34

Einleitung

Die Coronapandemie hat dazu geführt, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern und Familien vermehrt als wertvolle und nicht selbstverständliche Güter diskutiert wurden. Wenngleich die Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien erst spät in der Pandemie stärker in den Fokus gerückt sind, hat die Bedeutung psychischer und psychosozialer Belastungen sowie geeigneter Versorgungsangebote neue Brisanz erlangt. Bereits vor den pandemischen Bedingungen wurden im Kontext der Frühen Hilfen die psychosoziale Gesundheit und Versorgung in der frühen Kindheit gefördert und erforscht. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf den Herausforderungen und Problemlagen, in denen sich Familien befinden können, und auf der Möglichkeit, von (Frühen) Hilfen Gebrauch zu machen. Die Studie *KiD 0-3*, die die Datenbasis aus den Jahren 2015 bis 2017 für dieses Dissertationsprojekt darstellt, wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durchgeführt und aus Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

1. Definition und Verbreitung psychosozialer Belastungen

Zunächst soll auf die Bedeutung psychosozialer Belastungen in der frühen Kindheit eingegangen werden. Anschließend wird der theoretische Hintergrund erläutert und auf die Verbreitung psychosozialer Belastungen eingegangen.

1.1 Bedeutung psychosozialer Belastungen

Als psychosoziale Belastungen werden in der vorliegenden Arbeit Merkmale verstanden, die sich auf vielfältige Weise in einer Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit niederschlagen (Walper, 2006) und die gesunde und altersgemäße Entwicklung von Kindern beeinträchtigen können (Egle et al., 2016). In der pränatalen Phase und den ersten beiden Lebensjahren werden Erfahrungen biologisch neuronal gefestigt (Marmot, 2010) und beeinflussen beispielsweise das spätere Verhalten, die Physiologie und das Lernen von Kindern (Barlow & Axford, 2014; Shonkoff et al., 2009). Auch im Erwachsenenalter zeigen sich als Folge psychosozialer Belastungen oftmals ein riskantes Gesundheitsverhalten, eine erhöhte Krankheitslast sowie erhöhte Gesundheitskosten (Felitti & Anda, 2010). In Anlehnung an das Prozessmodell von Belsky (1984), an dessen Aktualisierung und Erweiterung durch Taraban und Shaw (2018) sowie an eine international anerkannte Systematisierung von familiären Belastungsmerkmalen (Stith et al., 2009) werden die Merkmale in *KiD 0-3* in elterliche Charakteristika (z. B. Psychopathologie), einen familiären bzw. sozialen Kontext (z. B. soziale Unterstützung) und kindliche Charakteristika (z. B. kindliches Temperament) unterteilt.

Sprachlich abzugrenzen sind die Begrifflichkeit der psychischen Belastung einerseits und jene der psychosozialen Risikofaktoren andererseits. Der Begriff der psychischen Belastung wird im Bereich der Arbeitswissenschaften und Arbeitspsychologie häufig als Gesamtheit aller erfassbaren positiven wie negativen Einflüsse definiert, die auf den Menschen zukommen und psychisch einwirken (DIN-Norm 33405). Der Begriff der psychosozialen Risikofaktoren stammt aus der Risikoforschung. Ihr Ziel ist erstens die Identifizierung gefährdeter Gruppen („Risikokinder“) und zweitens die Bestimmung entwicklungsgefährdender Merkmale („Risikofaktoren“). Risikofaktoren sind dabei enger definiert als psychosoziale Belastungsmerkmale. Sie sind zeitlich gerichtet und inhaltlich interpretierbar sowie in mehreren unabhängigen Forschungsergebnissen mit einer messbaren Erhöhung und erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit eines negativ gewerteten Ergebnisses verknüpft (Kindler, 2009). Bei der Einteilung von Risikofaktoren wird zwischen *Vulnerabilitäten*, also den biologischen Prädispositionen und psychologischen Merkmalen des Kindes, und *Stressoren*, also den

psychosozialen Bedingungen der Umwelt, unterschieden (Heilig, 2014; Laucht et al., 2002). Da in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich querschnittliche Zusammenhänge untersucht werden, soll vornehmlich von psychosozialen Belastungen die Rede sein.

Der Begriff der psychosozialen Belastungen findet sich im Biopsychosozialen Krankheitsmodell (Engel, 1977), in dem die Entstehung von Krankheiten nicht nur durch biologische, sondern auch durch psychische, soziale und verhaltensbezogene Faktoren erklärt wird. Das Biopsychosoziale Modell stellt bis heute das dominante Paradigma der Gesundheitswissenschaften dar und zählt als Theorie mit umfassender Reichweite (Egger, 2018). Zudem wurde es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) übernommen. Demnach ist Funktionsfähigkeit das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen Krankheiten und umweltbezogenen sowie personenbezogenen Kontextfaktoren (WHO, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005). Insofern wird bei der Begrifflichkeit der psychosozialen Belastungen immer bereits die Interaktion, also das positive oder negative Zusammenwirken umweltbezogener (also sozialer) und personenbezogener (also psychischer) Faktoren, mitberücksichtigt. Sowohl zum Einfluss sozialer wie auch zum Einfluss psychischer Faktoren gibt es theoretische Überlegungen, die bereits in die Konzeption der vorliegenden Arbeit eingeflossen sind und im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

1.2 Einschätzung psychosozialer Belastungen

Das elterliche Fürsorgeverhalten sowie die Eltern-Kind-Beziehung sind zentral für die kindliche Entwicklung und Gesundheit (Lorenz et al., im Druck), da die Eltern die primären Bezugspersonen sind und der familiäre Alltag besonders in den ersten Lebensjahren in den meisten Fällen im häuslichen Umfeld stattfindet. Belastende Lebenslagen können sich dabei vielfältig negativ auswirken. So zeigt beispielsweise das Familien-Stress-Modell auf, dass sozioökonomische Ressourcen – insbesondere Armut und damit einhergehende finanzielle Engpässe – Familien belasten können. Demnach wirken die Belastungen zunächst auf die Eltern und treffen über problematisches Erziehungs- und Fürsorgeverhalten die Kinder indirekt (Conger et al., 2010). Auch jenseits ökonomischer Faktoren konnte die Bedeutung psychosozialer Belastungen und damit einhergehender Vermittlungsprozesse nachgewiesen werden. Um das Belastungsempfinden durch Stress in der Elternrolle zu beschreiben, etablierte sich bereits vor der Coronapandemie zunehmend der Begriff des *Elternburnouts* („Parental Burnout“). Dadurch wird ein Zustand elterlicher Erschöpfung, emotionaler Distanzierung und

starker Zweifel an der eigenen erzieherischen Kompetenz beschrieben (Roskam et al., 2018), bei dem die elterlichen Belastungen über einen längeren Zeitraum die Ressourcen übersteigen (Mikolajczak et al., 2019). Auch wenn finanzielle Engpässe – insbesondere bei Familien mit krankem Kind (Lindström et al., 2011) – eine zusätzliche Belastung sein können, scheint Elternburnout insgesamt unabhängig vom sozioökonomischen Status aufzutreten (Bastiaansen et al., 2021; Roskam et al., 2021). Hierbei liegt der Verdacht nahe, dass es sich z. B. über negative Erziehungsstile negativ auf das Familienklima und damit auf das Kind auswirkt, wenn zusätzlich zum erlebten Stress in der Rolle als Elternteil weitere Belastungen hinzukommen (Krishnakumar & Buehler, 2000).

Zur Einschätzung familiärer Gesamtbelastung wird häufig die Anzahl („Kumulation“) und/oder die Konstellation bestimmter Merkmale herangezogen. Der kumulative Ansatz in Form eines additiven Indexes ist ein weit verbreitetes Instrument, das mit Bezug auf verschiedene Entwicklungsergebnisse untersucht wurde (Evans et al., 2013). Rutter stellte bereits 1979 fest, dass eine Kumulation von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren mit einer erhöhten psychopathologischen Vulnerabilität einhergeht (Rutter, 1979, 1981). Sameroff et al. (1987) fanden heraus, dass durch den Ansatz der Kumulation eine bessere Vorhersage kognitiver und sozial-emotionaler Kompetenzen erreicht wird als durch eine isolierte Betrachtung einzelner Risikofaktoren. Auch in weiteren Längsschnittstudien wurde wiederholt gezeigt, dass kumulierte Risikomodelle vorhersagekräftig sind für die kindliche Entwicklung (Burchinal et al., 2000; Ulrich et al., 2022a) und spätere Verhaltensauffälligkeiten (Appleyard et al., 2005). Weiter konnte anhand kumulativer Risikomodelle häufig ein Zusammenhang zwischen einer hohen Belastungslage (häufig drei oder mehr Merkmale) und Kindesmisshandlung sowie Kindesvernachlässigung nachgewiesen werden (Brown et al., 1998; Lo et al., 2017; Parrish et al., 2011; Wu et al., 2004). Obwohl die Risikobestimmung eingängig und in der Praxis relativ einfach zu bewerkstelligen ist, ist der additive Risikoindex mit dem Nachteil verbunden, dass er keinen Hinweis auf eine inhaltlich sinnvolle Klassifizierung bietet, da im Einzelfall unterschiedliche Konstellationen von Risiken zusammengefasst werden. So konnte auch anhand von Daten der *KiD 0-3*-Studie gezeigt werden, dass eine Latente Klassenanalyse einem einfachen Risikoindex methodisch überlegen sein kann (Lorenz et al., 2020a, siehe auch Abschnitt 3.2). Im Folgenden werden ausgewählte Befunde vorgestellt, um einen Überblick über die Verbreitung psychosozialer Belastungen zu geben.

1.3 Verbreitung psychosozialer Belastungen

Während psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit international gut beforscht sind (Egle et al., 2016; Laucht et al., 2000; Parrish et al., 2011; Stith et al., 2009; Wu et al., 2004; Zeanah et al., 1997), gibt es in Deutschland nur für wenige Merkmale verlässliche Schätzungen bezüglich der Prävalenz in der Altersgruppe null bis drei Jahre. So ergab die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - KiGGS-Studie Welle 1 (2009–2012) unter Teilnahme von 10 891 Familien mit Kindern zwischen 0 und 17 Jahren, dass 13,6 Prozent der Familien bei einem Index von 13 Merkmalen drei und mehr Belastungen aufweisen (Bolster et al., 2020). In Deutschland wurde im Rahmen eines Modellprojekts der Frühen Hilfen nach denselben Kriterien ein Anteil von 21 Prozent belasteter Familien festgestellt (Ziegenhain et al., 2011). In einer kleinen Stichprobe im Rahmen einer U5-Untersuchung schätzten die befragten Kinder- und Jugendärzte 5 Prozent der Familien als psychosozial belastet ein (Friedmann, 2018). In internationalen Studien liegen hauptsächlich Ergebnisse zum Screening von Kindeswohlgefährdung vor. So wurde in einer Studie in Florida ein Anteil von 13 Prozent (Wu et al., 2004) und in Alaska ein Anteil von 18 Prozent (Parrish et al., 2011) an Familien mit Kindern der Altersgruppe null bis drei Jahre mit drei oder mehr Belastungen identifiziert.

In der Mannheimer Längsschnittstudie wurden bei 362 Kindern emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten vom Säuglings- bis zum Grundschulalter zu fünf Messzeitpunkten erhoben. So konnten durch die Belastungsfaktoren „Broken Home Herkunft der Eltern/Delinquenz des Vaters“, „chronische Schwierigkeiten der Familie“ und „psychische Auffälligkeiten eines Elternteils“ 64,4 Prozent der verhaltensauffälligen achtjährigen Kinder bereits bei der Geburt richtig klassifiziert werden. Ebenso prospektiv wurde in der Rostocker Längsschnittstudie an 294 Kindern der Einfluss von Risikomerkmalen auf die körperliche, kognitive und Persönlichkeitsentwicklung erfasst (Heilig, 2014; Meyer-Probst & Reis, 1999). Entwicklungsrückstände ließen sich – gemessen am allgemeinen Entwicklungszustand von zwei Jahren – bei 27 biologischen (an erster Stelle das Merkmal ‚Frühgeburt‘) und 25 psychosozialen Merkmalen (an erster Stelle das Merkmal ‚dissoziale Mutter‘) statistisch nachweisen. Allerdings änderte sich mit zunehmendem Alter der Kinder auch die Relevanz der Merkmale (Meyer-Probst & Reis, 1999). Diese zwei zentralen deutschen Studien der Risikoforschung deuten darauf hin, dass die Betrachtung einzelner Merkmale immer mit Vorsicht zu interpretieren ist, da sie als eine Herauslösung aus einem Netz multikausaler Verflechtungen zu verstehen ist (Meyer-Probst & Reis, 1999).

Zu komplexen Belastungskonstellationen gibt es bisher weniger veröffentlichte Studienergebnisse. Im Rahmen der KiGGS-Studie wurden mittels Latenter Klassenanalyse Gruppenunterschiede hinsichtlich der psychischen Gesundheit des Kohorten-Samples mit über 10 000 Teilnehmenden (Alter: 10 bis 31 Jahre) untersucht. Dabei ließen sich vier Gruppen finden. Zwei relativ großen Gruppen von Familien mit niedrigem Risiko (51,4 Prozent) und Familien mit hohem Risiko (23,4 Prozent) standen zwei kleinere Gruppen gegenüber, nämlich eine kleinere Gruppe mit elternbezogenen Faktoren (11,8 Prozent), die insbesondere durch instabile Familienverhältnisse gekennzeichnet war, sowie eine Gruppe mit sozialbezogenen Faktoren (13,4 Prozent), die durch ein schlechtes Wohlbefinden gegenüber der Schule und Schwierigkeiten beim sozialen Anschluss („Peers“) geprägt war (Göbel & Cohrdes, 2021).

In einer Studie mit 100 psychisch erkrankten Kindern (Durchschnittsalter 12,4 Jahre) ergab eine clusteranalytische Untersuchung zur Einteilung der Elternteile nach Belastungen und Ressourcen zwei sinnvolle Gruppen: Hochstress-Familien ($n = 33$) und Niedrigstress-Familien ($n = 67$). Eltern aus der ersten Gruppe wiesen unter anderem häufiger Anzeichen von Depression, niedrige Bewältigungsstrukturen, Alleinerziehenden-Status sowie Alkohol- und Zigarettenkonsum als dysfunktionale Coping-Strategien und außerdem negatives Coparenting auf. Im Umkehrschluss erwies sich ein positives Familienklima indirekt als bedeutsam für eine positive kindliche Entwicklung.

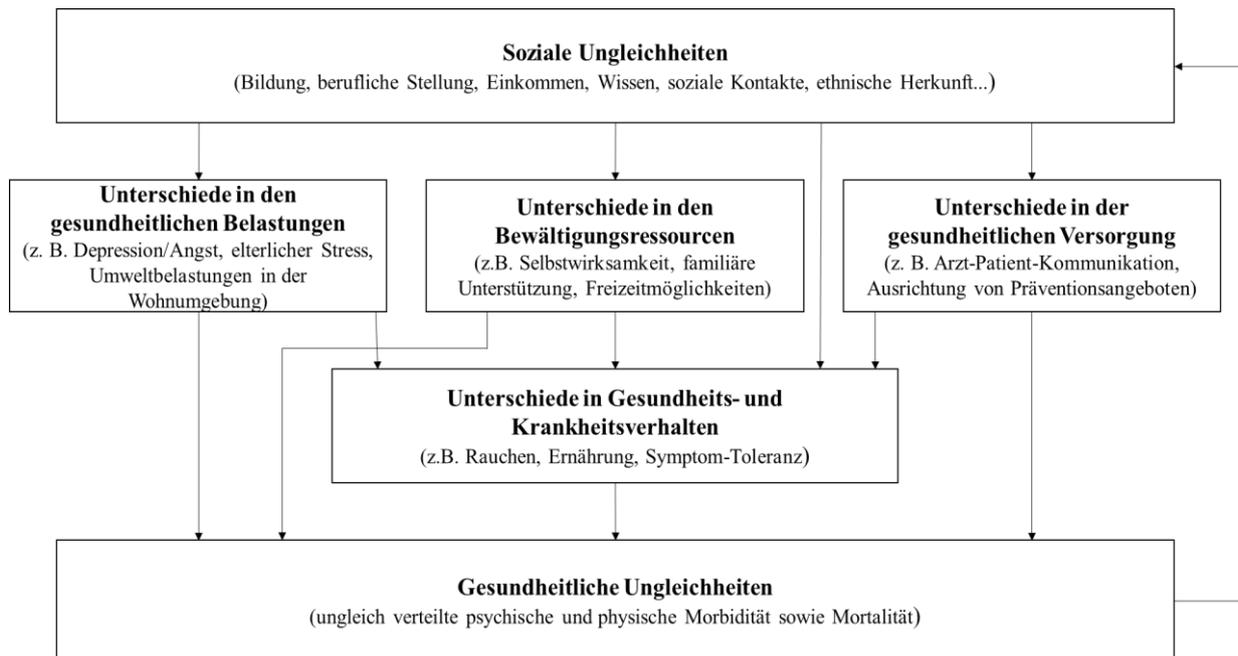
Weitere Studien zur Untersuchung von Belastungskonstellationen – insbesondere in der Altersgruppe 0–3 – liegen nach aktueller Kenntnis nicht in großer Menge vor. Insgesamt lässt sich festhalten, dass es relativ wenig verlässliche Schätzungen zu den Prävalenzraten psychosozialer Belastungsmerkmale sowie zur Gesamteinschätzung familiärer Belastungen in Familien mit Säuglingen und Kleinkindern gibt. Bisher wurde dabei ausgeklammert, dass eine sinnvolle Einschätzung von Hilfebedarfen auch wesentlich von der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten abhängt. Diese Zusammenhänge werden in der Studie *KiD 0-3* und in der vorliegenden Arbeit beleuchtet.

2. Das Präventionsdilemma

Psychosoziale Belastungen treten bei Familien in bestimmten Belastungslagen häufiger auf, so z. B. bei Familien in Armutsrisikolagen (Lampert et al., 2010; Walper, 2005), bei Alleinerziehenden (Borgmann et al., 2019; Lux et al., in Vorbereitung) oder bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (Renner et al., 2020). Im Folgenden werden die theoretischen Zusammenhänge zwischen sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten beschrieben. Daraufhin werden relevante Determinanten erläutert, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen. Abschließend werden aktuelle Befunde zur Nutzung universeller und selektiver Präventions- und Unterstützungsangebote beschrieben. Dadurch sollen die Schwierigkeiten bei der (psychosozialen) Versorgung in der frühen Kindheit verdeutlicht sowie Forschungslücken aufgezeigt werden.

2.1 Hintergrund des Präventionsdilemmas

Eines der in Deutschland bekanntesten Erklärungsmodelle sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit stellt das Modell von Mielck dar (siehe Abbildung 1). Demnach produzieren soziale Ungleichheiten, d. h. Unterschiede in Bildung, Beruf, Wissen sowie sozialen Kontakten, weitere Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen bzw. Erholungsmöglichkeiten und gesundheitlicher Versorgung (z. B. Teilnahme an kostenlosen Präventionsangeboten). Auf der Mesoebene wird das Gesundheitsverhalten durch das Gleichgewicht zwischen Belastungen, Bewältigungsressourcen und gesundheitlicher Versorgung beeinflusst. Die sozialen Ungleichheiten sowie die daraus resultierenden Unterschiede wirken somit indirekt, aber auch direkt auf gesundheitliche Ungleichheiten, also auf die auf der Makroebene betrachtete Verteilung von Krankheiten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Todesfällen. Der nach oben gerichtete Pfeil von den gesundheitlichen Ungleichheiten hin zu den sozialen Ungleichheiten weist auf die Möglichkeit einer sozialen Mobilität hin, also darauf, dass ein sozialer Abstieg bei kranken Personen wahrscheinlicher ist als bei gesunden Personen und umgekehrt, dass gesunde Personen eher einen sozialen Aufstieg erfahren können (Mielck, 2000).

Abbildung 1. Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Anmerkung. Abbildung modifiziert nach Mielck, 2000.

Das Präventionsdilemma (Bauer, 2005) setzt bei diesen Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung an. Zusammenfassend beschreibt es den Umstand, dass der Gesundheitszustand mit dem sozialen Gradienten und den damit einhergehenden Risikofaktoren für die Gesundheit zusammenhängt und sich dadurch Zielgruppen ergeben, die insbesondere Angebote der Primärprävention bzw. universellen Prävention¹ seltener in Anspruch nehmen und auch über aufsuchende und partizipative Angebote schwieriger zu erreichen sind. Das Präventionsdilemma setzt sich dabei aus einer empirischen und einer theoretischen Dimension zusammen (Sahrai et al., unv. Man.). Empirisch sind sowohl der Zusammenhang zwischen geringen sozioökonomischen Ressourcen und Risiken für die kindliche Gesundheit und Entwicklung (Houweling et al., 2022; Kuntz et al., 2018; Lampert & Kurth, 2007; Pillas et al., 2014; Prickett & Augustine, 2016; Schoon et al., 2012; Straatmann et al., 2019) als auch die geringere Nutzung (universeller) präventiver Unterstützungsangebote durch

¹ Während im Strukturmodell die Unterscheidung primär-sekundär-tertiär zur Einteilung von Interventionshandlungen nach Zeitpunkt des Eingriffs im Ablauf einer Krankheitsentstehungsgeschichte verwendet wird, wird im Spezifitätsmodell die Schwerpunktsetzung universell-selektiv-indiziert zur Einteilung von präventiven Maßnahmen nach Spezifität und Gefährdungsmaß verwendet mit den drei Kerngrößen des individuellen Erkrankungsrisikos (von Zielgruppen), der Interventionsrisiken und dem Aufwand und Kosten, die mit einer Maßnahme verbunden sind. Letztere Sichtweise wird in der psychosozialen Prävention der Frühen Hilfen bevorzugt verwendet (Franzkowiak, 2022), weswegen sie in dieser Arbeit ebenfalls so verwendet wird.

ressourcenschwache Familien belegt (Bauer, 2005; Neumann & Renner, 2016; Rosenbach, 1989; Schmidtke et al., 2018).

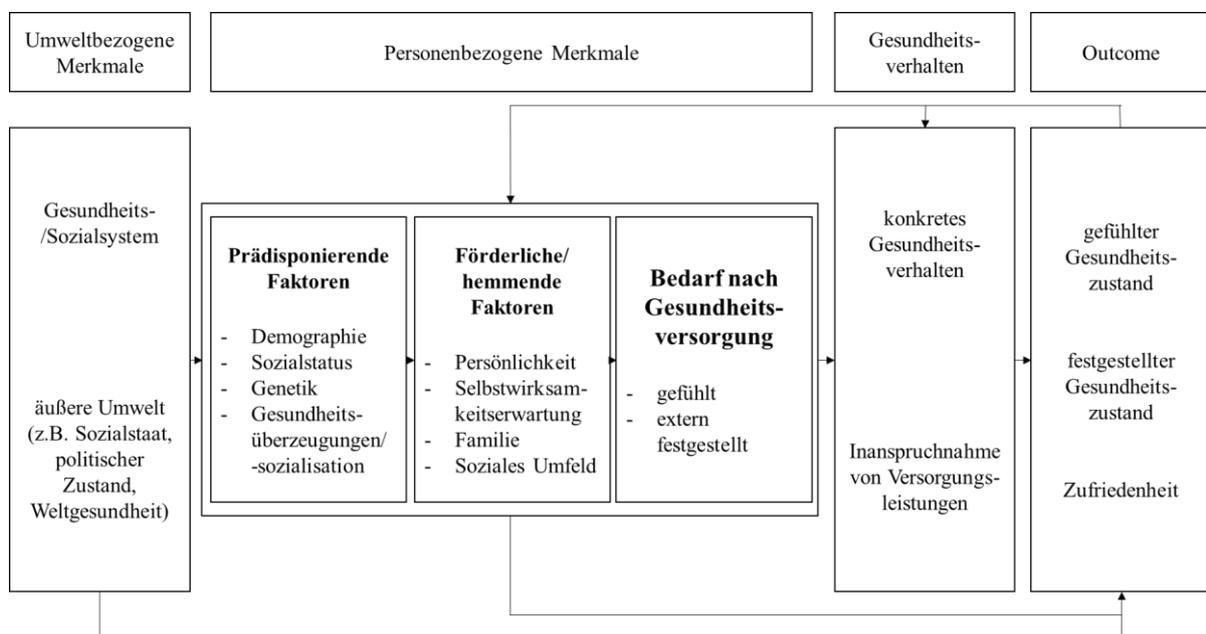
In der theoretischen Dimension des Präventionsdilemmas wird aus der geringeren Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten in Kombination mit Befunden zu schlechteren Gesundheitszuständen und höheren Erkrankungs- und Entwicklungsrisiken für Kinder sozial benachteiligter Familien abgeleitet, dass diese Gruppen normativ einen höheren Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung haben (Sahrai et al., unv. Man.; Scholten et al., 2016). Im Gegensatz dazu weisen Familien mit mehr sozioökonomischen Ressourcen, weniger Risikofaktoren und besserem Gesundheitszustand eine höhere Akzeptanz für die Angebote auf und nehmen diese entsprechend häufiger in Anspruch. Dadurch kann eine Überversorgung dieser Familien bzw. eine Überlastung des Hilfesystems drohen. Zudem kann es vorkommen, dass familiäre Hilfebedarfe deshalb stärker für ‚Mittelschichtler‘ ausgelegt werden und Randgruppen sich noch weniger angesprochen fühlen bzw. eingeschüchtert werden. Um mehr über die psychosoziale Versorgung von Familien mit Belastungen zu erfahren, wird im Folgenden auf Determinanten eingegangen, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen können.

2.2 Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens

Das am häufigsten verwendete Modell zum Inanspruchnahmeverhalten gesundheitlicher Leistungen stammt von Andersen (1995) und wird in Abbildung 2 an die Frühen Hilfen angepasst dargestellt. Eine Gruppe um F. Petermann hat dieses Modell im Zuge einer Untersuchung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen um psychologische Faktoren erweitert (Kowalski et al., 2012). Die äußerste Komponente umfasst umweltbezogene Merkmale, insbesondere das staatliche Versorgungssystem sowie die äußere Umwelt. Als äußere Umwelt können mit Bezug auf die Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung durch Familien sowohl das Familiensystem als auch aktuelle herausfordernde politische und gesundheitliche Situationen verstanden werden. Ergebnisse, die während der Coronapandemie gewonnen wurden, zeigen beispielsweise, dass neben weiteren Kindern im Haushalt der eingeschränkte Zugang zum Versorgungssystem für Mütter von unter Einjährigen als belastend empfunden wird, während eine gute Beziehung zum Kind und/oder zum Partner die Belastung abmildern kann (Tettenborn et al., 2022).

Eine weitere Komponente bilden personenbezogene Faktoren. Dazu zählen erstens prädisponierende Faktoren. Beispielsweise ist denkbar, dass Familien mit einem kranken oder behinderten Kind eine erhöhte Inanspruchnahme-Bereitschaft aufweisen. Auch durch Eltern vorgelebte Routinen können die Bereitschaft beeinflussen, Hilfe anzunehmen. Zweitens gibt es individuelle hemmende oder förderliche Faktoren, die in der Persönlichkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung gefestigt sind. Drittens kann der gefühlte oder extern festgesetzte Bedarf eine Rolle spielen. Diese personenbezogenen Merkmale beeinflussen das konkrete Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Gleichzeitig beeinflusst das Gesundheitsverhalten die personenbezogenen Merkmale. Alle Komponenten zusammengenommen beeinflussen indirekt wie direkt den Gesundheitszustand bzw. die Zufriedenheit der Nutzenden von Versorgungsleistungen (Andersen, 1995). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es auch jeweils eine Rückkopplung vom Endergebnis auf das Gesundheitsverhalten bzw. die personenbezogenen Faktoren gibt. So ist beispielsweise denkbar, dass zufriedene Teilnehmende einer Präventionsmaßnahme eher dazu tendieren, weitere Gesundheitsangebote in Anspruch zu nehmen (Neumann & Renner, 2016).

Abbildung 2. Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen



Anmerkung. Abbildung modifiziert nach Kowalski et al., 2012 (in der erweiterten Version nach Andersen, 1995).

Insbesondere die zahlreichen förderlichen und hemmenden Faktoren dürften für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote ähnlich relevant sein wie prädisponierende Faktoren. Eine Studie des NZFH unter Teilnahme von 123 belasteten und

unbelasteten Müttern mit und ohne Hilfeannahme konnte unter anderem belegen, dass bei belasteten Familien häufiger unterschiedliche Arten *symbolischer Barrieren* auftreten (van Staa & Renner, 2020). Dies meint einerseits, dass die Behörden als Bedrohungsinstanz erlebt und aus Angst nicht um Hilfe gebeten werden (*Symbolik der Behörde*; Sahrai et al., unv. Man.). Andererseits spielen negative Selbstzuschreibungen eine Rolle, z. B. wenn selbstgesetzte Standards der Elternrolle subjektiv nicht eingehalten werden können (*Symbolik guter Elternschaft*; Avis et al., 2007; Sahrai et al., unv. Man.). Wenngleich die (symbolischen) Barrieren im Rahmen der Studie *KiD 0-3* nicht erfragt wurden, werden sie bei der Erklärung der Inanspruchnahme und Versorgung psychosozialer Angebote herangezogen. Für die weitere Untersuchung der psychosozialen Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern sollen nachfolgend relevante Befunde aus der Literatur dargestellt werden.

2.3 Bedarfs- und Versorgungslagen von Familien mit kleinen Kindern

Bei verschiedenen zentralen Angeboten zeigt sich – auch für die Altersgruppe null bis drei Jahre –, dass die Nutzung universeller Angebote (z. B. Geburtsvorbereitung) unter Eltern mit höherer Bildung und ohne Armutsgefährdung häufiger ist, während die Nutzung selektiver Angebote (z. B. Frühe Hilfen, Erziehungsberatung) unter Familien mit erhöhtem (psychosozialen) Bedarf häufiger ist (Neumann & Renner, 2016). So ist auch die Nutzung von U7-, U8- und U9-Früherkennungsuntersuchungen bei Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status sowie bei Familien mit Migrationshintergrund etwas seltener. Allerdings ist die Inanspruchnahme der meisten U-Untersuchungen laut der KiGGS-Welle 2 mit über 95 Prozent insgesamt auf einem sehr hohen Niveau. Im Vergleich zur Basisbefragung (2003–2006) haben sich soziale Unterschiede sogar vermindert (Schmidtke et al., 2018).

Jenseits der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in der KiGGS-Studie gibt es nur wenige aktuelle repräsentative Untersuchungen zur Nutzung von Präventions- und Unterstützungsangeboten bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Bei universellen Angeboten der kommunalen Gesundheitsförderung zeigte sich in einer deutschen Studie unter Teilnahme von 556 Eltern von KiTa- und Kindergartenkindern (Alter: null bis zehn Jahre) an zwei Standorten, dass die durchschnittliche Angebotskenntnis sowie die Nutzung bei Eltern mit niedrigem Bildungsniveau, Migrationshintergrund und Armutsgefährdung jeweils signifikant geringer ausfielen (Ehlen et al., 2021). Insbesondere Gruppenangebote (z. B. Eltern-Kind-Kurse), Bewegungsangebote (z. B. Baby-Schwimmen) und Elternbildungsprogramme (z. B. Starke Eltern – Starke Kinder) erreichten die genannten Gruppen kaum. Dies könnte daran

liegen, dass diese Angebote eine Struktur aufweisen, bei der die Teilnehmenden in Einrichtungen kommen müssen (Komm-Struktur), was eine hohe Eigenmotivation erfordert.

Nur in wenigen Studien wurde bisher die Kombination von genutzten Angeboten unabhängig von einer Grobeinteilung nach universellen, selektiven und indizierten Angeboten untersucht. Für eine zielgerichtete Prävention unter knappen Ressourcen stellt diese gleichzeitige Betrachtung verschiedener Angebotsnutzungen jedoch ein hilfreiches Vorgehen dar, um Problemlagen und sozialpolitische Bedarfe über die Grenzen verschiedener Sektoren hinweg zu identifizieren. Bisher sind nur zwei US-amerikanische Studien bekannt (Leventhal et al., 2000; Spielberger & Lyons, 2009), die Muster der Inanspruchnahme untersuchten; diese konnten jeweils vier unterschiedliche Nutzungsgruppen identifizieren. Ein hoher elterlicher Bildungsgrad und gesundheitliche Einschränkungen des Kindes korrelierten in beiden Studien mit der Nutzung vieler verschiedener Angebote.

In Deutschland wurde erst kürzlich eine Untersuchung solcher Muster der Präventionsnutzung veröffentlicht. Anhand von 23 Angeboten aus Bereichen wie Bildung, Bewegung und Ernährung wurden bei 6480 Kindern während der Schuleingangsuntersuchung drei Gruppen identifiziert: eine Gruppe, die viele verschiedene Angebote nutzte, eine Gruppe, die wenige Angebote nutzte, und eine Gruppe, die sich insbesondere durch die spezifische Nutzung von Kindergartenuntersuchungen und eine mittlere Nutzung weiterer Angebote auszeichnete. Die Autorengruppe schloss daraus, dass die Eltern durch die Kindergartenuntersuchung in weitere Angebote gelotst wurden und dieses Angebot daher entscheidend für die Erreichbarkeit von Familien ist (Götz et al., 2022). Da die Identifizierung von Lotsendiensten und die sektorenübergreifende Hilfe von Familien wesentliche Ziele der Frühen Hilfen sind, wird diese Betrachtungsweise in der *KiD 0-3*-Studie ebenfalls verwendet. Im Folgenden werden die Frühen Hilfen im Zusammenhang mit der Studie *KiD 0-3* dargestellt.

3. Frühe Hilfen und Kinder in Deutschland

Die Frühen Hilfen verfolgen das Ziel, Chancengleichheit für alle Kinder herzustellen und dem Präventionsdilemma entgegenzuwirken. Die Studie *KiD 0-3* leistet dazu einen Beitrag, indem sie Prävalenzraten zu psychosozialen Belastungen erfasst und dadurch Hilfebedarfe ableiten sowie Versorgungslagen von Familien einschätzen kann. Zum besseren Verständnis werden zunächst die Grundlagen der Frühen Hilfen erläutert, bevor anschließend auf die Studienreihe *KiD 0-3* eingegangen wird.

3.1 Grundlagen der Frühen Hilfen

Entscheidende Impulse für den Auf- und Ausbau Früher Hilfen lieferte die KiGGS-Studie (2003–2006), bei der 20 Prozent der 3- bis 17-Jährigen als psychisch belastet identifiziert wurden (Hölling et al., 2014) sowie bekannt gewordene Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung die Lücken im Jugendhilfesystem offenlegten. Es kam zu einem öffentlichen Aufruf zu Hilfe bei der Unterstützung belasteter Eltern, die durch das Netz sozialer Unterstützung und des Sozialhilfesystems fallen (Renner et al., 2018). Aufgrund der föderalen Strukturen müssen die Frühen Hilfen auf allen drei administrativen Ebenen zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass Angebote des sozialen Sektors, des gesundheitlichen Sektors und anderer Netzwerke so effektiv wie möglich ausgestaltet sind (Renner et al., 2018).

Frühe Hilfen sind ein integratives Versorgungselement mit dem Ziel, Schwangere und Familien – insbesondere mit psychosozialen Belastungen – mit Kindern bis zu drei Jahren durch ein breites und niedrighschwelliges Angebotsspektrum zu unterstützen. Dieser Ansatz befindet sich auf einer Linie mit dem evidenzbasierten *Nurturing Care for Early Childhood Development Framework* (WHO, 2018), der während der 71. Weltgesundheitsversammlung 2018 entwickelt wurde. Die Stiftung Frühe Hilfen etabliert seit 2006 nahezu flächendeckend kommunale Netzwerke Frühe Hilfen (Stand 31.12.2020: 567 von 570 Kommunen; NZFH, 2022b) und implementiert verschiedene freiwillige präventive Angebote. Auf eine Pilotphase zwischen 2006 bis 2011 folgte eine Ausbauphase von 2012 bis 2017, gefördert von der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH). Im Januar 2018 wurde mit der Einrichtung der Bundesstiftung Frühe Hilfen (BSFH) bundesweit der Anspruch auf Förderung zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen in allen Kommunen mit Netzwerk beschlossen (Renner et al., 2018). Die Stiftung stellt jährlich 51 Millionen Euro für die Förderung von Netzwerken der Frühen Hilfen und für die psychosoziale Unterstützung von Familien zur Verfügung (BMFSFJ, 2018). Das NZFH hat zur Aufgabe, den Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu begleiten und wissenschaftlich zu evaluieren. Es wurde 2007 gegründet und wird vom BMFSFJ gefördert. Das NZFH wird

getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI).

Insbesondere an der Schnittstelle des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe wird eine intersektorale Zusammenarbeit und Vernetzung gefördert. Der Hintergrund ist, dass Eltern die Inanspruchnahme von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe oftmals als stigmatisierend zu erleben scheinen. Dementgegen werden Angebote der Gesundheitsversorgung – insbesondere die Kinder- und Jugendärzte als erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner – von den meisten Eltern wertgeschätzt (Renner et al., 2018). So werden ca. 98 Prozent der Kinder in Geburtskliniken zur Welt gebracht (Loytved, 2021) und ca. 99 Prozent der Familien nutzen die regulären Früherkennungsuntersuchungen (U3-U7-Untersuchungen) in Kinder- und Jugendarztpraxen (Schmidtke et al., 2018). Dadurch ergibt sich die Gelegenheit, Familien mit (psychosozialem) Unterstützungsbedarf dort anzusprechen und auf passende Unterstützungsangebote (auch der Kinder- und Jugendhilfe) hinzuweisen.

Eines der Kernangebote der Frühen Hilfen ist die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung (LaB) durch Fachkräfte wie Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegende (FGKiKP). Dabei werden die Familien im häuslichen Umfeld bei alltäglichen Fragen unterstützt und beraten sowie bei Bedarf an andere Angebote weitervermittelt („Lotsenfunktion“ Renner & Scharmanski, 2016). Die Tätigkeit wird von Hebammen mit einer Zusatzqualifikation zur FamHeb sowie von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern mit einer speziellen Qualifikation für die Arbeit mit psychosozial belasteten Familien durchgeführt. Die dafür notwendigen spezifischen Weiterbildungsprogramme und Kompetenzprofile werden vom NZFH entwickelt (2013, 2014). Die LaB besteht in 97 Prozent der Kommunen und ist damit nahezu flächendeckend verfügbar. Der Einsatz von FamHebs oder FGKiKPs in der LaB liegt bei je 87,1 Prozent und hat sich demnach im Laufe der BIFH/BSFH zum weit verbreiteten Standard entwickelt (Ulrich et al., in Vorbereitung). Das Angebot der LaB reiht sich damit als Baustein in den flächendeckenden Auf- und Ausbau niedrigschwelliger und mobiler Angebote für vulnerable Gruppen ein, was den aktuellen Handlungsansätzen zur sozialen Stadt- und Ortsentwicklung entspricht (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] 2022). Ein wesentliches Kennzeichen der Frühen Hilfen und insbesondere der LaB ist die aktive Ansprache psychosozial belasteter Familien. Allerdings ist die Frage durchaus nicht trivial, welche Familien als belastet gelten. Zu den häufig genannten Zielgruppen – zumindest der Frühen Hilfen – zählen Familien in Armutslage, mit Migrationshintergrund (Salzmann et al.,

2018) oder mit einem psychisch belasteten Elternteil (Renner et al., 2020). Im Rahmen der Frühen Hilfen wurde ein Risikoscreening entwickelt (siehe Tabelle 1) – anhand zweier systematischer Übersichtsarbeiten zu Vernachlässigung bzw. Misshandlung einerseits und zu frühen Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten andererseits (Kindler, 2009, 2010).

Tabelle 1. Vorhersagefaktoren früher Kindesmisshandlung/-vernachlässigung und früher Erziehungsschwierigkeiten/Entwicklungsauffälligkeiten

Vernachlässigung/Misshandlung	Erziehungsschwierigkeiten/ Auffälliger Entwicklungsstand
Grobindikatoren der familiären sozialen Lage	
Niedriger Bildungsstand	Niedriger Bildungsstand
Armut/Bezug von Sozialhilfe (SGB-II)	
Lebenssituation der Familie	
Partnerschaftsprobleme/-gewalt	Partnerschaftsprobleme/-gewalt
Häufige Umzüge	Hohe Stressbelastung
Sozial isoliert/wenig Unterstützung	
Persönliche Voraussetzung von Mutter/Vater für die Bewältigung von Fürsorge und Erziehung	
Mutter sehr jung	Mutter sehr jung
Mutter geringer Intelligenzquotient	Mutter/Vater Broken Home
Mutter selbst Gefährdung erfahren	Mutter geringe Bewältigungsfähigkeiten
Mutter/Vater als Kind in Fremdunterbringung	Mutter/Vater strafrechtlich verurteilt
Mutter geringes Selbstvertrauen	
Psychische Gesundheit Mutter/Vater	
Mutter psychisch auffällig	Mutter psychisch auffällig
Mutter Anzeichen Depression	Mutter Anzeichen Depression
Mutter impulsiv/aggressiv	Mutter impulsiv/aggressiv
Mutter emotional instabil	
Haltung gegenüber Kind und Verhalten während der Schwangerschaft	
Ungewolltes Kind, negative Einstellung gegenüber dem Kind	
Lückenhafte Vorsorgeuntersuchungen	
Unrealistische Erwartungen	
Fürsorge- und Erziehungsanforderungen durch Kind oder Geschwister	
Geringes Geburtsgewicht	Geringes Geburtsgewicht
Schwieriges Kind	Kind ist ein Junge
Mehrere jüngere Kinder in der Familie	
Beobachtbares Fürsorge- bzw. Erziehungsverhalten Mutter/Vater	
Mutter problematisches Fürsorgeverhalten	Mutter problematisches Interaktionsverhalten
	Mutter ungünstiges Bindungsmuster
	Ungünstiger HOME ^a -Wert
Andere Faktoren	
	Fremdbetreuung von geringer Qualität

Anmerkung. Tabelle modifiziert nach Kindler, 2010; ^a HOME: Strukturiertes Verfahren zur Einschätzung der häuslichen Förder- und Erziehungsumgebung nach Bradley & Corwyn, 2005.

Für den Outcome Vernachlässigung bzw. Misshandlung wurden 15 Längsschnittstudien identifiziert, die sich auf Risikofaktoren in den ersten drei Lebensjahren des Kindes konzentrieren. Dabei wurden auch Längsschnittstudien eingeschlossen, bei denen der Untersuchungszeitraum über das Alter von drei Jahren hinausging, um längerfristige Folgen zu erfassen. Für die Entwicklung eines Risikoinventars wurden diejenigen Risikofaktoren berücksichtigt, die sich in mindestens zwei Studien als statistisch signifikant erwiesen. Die gefundenen 22 Risikofaktoren wurden anschließend in acht Bereiche unterteilt. Bei dem vergleichbaren Vorgehen für den Outcome früher Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten wurden zwar 14 Studien identifiziert, jedoch nur 15 Faktoren aus 12 Studien für das Risikoscreening berücksichtigt. Dabei ist zu erwähnen, dass von den 14 gefundenen Studien nur 4 Studien Populationsstudien mit zentralen Risiken nach dem 6. Lebensmonat und 10 Studien Risikostichproben waren (z. B. durch Oversampling sozialer und biologischer Risikofaktoren in Laucht et al., 1997). Das auf Basis dieser Literaturrecherchen entwickelte Risiko- und Belastungsinventar wurde auch für die Studie *KiD 0-3* (siehe Abschnitt 3.2) verwendet und bildete die Grundlage für die Bestimmung einer der Hauptforschungsfragen, nämlich wie viele Familien in Deutschland mit kleinen Kindern belastet sind.

3.2 Die Studie Kinder in Deutschland – KiD 0-3

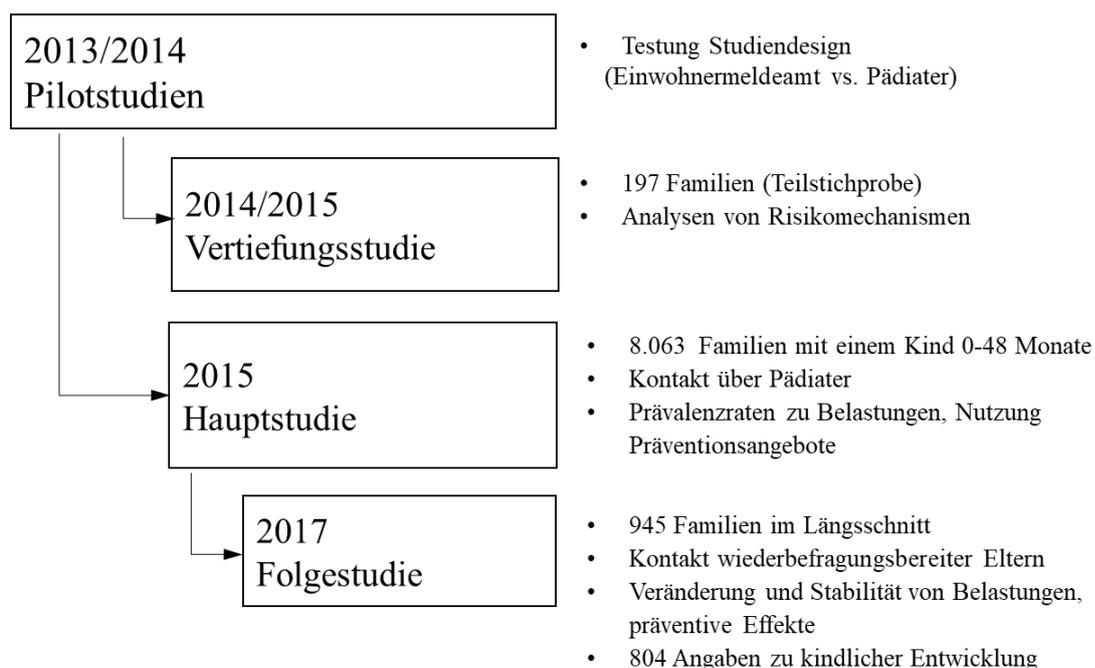
Im Folgenden wird die Studienfolge *KiD 0-3* allgemein beschrieben, bevor das Studiendesign, die Stichprobe und die zentralen Ergebnisse der Hauptstudie vorgestellt werden, die auch im Rahmen des Dissertationsprojekts aufgegriffen wurden. Anschließend werden die Stichprobe und die zentralen Ergebnisse der Folgebefragung vorgestellt, deren Daten ebenfalls verwendet wurden.

3.2.1 Die Studienfolge

Die Studienfolge *KiD 0-3* wurde vom NZFH durchgeführt mit dem Ziel Aussagen zur Verteilung psychosozialer Belastungen unter Familien mit Kindern von null bis drei Jahren und zu deren Inanspruchnahme von Präventions- und Unterstützungsangeboten treffen zu können. Die Studie bildet eine verlässliche Datengrundlage für die bedarfsgerechte Planung von Angeboten der Frühen Hilfen in Ländern und Kommunen. Die Studienfolge (siehe Abbildung 3) begann in den Jahren 2013 und 2014 mit einer Pilotstudie, in der zunächst mit einer Stichprobe von $N = 6000$ Betreuungspersonen in zwei deutschen Großstädten der beste

Studienzugang erprobt wurde (Eickhorst et al., 2015). Die Familien wurden per Telefon und Post auf der Grundlage von Meldeadressen (Dortmund) sowie bei Vorsorgeuntersuchungen in Kinderarztpraxen (Duisburg) rekrutiert. Der Vergleich der beiden Stichproben hat gezeigt, dass sich Familien aus niedrigen sozialen Schichten über die Ansprache in kinderärztlichen Praxen besser für die Teilnahme motivieren ließen als mittels Kontaktierung durch ein Befragungsinstitut (Eickhorst et al., 2015). Die ethische Genehmigung für die Pilotstudie war von der Ärztekammer Nordrhein erteilt worden (Nr. 2013247). In den Jahren 2014 und 2015 wurde eine Teilstichprobe der Pilotstudie ($N = 197$) im Rahmen einer Hausbesuchsstudie untersucht (Zimmermann et al., 2016). Im Zuge dieser Vertiefungsstudie wurden längsschnittlich Beobachtungen der Hauptbezugsperson und des Zielkindes sowie vertiefende Risikoeinschätzungen für beide Betreuungspersonen (Mutter und Vater) durchgeführt.

Abbildung 3. Studienfolge KiD 0-3



Im Jahr 2015 wurde auf Basis der gewonnenen Erfahrungen die nationale Hauptstudie *KiD 0-3* durchgeführt, für die über den Zugang in Kinder- und Jugendarztpraxen $N = 8063$ Familien gewonnen werden konnten. Alle Familien, die mit ihrem Kind zu einer Früherkennungsuntersuchung (U3–U7a) gekommen waren, wurden eingeladen, einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen, während sie sich im Wartezimmer der Arztpraxis befanden. Sie wurden zu psychosozialen Belastungen auf Ebene der familiären und sozialen Situation (z. B. SGB-II-Bezug), der Eltern (z. B. Anzeichen von Depression/Angst, elterlicher Stress wie Kompetenzzweifel) und der Kinder (z. B. negative Emotionalität,

Regulationsproblematik) sowie zur Kenntnis und Nutzung verschiedener Präventions- und Unterstützungsangebote befragt.

Im Jahr 2017 wurden 2202 Eltern, die sich zu einer weiteren Befragung bereit erklärt hatten, zur Folgebefragung eingeladen. Hierfür wurden zunächst alle Familien telefonisch kontaktiert, um das Alter der Kinder zu verifizieren. Anschließend wurden den Familien der schriftliche *KiD 0-3*-Fragebogen, der größtenteils aus den Instrumenten der Hauptbefragung bestand, in zweifacher Ausführung – für Mutter und Vater – sowie ein altersabhängiger Fragebogen zur kindlichen Entwicklung (FKE) zugesendet (Squires & Bricker, 2009). Aus Daten von $N = 945$ Familien konnte ein Längsschnitt aus Haupt- und Folgebefragung generiert werden, sodass Aussagen zur Stabilität und Veränderung psychosozialer Belastungen (Ulrich et al., 2021) sowie zu Prädiktoren von dysfunktionalem Erziehungsverhalten beider Eltern (Liel et al., im Druck) getätigt werden konnten. $N = 804$ Familien füllten den FKE-Fragebogen aus. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden Daten aus der *KiD 0-3*-Haupt- und Folgestudie verwendet, auf deren Studiendesigns und Instrumente im Folgenden vertieft eingegangen wird.

3.2.2 Die Hauptstudie

Die Hauptstudie *KiD 0-3 2015* erfasste eine repräsentative Stichprobe von Familien mit Kindern zwischen 0 und 48 Monaten. Jede Familie, die zu einer Früherkennungsuntersuchung (U3–U7a) in eine der ausgewählten Kinder- und Jugendarztpraxen kam, wurde zur Studienteilnahme eingeladen. Die Auswahl der Kinderarztpraxen erfolgte anhand einer repräsentativ gezogenen, proportional stratifizierten Stichprobe mit 1500 Adressen nahezu aller in Deutschland ansässiger Praxen der Datenbank der Stiftung Gesundheit. Die Praxen waren quotiert auf die Bundesländer sowie die vier Auswahlgruppen: a) Einzelpraxis und Gemeindegröße $< 100\,000$ Einwohner, b) Einzelpraxis und Gemeindegröße $\geq 100\,000$ Einwohner, c) Berufsausübungsgemeinschaft/anderes Verhältnis (Medizinisches Versorgungszentrum oder angestellter Arzt) und Gemeindegröße $< 100\,000$ Einwohner, d) Berufsausübungsgemeinschaft/anderes Verhältnis (Medizinisches Versorgungszentrum oder angestellter Arzt) und Gemeindegröße $\geq 100\,000$ Einwohner. Diese Bruttostichprobe wurde um 372 Arztpraxen erweitert, indem in öffentlichen Verzeichnissen nach weiteren Kinder- und Jugendarztpraxen in bis dahin unterrepräsentierten Postleitzahlgebieten gesucht wurde. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhielten eine einmalige Incentivierung von 150 Euro sowie 30 Euro pro zurückgesendete Fragebogen. Insgesamt nahmen 271 Kinder- und Jugendarztpraxen (14,5 Prozent der Bruttostichprobe) teil.

Hinsichtlich der Stratifizierungsmerkmale ergab sich eine zufriedenstellende Verteilung: Die Teilnehmerraten reichten von 6,5 Prozent in Hamburg bis zu 30 Prozent im Saarland. In Abhängigkeit vom Feldbeginn in den Arztpraxen wurden zunächst (Start im April) 35 Fragebögen und später (Start im Juli) 30 Fragebögen ausgehändigt, da die Rekrutierung gut voranschritt und der Aufwand für das Praxispersonal so gering wie möglich gehalten werden sollte. Der Fragebogen wurde in den Sprachen Deutsch, Englisch, Russisch, Türkisch, Polnisch und Rumänisch zur Verfügung gestellt. Die Feldphase lief insgesamt von April bis September 2015. Die Praxismitarbeitenden wurden vor Beginn der Feldphase durch das durchführende Marktforschungsinstitut Kantar Health (www.kantarhealth.com) geschult. Zudem wurden bei 20 Prozent der Praxen zur Qualitätssicherung Feldbesuche durchgeführt. Eine Telefonhotline für die teilnehmenden bzw. interessierten Ärzte stand während der Feldphase ebenfalls zur Verfügung.

Die Arztpraxen dokumentierten zudem Ablehnungsgründe von Familien, die nicht an der Studie teilnehmen wollten. Weder hinsichtlich des Migrationshintergrundes $F(4,87; 1\ 299,23) = 0,27$, nicht signifikant (n. s.), noch des Bildungsstandes $F(9,06; 2\ 418,97) = 1,55$, n. s., oder des Armutrisikos (SGB-II-Bezug) $F(4,86; 1298,50) = 0,77$, n. s., waren Unterschiede hinsichtlich der Teilnahme an den verschiedenen U-Untersuchungen zu finden. Den Dokumentationsbögen zufolge lag die Ausschöpfungsquote der Eltern bei 75 Prozent. Pro Praxis nahmen durchschnittlich 14 Familien teil (Min = 3, Max = 36). Der Vergleich soziodemografischer Charakteristika des *KiD 0-3*-Samples mit dem Mikrozensus (siehe Tabelle 2) zeigt eine hohe Übereinstimmung. Dies spricht für eine repräsentative Stichprobe und einen sehr erfolgreichen Stichprobenzugang über Kinder- und Jugendärzte im Vergleich zur klassischen Einwohnermeldeamtstichprobe (Kantar Health, 2015; Lorenz et al., 2020b).

Tabelle 2. Gewichtungsmarkmerkmale der Stichprobe und Referenzgrößen aus dem Mikrozensus

Merkmale in Prozent (%)	KiD 0-3 (ungewichtet)	KiD 0-3 (gewichtet)	Mikrozensus (2011)^a
Haushaltstyp			
Haushalte mit einer/einem Erwachsenen	7,3	8,8	9,6
2 Erwachsene und 1 Kind	40,2	40,8	40,3
2 Erwachsene und 2 Kinder	33,8	32,7	31,4
Größere Haushalte	18,7	17,7	18,7
Alter der Mutter			
Bis 25	12,0	13,9	14,0
26–35	64,7	60,1	59,4
Über 35	23,3	26,0	26,6

Merkmale in Prozent (%)	KiD 0-3 (ungewichtet)	KiD 0-3 (gewichtet)	Mikrozensus (2011)^a
Staatsangehörigkeit der Mutter			
Deutsch	89,5	87,0	82,9
Andere	10,5	13,0	17,1
Schulbildung der Mutter			
Kein Abschluss	2,7	3,8	5,0
Hauptschulabschluss	12,9	19,1	20,4
Mittlere Reife	34,4	36,4	35,2
Hochschulreife	50,2	40,8	39,0
Berufliche Bildung der Mutter			
Kein Abschluss	15,8	18,3	22,4
Berufsausbildung	45,7	51,4	49,6
Meister, Techniker, Fachschule/ akademie o. ä.	11,2	8,6	8,5
Hochschulabschluss	27,4	21,8	18,9
Weitere Vergleichsmerkmale (kein Bestandteil der Gewichtung)			
Armutsrisiko (SGB-II-Bezug)	17,5	19,9	15,3
Migrationshintergrund der Mutter	28,1	29,7	28,4

Anmerkung. Tabelle modifiziert nach Lorenz et al., im Druck; $N = 8063$; ^a Forschungsdatenzentrum (FDZ) der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Scientific Use-File, 2011, eigene Berechnungen 2011, Haushalte mit Kindern < 3 Jahren.

In der linken Spalte befinden sich die tatsächlich in der Stichprobe beobachteten Häufigkeiten und rechts die zum Vergleich herangezogenen Angaben aus dem Mikrozensus. In der mittleren Spalte werden die gewichteten Häufigkeiten berichtet, also die Häufigkeiten der Stichprobe mit einer statistischen Anpassung an den Mikrozensus. Die Gewichtung besteht aus einer Designgewichtung, um Unterschiede in den Bundesländern anzugleichen, und einem Poststratifizierungsverfahren zur Adjustierung sozialer Charakteristika (Alter des Kindes, Staatsangehörigkeit, Schulbildung und Berufsausbildung der Mutter sowie Haushaltskonstellation). Mithilfe der Gewichtung erfolgte insbesondere bei Merkmalen der Schul- und Berufsbildung sowie der Staatsangehörigkeit eine Annäherung an den Mikrozensus (Lorenz et al., im Druck). Bei vielen relevanten Merkmalen wie Ein-Eltern-Haushalt, geringes Alter der Mutter (bis 25 Jahre), Armutsrisiko (SGB-II-Bezug) und Migrationshintergrund bestand auch schon vor dem Gewichtungsprozess eine hohe Übereinstimmung mit den Referenzgrößen aus dem Mikrozensus. Die Stichprobe besteht zu 90,4 Prozent aus Müttern, zu 7,2 Prozent aus Vätern und zu 2,4 Prozent aus Eltern, die angaben, den Fragebogen zusammen ausgefüllt zu haben. Von den 8063 Familien, die an der Hauptstudie 2015 teilnahmen, wurden in die Hauptanalysen 7549 Familien eingeschlossen, die ein Kind zwischen 0 und 48 Monaten hatten und bei denen der Fragebogen von einem leiblichen Elternteil ausgefüllt wurde (nicht Großeltern, Tante/Onkel, Pflegeeltern etc.).

Tabelle 3 beinhaltet ausgewählte Merkmale aus der Studie *KiD 0-3* hinsichtlich ihrer Prävalenz sowie der durchschnittlichen Kumulation mit den übrigen Merkmalen.

Tabelle 3. Prävalenzraten und Kumulation von 25 verwendeten Merkmalen in *KiD 0-3*

Merkmal	Beschreibung	Häufigkeit (%)	Kumulation^a
A Lebenssituation der Familie			
Armutrisiko	Bezug staatlicher Sozialleistungen (SGB-II)	19,5	4,5
Beengte Wohnverhältnisse	< 19 m ² /Pers. Äquivalenzgewichtete Wohnfläche (Jansen et al., 2001)	11,4	3,5
Alleinerziehend/ Stieffamilie	Bezugsperson lebt getrennt o. mit neuem Partner	9,6	4,8
Partnerschaftskonflikte/ -gewalt	Häufige Auseinandersetzungen (KINDEX, Schauer & Ruf-Leuschner, 2013), ernsthafte Gewaltandrohung oder körperliche Verletzung (JVQ, Finkelhor et al., 2005)	9,5	4,9
Fehlende soz. Unterstützung	Keine Bezugspersonen bei Fragen/Problemen oder für eine zeitweise Betreuung des Kindes (Thönnissen et al., 2017)	9,2	4,0
Niedrige Bildung	Eltern besitzen keinen beruflichen Abschluss und höchstens Haupt- oder Realschulabschluss (ISCED, UNESCO Institute for Statistics, 2012)	6,2	5,4
Mehrere kleine Kinder	Im Haushalt leben drei oder mehr Kinder im Alter von 0–36 Monaten	1,4	3,6
B Persönliche Voraussetzung für die Bewältigung der Fürsorgeanforderung			
Zweifel an der eigenen erzieherischen Kompetenz	Unsicherheit, den elterlichen Anforderungen gewachsen zu sein (EBI, Tröster, 2010)	29,6	3,6
Negative Kindheitserfahrungen	Erfahrungen ungerechter Behandlungen, harter Bestrafungen oder geringer emotionaler Wärme (EMKK, Engfer, 1984)	10,8	4,4
Junges Alter der Mutter	Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ≤ 21 Jahre	7,4	5,0
Anzeige wegen Gewaltdelikt	Ein Elternteil wurde jemals wegen eines Gewaltdeliktes angezeigt (Lebenszeit)	2,5	6,1
C Psychische Gesundheit			
Impulsivität/ Ärgerneigung	Bezugsperson ist oft innerlich wütend/verärgert (CAPI, Milner, 1986)	12,6	4,8
Depression oder Angst	Starke Anzeichen für eine Depression oder Angststörung (PHQ-4, Kroenke et al., 2009)	4,3	6,2
Hinweise auf Substanzmissbrauch	Hilfesuch aufgrund von Alkohol/Drogen	2,4	6,2

Merkmal	Beschreibung	Häufigkeit (%)	Kumulation^a
D	Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber dem Kind		
Ungeplante Schwangerschaft	Schwangerschaft war nicht geplant	21,3	3,9
Negative Attribution	Einschätzung, dass das Kind manchmal nur schreien würde, um zu provozieren („ärgern“) (EMKK, Engfer, 1984)	10,4	4,8
Unregelmäßige Vorsorge	Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wurden nicht regelmäßig wahrgenommen	3,0	4,8
E	Besondere Fürsorgeanforderung durch das Kind		
Perinatale Probleme	Frühgeburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche oder Geburtsgewicht unter 2500 g	11,6	3,0
Negative Emotionalität	Negative Emotionalität und/oder häufige Wut- bzw. Trotzanfälle (SGKS, Kübber, 2014)	4,8	5,7
Belastendes Schreiverhalten	„Dreier-Regel“ nach Morris Wessel (Wessel et al., 1954)	2,1	6,0
Behinderung oder Erkrankung	Bei dem Kind wurde eine Behinderung oder schwere Erkrankung festgestellt	1,5	4,0
F	Problematisches Fürsorgeverhalten		
Schwierigkeiten, sich in das Kind einzufühlen	Schwierigkeiten nachzuempfinden, was im Kind vorgeht / was das Kind braucht (EBI, Tröster, 2010)	15,6	4,1
Tendenz zur Überreaktion	Bezugsperson fasst ihr Kind manchmal härter an, als sie es eigentlich für richtig empfindet (EMKK, Engfer, 1984)	9,5	4,4
Körperliche Misshandlung	Das Kind wurde schon einmal körperlich verletzt (JVQ, Finkelhor et al., 2005)	1,9	7,3
Vernachlässigung	Es wurde sich schon einmal nicht ausreichend um das Kind gekümmert (JVQ, Finkelhor et al., 2005)	0,8	5,8

Anmerkung. Tabelle modifiziert nach Lorenz et al., 2020a; $N = 7549$; Abkürzungen: KINDEX: Konstanzer Index zur pränatalen Erfassung psychosozialer Risiken für eine gesunde Entwicklung, JVQ: Juvenile Victimization Questionnaire, ISCED: International Standard Classification of Education, UNESCO: United Nation Educational, Scientific and Cultural Education, EBI: Eltern-Belastungs-Inventar, EMKK: Fragebogen zur Einstellung von Müttern zu Kindern im Kleinstkindalter, CAPI: Child Abuse Potential Inventory, PHQ-4: Patient Health Questionnaire 4, SGKS: Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screener; ^a Die Kumulation gibt an, mit wie vielen anderen Faktoren der betrachtete Risikofaktor von den insgesamt 25 Faktoren durchschnittlich gemeinsam auftritt.

So zeigt sich einerseits, dass Merkmale wie Armutrisiko (SGB-II-Bezug) oder Zweifel an der eigenen elterlichen erzieherischen Kompetenz zwar relativ häufig auftreten, aber nicht notwendigerweise mit einer hohen Belastungslage – gemessen an der Anzahl der Belastungsmerkmale (Kumulation) – einhergehen müssen. Andererseits gibt es Merkmale wie

Hinweise auf Substanzmissbrauch, die gemessen an der Prävalenz zwar recht selten sind, die aber durchschnittlich mit ganzen sechs weiteren Risikofaktoren auftreten, sodass hierbei von Familien mit einer hohen Belastungslage ausgegangen wird. Für eine gelingende Präventionsstrategie ist es notwendig, dass Familien mit beiden Merkmalsarten – häufig verbreitet und mit einer hohen Belastungslage einhergehend – erreicht werden (Kindler, 2009).

Eine der zentralen Forschungsfragen der *KiD 0-3*-Hauptstudie lautet, welche Familien welche psychosozialen Belastungsmerkmale in welchem Ausmaß aufweisen. Hierzu wurden die oben vorgestellten 25 Merkmale vergleichend im Ansatz des kumulativen Risikos einer Latenten Klassenanalyse gegenübergestellt. Ein einfacherer additiver Index unter Ausschluss fehlender Werte ($n = 5176$) ergab 28,9 Prozent der Familien ohne ein Belastungsmerkmal, 25,3 Prozent mit einem Belastungsmerkmal, 16,0 Prozent mit zwei Merkmalen und 29,9 Prozent mit drei oder mehr Belastungsmerkmalen. Die Latente Klassenanalyse lieferte dagegen vier verschiedene Gruppen (siehe Tabelle 4) mit einer hochbelasteten, einer wenig belasteten und zwei sich inhaltlich unterscheidenden mittleren Belastungsgruppen: eher sozioökonomisch belastete und eher elternstress- sowie konfliktbelastete Familien (Lorenz et al., 2020a).

Die Bezeichnung der Klassen bzw. Gruppen ergibt sich dabei aus den unterschiedlichen Belastungskonstellationen. So beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass Familien ein Armutsrisiko (SGB-II-Bezug) berichten, in der Gruppe der eher unbelasteten Familien nur knapp 3 Prozent und in der Gruppe der sozioökonomisch belasteten Familien dagegen 66,0 Prozent. Wird dieser Betrachtungsweise gefolgt, so zeichnen sich die unbelasteten Familien durch eine geringe Auftrittswahrscheinlichkeit der meisten Merkmale (am ehesten noch Zweifel an der eigenen elterlichen erzieherischen Kompetenz, die eine Dimension von elterlichem Stress widerspiegelt, mit 14,5 Prozent) aus. Die Gruppe der sozioökonomisch belasteten Familien ist dagegen durch ein hohes Armutsrisiko, beengte Wohnverhältnisse, einen Alleinerziehenden-Status oder neuen Partner, niedrige Bildung, junges Alter der Mutter und ungeplante Schwangerschaft charakterisiert. Die Gruppe der elternstress- und konfliktbelasteten Familien ist gekennzeichnet durch Partnerschaftskonflikte/-gewalt, Zweifel an der eigenen elterlichen erzieherischen Kompetenz, hohe Impulsivität/Ärgerneigung, Schwierigkeiten, sich in das Kind einzufühlen, Tendenzen zu Überreaktionen und tendenziell Kindesmisshandlung. Mehrfach belastete Familien sind gekennzeichnet durch eine hohe Auftrittswahrscheinlichkeit der meisten Merkmale.

Tabelle 4. Vier Gruppen der Latente-Klassen-Lösung

	Eher unbelastete Familien	Sozioökonomisch belastete Familien	Elternstress- und konfliktbelastete Familien	Mehrfach belastete Familien
Häufigkeitsverteilung	58,89	18,78	17,15	5,18
Armutsrisiko (SGB-II-Bezug)	2,99	66,02	6,74	85,95
Beengte Wohnverhältnisse	6,49	28,86	8,45	18,19
Alleinerziehend oder neuer Partner	1,78	31,14	2,18	49,66
Partnerschaftskonflikte/ -gewalt	2,94	10,75	19,43	47,21
Fehlende soziale Unterstützung	5,59	14,64	11,62	22,69
Niedrige Bildung	1,10	21,38	1,38	35,09
Mehrere kleine Kinder im Haushalt	0,74	3,88	1,58	0,36
Zweifel an der erzieherischen Kompetenz	14,55	15,74	83,16	74,86
Negative Kindheitserfahrungen	5,16	18,58	13,60	38,69
Junges Alter der Mutter	1,07	24,10	16,26	34,80
Anzeige wegen Gewaltdelikt	0,42	6,41	1,06	17,09
Impulsivität/Ärgerneigung	2,89	4,91	40,12	60,51
Starke Anzeichen für Depression/Angststörung	0,25	1,62	13,69	29,94
Hinweise auf Substanzmissbrauch	0,42	4,86	2,29	15,92
Ungeplante Schwangerschaft	9,86	50,39	16,26	62,45
Negative Attribution	3,72	10,48	22,45	47,16
Unregelmäßige Vorsorge	1,29	5,66	3,27	11,43
Perinatale Probleme	10,05	15,43	10,75	18,43
Negative Affektivität	1,04	1,64	6,20	31,18
Belastendes Schreiverhalten	0,76	0,84	4,39	14,10
Behinderung oder Erkrankung	0,99	1,76	2,39	3,32
Schwierigkeiten, sich in das Kind einzufühlen	6,25	6,72	47,60	48,69
Tendenz zur Überreaktion	3,00	2,77	34,01	47,16
Körperliche Misshandlung	0,51	0,00	6,20	10,84
Vernachlässigung	0,03	0,93	1,22	8,07
Ø Anzahl Belastungsmerkmale	0,76	3,68	3,75	8,68

Anmerkung. Tabelle modifiziert nach Lorenz et al., 2020a.

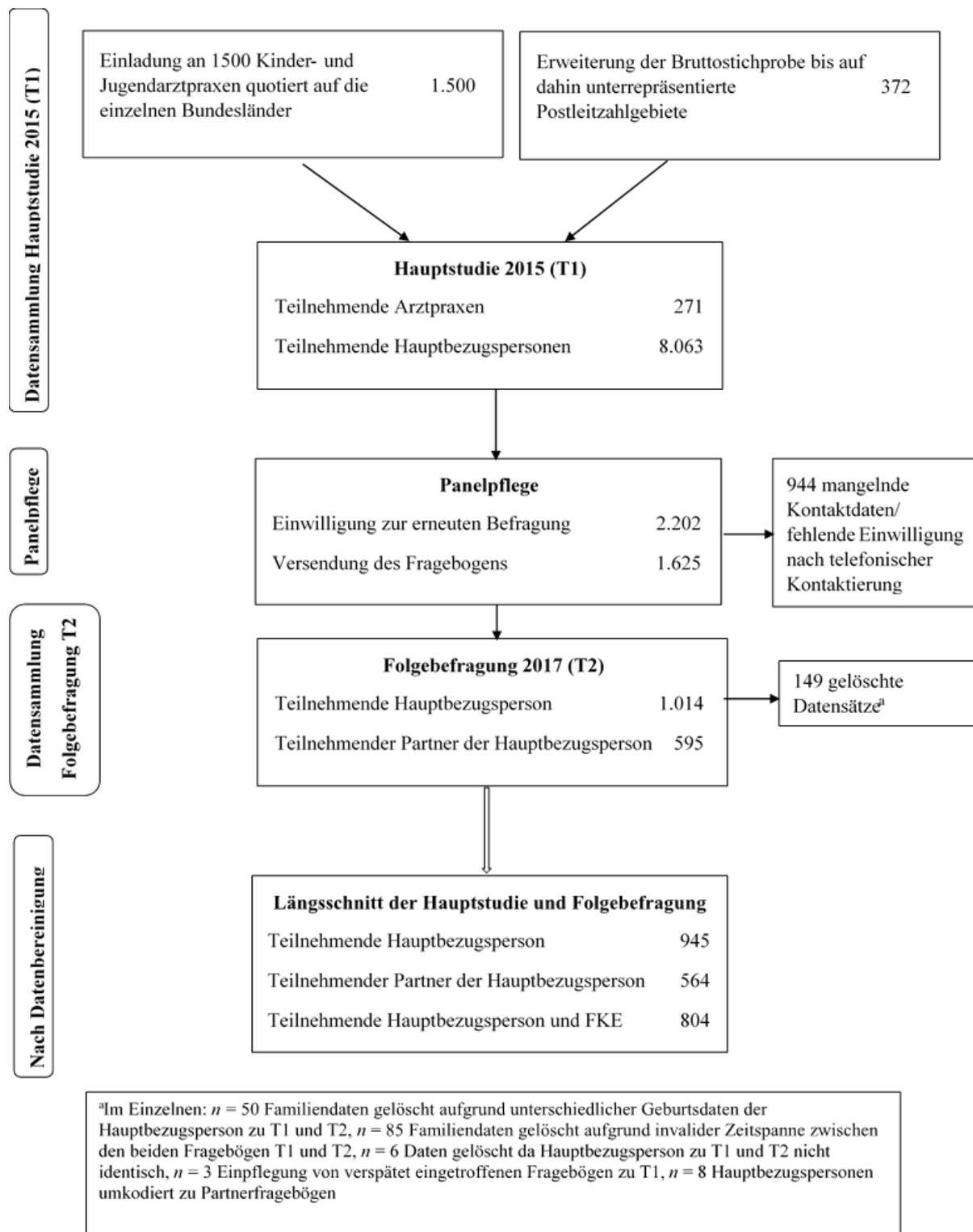
In der letzten Zeile ist die Information zu finden, wie viele der 25 Belastungsmerkmale die Familien durchschnittlich aufweisen, ermittelt mit dem kumulativen Ansatz. Dabei zeigt sich, dass eher unbelastete Familien durchschnittlich knapp unter einem Belastungsmerkmal (0,76) und hochbelastete Familien dagegen durchschnittlich 8 bis 9 (8,68) Belastungsmerkmale aufweisen. Die sozioökonomisch und elternstress- und konfliktbelasteten Gruppen weisen im

Durchschnitt beide drei bis vier Merkmale und damit eine mittlere Belastungskumulation auf. Mit dem kumulativen Ansatz kann zwar der Schweregrad der Belastung identifiziert werden, jedoch nicht die inhaltliche Ausprägung, durch die der Bedarf der Familien erst beschreibbar wird. Damit zeigt sich der Ansatz der Belastungskonstellation mittels Latenter Klassenanalyse als inhaltlich überlegen, insbesondere wenn es um die Ableitung von Hilfebedarfen und Versorgungsaspekten der Familien geht (Lorenz et al., 2020a).

3.2.3 Die Folgestudie

Für die Folgebefragung wurden alle 2202 wiederbefragungsbereiten Familien der Hauptstudie telefonisch kontaktiert, um sicherzustellen, dass es sich um die Zielfamilien handelt, und das Alter der Zielkinder zu verifizieren. Zwischen Februar und November 2017 konnten die Fragebögen postalisch an 1258 Familien zugesendet werden. Nach Abschluss der Feldphase und anschließenden Plausibilitätschecks lag von insgesamt $n = 945$ teilnehmenden Hauptbezugspersonen mindestens ein Fragebogen zu T1 und T2 vor (siehe Abbildung 4). Von $n = 564$ Familien lag ein Fragebogen von beiden Elternteilen (Hauptbezugsperson und Partner) vor. Von den Hauptbezugspersonen füllten zusätzlich $N = 804$ Familien den FKE aus.

Abbildung 4. Darstellung des Studienverlaufs



Anmerkung. Abbildung nach Ulrich et al., 2022c

Insgesamt wurden $n = 909$ Elternteile eines Kindes zwischen 0 und 48 Monaten zu T1 in die Analyse einbezogen. In 93,2 Prozent der Fälle antworteten Mütter (Alter zu T1: $M = 33,0$; $SD = 4,5$), in 6,8 Prozent antworteten Väter (Alter zu T1: $M = 37,0$; $SD = 7,3$). Das

Durchschnittsalter des Kindes betrug zu T1 13,3 Monate ($SD = 11,7$; Min = 0; Max = 45,5) und zu T2 35,1 Monate ($SD = 11,8$; Min = 19,6; Max = 65,4). Ein Armutsrisiko (SGB-II-Bezug) in den letzten zwölf Monaten gaben zu T1 7,4 Prozent und zu T2 6,3 Prozent der teilnehmenden Familien an. Zu T1 hatten 2,6 Prozent der Hauptbezugspersonen keinen bzw. höchstens einen qualifizierenden Abschluss der Sekundarstufe I; 55,5 Prozent hatten einen Hochschulabschluss bzw. eine Meisterqualifikation. In 18,5 Prozent der Fälle wies das Kind einen Migrationshintergrund auf (Ulrich et al., 2021). Durch den Längsschnitt war es möglich, die Stabilität und Veränderungen in bestimmten Belastungsmerkmalen zu untersuchen. Die zentralen Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5. Häufigkeiten psychosozialer Belastungsmerkmale im Längsschnitt

	T1		T2		χ^2 ^a	<i>p</i>	<i>n</i>
	%	[95 % CI]	%	[95 % CI]			
Familiärer Hintergrund							
Keine Partnerschaft	2,7	[1,72; 3,95]	4,0	[2,82; 5,50]	6,00	0,023	899
Neue Partnerschaft	1,0	[0,05; 1,92]	1,9	[1,12; 3,05]	4,00	0,077	886
Unzufriedenheit in der aktuellen Partnerschaft	8,2	[6,44; 10,27]	11,2	[9,13; 13,50]	6,72	0,012	841
Elterliche Belastung							
Mangelndes Einfühlungsvermögen	16,1	[13,78; 18,73]	12,2	[10,11; 14,53]	8,81	0,004	886
Zweifel an der elterlichen Kompetenz	32,0	[28,97; 35,20]	36,8	[33,67; 40,10]	8,22	0,005	893
Gefühl der sozialen Isolation	29,1	[26,16; 32,24]	35,3	[32,18; 38,56]	13,33	<0,000	889
Einschränkung durch die Elternschaft	28,4	[25,50; 31,53]	29,0	[26,04; 32,10]	0,12	0,779	893
Wut-/Ärgerneigung	12,1	[10,04; 14,43]	11,3	[9,32; 13,59]	0,37	0,600	892
Depression/Angst	4,0	[2,83; 5,52]	4,7	[3,40; 6,28]	0,64	0,504	896
Belastung durch das Kind							
Negative Emotionalität	3,6	[2,43; 5,00]	5,6	[4,18; 7,35]	5,23	0,030	873

Anmerkung. Tabelle modifiziert nach Ulrich et al., 2021; ^a McNemar-Chi-Wert.

Die meisten psychosozialen Belastungsmerkmale stiegen zwischen dem Zeitpunkt der Hauptbefragung und dem Zeitpunkt der Folgebefragung sowohl auf Eltern- und Kind- als auch auf familiärer/sozialer Ebene an. Dies könnte dadurch zu erklären sein, dass die meisten Kinder zum Zeitpunkt der Folgebefragung im Kleinkind- und Trotzalter waren, also in einem Alter, das mit gestiegenen Erziehungsanforderungen (Benz & Scholtes, 2015) sowie veränderten Lebensbedingungen wie der Geburt eines zweiten Kindes zusammenhängt.

3.3 Forschungslücken

Die bisherigen Befunde aus *KiD 0-3* legen den Fokus auf die Beantwortung der Frage, wie viele Familien psychosozial belastet sind. Damit lassen sich die Ergebnisse in die Risikoforschung zu Merkmalen für Entwicklungsauffälligkeiten, Erziehungsschwierigkeiten und Kindesmisshandlung einordnen. Aus den beobachteten psychosozialen Belastungen lassen sich Hinweise auf spezifische Hilfe- und Unterstützungsbedarfe ableiten. Allerdings fehlen bisher Informationen darüber, welche Familien bereits durch welche Hilfe- und Unterstützungsangebote erreicht werden. Zudem fehlen bislang Studien in Deutschland, die den Nutzen der Angebote für Familien mit kleinen Kindern insbesondere im Hinblick auf den kindlichen Outcome untersuchen (Hurt et al., 2018).

Mit Blick auf das Präventionsdilemma ist anzunehmen, dass Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status seltener und weniger Unterstützung erhalten, was insbesondere wegen der raschen Entwicklung in den ersten Lebensjahren und der nachhaltigen gesundheitsabträglichen Effekte im späteren Leben bedenklich ist. So konnte mit der *KiD 0-3*-Studie bereits gezeigt werden, dass Familien mit niedriger Bildung gegenüber höher gebildeten Familien die meisten Angebote seltener in Anspruch nehmen (Eickhorst et al., 2016). Allerdings fehlen bisher Befunde, die die Erreichbarkeit von Familien mit kleinen Kindern unterschiedlicher psychosozialer Belastungslagen auf repräsentativem Niveau differenziert beleuchten. Für eine strukturierte Ausrichtung von Präventionsprogrammen wie den Frühen Hilfen ist der passgenaue Bezug von Hilfe- und Versorgungsbedarfen jedoch hochrelevant. Zudem gibt es bisher zu den strukturellen Rahmenbedingungen der Angebote relativ wenig Forschung, obwohl diese für die Erreichbarkeit bedeutsam sind (Sahrai et al., unv. Man.). Insbesondere für die Frühen Hilfen, die innerhalb von kommunal eingebetteten Netzwerken verschiedene Maßnahmen anbieten, sind solche Befunde von großem Interesse. Um ein differenziertes Bild von der psychosozialen Versorgung von Familien mit kleinen Kindern in Deutschland zeichnen zu können, gilt es die folgenden vier Forschungsfragen zu beantworten:

- 1) Welche Familien nutzen welche Angebote (Teilstudie 1, Ulrich et al., 2022d)?
- 2) Zeigt sich ein präventiver Effekt und wenn ja, für welche Familien (Teilstudie 2, Ulrich et al. 2022b)?
- 3) Welche Familien werden wie gut erreicht (Teilstudie 3, Ulrich et al. 2022c)?
- 4) Wo (innerhalb Deutschlands) werden Familien wie gut erreicht (Teilstudie 4, Ulrich et al., in Druck)?

4. Zusammenfassung und Darstellung der Eigenleistung

In diesem Kapitel folgen eine kurze Zusammenfassung sowie eine Darstellung der Eigenleistung an den Teilstudien. Die Darstellung des Eigenanteils erfolgt in Anlehnung an die Taxonomie Credit (Contributor Roles Taxonomy; Allen et al., 2019).

4.1 Zusammenfassung der Arbeit

Die erste Teilstudie gibt Aufschluss über vier verschiedene Nutzertypen (Wenig-Nutzer, Viel-Nutzer, Nutzer ausschließlich medizinischer Angebote, Nutzer medizinischer Angebote und der Angebote der Familienbildung) von universellen und selektiven Präventions- und Unterstützungsangeboten in Deutschland. International sind nur zwei US-amerikanische Studien bekannt (Leventhal et al., 2000; Spielberger & Lyons, 2009), die mit einem ähnlichen Vorgehen die Nutzung verschiedener Angebote aus dem medizinischen und sozialen Bereich untersuchen, um dadurch ein vollständigeres Bild der Gesamtversorgung zu erhalten. Die Befunde der ersten Teilstudie deuten weniger auf eine vermutete Übernutzung des Systems durch sozioökonomisch ressourcenstarke Familien hin, sondern bekräftigen vielmehr die Annahme, dass sozioökonomisch belastete Familien eine geringere Nutzung aufweisen. Neuartig ist der Befund, dass Familien mit hohem elterlichen Stress und erkranktem Kind eine Gruppe darstellen, die besonders viele verschiedener Angebote nutzen.

Die zweite Teilstudie untersucht inwieweit längsschnittliche Zusammenhänge zwischen elterlichem Stress und kindlichem Temperament durch die Nutzung selektiver (Beratungs-)Angebote verändert werden können. Mit dem Ansatz des Propensity-Score-Matching (siehe z. B. Garrido et al., 2014) wird es möglich, ein randomisiertes kontrolliertes Design in der Bevölkerung zu simulieren, bei dem unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Angebote von ressourcenstärkeren und -schwächeren Familien kontrolliert wird. Die Ergebnisse deuten erstens darauf hin, dass elterlicher Stress über die Zeit stabil ist und sich langfristig negativ auf die kindliche Emotionalität auswirkt. Sie zeigen zweitens, dass die Übertragung von elterlichem Stress auf das Kind durch die Nutzung von selektiven Angeboten reduziert werden kann. Drittens wird dieser Effekt bei Eltern mit sehr hohem Stress besonders deutlich. Die Studie liefert damit einen Beitrag zur Schließung der Forschungslücke über Wirkungen präventiver Leistungen und Elternprogramme auf kindliche Outcomes (Hurt et al., 2018).

Die dritte Teilstudie zeigt auf, dass es möglicherweise eine an anderer Stelle gefundene Gruppe von elternstress- und konfliktbelasteten Familien gibt (Lorenz et al., 2020a), die zwar häufiger als andere Gruppen dysfunktionales Erziehungsverhalten aufweisen, jedoch seltener von selektiven Angeboten erreicht werden als sozioökonomische und hochbelastete Familien. Die

Hypothese, dass der Hilfebedarf dieser Familien aufgrund finanzieller, sozialer und kultureller Ressourcen möglicherweise von Fachkräften und dem Umfeld übersehen wird, ist bisher in der Literatur unzureichend erörtert. Insofern trägt die Studie zur Identifikation einer neuen, schwieriger zu erreichenden Zielgruppe bei.

In der vierten Teilstudie wird herausgearbeitet, dass die Erreichbarkeit der Familien auch mit der Ausgestaltung der Angebote sowie mit einem Zusammenspiel von individuellen Faktoren und äußerer Umwelt zusammenhängt. So nutzen Familien in ländlichen Regionen die Angebote häufiger, wenn sie vorhanden sind. Familien mit Migrationshintergrund, mit Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik oder mit einem Kind mit perinatalen Besonderheiten nutzen die Angebote ebenfalls häufiger. Dabei ist eine naheliegende Schlussfolgerung, dass diese Familien weniger mobil sind und insbesondere im ländlichen Raum der aufsuchende Charakter des Angebots der LaB besonders geschätzt wird. Methodisch wurde hierbei beispielhaft ein Weg aufgezeigt, wie eine Verknüpfung zweier bundesweiter Studien über Gebietskennziffern bei unterschiedlichen Raumeinheiten gelingen kann.

4.2 Anteil der Eigenleistung

Im Folgenden wird der Anteil der Eigenleistung an den vier Teilstudien dargestellt. Für alle vier Teilstudien trifft zu, dass die Daten durch das vom NZFH beauftragte Feldforschungsinstitut Kantar Health gesammelt wurden und auch die Studienunterlagen von Kantar Health unter Anleitung des NZFH erstellt wurden. Die Studie wurde vom BMFSFJ, als Teil der Bundesinitiative Frühe Hilfen, gefördert.

Teilstudie 1: Characteristics and patterns of health and social service use by families with babies and toddlers in Germany

Autorinnen und Autoren: Susanne M. Ulrich (SU), Sabine Walper (SW), Ilona Renner (IR), Christoph Liel (CL)

Konzeption und Design der Studienziele: SU, CL

Konzeption und Design der Methodologie: SU

Software und formale Analysen/Durchführung der Analysen: SU

Validierung/Interpretation der Ergebnisse: SU, SW, CL, IR

Datenkuratierung/-management: SU

Schreiben – erster Entwurf: SU

Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung: CL, SW, IR

Visualisierung: SU

Supervision: SW

Teilstudie 2: Long-term effects of targeted prevention programmes for families with young children: A population-based study on parenting stress and children's negative emotionality

Autorinnen und Autoren: Susanne M. Ulrich (SU), Ulrike Lux (UL), Christoph Liel (CL), Sabine Walper (SW)

Konzeption und Design der Studienziele: SU, UL, SW, CL

Konzeption und Design der Methodologie: SU, UL

Software und formale Analysen/Durchführung der Analysen: SU

Validierung/Interpretation der Ergebnisse: SU, SU, SW, CL

Datenkuratierung/-management: SU

Schreiben – erster Entwurf: SU

Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung: UL, SW, CL

Visualisierung: SU

Supervision: SW

Teilstudie 3: Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotential. Eine Zielgruppe für psychosoziale Versorgungsangebote?

Autorinnen: Susanne M. Ulrich (SU), Ilona Renner (IR), Ulrike Lux (UL), Sabine Walper (SW), Johanna Löchner (JL)

Konzeption und Design der Studienziele: SU

Konzeption und Design der Methodologie: SU

Software und formale Analysen/Durchführung der Analysen: SU

Validierung/Interpretation der Ergebnisse: SU, JL, IR, UL, SW

Datenkuratierung/-management: SU

Schreiben – erster Entwurf: SU

Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung: JL, IR, UL, SW

Visualisierung: SU

Supervision: SW

Teilstudie 4: Ein Stadt-Land-Vergleich familialer Belastungen und Früher Hilfen. Erkenntnisse eines Datenlinkage zweier Querschnittserhebungen

Autorinnen: Susanne M. Ulrich (SU), Ulrike Lux (UL), Anna Neumann (AN), Ilona Renner (IR), Sabine Walper (SW)

Konzeption und Design der Studienziele: SU, SW

Konzeption und Design der Methodologie: SU, SW

Software und formale Analysen/Durchführung der Analysen: SU

Validierung/Interpretation der Ergebnisse: SU, AN, IR, UL, SW

Datenkuratierung/-management: SU

Schreiben – erster Entwurf: SU

Schreiben – Überprüfung und Bearbeitung: UL, UL, AN, IR, SW

Visualisierung: SU

Supervision: SW

5. Einordnung der Befunde und Schlussfolgerungen

Abschließend sollen die Studienergebnisse zusammengefasst und in den größeren Forschungskontext eingeordnet werden. Durch den interdisziplinären Bezug der Studie *KiD 0-3* konnten vielfältige Erkenntnisse gewonnen werden, die Aufschluss über Belastungen und Ressourcen sowie den Hilfebedarf und die Versorgungslage in der frühen Kindheit geben.

5.1 Erkenntnisse über psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit

Insgesamt konnten durch die *KiD 0-3*-Studie zahlreiche psychosoziale Belastungsmerkmale für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern untersucht werden. Elterlicher Stress bzw. Stress in der Elternrolle erwies sich als zentrales Merkmal für die kindliche Entwicklung, das Erziehungsverhalten und die Nutzung von Unterstützungsangeboten. Bereits vor der Coronapandemie war ein chronischer Belastungszustand von Eltern unter dem Konzept des Elternburnouts (Mikolajczak et al., 2019; Roskam et al., 2018) diskutiert worden. So zeigte sich in Teilstudie 1, dass ‚Viel-Nutzer‘ von Angeboten häufig Eltern mit krankem Kind und hohem elterlichem Stress sind. Diese Gruppe an Eltern entspricht der Gruppe, die ursprünglich als von Elternburnout betroffen untersucht wurden (Lindström et al., 2011). In der zweiten Teilstudie konnte gezeigt werden, dass es eine Übertragung von elterlichem Stress auf das kindliche Wohlergehen gibt und dass dieser Effekt durch die Nutzung von Präventionsangeboten reduziert werden kann, insbesondere bei Eltern mit sehr hohem elterlichen Stress. Elterlicher Stress ist relativ verbreitet und durch die Studien konnten Hinweise gesammelt werden, dass er unabhängig vom sozioökonomischen Status eine direkte Belastung für die Eltern wie auch für die Kinder darstellt (Hurt et al., 2018). Auch in der dritten Teilstudie konnte gezeigt werden, dass bei der Gruppe von elternstress- und konfliktbelasteten Familien im Vergleich zu sozioökonomisch belasteten gehäuft dysfunktionales Erziehungsverhalten in Form von überreaktivem und feindseligem Erziehungsverhalten auftritt und sich diese Gruppe auch in ihrem Inanspruchnahmeverhalten von sozioökonomisch belasteten Familien unterscheidet.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Coronapandemie sind diese Ergebnisse von hoher Relevanz: Wie mittlerweile bekannt ist, sind die pandemischen Bedingungen und ihre Auswirkungen nicht nur für ökonomisch belastete Familien herausfordernd (Barboza et al., 2021), sondern auch bei Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und psychischen Belastungen konnte eine Zunahme elterlichen Stresses und eines negativen Familienklimas nachgewiesen werden (Johnson et al., 2022). Zudem sind während der Pandemie nicht nur insgesamt die psychischen Belastungen angestiegen (Peters et al., 2020), sondern es konnte auch ein Anstieg

psychischer Erkrankungen bei zuvor bereits belasteten Familien aufgezeigt werden (Molgora & Accordini, 2020). Durch die Teilstudien in *KiD 0-3* konnten die hohe Relevanz elterlichen Stresses und familiärer Konfliktbelastung sowie einige Zusammenhänge mit für die kindliche Entwicklung relevanten Outcomes herausgearbeitet werden. In einem an diese Erkenntnisse anknüpfenden Pilotprojekt zur Rolle von Elternstress am Deutschen Jugendinstitut mit 49 teilnehmenden Eltern wurden vertiefend unterschiedliche Dimensionen des erlebten Stresses untersucht (Liese et al., in Vorbereitung). Dabei konnte in Erfahrung gebracht werden, dass insbesondere hohe kindliche Anforderungen sowie körperliche Erschöpfung, gemessen an Dimensionen des Eltern-Belastungs-Inventars, besonders gehäuft auftreten. Diese Ergebnisse stützen also ebenfalls Erkenntnisse zum Elternburnout (Roskam et al., 2018).

Weiter konnte in der zweiten Teilstudie gezeigt werden, dass durch die Nutzung (selektiver) Beratungsangebote elterlicher Stress zwar nicht reduziert werden konnte, der Übertragungseffekt von Stress auf das Kind jedoch verhindert wird. Damit können die Angebote als eine Ressource verstanden werden, die elterliche Kompetenzen sowie die Eltern-Kind-Interaktion stärken und einen direkten positiven Effekt auf das Kind haben. Im internationalen Kontext wird die Bereitstellung und Nutzung von offenen Angeboten schon länger unter dem Stichwort der *Parenting Resources* (Cluver et al., 2020) diskutiert. Damit könnten die Ergebnisse einen Baustein liefern, um die Inanspruchnahme von frei zugänglichen Präventions- und Unterstützungsangeboten in die Forschung zu psychosozialen Belastungen und Risikofaktoren zu integrieren.

5.2 Einordnung der Befunde in die Versorgungsforschung

Für die Versorgungsforschung liefern die Studie *KiD 0-3* und die im Rahmen der vorliegenden Arbeit herausgearbeiteten Konzepte verschiedene Anknüpfungspunkte. Bisher gibt es auf repräsentativem Niveau keine Studie zu Familien mit Kindern von null bis drei Jahren, die in diesem Umfang die Kenntnis und Nutzung verschiedener Präventions- und Unterstützungsangebote erfragt und die Möglichkeit bietet, bisherige Erkenntnisse zu Angeboten des Gesundheitssystems, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Familienbildung zu verbinden.

Ein verbreiteter Ansatz in der Versorgungsforschung ist erstens die Betrachtung der Nutzung einzelner oder zusammengefasster universeller, selektiver und indizierter Angebote. Dadurch wird häufig eine geringere Nutzung universeller Angebote durch Familien mit geringeren sozioökonomischen Ressourcen beschrieben (z. B. Neumann & Renner, 2016), die in Einklang mit dem Präventionsdilemma (Bauer, 2005) eine Unterversorgung dieser Familien postuliert.

Bisher beschäftigten sich nur wenige Studien mit der gleichzeitigen Nutzung von Angeboten aus verschiedenen Sektoren; international konnten nur zwei größere Studien gefunden werden, die diesen Ansatz verfolgten (Leventhal et al., 2000; Spielberger & Lyons, 2009). Diese Art der Betrachtung – wie in der vorliegenden Arbeit in der ersten Teilstudie angewendet – liefert jedoch ein detailliertes Bild von der Kombination genutzter Angebote. So fand sich neben einer Gruppe ausschließlich sozioökonomisch schlechter gestellter Familien, die so gut wie keine Angebote nutzen („Wenig-Nutzer“), auch eine Gruppe sozioökonomisch und gesundheitlich belasteter Familien („Viel-Nutzer“). Für diese beiden unterschiedlichen Gruppen müssen unterschiedliche Ansprachestrategien und Versorgungskonzepte entwickelt werden. Gleichzeitig legen die Befunde nahe, dass es eine enge Wechselwirkung zwischen sozioökonomischen Belastungen und psychosozialen bzw. gesundheitlichen Belastungen gibt (macht Armut krank oder Krankheit arm?), die mitberücksichtigt werden sollten. Zudem können über diese Betrachtungsweise auch Angebote identifiziert werden, die eine Lotsenfunktion erfüllen. In der Gruppe der Viel-Nutzer konnte herausgearbeitet werden, dass diese Familien am häufigsten das Angebot der LaB nutzen. Die LaB hat für diese Familien womöglich eine Vermittlung an andere Angebote übernommen, wodurch sich neben der hohen Belastung auch die Nutzung der vielen verschiedenen Angebote erklären lässt. Insbesondere mit Blick auf die Relevanz von Präventionsketten leistet diese methodische Herangehensweise damit einen wertvollen Beitrag zur Versorgungsforschung.

Zweitens wird in der Versorgungsforschung bisher auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene (Public-Health-Ebene) das Thema Wirkungsforschung aufgrund der Schwierigkeit, diese durch die komplexen Einflüsse zu messen, unter vielen Vorbehalten diskutiert (Robert Koch-Institut et al., 2012). Die Problematik besteht darin, dass bei der Betrachtung von frei zugänglichen Angeboten die bekannte erhöhte Nutzung durch ressourcenstärkere Familien und eine geringere Nutzung durch sozioökonomisch schwächere Familien zu erwarten ist, weshalb gemessene Effekte verzerrt sein könnten. Ein statistischer Ansatz, um dieser Problematik zu begegnen und die Messung präventiver Effekte unter naturalistischen Bedingungen zu ermöglichen, ist das in Teilstudie 2 verwendete Propensity-Score-Matching, durch das ein quasi-randomisiertes Studiendesign mit einer Interventions- und Kontrollgruppe erzeugt wird. Die Methode des Propensity-Score wird zunehmend (Chaffin et al., 2012; Green et al., 2014; Joyner & Beaver, 2021; Matone et al., 2012), aber insgesamt noch recht selten in Beobachtungsstudien eingesetzt (Dreier et al., 2012). Die zweite Teilstudie liefert einen Beitrag zur Anwendung dieser Methode in großen Bevölkerungsstichproben für die Inanspruchnahme verschiedener, öffentlich zugänglicher Unterstützungsangebote. Darüber hinaus wurde aufgezeigt, dass insbesondere

vulnerable Substichproben identifiziert werden können, für die Präventions- und Unterstützungsangebote besonders hilfreich sein könnten. Insgesamt ist hierbei zu bemerken, dass mit diesem Ansatz Interventions- und Wirkungsforschung nicht ersetzt werden kann, sondern vielmehr eine ergänzende Sichtweise zur Wirkung von Angeboten unter naturalistischen Bedingungen eingenommen wird.

Einen dritten Beitrag leisten die vorliegenden Befunde zu relevanten Zielgruppen und schwer erreichbaren Familien. Mit den Ergebnissen konnte eine Sichtbarkeitshypothese herausgearbeitet werden, unter der die Ansprache von Familien mit sichtbaren Merkmalen wie Armutsrisiko (SGB-II-Bezug) oder Migrationshintergrund möglicherweise bei Fachkräften und dem sozialen Umfeld eher gelingt als bei Familien, die schwer identifizierbaren emotionalen Belastungen ausgesetzt sind. Überraschenderweise gibt es nur wenige Forschungsergebnisse, die sich mit einem Bias in der Ansprache dieser Familien beschäftigen (z. B. Radey & Randolph, 2009). Insofern könnten die vorliegenden Studienergebnisse einen blinden Fleck in der Ansprache schwer erreichbarer Familien entdeckt haben. Diese Ergebnisse wären dahingehend zu interpretieren, dass durch die geringe Sichtbarkeit dieser Familien und die geringe Sensibilisierung von Fachkräften sowie eine vermeintliche geringe Bedeutungszuschreibung von Elternstress eine unterversorgte Gruppe an Familien hervorgebracht wird. Weitere Forschung zu den Hilfebedarfen dieser Familien und zu Inhalten von Präventionsangeboten sowie zu deren geeigneter Ansprache und zu Inhalten von Präventionsangeboten ist notwendig. Darüber hinaus sind in diesem Zusammenhang auch die in Abschnitt 2.2 angeführten inneren Barrieren und förderlichen Faktoren der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen besonders relevant. Im Rahmen der aktuellen Studie *KiD 0-3 2022* (Neumann et al., in Vorbereitung) wurden die im Rahmen einer NZFH-Studie ausgearbeiteten symbolischen Barrieren (van Staa & Renner, 2020) in den Fragebogen integriert – mit dem Ziel, die unterschiedlichen Belastungsgruppen hinsichtlich der Unterschiede in Barrieren der Inanspruchnahme zu untersuchen. Diese Ergebnisse könnten Erkenntnisse dazu liefern, ob insbesondere elternstress- und konfliktbelastete Familien spezifische Vorbehalte hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten haben, was ein weiterer Hinweis auf eine schwierigere Erreichbarkeit wäre.

Mit der vierten Teilstudie wurde ein Beitrag zur regionalen Versorgungsforschung geliefert. Durch die einmalige Verknüpfung zweier bundesweiter Studien konnten Stadt-Land-Unterschiede im Bereich der psychosozialen Belastungen und der entsprechenden Versorgung mit Unterstützungsangeboten für Familien mit kleinen Kindern identifiziert werden. Bisher gibt es in diesem Bereich hauptsächlich Daten zu räumlichen Unterschieden auf aggregierter Ebene

(Huppertz & Engels, 2020). Die hier vorliegenden Ergebnisse liefern einen bedeutenden Beitrag auf Ebene der Primärdatenerhebung. Damit geht einher, dass bisher hauptsächlich strukturelle Angaben wie die Anzahl besetzter Kinderarztpraxen oder Psychotherapieplätze verglichen wurden (z. B. Hintzpeter et al., 2014), während hier auch Einschätzungen zur Auslastung und zum Entwicklungsstand der Angebote über kommunal Verantwortliche einbezogen werden konnten. Die Befunde legen nahe, dass die Nutzung der Angebote stark mit deren Verfügbarkeit und den gegebenen regionalen Strukturen einhergeht. Damit liefert die Teilstudie 4 einen bedeutsamen Beitrag zur Frage der Erreichbarkeit: Diese ist nicht nur von den nutzenden Familien, sondern auch von der Verfügbarkeit (und Ausgestaltung) der Angebote abhängig. Weitere Forschung mit differenzierten Raumkonzepten ist hierbei notwendig, da der Abbau regionaler Disparitäten sowie das Aufwachsen in gesundheitsfördernden Settings zu einer größeren Chancengleichheit für ein gesundes und entwicklungsförderliches Aufwachsen von Kindern und zum Wohlbefinden von Familien beiträgt.

5.3 Einordnung der Ergebnisse für die Frühen Hilfen

Das Arbeitsfeld der Frühen Hilfen liegt an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel des Auf- und Ausbaus von Netzwerkstrukturen und Präventionsangeboten rund um die Geburt. Zwei wesentliche Fragen, die mit der *KiD 0-3*-Studie in diesem Feld beantwortet werden sollten, sind, welche Belastungen Familien mit Säuglingen und Kleinkindern aufweisen und welche Unterstützungsangebote sie in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse der vorgestellten vier Teilstudien tragen zu einer Antwort dieser Fragen bei.

In den vier Teilstudien konnte vielfach gezeigt werden, dass sozioökonomisch belastete Familien insbesondere universelle Präventions- und Unterstützungsangebote seltener kennen und nutzen als ressourcenstärkere Familien. Im Rahmen der Teilstudie 1 konnten die Wenig-Nutzer als die sozioökonomisch belasteten Familien identifiziert werden. Dies ist insbesondere deshalb bedenklich, weil diese Gruppe bereits in der pränatalen Phase verschiedene Risiken aufwies (z. B. Rauchen in der Schwangerschaft) und eine fehlende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie vermehrt Abtreibungsgedanken angab. Es scheint sich hierbei um eine Gruppe zu handeln, die besonders schlecht von regulären Unterstützungsangeboten erreicht wird und bereits in der Schwangerschaft ein gesundheitsabträgliches Verhalten zeigte. Auch in der dritten Teilstudie wurde eine Gruppe sozioökonomisch belasteter Familien beschrieben, die ein eher nachgiebiges Erziehungsverhalten aufweist, weniger durch

universelle Präventionsangebote erreicht wird und eher selektive Angebote nutzt. Dieses Bild entspricht dem dargestellten Phänomen des Präventionsdilemmas (Bauer, 2005). Die Befunde unterstreichen damit die Relevanz der Frühen Hilfen, die über niedrigschwellige Zugänge und aufsuchende Angebote dazu beitragen, so früh wie möglich Barrieren abzubauen und diese Familien zu erreichen (Renner et al., 2018).

Im Kontext der Frühen Hilfen fehlen eine Priorisierung von zu versorgenden Zielgruppen und eine Definition von psychosozialen Belastungen. Entsprechend sind diesbezüglich Forschungsergebnisse umso notwendiger, um dazu beizutragen, neue Zielgruppen zu identifizieren und Diskussionen darüber anzuregen, welche Familien von den Frühen Hilfen versorgt werden (sollten). Wie in den Ergebnissen dargelegt, zeigt sich dabei, dass Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotenzial andere Problemlagen, ein dysfunktionales Erziehungsverhalten und ein anderes Inanspruchnahmeverhalten aufweisen als die ‚klassischen‘, eher sozioökonomisch belasteten Zielgruppen der Frühen Hilfen. Bei der Ausrichtung von Präventions- und Unterstützungsangeboten darf es hierbei nicht zu einem Konkurrenzkampf verschiedener Gruppen kommen, bei dem beispielsweise besser situierte ‚Mittelschichtler‘ andere Zielgruppen verdrängen (Sahrai et al., unv. Man.). Zugleich könnte der Fokus auf nur ressourcenschwache Familien und für sie konzipierte Angebote (z. B. zur Unterstützung im Alltag und bei der Pflege des Kindes) ebenso dazu führen, dass andere Gruppen an den Rand gedrängt werden. Aufschluss darüber können nur weitere Forschung sowie ein breiter und kontinuierlicher Austausch zwischen Praxis, Forschung und Politik geben. So wurde mit der vorliegenden Arbeit nicht nur auf Seiten der elternstress- und konfliktbelasteten Familien weitere Forschung angestrebt, sondern auch auf Seiten der eher sozioökonomisch belasteten Familien. In einer Studie mit Daten aus *KiD 0-3 2015* und *AID:A 2019* (Lux et al., in Vorbereitung) konnten z. B. Alleinerziehende und Stieffamilien beispielhaft als Gruppe dieser mittelbelasteten Familien identifiziert werden. Entsprechend den Belastungsgruppen aus Teilstudie 3 konnte gezeigt werden, dass Stieffamilien und Alleinerziehende, die häufiger sozioökonomisch belastet sind, im Vergleich zu Kernfamilien seltener universelle Angebote und dagegen häufiger selektive Angebote nutzen. Die Ergebnisse der *KiD 0-3*-Studie bieten somit einen umfassenden Bezugsrahmen, anhand dessen eine grobe Einteilung verschiedener Belastungsgruppen sowie ihrer (abgeleiteten) Bedarfe und ihres Inanspruchnahmeverhaltens möglich ist. Durch diesen Rahmen können auch Anstöße für eine weitere Ausdifferenzierung und ein tieferes Verständnis verschiedener Zielgruppen gegeben werden, die immer wieder zu den Belastungsgruppen und deren Charakteristika in Bezug gesetzt werden können.

Weiter wurde in der vierten Teilstudie der Fokus auf die strukturellen Rahmenbedingungen von psychosozialen Belastungen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten (insbesondere der Frühen Hilfen) gelegt. Bisher wurden in Deutschland Familien mit Säuglingen und Kleinkindern weder im Hinblick auf regionale Unterschiede in psychosozialen Belastungen noch bezüglich ihres Inanspruchnahmeverhaltens systematisch untersucht. Die Ergebnisse, dass in ländlichen Regionen eher aufsuchende Angebote der Frühen Hilfen genutzt werden, wenn sie vorhanden sind, stellt eine relevante Information für den weiteren Ausbau der Frühen Hilfen dar. Ebenfalls neuartig ist die Verknüpfung solcher Befunde mit den Einschätzungen kommunal Verantwortlicher zu den vorliegenden Problemen zum weiteren Ausbau der Angebote. Erstmals wurden hierbei die Sichtweisen der Fachkräfte aus den Kommunalbefragungen der Frühen Hilfen in einem wissenschaftlichen Beitrag berücksichtigt. Die Ergebnisse liefern wichtige Hinweise auf eine Versorgungslücke, indem aufgezeigt werden konnte, dass weite Wege im Sozialraum - ein den ländlichen Regionen inhärentes Problem – auch für Familien mit kleinen Kindern ein Problem sind. Gleichzeitig konnte herausgearbeitet werden, dass sich Familien aus städtischen und ländlichen Regionen in ihrer psychosozialen Belastung kaum unterscheiden. Darum entwickelt das NZFH zahlreiche Strategien für eine gezielte Ansprache und einen niedrighschwelligigen Zugang in ländlichen Räumen. Hierzu zählt beispielsweise das aktuelle Modellprojekt „Frühe Hilfen sind da!“, bei dem Kleinbusse als mobile Angebote ländliche Regionen aufsuchen, in denen Familien bisher einen erschwerten Zugang zu den Frühen Hilfen hatten (NZFH, 2022a). Auch in zukünftigen Forschungsvorhaben des NZFH soll die Stärkung des ländlichen Raums zum Abbau sozialer Disparitäten ein zentrales Thema sein.

Für eine Weiterentwicklung des Feldes der Frühen Hilfen sind die Ergebnisse der *KiD 0-3*-Studie von einmaligem Wert: Zum ersten Mal wurden in einer repräsentativen Befragung junger Familien die Kenntnis und die Nutzung der Frühen Hilfen im Kontext des gesamten Versorgungsspektrums Deutschlands erfasst und sie konnten darüber hinaus mit Angaben der Kommunen verknüpft werden. Die Daten liefern bedeutende Hinweise darauf, dass die Frühen Hilfen ihre Zielgruppen erreichen, und regen dazu an, weitere Zielgruppen wie Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotenzial in den Blick zu nehmen. Zudem konnten mit den vorliegenden Ergebnissen erste Hinweise auf einen präventiven Effekt selektiver Angebote, darunter das aufsuchende Angebot der LaB, erbracht werden, was als ein entscheidender Schritt in Richtung einer formativen Evaluation der Frühen Hilfen gewertet werden kann.

Limitierend muss hinzugefügt werden, dass mit den Ergebnissen lediglich wenige Erkenntnisse über Familien in den Frühen Hilfen und ihre Form der Betreuung bzw. ihre betreuenden

Fachkräfte gesammelt werden konnten. Zudem wurden die Ergebnisse allesamt vor der für Familien herausfordernden Phase der Coronapandemie zusammengetragen. Die aktuelle Studie *KiD 0-3 2022* wird diese Lücke schließen und die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der hier vorliegenden Arbeit und der weiteren Ergebnisse der *KiD 0-3-Studie 2015* betrachten können.

6. Gesamtfazit

Die Studien zeigen, dass es sinnvoll ist, die verschiedenen Dimensionen von Belastungen, Hilfebedarfen und Erreichbarkeit zunächst zu unterscheiden und in einem holistischen Ansatz zu verbinden. So können Belastungen auf Ebene der Eltern, des Kindes und der sozialen und familiären Situation auftreten, die unterschiedliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit sowie das Erziehungsverhalten haben. Die daraus abgeleiteten Hilfebedarfe müssen im Kontext bestehender Ressourcen, beispielsweise der verfügbaren finanziellen Mittel oder einer ausgeprägten Unterstützung, betrachtet werden. Auch inwiefern die Erreichbarkeit gelingt, setzt sich aus Merkmalen auf Ebene der Familien (wie die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen) und Merkmalen auf Ebene der Angebote (wie die Verfügbarkeit) zusammen.

Für die psychosoziale Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern ist damit der Ansatz der Frühen Hilfen ein wichtiger Baustein. Die Familien können niedrigschwellig an verschiedenen Orten der bestehenden kommunalen Strukturen Hilfe und Unterstützung erhalten. Anders als bei intensiveren medizinischen Angeboten benötigen sie dabei keine ärztliche Diagnose oder Überweisung. Die Aufgabe der Frühen Hilfen ist es, zwischen ausdifferenzierten Sektoren Brücken zu bauen, ein Netzwerk anzubieten und selbst Anbieter einer Palette verschiedener Angebote zu sein. Damit haben die Frühen Hilfen das Potenzial, Familien an beiden Enden des Kontinuums – bei geringer und starker Belastung – zu erreichen (Rose, 1985; WHO, 2002). Durch diese Versorgungsform können sie sich den sich ständig wandelnden Anforderungen und Herausforderungen für Familien stellen – als eine Art *Joker*, der überall und nirgends hingehört. Denn:

Der Joker sticht, unabhängig von Ansehen und Rang.

(Armin Nassehi)

Literaturverzeichnis

- Allen, L., O'Connell, A. & Kiermer, V. (2019). How can we ensure visibility and diversity in research contributions? How the Contributor Role Taxonomy (CRediT) is helping the shift from authorship to contributorship. *Learned Publishing*, 32(1), 71–74.
<https://doi.org/10.1002/leap.1210>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H. M. & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, And Allied Disciplines*, 46(3), 235–245.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x>
- Avis, M., Bulman, D. & Leighton, P. (2007). Factors affecting participation in sure start programmes: A qualitative investigation of parents' views. *Health & Social Care in The Community*, 15(3), 203–211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00673.x>
- Barboza, M., Marttila, A., Burström, B. & Kulane, A. (2021). Covid-19 and pathways to health inequities for families in a socioeconomically disadvantaged area of Sweden - qualitative analysis of home visitors' observations. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01556-6>
- Barlow, J. & Axford, N. (2014). Giving children a better start in life: From science to policy and practice. *Journal of Children's Services*, 9(2). <https://doi.org/10.1108/JCS-04-2014-0025>
- Bastiaansen, C., Verspeek, E. & van Bakel, H. (2021). Gender differences in the mitigating effect of co-parenting on parental burnout: The gender dimension applied to COVID-19 restrictions and parental burnout levels. *Social Sciences*, 10(4), 127.
<https://doi.org/10.3390/socsci10040127>
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
<https://doi.org/10.1007/978-3-322-93541-0>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>

- Benz, M. & Scholtes, K. (2015). Von der normalen Entwicklung zur Entwicklungskrise und zur Regulationsstörung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern* (S. 1–14). Springer.
- Bolster, M., Rattay, P., Hölling, H. & Lampert, T. (2020). Zusammenhang zwischen elterlichen Belastungen und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 29(1), 30–39. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000298>
- Borgmann, L.-S., Rattay, P. & Lampert, T. (2019). Alleinerziehende Eltern in Deutschland: Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychosozialer Gesundheit. *Das Gesundheitswesen*, 81(12), 977–985. <https://doi.org/10.1055/a-0652-5345>
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2005). Caring for children around the world: A view from HOME. *International Journal of Behavioral Development*, 29(6), 468–478. <https://doi.org/10.1177/01650250500146925>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065–1078. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00087-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00087-8)
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). (2022). *Soziale Stadt- und Ortsentwicklung in ländlichen Räumen*. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/bbsr-online/2022/bbsr-online-02-2022.html;jsessionid=DF9A068937A1AD027A88CC508A78E5D3.live21303>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2018, 22. Juni). *Bundesstiftung Frühe Hilfen - Jährlich 51 Millionen Euro zur Unterstützung junger Familien*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/bundesstiftung-fruehe-hilfen-jaehrlich-51-millionen-euro-zur-unterstuetzung-junger-familien-126784>
- Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Hooper, S. & Zeisel, S. A. (2000). Cumulative risk and early cognitive development: A comparison of statistical risk models. *Developmental Psychology*, 36(6), 793–807. <https://doi.org/10.1037/0012-1649-36.6.793>

- Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J. F. & Beasley, W. H. (2012). A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in child protective services. *Pediatrics*, 129(3), 509–515. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1840>
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J. & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Conger, R. D., Conger, K. J. & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *Journal of Marriage and The Family*, 72(3), 685–704. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x>
- Dreier, M., Kramer, S. & Stark, K. (2012). Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. In F. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks, R. Busse & N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 409–449). Urban & Fischer. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-22261-0.00017-4>
- Egger, J. (2018). Das biopsychosoziale Modell. *Bulletin des Médecins Suisses*, 99(35), 1156–1158. <https://doi.org/10.4414/bms.2018.06861>
- Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1247–1254. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9>
- Ehlen, S., Henning, L., Rehaag, R. & Dreiskämper, D. (2021). Soziale Determinanten der Kenntnis und Inanspruchnahme kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder. *Forum Kinder- und Jugendsport*, 2(1), 27–40. <https://doi.org/10.1007/s43594-021-00037-6>
- Eickhorst, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Neumann, A., Schreier, A., Renner, I. & Sann, A. (2015). Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern: Studiendesign und Analysepotential. *Soziale Passagen*, 7(2), 381–387. <https://doi.org/10.1007/s12592-015-0212-z>
- Eickhorst, A., Schreier, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Renner, I., Neumann, A. & Sann, A. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch

- psychosozial belastete Eltern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1271–1280. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2422-8>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Engfer, A. (1984). *Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext: Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachhilfe* (unveröffentlichte Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Engfer, A., Codreanu, N. (1984). *Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erhebung der Einstellung von Müttern mit Kindern im Kleinkindalter*. Paderborn: Institut für Humanwissenschaften: Psychologie
- Evans, G. W., Li, D. & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult health, wellbeing, social function and healthcare. In R. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Hrsg.), *The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease* (S. 77–87). Cambridge University Press.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R. & Turner, H. (2005). The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 383–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>
- Friedmann, A. (2018). *Frühe Hilfen in der Pädiatrie: Die Evaluation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung anhand eines Instruments zur Entscheidungsfindung* (Dissertation). Technische Universität München. MediaTum. <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1453863/1453863.pdf>
- Garrido, M. M., Kelley, A. S., Paris, J., Roza, K., Meier, D. E., Morrison, R. S. & Aldridge, M. D. (2014). Methods for constructing and assessing propensity scores. *Health Services Research*, 49(5), 1701–1720. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12182>
- Göbel, K. & Cohrdes, C. (2021). The whole is greater than the sum of its parts: Profiles of multiple mental health risk factors using latent class analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00380-8>

- Götz, S., Kreffter, K. & Weyers, S. (2022). Soziale Lage, Muster in der Präventionsnutzung und kindliche Entwicklung – eine Clusteranalyse im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Online-Vorabpublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00933-5>
- Green, B. L., Ayoub, C., Bartlett, J. D., Ende, A. von, Furrer, C., Chazan-Cohen, R., Vallotton, C. & Klevens, J. (2014). The effect of early head start on child welfare system involvement: A first look at longitudinal child maltreatment outcomes. *Children and Youth Services Review*, 42, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.03.044>
- Heilig, L. (2014). Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17(2), 263–280. <https://doi.org/10.1007/s11618-013-0471-4>
- Hintzpete, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & The BELLA study group (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229–238. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000148>
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012): Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57(7), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Houweling, T. A. J., Oude Groeniger, J., Jansen, P. W., van Lier, P., Horoz, N., Buil, M. & van Lenthe, F. J. (2022). Trajectories of socioeconomic inequality in early child development: A cohort analysis. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01675-8>
- Huppertz, L. & Engels, D. (2020). *Expertise zu Forschungsaktivitäten und Praxismodelle im Themengebiet „Versorgung von Familien mit jungen Kindern im ländlichen Raum“*. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/ISG-

Expertise-Versorgung-von-Familien-mit-jungen-Kindern-im-laendlichen-Raum-
Huppertz-Engels-b.pdf

- Hurt, L., Paranjothy, S., Lucas, P. J., Watson, D., Mann, M., Griffiths, L. J., Ginja, S., Paljarvi, T., Williams, J., Bellis, M. A. & Lingam, R. (2018). Interventions that enhance health services for parents and infants to improve child development and social and emotional well-being in high-income countries: A systematic review. *BMJ Open*, 8(2), e014899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014899>
- Jansen, E., Holte, H., Jung, C., Kahmann, V., Moritz, K., Rietz, C. & Weidemann, C. (2001). *Ältere Menschen im künftigen Sicherheitssystem Straße/Fahrzeug/Mensch*. Wirtschaftsverlag NW. <https://trid.trb.org/view/955432>
- Johnson, A. D., Martin, A., Partika, A., Phillips, D. A. & Castle, S. (2022). Chaos during the COVID-19 outbreak: Predictors of household chaos among low-income families during a pandemic. *Family Relations*, 71(1), 18–28. <https://doi.org/10.1111/fare.12597>
- Joyner, B. & Beaver, K. M. (2021). Maternal depression and child and adolescent problem behaviors: A propensity score matching approach. *The Psychiatric Quarterly*, 92(2), 655–674. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09842-2>
- Kantar Health. (2015). *Projekt: DJI Familienbefragung: Feld- und Methodenbericht* (unveröffentlichter Projektbericht). Kantar Health.
- Kindler, H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“. In Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.), *Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen* (S. 62-77). Deutsches Institut für Urbanistik (Difu).
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073–1079. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1132-x>
- Kowalski, J. T., Kreußel, C., Gerber, W.-D., Niederberger, U. & Petermann, F. (2012). Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Jugendliche mit und ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 21(4), 238–244. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000090>

- Krishnakumar, A. & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations*, 49(1), 25–44. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00025.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Kübber, E. (2014). *Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter: Entwicklung und Validierung eines Screening-Instruments zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten* (unveröffentlichte Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 68–77. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076>
- Lampert, T. & Kurth, B. M. (2007). Socioeconomic status and health in children and adolescents: Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt International*, 104(43), 2944–9.
- Lampert, T., Hagen, C. & Heizmann, B. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert-Koch-Institut.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(7), 843–853. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01602.x>
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246–262. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.29.4.246>
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen

- [Motor, cognitive and socio-emotional development of 11-year-olds with early childhood risk factors: Late sequelae]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(1), 5–19. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.30.1.5>
- Leventhal, T., Brooks-Gunn, J., McCormick, C. & McCarton, C. M. (2000). Patterns of service use in preschool children: Correlates, consequences, and the role of early intervention. *Child Development*, 71(3), 802–819. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00186>
- Liel, C., Seilbeck, C., Lux, U., Lorenz, S. & Ulrich, S. M. (Im Druck). Dysfunktionales Erziehungsverhalten von Müttern und Vätern in der frühen Kindheit. *Zeitschrift für Erziehungsverhalten*.
- Liese, D., Löchner, J., Paulus, M., Sandner, E., Gantner, S., Kizilozak, E. & Lux, U. (In Vorbereitung). Was stresst Eltern? Belastungen in der frühen Familienphase in einem mixed methods Pilotprojekt.
- Lindström, C., Aman, J. & Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100(7), 1011–1017. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02198.x>
- Lo, C. K. M., Tung, K. T. S., Chan, K. L., Yip, P. S. F., Lau, J. T. F., Wong, W. H. S., Wong, R. S., Tsang, A. M. C., Tsang, H. Y. H., Tso, W. W. Y. & Ip, P. (2017). Risk factors for child physical abuse and neglect among Chinese young mothers. *Child Abuse & Neglect*, 67, 193–206. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.031>
- Lorenz, S., Sann, A., Ulrich, S. M., Seilbeck, C., Liel, C. & Walper, S. (Im Druck). *Lebenslagen und Belastungssituationen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Kindler, H. & Liel, C. (2020a). Wie viele Familien in Deutschland sind in welchem Ausmaß psychosozial belastet? *Kindheit und Entwicklung*, 29(3), 128–137. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000310>
- Lorenz, S., Ulrich, S. M., Sann, A. & Liel, C. (2020b). Self-reported psychosocial stress in parents with small children. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(42), 709–716. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0709>

- Loytved, C. (2021). *Qualitätsbericht 2020. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Verlag Wissenschaftliche Skripten.
https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2020.pdf
- Lux, U., Entleitner-Phleps, C., Löchner, J., Walper, S., Langmeyer, A. & Ulrich, S. M. (In Vorbereitung). *Hilfebedarfe und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten in Alleinerziehenden-, Stief- und Kernfamilien*. Befunde aus zwei repräsentativen deutschen Studien.
- Marmot, M. (2010). *Fair society: Healthy lives: The Marmot review*. Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/>
- Matone, M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., Localio, A. R. & Rubin, D. M. (2012). Emergency department visits and hospitalizations for injuries among infants and children following statewide implementation of a home visitation model. *Maternal and Child Health Journal*, 16(9), 1754–1761. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0921-7>
- Meyer-Probst, B. & Reis, O. (1999). Von der Geburt bis 25. *Kindheit und Entwicklung*, 8(1), 59–68. <https://doi.org/10.1026//0942-5403.8.1.59>
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Verlag Hans Huber.
- Mikolajczak, M., Gross, J. J. & Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319–1329.
<https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- Milner, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory: Manual*. Psytec Cooperation.
- Molgora, S. & Accordini, M. (2020). Motherhood in the time of coronavirus: The impact of the pandemic emergency on expectant and postpartum women's psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 11, 567155.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567155>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (Hrsg.). (2013). *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (Hrsg.). (2014). *Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in den Frühen Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (Hrsg.). (2022a). Frühe Hilfen sind da! *Frühe Hilfen aktuell*, 2. <https://www.fruehehilfen.de/service/aktuelles/fruehe-hilfen-aktuell/ausgabe-02-2022/>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (Hrsg.). (2022b). *Kommunalbefragung 2021 der Frühen Hilfen. Stand 31.12.2020: Eigene Berechnungen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Neumann, A. & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1281–1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>
- Neumann, A./Ulrich, S. M., Sinß, F., Chakraverty, D., Hänelt, M., Lux, U., Ghezih, S., Löchner, J., Renner, I. (In Vorbereitung). How are families in Germany doing since the COVID-19 pandemic? Study protocol of a nationally representative, cross-sectional study of parents with children aged 0-3 years.
- Parrish, J. W., Young, M. B., Perham-Hester, K. A. & Gessner, B. D. (2011). Identifying risk factors for child maltreatment in Alaska: A population-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 666–673. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.02.022>
- Peters, A., Rospleszcz, S., Greiser, K. H., Dallavalle, M. & Berger, K. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(50), 861–867. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0861>
- Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J. & Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: A European-wide systematic review. *Pediatric Research*, 76(5), 418–424. <https://doi.org/10.1038/pr.2014.122>
- Prickett, K. C. & Augustine, J. M. (2016). Maternal education and investments in children's health. *Journal of Marriage and The Family*, 78(1), 7–25. <https://doi.org/10.1111/jomf.12253>
- Radey, M. & Randolph, K. A. (2009). Parenting sources: How do parents differ in their efforts to learn about parenting? *Family Relations*, 58(5), 536–548. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00573.x>

- Renner, I. & Scharmanski, S. (2016). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Hat sich ihr Einsatz bewährt? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1323–1331. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2430-8>
- Renner, I., Hoffmann, T. & Paul, M. (2020). Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – Forschungsergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(5), 416–425. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.5.416>
- Renner, I., Saint, V., Neumann, A., Ukhova, D., Horstmann, S., Boettinger, U., Dreibus, M., Kerl-Wienecke, A., Wulff, P., Mechthild, P. & Thaiss, H. (2018). Improving psychosocial services for vulnerable families with young children: Strengthening links between health and social services in Germany. *BMJ*, 363, k4786. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4786>
- Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit & Kuhn, J. (Hrsg.). (2012). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme*. Robert-Koch-Institut.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
- Rosenbach, M. L. (1989). The impact of Medicaid on physician use by low-income children. *American Journal of Public Health*, 79(9), 1220–6. <https://doi.org/10.2105/ajph.79.9.1220>
- Roskam, I., Aguiar, J., Akgun, E., Arikan, G., Artavia, M., Avalosse, H., Aunola, K., Bader, M., Bahati, C., Barham, E. J., Besson, E., Beyers, W., Boujut, E., Brianda, M. E., Brytek-Matera, A., Carbonneau, N., César, F., Chen, B.-B., Dorard, G., . . . Mikolajczak, M. (2021). Parental burnout around the globe: A 42-country study. *Affective Science*, 2, 58–79. <https://doi.org/10.1007/s42761-020-00028-4>
- Roskam, I., Brianda, M.-E. & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The parental burnout assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>

- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 8(3), 324–338.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 22(4), 323–356.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00560.x>
- Sahrai, D., Bittlingmayer, U. H., Landolt, L. & Schild, N. (unveröffentlichtes Manuskript). *Frühe Hilfen für Alle? Erreichbarkeit von Eltern mit psychosozialen Belastungen in den Frühen Hilfen*.
- Salzmann, D., Lorenz, S., Sann, A., Fullerton, B., Liel, C., Schreier, A., Eickhorst, A. & Walper, S. (2018). Wie geht es Familien mit Kleinkindern in Deutschland? In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut (DJI) & TU Dortmund (Hrsg.), *Datenreport Frühe Hilfen* (Ausgabe 2017, S. 6–23). Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Sameroff, A., Seifer, R., Zax, M. & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 383–394.
<https://doi.org/10.1093/schbul/13.3.383>
- Schauer, M. & Ruf-Leuschner, M. (2013). *KINDEX: Pränatale Erfassung psychosozialer Risiken für die Entwicklung über die Lebensspanne – Der Konstanzer INDEX*. Baby Forum.
- Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 62–70.
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-093>
- Scholten, N., Karbach, U. & Pfaff, H. (2016). Bedarfsgerechte Versorgung – Ein Überblick gängiger Definitionen. *Public Health Forum*, 24(1), 6–8.
<https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-0003>
- Schoon, I., Jones, E., Cheng, H. & Maughan, B. (2012). Family hardship, family instability, and cognitive development. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 716–722. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.121228>
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T. & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health

- promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252–2259.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Spielberger, J. & Lyons, S. J. (2009). Supporting low-income families with young children: Patterns and correlates of service use. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 864–872. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.03.009>
- Squires, J. & Bricker, D. (2009). *Fragebogen zur kindlichen Entwicklung von 0-5 Jahren (FKE 0-5)*. Deutsche Fassung des Ages & Stages Questionnaire: Third Edition (ASQ-3), A parentcompleted, child-monitoring system. Technical Manual. Hogrefe.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. & Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Straatmann, V. S., Lai, E., Lange, T., Campbell, M. C., Wickham, S., Andersen, A.-M. N., Strandberg-Larsen, K. & Taylor-Robinson, D. (2019). How do early-life factors explain social inequalities in adolescent mental health? Findings from the UK millennium cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(11), 1049–1060. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212367>
- Taraban, L. & Shaw, D. S. (2018). Parenting in context: Revisiting Belsky’s classic process of parenting model in early childhood. *Developmental Review*, 48, 55–81.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.006>
- Tettenborn, A. von, Popp, L., Zietlow, A.-L., Woll, C. F. J., Marx, A. K. G., Nonnenmacher, N., Kretz-Bünese, T., Hagl, M., Müller, M. & Reck, C. (2022). Kindliche Verhaltensauffälligkeiten im ersten Lebensjahr und mütterliche Belastung in der Zeit der COVID-19-Pandemie. *Kindheit und Entwicklung*, 31(2), 81–90.
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000373>
- Thönnissen, C., Wilhelm, B., Alt, P., Friedrich, S. & Walper, S. (2017). *Scales manual of the German family panel (pairfam) waves 1 to 8*. Pairfam. https://www.pairfam.de/fileadmin/user_upload/redakteur/publis/Dokumentation/Manuals/Scales_Manual_pairfam_8.0.pdf
- Tröster, H. (2010). *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI): Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI von R. R. Abidin)*. Manual. Hogrefe.

- Ulrich, S. M., Löchner, J., Paul, M. & Lux, U. (2021). Stability and change in self-reported psychosocial stress among parents of small children—results of the longitudinal study “Kinder in Deutschland – KiD 0–3”. *Deutsches Ärzteblatt international*, 118(35), 595–596. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0262>
- Ulrich, S. M., Löchner, J., Walper, S., Ghezih, S. & Lux, U. (2022a). Welche psychosozialen Belastungen weisen Familien mit einem Kind mit einer Entwicklungsauffälligkeit auf und welche Unterstützungsangebote nutzen sie? Ergebnisse einer längsschnittlichen Bevölkerungsstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 31(3), 164–173. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000384>
- Ulrich, S. M., Lux, U., Liel, C. & Walper, S. (2022b): Long-term effects of targeted prevention programmes for families with young children. A population-based study on parenting stress and children's negative emotionality. *Child: Care, Health and Development*. 48(5), 763-771. <https://doi.org/10.1111/cch.12985>
- Ulrich, S. M., Lux, U., Neumann, A., Renner, I. & Walper, S. (Im Druck). Ein Stadt-Land-Vergleich familialer Belastungen und Früher Hilfen. Erkenntnisse eines Datenlinkage zweier Querschnittserhebungen. *Pflege*.
- Ulrich, S. M., Peterle, C. & Küster, E.-U. (In Vorbereitung). Gesundheitsfachkräfte in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zur „Kommunalbefragung 2021 in den Frühen Hilfen“. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
- Ulrich, S. M., Renner, I., Lux, U., Walper, S. & Löchner, J. (2022c). Familien mit erhöhtem elterlichen Stress und Konfliktpotenzial: Eine Zielgruppe für psychosoziale Versorgungsangebote? *Das Gesundheitswesen*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1867-4415>
- Ulrich, S. M., Walper, S., Renner, I. & Liel, C. (2022d): Characteristics and patterns of health and social service use by families with babies and toddlers in Germany. *Public Health*. 203(10), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.11.018>
- UNESCO Institute for Statistics. (2012). *International standard classification of education ISCED 2011*. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>
- van Staa, J. & Renner, I. (2020). »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. *Ausgewählte Ergebnisse aus der*

- Erreichbarkeitsstudie des NZFH. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.*
<https://doi.org/10.17623/NZFH:K-SBIFH-AEE>
- Walper, S. (2005). Tragen Veränderungen in den finanziellen Belastungen von Familien zu Veränderungen in der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen bei? *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 170–191. <https://doi.org/10.25656/01:4747>
- Walper, S. (2006). Belastungen in der Familie und Ansätze der Prävention. In KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2005/2006 Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze* (S. 85–98). Springer Medizin Verlag. https://doi.org/10.1007/3-540-32662-6_7
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris George S. & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“. *Pediatrics*, 14(5), 421.
- World Health Organization (WHO). (Hrsg.). (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (Hrsg.). (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). (Deutsche Übersetzung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. 2005.
- World Health Organization (WHO). (Hrsg.). (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nurturing-care-early-childhood-development/en/
- Wu, S. S., Ma, C.-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B. & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1253–1264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.005>
- Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165–178. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00007>
- Ziegenhain, U., Thurn, L., Künster, A. K. & Besier, T. (2011). Frühe Risiken für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung - eine Untersuchung in Geburtskliniken des Ortenaukreises. *Das Jugendamt*, 84(8), 377–383.

Zimmermann, P., Vierhaus, M., Eickhorst, A., Sann, A., Egger, C., Förthner, J., Gerlach, J., Iwanski, A., Liel, C., Podewski, F., Wyrwich, S. & Spangler, G. (2016). Aufwachsen unter familiärer Belastung in Deutschland: Design und Methoden einer entwicklungspsychologischen Studie zu Risiko- und Schutzmechanismen bei Familien mit unterschiedlicher psychosozialer Belastung. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(10), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2423-7>