



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften

Lehrstuhl für Sozialpädiatrie

## **Frühe Hilfen in der Pädiatrie:**

# **Die Evaluation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung anhand eines Instruments zur Entscheidungsfindung**

---

**Anna Katharina Friedmann**

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität München zu Erlangung des akademischen Grades eines

**Doktors der Philosophie (Dr. phil.)**

genehmigten Dissertation.

Vorsitzende: Prof. Dr. Elisabeth Wacker

Prüfende/r der Dissertation:

1. Prof. Dr. Volker Mall

2. Prof. Dr. Jürgen Beckmann

Die Dissertation wurde am 05.10.2018 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften am 11.03.2019 angenommen.

***Für meine Mutter***

---

## Zusammenfassung

Deutsche und internationale Längsschnittstudien der letzten Jahrzehnte belegen den potenziell schädlichen Einfluss psychosozialer Belastungen auf die kindliche kognitive und sozial-emotionale Entwicklung (Werner, 1993; Laucht, Esser & Schmid, 1997; Laucht, Schmidt & Esser, 2002). Gerade innerhalb des ersten Lebensjahrs sind Kinder gegenüber Umweltfaktoren besonders vulnerabel, gleichzeitig sind ihre Widerstandskräfte in der Regel noch nicht sehr stark ausgeprägt (Schlack, 2009).

In der gesundheitlichen Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern wird daher ein immer größeres Augenmerk auf die frühe Erfassung psychosozialer Belastungen sowie auf die Stärkung möglicher Bewältigungsressourcen anhand präventiver Angebote (sogenannte „Frühe Hilfen“) gelegt. Es handelt sich dabei um früh einsetzende, freiwillige, lokal vernetzte und passgenaue Unterstützungsangebote für psychosozial belastete Familien vom Beginn der Schwangerschaft bis zu einem Alter der Kinder von 3 Jahren (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2009). Da diese überwiegend auf einer „Komm-Struktur“ basieren, stellt sich die Frage nach der Erreichbarkeit der betroffenen Familien.

Eine Schlüsselrolle kommt hier den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt\_innen zu: Im Rahmen der regelmäßigen pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen („U-Untersuchungen“) können psychosoziale Belastungsfaktoren erfasst und betroffenen Familien frühzeitig Unterstützungsmaßnahmen vermittelt werden. Relevant sind in diesem Kontext geeignete Einschätzungshilfen, die die Fallfindung erleichtern – allerdings gab es bisher keine solchen Instrumente spezifisch für das Setting der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchung in Deutschland (Kindler, 2010).

In der vorliegenden, durch die Initiative Gesund.Leben.Bayern des Bayerischen Gesundheitsministeriums geförderten, multizentrischen prospektiven Kohortenstudie wurde der im Vorfeld entwickelte „Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in den Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6)“ (Martens-Le Bouar, Renner, Belzer, Barth, Krippel, Ufer, Friedmann, Ziegler, von Kries, Paul & Mall, 2013) einem ersten Praxistest unterzogen. Das Instrument bietet eine Strategie zur Erfassung familiärer Belastungen in den Indikationsbereichen subklinische psychosoziale Belastungen, frühkindliche Regulationsstörungen und postpartale Depression und ist das bisher einzige deutschsprachige Erfassungsinstrument für psychosozialen Unterstützungsbedarf im praxispädiatrischen Alltag.

Ziel der Studie war zum einen die Evaluation der im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung identifizierten Belastungsfaktoren der Patientenfamilien (Einsatzzeitpunkt des Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Früherkennungsuntersuchung U5, Alter der Kinder ca. 6 Monate). Anhand eines Follow-ups zum Zeitpunkt der U6 (Alter der Kinder ca. 12 Monate) erfolgte zudem eine Verlaufsbeobachtung der belasteten Familien sowie die Identifikation von Zu-

sammenhängen zwischen Belastungsfaktoren, die im Alter von etwa 6 Monaten und mit 12 Monaten festgestellt wurden. Zusätzlich wurden die Betreuung belasteter Familien und die Rate der Vermittlungen zu Frühen Hilfen beleuchtet. Zuletzt wurde ermittelt, ob die Anwendung des Pädiatrischen Anhaltsbogens im Praxisalltag praktikabel ist.

Während des 15-monatigen Erhebungszeitraumes schätzten die 31 teilnehmenden Pädiater\_innen 14,7% von  $N = 511$  untersuchten Familien anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens als belastet ein. Psychosoziale Belastungen wurden insgesamt häufiger als klinisch relevante Symptome (72,0% und 50,7% der belasteten Familien) gefunden. Die häufigsten einzelnen Belastungsfaktoren stellten die kindliche Schlafstörung (30,0% der belasteten Familien) aus der Gruppe der klinisch relevanten Symptome und eine starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson (28,0% der belasteten Familien) unter den psychosozialen Belastungen dar. Zwei von drei psychosozialen Belastungsfaktoren aus der Kategorie „Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion“, wurden in der Stichprobe durch die Kinderärzt\_innen dagegen gar nicht vergeben. Insgesamt fanden die Pädiater\_innen bei 69,3% der belasteten Familien kindzentrierte Belastungen, bei 36% elternzentrierte Belastungen und bei 30,7% familienbezogene Belastungen.

Zwei Drittel der bei der U5 belasteten Fälle zeigten beim Follow-up nach 6 Monaten keine Auffälligkeiten mehr. Das Risiko, bei der U6 Auffälligkeiten zu zeigen, war dennoch für bereits bei der U5 belastete Kinder insgesamt um das 3,6-fache erhöht. Als bester Prädiktor erwies sich in einem binären logistischen Regressionsmodell die Kombination aus Schlafstörungen und Auffälligkeiten in Entwicklung/Verhalten mit etwa 6 Monaten (13% Varianzaufklärung; mittlerer bis großer Effekt des Modells: Cohen's  $f = 0,39$ ). Auffälligkeiten in Entwicklung/Verhalten bei der U5 konnte zudem spezifisch Entwicklungsverzögerungen bei der U6 präzisieren (9,9% Varianzaufklärung; mittlerer Effekt: Cohen's  $f = 0,33$ ).

Die Kinderärzt\_innen leiteten bei insgesamt 62,7% aller belasteten Familien (54,0% der ausschließlich psychosozial, 71,4% der ausschließlich klinisch und 70,6% der mehrfach belasteten) zum Zeitpunkt der U5 Unterstützung ein. Sie wählten bei 44,0% der belasteten Familien ausschließlich eine vertiefende eigene Beratung und bei je 10,7% die Möglichkeit, selbst zu beraten und/ oder zusätzlich an eine klinische Fachstelle oder zu Frühen Hilfen zu vermitteln. Die dokumentierte Empfehlung von psychosozial belasteten Familien an das Netzwerk Frühe Hilfen wurde im Lauf der Studie durch die Kinderärzt\_innen zwischen den Früherkennungsuntersuchungen U5 und U6 auf 26,7% gesteigert, wobei 56,3% der Vermittlungen aufgrund des Anhaltsbogens erfolgten.

70,0% der Kinder- und Jugendärzt\_innen wollen den Pädiatrischen Anhaltsbogen standardmäßig in ihren Praxisalltag integrieren. Sie gaben außerdem an, dass das Instrument den Fokus innerhalb der U-Untersuchung auf psychosoziale Belastungen verstärkt habe und für sie hilfreich ist.

---

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Evaluation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung bereits auf einem vielversprechenden Weg befindet, aber noch eindeutig ausbaufähig ist. Gemäß der Ausrichtung der U-Untersuchungen auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung nehmen die Kinderärzt\_innen folgerichtig überwiegend kindzentrierte Belastungen wahr. Der Fokus auf psychosoziale Belastungen scheint sich hier eindeutig zu erweitern: Die Familien, bei denen psychosoziale Belastungen festgestellt wurden, bilden in der Stichprobe die größte Gruppe. Die Pädiater\_innen nehmen bestimmte psychosoziale Belastungen sowohl auf Seiten des Kindes als auch bei den Eltern also durchaus häufig wahr. Andere, eher „heikel“ zu besprechende Themen (auffällige Eltern-Kind-Interaktion) werden dagegen kaum evaluiert, wobei offen bleibt, ob diese nicht zuverlässig erkannt oder eher „vermieden“ werden.

Dass nur etwas mehr als die Hälfte der psychosozial belasteten Familien Unterstützungsmaßnahmen erhielt, deutet darauf hin, dass es hier noch eindeutige Hürden abzubauen gilt. Die Weitervermittlungsraten zu Frühen Hilfen fiel insgesamt eher niedrig aus, der Pädiatrische Anhaltsbogen trug aber zu mehr als der Verdopplung der Zahl bei.

Künftige Schulungsmaßnahmen können dazu beitragen, sowohl die Evaluation psychosozialer Belastungen als auch die Einleitung geeigneter Unterstützungsangebote durch Pädiater\_innen zu verbessern. Diese sollten einen inhaltlichen Schwerpunkt auf die Eltern-Kind-Interaktion legen, aber auch spezifische Kommunikationstrainings und Informationen zu Ansprechpartnern, Inhalten und Intentionen Früher Hilfen beinhalten, um mögliche Systembarrieren zu verringern und zu einer intensiveren Vernetzung beizutragen.

Zudem sollten künftige Längsschnittstudien untersuchen, welche zusätzlichen Bedingungen zu einem Persistieren von Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr beitragen. Evidenzbasierte Risikoprofile für diese Altersgruppe könnten dann den Fokus in der U-Untersuchung auf spezifische Belastungen lenken.

Der Pädiatrische Anhaltsbogen erfüllt bereits jetzt seine Hauptaufgabe, Kinderärzt\_innen beim Erkennen psychosozialer Belastungen ihrer Patientenfamilien zu unterstützen und für eine Weitervermittlung zu den Unterstützungsangeboten der Frühen Hilfen zu sensibilisieren. Als Wegbegleiter für niedergelassene Pädiater\_innen leistet er seinen Beitrag zur gemeinschaftlichen Aufgabe des präventiven Kinderschutzes.

---

## Summary

German and international longitudinal studies of recent decades clearly demonstrate the potentially harmful influence of psychosocial stress on children's cognitive and social-emotional development (e.g. Werner, 1993; Laucht, Esser & Schmid, 1997; Laucht, Schmidt & Esser, 2002). Within the first year of life children are particularly vulnerable to environmental factors, and at the same time their resistance is generally not yet very developed (Schlack, 2009).

Infant health care is thus paying increasing attention to the early identification of psychosocial stress factors, but also to strengthening possible coping resources by preventative means (so-called "Frühe Hilfen"). These are early, voluntary, locally networked and tailor-made support programmes for families with psychosocial problems, effective from the beginning of pregnancy up to the age of three (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2009). Since "Frühe Hilfen" are based on voluntary use, the question arises as to whether the appropriate families can be reached.

A key role in this context is ascribed to paediatric residents: within a framework of regular paediatric early check-ups ("U-Untersuchungen") it is possible to record psychosocial stress factors and to provide affected families with early support measures. In order to support paediatricians in this demanding and responsible task, suitable assessment tools are needed to facilitate case finding: but to date no such instruments have been available specifically for the paediatric setting in Germany (Kindler, 2010).

In the present multicentre prospective cohort study funded by Gesund.Leben.Bayern, an initiative of the Bavarian Ministry of Health, the "Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in den Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6)" (Martens-Le Bouar, Renner, Belzer, Barth, Krippeit, Ufer, Friedmann, Ziegler, von Kries, Paul & Mall, 2013) was subjected to a first practical test. This instrument offers paediatricians a strategy for recording family stress in the indication areas of subclinical psychosocial stress, early childhood regulatory disorders and postpartum depression. To date, it is the only German-language assessment tool for psychosocial problems in everyday paediatric practice.

The aim of the study was, on the one hand, to evaluate the stress factors of the patient families identified by the paediatricians as part of the early check-up. The early check-up „U5“ (age of the children approximately 6 months) was chosen to establish the using of the "Pädiatrischer Anhaltsbogen". On the basis of a follow-up at the time of early check-up "U6" (age of the children approximately 12 months), the progress of affected families was monitored and correlations between stress factors determined at the age of about 6 months and those determined at about 12 months were identified. In addition, the care provided to affected families and the referral rate of referring them to "Frühe Hilfen" were examined. Finally, it was

determined whether the “Pädiatrischer Anhaltsbogen“ could be applicable in everyday practice.

During the 15-month survey period, on the basis of the “Pädiatrischer Anhaltsbogen“, the 31 participating paediatricians estimated 14.7% of a total of  $N = 511$  families examined as burdened. Psychosocial stress factors (72.0% of all burdened families) outweighed clinical symptoms (50.7% of all burdened families) in the sample. The most common single stress factors were childhood sleep disorders (30.0% of the affected families), from within the group of clinically relevant symptoms, and severe exhaustion of the main caregiver (28.0% of the affected families) in the category of psychosocial stress factors. Two of the three psychosocial stress factors expressing abnormalities in parent-child interaction were not assigned at all in the sample by the paediatricians.

Overall, the paediatricians found child-centred burdens in 69.3% of the affected families, parent-centred burdens in 36.0%, and family-related burdens in 30.7%.

Two thirds of the cases identified as burdened at „U5“ showed no more anomalies at the time of the 6-month follow-up. The risk of presenting anomalies at „U6“ was nevertheless 3.6 times higher for children who already had early stress factors at „U5“. In a logistic regression model, a combination of sleep disorders and abnormalities in development/behaviour at around the age of 6 months proved to be the best predictor (13.0% variance explained; moderate to high effect: Cohen's  $f = 0.39$ ). In addition, abnormalities in development/behaviour at „U5“ specifically predicted developmental delays at „U6“ (9.9% variance explained; moderate effect: Cohen's  $f = 0.33$ ).

62,7% of all burdened families (54.0% of the solely psychosocial, 71.4% of the solely clinical and 70.6% of the multiple burdened families) received a form of support initiated by the paediatricians at the time of the „U5“ check-up. Overall, paediatricians offered in-depth counselling to 44% of the affected families and/or each referred 10.7% to an outpatient clinic and/or to “Frühe Hilfen“. The documented referral rate of psychosocially stressed families to the “Frühe Hilfen“ network increased to 26.7% in the course of the study. 56.3% of the referrals were based on the “Pädiatrischer Anhaltsbogen“.

70.0% of paediatricians plan to integrate the “Pädiatrischer Anhaltsbogen“ as a standard tool in their daily practice. They also stated that the instrument was helpful and increased their focus on psychosocial stress during early check-ups.

The results show that the evaluation of psychosocial stress factors in the context of paediatric early check-ups is showing considerable promise, and that it can clearly be built on. Given the orientation of early check-ups on the child's health and development, paediatricians mainly perceive child-centred factors. The focus on psychosocial burdens appears to be clearly expanding: families with psychosocial burdens were the largest group in the sample.

---

Paediatricians often perceive certain psychosocial burdens in relation to the child, but also in relation to the parents. Other, rather sensitive topics (abnormal parent-child interaction) are scarcely evaluated, although it remains unclear whether this is because they are not being reliably recognized or are being "avoided".

The fact that only just over half of the solely psychosocially burdened families received support measures indicates that there are still clear hurdles to be overcome in this process. The overall rate of referrals to "Frühe Hilfen" was rather low, but use of the "Pädiatrischer Anhaltbogen" more than doubled the number.

The future training of paediatricians can contribute to improving both the evaluation of psychosocial burdens and the instigation of suitable support during early check-ups. These should be focused on the assessment of parent-child interaction but also include specific communication training. Furthermore, information on contact persons, content and intentions of "Frühe Hilfen" could reduce possible barriers within the system and thus contribute to more intensive networking.

In addition, future longitudinal studies should investigate which additional conditions contribute to a persistence of anomalies in the first year of life. Evidence based risk profiles for this age group could then be drawn up that would help focus on specific burdens during early paediatric check-ups.

The "Pädiatrischer Anhaltbogen" already fulfils its primary task of supporting paediatricians in taking the psychosocial burdens of their patient families into account. It also sensitises them for a possible referral to the family support network "Frühe Hilfen". As a compass for paediatric residents it contributes to the collaborative task of preventive child protection.



---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>Summary .....</b>	<b>6</b>
<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. Psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit .....</b>	<b>16</b>
2.2.1.Arten psychosozialer Belastung .....	16
2.2.2.Prävalenz .....	20
2.2.3.Bedeutung für den kindlichen Entwicklungsverlauf.....	21
<b>2.3. Klinische Belastungen in der frühen Kindheit .....</b>	<b>24</b>
2.3.1.Frühkindliche Regulationsstörungen .....	24
2.3.1.1. <i>Störungsbild</i> .....	24
2.3.1.2. <i>Prävalenzen</i> .....	26
2.3.1.3. <i>Bedeutung für den kindlichen Entwicklungsverlauf</i> .....	27
2.3.2.Postpartale Depression .....	29
2.3.2.1. <i>Störungsbild</i> .....	29
2.3.2.2. <i>Prävalenz</i> .....	30
2.3.2.3. <i>Bedeutung für den kindlichen Entwicklungsverlauf</i> .....	31
<b>2.4. Protektive Faktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung.....</b>	<b>34</b>
<b>2.5. Frühe Hilfen .....</b>	<b>38</b>
2.5.1.Definition .....	38
2.5.2.Die Rolle der Pädiatrie in den Frühen Hilfen .....	41
2.5.3.Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen.....	43
2.5.3.1. <i>Zielgruppe</i> .....	44
2.5.3.2. <i>Gegenstand</i> .....	44
2.5.3.3. <i>Einsatzorte</i> .....	45
2.5.3.4. <i>Nutzen</i> .....	46
<b>2.6. Der Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem     Unterstützungsbedarf (U3-U6).....</b>	<b>48</b>
2.6.1.Entwicklung .....	48
2.6.2.Inhalt	49
2.6.3.Systematik.....	49
<b>2.7. Zwischenzusammenfassung .....</b>	<b>50</b>

---

<b>3. Ziele und Fragestellungen .....</b>	<b>52</b>
<b>4. Methoden .....</b>	<b>54</b>
<b>4.1. Studiendesign .....</b>	<b>54</b>
<b>4.2. Stichprobe .....</b>	<b>56</b>
4.2.1. Stichprobe 1: Pädiater und Pädiaterinnen.....	56
4.2.1.1. <i>Ein- und Ausschlusskriterien .....</i>	<i>56</i>
4.2.1.2. <i>Rekrutierung .....</i>	<i>56</i>
4.2.1.3. <i>Stichprobenumfang.....</i>	<i>56</i>
4.2.2. Stichprobe 2: Untersuchte Familien .....	57
4.2.2.1. <i>Ein- und Ausschlusskriterien .....</i>	<i>57</i>
4.2.2.2. <i>Rekrutierung .....</i>	<i>57</i>
4.2.2.3. <i>Stichprobenumfang.....</i>	<i>58</i>
<b>4.3. Erhebungsmethoden .....</b>	<b>58</b>
4.3.1. Instrumente .....	58
4.3.1.1. <i>Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen</i> <i>Unterstützungsbedarf (U3-U6).....</i>	<i>58</i>
4.3.1.2. <i>Nichtteilnehmerfragebogen.....</i>	<i>60</i>
4.3.1.3. <i>Nachuntersuchungsfragebogen.....</i>	<i>60</i>
4.3.1.4. <i>Praktikabilitätsfragebogen .....</i>	<i>60</i>
4.3.2. Untersuchungsablauf .....	61
4.3.2.1. <i>Pädiaterschulungen .....</i>	<i>61</i>
4.3.2.2. <i>Betreuung der teilnehmenden Praxen .....</i>	<i>61</i>
4.3.2.3. <i>Datenerhebung.....</i>	<i>62</i>
<b>4.4. Auswertungsmethoden .....</b>	<b>63</b>
4.4.1. Gruppenvergleiche .....	63
4.4.2. Zusammenhangsmaße .....	63
4.4.3. Prädiktion .....	63
<b>5. Ergebnisse .....</b>	<b>65</b>
<b>5.1. Querschnittliche Untersuchungen .....</b>	<b>65</b>
5.1.1. Evaluation psychosozialer und klinischer Belastungsfaktoren anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens zum Zeitpunkt der U5.....	65
5.1.1.1. <i>Beschreibung der Stichprobe .....</i>	<i>65</i>
5.1.1.2. <i>Belastungsfaktoren der untersuchten Familien .....</i>	<i>69</i>
5.1.1.3. <i>Vorgehen der Pädiater_innen bei belasteten Familien.....</i>	<i>80</i>
5.1.1.4. <i>Ressourcen der Familien.....</i>	<i>82</i>
5.1.1.5. <i>Zusammenfassung der Ergebnisse zum Untersuchungszeitpunkt der</i> <i>Früherkennungsuntersuchung U5 .....</i>	<i>83</i>

---

5.1.2. Nachuntersuchung zum Zeitpunkt der U6: Auffälligkeiten und Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen.....	84
5.1.2.1. Beschreibung der Stichprobe .....	84
5.1.2.2. Auffälligkeiten im Rahmen der U6 .....	85
5.1.2.3. Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen .....	87
5.1.2.4. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Untersuchungszeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6 .....	89
<b>5.2. Längsschnittliche Untersuchungen .....</b>	<b>90</b>
5.2.1. Prädiktion von Auffälligkeiten bei U6 .....	90
5.2.2. Verlauf von bei U5 auffälligen Kindern .....	93
5.2.2.1. Auffälligkeitszeitpunkt und Merkmale auffälliger Familien .....	93
5.2.2.1. Auffälligkeitszeitpunkt und Vergleich der Belastungsfaktoren .....	94
5.2.2.2. Auffälligkeitszeitpunkt und Anzahl der Belastungsfaktoren .....	96
5.2.2.3. Auffälligkeitszeitpunkt und Belastungsgruppe .....	97
5.2.2.4. Auffälligkeitszeitpunkt und Vorhandensein familiärer Ressourcen .....	98
5.2.2.5. Auffälligkeitszeitpunkt und Betreuung .....	99
5.2.3. Zusammenfassung der längsschnittlichen Untersuchungen .....	100
<b>5.3. Praktikabilitätsevaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens .....</b>	<b>101</b>
5.3.1. Zeitaufwand .....	101
5.3.2. Verständlichkeit .....	101
5.3.3. Nützlichkeit .....	101
5.3.4. Beurteilung positiver und negativer Eigenschaften .....	103
5.3.5. Zusammenfassung der Praktikabilitätsauswertung .....	104
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>105</b>
<b>6.1. Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>105</b>
6.1.1. Evaluation gesundheitsrelevanter Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der U5 .....	105
6.1.1.1. Festgestellter Unterstützungsbedarf .....	105
6.1.1.2. Familienanamnese .....	107
6.1.1.3. Psychosoziale Belastungen und klinisch relevante Symptome .....	108
6.1.1.4. Zwischenfazit .....	117
6.1.2. Beobachtung des Zusammenhangs und des Verlaufs der Auffälligkeiten zwischen Früherkennungsuntersuchung U5 und U6 .....	118
6.1.2.1. Prädiktion von Auffälligkeiten bei U6 .....	118
6.1.2.2. Auffälligkeitsverlauf .....	121
6.1.2.3. Zwischenfazit .....	125
6.1.3. Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen und Vermittlungsrate in Frühe Hilfen .....	127
6.1.4. Praktikabilität und Akzeptanz des Pädiatrischen Anhaltsbogens .....	132
<b>6.2. Diskussion der Methoden .....</b>	<b>135</b>

---

6.2.1. Stichprobe: Ein- und Ausschlusskriterien, Rekrutierungsstrategien und Stichprobenzusammensetzung .....	135
6.2.2. Datenerhebung und Studiendesign .....	142
<b>7. Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis.....</b>	<b>147</b>
<b>8. Literatur .....</b>	<b>152</b>
<b>9. Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>167</b>
<b>10. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>168</b>
<b>11. Anhang .....</b>	<b>169</b>
11.1. Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6).....	169
11.2. Handanweisung zum pädiatrischen Anhaltsbogen.....	173
11.3. Nichtteilnehmerfragebogen.....	176
11.4. Nachuntersuchungsfragebogen .....	177
11.5. Praktikabilitätsfragbogen.....	180
<b>12. Danksagung .....</b>	<b>184</b>

## 1. Einleitung

Das grundlegende, uneingeschränkte Recht des Kindes auf ein gesundes, behütetes und gewaltfreies Aufwachsen ist in der UN-Kinderrechtskonvention (Vereinte Nationen, 1989) verankert. Ihrem Kind einen möglichst guten Start in sein Leben zu ermöglichen, ist in aller Regel auch das oberste Ziel von Eltern. Allerdings gelingt dies aufgrund belastender Lebensbedingungen nicht immer – ein Umstand, der zu späteren gesundheitlichen Auffälligkeiten des Kindes führen kann. Das Krankheitsspektrum bei Kindern hat sich in den letzten Jahrzehnten generell verändert: Es findet eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten statt, gleichzeitig nehmen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen immer mehr zu (Schlack, 2004). Häufig lassen sich psychische Auffälligkeiten auf den Einfluss früher starker psychosozialer Belastungen zurückführen. Eine Kumulation solcher Belastungsfaktoren kann die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig negativ beeinflussen und im Extremfall das Kindeswohl gefährden. Bekannt gewordene gravierende Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung waren Anfang der 2000-er Jahre der Anstoß zu einer gesellschaftspolitischen Debatte darüber, ob Konzepte, Verfahren und Ressourcen im Kinderschutz ausreichen, um Kinder dahingehend effektiv zu schützen. Der Fokus wurde daraufhin stärker auf die frühzeitige Förderung und Prävention gelenkt (Paul, 2012). Ergebnis dieses Umdenkens war die Etablierung der Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ im Jahr 2012, die eine dauerhafte Förderung von früh einsetzenden, freiwilligen, lokal vernetzten und passgenauen Präventionsangeboten für psychosozial belastete Familien ab Beginn der Schwangerschaft bis zu einem Alter der Kinder von drei Jahren vorsieht. Hochrelevante Akteure im Bereich der Frühen Hilfen sind niedergelassene Kinder- und Jugendärzt\_innen: Durch die regelmäßig stattfindenden Früherkennungsuntersuchungen stellen sie meist die erste Berufsgruppe dar, die einen stabilen Zugang zu Familien erhält. Dadurch kommt ihnen eine besondere Relevanz beim Erkennen familiärer psychosozialer Belastungen und bei der Vermittlung passender Hilfen zu. Auch die aktuellen Kinderrichtlinien sehen vor, dass im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung Beratung zu regionalen Unterstützungsmöglichkeiten stattfindet (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2018). Geeignete Einschätzungshilfen für das Vorliegen eines psychosozialen Unterstützungsbedarfs können die Expertise der Kinder- und Jugendärzt\_innen ergänzen und so helfen, die hohen Erwartungen zu erfüllen, die im Kontext des Erhalts der Kindergesundheit an diese Berufsgruppe gestellt werden. Diese lagen jedoch bis zur Entwicklung des „Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf in den Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6)“ (Martens-Le Bouar et al., 2013) in Deutschland für dieses Setting nicht vor. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem erstmaligen Praxiseinsatz des Instruments innerhalb der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung.

---

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1. Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit

Frühe, inzwischen weitgehend überholte Gesundheitsmodelle verstanden Gesundheit über eine Negativdefinition als die Abwesenheit von Krankheit (biomedizinisches bzw. pathogenetisches Modell). Die Entstehung von Krankheit wurde nach diesem Modell vor allem durch biologische Faktoren (genetische Bedingungen, Viren etc.) erklärt; soziale und psychologische Einflüsse wurden dagegen kaum berücksichtigt (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Die Forschung der letzten Jahrzehnte konnte allerdings einen Einfluss von Lebensgewohnheiten, Risikoverhalten und kritischen Umweltbedingungen auf unsere Gesundheit eindeutig nachweisen (Lippke & Renneberg, 2006). Die erste offizielle Definition, die ein positives Gesundheitsverständnis vermittelte und gleichzeitig neben individuellen biologischen auch psychosoziale Faktoren ausdrücklich einbezog, stammt von der Weltgesundheitsorganisation WHO (1948): „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“. Mit dieser Begriffsbestimmung wurde der Grundstein für ein neues, umfassenderes Verständnis von Gesundheit gelegt. Der Sozialmediziner George L. Engel (1976) stellte dem biomedizinischen ein erweitertes biopsychosoziales Modell gegenüber, in dem sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren, die in Wechselwirkung zueinander stehen, zur Erklärung von Erkrankungen herangezogen werden. Gesundheit bedeutet im biopsychosozialen Modell eine ausreichende Kompetenz, beliebige Stressoren auf beliebigen Ebenen (organisch, psychologisch, sozial) abwehren bzw. bewältigen zu können. Sie wird demnach nicht als das Fehlen pathogener Auslöser oder das Ausbleiben psychosozialer Auffälligkeiten oder Störungen verstanden, sondern als Fähigkeit, diese Faktoren wirksam zu kontrollieren. Krankheit stellt sich entsprechend dann ein, wenn relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Menschen durch ungenügende Bewältigungskompetenzen bei auftretenden Störungen eingeschränkt sind (Egger, 2005). Krankheit und Gesundheit werden hier nicht als Zustand, sondern als dynamisches Geschehen verstanden, das aktiv aufrechterhalten werden muss.

Doch auch die beschriebene Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische und soziale Bedingungsfaktoren brachte keine Abkehr vom krankheitsorientierten „Defizitmodell“ (Bengel et al., 2001, S.18) des Menschen. Entscheidend waren hier weitere Entwicklungen in Medizin, Psychologie und Soziologie, die die biopsychosoziale Idee ergänzen sollten: Parallel zur vermehrten Beachtung des Konzepts der Resilienz in der Entwicklungspsychopathologie entwickelte sich in den Gesundheitswissenschaften in den 1970-er Jahren die „salutogenetische Perspektive“, die in großen Teilen auf den Medizinsoziologen Aaron Antono-

---

vsky (1979) zurückgeht. Durch ihre Orientierung an Faktoren, die eine gesundheitsrelevante Schutzwirkung haben, rückte erstmals die Frage nach der Erhaltung von Gesundheit in den Vordergrund. Der Ansatz der Salutogenese wurde daher vor allem in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sehr gut angenommen (Bengel et al., 2001). Zentrale Annahme der salutogenetischen Sichtweise ist ein Vorhandensein sogenannter „generalisierter Widerstandsressourcen“ auf die im Belastungszustand zurückgegriffen werden kann. Diese Ressourcenorientierung ergänzte das heute sehr verbreitete und akzeptierte biopsychosoziale Modell, das auch die Grundlage der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organization (WHO), 2001) bildet, die insbesondere im Bereich der tertiären Prävention/ Rehabilitation Einsatz findet. Auch hier gilt die Vorstellung, dass Interaktionen zwischen Personen- und Umweltfaktoren den Kontext für erfolgreiche Rehabilitationsprozesse darstellen. Funktionale Gesundheit wird über ein Wechselspiel von biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen) und solchen Bedingungen, die Menschen als handelnde (Aktivitäten), selbstbestimmte und gleichberechtigte Individuen der Gesellschaft (Teilhabe) ausmachen, definiert (Schuntermann, 2005).

Es besteht also weitgehend Einigkeit darüber, dass psychosoziale Belastungsfaktoren im Zusammenspiel mit individuellen biologischen Gegebenheiten eine entscheidende Rolle für die Erhaltung von Gesundheit oder Entstehung von Krankheit jedes Menschen spielen. Da mittlerweile bekannt ist, dass die Vulnerabilität von Kindern im ersten Lebensjahr gegenüber Umweltfaktoren besonders hoch ist und gleichzeitig deren Widerstandskräfte in der Regel noch nicht sehr ausgeprägt sind (Schlack, 2009), sollte besonderes Augenmerk auf die frühe Erfassung solcher Faktoren, aber auch die Stärkung möglicher Ressourcen anhand geeigneter präventiver Angebote gelegt werden.

Im Folgenden soll zunächst auf psychosoziale Belastungsfaktoren und deren mögliche Auswirkungen auf die Kindergesundheit eingegangen werden.

## 2.2. Psychosoziale Belastungen in der frühen Kindheit<sup>1</sup>

### 2.2.1. Arten psychosozialer Belastung

Seit Jahrzehnten sind frühe Risikofaktoren und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung Gegenstand der Forschung. Der Begriff „Risikofaktoren“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Gesamtheit an Bedingungen, die eine Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Entwicklungsauffälligkeiten erhöht (Garmezy, 1983). Dabei gibt es verschiedene Ansätze, Risikofaktoren, die sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können, einzuordnen. Meist wird hier auf dichotome Unterteilungen zurückgegriffen, wie z. B. „individuelle Vulnerabilitäten“ (biologische Faktoren) und „Stressoren“ (psychosoziale Faktoren) (Laucht, 1999), „internale“ und „externale“ Faktoren (Laucht, Esser & Schmidt, 2000a) oder auch enger gefasst „Besonderheiten des kindlichen Temperaments bzw. der Entwicklung“ und „Belastungen durch Aufwachsen unter ungünstigen Bedingungen“ (Kindler & Künster, 2013).

Auch die spezifische Bedeutung von Stressoren, also psychosoziale, die Lebensumwelt des Kindes betreffende Risikofaktoren, wurde in diversen Längsschnittstudien erforscht und deren Relevanz insbesondere für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten belegt (Esser, Laucht & Schmidt, 1994). Der Begriff „psychosozial“ geht ursprünglich auf ein entwicklungspsychologisches Modell des Psychiaters Erik H. Erikson (1959) zurück und fasst Faktoren zusammen, die im Rahmen der Interaktion zwischen psychischer Befindlichkeit und sozialen Gegebenheiten verortet werden: Das Erleben und Verhalten eines Menschen wird von Merkmalen seiner sozialen und soziokulturellen Umwelt geprägt, andersherum ist auch die Gestaltung der Umwelt von diesen psychischen Faktoren abhängig. Da Umweltbedingungen naturgemäß interindividuell stark variieren, entsteht hier eine Fülle an möglichen Bedingungen, die als psychosoziale Risiken wirken können. Dies spiegelt sich auch in dem Versuch wider, psychosoziale Belastungsfaktoren zu kategorisieren und zu beforschen: Es finden sich umfassende Literatur und diverse Studien, die sich mit dieser Aufgabe auseinandersetzen und dabei unterschiedliche Herangehensweisen zeigen.

So bilden beispielsweise Laucht und Kollegen (2000a) in einer Längsschnittstudie bei der Erhebung psychosozial belasteter Lebensumstände die Kategorien „Auffälligkeiten der Eltern“ (niedriges Bildungsniveau, psychische Störung, Delinquenz, anamnestic Belastungen, mangelnde Bewältigungsfähigkeiten, jugendliches Alter), „Auffälligkeiten der Partnerschaft“ (Disharmonie, frühe Elternschaft, Ein-Eltern-Familie, unerwünschte Schwangerschaft) sowie „Auffälligkeiten der familiären Lebensbedingungen“ (beengte Wohnverhältnisse, man-

---

<sup>1</sup> Teile dieses Abschnitts wurden bereits als Buchkapitel veröffentlicht, siehe: Friedmann, A. (2016). Psychosoziale Belastungen und protektive Faktoren. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 109-115). Heidelberg: Springer.



gelnde soziale Integration und Unterstützung, ablehnendes und vernachlässigendes Milieu, chronische Schwierigkeiten). Heilig (2014) unterscheidet dagegen in einer Überblicksarbeit bei psychosozialen Risiken zwischen familiären Beziehungsstrukturen und Rahmenbedingungen der Familie.

Auch andere Studien fokussieren bei der Kategorisierung von psychosozialen Umweltfaktoren auf familiäre Charakteristika. Dies ist vor allem in den ersten Lebensjahren des Kleinkindes gut nachvollziehbar: Die Lebensumwelt des Säuglings und Kleinkindes ist zunächst – meist ausschließlich – seine Familie. Eine Längsschnittuntersuchung von Burchinal, Peisner-Feinberg, Pianta und Howes (2002), welche die Entwicklung kognitiver und prosozialer Fertigkeiten von 511 Kindergartenkindern bis ins Grundschulalter verfolgte, konnte zeigen, dass die Charakteristika der Familie (Eltern-Kind-Beziehung, Art des Erziehungsstils, elterliche Überzeugungen, Stress und Sorgen, etablierte Familienroutinen, sozial, kognitiv und emotional unterstützendes Familienklima) die am besten geeigneten Prädiktoren für den kindlichen Entwicklungsverlauf darstellten; dies war selbst dann noch zutreffend, wenn das Kind ganztags fremdbetreut war. Charakteristika der Familie scheinen demnach unter den psychosozialen Faktoren für den kindlichen Entwicklungsverlauf besonders bedeutsam. Beziehungs- und Erziehungsaspekte werden dabei als insbesondere für die ersten beiden Lebensjahre relevant hervorgehoben (Heilig, 2014): Allgemein herrscht Konsens darüber, dass eine negative Eltern-Kind-Interaktion einen der stärksten Prädiktoren für kindliche Verhaltensauffälligkeiten über die gesamte frühe Kindheit hinweg darstellt. So beobachteten beispielsweise Smeekens, Riksen-Walraven und van Bakel (2007) mittels Eltern- und Erzieherurteil 116 Kinder hinsichtlich der Entwicklung externalisierender Verhaltensstörungen im Alter von 15 und 28 Monaten sowie 5 Jahren und konnten einen bedeutsamen Zusammenhang mit der Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion feststellen. Auch eingeschränkte kognitive und emotionale Kompetenzen im Alter von fünf Jahren konnten in einer Längsschnittstudie ( $N = 493$ ) von Linver, Brooks-Gunn und Kohen (2002) mit einer frühen negativen Eltern-Kind-Interaktion in Verbindung gebracht werden. Zusätzlich wird der Eltern-Kind-Interaktion eine Mediatorrolle zwischen kindlicher Entwicklung und verschiedenen psychosozialen Belastungen wie Gewalterfahrungen (Gewirtz & Edleson, 2007) oder dem sozio-ökonomischen Status (Ayoub, O'Connor, Rappolt-Schlichtmann, Valotton, Raikes & Chazan-Cohen, 2009) zugesprochen.

Als Grundstein der Beziehung zwischen Eltern und Kind ist die kindliche Bindung zu sehen. Desorganisierte Bindungsmuster (Erleben der Bezugsperson als zugleich schutzgebender und ängstigender Faktor (Grossmann & Grossmann, 2007)) zeigen konsistent starke Zusammenhänge mit der späteren Entwicklung von insbesondere externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Smeekens et al., 2007).

Neben der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist auch die der Paarbeziehung zwischen den Eltern relevant für die kindliche Entwicklung: So konnte gezeigt werden, dass bereits bei Säuglingen spezifische Zusammenhänge zwischen Paarbeziehungs-Qualität und Verhaltensweisen des Kindes bestehen. Sowohl die Häufigkeit und Intensität elterlicher Konflikte als auch die Art der Konfliktlösung spielen hier eine Rolle für die kindliche Anpassungsleistung (Zeanah, Boris & Larrieu, 1997). Dabei haben von Konflikten geprägte Elternbeziehungen das Potential sowohl direkt im Sinne von Nachahmungslernen elterlichen Verhaltens (Kelly, 2000) als auch indirekt im Sinne anhaltender Verhaltensprobleme (Criss, Pettit, Bates, Dodge & Lapp, 2002) auf die kindliche Entwicklung einzuwirken. Häufig wurde in der Vergangenheit auch davon ausgegangen, dass eine Trennung der Eltern einen bedeutsamen psychosozialen Risikofaktor darstellt. Es konnte aber gezeigt werden, dass die mit Scheidung und Trennung einhergehenden Konflikte den weitaus wichtigeren Prädiktor für kindliche Anpassungsprobleme darstellen als das Scheidungsereignis selbst. Insgesamt sind die Auswirkungen von Trennungen der Eltern tatsächlich weniger ausgeprägt als häufig angenommen wurde (Kelly, 2000).

Auch Erziehungsaspekte spielen unter familiären Beziehungsstrukturen als mögliche psychosoziale Risiken eine Rolle: Negative Auswirkungen auf den kindlichen Entwicklungsverlauf scheint ein inkonsistentes, wenig vorhersagbares, aber gleichzeitig strenges und feindseliges Erziehungsverhalten zu haben (Gloger-Tippelt, Vetter & Rauh, 2001): Für Kinder, die einem solchen Erziehungsklima ausgesetzt sind, besteht häufig ein erhöhtes Risiko für externalisierende Verhaltensstörungen (Smeeckens et al., 2007).

Einen Sonderfall stellen Familien dar, in denen Elternteile unter einer psychischen Erkrankung leiden: Die Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes akkurat wahrzunehmen und sensitiv darauf zu reagieren, ist hier häufig stark eingeschränkt (Mattejat, 2002; Papoušek, 2002). Auch viele weitere relevante psychosoziale Belastungen, die das Risiko für psychische Störungen bei Kindern erhöhen, sind in Familien mit psychisch kranken Elternteilen überrepräsentiert (Ihle, Esser, Martin, Blanz, Reis & Meyer-Probst, 2001). Es finden sich beispielsweise in höherem Ausmaß inkonsistente Erziehungsweisen (Mattejat & Remschmidt, 2008), schwerwiegende und langandauernde Paarkonflikte und ein instabiles Familienklima (Plass & Wiegand-Grefe, 2012) sowie soziale Isolation durch die Tabuisierung bzw. Ausgrenzung aufgrund der Erkrankung (Mattejat, 2005). Die elterliche psychische Erkrankung kann demnach als ein psychosoziales Kernmerkmal verstanden werden, welches das kindliche Entwicklungsumfeld stark beeinträchtigt (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Abgesehen von ungünstigen Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie können allgemein auch schwierige familiäre Rahmenbedingungen einen negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen. Hierunter fällt insbesondere Armut in den ersten Lebensjahren (häufig verbunden mit stark beengten Wohnverhältnissen), wobei das eigentliche Familieneinkom-

men keinen direkten Einfluss hat, sondern eine Mediatorrolle über weitere familiäre Risikokonstellationen einnimmt, die häufig mit einem niedrigen sozioökonomischen Status einhergehen (Qualität der häuslichen Lernumgebung, Eltern-Kind-Beziehung, elterliches Erziehungsverhalten) (Foster, Lambert, Abbott-Shim, McCarty & Franze, 2005). Auch ein niedriges Bildungsniveau – insbesondere der Mutter – wird unter psychosozialen Risiken subsumiert (Ayoub et al., 2009).

Häufig wird auch das Vorliegen eines Migrationshintergrunds als psychosozialer Risikofaktor diskutiert. Hier gilt es allerdings genau zu differenzieren: Es wurden zwar durchaus Faktoren gefunden, die einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund haben können (z. B. Prozess der Migration, Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit), ihre Wirkweise ist dabei aber unklar (Stevens & Vollebergh, 2008). Häufig assoziiert wird ein niedriger sozioökonomischer Status oder beengter Wohnraum (Bradley, Corwyn, Burchinal, Pipes McAdoo & García Coll, 2001), was per se aber kein Kennzeichen des Faktors Migrationshintergrund bildet, sondern, wie zuvor erläutert, einen eigenen Belastungsfaktor darstellt. Insgesamt gibt es tatsächlich keine eindeutigen Belege dafür, dass Kinder mit Migrationshintergrund gefährdeter für Entwicklungsauffälligkeiten sind als Kinder, die unter ansonsten ähnlichen Lebensbedingungen in ihrem Herkunftsland aufwachsen (Stevens & Vollebergh, 2008).

Weitere in Quer- und Längsschnittstudien gesicherte psychosoziale Belastungsfaktoren, die unter bestimmten Umständen relevant sind für eine spätere körperliche oder psychische Erkrankung von Kindern, stellen das Aufwachsen in einem Ein-Eltern-Haushalt (Lösel, Bliesener & Köferl, 1989; Reister, 1995), der Verlust wichtiger Bezugspersonen (Dührssen, 1984), ein geringer Altersabstand in der Geschwisterfolge von unter 24 Monaten (Werner & Smith, 1982; Tress, 1986), eine längere Trennung von den Eltern im ersten Lebensjahr (Werner & Smith, 1982) und eine hohe Risikogesamtbelastung (Lieberz & Schwarz, 1987) dar.

### 2.2.2. Prävalenz

Wie im vorhergehenden Punkt dargestellt, umfasst der Begriff „psychosoziale Belastungen“ eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Umweltfaktoren, was eine abschließende Darstellung von entsprechenden Prävalenzraten erschwert. Kindler und Künster (2013) bieten einen stellvertretenden Überblick über das Vorkommen einzelner psychosozialer Belastungsfaktoren, die besonders im frühen Alter von null bis drei Jahren relevant sind:

**Tabelle 1: Prävalenzen psychosozialer Belastungsfaktoren nach Kindler und Künster (2013)**

Art der psychosozialen Belastung	%	Quelle
Bindungsdesorganisation	20	Gloger-Tippelt et al. (2001)
Relative Armut	18	Grabka und Frick (2010)
Trennung der Eltern	7-10	Bastin, Keyenfeld und Schnor (2012)
Gewalt gegen Mutter	4	Stöckl, Hertlein, Himsl, Delius, Hasbargen, Friese und Stöckl (2012)
Erhöhte Depressivität der Mutter	18	Sperlich, Arnhold-Kerri und Geyer (2012)
Erhöhte Angst der Mutter	17	Sperlich et al. (2012)
Soziale/sprachliche Isolation	4	Ziegenhain, Thurn, Künster, Besier, Roudil d'Ajoux, Böttinger, Fegert, Renner und Kindler (2011)
Rasche Schwangerschaftsfolge	4	Ziegenhain et al. (2011)
Alleinerziehender Elternteil	3	Ziegenhain et al. (2011)
Unerwünschte Schwangerschaft	2	Ziegenhain et al. (2011)
Drohende Überlastung wegen erhöhter Fürsorgeanforderungen beim Kind	4	Ziegenhain et al. (2011)

Untersuchungen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum zeigen, dass insgesamt etwa 15-20% aller Kinder psychosoziale Belastungen erleben (Costello, 1986; Costello, Costello, Edelbrock, Burns, Dulcan & Brent, 1988a; Costello, Costello, Edelbrock, Burns, Dulcan, Brent & Janiszewski, 1988b; Costello, Edelbrock, Costello, Dulcan, Burns & Brent, 1988c;

Costello, 1989; Earls, 1989). Für Deutschland sind bisher keine vergleichbaren Zahlen bekannt.

### **2.2.3. Bedeutung für den kindlichen Entwicklungsverlauf**

Studien belegen mittlerweile hinreichend, dass psychosoziale Umweltfaktoren in den Lebenswelten von Säuglingen einen signifikanten Einfluss auf deren spätere Entwicklung und Gesundheit haben (Laucht, Esser, Schmidt, Ihle, Löffler, Stöhr, Weindrich & Weinel, 1992; Egle, Hoffmann & Steffens, 1997; Laucht et al., 2000a; Laucht, Esser & Schmidt, 2000b; Egle, Hardt, Franz & Hoffmann, 2002; Laucht et al., 2002; Egle, Franz, Joraschky, Lampe, Seiffge-Krenke & Cierpka, 2016). Eine besondere Bedeutung haben dabei Belastungen, die bereits während der Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit auftreten. Hier zeigt die neurokognitive Entwicklung ihre größte Dynamik und das Kind verfügt nur über geringe Bewältigungs- und Schutzmöglichkeiten gegenüber Umweltfaktoren (Laucht et al., 2000a; Schlack, 2009). Bei Studien, die sich mit dem Einfluss psychosozialer Umweltfaktoren auf die Kindergesundheit beschäftigen, handelt es sich meist um Längsschnittstudien, die den Entwicklungsverlauf der Kinder mit und ohne Belastungen begleiten und vergleichen. Im Folgenden sollen beispielhaft eine großangelegte deutsche Studie und eine bedeutsame Untersuchung aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum vorgestellt werden.

Die prospektive „Mannheimer Risikokinderstudie“ (Laucht et al., 2000a) untersuchte 362 Kinder ab dem dritten Lebensmonat hinsichtlich der Entwicklung kognitiver, motorischer und sozial-emotionaler Fähigkeiten zu verschiedenen Messzeitpunkten (3 Monate, 24 Monate, 4,5 Jahre, 8 und 11 Jahre). Für die Studie wurde ein 2x3-faktorielles Design gewählt: Die Kinder wurden unter Einbezug eines Vorliegens psychosozialer und/oder organischer Risikofaktoren und des entsprechenden Schweregrads (kein Risiko, moderates Risiko, hohes Risiko) in neun Gruppen eingeteilt. Eine moderate psychosoziale Risikobelastung war beim Vorliegen von ein bis zwei, eine hohe bei mehr als zwei psychosozialen Belastungsfaktoren gegeben. Psychosoziale Belastungen wurden dabei in drei Kategorien erhoben: „Auffälligkeiten der Eltern“ umfassten ein niedriges Bildungsniveau, psychische Störungen, Delinquenz, anamnestische Belastungen, mangelnde Bewältigungsfähigkeiten und ein besonders junges Alter bei der Geburt des Kindes. Mit „Auffälligkeiten der Partnerschaft“ waren Disharmonie, frühe Elternschaft, Ein-Eltern-Familien und eine unerwünschte Schwangerschaft gemeint. Schließlich gab es noch „Auffälligkeiten der familiären Lebensbedingungen“, worunter beengte Wohnverhältnisse, mangelnde soziale Integration und Unterstützung, ablehnendes und vernachlässigendes Milieu und chronische Schwierigkeiten subsummiert wurden. Die organische Risikobelastung wurde über eine Anzahl verschiedener prä-, peri- und postpartaler Auffälligkeiten definiert, die sich auf medizinische Komplikationen während der Schwangerschaft (drohende Frühgeburt, Gestose, sehr niedriges Geburtsgewicht), der Geburtspha-

se (Asphyxie-Zeichen: abweichende pH- und Lactatwerte sowie CTG-Auffälligkeiten) und der Neonatalzeit (Ateminsuffizienz mit Respiratortherapie, Krampfanfälle, Sepsis) beziehen.

Kinder, die frühen psychosozialen Belastungen unterlagen, hatten im Alter von acht Jahren (anders als die organisch belasteten Kinder) zwar keine signifikant größeren Schwächen im motorischen Bereich als die unbelastete Kontrollgruppe, wohl aber in der kognitiven und vor allem auch in der sozial-emotionalen Entwicklung. Die von der hochbelasteten Gruppe erzielten Intelligenzleistungen unterschieden sich im Durchschnitt um fast eine Standardabweichung von den unbelasteten Kindern der Kontrollgruppe. Die Auswirkungen erheblicher früher psychosozialer Belastungen auf die kognitive Entwicklung im Grundschulalter konnten damit in ihrem Ausmaß mit den Folgen organischer Komplikationen verglichen werden. Psychosozial hochbelastete Kinder waren dadurch auch in ihrer schulischen Entwicklung erheblich beeinträchtigt. Sie besuchten signifikant häufiger eine Förderschule und wurden in größerem Umfang verspätet eingeschult oder hatten häufiger die erste Klasse wiederholt. Im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung wiesen diese Kinder eine signifikant höhere Symptomsumme und damit ein höheres Maß an psychischen Auffälligkeiten auf als die unbelasteten Kinder: Rund 40% der hochbelasteten Kinder waren psychisch auffällig, wovon ca. ein Viertel dringend behandlungsbedürftige Störungen aufwies. Psychosoziale Risiken waren dabei insbesondere mit vermehrten expansiven Auffälligkeiten (z. B. Aggressivität, Hyperaktivität) assoziiert, es fand sich aber auch eine erhöhte Anzahl introversiver Probleme (z. B. Ängstlichkeit, Depressivität). Kinder, die multiple, also sowohl psychosoziale als auch biologische Belastungen in ihrer Anamnese aufwiesen, hatten insgesamt die ungünstigste Entwicklungsprognose: Sie wiesen zu jedem Messzeitpunkt in allen Funktionsbereichen den größten Rückstand zur unbelasteten Kontrollgruppe auf.

Die Ergebnisse wurden in einem Follow-up bestätigt, als die Kinder 11 Jahre alt waren (Laucht et al., 2002).

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass Kinder aus der psychosozial hochbelasteten Gruppe bereits im frühen Alter von 3 Monaten erkennbare kognitive Entwicklungsdefizite aufwiesen. Der Entwicklungsvorsprung der nicht belasteten Kinder der Kontrollgruppe vergrößerte sich im Kleinkindalter erheblich und blieb in diesem Ausmaß bis zum Alter von 11 Jahren bestehen – dies galt selbst für Kinder, die zum Zeitpunkt der Geburt nur eine moderate psychosoziale Risikobelastung aufwiesen. Einen ähnlichen Verlauf nahm die sozial-emotionale Entwicklung psychosozial belasteter Kinder, wobei stärker belastete Kinder hier mehr Auffälligkeiten aufwiesen.

Eine weitere bedeutende Untersuchung, die gleichzeitig eine der ersten prospektiven Längsschnittstudien zu den Auswirkungen psychosozialer Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung darstellt, ist die Arbeit von Werner und Smith (1982), die in den 1950-er Jahren auf der

hawaiianischen Insel Kauai ihre Anfänge fand. Die gesamte Kohorte der 1955 auf Kauai geborenen Kinder ( $N = 698$ ) wurde hier über einen Zeitraum von 40 Jahren anhand von acht Messzeitpunkten (bei der Geburt, wenige Tage nach der Geburt, im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren) hinsichtlich ihrer Entwicklung verfolgt. Hauptziel der Studie war die Identifikation von Langzeitfolgen prä- und perinataler Risiken (vergleichbar mit den oben erläuterten organischen Belastungen der Mannheimer Risikokinderstudie) und ungünstiger Lebensumstände (psychosoziale Belastungsfaktoren) auf die physische, kognitive und psychische Entwicklung. Zur Erhebung der entsprechenden Outcomes wurden Verhaltensbeobachtungen der Kinder und Interviews von Eltern, Kinderkrankenschwestern, Psychologen, Pädiatern, Sozialarbeitern und auch Institutionen (Behörden der Polizei, Familiengericht, Sozial- und Gesundheitswesen) herangezogen; ab dem 18. Lebensjahr wurden die Probanden selbst befragt. Zu den prä- und perinatalen Risiken zählten insbesondere schwierige Schwangerschaftsverläufe und geburtsbedingte Komplikationen, unter ungünstigen Lebensumständen wurden chronische Armut, dauerhafte familiäre Disharmonie, Scheidung oder Trennung der Eltern, geringes Bildungsniveau der Mutter sowie psychische elterliche Erkrankungen oder Substanzmissbrauch verstanden.

Ein Drittel der Stichprobe konnte anhand eines Vorliegens von mindestens vier dieser Belastungsfaktoren vor dem zweiten Lebensjahr in die Risikogruppe eingeteilt werden. Die überwiegende Mehrheit der Kinder aus der Risikogruppe zeigte im Alter von 10 Jahren schwerwiegende Lern- und Verhaltensprobleme, neigte eher zur Delinquenz und litt im Jugendalter unter psychischen Auffälligkeiten oder nutzte längerfristig therapeutische Hilfsangebote. Die Risiko-Mädchen waren außerdem häufiger minderjährig schwanger geworden. Im Erwachsenenalter hatten die Männer aus der Risikogruppe mehr Einträge ins Strafregister, sowohl Frauen als auch Männer hatten häufiger eine Scheidung erlebt. Werner und Kollegen (1992) kamen im Rahmen ihrer Beobachtungen zu dem Schluss, dass viele organische Belastungen im Lebensverlauf an Bedeutung verloren oder ihre negative Wirkung vor allem im Zusammenspiel mit psychosozialen Risiken entfalteten, was einen wichtigen Hinweis auf die besondere Relevanz ungünstiger Lebensumstände in der frühen Kindheit darstellt.

Diese Daten belegen eindrucksvoll den potentiell negativen Einfluss starker psychosozialer Belastungsfaktoren auf die kindliche Entwicklung. Entsprechende Auswirkungen können teilweise offenbar bis ins Erwachsenenalter fortbestehen. Eine frühe Erfassung solcher Belastungen bereits im ersten Lebensjahr und eine zeitnahe Unterstützung der Familie als Lebensumwelt des Kindes sind damit eindeutig indiziert.

Zusätzlich zu psychosozialen Belastungen gibt es sowohl auf kindlicher als auch auf Elternseite klinisch relevante Symptome, die sich unmittelbar und ebenso langfristig negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können.

## 2.3. Klinische Belastungen in der frühen Kindheit

Je jünger ein Kind ist, umso stärker ist es auf fürsorgende Erwachsene angewiesen. In sämtlichen Alltagssituationen ist es zunächst von der koregulatorischen Unterstützung durch seine primären Bezugspersonen abhängig: Dies gilt beim Beruhigen, Füttern, Schlafen, Spielen und Explorieren und auch bei der Abgrenzung von Situationen, die das Kind überfordern (Ziegler, 2016). Das Verhalten und biopsychosoziale Gleichgewicht eines Säuglings ist dadurch stets eingebettet in seine Beziehungen zu den wichtigsten Bezugspersonen (von Klitzing, Döhnert, Kroll & Grube, 2015). Klinisch relevante Belastungen sind daher solche, die eine Störung der Eltern-Kind-Interaktion und -beziehung mit sich bringen können. Dies ist sowohl bei frühkindlichen Regulationsstörungen auf Kindseite als auch bei einem Vorliegen postpartaler Depression auf Elternseite der Fall.

Zunächst sollen nun Verhaltensprobleme in den Bereichen Schreien, Füttern und Schlafen im Sinne frühkindlicher Regulationsstörungen sowie deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung erläutert werden.

### 2.3.1. Frühkindliche Regulationsstörungen

#### 2.3.1.1. *Störungsbild*

Unter frühkindlichen Regulationsstörungen werden Einschränkungen des Säuglings bei der Anpassung an seine Umwelt, Regulierung seines Verhaltens und Erregungsniveaus sowie seiner Selbstberuhigungsfähigkeiten verstanden (Sidor, Fischer & Cierpka, 2013a). Eltern unterstützen ihren Säugling in aller Regel dabei, bei übermäßiger Erregung (Stress, Müdigkeit, Hunger) wieder in einen ausgeglichenen Zustand zurückzufinden. Im Fall einer Regulationsstörung können durch eine misslingende Abstimmung zwischen Eltern und Kind im ungünstigsten Fall aber sogenannte „Teufelskreise“ in Gang gesetzt werden: kindliche extreme Verhaltensweisen (z. B. exzessives Schreien, Verweigern der Nahrungsaufnahme, ungewöhnlich lang benötigte Einschlafdauer oder übermäßig häufiges nächtliches Aufwachen) führen zur Überforderung der Eltern, die aufgrund der erlebten Hilflosigkeit keine angemessene koregulatorische Unterstützung mehr leisten können, was wiederum die Symptomatik auf Kindseite verstärkt. Es wird daher auch von der Trias der Regulationsstörung (kindliches Regulationsproblem, elterliches Überlastungssyndrom, dysfunktionale Interaktion) gesprochen, die durch mangelnde Ressourcen und vielfältige psychosoziale Belastungen von außen zusätzlich beeinflusst werden kann (Papoušek, 2009). Die frühkindliche Regulationsstörung ist demnach von der Wechselwirkung zwischen kindzentrierten, biologischen Faktoren (z. B. schwach ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstregulation, leichte Irritierbarkeit) und psychosozialen Bedingungen (elterliche Erschöpfung, mangelnde Unterstützung, Störungen der



Eltern-Kind-Interaktion) geprägt (Ziegler, 2016) und entspricht damit dem biopsychosozialen Definitionsmodell von Krankheit.

Differenziert dargestellt handelt sich bei frühkindlichen Regulationsproblemen also auch um Störungen der Eltern-Kind-Kommunikation. Dennoch werden Regulationsstörungen als klinisch relevante Symptome des Kindes eingeordnet, da sie sich zunächst deutlich auf der kindlichen Verhaltensebene bemerkbar machen: Sie äußern sich im Säuglingsalter vor allem im Rahmen von persistierendem exzessivem Schreien, Schlafstörungen und Fütterstörungen. Zusätzlich sind im Kleinkindalter auch frühkindliche Verhaltensstörungen (exzessive Wutanfälle, oppositionelles Verhalten, exzessives Trotzen, exzessives Klammern) relevant. Die belastenden Symptome müssen zur Diagnose einer Regulationsstörung mindestens zwei regulatorische Bereiche betreffen und mindestens für einen Monat an mindestens vier Tagen pro Woche aufgetreten sein (von Gontard, Möhler & Bindt, 2015). Zusätzlich müssen organische Ursachen für das Verhalten des Säuglings im Vorfeld pädiatrisch generell ausgeschlossen werden.

Kardinalsymptome des exzessiven Schreiens sind ein scheinbar grundloses, unstillbares Schreien und eine vermehrte Irritierbarkeit sowie Übermüdung und Überreizung des Säuglings, die sich mit Hilfe üblicher Beruhigungsstrategien nicht durchbrechen lassen; der Säugling scheint zudem kaum Selbstregulationsmöglichkeiten zu besitzen. Von persistierend exzessivem Schreien wird erst nach dem dritten Lebensmonat gesprochen, da vor dieser Zeit noch von einem normalen Adaptionsprozess ausgegangen wird (von Gontard et al., 2015; Zero to Three, 2016a). Die zeitliche Dimension wird dabei häufig über die sogenannten „Wessel-Kriterien“ (Wessel, Cobb & Jackson, 1954) definiert: Das Schreiverhalten eines gesunden und wohlgenährten Säuglings wird dann als exzessiv bezeichnet, wenn es für mehr als drei Stunden am Tag, an mehr als drei Tagen die Woche für einen Zeitraum, der mehr als drei Wochen beträgt, andauert.

Bei kindlichen Schlafstörungen werden Ein- und Durchschlafstörungen unterschieden. Die Problematik muss auch hier über einen bestimmten Mindestzeitraum vorhanden sein, um von einer klinischen Relevanz ausgehen zu können: Diese kann erst ab einer Häufigkeit von fünf bis sieben Episoden pro Woche für mehr als einen Monat angenommen werden (von Gontard et al., 2015). Einschlafstörungen (diagnostizierbar frühestens ab dem 6. Lebensmonat) werden entweder anhand der ungewöhnlich langen Dauer (regelmäßig länger als 30 Minuten) bis zum tatsächlichen Einschlafen oder durch die permanente Notwendigkeit der elterlichen Anwesenheit und übermäßige Häufigkeit der elterlichen Kontakte in der Einschlafsituation deutlich (Zero to Three, 2016b). Durchschlafstörungen, diagnostizierbar frühestens ab dem 8. Lebensmonat, sind dagegen durch ein häufiges, nicht nur vorübergehendes Aufwachen gekennzeichnet, das entweder elterliche Intervention oder Wechsel zum elterlichen Bett erfordert (von Gontard et al., 2015).

Frühkindliche Fütterstörungen jenseits der Neugeborenenperiode zeichnen sich durch von den Eltern als problematisch und belastend beschriebene Füttersituationen mit Mahlzeitendauer von mehr als 45 Minuten ohne ein klares Beenden der Mahlzeit aus. Oft zu beobachten sind zudem häufige Mahlzeiten mit kurzen Intervallen von weniger als zwei Stunden. Die Hauptnahrungsaufnahme erfolgt meist nicht zu den gesetzten Essenszeiten, sondern zwischen den Mahlzeiten oder im Halbschlaf. Die Symptome müssen eine Dauer von mindestens einem Monat haben (von Hofacker, Lehmkuhl, Resch, Papoušek, Barth & Jacubeit, 2007).

Allen drei Symptomkomplexen ist das Potential einer extremen Belastung des Familiensystems gemein, die – wie bereits oben erläutert – eine Störung der Eltern-Kind-Interaktion beinhalten und dadurch schädlichen Einfluss auf die Kindesentwicklung haben kann: Eltern werden häufig durch den ausbleibenden Effekt ihrer Beruhigungsbemühungen stark in ihrem Zutrauen bezüglich ihrer Kompetenzen, das Baby angemessen zu versorgen, verunsichert (Beebe, Casey & Pinto-Martin, 1993), was zu dysfunktionalen Interaktionsmustern und einer Störung der gegenseitigen Bindung zwischen Eltern und Kind führen kann (Papoušek & von Hofacker, 1998). In Extremfällen kann diese Konstellation bis zur Misshandlung des Kindes führen: Regulationsstörungen gelten als Risikofaktor für ein Schütteltrauma des Säuglings (Barr, Trent & Cross, 2006).

#### 2.3.1.2. Prävalenzen

Regulationsstörungen werden häufig unterschiedlich definiert, operationalisiert und diskutiert (von Gontard et al., 2015), was die häufig stark schwankende Spanne von Prävalenzraten in diesem Bereich erklärt. In einer Telefonumfrage von Wurmser, Laubereau, Hermann, Papoušek und von Kries (2001) wurde bei 21% von 662 Kindern retrospektiv durch die Eltern eine Schreiproblematik innerhalb der ersten drei Lebensmonate festgestellt, wovon 39,6% auch persistierendes exzessives Schreien nach dem dritten Lebensmonat zeigten. Dies entsprach ca. 8% der Gesamtpopulation. Je nach Definition und Erhebungsmethode schwanken die Inzidenzen für exzessives Schreien zwischen mindestens 4,9% (Schmid, Schreier, Meyer & Wolke, 2010), 5,8% (von Kries, Kalies & Papoušek, 2006) bis zu 19% (St. James-Roberts & Halil, 1991). Kindliche Schlafstörungen finden sich laut Schieche, Rupprecht und Papoušek (2004) bei 15% bis 20% aller Säuglinge. Andere Untersuchungen gehen von 10% bis zu 30% (Wurmser, 2009; Scholtes, Benz & Demant, 2012) innerhalb der ersten zwei Lebensjahre aus. Auch Fütterstörungen werden allgemein mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit von etwa 15% bis 20% angegeben (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). Schmid et al. (2010) konnten hier in einer großen prospektiven Studie ( $N = 4.427$ ) eine etwas geringere Rate von 12,7% betroffener Kinder im Alter von fünf Monaten finden. Unter multiplen

Regulationsstörungen (Vorliegen aller drei Problembereiche) leiden ca. 2% bis 3% aller Kinder (von Kries et al., 2006).

Frühkindliche Regulationsstörungen sind im Kontext kindlicher Entwicklung, der Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben und der frühen Eltern-Kind-Beziehung zu sehen. Die Indikation für eine weiterführende Behandlung ergibt sich dabei aus der Schwere und Dauer der Störung, wobei psychosoziale Umweltfaktoren für eine Beurteilung einbezogen werden sollten. Verfügen Eltern und Kind über gute Bewältigungsressourcen, haben Regulationsstörungen unter Behandlung erfahrungsgemäß eine gute Prognose (Ziegler, 2016) – ist dies nicht der Fall, können sich auch negative Langzeitfolgen für den kindlichen Entwicklungsverlauf ergeben.

### 2.3.1.3. *Bedeutung für den kindlichen Entwicklungsverlauf*

Auch wenn es sich bei Regulationsstörungen unter angemessener Therapie größtenteils um intermittierende Auffälligkeiten handelt, ist das nicht immer der Fall. Schmid et al. (2010) fanden beispielsweise in einer prospektiven Studie 8% betroffener Kinder, die persistierende Störungen bis ins Vorschulalter aufwiesen. Regulationsprobleme wurden dabei im Alter der Kinder von 5, 20 und 56 Monaten durch Pädiater\_innen im Interview mit den Eltern erhoben. Säuglinge, die im Alter von 5 Monaten unter exzessivem Schreien – sowohl isoliert oder Kombination mit Fütter- oder Schlafstörungen auftretend – oder an isolierten Fütterstörungen litten, hatten ein mehr als 7-fach erhöhtes Risiko, auch im Alter von 20 Monaten Ess- und Fütterschwierigkeiten zu zeigen. Im Vorschulalter konnte ein auffälliges Essverhalten durch eine Kombination aus früherem auffälligem Schrei- und Essverhalten, Schlaf- und Essverhalten oder aller drei Bereiche prädiziert werden. Schlafstörungen (isoliert und in Kombination mit anderen Problembereichen) im Alter von 20 Monaten hingen mit Schlafstörungen zusammen, die bereits im Alter von 5 Monaten festgestellt wurden. Exzessives Schreien erwies sich als Prädiktor für Schlafprobleme der Kinder im Vorschulalter. Kinder mit Regulationsproblemen zeigten allerdings nicht nur anhaltende Probleme im Sinne homotypischer Kontinuitäten in den Bereichen Füttern und Schlafen: Es konnte auch ein Zusammenhang mit weiteren Anpassungsproblemen und geringerer Sozialkompetenz (gemessen anhand Trennungssituation von der Mutter oder anderen Bezugspersonen, Verständnis und Einhalten von Spielregeln, Akzeptanz unter Gleichaltrigen, Qualität des Rollenspiels, Verständnis emotionalen Ausdrucks, Sauberkeitserziehung) im Vorschulalter festgestellt werden.

Eine weitere Längsschnittstudie (Winsper & Wolke, 2014) mit einem sehr großen Stichprobenumfang von 10.630 Familien untersuchte anhand von Elternfragebögen Kinder mit frühen Regulationsstörungen zu verschiedenen Zeitpunkten (6, 15-18, 25 und 30 Monate) zunächst auf die Persistenz ihrer Auffälligkeiten. Ziel der Studie war es dabei herauszufinden, ob persistierende Regulationsprobleme ein dysreguliertes Verhaltenssyndrom (gemessen mittels

Fragebögen mit 4, 7, 8, und 9,5 Jahren) bedingen können. Dysreguliertes Verhalten (im Sinne von externalisierenden Verhaltensschwierigkeiten wie Hyperaktivität und internalisierenden Auffälligkeiten (überwiegend negative Emotionalität)) konnte im Verlauf des Kindesalters durch früheres exzessives Schreien, Schlaf- und/oder Fütterstörungen sowie Kombinationen dieser Problembereiche miterklärt werden. Stark dysreguliertes Verhalten in der Kindheit wird mit ausgeprägten psychopathologischen Symptomen im jungen Erwachsenenalter in Verbindung gebracht (Althoff, Verhulst, Rettew, Hudziak & van der Ende, 2010).

Sidor, Fischer, Eickhorst und Cierpka (2013b) beobachteten in einer Hochrisikopopulation (Vorliegen psychosozialer Risiken wie Armut, elterliche Psychopathologie, Minderjährigkeit der Mutter etc.) mittels Fragebögen, wie bestehende Regulationsstörungen im Alter zwischen vier und sechs Monaten die Entwicklung der Kinder ( $N = 153$ ) mit 12 Monaten beeinflussten. Sie identifizierten sowohl eine hohe Kontinuität von Regulationsstörungen zwischen den beiden Messzeitpunkten als auch einen Einfluss auf die kindliche sozial-emotionale Entwicklung.

Eine Zusammenfassung der möglichen Auswirkungen frühkindlicher Regulationsstörungen bieten Hemmi, Wolke und Schneider (2011), die eine Metaanalyse über 22 Längsschnittstudien zu dieser Thematik durchführten. Sie fanden, dass Kinder, die in einem frühen Alter Regulationsprobleme gehabt hatten, insgesamt mehr spätere Verhaltensprobleme aufweisen als gesunde Kontrollkinder. Dies gilt sowohl für internalisierende (Angst, Depression, sozialer Rückzug) als vor allem auch für externalisierende (Anpassungsstörungen, destruktive und aggressive Verhaltensweisen, Wutausbrüche) Verhaltensauffälligkeiten. Auch bezüglich der späteren Konzentrationsfähigkeit (ADHS Diagnose, Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Konzentrationsschwierigkeiten) zeigten diese Kinder erhöhte Auffälligkeiten. Früheres exzessives Schreien hatte dabei den größten negativen Effekt auf die Entwicklung.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass umfassende empirische Evidenz darauf hinweist, dass Kinder mit frühkindlichen Regulationsstörungen sowohl ein erhöhtes Risiko haben, persistierende Auffälligkeiten in den bereits betroffenen Verhaltensbereichen zu zeigen, als auch weitere psychopathologische Symptome zu entwickeln. Das Risiko für negative Langzeiteffekte ist insbesondere dann erhöht, wenn zusätzliche belastende psychosoziale, individuelle (etwa schwieriges Temperament des Kindes) oder Umweltfaktoren (z. B. psychische Erkrankung eines Elternteils) und insbesondere dysfunktionale Muster in der Eltern-Kind-Interaktion vorliegen (Hemmi et al., 2011).

Während sich frühkindliche Regulationsstörungen vorrangig auf der kindlichen Verhaltensebene manifestieren, gibt es auch klinisch relevante Belastungen, die sich auf Elternseite offenbaren und nachfolgend beschrieben werden.

### 2.3.2. Postpartale Depression

Die Zeit rund um die Geburt gilt aufgrund der assoziierten tiefgreifenden körperlichen und emotionalen Veränderungen als besonders vulnerable Periode für das Auftreten psychischer Erkrankungen (Bergant, Nguyen, Moser & Ulmer, 1998). Ohne entsprechende Behandlung von auftretenden Symptomen wie Trauer, Ausdruckslosigkeit oder Ambivalenz gegenüber dem Säugling kann es zu einer Vielzahl von Problemen kommen, die sich negativ auf die Mutter-Kind-Interaktion und damit auch auf die kindliche Entwicklung auswirken können (Besier & Ziegenhain, 2016). Die am häufigsten auftretende behandlungsbedürftige, psychische Störung ist in diesem Zusammenhang die postpartale Depression (Reck, 2007).

#### 2.3.2.1. Störungsbild

Das Störungsbild der postpartalen Depression ist durch eine depressive Verstimmung in Verbindung mit Antriebsmangel, Energie- und Freudlosigkeit, Interessenverlust, ausgeprägter Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Ängsten, Sorgen, Schuldgefühlen und zum Teil auch Suizidgedanken geprägt, die in der Zeit nach der Geburt auftritt. Damit entsprechen die Merkmale den klassischen Symptomen einer Depression, allerdings wird berichtet, dass zusätzlich häufig eine besonders ausgeprägte emotionale Instabilität/Labilität vorliegen kann (O'Hara, 1987). Der Ausprägungsgrad der postpartalen Depression kann dabei zwischen Anpassungsstörungen und schwersten depressiven Episoden variieren (Reck, 2007). Die Leitsymptome müssen laut ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015) für mindestens zwei Wochen vorliegen, um die Voraussetzungen für eine Diagnose zu erfüllen, und treten meist in den ersten Wochen nach der Entbindung auf, wobei sie unbehandelt mehrere Monate anhalten können (Reck, 2007). Abgegrenzt werden postpartale Depressionen vom sogenannten „Baby Blues“, bei dem es sich um eine kurz andauernde milde depressive Symptomatik handelt. Der „Baby-Blues“ tritt mit einer Prävalenzrate von ca. 50% zumeist zwischen dem zweiten und dem fünften Tag nach der Geburt auf, die Dauer kann sich von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen erstrecken (von Ballestrem, Strauß & Kächele, 2005), wobei die Symptome meist von selbst wieder verschwinden und in aller Regel nicht behandlungsbedürftig sind.

Typischerweise lässt sich im Fall der postpartalen Depression das Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind durch mangelnde Responsivität, verstärkte Passivität oder Intrusivität, häufigerem negativem Affekt und reduzierter Mimik beschreiben (Reck, Hunt, Fuchs, Weiss, Noon, Möhler, Downing, Tronick & Mundt, 2004). In der Literatur wird zudem wiederholt über einen Mangel an Empathie und emotionaler Verfügbarkeit berichtet. Die Fähigkeit, kindliche Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen und prompt zu beantworten ist demnach bei depressiven Müttern reduziert (Reck, 2007). Zusätzlich schätzen sie sich

bezüglich ihrer elterlichen Selbstwirksamkeit deutlich niedriger ein als nichtdepressive Mütter (Teti & Gelfand, 1997). Insgesamt sind interaktionelle Abstimmungsprozesse bei erkrankten Müttern häufig deutlich beeinträchtigt, wie beispielsweise Cohn, Campell, Matias und Hopkins (1990) anhand von Videoanalysen der Interaktion depressiver und nichtdepressiver Mutter-Kind-Dyaden zeigen konnten. Als Risikofaktoren für eine postpartale Depression werden vorhergegangene depressive Episoden, traumatische Erlebnisse wie eine Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, hohe Stressbelastung in der Schwangerschaft, eine ungewollte Schwangerschaft, traumatisches Erleben der Geburt, biologische Auslöser, sozioökonomische Faktoren, mangelnde soziale Unterstützung und geringe Partnerschaftszufriedenheit, angenommen (O'Hara, Zekoski, Phillipps & Wright, 1990; von Ballestrem et al., 2005).

### 2.3.2.2. Prävalenz

Die Prävalenzraten für postpartale Depression schwanken stark abhängig von Messinstrumenten, dem Zeitpunkt der Erhebung innerhalb der postpartalen Phase und sind kulturell bedingt verschieden (Reck, Struben, Backenstrass, Stefenelli, Reinig, Fuchs, Sohn & Mundt, 2008). Im angloamerikanischen Sprachraum werden Prävalenzen zwischen 10% und 15% angenommen (Harris, Huckle, Thomas, Johns & Fung, 1989; O'Hara et al., 1990; Riecher-Rössler, 1997; Cooper & Murray, 1998). Auch in Deutschland gibt es unterschiedlich hohe Auftretensraten, allerdings liegen die Werte im internationalen Vergleich insgesamt deutlich niedriger: Von Ballestrem et al. (2005) untersuchten 772 Mütter 9-12 Wochen nach der Geburt ihres Kindes anhand der Screeninginstrumente „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) und „Hamilton Depression Scale“ (Hamilton, 1960) und konnten 3,6% Betroffene identifizieren. Reck et al. (2008) rekrutierten 1.024 Mütter in Geburtskliniken und screeneten sie innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt ihres Kindes (2, 4, 6, 8, 10 und 12 Wochen postpartal) mittels Fragebögen („Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (Cox et al., 1987) und „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004)) und per Telefon-Interview. 6,1% aller teilnehmenden Frauen zeigten Zeichen einer Depression, wobei 4,6% in der Anamnese keine vorhergehenden Depressionen berichtet hatten, sondern zu diesem Zeitpunkt erstmals depressive Symptome erlebten. Reulbach, Bleich, Knörr, Burger, Fasching, Kornhuber, Beckmann und Goecke (2009) fanden in der FRAMES-Studie (Franconian Maternal Health Evaluation Studies) unter 1.100 Frauen sechs Monate nach Geburt ihres Kindes 6,3% mit leichten und 4,4% mit mäßigen bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomen. In der Bayerischen Längsschnittstudie (BLS) (Kurstjens & Wolke, 2001) berichteten 7% der Mütter rückblickend seit Geburt ihres Kindes von Episoden im Sinne einer Minor oder Major Depression. Prävalenzraten der postpartalen Depression liegen also in Deutschland mehrheitlich unter 10%.

### 2.3.2.3. *Bedeutung für den kindlichen Entwicklungsverlauf*

Diverse Studien haben den Einfluss mütterlicher Depression auf die kindliche Entwicklung untersucht. Dabei besteht Einigkeit darüber, dass affektive Zustände in den ersten Lebensmonaten des Säuglings in enger Beziehung zum mütterlichen Verhalten stehen, das seinerseits wiederum von Verhaltensweisen des Kindes beeinflusst wird (Diego, Field, Hart, Hernandez-Reif, Jones, Cullen, Schanberg & Kuhn, 2002): Depressive Symptome können eine Einschränkung der mütterlichen Fähigkeit zur interaktiven Regulation kindlicher Affektzustände bewirken, was die emotionale und kognitive Entwicklung des Säuglings ebenso wie den Krankheitsverlauf der Mütter ungünstig beeinflussen kann (Reck, Backenstraß, Möhler, Hunt, Resch & Mundt, 2001). Papoušek (2001) beschreibt typische Verhaltensmuster von Kindern in der Interaktion mit depressiv erkrankten Müttern: Charakteristisch sind ein vermehrter Rückzug, ein geringes Maß an positivem Affekt und eine häufige Vermeidung des Blickkontakts. Diese Verhaltensweisen können hier einerseits als Teil der Selbstregulation verstanden werden. Das Wegdrehen des Kopfes und die aktive Vermeidung des Blickkontakts des Säuglings kann als Schutzversuch vor dem negativen Effekt des wenig responsiven Verhaltens der Mutter interpretiert werden (Tronick & Gianino, 1986). Andererseits handelt es sich bei diesen Verhaltensmustern offenbar um eine Abstimmung des kindlichen Affekts und seiner Responsivität auf das depressionstypische Verhalten der Mutter (Cohn & Tronick, 1983). Eine Studie, die sich mit der Generalisierung von frühkindlichen „depressiven Interaktionsverhaltensweisen“ beschäftigte (Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Schanberg, Zimmermann & Kuhn, 1988), untersuchte, ob 3-6 Monate alte Säuglinge in der Interaktion mit nichtdepressiven fremden Frauen ähnliche Verhaltensweisen aufwiesen wie mit ihren depressiven Müttern. Es wurde evident, dass Säuglinge nicht nur mit ihren depressiven Müttern, sondern auch im Kontakt mit der nichtdepressiven Person depressionstypische Muster zeigten, die durch ein geringes Maß an positivem Affektausdruck und ein erniedrigtes Aktivitätsniveau gekennzeichnet waren. Es handelt sich also vermutlich um erlerntes Verhalten, das sich auch kurzfristig – selbst bei Verfügbarkeit eines nichtdepressiven Interaktionspartners – nicht normalisiert. Zusätzlich schien das Säuglingsverhalten auch eine negative Rückwirkung auf die nichtdepressiven Frauen zu haben: Sie legten in der Interaktion mit den Kindern erkrankter Mütter ebenfalls depressionstypische Verhaltensweisen an den Tag. Diese Ergebnisse untermauern die oben beschriebene Wechselwirkung zwischen mütterlichem und kindlichem Affekt. Es besteht weiterhin die Annahme, dass das Erleben des Säuglings, das Interaktionsverhalten der Mutter nicht positiv beeinflussen und damit keine Reziprozität herstellen zu können, bereits in frühem Alter zu einem Gefühl der Ineffektivität und einer erlernten Hilflosigkeit führt, welche häufig als Risikofaktor für spätere depressive Störungen verstanden werden (Cohn & Tronick, 1983). Eine Meta-Analyse von 19 Studien (Beck, 1995) bestätigt einen signifikanten mittleren bis großen Effekt postpartaler De-

pression auf die Mutter-Kind-Interaktion im ersten Lebensjahr. Die Beeinträchtigung der Interaktionsabläufe zwischen depressiv erkrankter Mutter und Kind stellt also vermutlich eine zentrale Mediatorvariable für die Entstehung von Auffälligkeiten im kindlichen Entwicklungsverlauf dar (Reck, 2007).

Diese Auffälligkeiten machen sich sowohl im Säuglings- als auch im frühen Kindesalter auf der kognitiven und auf der sozial-emotionalen Entwicklungsebene bemerkbar. Eine weitere Meta-Analyse über neun Studien von Beck (1998) konnte für Kinder ab einem Jahr einen signifikanten, wenn auch eher schwachen Effekt postpartaler Depression auf kognitive und emotionale Outcomes finden: Kinder mit depressiven Müttern zeigten mehr Verhaltensprobleme und eine insgesamt niedrigere kognitive Funktionalität als solche, die nichtdepressive Mütter hatten. Murray (1992) verglich die kognitive Entwicklung von 18 Monate alten Kindern mit depressiven Müttern ( $N = 56$ ) und Müttern ohne depressive Erkrankung ( $N = 42$ ) und konnte feststellen, dass das schlussfolgernde Denken (Objektpermanenz) der Kinder mit erkrankten Müttern signifikant schwächer ausgeprägt war. Die Effekte waren auch im Vorschulalter noch nachzuweisen (Sharp, Hay, Pawlby, Schmucher, Allen & Kumar, 1995). Eine Studie aus dem deutschsprachigen Raum (Kurstjens & Wolke, 2001) kommt dagegen zu dem Schluss, dass der Einfluss mütterlicher Depression auf die kognitive Leistung in den ersten sieben Lebensjahren eher vernachlässigbar ist.

Unumstritten ist dagegen der Effekt postpartaler Depression auf die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern und die damit verbundenen emotionalen Schwierigkeiten. Unter emotionalen Schwierigkeiten werden in diesem Kontext Einschränkungen in zwischenmenschlicher Interaktion, des kindlichen Bindungsverhaltens und allgemeine Verhaltensauffälligkeiten des Kindes verstanden (Murray & Cooper, 1996). Stein, Gath, Bucher, Bond, Day und Cooper (1991) untersuchten in einer Spielsituation 19 Monate alte Kinder mit ihren depressiven ( $n = 49$ ) und gesunden ( $n = 49$ ) Müttern. Kinder mit erkrankten Müttern zeigten weniger affektiven Austausch, ein insgesamt geringer ausgeprägtes Interaktionsverhalten und mehr negative Reaktionen. Als sie mit einer fremden Person konfrontiert wurden, war ihr Sozialverhalten eingeschränkter als bei Kindern nichtdepressiver Mütter. Zudem wiesen Kinder mit erkrankter Mutter im Alter von 18 Monaten besonders häufig einen unsicher-vermeidenden Bindungstypus auf (Murray, 1992) und zeigten laut Elternurteil häufiger Verhaltensauffälligkeiten in den Bereichen Schlafen, Essen, exzessives Trotzen und in Trennungssituationen. Auch im Grundschulalter wurden diese Kinder von ihren Lehrern als verhaltensauffällig eingestuft (Sinclair & Murray, 1998), was auf einen langfristigen Effekt postpartaler Depression in diesem Bereich deuten lässt.

Neuere Studien weisen auch auf einen konkreten Zusammenhang zwischen postpartaler Depression und exzessivem Schreien des Säuglings hin (Akman, Kusçu, Özdemir, Yurdakul, Solakoglu, Orhan, Karabekiroglu & Özek, 2006). Zusätzlich werden die Effekte postpartaler



---

Depression auf die kindliche Entwicklung in Risikopopulationen, die zusätzlich von psychosozialen Belastungen betroffen sind, als gravierender beschrieben (Sharp et al., 1995).

Eine frühzeitige und passgenaue Vermittlung von Hilfen für Familien in besonderen Belastungssituationen erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll und häufig notwendig, um einem schädlichen Einfluss psychosozialer und/ oder klinischer Belastungsfaktoren auf die kindliche Entwicklung entgegenzuwirken. Dabei gilt es auch, sich potentieller Wechselwirkungen und Interaktionseffekte zwischen biologischen Faktoren und psychosozialen Belastungen bewusst zu sein und Familien mit beiden, also multiplen Belastungen, aufgrund möglicher kumulativer negativer Effekte als ausgewiesene Risikogruppe (Scheithauer & Petermann, 1999; Laucht et al., 2000b) besonders im Auge zu behalten. Protektive Faktoren des Kindes und der gesamten Familie sollten dabei ebenfalls mit in den Blick genommen werden, um zu einem umfassenden Bild und einer Abwägung zwischen Belastungen und Ressourcen gelangen zu können.

## 2.4. Protektive Faktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung

Mit der Frage, warum viele Kinder trotz vielfältiger Belastungen und Risiken gesund bleiben bzw. sich normal entwickeln, beschäftigt sich die Resilienzforschung. Der Begriff „Resilienz“ bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen (Rutter, 1987) und ist demnach als psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken zu verstehen (Wustmann, 2005). Ziel der Resilienzforschung ist es, protektive Faktoren personaler und sozialer Ressourcen zu identifizieren, die das Potenzial haben, Risiken abzuschwächen und negative Folgereaktionen zu reduzieren.

In der Literatur unterscheidet man häufig drei Formen biologischer und psychosozialer protektiver Faktoren: kindzentrierte, familienzentrierte und weitere soziale Umweltfaktoren (Lenz, 2008; Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009).

Unter kindzentrierten Schutzfaktoren, spielen zunächst die biologischen, also nicht veränderbaren, Bedingungen eine Rolle. Hierunter werden regelmäßig Temperamentsmerkmale genannt: Die protektive Wirkung von Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, sozialer Kontaktfreude und einer überwiegend positiven Stimmungslage wird immer wieder in Überblicksarbeiten erwähnt (Egle et al., 1997; Egle et al., 2002). Den Beginn der systematischen Befassung mit Temperamentsmerkmalen im Säuglings- und Kleinkindalter stellt die New Yorker Längsschnittstudie von Thomas, Chess und Birch (1970) dar, die einen elementaren Einfluss auf die spätere Forschung hatte. Die Forscher untersuchten zu mehreren Zeitpunkten (2 Monate, 6 Monate, 1 Jahr, 2, 5 und 10 Jahre) anhand von Fragebögen, Beobachtungen und Elterninterviews die Entwicklung von 141 Kindern, die sie in unterschiedliche Temperamentstypen einteilten: Kinder mit „einfachem Temperament“ zeigten einen regelmäßigen Tagesrhythmus (ausgeglichene Schlaf- und Essgewohnheiten), gute Anpassungsfähigkeiten an neue Erfahrungen, positives Annäherungsverhalten gegenüber ihren Mitmenschen und eine mittlere oder positive Stimmungslage. Ein „schwieriges Temperament“ zeichnete sich durch einen fehlenden Tagesrhythmus (unregelmäßige Schlaf- und Essgewohnheiten), geringere Anpassungs- und Annäherungstendenzen und eine eher negative Stimmung aus; diese Kinder waren außerdem hoch irritabel und schrien häufig. Die Beobachtung des Entwicklungsverlaufs ergab, dass bis zu 70% der Kinder mit „schwierigem Temperament“ Verhaltensstörungen entwickelten, wogegen nur 18% der Kinder mit „einfachem Temperament“ von solchen Auffälligkeiten betroffen waren. Daraus schlossen Thomas et al. (1970), dass die oben genannten Merkmale, die ein „einfaches Temperament“ auszeichneten, eine protektive Wirkung auf die kindliche Entwicklung ausüben. Die methodische Qualität der New Yorker Längsschnittstudie kann allerdings kritisiert werden: Es ist fraglich, ob die rigide Gruppeneinteilung von Säuglingen in die gefundenen Temperamentstypen rea-

litätsnah sein kann oder hier vielmehr eine individuellere Sicht- und Herangehensweise aussagekräftigere Ergebnisse erbracht hätte. Tatsächlich konnten die Forscher auch lediglich 65% ihrer Stichprobe den gebildeten Gruppen zuordnen, während die übrigen Kinder meist Mischformen aus den Temperamentstypen bildeten und sich daher nicht kategorisieren ließen (Thomas et al., 1970). Dennoch wird die Arbeit von Thomas und Kollegen bis heute als Meilenstein der Temperamentsforschung betrachtet (Bengel et al., 2009) und deren Typologie des Temperaments in Forschung und Praxis nach wie vor häufig als Grundlage für Untersuchungen verwendet.

Unter den biologischen kindzentrierten Schutzfaktoren wird neben Temperamentsmerkmalen immer wieder die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht diskutiert. Dieses Ergebnis beruht auf Befunden aus Studien, die zeigten, dass Mädchen im Kindesalter bis zur Pubertät seltener an psychischen Erkrankungen leiden als Jungen (Werner & Smith, 2001; Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002). Mädchen werden daher insbesondere im frühen Kindesalter als weniger vulnerabel für psychosozialen Stress verstanden.

Ein weiterer biologischer protektiver Faktor wird in der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie (Lösel & Bender, 1994) beschrieben. Hier wurden 146 Jugendliche aus Institutionen der Heimbetreuung im Hinblick auf psychosoziale Schutzfaktoren unter belasteten Entwicklungsbedingungen untersucht. Es wurde gefunden, dass resiliente im Vergleich zu den nicht-resilienten Kindern intelligenter waren – eine Erkenntnis die auch in anderen Arbeiten bestätigt werden konnte (Werner & Smith, 1982). Bedeutsam scheint hier der Teilbereich der praktischen Intelligenz (Sternberg & Grigorenko, 2000) zu sein, die im Alltag mitbestimmt, wie gut die Anpassungsfähigkeit an die Umgebungsbedingungen ausgeprägt ist (Luthar, 2006).

Neben den dargestellten biologischen Schutzfaktoren gelten vor allem ab der späteren Kindheit unter den kindzentrierten Faktoren auch gewisse kognitive und affektive Attribute als relevant (Bengel et al., 2009). Hierzu zählt der konstruktive Umgang mit Konflikten: Im Alter von 10 Jahren verfügten die resilienten Kinder der Kauai-Studie (Werner & Smith, 2001) über effektivere Kommunikations-, bessere proaktive soziale Problemlösefähigkeiten sowie gute und flexible Coping-Strategien. Zusätzlich waren sie in der Lage, ihre eigenen Ressourcen und Fähigkeiten effektiver zu nutzen, indem sie ein überdurchschnittliches Ausmaß an Ausdauervermögen und Hartnäckigkeit zeigten.

Weitere kindzentrierte kognitive Schutzfaktoren stellen Selbstachtung und Optimismus (Suarez-Orozco, Todorova & Qin, 2006) sowie internale, realistische Kontrollüberzeugungen (Überzeugung, dass eintretende Ereignisse vorwiegend Resultate eigener Handlungen sind, wenn dies tatsächlich so ist) (Werner & Smith, 1982; Wustmann, 2004) dar.

Unter den kindzentrierten protektiven Faktoren sind außerdem auch interpersonelle Fähigkeiten wie die Sozialkompetenz relevant. In der Kauai-Studie konnte gezeigt werden, dass

resiliente Kinder schon im Grundschulalter gut mit ihren Klassenkameraden auskamen (Werner, 1994) und bereits ab dem frühen Kindesalter eine insgesamt positive soziale Orientierung zeigten (Werner & Smith, 2001).

Den zweiten Kernbereich der protektiven Faktoren stellen die familienzentrierten Schutzfaktoren dar. Hier ist zunächst die stabile Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson zu erwähnen, der häufig eine Schlüsselrolle unter den Schutzfaktoren für eine gesunde kindliche Entwicklung zugesprochen wird (Wyman, Cowen, Work, Raoof, Gribble, Parker & Wannan, 1992). Eine kontrollierte Querschnittstudie (Wyman et al., 1992) untersuchte per Interview 136 Risikokinder im Alter zwischen 10 und 12 Jahren, die nach Eltern- und Lehrereinschätzung einen positiven oder eher negativen Entwicklungsverlauf zeigten. Widerstandsfähige Kinder berichteten hier wesentlich häufiger über positive Beziehungen zu ihren primären Bezugspersonen. Tress (1986) identifizierte in einer Kohortenstudie retrospektiv mittels eines Risikoratings 40 Personen, die sehr schwierigen Kindheitsbedingungen ausgesetzt waren. Unter ihnen waren 20 Individuen, die als gesund und 20, die nach ICD-10-Kriterien als psychisch krank angesehen wurden. Der einzig vorliegende valide Schutzfaktor, auf den der Unterschied zwischen den psychisch erkrankten und den gesunden Probanden zurückzuführen war, lag in der Verfügbarkeit einer positiven und zuverlässig verfügbaren Bezugsperson in der Kindheit und Jugendzeit.

In direktem Zusammenhang zur positiven Eltern-Kind-Beziehung steht die sichere kindliche Bindung, die nach Bowlby (1999) auf Seiten des Kindes durch überwiegend positive Kontaktaufnahme zu den Eltern und auf Elternseite durch Wärme, Zuwendung und Feinfühligkeit gegenüber dem Kind gekennzeichnet ist. Die Bindung eines Kindes an seine primäre Bezugsperson wird oft als Grundvoraussetzung für eine positive Entwicklung überhaupt gesehen (Svanberg, 1998). Das australische Temperament-Projekt ATP (Vassallo, Smart, Sanson & Dussuyer, 2004) beobachtete beispielsweise die Entwicklung einer großen Kohorte ( $N = 2.443$ ), die unter verschiedenen Risikobedingungen aufwuchs, von der Kindheit (4-8 Monate) bis ins frühe Erwachsenenalter. Im Alter von 11-12 Jahren wurden die Kinder anhand Eltern- und Selbsteinschätzung in eine Gruppe mit kaum oder gar keinen beobachtbaren antisozialen Verhaltensweisen und in eine mit persistierend antisozialen Verhalten eingeteilt. Es zeigte sich, dass Jugendliche, die keine antisozialen Verhaltensweisen zeigten, eine positivere Eltern-Kind-Beziehung erlebten, die sich durch größere Bindungssicherheit, -qualität und mehr Wärme auszeichnete.

Weitere familiäre Schutzfaktoren sind bestimmte Merkmale des Erziehungsklimas und des Erziehungsstils: Vielfach belegt ist die allgemein protektive Wirkung einer autoritativen Erziehung (Masten & Coatsworth, 1998; Meschke & Patterson, 2003) sowohl für Kinder, die unter risikoreichen Umständen aufwachsen, als auch für Kinder, bei denen dies nicht der Fall ist. Dieser Erziehungsstil zeichnet sich durch ein warmes, unterstützendes, aber dennoch for-

derndes und Grenzen setzendes Elternverhalten aus, das die kindliche Autonomie unterstützt (Baumrind, 1968). So fanden beispielsweise Rhule, McMahon, Spieker und Munson (2006) im „Early Parenting Project“ anhand einer längsschnittlichen Beobachtung des Entwicklungsverlaufs von 100 Kindern minderjähriger Mütter, dass ein „positives Erziehungsklima“ (definiert im Sinne des autoritativen Erziehungsstils) ein signifikanter Prädiktor für eine bessere soziale Anpassungsleistung in der dritten Klasse war.

Eine gute Paarbeziehung der Eltern und ein weitestgehend positives, stabiles Familienklima bilden den weiteren Rahmen der Schutzfaktoren innerhalb des Familiensystems: Dies konnte anhand von Studien, die Familien nach Trennung oder Scheidung untersuchten, belegt werden. Ob die ehemaligen Partner in der Lage waren, einen friedlichen Konsens zu bilden, hatte einen entscheidenden Einfluss auf die kindliche Symptombelastung (Schmidt-Denter, 2000). Ein Zusammenhang zwischen einem positiven Familienklima und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren konnte zum Beispiel im Rahmen der BELLA-Studie (Bettge & Ravens-Sieberer, 2005) gefunden werden.

Nach Erläuterung der kind- und familienzentrierten Schutzfaktoren soll nun noch kurz auf die protektiven weiteren Umweltfaktoren eingegangen werden. Hier scheinen insbesondere sozialer Rückhalt und Unterstützung, also ein stabiles, tragfähiges und Sicherheit vermittelndes soziales Netzwerk, von besonderer Bedeutung für belastete Kinder zu sein. Außerdem ist der Kontakt zu Gleichaltrigen, also die Einbindung in ein Peer-Netzwerk, wichtig. Auch die soziale Integration in eine Gemeinde, Vereine oder eine Glaubensgemeinschaft kann als Schutzfaktor wirken (Lenz, 2008). Auch die resilienten Kinder der Kauai-Studie verfügten meist neben den Eltern entweder innerhalb (Großeltern, ältere Geschwister etc.) oder außerhalb ihrer Familie (Lehrer, Vereinsleiter etc.) über ein funktionelles Netzwerk emotionaler und sozialer Unterstützung (Werner & Smith, 2001).

Unabhängig von der Einteilung in die drei vorgestellten Kategorien protektiver Faktoren gilt schlussendlich eine insgesamt niedrigere Risikobelastung als Schutzfaktor (Lieberz & Schwarz, 1987; Egle et al., 1997; Egle et al., 2016).

Die Darstellung der möglichen negativen Folgen von bio-psychosozialen Belastungen für den kindlichen Entwicklungsverlauf in den vorangegangenen Kapiteln verdeutlicht die Notwendigkeit frühzeitig einsetzender Präventionsmaßnahmen für betroffene Familien. Solche Unterstützungsangebote sollten dabei auch die Stärkung vorhandener protektiver Faktoren in den Fokus nehmen. Im Folgenden wird auf ebensolche Maßnahmen eingegangen.

## 2.5. Frühe Hilfen

Ab dem Jahr 2006 wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg gebracht. Es soll durch die Verzahnung von Leistungen aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe den Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft bezüglich einer gesunden Kindesentwicklung verstärken. Grundlage ist das frühzeitige, präventive Einsetzen dieser vernetzten Angebote, um Entwicklungs- und Gedeihstörungen oder gar Gefährdungen entgegenzuwirken (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2006). Im Jahr 2012 wurde aus dem Aktionsprogramm eine Bundesinitiative: Die dauerhaft angelegte Förderung von Frühe-Hilfen-Netzwerken und Unterstützungsstrukturen wurde beschlossen und im Bundeskinderschutzgesetz verankert (Artikel 1 KKG § 3).

### 2.5.1. Definition

Nach Definition des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (2009), das im Rahmen des Aktionsprogramms der Bundesregierung als empirische Begleit- und Evaluationsinstitution gegründet wurde, bestehen Frühe Hilfen aus „lokalen und regionalen Unterstützungssystemen mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0-3-Jährigen“. Die Maßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen umfassen dabei ein breites Spektrum von primär präventiven Unterstützungen im Sinne der Gesundheitsförderung für alle jungen Familien bis hin zu spezifischen Maßnahmen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung für Risikogruppen (Sann & Küster, 2013). Über die primär präventiven Angebote kann ein guter Zugang zu besonders schwer erreichbaren Zielgruppen (z. B. Migranten, hoch belastete Familien) hergestellt werden, da diese Angebote von allen (werdenden) Eltern genutzt werden können und daher keine stigmatisierende Wirkung haben. Beispielhaft können hier die pädiatrische Früherkennungsuntersuchung und die Schwangerschaftsberatung genannt werden. Die spezifischen Maßnahmen (z. B. Eltern-Kompetenz-Training) umfassen dagegen individuelle Hilfen für Familien in besonderen Problemlagen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2009). Solche Problemlagen sind meist psychosozialer Natur (Belastung durch Faktoren die mit einer elterlichen psychischen Erkrankung oder Regulationsstörungen des Kindes einhergehen, vermehrte Partnerschaftskonflikte, Armut, niedriges Bildungsniveau etc.).

Der Begriff der Frühen Hilfen ist rechtlich nicht definiert und relativ weit und unspezifisch gefasst. In der Praxis führt dies häufig zu unterschiedlichen Interpretationen. Eine Untersuchung zum Begriffsverständnis (Sann & Landua, 2010) ergab aber, dass sowohl Gesundheitsamts- als auch Jugendamtsmitarbeiter\_innen Frühe Hilfen am ehesten als sekundär

präventive Maßnahmen für Risikogruppen ansehen, die zu einem biographisch frühen Zeitpunkt einsetzen sollen. Am wenigsten wurden Frühe Hilfen als interventive Kinderschutzmaßnahmen verstanden.

Frühe Hilfen sind in erster Linie kein bestimmter Hilfetyp, sondern basieren auf einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten (Paul, 2012). Dennoch sind alle Angebote Früher Hilfen von vier Kernmerkmalen geprägt: An erster Stelle steht hier das frühe Einsetzen der Maßnahmen. „Früh“ bezieht sich hier einerseits auf den präventiven Gedanken der Unterstützungsangebote. So sollen Hilfsangebote greifen, bevor es überhaupt zu einer Gefährdung oder Schädigung des Kindeswohls kommen kann. Andererseits ist hier das Alter der Zielgruppe gemeint: Der Fokus auf die frühe Kindheit gründet zum einen auf Ergebnissen, die belegen, dass Säuglinge und Kleinkinder besonders vulnerabel für den potenziell schädlichen Einfluss ungünstiger Umweltbedingungen sind (Schlack, 2009). Zum anderen finden in dieser Altersgruppe besonders häufig Vernachlässigung und Misshandlung statt (Münder, Mutke & Schone, 2000).

Angebote Früher Hilfen zeichnen sich außerdem durch ihre Niedrigschwelligkeit aus. Belastete Familien, die über geringe Ressourcen verfügen, sind häufig nicht in der Lage dazu, sich selbstständig wirksame Unterstützung zu organisieren. Aus diesem Grund wird der niedrigschwellige Zugang zu Angeboten Früher Hilfen z. B. über Akteure innerhalb der Regelversorgung (wie etwa Hausbesuchsdienste der Kinderkrankenschwestern, pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen) vorangetrieben (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2009): Fachkräfte richten hier ein besonderes Augenmerk auf psychosoziale Belastungen, die sie im Rahmen der Arbeit mit Familien wahrnehmen und können so auf passgenaue Hilfen aufmerksam machen und diese gegebenenfalls auch vermitteln. So werden der Aufwand und die Eigeninitiative bei einer Inanspruchnahme der Frühen Hilfen für belastete Familien relativ gering gehalten.

Ein weiteres Kernmerkmal stellt die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme Früher Hilfen dar: Elterliche Kompetenzen sollen soweit gefördert werden, dass die Fürsorge für ihre Kinder aus eigenen Kräften möglich ist. Es geht also um die Mobilisierung der Selbsthilfepotenziale von Eltern. Die Wirksamkeit der Maßnahmen setzen in diesem Kontext eine freiwillige Annahme der Unterstützungsangebote und die partizipierende Beteiligung der Familien am eigentlichen Hilfeprozess voraus (Paul, 2012), die deren Compliance erhöhen sollen. Hier findet sich auch einer der wesentlichen Unterschiede des präventiven Kinderschutzes im Sinne Früher Hilfen zum interventiven Kinderschutz: Selbst, wenn sich der Adressatenkreis teilweise überschneiden dürfte, ist die Gravität der vorliegenden Problembereiche bei Familien, die für Angebote Früher Hilfen in Frage kommen, geringer ausgeprägt. Die Schwelle der tatsächlichen Kindeswohlgefährdung wird in aller Regel nur selten erreicht, wohingegen der Auftrag des interventiven Kinderschutzes das Erkennen und Beenden bereits bestehender

Gefährdungen ist. Die rechtliche Situation bei einer vorliegenden Kindeswohlgefährdung stellt den Schutz des Kindes über die Interessen der Eltern, bei strafrechtlich relevanten Tatbeständen kann daher die Kooperation nicht mehr wie im präventiven Bereich freiwillig sein (Kindler, 2016).

Das vierte Merkmal Früher Hilfen ist eine ausgeprägte Interdisziplinarität und Multiprofessionalität. Sie sind nicht einem spezifischen Hilfesystem zuzuordnen, sondern setzen sich aus Strukturen und Angeboten unterschiedlicher Professionen und Institutionen zusammen, die Kontakt mit Kindern und Eltern in Problemlagen haben. Es besteht also der Anspruch, relevante Akteure so zusammenzuführen, dass familiäre und kindliche Bedürfnisse umfassend in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung Berücksichtigung finden (Lohmann, Lenzmann, Bastian, Böttcher & Ziegler, 2010). Die vier Hauptsäulen der multiprofessionellen Akteure im Netzwerk Früher Hilfen bilden das Gesundheitswesen, die Kinder- und Jugendhilfe, die interdisziplinäre Frühförderung und die Schwangerschaftsberatung. Die Netzwerke dienen der fallübergreifenden Verständigung über die grundsätzliche Zusammenarbeit, der Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens, der Koordinierung der lokalen Hilfen, der Zusammenarbeit in konkreten Fällen (gemeinsame Fallbearbeitung, -vermittlung, -abgabe- oder -übernahme) und gemeinsamen Fortbildungen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2009; Lohmann et al., 2010). Als besonders relevant wird in diesem Kontext die Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe angesehen: Das Gesundheitswesen verfügt schon während der Schwangerschaft und auch in der Zeit nach der Geburt über einen Zugang zu nahezu allen Familien, die Jugendhilfe stellt die meisten weiterführenden Hilfen bei psychosozialer Belastung bereit (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2006; Paul, 2016). Beide Systeme haben also unterschiedliche Kompetenzen, die sich wirksam ergänzen können.

Alle Maßnahmen Früher Hilfen verfolgen zusammenfassend das Ziel, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern, indem Elternkompetenzen und familiäre Ressourcen gestärkt werden. Sie entlasten und stärken Eltern, um sie bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Versorgungs- und Erziehungsverantwortung zu unterstützen und so Entwicklungsbenachteiligungen für Kinder zu verringern. Elterliche Feinfühligkeit und eine sichere Bindung beim Kind sollen gefördert werden. Dabei soll im Sinne eines passgenauen Angebots an vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren angeknüpft und die familiäre Resilienz gestärkt werden (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2006). Die Prävention und Früherkennung von Entwicklungsrisiken sowie eine frühzeitige Inanspruchnahme geeigneter Unterstützungsmaßnahmen durch Eltern gelten demnach als die primären Zielsetzungen Früher Hilfen. Das Recht des Kindes auf positive Entwicklungsbedingungen und günstige Umstände des Aufwachsens werden in diesem Kontext verstärkt in den Blick genommen: Es soll eine stabile



Grundlage für die gesunde körperliche, psychische, kognitive und soziale Entwicklung des Kindes geschaffen werden (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2006). Eine frühzeitige Unterstützung setzt die zeitnahe Identifikation von Belastungen und entsprechenden Unterstützungsbedarfen voraus. Als besonders geeignet für diese Aufgabe gelten niedergelassene Pädiater\_innen.

### **2.5.2. Die Rolle der Pädiatrie in den Frühen Hilfen**

Eltern bei der Fürsorge für Entwicklung und Gesundheit ihrer Kinder zu unterstützen kann geschichtlich gesehen als eine der genuinen Aufgaben der Pädiatrie bezeichnet werden. Der präventive Anspruch der Kinderheilkunde spielt an dieser Stelle eine bedeutende Rolle: Die Einbeziehung des psychosozialen Umfelds in den Vorsorgeprozess und die Krankheitsbehandlung kann die Entstehung von somatischen und psychischen Erkrankungen verhindern bzw. bei vorhandenen Erkrankungen deren Verlauf günstig beeinflussen und somit sowohl primär als auch sekundär präventiv wirksam sein. Die Integration des psychosozialen Umfelds in den Vorsorge-, Untersuchungs- und Behandlungsprozess ist in der Pädiatrie tief verankert und war eine der Hauptmotivationen, Anfang der 1970-er Jahre die Früherkennungsuntersuchungen (sogenannte „U-Untersuchungen“) ins Leben zu rufen (Mall, 2016), welche insbesondere innerhalb des ersten Lebensjahres in kurzen Abständen erfolgen und inzwischen in vielen Bundesländern verpflichtend wahrzunehmen sind. Diese Grundüberzeugung sowie der durch die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen stattfindende regelmäßige und frühe Zugang zu Familien führen dazu, dass Pädiater\_innen im Netzwerk der Frühen Hilfen eine „Gatekeeper“-Position zugesprochen wird: Sie nehmen bei der Detektion psychosozialer Belastungen und der Feststellung entsprechender Hilfebedarfe sowie der Vermittlung passgenauer Unterstützungsmaßnahmen eine zentrale Rolle ein. Die besonders privilegierte Position von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt\_innen als „Türöffner“ zu weiterführenden Hilfen bei psychosozialen Auffälligkeiten konnte auch anhand von Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum bestätigt werden (Costello et al., 1988a) – sie werden als nahezu ideale Berufsgruppe in diesem Kontext wahrgenommen (Hayutin, Reed-Knight, Blount, Lewis & McCormick, 2009).

Ein weiterer wesentlicher Grund für die hohen Erwartungen an die Pädiatrie wird im besonderen Vertrauensverhältnis der Eltern zu dem Arzt ihres Kindes gesehen (Ziegenhain, Schöllhorn, Künster, Hofer, König & Fegert, 2010). Zudem ist die pädiatrische Früherkennungsuntersuchung eine sehr gut etablierte und hochakzeptierte Versorgungsstruktur: Die Teilnahmequote im ersten Lebensjahr liegt bei über 95% (Thaiss, Klein, Schumann, Ellsasser, Breitkopf, Reinecke & Zimmermann, 2010).

Obgleich die U-Untersuchungen sekundär-präventiv auf das Kind ausgerichtet sind, indem sie auf „die Früherkennung von Krankheiten abzielen, die eine normale körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2018, S.6), haben sie seit der Einführung der U7a im Jahr 2008 eine primär-präventive, wenn auch nicht genau spezifizierte Ausrichtung erhalten und besinnen sich somit wieder stärker auf die oben beschriebenen Anfänge der Früherkennungsuntersuchungen: Durch eine engere zeitliche Untersuchungsabfolge sollen Ärzte „frühzeitig eine kindliche Gefährdung durch die unmittelbare Umwelt und durch veränderte Lebensstile erkennen und entsprechend intervenieren können“ (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2008, S.5). Die mit diesem Gefährdungskonzept begründete Erweiterung fordert von den Ärzten, neben der altersgemäßen kindlichen Entwicklung nun auch verstärkt das Familiensystem bzw. die Eltern in den diagnostischen Blick zu nehmen (Kelle, 2010) und diese ggf. präventiv zu beraten (Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e.V. (BVKJ), 2006).

Seit dem Inkrafttreten der neuen Kinderrichtlinie 2016 ist diese Forderung zudem auch gesetzlich verankert: Neben umfangreichen, detaillierter standardisierten Untersuchungen der körperlichen und geistigen Entwicklung haben psychische und soziale Aspekte einen höheren Stellenwert bekommen als bisher. Neben der Krankheitsfrüherkennung soll nun verstärkt auf individuelle Belastungen der Familie und gesundheitliche Risiken des Kindes geachtet werden. Die Aufmerksamkeit für die Eltern-Kind-Interaktion, die eine besondere Relevanz für eine gesunde kindliche Entwicklung hat (z. B. Linver et al. (2002)) wird hier betont. Die Pädiater\_innen sind angehalten, die Eltern dahingehend aufzuklären und zu beraten, wie sie zur gesunden Entwicklung ihres Kindes beitragen können. Bei Bedarf soll der Arzt/die Ärztin eine Präventionsempfehlung aussprechen (z. B. Vermeidung von schädlichen Angewohnheiten, Information zu Ernährung, Schlaf, Maßnahmen zur Vermeidung des plötzlichen Kindstods und Unfällen, Durchführung von Schutzimpfungen) und auf regionale Unterstützungsangebote hinweisen.

Initiativen der Frühen Hilfen erwarten sich also insbesondere von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten einen substantiellen Beitrag bei der frühen Feststellung von psychosozialen Hilfebedarf und der gezielten Vermittlung belasteter Familien in das jeweils regional vorhandene Hilfesystem (Lohmann et al., 2010; Renner & Sann, 2013). Dennoch scheinen die Evaluation und insbesondere die Kommunikation psychosozialer Belastungen in der niedergelassenen Praxis Schwierigkeiten zu bereiten. So konnten Untersuchungen (Krippel, Belzer, Martens-Le Bouar, Mall & Barth, 2014; Barth, 2016) zeigen, dass psychosoziale Belastungsfaktoren häufig nur vereinzelt, meist indirekt und vage angesprochen und selten in Bezug auf Frühe Hilfen Kontakte entscheidungsrelevant vertieft werden. Trotz ihrer zentralen Rolle und hohen Relevanz wird auch die Kooperation mit den Pädiater\_innen von anderen

Akteuren im Netzwerk der Frühen Hilfen noch nicht immer als zufriedenstellend beschrieben: Eine Untersuchung der Kooperationskonstellationen von Sann und Landua (2010) konnte zeigen, dass Kinder- und Jugendärztinnen zwar zu den häufigsten und wichtigsten Kooperationspartnern zählen, in der Qualität der Zusammenarbeit aber nur einen mittleren Rang einnahmen. Renner (2010) berichtet gar von der Vergabe einer der schlechtesten Noten für die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärzt\_innen durch andere Akteure im Frühe-Hilfen-Netzwerk. Eine der Hürden – sowohl bei der Identifikation psychosozialer Belastungen als auch für die Zusammenarbeit zwischen Praxispädiatrie und anderen Akteuren der Frühen Hilfen – ist laut Kindler (2010) das Fehlen einer spezifisch für diese Profession angepassten Einschätzungshilfe zur Beurteilung psychosozialer Belastungen und der Hilfebedarfe der Familien. Auch innerhalb des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2006, S.9) ist der Einsatz solcher Instrumente in den Frühen Hilfen verankert: Liegen erste Hinweise auf Risikofaktoren vor, sind diese „mit Hilfe geeigneter Instrumente zu objektivieren und mit den Belastungen und Ressourcen der betreffenden Familie in Bezug zu setzen“. Eine Möglichkeit, niedergelassene Pädiater\_innen bei der Verbesserung ihrer Kooperationsleistung zu unterstützen, ist also die Bereitstellung von Instrumenten, die einerseits das Erkennen psychosozialer Unterstützungsbedarfe erleichtern und andererseits Vermittlungswege zu Angeboten Früher Hilfen deutlich machen, um eine mögliche Netzunsicherheit (Wissow, Larson, Anderson & Hadjiisky, 2005) zu verringern.

### **2.5.3. Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen<sup>2</sup>**

Mit Screeningverfahren lassen sich Personen grob in die Kategorien „auffällig“ oder „unauffällig“ einteilen (Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik, 2015). Es handelt sich um standardisierte und ökonomische Schnelltests in einer Gruppe zunächst unauffälliger Personen, bei denen potentiell ein Risiko besteht, eine bestimmte Störung oder Auffälligkeit zu entwickeln. Ziel ist es, bereits in der symptomfreien Phase erste Warnzeichen einer Störung zu identifizieren und den Zeitvorteil bis zur tatsächlichen Diagnose zur Abwehr der Störung oder zur Minderung ihrer Folgen zu nutzen (Waldmann, 2014). Ein Screening bietet also einen schnellen und zunächst eher groben Auswahlprozess, um zu einer Einschätzung darüber zu gelangen, ob bestimmte Merkmale bei einem Individuum oder innerhalb einer Gruppe vorhanden sind. Ein Screening kann demnach als erster Schritt zu einer umfassenden Diagnose genutzt werden (Deegener & Körner, 2006). Die „Diagnose“ kann im Bereich der Frühen Hilfen nicht nur als die klassische Feststellung eines medizinisch oder psycholo-

---

<sup>2</sup> Dieser Abschnitt wurde in Teilen bereits als Buchkapitel veröffentlicht, siehe: Friedmann, A. & Mall, V. (2016). Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 119-124). Heidelberg: Springer.

gisch klinisch relevanten Sachverhalts verstanden werden, es handelt sich auch um die Entscheidung über passgenaue Hilfsangebote gemäß der Prognose zukünftiger Entwicklungen im Leben und Handeln des Adressaten (Bastian, 2010).

### *2.5.3.1. Zielgruppe*

Wie bereits erläutert richten sich Angebote Früher Hilfen sowohl nach einem allgemeinen (Unterstützung für alle Familien mit Kindern im Alter von 0-3 Jahren) als auch nach einem spezifischen Bedarf (passgenaue Unterstützung für bereits belastete Familien). Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen zielen sinnvollerweise auf die Identifikation der möglichen Risikogruppe belasteter Familien ab, die einen spezifischen Bedarf haben. Sie werden als besonders unterstützungsbedürftig gesehen, da beispielweise die vorliegenden Belastungen ihre vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen.

### *2.5.3.2. Gegenstand*

Eine wesentliche Voraussetzung für die Konzeption geeigneter Screeninginstrumente, die die intendierte Adressatengruppe gezielt und zuverlässig zu erkennen vermögen, ist die Kenntnis der Indikatoren für einen besonderen Unterstützungsbedarf. Da der letztlich wichtigste Bezugspunkt Früher Hilfen immer das Wohlergehen und die Entwicklung des Kindes ist, benötigen die Akteure Instrumente, mit denen potenzielle Gefährdungen dieser Güter prognostisch bestimmt werden können (Bastian, 2010), um dann entsprechende Unterstützungsangebote unterbreiten zu können.

Es gibt eine Vielzahl an Studien insbesondere aus dem Bereich der Entwicklungspsychologie, die sich mit möglichen internalen (Vulnerabilitätsfaktoren) und externalen (Umweltfaktoren) Risikofaktoren und deren kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die Kindesentwicklung beschäftigen. Kindler (2010) unterscheidet in einer systematischen Literaturrecherche „Vorhersagefaktoren für eine mögliche Vernachlässigung beziehungsweise Misshandlung“ einerseits und „Erziehungsschwierigkeiten sowie Entwicklungsrückstände in den ersten Lebensjahren eines Kindes“ andererseits. Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen können sich je nach ihrem intendierten Schwerpunkt also aus einem Pool bekannter, empirisch gesicherter Risikofaktoren aus diesen beiden Kategorien bedienen. Zusammengefasst sollen mithilfe des Screenings im Vorfeld Früher Hilfen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung oder gar spezifisch für eine Vernachlässigung/Misshandlung identifiziert werden können. Dennoch eignen sich schon allein aufgrund der strukturellen Eigenheiten eines Screenings (rasche Durchführbarkeit, relativ grobes Filtern) nicht alle als bedeutsam für die kindliche Entwicklung bekannten Risikofaktoren für ein solches Verfahren: Ungünstige Bindungsmuster sind beispielweise nur aufgrund von komplexen Beobachtungsdaten zu inter-

pretieren (Kindler, 2010) und erscheinen daher trotz ihrer unumstrittenen Relevanz für die kindliche Entwicklung als Item eines Screeninginstruments nicht sinnvoll.

### 2.5.3.3. Einsatzorte

Screeninginstrumente werden im Vorfeld Früher Hilfen von unterschiedlichen Professionen an unterschiedlichen Einsatzorten verwendet, um Unterstützungsbedarfe von Familien zu identifizieren und gegebenenfalls entsprechende Hilfeangebote vermitteln zu können.

In Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder (Kinderkrippe/Kindergarten/Kindertagesstätte) erlangen Erzieher\_innen meist über mehrere Jahre hinweg einen sehr guten Einblick in familiäre Problemlagen. Ein Screening kann auch hier einen Eindruck über Belastungen und die eventuelle Notwendigkeit von Hilfen erleichtern. Beispielhaft kann hier die Version für das Kleinkind- und Vorschulalter des „Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz“ (Künster, Thurn, Wucher, Kindler, Fischer & Ziegenhain, 2011) genannt werden. Da viele Kinder jedoch erst mit Eintritt in den Kindergarten in eine Tagesbetreuung gegeben werden, ist häufig das Alter der Kernzielgruppe Früher Hilfen (0-3 Jahre) bereits überschritten.

Ein wichtiger Einsatzort für Screeningverfahren sind Geburtskliniken, in denen der direkte Zugang zu Eltern und Kind mit vergleichsweise geringem Aufwand zu einem sehr frühen Zeitpunkt, nämlich der Geburt des Babys, möglich ist. Als beispielhaftes Screeninginstrument ist hier der „Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz“ in der Version „Rund um die Geburt“ (Künster et al., 2011) zu erwähnen, der Risikofaktoren im postpartalen Zeitfenster erfasst. Der Nachteil der Geburtsklinik als Einsatzort für ein Screening im Vorfeld Früher Hilfen ist allerdings die meist kurze Aufenthaltsdauer, innerhalb derer sich üblicherweise kein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zwischen Patientenfamilie und Screening-Durchführendem bilden und auch keine ausreichende Information über das häusliche/familiäre Umfeld gewinnen lässt.

Als Bereiche, in denen Risikoscreenings gut durchführbar sind, gelten die Hebammennachsorge und die Hausbesuchsdienste von Kinderkrankenschwestern. Ein bedeutender Vorteil findet sich darin, dass deren Auftrag von vornherein sowohl die Nachsorge der Mutter als auch die Beobachtung der Versorgung und Entwicklung des Babys einschließt, so dass die Erfassung psychosozialer Risiken der gesamten Familie hier folgerichtig erscheint. Je nach Schwerpunkt (z. B. postpartale Depression der Mutter, erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes etc.) sind hier verschiedene Screeningverfahren denkbar (z. B. EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987)). Da es sich bei der Hebammennachsorge/Besuchen der Kinderkrankenschwestern um ein freiwilliges Angebot für Familien handelt, ist die Erfassung einer repräsentativen Population hier allerdings eher schwierig.

An dieser Stelle kann die Praxispädiatrie mehrere entscheidende Vorteile verbuchen: Kinder- und Jugendärzt\_innen sehen Familien ebenfalls ab einem sehr frühen Zeitpunkt und genießen in der Regel auch ein hohes Vertrauen der Eltern. Sie haben zudem das Privileg eines regelmäßigen und langfristigen Zugangs zur Familie durch die pädiatrischen U-Untersuchungen, die eine hoch etablierte und in der Bevölkerung sehr gut akzeptierte Versorgungsstruktur darstellen (Thaiss et al., 2010). Die Routine der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ermöglicht auch eine Einschätzung der Familien, wenn sich die Familiensituation bereits einigermaßen konsolidiert hat und nicht ausschließlich während des „Ausnahmestands“ rund um die Geburt. So ist es Kinderärzten möglich, Ressourcen und Schwierigkeiten der Familie mit der Zeit immer besser kennenzulernen und einzuschätzen. Dennoch bestanden für niedergelassene Kinder- und Jugendärzt\_innen bisher keine spezifischen Erhebungsinstrumente für einen Bedarf an Frühen Hilfen.

#### 2.5.3.4. Nutzen

Der Anspruch Früher Hilfen ist es, Risiken für eine gesunde Entwicklung des Kindes zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen und Interventionen bereits im Vorfeld einer möglichen Manifestation von Problemen anzubieten. Dazu ist es in der praktischen Umsetzung einer Anbahnung Früher Hilfen nötig, eine Reaktionskette zu bilden, deren drei Basiselemente „Wahrnehmen“ (Wahrnehmung und Bewertung von Risiken anhand geeigneter Indikatoren), „Warnen“ (systematische Informierung einer Institution oder Person) und „Handeln“ (verbindliche und zeitnahe Reaktion) darstellen (Nüsken, 2011). Screeninginstrumente haben das Ziel, im Vorfeld Früher Hilfen beim ersten Schritt der Reaktionskette, nämlich dem Wahrnehmen und Bewerten von Risikopotenzialen, zu unterstützen, indem sie systematische Vorgehensweisen zur Identifikation der gesuchten Zielgruppe anbieten. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Akteure Früher Hilfen über valide Instrumente verfügen sollten, die spezifische Risikogruppen sowie deren Unterstützungsbedarf identifizieren helfen (Ziegenhain et al., 2010).

Der Nutzen von Screeninginstrumenten kann allerdings auch ambivalent betrachtet werden – Schone (2008) macht hier auf den widersprüchlichen Doppelauftrag sozialer Frühwarnsysteme aufmerksam: Zum einen zielen sie darauf ab, frühzeitige Hilfen für Familien zu einem Zeitpunkt bereitzustellen, der noch keinen tatsächlichen Anlass für staatliche Eingriffe bietet. Die Teilnahme an Angeboten Früher Hilfen ist freiwillig und die Basis für die Motivation zur Teilnahme stellt häufig die Vertrauensbeziehung zu Akteuren in diesem Bereich dar, die die Eltern vom Nutzen der Angebote überzeugen können. Dennoch bedeutet eine konzeptionelle Ausrichtung auf eine Risikogruppe, dass Hilfebedarfe aktiv, z. B. unter Heranziehen von Screeninginstrumenten, aufgedeckt werden müssen. Eine systematische Beobachtung und Exploration elterlicher Verhaltensweisen oder ungünstiger familiärer Rahmenbedingungen

beinhaltet aber einen Kontrollaspekt, den viele Eltern als negativ und abschreckend empfinden könnten. Auch gilt es zu eruieren, wie einer möglichen Stigmatisierung von Familien entgegenzuwirken ist, die anhand von Screening-Ergebnissen in die klare Kategorie „belastet“ oder gar „gefährdet“ eingeteilt werden. Eltern, die sich aufgrund eines solchen Ergebnisses als potenzielle Gefahr für ihre Kinder missverstanden fühlen, werden erwartungsgemäß weniger Compliance für Angebote und Maßnahmen Früher Hilfen zeigen.

Die Aufdeckung psychosozialer Hilfebedarfe in Familien mit Säuglingen und Kleinkindern stellt offensichtlich eine große Herausforderung dar – nicht zuletzt deshalb, weil die Faktoren, die diese definieren, nur teilweise bekannt sind und interindividuell verschieden sein können. Die in diesem Kontext besonders hohen Erwartungen und Ansprüche an die Praxispädiatrie als vielversprechender Zugangsweg in die Frühen Hilfen bedingen die Notwendigkeit eines Verfahrens, das Kinder- und Jugendärzt\_innen bei der Fallfindung belasteter Familien unterstützt. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass solche Instrumente die Expertise und den umfassenden Blick eines Fachmanns/einer Fachfrau keinesfalls ersetzen, sondern diese lediglich gegebenenfalls ergänzen können. Es bestand aber paradoxer Weise speziell für das Setting der Praxispädiatrie lange Zeit kein eigenes Untersuchungsinstrument zur Erfassung von psychosozialen Unterstützungsbedarf. Diese „Leerstelle“ (Kindler, 2010) soll mit dem Pädiatrischen Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (Martens-Le Bouar et al., 2013) geschlossen werden. Der Anhaltsbogen versteht sich im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen als Wahrnehmungs-, Dokumentations- und Kommunikationshilfe bei der Erfassung psychosozialer Unterstützungsbedarfs von Familien.

## **2.6. Der Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)**

Um die Früherkennungsuntersuchungen partiell um den Aspekt der Einschätzung von psychosozialen Hilfebedarf zu erweitern, war die Entwicklung einer auf den pädiatrischen Kontext hin ausgerichteten Erhebungsstrategie nötig. Diese erweiterte Strategie erfüllt folgende drei Kriterien (Martens-Le Bouar et al., 2013):

1. Die Vereinbarkeit mit der gesetzlich vorgegebenen Zielsetzung der Früherkennungsuntersuchungen (Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2011)).
2. Die vorrangige Erfassung von psychosozialen Belastungsfaktoren und Auffälligkeiten, die sich nachweislich negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken können und durch Praxispädiater\_innen ausreichend gut erfasst und behandelt bzw. in ein Frühe-Hilfen-Netzwerk oder eine entsprechende Fachstelle vermittelt werden können.
3. Die Integrierbarkeit in den für die Früherkennungsuntersuchungen vorgegebenen und abrechenbaren Zeitrahmen.

Die Zielsetzung der mit dem Pädiatrischen Anhaltsbogen assoziierten Fallfindungsstrategie ist, dass Pädiater\_innen in den auf das Kind ausgerichteten U-Untersuchungen anhand eines kategorialen Beobachtungssystems relevante psychosoziale und klinische Belastungen der Familie erkennen, im Anschluss auffällige Befunde in Beratungsgesprächen vertiefend explorieren und ggf. belastete Familien in das System der Frühen Hilfen vermitteln.

### **2.6.1. Entwicklung**

Der Pädiatrische Anhaltsbogen wurde – gefördert vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen – zwischen November 2011 und Oktober 2012 anhand einer dreistufigen, teilweise webbasierten Expertenbefragung (modifizierte Delphi-Strategie) entwickelt. Im ersten Schritt des Befragungsprozesses bewerteten 41 Expertinnen und Experten einen Pool von 100 einzelnen psychosozialen Belastungsfaktoren, die laut internationalen Längsschnittstudien potenziell negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung hatten. Ebenso sollte die Relevanz dieser Faktoren für die Praxispädiatrie beurteilt werden. Für jedes einzelne Item wurde auf diese Weise ermittelt, ob seine Relevanz durch empirische Untersuchungen hinreichend gut belegt und die jeweilige Belastung im Kontext der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung überhaupt evaluierbar war. In der zweiten Runde wurden die noch verbleibenden 37 Items wiederholt geprüft. Über die daraus resultierenden Inhalte und den Aufbau des Instruments wurde in der abschließenden Beratungsrunde in einem Workshop ein Konsens unter



den beteiligten Expertinnen und Experten hergestellt, so dass letztendlich 13 Belastungsfaktoren zur Aufnahme in den Pädiatrischen Anhaltsbogen verblieben (Barth, Belzer, Kleinert, Krippeit, Martens-Le Bouar & Mall, 2012; Barth & Renner, 2014).

### **2.6.2. Inhalt**

Der Anhaltsbogen ist eng an die Struktur, den Ablauf und die Abfolge von Früherkennungsuntersuchungen angelehnt. Pädiater können dabei in drei Indikationsbereichen beobachtete Belastungen zwischen dem 3. und 12. Lebensmonat (U3-U6) dokumentieren:

1. Psychosoziale Belastungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten junger Familien zu übersteigen drohen und noch zu keinen klinisch relevanten Störungen geführt haben.
2. Klinisch relevante Regulationsstörungen des Säuglings.
3. Klinisch relevante Hinweise auf eine postpartale Depression der Hauptbezugsperson.

### **2.6.3. Systematik**

Bei einer positiven Befundung eines oder mehrerer der drei Bereiche liegt ein psychosozialer Hilfebedarf vor, der in einem pädiatrischen Gespräch weiter exploriert wird.

Bestätigt sich das Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren auf der Basis des Anhaltsbogens und Gesprächs, werden dem Pädiater/der Pädiaterin folgende Möglichkeiten zum weiteren Vorgehen vorgeschlagen:

1. Liegen klinisch relevante Anzeichen für eine Postpartale Depression der Hauptbezugsperson oder eine interaktive Regulationsstörung vor, dann sind diese durch entsprechend qualifizierte Therapeuten weiter abzuklären und ggf. zu behandeln (ggf. eigene pädiatrische Beratung und Vermittlung an eine externe Fachstelle).
2. Liegen keine klinisch relevanten Zeichen, jedoch psychosoziale Belastungen vor, dann kann der Pädiater an die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen vermitteln oder selbst antizipatorisch beratend tätig werden.
3. Ist sich der Pädiater auch nach einem pädiatrischen Beratungsgespräch in seiner Bewertung unsicher, kann er die weitere Entwicklung bis zur nächsten Früherkennungsuntersuchung abwarten.

Entscheidend ist eine Abwägung zwischen den momentanen Belastungen und den vorhandenen Bewältigungsressourcen der Familie. Wenn die vorherrschenden Belastungen die Bewältigungsmöglichkeiten einer Familie zu übersteigen drohen, braucht diese teilweise lebenspraktische Unterstützung, womit ein psychosozialer Hilfebedarf indiziert ist.

## 2.7. Zwischenzusammenfassung

Säuglinge und Kleinkinder sind nachgewiesenermaßen besonders empfindlich gegenüber psychosozialen Stressoren. Gleichzeitig sind ihre entsprechenden Schutzmechanismen zu diesem Zeitpunkt noch nicht sehr ausgeprägt, weshalb sie eine Risikogruppe für den potentiell negativen Einfluss gesundheitsrelevanter Umweltbedingungen darstellen.

Das erste Lebensjahr eines Kindes ist vor allem durch das hohe Tempo, in dem neue Entwicklungsschritte gemeinsam mit den Eltern erreicht werden, gekennzeichnet. In seinen ersten Monaten ist der Säugling gefordert, seine Selbstregulierungsfähigkeiten auszubilden: Er muss insbesondere lernen, seinen Schlaf-Wach-Rhythmus und sein Hunger-Sättigungs-Gefühl zu regulieren und seine Bedürfnisse und Befindlichkeiten anhand seiner Mimik, seines Körperverhaltens und durch Schreien auszudrücken. In aller Regel unterstützen die Eltern ihren Säugling in diesen Situationen und bieten ihm intuitiv geeignete koregulatorische Beruhigungshilfen an. Es gibt aber auch Situationen, in denen Eltern das Verhalten ihres Säuglings nicht richtig interpretieren und so auf seine Bedürfnisse auch nicht angemessen reagieren können – es entstehen Störungen der Kommunikation und Interaktion zwischen Eltern und Kind. In der Folge können sich frühe Regulationsstörungen und eine Störung der Eltern-Kind-Bindung entwickeln, die wiederum mit späteren externalisierenden und internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten der Kinder verbunden sein können. Im äußersten Fall kann es aufgrund eines ausgeprägten Überforderungssyndroms der Eltern sogar zu einer Gefährdung des Kindeswohls, etwa dem Schütteln des Säuglings, kommen. Das Risiko misslingender Abstimmungen in der Interaktion zwischen Eltern und Säugling erhöht sich insbesondere dann, wenn in der Familie starke psychosoziale Belastungen vorliegen, die deren Bewältigungsressourcen zu übersteigen drohen.

Diverse deutsche und internationale Längsschnittstudien belegen mittlerweile eindrücklich den potenziell schädlichen Einfluss psychosozialer Belastungen auf die kindliche Entwicklung, der vom frühen Kindesalter bis hin zum Erwachsenenalter nachgewiesen werden kann. Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit ist hier am besten zur Erklärung der Bedingungen dieses Einflusses geeignet: Psychosoziale Belastungsfaktoren entwickeln und verstärken ihre ungünstige Wirkung häufig durch die Kumulation und Wechselwirkung mit individuellen biologischen Gegebenheiten. Dennoch entwickelt die überwiegende Mehrheit der Kinder, die in stark psychosozial belasteten Familien aufwächst, keine späteren Auffälligkeiten, was einen Hinweis auf die Relevanz von Schutzfaktoren darstellt. In der gesundheitlichen Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern wird daher mittlerweile ein besonderes Augenmerk auf die frühe Erfassung biopsychosozialer Belastungen, aber auch auf die Stärkung möglicher Ressourcen anhand geeigneter präventiver Angebote gelegt.

---

Empirisch gesicherte Erkenntnisse über den potenziell schädlichen Einfluss starker psychosozialer Belastungen auf den kindlichen Entwicklungsverlauf sowie die Häufung bekannt gewordener Fälle gravierender Kindesmisshandlung führten zur gesetzlich verankerten Etablierung der „Frühen Hilfen“ in Deutschland, die präventive Angebote für psychosozial belastete Familien ab der Schwangerschaft bis zu einem Alter der Kinder von drei Jahren anbieten und vor allem die Elternkompetenz und Eltern-Kind-Beziehung stärken sollen.

Als Herausforderung erweist sich hier die Erreichbarkeit der Zielgruppe stark belasteter Familien, da solche Risikogruppen Präventionsleistungen erfahrungsgemäß seltener wahrnehmen. Eine Schlüsselrolle beim frühen Zugang zu solchen Familien wird dabei den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt\_innen zugeschrieben: Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (sogenannte „U-Untersuchungen“) sollen psychosoziale Belastungsfaktoren erfasst und betroffenen Familien passgenaue Unterstützungsmaßnahmen aus dem Bereich der Frühen Hilfen vermittelt werden. Um Praxispädiater\_innen bei dieser anspruchsvollen und verantwortungsvollen Aufgabe zu unterstützen, bedarf es geeigneter Einschätzungshilfen, die eine Fallfindung erleichtern – allerdings gab es bisher keine solchen Instrumente für das kinderärztliche Setting.

Der Fokus der vorliegenden Studie liegt daher auf dem erstmaligen Praxistest des „Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf in den Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6)“, der Kinder- und Jugendärzt\_innen bei der Erfassung von Belastungsfaktoren und der Vermittlung geeigneter Hilfsmaßnahmen unterstützen soll und das erste deutschsprachige Instrument für dieses spezifische Setting darstellt.

### 3. Ziele und Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit soll Erkenntnisse über aktuelle Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von psychosozialen Hilfebedarfen anhand eines neuartigen spezifischen Erhebungsinstruments, des „Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)“ im pädiatrischen Praxisalltag hervorbringen. Es handelt sich dabei um die erste Studie aus dem deutschsprachigen Raum, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt. Zusätzlich werden der Entwicklungsverlauf der als belastet eingestuften Kinder und deren Betreuung sowie die Vermittlung Früher Hilfen durch die Kinder- und Jugendärzt\_innen beleuchtet.

Die Ergebnisse dienen der Optimierung einer Identifikation besonderer Risikogruppen innerhalb der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung und können so dazu beitragen, betroffenen Familien frühe passgenaue Unterstützung zu vermitteln, bevor es aufgrund ihrer besonderen Belastungssituation zu schädlichen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung kommt.

Es stehen folgende detaillierte Hauptzielsetzungen und Fragestellungen im Vordergrund:

1. Die Evaluation gesundheitsrelevanter Belastungsfaktoren von Säuglingen im ersten Lebensjahr im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung U5: Welche Belastungsfaktoren werden von den Pädiater\_innen identifiziert?
  - 1.1 Gemäß Ergebnissen aus dem deutschen Sprachraum (Krippel et al., 2014) wird davon ausgegangen, dass Kinder- und Jugendärzt\_innen eher kindzentrierte als elternbezogene Belastungen identifizieren.
  - 1.2 Da eine systematische Erhebung von entwicklungsgefährdenden Umweltbedingungen in den U-Untersuchungen derzeit nicht vorgesehen ist (Thyen, 2014; Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2018) wird weiterhin vermutet, dass klinisch relevante Belastungen insgesamt häufiger als psychosoziale Faktoren von den Pädiater\_innen gefunden werden.

Zur Überprüfung der ersten Fragestellung wurde eine querschnittliche Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U5 (Alter der Kinder bei ca. 6 Monaten) durchgeführt.

2. Die Beobachtung des Zusammenhangs und Verlaufs der Auffälligkeiten/des Unterstützungsbedarfs der Familien zwischen Früherkennungsuntersuchung U5 und U6:
  - 2.1 Kann das Vorliegen der bei U5 erfassten psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren die Auftretenswahrscheinlichkeit von Auffälligkeiten bei der

---

Früherkennungsuntersuchung U6 vorhersagen? Unter Einbeziehung der Ergebnisse von Esser, Laucht, Schmidt, Löffler, Reiser, Stöhr, Weindrich und Weinel (1990), dass negative Folgen früher psychosozialer Risiken bereits im Alter von 3 Monaten erkennbar sind und häufig bis ins Schulalter (Laucht et al., 2000b) fort dauern können, wird davon ausgegangen, dass das Vorliegen psychosozialer und/oder klinischer Belastungen im Alter von ca. 6 Monaten (U5) auch einen Einfluss auf Auffälligkeiten im Alter von ca. 12 Monaten (U6) hat.

- 2.2 Welche Fälle sind persistierend auffällig, welche Fälle remittieren zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6? Ausgehend von der Erkenntnis, dass sowohl die Kumulation (Werner, 1989; Appleyard, Egeland & Dulmen, 2005; Clark, Caldwell, Power & Stansfeld, 2010) als auch die Kombination (Esser et al., 1990; Laucht et al., 1992; Laucht et al., 1997; Laucht et al., 2000a; Laucht et al., 2000b; Laucht et al., 2002) von psychosozialen und klinisch relevanten risikoh erhöhenden Faktoren relevant für ein langfristiges Auftreten negativer Entwicklungsverläufe sein können, wird angenommen, dass Kinder mit multiplen Risikofaktoren (sowohl psychosozial als auch klinisch belastet) und solche mit mehr als zwei Risikofaktoren häufiger persistierend auffällig sind als Kinder mit nur einer Risikoart und geringerer Risikoanzahl.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung wurden die erhobenen Daten zum Zeitpunkt der U5 und U6 in einer längsschnittlichen Betrachtung verglichen.

3. Die Beleuchtung der Betreuung der Familien durch das Gesundheits- und Sozialwesen und die Vermittlungsrate in das Koordinierungssystem der Frühen Hilfen durch die Pädiater\_innen seit U5. Dies wurde anhand eines Nachuntersuchungsfragebogens bei der Früherkennungsuntersuchung U6 erfasst.
4. Die Untersuchung der Praktikabilität und der Akzeptanz des Anhaltsbogens in der pädiatrischen Praxis – untersucht durch einen Fragebogen zum Ende der Studie.

## 4. Methoden

### 4.1. Studiendesign

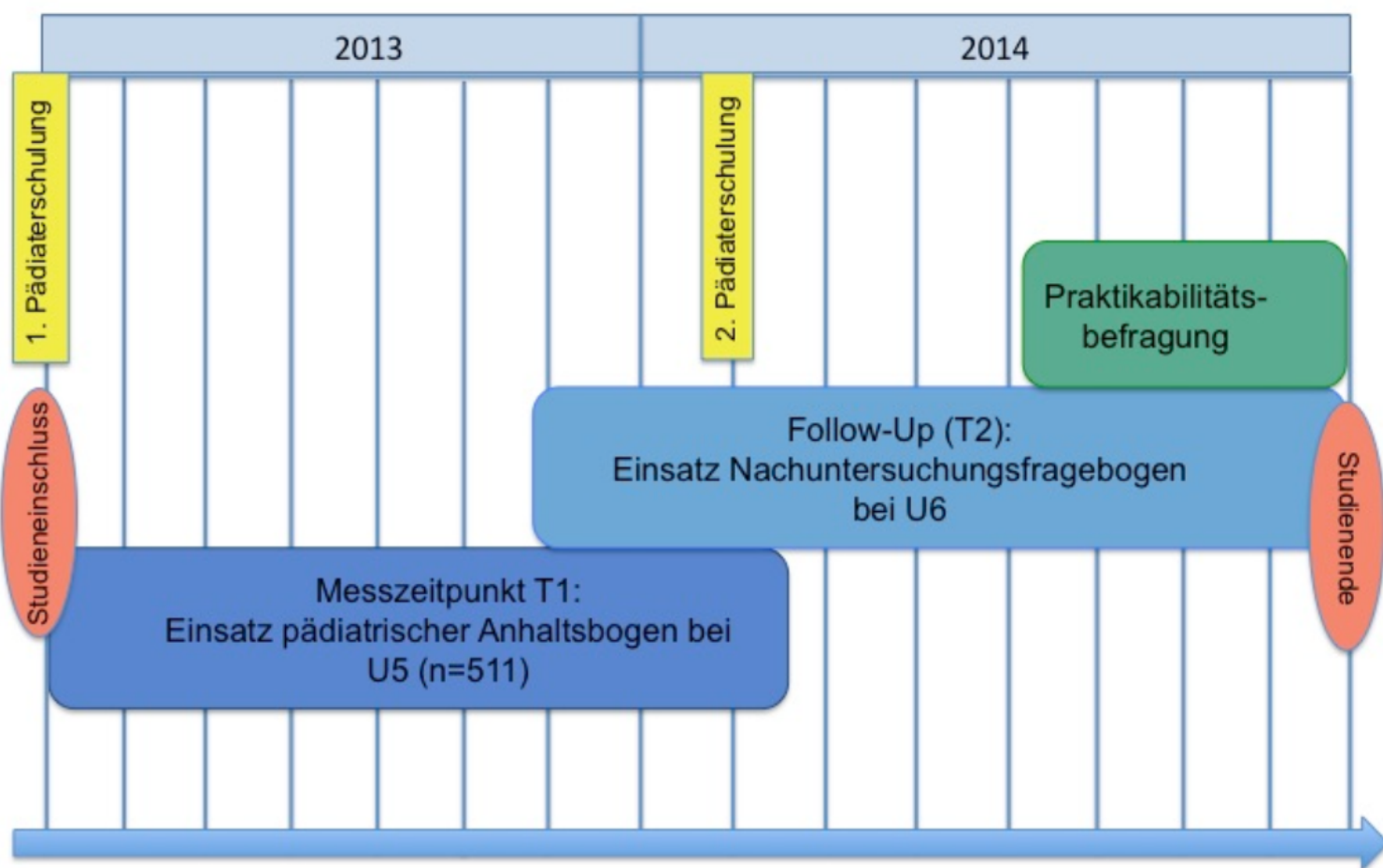
In der vorliegenden Untersuchung wurde der „Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)“ (siehe Punkt 4.3.1.1) einem ersten Praxistest unterzogen. Es handelt es sich um eine prospektive Kohortenstudie mit zwei Messzeitpunkten. Die Zielgruppe dieser Beobachtungsstudie bildeten  $N = 511$  Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr, die zur Früherkennungsuntersuchung in die teilnehmenden kinderärztlichen Praxen kamen und im quer- und längsschnittlichen Design untersucht wurden. Zudem waren die untersuchenden Kinderärzt\_innen ( $N = 31$ ) selbst Teil der Stichprobe, da sie hinsichtlich der Praktikabilität des eingesetzten Pädiatrischen Anhaltsbogens befragt wurden. Die Studie wurde multizentrisch durchgeführt, mit je einem Studienzentrum an den Standorten München und Freiburg.

Ziele der Studie waren die Erfassung gesundheitsrelevanter Belastungen (psychosoziale Belastungsfaktoren und/oder klinisch relevante Symptome) zum Zeitpunkt der Früherkennung U5 (Alter der Kinder bei etwa 6 Monaten; erster Messzeitpunkt T1), die Ermittlung von Zusammenhängen zwischen diesen Belastungsfaktoren und solchen, die beim Follow-up zum Zeitpunkt der U6 anhand eines Nachuntersuchungsfragebogens (siehe Punkt 4.3.1.3) (Alter der Kinder bei etwa 12 Monaten; zweiter Messzeitpunkt T2) dokumentiert wurden, die Beleuchtung des Verlaufs auffälliger Familien sowie deren Betreuung im Gesundheits- und Sozialwesen mit einem Schwerpunkt auf der Vermittlungsrate zu Angeboten der Frühen Hilfen und zuletzt die Überprüfung der Praktikabilität (siehe Punkt 4.3.1.4) des eingesetzten Pädiatrischen Anhaltsbogens im kinderärztlichen Alltag.

Sowohl der Zeitplan für die Durchführung des Projekts als auch die Fallzahlgröße ergaben sich primär aus den Zeitpunkten der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Da die Nachuntersuchung zur standardmäßig stattfindenden U6 ca. 6-8 Monate nach U5 erfolgte, musste die Rekrutierung der Familien zur U5 rechtzeitig abgeschlossen werden, um die U6 im Zeitraum des Projektes durchführen zu können und eine größere Zahl an Lost-to-Follow-up-Fällen zu vermeiden. Die erste Datenerhebungswelle bei U5 wurde von Ende Mai 2013 bis Mitte Februar 2014 durchgeführt. Der Nachuntersuchungszeitraum konnte beginnen, sobald die ersten Kinder, die im Alter von ca. 6 Monaten bei der U5 untersucht worden waren, mindestens 12 Monate alt wurden und somit zur Früherkennungsuntersuchung U6 in die Praxen kamen – das war Ende November 2013 der Fall. Die letzten Familien wurden Ende August 2014 nachuntersucht, so dass sich ohne zeitliche Überschneidungen ein Gesamtzeitraum der Datenerhebung von 15 Monaten ergab.

Abbildung 1 kann das Studiendesign graphisch dargestellt entnommen werden:

**Abb. 1: Graphische Darstellung des Studiendesigns**



## 4.2. Stichprobe

Die Stichprobe dieser Studie gliedert sich in zwei Personengruppen: zum einen die Praxispädiater\_innen, die den pädiatrischen Anhaltsbogen anwendeten und zu dessen Praktikabilität befragt wurden, und zum anderen die durch die Kinder- und Jugendärzt\_innen untersuchten Familien.

### 4.2.1. Stichprobe 1: Pädiater und Pädiaterinnen

#### 4.2.1.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterium für die Pädiater\_innen war der Sitz in einer niedergelassenen Praxis, die sich in München/Landkreis München bzw. in Freiburg befand. Für die Pädiater\_innen lag kein Ausschlusskriterium vor. Alle interessierten niedergelassenen Pädiater\_innen, auf die die Einschlusskriterien zutrafen, konnten sich zur Studienteilnahme anmelden.

#### 4.2.1.2. Rekrutierung

Für die Rekrutierung der Praxispädiater\_innen wurde in München ein dreistufiges Vorgehen gewählt: Zum einen wurden die Leiter der quartalsmäßig stattfindenden Qualitätszirkel der Praxispädiater\_innen kontaktiert, um sie über die geplante Studie zu informieren. Die Studienleitung erhielt eine Einladung in die Qualitätszirkel und hatte dort die Möglichkeit, anhand eines Kurzvortrags das Studienziel und -design sowie den Pädiatrischen Anhaltsbogen darzustellen. Anwesende Pädiater\_innen hatten im Anschluss ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und Anregungen anzubringen. Am Ende der Veranstaltung wurden Studienteilnahme-Formulare ausgegeben, die entweder direkt ausgefüllt oder per Fax an die Studienzentrale geschickt werden konnten. Als zweiter Schritt zur Rekrutierung wurde eine Anzeige im virtuellen Veranstaltungskalender von PaedNetz, dem Münchener Qualitätsverbund niedergelassener Kinder- und Jugendärzte, geschaltet, in der die Studie ausführlich beschrieben und zu einer Auftakt-Schulung eingeladen wurde. Zuletzt wurden Pädiater\_innen, zu denen bis zu diesem Zeitpunkt kein Kontakt bestand, persönlich kontaktiert.

#### 4.2.1.3. Stichprobenumfang

Insgesamt konnten anhand dieser Strategien in München 18 Pädiater\_innen aus 12 Praxen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden, wobei die Besuche in den Qualitätszirkeln die erfolgreichste Maßnahme darstellten. Von allen wurde ein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie eingeholt. Um die geplante Teilnehmerzahl von  $N = 500$  Familien erreichen zu können, wurden Pädiater\_innen aus Freiburg, die an einer parallel laufenden Kooperationsstudie zum Pädiatrischen Anhaltsbogen teilnahmen, gebeten, eben-



falls an der Studie für Gesund.Leben.Bayern teilzunehmen. Auf diese Weise konnten 13 Freiburger Ärzt\_innen aus 6 Praxen für die Teilnahme gewonnen werden.

Insgesamt wurden so über beide Studienstandorte 31 Pädiater\_innen aus 18 Praxen rekrutiert.

#### **4.2.2. Stichprobe 2: Untersuchte Familien**

##### *4.2.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien*

Das Einschlusskriterium für teilnehmende Familien bezog sich auf das Alter der Kinder: Alle Kinder zwischen dem 6. und 7. Lebensmonat, die zur U5 in den Praxen der teilnehmenden Pädiater\_innen untersucht werden sollten, konnten mit ihren Eltern an der Studie teilnehmen. Einziges Ausschlusskriterium waren zu schlechte Deutschkenntnisse, um die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme zu verstehen, selbst wenn der Pädiater/die Pädiaterin oder das Praxispersonal den Inhalt mündlich vereinfacht erklärte.

##### *4.2.2.2. Rekrutierung*

Die Pädiater\_innen wurden instruiert, mit Beginn der Studie (Stichtag) ausnahmslos alle Sorgeberechtigten der Kinder, auf die das Einschlusskriterium zutraf, schriftlich und mündlich über die Studie zu informieren und zu fragen, ob sie daran teilnehmen möchten. Dabei gab es zwei Möglichkeiten des Informationsweges: Zum einen konnten die Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter bei einem Praxisbesuch vor der U5, der häufig wegen Impfterminen oder akuten Erkrankungen stattfindet, persönlich auf die Studie aufmerksam gemacht werden. Dabei wurden den Eltern bzw. gesetzlichen Vertretern des Kindes die Probandeninformation sowie die Einverständniserklärung direkt mitgegeben. Zum anderen gab es die Möglichkeit, die Eltern über die Studie zu informieren, sobald telefonisch ein Termin für eine Früherkennungsuntersuchung U5 beim Pädiater/der Pädiaterin vereinbart wurde. Die Probandeninformation und Einverständniserklärung wurden der Familie in diesem Fall per Post zugeschickt. Das erfolgte mindestens 24 Stunden vor möglichem Studieneinschluss, so dass die Eltern die Möglichkeit erhielten, die Unterlagen zu studieren und offene Fragen im Vorfeld zu klären. Bei Einwilligung zur Teilnahme unterschrieben die Eltern die Einverständniserklärung; diese wurde für die Praxen kopiert, das Original in die Studienzentrale weitergeleitet und dort abgelegt.

Lehnten die Eltern die Teilnahme ab oder traf das Ausschlusskriterium auf eine Familie zu, waren die Praxismitarbeiter dazu angehalten, einen kurzen Nichtteilnehmerfragebogen auszufüllen, um sowohl Angaben über die nicht teilnehmenden Familien treffen als auch die Drop-Out-Rate einschätzen zu können.

#### 4.2.2.3. Stichprobenumfang

Insgesamt wurden in München 336 und in Freiburg 175 Familien für eine Studienteilnahme gewonnen. Die Gesamtstichprobe umfasst demnach 511 Familien.

### 4.3. Erhebungsmethoden

#### 4.3.1. Instrumente

##### 4.3.1.1. Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3-U6)

Anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens wird der psychosoziale Unterstützungsbedarf von Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr erfasst. Das Instrument besteht aus 4 Seiten. Auf der ersten, rot unterlegten Seite werden Familien- und Sozialanamnese zusammenfassend erhoben (siehe Anhang S. 169). Hierunter fallen das Alter der Eltern, mit der Möglichkeit, den Risikofaktor besonders junger Mütter (unter 18 Jahren) zu dokumentieren, Items rund um Schwierigkeiten bei Schwangerschaft und Geburt, die Erfassung erhöhter Fürsorgeanforderungen des Kindes, familiäre schwerwiegende Erkrankungen oder sonstige Belastungen und die Gesundheitsfürsorge, wobei hier auch die wahrgenommenen U-Untersuchungen sowie eventuelle Kinderarztwechsel festgehalten werden können.

Die 13 Items auf der zweiten Seite (siehe Anhang S. 170) bilden den Kerninhalt des Anhaltsbogens und umfassen die drei Indikationsbereiche wie unter 2.6.2 beschrieben, die wie folgt untergliedert sind: Zu den blau markierten psychosozialen Belastungen zählen die Bereiche „Familienanamnese“ (Item 1: Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen), „Auffälligkeiten beim Kind“ (Item 2: Pflege / Ernährung, Item 3: Entwicklung / Verhalten aus Sicht des Pädiaters und Item 4: Entwicklung / Verhalten aus Sicht der Eltern), „Belastungen der Hauptbezugsperson“ (Item 5: Erschöpfung und Item 6: selbstberichtete mangelnde Unterstützung) und „Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion“ (Item 7: mangelnde Zuwendung, Item 8: wenig einfühlsames Handling und Item 9: Anzeichen von Überforderung).

Grün gekennzeichnet sind klinisch relevante Symptome des Kindes und der Hauptbezugsperson zu finden: Zu den Regulationsstörungen auf der Kindseite gehören Item 10: Exzessives Schreien/ starke Unruhe, Item 11: Schlafstörungen und Item 12: Fütterstörungen. Zum Indikationsbereich „Postpartale Depression“ auf Seite der Hauptbezugsperson zählt Item 13: Antriebslosigkeit/ Freudlosigkeit. Anhand dieser 13 Items trifft der Pädiater/die Pädiaterin seine Einschätzung über einen psychosozialen Hilfebedarf.

In der zusammenfassenden Übersicht auf Seite 3 (siehe Anhang S. 171) kann der Pädia-ter/die Pädia-terin Einschätzungen von der 2. Seite übertragen und das Vorgehen im Fall von Belastungen, insbesondere sein Vermittlungs-/Überweisungsverhalten dokumentieren. Es werden dabei zwei Handlungsoptionen vorgeschlagen, zum einen eine vertiefte pädiatrische Abklärung oder Beratung und/oder zum anderen die Möglichkeit, betroffene Familien an eine Fachambulanz (bei Vorliegen klinisch relevanter Symptome) oder an das lokale Netzwerk Frühe Hilfen (bei psychosozialen Belastungen) zu vermitteln.

Auf der vierten Seite (siehe Anhang S. 172) können zusätzliche Beobachtungen, Befunde und Empfehlungen notiert werden. Hier lassen sich auch Bewältigungspotentiale und Res-sourcen der Familie, geplante oder bereits durchgeführten Maßnahmen sowie vereinbarte Vorstellungstermine bei etwaigen Fachstellen vermerken.

Ergeben sich für ein Item deutliche Anzeichen für vorhandene Belastungen, so wird in das zum jeweiligen Untersuchungstermin gehörende Kästchen ein Kreuz gesetzt. Ist sich der Pädia-ter/die Pädia-terin in Bezug auf die Belastungseinschätzung unsicher, so kann er ein Fragezeichen setzen und beim nächsten Praxisbesuch eine erneute Einschätzung vorneh-men. Diese Alternative wurde allerdings als Vorgehen innerhalb der Studie im Vorfeld aus-geschlossen, da der Pädiatrische Anhaltsbogen aus zeitökonomischen projektbezogenen Gründen nur querschnittlich zu einem Erhebungszeitpunkt eingesetzt wurde und die Pädia-ter\_innen somit keine Möglichkeit hatten, zu einem späteren Zeitpunkt zu einem eindeutige-ren Ergebnis zu kommen.

Der Befund des Pädiatrischen Anhaltsbogens wird dann als „positiv“ gewertet, wenn ein psy-chosozialer Unterstützungsbedarf der Familie besteht. Dies wird sichtbar, wenn der Pädia-ter/die Pädia-terin auf Seite 2 des Anhaltsbogens mindestens ein Kreuz bei einem Item zum Zeitpunkt der entsprechenden U-Untersuchung gesetzt hat. Bei einem „negativen“ Befund ist die Familie unauffällig und im Bogen ist kein Kreuz gesetzt worden. Alle teilnehmenden Pädia-ter\_innen erhielten eine Handanweisung zum Pädiatrischen Anhaltsbogen (siehe Anhang S. 173-175), die einzelne Items und deren Erfassung sowie die generelle Handhabung des Instruments erläutert. die Anwendung des Bogens erläutert.

Der Pädiatrische Anhaltsbogen wurde in einer parallel laufenden, durch das Nationale Zent-rum Frühe Hilfen finanzierten, Studie teilvalidiert. Die durch die Pädia-ter\_innen während der Früherkennungsuntersuchung vorgenommene Einschätzung des psychosozialen Unterstüt-zungsbedarfs der Familien wurde hierfür mit der Einschätzung eigens geschulter Psycholo-gen verglichen. Die Psychologen führten mit allen Familien, die laut Pädia-terurteil einen psy-chosozialen Unterstützungsbedarf aufwiesen, sowie mit einer Zufallsauswahl der unbelaste-ten Familien, vertiefende Interviews durch, um zu einer eigenen Einschätzung zu finden. Bei knapp zwei Drittel der aus ärztlicher Sicht belasteten Familien mit Unterstützungsbedarf ergab sich eine Übereinstimmung mit den Interviewergebnissen, was einem positiven prädik-

tiven Wert von 64,7% entspricht. Bei unbelasteten Familien, die keinen Unterstützungsbedarf aufwiesen (negativer prädiktiver Wert), stimmten Pädiater\_innen und Interviewer in 71,9% der Fälle überein (Belzer, Kleinert, Buchholz, Martens-Le Bouar, Friedmann, Tillmann, Fischer, Ufer, Krippeit, Kaufmann, Schreiber, Seidlitz, Mall & Barth, 2014; Belzer, Kleinert, Buchholz, Mall & Barth, 2015).

#### 4.3.1.2. *Nichtteilnehmerfragebogen*

Familien, die nicht an der Studie teilnahmen, aber einen Termin zur U5 in der jeweiligen pädiatrischen Praxis vereinbart hatten, wurden über einen kurzen Nichtteilnehmerfragebogen (siehe Anhang S. 176) erfasst. Dieser enthielt Fragen zu Gründen für die Nichtteilnahme, Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Muttersprache der Personen.

#### 4.3.1.3. *Nachuntersuchungsfragebogen*

Ziel der Nachuntersuchung war die Einschätzung des Vorliegens von Auffälligkeiten sowie die Ermittlung der Betreuung der bei U5 als auffällig eingeschätzten Familien im Gesundheits- und Sozialwesen und deren Inanspruchnahme von Angeboten des Koordinierungssystems Frühe Hilfen. Der Nachuntersuchungsfragebogen (siehe Anhang S. 177-179) wurde vom Pädiater/der Pädiaterin oder Praxismitarbeitern, die Kontakt zur Familien hatten, ausgefüllt und ist in folgende sechs Bereiche unterteilt:

1. Migrationshintergrund (ermittelt in Anlehnung an den Mindestindikatorensatz für Migration nach Schenk, Bau, Borde, Butler, Lampert, Neuhauser, Razum und Weilandt (2006))
2. Auffälligkeiten im Rahmen der U-Untersuchungen U5 und U6
3. Krankenhausaufenthalte seit U5
4. Kontakte zum Gesundheitswesen (SPZ, Kinderarztbesuche, sonstige Kontakte) seit U5
5. Kontakte zum Sozial- und Jugenddienst (Frühförderstellen, Erziehungsberatung, sonstige Beratung durch den Sozial- / Jugenddienst, Jugendamt) seit U5
6. Inanspruchnahme Früher Hilfen seit U5

Der Fragebogen enthielt überwiegend ja/nein- Antwortoptionen und teilweise offene Antwortformate.

#### 4.3.1.4. *Praktikabilitätsfragebogen*

Der Praktikabilitätsfragebogen (siehe Anhang S. 180-183) wurde konzipiert, um die teilnehmenden Pädiater\_innen nach Abschluss des Erhebungszeitraumes zu ihren Erfahrungen mit

dem Anhaltsbogen zu befragen. Anhand des 4-seitigen Fragebogens werden Angaben zur subjektiven Nutzen-Bewertung, Akzeptanz und Praktikabilität des Anhaltsbogens erfasst, sowie zum Ablauf der Studie. Es wurden Fragen im Multiple-Choice- und im offenen Antwortformat gestellt.

### **4.3.2. Untersuchungsablauf**

#### *4.3.2.1. Pädiaterschulungen*

Es wurden zwei vorbereitende Schulungen für die teilnehmenden Pädiater\_innen konzipiert und angeboten. Die erste Fortbildung fand im Vorfeld des Datenerhebungsbeginns im April 2013 statt und bezog sich auf die Inhalte des Pädiatrischen Anhaltsbogens (Schwerpunkte Regulationsstörungen, postpartale Depression und Eltern-Kind-Interaktion) sowie den Studienablauf und die allgemeine Handhabung des Pädiatrischen Anhaltsbogens. Das Studienteam stellte hier das Studiendesign vor und beantwortete formale und inhaltliche Fragen der Pädiater\_innen. Die Abendveranstaltung fand in den Räumlichkeiten des kbo Kinderzentrums statt. Die zweite Veranstaltung fand im Februar 2014 statt und diente einer inhaltlichen Vertiefung insbesondere der Themen postpartale Depression und Feinfühligkeitsbeobachtung/ Eltern-Kind-Interaktion und der Darstellung erster Zwischenergebnisse. Hierzu hielten Experten des kbo Kinderzentrums München und das Studienteam Vorträge zu den genannten Themen. Die Veranstaltung wurde in den Räumen der Kinderklinik Schwabing abgehalten. Die Schulungen wurden direkt im Anschluss zum Zweck der Qualitätssicherung bzw. Weiterentwicklung evaluiert, um die Möglichkeit zukünftiger, regelmäßiger Wiederholungsveranstaltungen zu gewährleisten. Die Evaluation der Schulungen ist nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit.

#### *4.3.2.2. Betreuung der teilnehmenden Praxen*

Alle teilnehmenden Pädiater\_innen wurden vor Studienbeginn durch Studienmitarbeiter\_innen in ihren Praxen persönlich aufgesucht. Hierbei wurden alle für die Durchführung der Studie erforderlichen Unterlagen ausgehändigt und der organisatorische Ablauf noch einmal im Detail besprochen. Jede Praxis erhielt ihren Studienordner, in dem sich fertig vorbereitete Testpakete für jede potenziell teilnehmende Familie befanden. Die einzelnen Testpakete bestanden aus einer Elterneinverständniserklärung, dem Pädiatrischen Anhaltsbogen und dem Nachuntersuchungsfragebogen. Zusätzlich wurde jedem Arzt ein Leitfaden zur Evaluation psychosozialer Risikofaktoren, der ebenfalls im Rahmen der Studie erstellt wurde, sowie die zum Pädiatrischen Anhaltsbogen zugehörige Handanweisung ausgehändigt, die den Umgang mit dem Instrument erläutert.

Jeder teilnehmenden Praxis wurde ein Studienmitarbeiter als fester Ansprechpartner zugeordnet, so dass Fragen jederzeit entweder telefonisch oder persönlich bei den etwa 14-tägig stattfindenden Praxisbesuchen umgehend geklärt werden konnten. Die Ordnung der Unterlagen sowie das Einsammeln der ausgefüllten Fragebögen wurden von den der Praxis zugeordneten studentischen Mitarbeiterinnen übernommen.

#### 4.3.2.3. *Datenerhebung*

Die Durchführung der Datenerhebung erfolgte durch die teilnehmenden Pädiater\_innen der Studie. Nach Rekrutierung der Familien wurden Belastungsfaktoren anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens während der regulären Früherkennungsuntersuchung U5 (Messzeitpunkt T1) erhoben. Das Instrument diente dabei als Wahrnehmungs-, Dokumentations-, Erinnerungs- und Kommunikationshilfe, es war dabei den Ärzt\_innen selbst überlassen, wie sie zu einer Einschätzung über die zu dokumentierenden Belastungsfaktoren gelangten (Erfahrungswerte, Anwenden von weiteren Instrumenten etc.). Der Pädiater/die Pädiaterin handelte dabei wie unter Punkt 2.6.3 beschrieben. Als Zeitpunkt wurde die Früherkennungsuntersuchung U5 (Alter des Säuglings 6-7 Monate) gewählt, da die Familien der Praxis dann in der Regel bereits bekannt sind und sich erfahrungsgemäß eine gewisse Vertrautheit zwischen den Eltern und ihrem Kinder- und Jugendarzt entwickelt hat. Diese Vertrautheit erleichtert es dem Arzt, die Eltern auf eine Teilnahme an der Studie anzusprechen. Darüber hinaus hat sich einige Monate nach der Geburt des Kindes üblicherweise die neue Familiensituation konsolidiert, so dass sich Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion und erste Anzeichen für auffällige Entwicklungen besser erkennen lassen. Ferner hat die postpartale Depression in dieser Phase ihre epidemiologisch stärkste Ausprägung (Reulbach et al., 2009).

Nach Einschätzung des Unterstützungsbedarfs bei der U5 sahen die Kinder- und Jugendärzt\_innen die Familien regulär erneut ca. 6-8 Monate später zum U6-Termin (Follow-up, T2). Hier erhoben sie anhand des Nachuntersuchungsfragebogens erneut Auffälligkeiten der Familien/ Kinder und dokumentierten Informationen zum Verlauf der Betreuung im Gesundheits- und Sozialwesen seit der U5.

Der Fragebogen zur Praktikabilitätsbefragung wurde direkt im Anschluss an die Nachuntersuchung persönlich in die Praxen gebracht und dort von den Pädiater\_innen ausgefüllt.

Patientendaten wurden in der vorliegenden Studie pseudonymisiert erfasst. Die individuellen Codes – bestehend aus einem Praxiscode des teilnehmenden Pädiaters/ der Pädiaterin sowie einem zufällig erstellten Zahlencode für jede teilnehmende Familie – wurden im Vorfeld durch das Studienteam auf den Testunterlagen notiert. Jede Praxis erhielt eine Liste, auf der sie zur besseren eigenen Nachvollziehbarkeit eine Kombination aus zugewiesenem Code und Familiennamen vermerkte. Diese Listen verblieben jedoch in den Praxen und wurden

nicht an die Studienzentrale weitergegeben. Rückschlüsse auf Namen oder sonstige personenbezogenen Daten der Familien waren für das Studienteam nicht möglich.

#### **4.4. Auswertungsmethoden**

Die von den Pädiater\_innen erhobenen Daten des Pädiatrischen Anhaltsbogens, des Nachuntersuchungsfragebogens und des Praktikabilitätsfragebogens wurden in eine SPSS-Datenmaske eingegeben. Alle Daten wurden doppelt von zwei unabhängigen Personen eingegeben, bei fehlender Übereinstimmung wurde der Einzelfall jeweils erneut kontrolliert. Alle Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS Version 23.

##### **4.4.1. Gruppenvergleiche**

Sämtliche Daten der vorliegenden Studie sind kategorial und nominalskaliert. Um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Gruppen darzustellen, wurde die Verteilung der Daten anhand des Chi-Quadrat-Tests bzw. des exakten Chi-Quadrat-Tests (Fisher-Yates-Test) bei entsprechend kleinen Stichprobenanteilen ermittelt. Bei Kreuztabellen, die größer als 2x2 Felder waren, wurden Post-hoc-Tests in Form paarweiser erneuter Chi-Quadrat-Tests bzw. gegebenenfalls Fisher-Yates-Tests durchgeführt. Die Angabe der deskriptiven Ergebnisse erfolgt als ganze Zahlen oder Prozentzahlen, gerundet auf eine Dezimalstelle. Mittelwerte und Standardabweichungen werden mit zwei Dezimalstellen angegeben. Alle anderen Ergebnisse werden mit drei Stellen nach Null angezeigt.

##### **4.4.2. Zusammenhangsmaße**

Da in der vorliegenden Studie ausschließlich Interkorrelationen von kategorialen, nominalskalierten Variablen untersucht wurden, erfolgte die Betrachtung der Zusammenhänge anhand des Phi-Koeffizienten.

##### **4.4.3. Prädiktion**

Zielgröße der Prädiktion war das Vorliegen von Auffälligkeiten der Familien zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6. Es wurde zwischen einem generellen Vorliegen von Auffälligkeiten (Auffälligkeit: ja/nein) und spezifischen Auffälligkeiten (Entwicklungsverzögerungen, Schlafproblematik, Fütterproblematik, Kombination aus Regulationsstörungen, familiäre Belastungssituation, Gedeihstörungen, sonstige Auffälligkeiten) unterschieden.

Zur Überprüfung der Frage, ob sich bei U5 erhobene Belastungsfaktoren zur Prädiktion von Auffälligkeiten bei U6 eignen, wurden folgende Vorgehensweisen gewählt:

- 
1. Vorgehen für die abhängige Variable „generelles Vorliegen von Auffälligkeiten bei U6“:
    - 1.1 Testung des prädiktiven Werts eines generellen Vorliegens von psychosozialen oder klinischen Belastungsfaktoren bei U5 anhand einer binären logistischen Regression.
    - 1.2 Testung des prädiktiven Werts der bei U5 erhobenen Einzelvariablen in einem Gesamtmodell anhand einer binären logistischen Regression.
  2. Vorgehen für die abhängige Variable „spezifische Auffälligkeiten bei U6“:  
Testung des prädiktiven Werts der unter 1.2 als relevant identifizierten Belastungsfaktoren.

Für alle Signifikanzberechnungen wurde ein Signifikanzniveau von 5% festgelegt.

Es folgt die Darstellung der Ergebnisse.



## 5. Ergebnisse

Der Ergebnisteil gliedert sich in die Darstellung der querschnittlichen Ergebnisse bei den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten von U5 und U6, sowie in längsschnittliche Betrachtungen, die gewonnene Erkenntnisse der beiden Untersuchungszeitpunkte in Bezug zueinander setzen. Zusätzlich werden Ergebnisse der Praktikabilitätsumfrage dargestellt.

### 5.1. Querschnittliche Untersuchungen

#### 5.1.1. Evaluation psychosozialer und klinischer Belastungsfaktoren anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens zum Zeitpunkt der U5

##### 5.1.1.1. Beschreibung der Stichprobe

###### Pädiater\_innen

Am Standort München befanden sich insgesamt 18 Pädiater und Pädiaterinnen in der Stichprobe. In Freiburg nahmen 13 Kinder- und Jugendärzt\_innen aktiv an der Studie teil. Die Gesamtfallzahl der Pädiater\_innen über beide Standorte betrug damit 31. Für München liegt die genaue Verteilung der teilnehmenden Praxen auf die Stadtteile vor:

**Tabelle 2: Verteilung der Münchener Praxen auf die einzelnen Stadtteile**

Stadtteil	Anzahl der Praxen	Anteil untersuchter Familien in %	Lage	Migranten (%)*	Armutspopulation (%)*	Ausprägung soziale Problemlagen <sup>3</sup>
Neuhausen-Nymphenburg	3	36,6%	Stadt zentral-westlich	22,4	5,9	gering
Schwabing-Freimann	1	5,0%	Stadt zentral-nordöstlich	24,2	5,7	hoch
Moosach	2	14,3%	Stadt nördlich	27,9	9,3	hoch
Bogenhausen	1	3,3%	Stadt zentral-östlich	20	4,5	gering
Untergiesing / Harlaching	2	11,9%	Stadt südlich	20,8	6,5	mittel
Sendling	1	17,3%	Stadt zentral-südlich	25,5	8,1	mittel
Au-Haidhausen	1	8,0%	Stadt zentral-östlich	22,2	5,5	gering
Ottobrunn	1	3,6%	Land südöstlich	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben

\* Quelle: Landeshauptstadt München (2014)

<sup>3</sup> Indikator „soziale Herausforderungen“: Arbeitslosigkeit, Bezug Sozialgeld/ Arbeitslosengeld/ Grundsicherung, stationäre und teilstationäre Erziehungshilfen, Betreuung durch Bezirkssozialarbeiter, Kinderschutzfälle, Anteil Wohngeldempfänger-Haushalte, Migrant\_innen-Anteil (Landeshauptstadt München Sozialreferat, 2016)

47,9% der Münchener Stichprobe wurde in Stadtteilen, in denen eine geringe Ausprägung sozialer Problemlagen vorliegt, erhoben. Der Anteil an Familien in Stadtteilen mit mittlerer und hoher Ausprägung sozialer Problemlagen betrug 29,2% bzw. 19,3%. Von 3,6% der Stichprobe lag keine Angabe vor, da sie nicht im Stadtgebiet, sondern im Landkreis München untersucht wurden.

### Patientenfamilien

Bei Einsatz des Pädiatrischen Anhaltsbogens zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U5 befanden sich 511 Familien in der Stichprobe. Die Zahl setzt sich aus Patientenfamilien beider Studienstandorte zusammen, davon waren 336 Familien (65,8% der Gesamtstichprobe) aus München und 175 (34,2% der Gesamtstichprobe) aus dem Kooperationsstandort Freiburg. Um die Teilnahmequote zu ermitteln, wurde die Zahl der teilnehmenden Familien zu den insgesamt von den pädiatrischen Praxen durchgeführten U5-Untersuchungen ins Verhältnis gesetzt, woraus sich Quoten von 19% (Landeshauptstadt München) und 46% (Freiburg) ergaben. Die Gesamtteilnahmequote der Familien lag damit bei 23,6%.

Folgend werden Merkmale der teilnehmenden Familien beschrieben sowie Angaben über nichtteilnehmende Familien dargestellt.

### **Geschlechterverteilung**

In der Stichprobe fanden sich 159 Jungen und 149 Mädchen, in 203 Fällen wurden keine Angaben gemacht, so dass alle Aussagen über die Geschlechterverteilung nur für 60% der Gesamtstichprobe getroffen werden können.

### **Alter der Eltern und Kinder**

Das Alter der Mütter wurde in 476 (93,2%) Fällen angegeben, das der Väter in 454 Fällen (88,8%). Durchschnittlich waren die Mütter 33,12 (*Mod* = 33; *Min* = 18, *Max* = 50, *SD* = 5.29) und die Väter 35,35 Jahre alt (*Mod* = 31; *Min* = 18; *Max* = 65; *SD* = 6.35).

Das genaue Alter der Kinder wurde nicht eigens erfasst, da der Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U5 für alle Kinder standardmäßig zwischen dem sechsten und siebten Lebensmonat liegt.

### **Migrationshintergrund**

Der Migrationshintergrund wurde durch die Pädiater\_innen bei 416 (81,4% der Gesamtstichprobe) Familien erfasst. Bei der Ermittlung eines möglichen Migrationshintergrunds der Kinder und ihrer Eltern erfolgte eine Orientierung anhand des „Mindestindikatorensetzes für Migration“ (Schenk et al., 2006).

Der Algorithmus bei der Bildung der Gruppen lautete dabei wie folgt:

Ein Migrationshintergrund ist gegeben, wenn:

- beide Elternteile im Ausland geboren wurden oder
- die Person selbst und mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist oder
- die Muttersprache nicht Deutsch ist.

Es wurden keine Angaben darüber erhoben, ob die Kinder in Deutschland geboren worden waren. Auch das Kriterium der Muttersprache war nicht eindeutig anwendbar: Es wurde zwar angegeben, welche Muttersprache die Eltern sprachen. Dies impliziert aber nicht automatisch, dass diese Sprache auch in der Kommunikation mit dem Kind genutzt wird, weshalb für die Entscheidung, ob ein Migrationshintergrund vorliegt, das Geburtsland der Eltern herangezogen wurde. In 49 Fällen waren beide Eltern im Ausland geboren, demnach hatten 11,8% der Kinder einen Migrationshintergrund.

Für die Eingruppierung der Eltern konnte das Kriterium der Muttersprache herangezogen werden, da keine Aussagen über die Geburtsländer der Großeltern erhoben wurden, welche für die Zuordnung aufgrund der verbleibenden Kategorien notwendig gewesen wären.

73 Mütter (17,5% der Gesamtstichprobe) sprachen eine andere Muttersprache als Deutsch und hatten demnach einen Migrationsstatus. Die größten Sprachgruppen stellten dabei Spanisch und Russisch dar. Unter den Vätern fanden sich nach diesem Kriterium 65 Männer (15,6% der Gesamtstichprobe) mit Migrationsstatus. Am häufigsten wurden hier Russisch, Arabisch, Französisch und Kroatisch genannt. 39 Elternpaare (9,4% der Gesamtstichprobe) hatten beide eine andere Muttersprache als Deutsch.

Nachfolgend werden die Nichtteilnehmer beschrieben und Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie erläuternd zusammengefasst.

### Nichtteilnehmer

Familien, die nicht an der Studie teilnehmen wollten oder aufgrund des Ausschlusskriteriums mangelnder Deutschkenntnisse nicht teilnehmen konnten, wurden durch das Praxispersonal anhand eines Nichtteilnehmerfragebogens erfasst. Insgesamt konnten 233 Nichtteilnehmerfragebögen ausgefüllt werden und so über einen Teil der nichtteilnehmenden Familien Aussagen getroffen werden.

### ***Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Muttersprache der nicht teilnehmenden Personen***

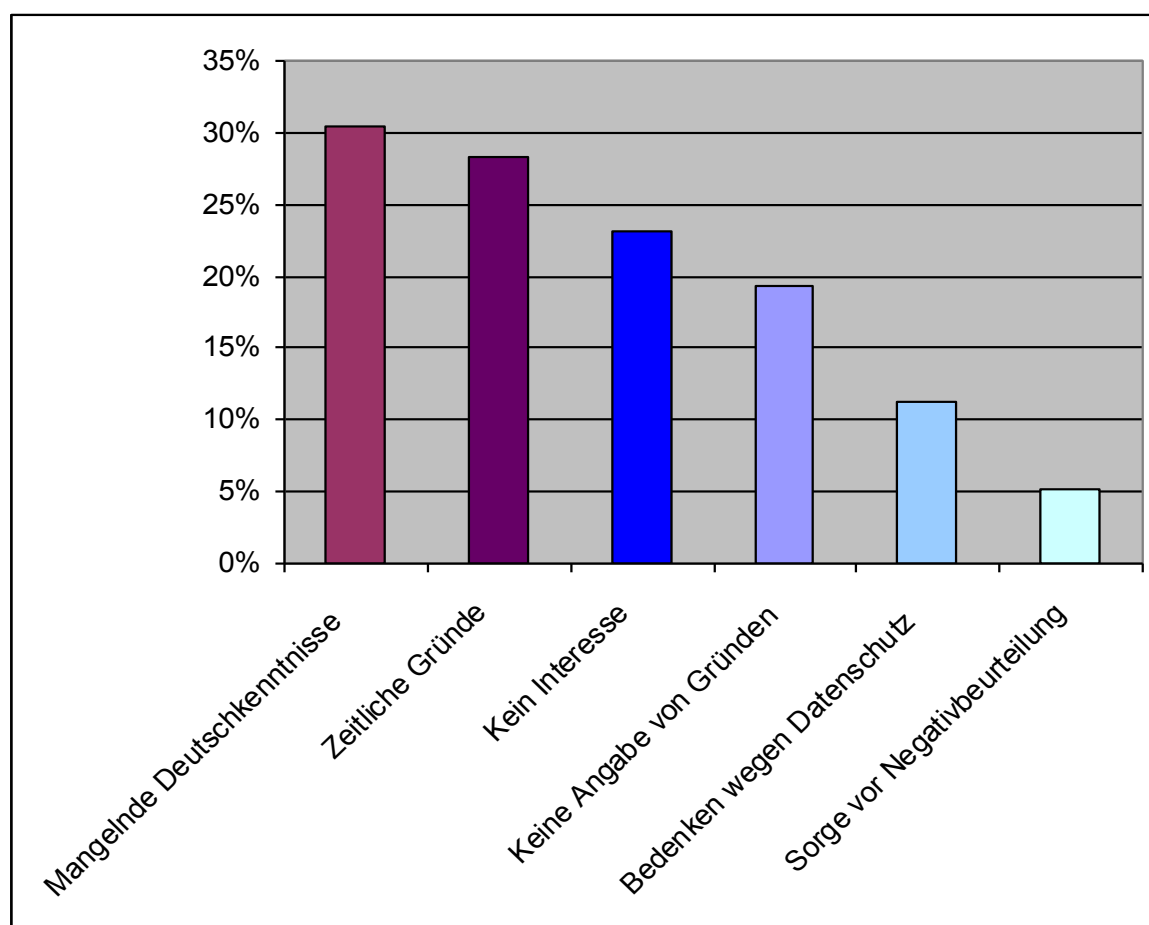
Die Begleitpersonen der Kinder, die nicht an einer Studienteilnahme interessiert waren, waren im Mittel 32,50 Jahre alt ( $Mod = 28$ ,  $Min = 21$ ,  $Max = 47$ ,  $SD = 5.41$ ). Darunter waren 151 Frauen, wovon 147 angaben, die Mutter des betreffenden Kindes zu sein und 9 Männer, die

ohne Ausnahme die Väter der Kinder waren. Unter den Nichtteilnehmern hatten 27,5% der Personen Abitur, 12,4% einen Realschulabschluss, 9% einen Hauptschulabschluss und 2,6% keinen Schulabschluss. Über die restlichen 48,5% kann keine Aussage bezüglich des Bildungsstands getroffen werden, da keine Angaben vorliegen. 33,5% gaben Deutsch als ihre Muttersprache an, 28,8% der Nichtteilnehmer hatten eine andere Muttersprache, darunter am häufigsten Türkisch (5,2%), gefolgt von Albanisch, Arabisch, Polnisch und Russisch mit je 2,6%.

### **Gründe für die Nichtteilnahme**

Unter den Gründen für eine Nichtteilnahme ließen sich sechs Kategorien bilden: mangelnde Deutschkenntnisse, zeitliche Gründe/zu hoher Aufwand, kein Interesse am untersuchten Themengebiet, keine Angabe von Gründen, Bedenken bezüglich des Datenschutzes und Sorge vor einer Negativbeurteilung der elterlichen Fähigkeiten. Am häufigsten wurden mangelnde Deutschkenntnisse als Hindernisgrund zur Teilnahme genannt.

**Abb. 2: Häufigkeiten der Gründe für eine Nichtteilnahme an der Studie**



Im Anschluss werden die Ergebnisse des Pädiatrischen Anhaltsbogens bei Einsatz zum Zeitpunkt der U5 zusammengefasst.

### 5.1.1.2. Belastungsfaktoren der untersuchten Familien

Die Pädiater\_innen identifizierten anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens insgesamt 75 Familien als belastet. Dies entspricht 14,7% der Gesamtstichprobe.

Nachfolgend werden die von den Pädiater\_innen gefundenen Belastungsfaktoren beschrieben.

#### Seite 1 des Pädiatrischen Anhaltsbogens: Familienanamnese und Gesundheitsfürsorge

Die Ergebnisse aus Seite 1 werden an dieser Stelle nur in Auszügen dargestellt, da sie dem Pädiater/der Pädiaterin zwar als erster Überblick und Einstieg in die Beurteilung der Familiensituation dienen, aber noch keine Aussage darüber liefern, ob Belastungsfaktoren vorliegen, die für die Familie nicht zu bewältigen sind.

#### **Familienanamnese**

Bei der Auswertung des Bereichs „Familienanamnese“ fanden sich folgende Ergebnisse:

Die Frage nach der Anzahl der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen ergab einen Mittelwert von 11,91 ( $Min = 0$ ,  $Max = 35$ ,  $SD = 3.71$ ), der Modus lag bei genau 10 Untersuchungen. Durchschnittlich fand die erste Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung der Mütter um die 9. Schwangerschaftswoche herum statt ( $M = 8.74$ ,  $Min = 3$ ,  $Max = 36$ ,  $SD = 3.09$ ), wobei der Modus bei der 8. Schwangerschaftswoche lag.

Der zweite Unterbereich der Familienanamnese gliedert sich in die Items Fürsorgeanforderungen des Kindes, familiäre schwere Erkrankungen sowie sonstige Belastungen.

In 34 Fällen konnten Pädiater\_innen einen erhöhten Fürsorgebedarf (z. B. aufgrund einer Mehrlingsgeburt oder ähnlich ressourcenintensiver Lebenslagen) des Kindes feststellen, was 6,7% der Gesamtstichprobe entspricht. Schwere Erkrankungen innerhalb der Familie wurden bei 13,1% ( $n = 67$ ) dokumentiert, wobei körperliche Erkrankungen ( $n = 60$ ) die größte Gruppe darstellten, gefolgt von psychischen ( $n = 4$ ) und einer Kombination aus beiden Krankheitsformen ( $n = 3$ ). Häufigste Erkrankungen waren Diabetes, Asthma und Krebserkrankungen. Unter sonstigen Belastungen wurden insbesondere alleinerziehende Elternteile und innerfamiliäre Spannungen wie beispielsweise Partnerschaftsprobleme, eifersüchtiges Geschwisterkind, mangelnde Unterstützung etc. aber auch sozioökonomische Schwierigkeiten genannt. Insgesamt wiesen 80 Familien (15,7% der Gesamtstichprobe) sonstige Belastungen auf.

141 Familien (27,6% der Gesamtstichprobe) wiesen zusammengefasst eine belastende Familienanamnese auf.

### **Gesundheitsfürsorge**

Der Unterbereich Gesundheitsfürsorge wird über das Abfragen der wahrgenommenen U-Untersuchungen und die Erfassung eines eventuellen Kinderarztwechsels abgebildet.

Die nachfolgende Tabelle stellt die durchgeführten U-Untersuchungen in absoluten Zahlen und prozentualen Anteilen der Gesamtstichprobe dar:

**Tabelle 3: Anzahl der U-Untersuchungen in ganzen Zahlen und Prozentangaben**

<b>U-Untersuchungs-Nummer</b>	<b>Anzahl durchgeführte (N)</b>	<b>% der Gesamtstichprobe</b>
<b>U1</b> (bei Geburt)	453	88,6
<b>U2</b> (3.-10- Tag)	461	90,2
<b>U3</b> (4.-5. Woche)	491	96,1
<b>U4</b> (3.-4. Monat)	491	96,1
<b>U5</b> (6.-7. Monat)	488	95,5

Ein Kinderarztwechsel fand im ersten Lebenshalbjahr in 20 Fällen (3,9% der Gesamtstichprobe) statt.

Nach Darstellung der Ergebnisse der ersten Seite des Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Familienanamnese und Gesundheitsfürsorge folgen nun Ergebnisse bezüglich der erfassten psychosozialen Belastungsfaktoren und klinisch relevanten Symptome.

#### Seite 2 des Pädiatrischen Anhaltsbogens: Psychosoziale Belastungen und klinisch relevante Symptome

Es wurden, wie bereits erwähnt, insgesamt 75 Familien mit einem Hilfebedarf aufgrund psychosozialer oder klinisch relevanter Belastungen identifiziert.

#### ***Geschlechterverteilung der Kinder und Migrationshintergrund in den belasteten Familien***

In der Gruppe der belasteten Familien fanden sich 36 weibliche und 31 männliche Säuglinge, bezüglich der restlichen 8 verbleibenden Fälle wurde keine Angabe gemacht. Unter den nicht belasteten Familien waren 113 Mädchen und 128 Jungen, von den verbleibenden 195 Fällen sind keine Angaben vorhanden. Die Häufigkeiten für beide Geschlechter unterschieden sich zwischen den beiden Gruppen der belasteten und unbelasteten Familien nicht signifikant ( $Chi^2 = 0.728$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.393$ ).

In die Gruppe der belasteten Familien fielen 10 Kinder (13,3% der belasteten Familien), die aufgrund ihrer im Ausland geborenen Eltern einen Migrationsstatus hatten, und 46 deutsche Kinder (61,3% der belasteten Familien). Über die verbliebenen 18 Fälle ist keine Angabe des Migrationsstatus bekannt. Unter den unauffälligen Familien waren 39 Kinder (10,8% der unbelasteten Familien) mit Migrationsstatus und 321 (89,2% der unbelasteten Familien) deutsche Kinder. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied für die Verteilung des Merkmals „Migrationsstatus“ in den Gruppen belasteter und nicht belasteter Familien ( $Chi^2 = 4.48$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.107$ ).

Bei der Festmachung des Migrationsstatus anhand der Muttersprache der Eltern ergab sich folgendes Bild: In der Gruppe der auffälligen Familien waren 14 Mütter, deren Muttersprache nicht Deutsch war und die daher als Migrantinnen eingestuft werden konnten. Ebenso fanden sich in dieser Gruppe 9 Väter, die aufgrund ihrer Muttersprache Migranten waren. Unter den unauffälligen Familien waren 59 Mütter und 55 Väter mit Migrationshintergrund. Beide Häufigkeiten unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Gruppen belasteter und unbelasteter Familien (Mütter:  $Chi^2 = 4.12$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.128$ ; Väter:  $Chi^2 = 0.71$ ,  $df = 2$ ,  $p = 1.000$ ).

Weder unter Heranziehung des Kriteriums „beide Eltern im Ausland geboren“ auf Seiten der Kinder noch anhand des Kriteriums „Muttersprache ist nicht Deutsch“ der Väter und Mütter konnten signifikante Unterschiede des Merkmals „Migrationsstatus“ in den Gruppen „belastete Familien“ und „unbelastete Familien“ gefunden werden.

### **Anzahl von Belastungsfaktoren**

Die belasteten Familien wiesen am häufigsten nur einen Risikofaktor auf (*Mod* = 1), der Mittelwert lag dagegen bei 1,83 Faktoren (*Min* = 1, *Max* = 7, *SD* = 1.42). Es gab allerdings auch Fälle in denen mehrere Belastungsfaktoren vorlagen, wie Tabelle 4 verdeutlicht:

**Tabelle 4: Anzahl der Belastungsfaktoren**

	<b>N</b>	<b>% der belasteten Familien</b>
<b>1 Belastungsfaktor</b>	46	61,3
<b>2 Belastungsfaktoren</b>	15	20,0
<b>3 Belastungsfaktoren</b>	6	8,0
<b>4 Belastungsfaktoren</b>	2	2,7
<b>5 Belastungsfaktoren</b>	2	2,7
<b>6 Belastungsfaktoren</b>	3	4,0
<b>7 Belastungsfaktoren</b>	1	1,3
<b>Summe</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Zusätzlich wurde eine Einteilung in „1-2 vorliegende Belastungsfaktoren“ und „3 oder mehr Belastungsfaktoren“ vorgenommen:

**Tabelle 5: Einteilung der Anzahl der Belastungsfaktoren**

	<b>N</b>	<b>% der belasteten Familien</b>
<b>1-2 Belastungsfaktoren</b>	61	81,3
<b>3 oder mehr Belastungsfaktoren</b>	14	18,7
<b>Summe</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Nachfolgend werden zunächst die Häufigkeiten der einzelnen psychosozialen Belastungsfaktoren und der klinisch relevanten Symptome dargestellt.

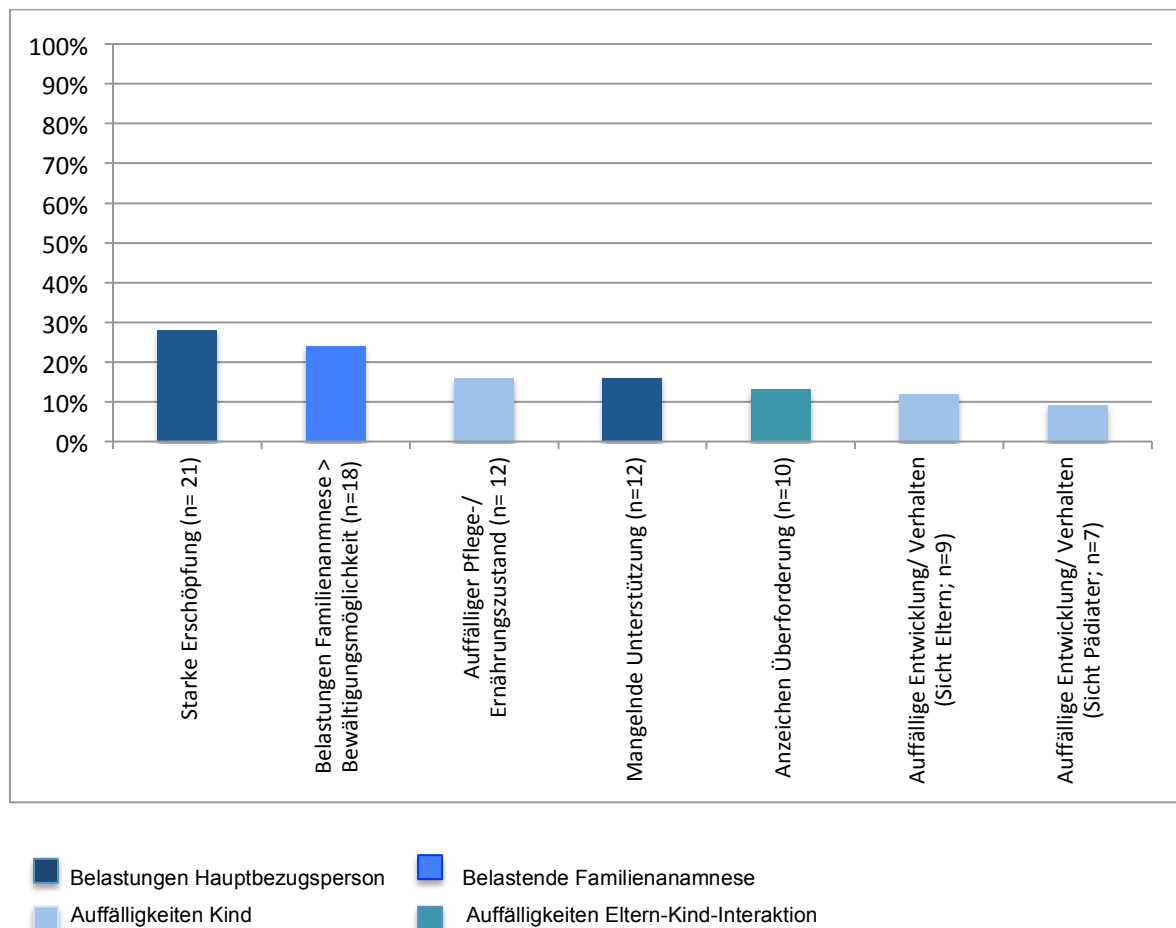


### Psychosoziale Belastungen

Der Pädiatrische Anhaltbogen erfasst psychosoziale Belastungen in vier Unterkategorien: Zusammenfassung der Familienanamnese von Seite 1, Auffälligkeiten des Kindes, Belastungen der Hauptbezugsperson und Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion.

Psychosoziale Belastungsfaktoren wurden insgesamt bei 54 Familien (72% der belasteten Familien; 10,6% der Gesamtstichprobe) von den Pädiater\_innen identifiziert. Das am stärksten ausgeprägte Item stellte „starke Erschöpfung“ ( $n = 21$ ; 28% der belasteten Familien; 4,1% der Gesamtstichprobe) in der Kategorie „Belastungen der Hauptbezugsperson“ dar. Eine derart belastende Familienanamnese, dass die momentanen Belastungen die Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohten, stellten die Pädiater\_innen bei insgesamt 18 Familien (24% der belasteten Familien; 3,5% der Gesamtstichprobe) fest. In der Kategorie „Auffälligkeiten beim Kind“ war der auffällige Pflege- und Ernährungszustand ( $n = 12$ ; 16% der belasteten Familien; 2,3% der Gesamtstichprobe) am stärksten vertreten. Die am schwächsten ausgeprägte Kategorie sind „Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion“, repräsentiert durch das Item „Anzeichen von Überforderung“ ( $n = 10$ ; 13,3% der belasteten Familien; 2,0% der Gesamtstichprobe). Die verbleibenden Items „mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)“ und „wenig einfühlsames Handling“ aus der Kategorie der „Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion“ wurden nicht vergeben.

**Abb. 3: Häufigkeiten aller psychosozialen Belastungssitems innerhalb der belasteten Familien**



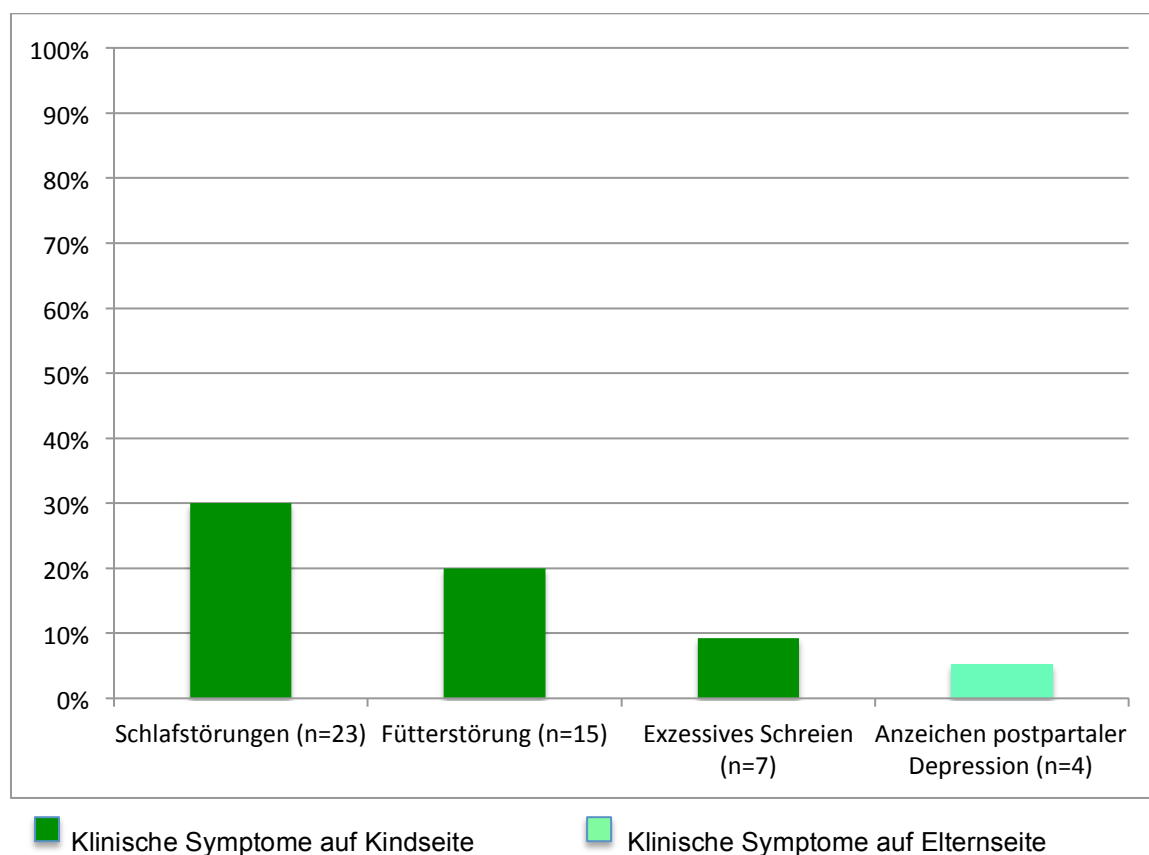
Jungen wiesen insgesamt signifikant häufiger psychosoziale Belastungsfaktoren auf als Mädchen ( $Chi^2 = 5.188$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.023$ ).

### **Klinisch relevante Symptome**

Der Bereich „klinisch relevante Symptome“ ist in eine Kind- und eine Elternseite unterteilt: Es werden Regulationsstörungen des Kindes beziehungsweise Anzeichen postpartaler Depression der Mutter erfasst. Die Pädiater\_innen fanden insgesamt bei 38 Familien (50,7% der belasteten Familien; 7,4% der Gesamtstichprobe) ein Vorliegen klinischer relevanter Belastungsfaktoren auf Kind- und/oder Elternseite.

Die am häufigsten vertretene klinische Auffälligkeit stellt die Schlafstörung auf Seite der Kinder dar ( $n = 23$ ; 30% der belasteten Familien; 4,5% der Gesamtstichprobe), gefolgt von Fütterstörungen ( $n = 15$ ; 20% der belasteten Familien; 2,9% der Gesamtstichprobe) und exzessivem Schreien ( $n = 7$ ; 9,3% der belasteten Familien; 1,4% der Gesamtstichprobe). Am wenigsten häufig vertreten war die elterliche postpartale Depression mit insgesamt vier Fällen (5,3% der belasteten Familien; 0,8% der Gesamtstichprobe).

**Abb. 4: Häufigkeiten klinisch relevanter Symptome innerhalb der belasteten Familien**



Mädchen und Jungen unterschieden sich bezüglich eines Vorliegens klinisch relevanter Symptome nicht signifikant ( $Chi^2 = 0.017$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.895$ ).

### **Kindzentrierte und elternzentrierte Belastungsfaktoren**

Um der Frage nachzugehen, ob Pädiater\_innen häufiger kindzentrierte als elternzentrierte Belastungsfaktoren identifizieren, wurden die Items gemäß der Systematik des Pädiatrischen Anhaltsbogens aufgeteilt. Die Kategorien „Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion“ und „Belastungen aufgrund der Familienanamnese drohen Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen“ wurden zu „Familienbezogenen Belastungsfaktoren“ zusammengefasst. Item 7 „mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)“ sowie Item 8 „wenig einfühlsames Handling“ wurden dabei nicht einbezogen, da diese von den Pädiater\_innen in keinem Fall vergeben wurden. Die beiden Items finden in den folgenden Ausführungen keine Erwähnung mehr und werden auch nicht in Berechnungen einbezogen.

**Tabelle 6: Einteilung in kindzentrierte, elternzentrierte und familienbezogene Belastungsfaktoren**

	Kindzentrierte Belastungsfaktoren	Elternzentrierte Belastungsfaktoren	Familienbezogene Belastungsfaktoren
<b>Item 1:</b> Belastungen aus Familienanamnese > Bewältigungsmöglichkeiten			X
<b>Item 2:</b> Auffälliger Pflege-/ Ernährungszustand	X		
<b>Item 3:</b> Auffälligkeiten Entwicklung / Verhalten aus Sicht des Pädiaters	X		
<b>Item 4:</b> Auffälligkeiten Entwicklung / Verhalten aus Sicht der Eltern	X		
<b>Item 5:</b> starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson		X	
<b>Item 6:</b> selbstberichtete mangelnde Unterstützung		X	
<b>Item 9:</b> Anzeichen von Überforderung			X
<b>Item 10:</b> Exzessives Schreien	X		
<b>Item 11:</b> Schlafstörung	X		
<b>Item 12:</b> Fütterstörung	X		
<b>Item 13:</b> Anzeichen postpartaler Depression		X	

■ Psychosoziale Belastungsfaktoren

■ Klinische Belastungsfaktoren

Bei insgesamt 52 Familien fanden die Pädiater\_innen kindzentrierte Belastungen, 27 der Familien wiesen elternzentrierte Belastungsfaktoren und 23 Familien familienbezogene Belastungsfaktoren auf (Mehrfachnennungen möglich).

Eine weitere Unterteilung der kind- bzw. elternzentrierten und der familienbezogenen Faktoren auf die Kategorien „psychosoziale Belastungen“ und „klinisch relevante Symptome“ zeigte folgende Verteilung: Psychosoziale Belastungen waren auf Kinder- und Elternseite beinahe gleich häufig zu finden, familienbezogene Faktoren waren am wenigsten vertreten. Kindzentrierte klinisch relevante Symptome waren häufiger vertreten als elternzentrierte:

**Tabelle 7: Häufigkeiten elternzentrierter, kindzentrierter und familienbezogener psychosozialer und klinischer Belastungsfaktoren**

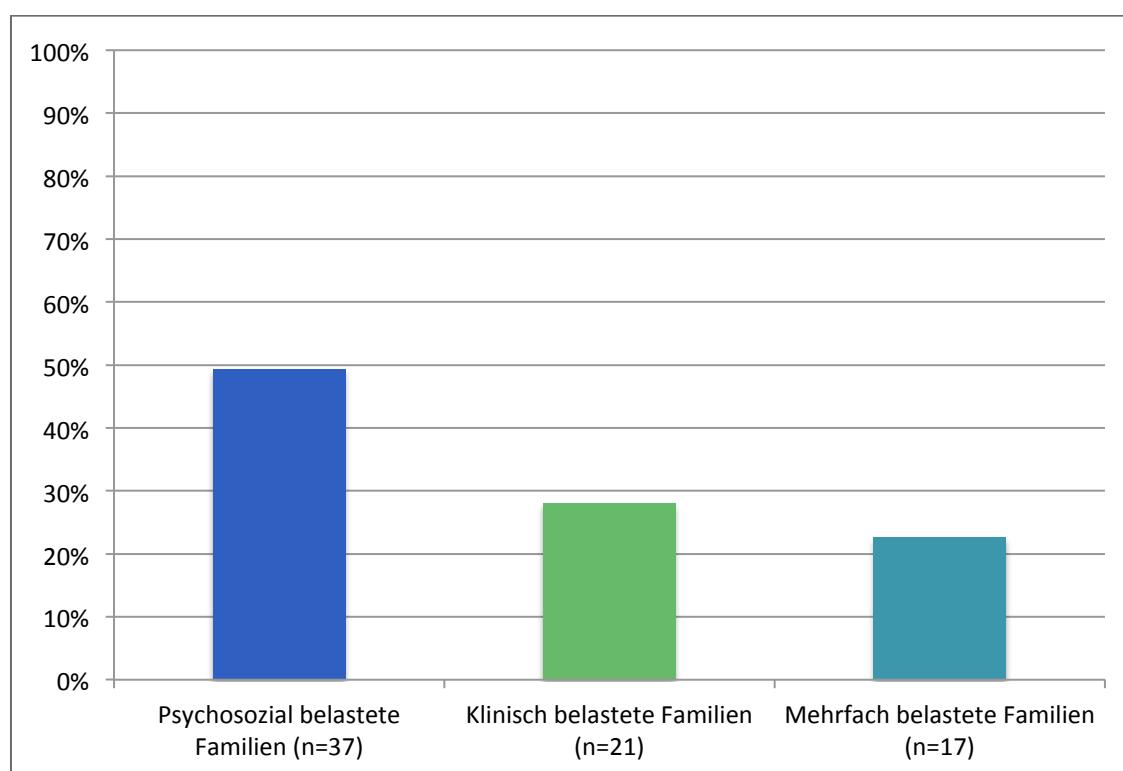
	Kindzentriert		Elternzentriert		Familienbezogen	
	N	% der belasteten Familien	N	% der belasteten Familien	N	% der belasteten Familien
<b>Psychosoziale Belastungsfaktoren</b>	30	40,0	28	37,3	23	30,7
<b>Klinisch relevante Symptome</b>	35	46,7	4	5,3	/	/

### **Unterteilung der betroffenen Familien in Belastungsgruppen**

Um differenziertere Aussagen über das Vorkommen von Belastungskombinationen treffen zu können, wurde eine Unterteilung der Familien in drei Belastungsgruppen vorgenommen: Familien mit ausschließlich psychosozialer Belastung, solche mit ausschließlich klinisch relevanten Symptomen und mehrfach belastete Familien mit psychosozialen Belastungen und klinisch relevanten Symptomen.

Bei Betrachtung der einzelnen Belastungsarten wird deutlich, dass Familien mit ausschließlich psychosozialen Belastungsfaktoren ( $n = 37$ ; 49,3% der belasteten Familien; 7,2% der Gesamtstichprobe) insgesamt die größte Gruppe bilden. Ausschließlich von klinisch relevanten Symptomen sind 21 Familien betroffen (28% der belasteten Familien, 3,9% der Gesamtstichprobe). Zusätzlich gibt es 17 Familien, die sowohl psychosoziale als auch klinisch relevanten Symptomen aufweisen (22,6% der belasteten Familien; 3,3% der Gesamtstichprobe). Abbildung 5 verbildlicht die Häufigkeiten der drei Belastungsgruppen in der Stichprobe der belasteten Familien.

**Abb. 5: Häufigkeiten der drei Belastungsgruppen innerhalb der belasteten Familien**



Bei Betrachtung der Geschlechterverteilung auf die drei Belastungsgruppen ergab sich ein signifikanter Unterschied innerhalb der Gruppe der mehrfach belasteten Familien: Jungen waren signifikant häufiger mehrfach belastet als Mädchen ( $Chi^2 = 6.299$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.043$ ).

Es konnte kein signifikanter Unterschied in der Verteilung des Merkmals „Migrationsstatus“ auf die drei Belastungsgruppen gefunden werden ( $Chi^2 = 0.672$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.715$ ).

Um zu ermitteln, ob sich die drei Belastungsgruppen untereinander aufgrund der einzelnen Belastungsitems unterschieden, wurden außerdem mehrere Gruppenvergleiche durchgeführt.

### **Vergleich der drei Belastungsgruppen bezüglich der Art der Belastungsitems**

Zunächst wurden die Familien mit ausschließlich klinischen Symptomen mit den mehrfach belasteten Familien (Vorliegen psychosozialer und klinischer Auffälligkeiten) hinsichtlich der Art der klinischen Symptome verglichen, wie Tabelle 8 zusammenfasst:

**Tabelle 8: Unterschiede in der Verteilung von klinischen Belastungen in den Gruppen klinisch belasteter und mehrfach belasteter Familien**

	Familien mit klinisch relevanten Symptomen		Mehrfach belastete Familien		Signifikanz
	N	% der klinisch belasteten Familien	N	% der mehrfach belasteten Familien	
<b>Exzessives Schreien bei U5</b>	1	5	6	35	<b>0.031</b>
<b>Schlafstörung bei U5</b>	14	70	9	53	0.389
<b>Fütterstörung bei U5</b>	7	35	8	47	0.389
<b>Postpartale Depression bei U5</b>	1	4,8	3	17,6	0.307

In der Gruppe der mehrfach belasteten Familien waren signifikant häufiger Kinder, die exzessiv schrien, als in der Gruppe mit ausschließlich klinisch relevanten Symptomen ( $Chi^2 = 5.828$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.031$ ). Es waren keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede für die restlichen klinischen Symptome zwischen den beiden Gruppen zu finden.

Anschließend wurden die Familien mit ausschließlich psychosozialen Belastungen mit den mehrfach belasteten (Vorliegen psychosozialer und klinischer Auffälligkeiten) Familien verglichen.

**Tabelle 9: Unterschiede in der Verteilung von psychosozialen Belastungen in den Gruppen psychosozial belasteter und mehrfach belasteter Familien**

	Familien mit psychosozialen Belastungen		Mehrfach belastete Familien		Signifikanz
	N	% der psychosozial belasteten Familien	N	% der mehrfach belasteten Familien	
<b>Belastung Familienanamnese &gt; Bewältigungsmöglichkeit bei U5</b>	10	27	8	47	0.147
<b>Pflege-/Ernährungszustand bei U5</b>	7	19	5	29	0.389
<b>Entwicklung/ Verhalten (Sicht des Pädiaters) bei U5</b>	5	14	2	12	0.895
<b>Entwicklung/ Verhalten (Sicht der Eltern) bei U5</b>	5	14	4	24	0.359
<b>Starke Erschöpfung bei U5</b>	15	41	5	29	0.432
<b>Mangelnde Unterstützung bei U5</b>	7	19	5	29	0.389
<b>Anzeichen von Überforderung bei U5</b>	4	11	6	35	<b>0.031</b>

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Häufigkeit der psychosozialen Belastungen zwischen den beiden Belastungsgruppen: Die Eltern in der mehrfach belasteten Gruppe (Vorliegen psychosozialer und klinisch relevanter Auffälligkeiten) zeigten signifikant häufiger Anzeichen von Überforderung als die der ausschließlich psychosozial belasteten Familien ( $Chi^2 = 4.627$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.031$ ).

Nachfolgend wird dargestellt, welches Vorgehen die Pädia-ter\_innen zur Unterstützung der belasteten Familien einleiteten – dazu wird die Einteilung der Familien in Belastungsgruppen beibehalten.

### 5.1.1.3. Vorgehen der Pädiater\_innen bei belasteten Familien

Seite 3 des Pädiatrischen Anhaltsbogens bietet die Dokumentation der Handlungsoptionen des Pädiaters/der Pädiaterin bei Unterstützungsbedarf der Familien, wobei zwischen eigener vertiefter Abklärung/Beratung oder einer Weitervermittlung an Angebote Früher Hilfen oder eine klinische Fachstelle gewählt werden kann.

47 der 75 auffälligen Familien erhielten eine dokumentierte Form der Unterstützung. Das entspricht 62,7% der belasteten Familien. Die Pädiater\_innen wählten insgesamt gesehen 33 mal (bei 44% der belasteten Familien) die Option einer ausschließlichen eigenen Beratung der Familien und je 8 mal (bei 10,7% der belasteten Familien) die Möglichkeit, selbst zu beraten und zusätzlich an Frühe Hilfen zu vermitteln, oder eine Überweisung an eine Fachstelle für Regulationsstörungen. Ausschließlich in den beiden Fällen, in denen ein Verdacht auf postpartale Depression vorlag, erfolgte die Überweisung an eine Fachstelle ohne tiefergehende Beratung durch die Pädiater\_innen. 28 der belasteten Familien (37,3%) erhielten keine dokumentierte Form der Unterstützung.

Für eine differenziertere Betrachtungsweise des Unterstützungsverhaltens wurde auch beleuchtet, wie die Ärzt\_innen spezifisch in den verschiedenen Belastungsgruppen vorgehen.

#### Vorgehen bei ausschließlich psychosozial belasteten Familien

Insgesamt erhielten 20 von 37 (54%) der rein psychosozial belasteten Familien eine vom Pädiater/der Pädiaterin dokumentierte Unterstützungsform. Tabelle 10 zeigt die ergriffenen Unterstützungsmaßnahmen in detaillierter Form:

**Tabelle 10: Unterstützungsverhalten bei Familien mit ausschließlich psychosozialer Belastung**

Art der Unterstützung	N	% der psychosozial belasteten Familien
Ausschließlich vertiefende pädiatrische Beratung	15	40,5
Vertiefende pädiatrische Beratung und Vermittlung an Frühe Hilfen	4	10,8
Ausschließlich Vermittlung an Frühe Hilfen	1	2,7
Keine dokumentierte Form der Unterstützung	17	46
<b>Summe</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Es fand demnach insgesamt bei 19 Fällen (51,3% der ausschließlich psychosozial belasteten Familien) eine vertiefende pädiatrische Beratung statt; 5 Fälle (13,5% der ausschließlich psychosozial belasteten Familien) wurden an Angebote Früher Hilfen vermittelt.



### Vorgehen bei Familien mit ausschließlich klinisch relevanten Symptomen

Insgesamt erhielten 15 (71,4%) von 21 ausschließlich klinisch belasteten Familien eine vom Pädiater/der Pädiaterin dokumentierte Unterstützungsform. Tabelle 11 zeigt das Unterstützungsverhalten in detaillierter Form:

**Tabelle 11: Unterstützungsverhalten bei Familien mit ausschließlich klinischer Belastung**

Art der Unterstützung	N	% der klinisch belasteten Familien
Ausschließlich vertiefende pädiatrische Beratung	12	57,1
Vertiefende pädiatrische Beratung und Vermittlung an Fachstelle	3	14,3
Keine dokumentierte Form der Unterstützung	6	28,6
<b>Summe</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Die Pädiater\_innen boten 15 (71,4%) der ausschließlich klinisch belasteten Familien selbst; 3 Fälle (8,1%) wurden zusätzlich an eine Fachstelle überwiesen.

### Vorgehen bei mehrfach belasteten Familien

Mehrfach belastete Familien waren solche, die sowohl psychosoziale Belastungen aufwiesen, als auch klinisch relevante Symptome auf Kind- oder Elternseite zeigten.

12 von 17 Fällen (70,6%) mit mehrfacher Belastung erhielten insgesamt eine dokumentierte Form der Unterstützung. Tabelle 12 zeigt das Unterstützungsverhalten in detaillierter Form:

**Tabelle 12: Unterstützungsverhalten bei Familien mit mehrfacher Belastung**

Art der Unterstützung	N	% mehrfach belastete Familien
Ausschließlich vertiefende pädiatrische Beratung bezüglich psychosozialer Belastungen	2	11,8
Ausschließlich vertiefende pädiatrische Beratung bezüglich klinischer Belastungen	3	17,6
Ausschließlich vertiefende pädiatrische Beratung bezüglich psychosozialer und klinischer Belastungen	1	5,9
Pädiatrische vertiefende Beratung bezüglich psychosozialer und klinischer Belastungen, Vermittlung an Fachstelle und Frühe Hilfen	2	11,8
Pädiatrische Beratung bezüglich klinischer und psychosozialer Belastungen und Vermittlung an Fachstelle	1	5,9
Pädiatrische Beratung bezüglich klinischer und psychosozialer Belastungen und Vermittlung an Frühe Hilfen	1	5,9
Vermittlung an Fachstelle	2	11,8
Keine dokumentierte Form der Unterstützung	5	29,3
<b>Summe</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Insgesamt wurden zehn (58,8% der mehrfach belasteten) Familien von den Pädiater\_innen vertiefend beraten; 5 (29,4% der mehrfach belasteten Familien) an eine Fachstelle und drei (17,6% der mehrfach belasteten Familien) an Angebote Früher Hilfen verwiesen.

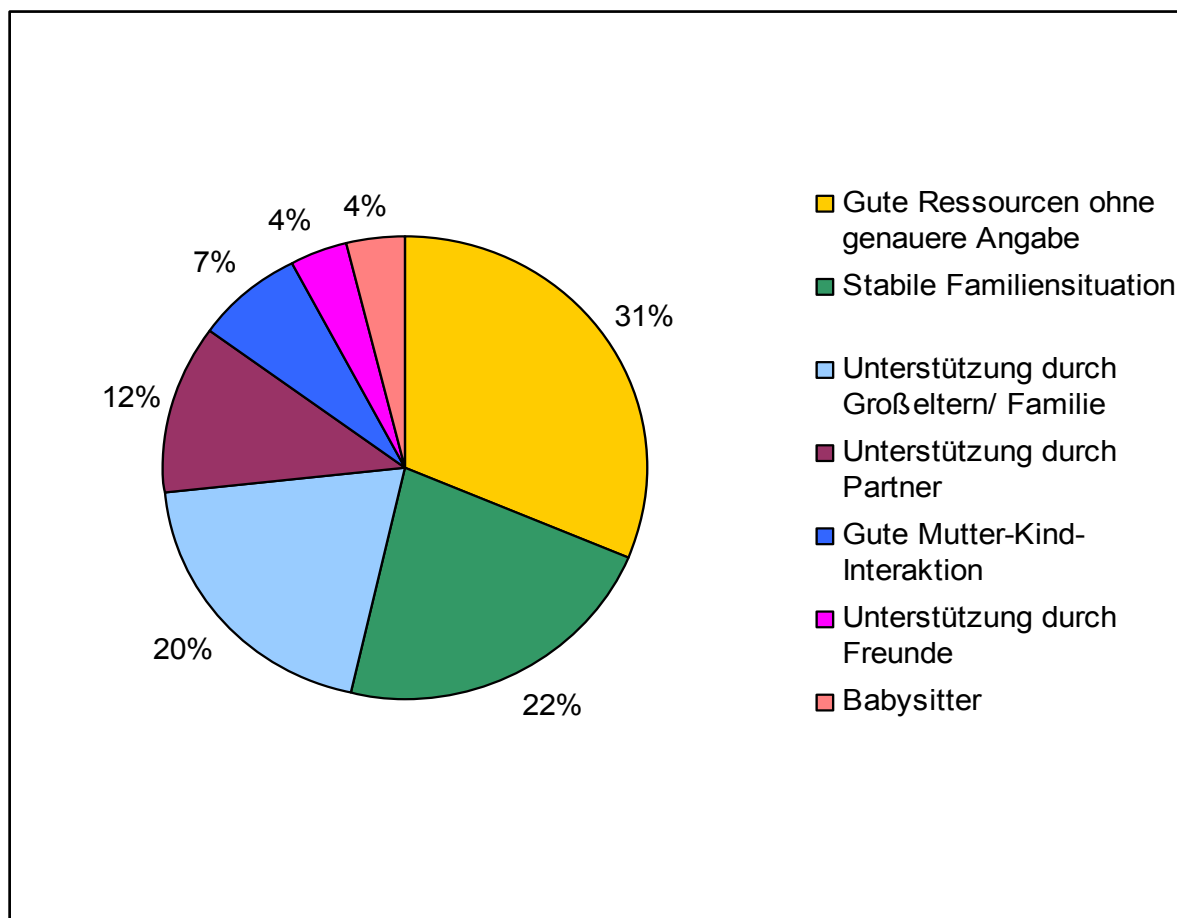
Fünf Familien (29,4% der mehrfach belasteten Familien) wurde sowohl im psychosozialen als auch im klinischen Bereich Unterstützung angeboten; in zwei Fällen (11,8% der mehrfach belasteten Familien) wurde ausschließlich im Hinblick auf psychosoziale Belastungen und bei drei Familien (17,6% der mehrfach belasteten Familien) ausschließlich im klinischen Spektrum beraten oder überwiesen.

Im Anschluss werden Auszüge der Ergebnisse aus Seite 4 des Pädiatrischen Anhaltsbogens dargestellt.

#### 5.1.1.4. Ressourcen der Familien

Die Pädiater\_innen hatten auf Seite 4 unter anderem Raum für die freie Dokumentation der Ressourcen der untersuchten Familien. Insgesamt wurden in 132 Fällen familiäre Ressourcen dokumentiert.

**Abb. 6: Dokumentierte Ressourcen der Familien**



#### 5.1.1.5. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Untersuchungszeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U5

Zum Zeitpunkt der U5 wurden an den beiden Studienstandorte München und Freiburg insgesamt 511 Familien bezüglich ihres psychosozialen Unterstützungsbedarfs anhand des Pädiatrischen Anhaltsbogens durch 31 niedergelassene Kinder- und Jugendärzt\_innen untersucht. Bei 14,7% der Stichprobe konnte ein Hilfebedarf aufgrund psychosozialer und/oder klinischer Belastungen festgestellt werden. Die Gruppe der belasteten Familien unterschied sich von den unbelasteten Familien nicht hinsichtlich des Geschlechts des Kindes oder des Migrationshintergrunds.

Bei 72,0% der belasteten Familien fanden sich psychosoziale Belastungsfaktoren, klinisch relevante Symptome zeigten insgesamt 50,7%. Eine starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson bzw. Schlafstörungen der Kinder stellten die jeweils häufigsten Kategorien darstellten. Familien mit Jungen zeigten dabei signifikant häufiger psychosoziale Belastungsfaktoren als solche mit Mädchen.

Pädiater\_innen fanden absolut gesehen häufiger kindzentrierte als elternzentrierte Belastungsfaktoren, dies galt insbesondere im Bereich der klinisch relevanten Symptome.

Eine tiefergehende Differenzierung zeigte, dass in der Stichprobe drei Typen von Belastungsgruppen zu finden waren: Familien mit rein psychosozialer, rein klinischer oder mehrfacher (psychosozialer und klinischer) Belastung. Zwischen den drei Belastungsgruppen ergab sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Geschlechterverteilung: Jungen waren signifikant häufiger mehrfach belastet als Mädchen.

Familien mit mehrfacher Belastung zeigten signifikant häufiger Anzeichen von Überforderung im Vergleich zu den rein psychosozial belasteten. Ebenso trat exzessives Schreien des Kindes signifikant öfter in mehrfach belasteten Familien auf als in der Gruppe mit ausschließlich klinisch relevanten Symptomen.

Insgesamt dokumentierten die Pädiater\_innen bei 62,7% der belasteten Familien eine Art der durchgeführten Unterstützung in Form eigener Beratung (44,0% der auffälligen Familien) oder Vermittlung an Frühe Hilfen bzw. eine klinische Fachambulanz (je 10,7% der auffälligen Familien). Familien mit ausschließlich klinischen Symptomen wurden am engmaschigsten betreut, Familien mit ausschließlich psychosozialen Belastungsfaktoren erhielten am seltensten eine dokumentierte Form der Unterstützung.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Nachuntersuchung zum Zeitpunkt der U6 dargestellt.

## 5.1.2. Nachuntersuchung zum Zeitpunkt der U6: Auffälligkeiten und Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen

### 5.1.2.1. Beschreibung der Stichprobe

#### Teilnehmende Pädiater\_innen

Beim Einsatz des Nachuntersuchungsfragebogens zum Zeitpunkt der U6 nahmen in München alle 18 ursprünglich rekrutierten Pädiater\_innen teil (kein Drop-Out).

In Freiburg waren zum Zeitpunkt der U6 von den ursprünglich 13 Ärzt\_innen noch neun bereit zur weiteren Teilnahme. Die Drop-Out-Rate betrug damit am Studienstandort Freiburg 31%.

Demzufolge verblieben insgesamt 27 Pädiater\_innen für den Einsatz des Nachuntersuchungsfragebogens. Die Gesamt-Drop-Out-Rate für beide Standorte betrug 13%.

#### Familien

Auch die Fallzahl der teilnehmenden Familien veränderte sich zum Zeitpunkt der U6. In München konnte bei 297 von ursprünglich 336 Familien der Nachuntersuchungsfragebogen von den Pädiater\_innen ausgefüllt werden, in Freiburg nahmen von ursprünglich 175 Familien noch 136 teil.

In München schieden insgesamt 11,6% ( $n = 39$ ) von 336 ursprünglich teilnehmenden Familien aus, davon waren 92% der Fälle erklärbar: 32 Familien hatten innerhalb des Untersuchungszeitraums der Studie noch keinen U6-Termin vereinbart oder waren nicht zum Termin erschienen, drei Familien hatten den Wohnort und eine Familie hatte den Kinderarzt gewechselt. Die verbliebenen 8% ( $n = 3$ ) Familien konnten durch das Praxispersonal nicht mehr rückverfolgt werden.

In Freiburg ließen sich 20% der Ausfälle rückverfolgen: Von 39 ausgeschiedenen Familien waren fünf nicht zur U6 erschienen oder hatten noch keinen Termin vereinbart, zwei Familien hatten den Wohnort und eine hatte den Kinderarzt gewechselt.

Insgesamt konnte demnach eine Fallzahl von 433 über beide Studienstandorte erreicht werden. Die Drop-Out-Rate von insgesamt 15% wurde durch persönliche Rückfragen in den Praxen nachverfolgt. Unter den Drop-Outs fanden sich 15 auffällige (20% der auffälligen Familien) und 63 unauffällige Familien (14,4% der unauffälligen Familien). Damit verblieben 60 der bei U5 auffälligen Familien in der Stichprobe.

### **Alter der Kinder**

Die Kinder waren zum Zeitpunkt der U6 zwischen 10 und 12 Monate alt.

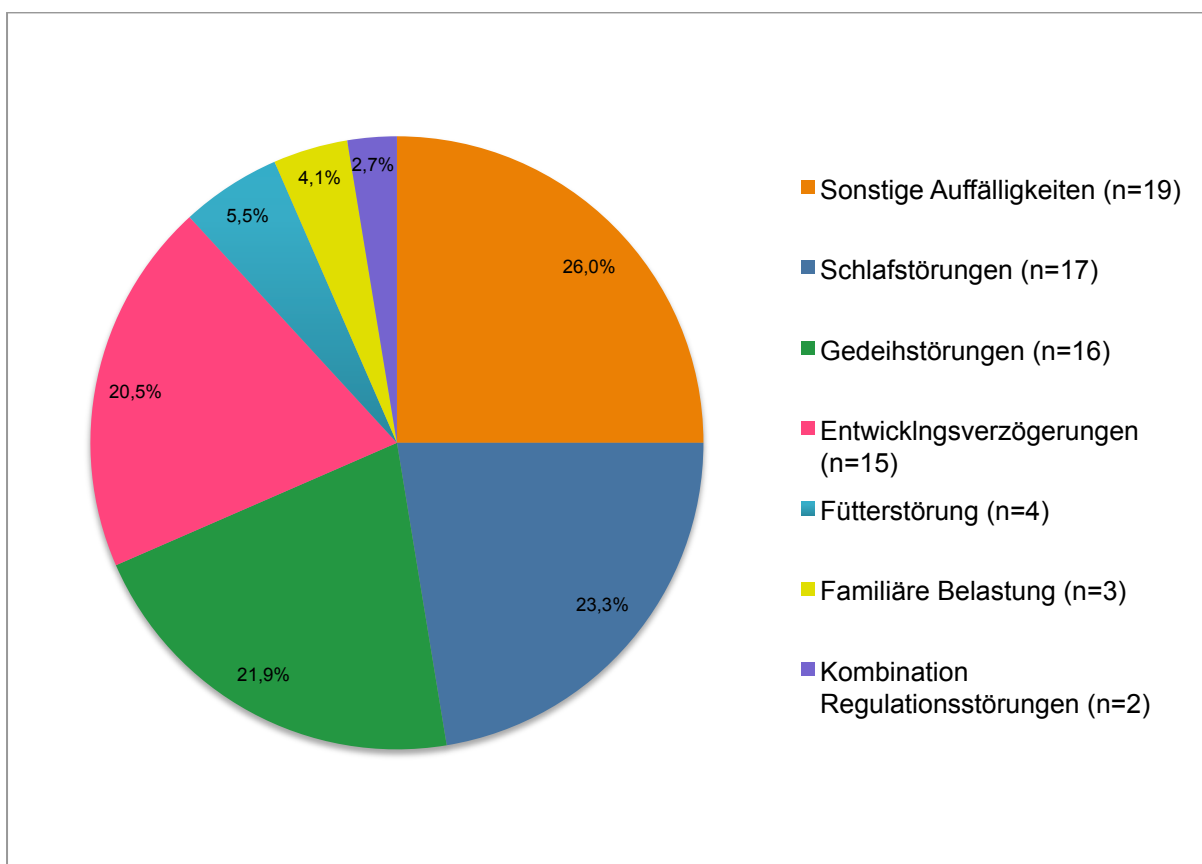
### **Geschlecht der Kinder**

Unter den verbleibenden 433 Familien waren 133 männliche (30,7% der Gesamtstichprobe) und 125 weibliche (28,9% der Gesamtstichprobe) Kinder. Von 175 Kindern lag keine Angabe vor, so dass sich alle geschlechtsbezogenen Angaben auf 60% der Stichprobe beziehen. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse aus dem Nachuntersuchungsfragebogen bei U6 vorgestellt.

#### **5.1.2.2. Auffälligkeiten im Rahmen der U6**

Zum Zeitpunkt der U6 gaben die Pädiater\_innen bei insgesamt 73 Kindern (16,9% der verbleibenden Stichprobe; 14,3% der ursprünglichen Gesamtstichprobe) Auffälligkeiten an. Die gefundenen Auffälligkeiten sind in Abbildung 7 dargestellt.

**Abb. 7: Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der U6 innerhalb der belasteten Familien**



Am häufigsten finden sich sonstige Auffälligkeiten gefolgt von Schlafstörungen, Gedeihstörungen und Entwicklungsverzögerungen. Der Bereich „sonstige Auffälligkeit“ gliedert sich insbesondere in dermatologische Auffälligkeiten, Haltungsasymmetrien und Fehlstellungen von Gliedmaßen.

---

### Geschlechterverteilung

Bei der Auswertung fanden sich 23 Mädchen und 26 Jungen mit einer Auffälligkeit bei der U6 und 101 Mädchen sowie 103 Jungen ohne Auffälligkeit. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Geschlechterverteilung auf die Gruppen „auffällig bei U6“ und „unauffällig bei U6“ ( $Chi^2 = 0.105$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.746$ ).

### Migrationsstatus und Auffälligkeiten bei U6

Unter Heranziehen des Kriteriums „beide Eltern im Ausland geboren“ gab es keinen signifikanten Unterschied für die Verteilung des Merkmals „Migrationsstatus“ auf die bei U6 auffälligen und unauffälligen Familien ( $Chi^2 = 2.494$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.114$ ). Auch unter Betrachtung anhand des Kriteriums „Muttersprache ist nicht Deutsch“ der Mütter und Väter ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Mütter:  $Chi^2 = 1.750$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.186$ ; Väter:  $Chi^2 = 0.600$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.438$ ).

Im nachfolgenden Teil wird die Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen U5 und U6 beschrieben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Betreuung der bei U5 auffälligen Familien.

### 5.1.2.3. Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen

#### Krankenhausaufenthalte

Die Frage nach Krankenhausaufenthalten der Kinder seit der Früherkennungsuntersuchung U5 bejahten die Pädiater\_innen in insgesamt 38 Fällen (8,7% der reduzierten Gesamtstichprobe). Darunter fanden sich fünf Fälle (13,2%), die bereits zum Zeitpunkt der U5 als auffällig eingestuft worden waren. Bei U5 auffällige und bei U5 nicht auffällige Fälle unterschieden sich nicht signifikant bezüglich des Vorliegens eines Krankenhausaufenthalts.

Alle bei U5 bereits auffälligen Fälle wiesen nur einen einzelnen Krankenhausbesuch seit der letzten U-Untersuchung auf. Zusätzlich wurde nach dem Grund für den Krankenhausaufenthalt gefragt. Die Gründe sind in Tabelle 13 dargestellt.

**Tabelle 13: Gründe für den Krankenhausaufenthalt**

Grund für Krankenhausaufenthalt	N	% Betroffene	% Gesamtstichprobe
Sonstige Erkrankung	15	39,5	3,5
Bronchitis	8	21,1	1,8
Fieber/ Infekt	7	18,4	1,6
Geplanter Eingriff	4	10,5	0,9
Unfall	3	7,9	0,7
Keine Angabe	1	2,6	0,2
<b>Summe</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>8,7</b>

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Kategorien der Gründe für einen Krankenhausaufenthalt zwischen den bei U5 auffälligen und nicht auffälligen Kinder.

#### Weitere Kontakte zum Gesundheitswesen

16,9% ( $n = 73$ ) der Gesamtstichprobe hatten seit der U5 weitere Kontakte zum Gesundheitswesen gehabt. Darunter waren 19 Fälle (26,0% der Familien mit Kontakten zum Gesundheitswesen) die bereits bei U5 auffällig waren.

Die seit U5 auffälligen Familien hatten dabei signifikant häufiger Kontakte zum Gesundheitswesen als die unauffälligen ( $Chi^2 = 11.847$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.001$ ).

14 Familien (3,2% der Gesamtstichprobe) hatten ein sozialpädiatrisches Zentrum kontaktiert, davon waren sechs Fälle (43,0%) seit U5 als belastet bekannt. Es ergab sich kein signifikan-

ter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit des Kontakts zu sozialpädiatrischen Zentren.

47 Familien (10,9%) hatten Kontakte zu sonstigen Ärzten – davon waren acht Familien (17,0%) seit U5 auffällig. Die bei U5 auffälligen hatten signifikant häufiger sonstige Arztkontakte ( $Chi^2 = 5.099$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.042$ ).

20 Familien (4,6% der Gesamtstichprobe), darunter 10 seit U5 auffällige Familien (50,0%) hatten außerdem „sonstige Kontakte“ zum Gesundheitswesen in Form von Schreibbabyambulanzen oder anderen Fachambulanzen bzw. Therapeuten. Die bei U5 auffälligen Familien hatten signifikant häufiger sonstige Kontakte zum Gesundheitswesen hergestellt ( $Chi^2 = 8.938$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.005$ ). Am häufigsten wurden hier Besuche in der Physiotherapie ( $n = 5$ ) und in Schreibbabyambulanzen ( $n = 3$ ) genannt.

Die Anzahl der Kinderarztbesuche insgesamt variierte stark ( $Min = 1$ ,  $Max = 27$ ,  $SD = 5.05$ ), der Modalwert lag bei insgesamt sieben Besuchen. Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Kinderarztbesuche zwischen bei U5 auffälligen und unauffälligen Familien gefunden.

#### Kontakte zum Jugend- und Sozialdienst

Bei der Frage nach einem Kontakt zum Jugend- und Sozialdienst der Familie seit U5 bejahten die Pädiater\_innen in neun Fällen (2,1% der Gesamtstichprobe) – darunter war eine Familie (11,1%), die bereits bei U5 aufgefallen war. In diesem Bereich hatte eine Familie Kontakt zu einer Frühförderstelle, eine Familie zu einer Erziehungsberatungsstelle, zwei Familien hatten eine Beratung durch den Sozial- und Jugenddienst und fünf Familien (1,2% der Gesamtstichprobe) Kontakt zum Jugendamt, worunter auch die bereits bei U5 auffällige Familie fiel. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen bei U5 auffälligen und nicht auffälligen Familien bezüglich der Häufigkeit und Art der Nutzung der Angebote des Jugend- und Sozialdienstes gefunden.

#### Inanspruchnahme von frühen Hilfen

Zuletzt wurde die Inanspruchnahme früher Hilfen erfragt. 16 Familien (3,7% der Gesamtstichprobe) hatten nach der U5 Kontakt zu frühen Hilfen aufgenommen, davon waren 10 (62,5%) bereits seit U5 als auffällig bekannt. 10 der Familien wurden durch Münchener Pädiater\_innen an Frühe Hilfen vermittelt, die verbliebenen 6 durch die Freiburger Ärzt\_innen.

Die Pädiater\_innen gaben an, dass in 56,3% der Fälle ( $n = 9$ ) die Kontaktaufnahme aufgrund des Ergebnisses des Pädiatrischen Anhaltsbogens zum Zeitpunkt der U5 initiiert wurde.

In den verbleibenden 7 Fällen wurde der Kontakt einmal bereits präpartal, einmal bei Geburt des Kindes, dreimal bei der U3 und einmal bei der U4 hergestellt. In einem Fall wurde keine



Angabe gemacht. Die bereits bei U5 auffälligen Familien hatte signifikant häufiger Kontakt zu frühen Hilfen als die unauffälligen Familien ( $Chi^2 = 28.934$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.000$ ).

In 12 von 16 Fällen wurde eine Angabe bezüglich der in Anspruch genommenen Maßnahmen aus dem Bereich Frühe Hilfen gemacht. Am häufigsten wurden sozialpädagogische und entwicklungspsychologische Beratungsgespräche genannt ( $n = 6$ , 37,5% der Familien, die Frühe Hilfen in Anspruch nahmen), gefolgt von Familienpflege ( $n = 3$ , 18,8%), Haushaltshilfen ( $n = 2$ , 12,5%), Hausbesuchen der Kinderkrankenschwestern ( $n = 1$ , 6,3%) und Unterstützung in einer Wohngruppe für junge Mütter in Krisensituationen ( $n = 1$ , 6,3%). Zwei Familien gaben an, zwar Kontakt zu Beratungsstellen aufgenommen, dann aber keine Maßnahme wahrgenommen zu haben.

Die Häufigkeit der Nutzung von Frühen-Hilfen-Maßnahmen variierte stark und reichte von vereinzelt Terminen über langfristige Betreuungen mit einem Termin pro Woche bis hin zu intensiver Nutzung von mehreren Stunden täglich.

#### *5.1.2.4. Zusammenfassung der Ergebnisse zum Untersuchungszeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6*

Beim zweiten Untersuchungszeitpunkt, der Früherkennungsuntersuchung U6, befanden sich nach Drop-Out noch 433 Familien in der Stichprobe, davon 60 der bei U5 als belastet eingestuft. Die Frage nach Auffälligkeiten bei U6 ergab, dass Schlafstörungen, gefolgt von sonstigen Auffälligkeiten, Gedeihstörungen und Entwicklungsverzögerungen am häufigsten auftraten. Bei der Betrachtung der Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen hatten die bei U5 auffälligen Familien signifikant häufiger Kontakt zum Gesundheitswesen in Form von Facharztkontakten und Konsultierung von Fachambulanzen oder Therapeuten. Ebenso waren sie signifikant häufiger in Kontakt mit Frühen Hilfen. Die Rate an zu Frühen Hilfen vermittelten belasteten Familien stieg insgesamt von 10,7% (1,6% der Gesamtstichprobe) seit U5 auf 26,7% (3,7% der Gesamtstichprobe) der bei U6. 56,3% der Vermittlungen zu den Frühen Hilfen erfolgten auf Basis des Pädiatrischen Anhaltsbogens.

Nach Beschreibung der Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen der beiden Früherkennungsuntersuchungen U5 und U6 folgen die längsschnittlichen Betrachtungen.

## 5.2. Längsschnittliche Untersuchungen

Für die längsschnittlichen Untersuchungen reduziert sich die Stichprobe erneut von 433 auf 426 Fälle, da hier Ergebnisse aus den Untersuchungszeitpunkten von U5 und U6 zueinander in Bezug gesetzt werden und somit nur Fälle einbezogen werden können, die zum Zeitpunkt der U6 noch in der Stichprobe waren. Von 7 Fällen fehlten aber teilweise Angaben, die für die nachfolgenden Betrachtungen relevant gewesen wären.

Zunächst wird die Frage beleuchtet, ob Belastungsfaktoren bei U5 dazu geeignet sind, die Auftretenswahrscheinlichkeit von Auffälligkeiten bei U6 vorherzusagen.

### 5.2.1. Prädiktion von Auffälligkeiten bei U6

Zielgröße der Prädiktion waren einerseits das generelle Vorliegen und andererseits spezifische Auffälligkeitskategorien, die anhand des Nachuntersuchungsfragebogens durch die Pädiater\_innen zum Zeitpunkt der U6 (Alter der Kinder bei 12 Monaten) erhoben wurden. In einem ersten Schritt wurde die Vorhersagekraft des Vorliegens von Belastungsfaktoren bei U5 (UV) für ein generelles Vorliegen von Auffälligkeiten bei U6 (AV) anhand einer binären logistischen Regression berechnet.

**Tabelle 14: Vorliegen von Auffälligkeiten bei U5 als Prädiktor für ein generelles Vorliegen von Auffälligkeiten bei U6**

	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Exp(B)</i>	95% Konfidenz- intervall	Signifikanz
<b>Vorliegen von Belastungsfaktoren bei U5</b>	1.274	17.171	3.576	1.957-6.533	<b>0.000</b>

Nagelkerkes  $R^2 = 0,061$

Das Vorliegen von Belastungsfaktoren bei U5 erwies sich als signifikanter Prädiktor für die relative Auftretenswahrscheinlichkeit von generellen Auffälligkeiten bei U6. Die Schätzung eines Auftretens von Auffälligkeiten bei U6 kann nun mit Hilfe des Koeffizienten *B* berechnet werden: Die relative Wahrscheinlichkeit von Auffälligkeiten bei U6 erhöht sich um einen Wert von 1,274, wenn der Wert „Belastungsfaktoren bei U5“ um einen Wert steigt. Die Auftretenswahrscheinlichkeit für U6-Auffälligkeiten ist laut Effekt-Koeffizient *Exp(B)* um den Faktor 3,576 erhöht, wenn bei U5 Belastungen vorlagen.

Um zu identifizieren, ob spezifische Belastungsfaktoren bei U5 für die relative Auftretenswahrscheinlichkeit von Auffälligkeiten bei U6 verantwortlich sind, wurden nun alle bei U5 erhobenen psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren in einem Gesamtmodell anhand einer binären logistischen Regression auf ihren prädiktiven Wert hin getestet.

**Tabelle 15: Psychosoziale und klinische Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der U5 als Prädiktoren für Auffälligkeiten bei U6**

Variable	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Exp(B)</i>	Signifikanz	95% Konfidenzintervall
Belastung Familienanamnese > Bewältigungsmöglichkeit	-3.129	4.338	0.440	0.360	0.002-0.818
Auffälliger Pflege-/Ernährungszustand	0.595	0.469	1.812	0.493	0.330-9.939
Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht des Pädiaters)	2.988	6.124	19.843	<b>0.013</b>	1.862-211.505
Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht der Eltern)	0.378	0.143	1.460	0.705	0.205-10.392
Starke Erschöpfung der Bezugsperson	0.757	0.837	1.460	0.360	0.421-10.800
Mangelnde Unterstützung	-0.883	0.386	0.414	0.535	0.025-6.715
Anzeichen von Überforderung	2.801	3.303	16.458	0.069	0.803-337.349
Exzessives Schreien	0.576	0.177	1.779	0.674	0.122-25.952
Schlafstörung des Kindes	1.607	8.787	4.987	<b>0.003</b>	1.724-14.427
Fütterstörung des Kindes	0.599	0.631	1.821	0.427	0.415-7.990
Anzeichen postpartaler Depression	26.179	0.000	8.031	0.999	0.000

Nagelkerkes  $R^2 = 0,130$

Wie der Tabelle entnommen werden kann, erwiesen sich „Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht des Pädiaters)“ und „Schlafstörung des Kindes“ als signifikante Prädiktoren. Das Modell erklärt 13,0% der Varianz, was nach Cohen (1992) einem mittleren bis großen Effekt entspricht (Cohen's  $f = 0.39$ )<sup>4</sup>:

<sup>4</sup> Formel zur Umrechnung von R-Quadrat in Cohen's  $f$  nach Cohen (1992):  $\sqrt{R^2 / (1-R^2)}$

Zuletzt war von Interesse, ob sich die gefundenen spezifischen Prädiktoren „Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht Pädiater)“ und „Schlafstörung des Kindes“ auch dazu eignen, die relative Wahrscheinlichkeit für das Auftreten spezifischer Auffälligkeitskategorien (Entwicklungsverzögerung, Gedeihstörungen, familiäre Belastungssituation, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Kombination aus Regulationsschwierigkeiten, sonstige Auffälligkeiten) bei U6 vorherzusagen.

Die Berechnung anhand einer binären logistischen Regressionsanalyse ergab zum einen, dass unter den Auffälligkeiten bei U6 ausschließlich die kindliche Entwicklungsverzögerung vorhergesagt werden konnte, für die verbleibenden Kategorien konnte kein signifikanter prädiktiver Wert identifiziert werden. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Variable „Schlafstörung des Kindes“ im Gesamtmodell der Regression keine signifikante Vorhersagekraft mehr aufwies. Lediglich die Variable „Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht Pädiater)“ eignete sich zur Vorhersage von kindlichen Entwicklungsverzögerungen bei U6:

**Tabelle 16: Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht Pädiater) und Schlafstörung des Kindes als Prädiktoren für Entwicklungsverzögerungen bei U6**

	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Exp(B)</i>	95% Konfidenz- intervall	Signifikanz
<b>Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht Pädiater)</b>	2.058	4.542	7.909	1.530-46.554	<b>0.033</b>
<b>Schlafstörung des Kindes</b>	0.281	0.114	1.324	0.260-6.750	0.735

Nagelkerkes  $R^2 = 0,099$

Das Risiko, bei U6 eine Entwicklungsverzögerung zu haben, war für Kinder, die bereits bei U5 laut Pädiaterurteil Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten zeigten, war um den Faktor 7,909 erhöht. Das Modell erklärt 9,9% der Varianz, Cohen's  $f$  entsprach einem Wert von 0,33, was mit einem mittleren Effekt gleichzusetzen ist.

Im Folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Fälle persistierend auffällig waren und welche remittierten.

## 5.2.2. Verlauf von bei U5 auffälligen Kindern

### 5.2.2.1. Auffälligkeitszeitpunkt und Merkmale auffälliger Familien

Die auffälligen Fälle der Stichprobe ( $n = 73$ ) konnten anhand ihres Auffälligkeitszeitpunktes in drei Gruppen unterteilt werden: ausschließlich bei U5 auffällige (= Remissionskinder), persistierend auffällige (= auffällig bei U5 und U6) und neu auffällige Kinder (= nur bei U6 auffällig).

**Tabelle 17: Unterteilung der auffälligen Fälle nach Auffälligkeitszeitpunkt**

	Auffälligkeitszeitpunkt	N
<b>Remissionsfälle</b>	U5	37
<b>Persistierend auffällige Fälle</b>	U5+U6	22
<b>Neu auffällige Fälle</b>	U6	51

Bei 37 Kindern, die zum Zeitpunkt der U5 auffällig waren, konnte bei der U6 keine Auffälligkeit mehr festgestellt werden. Sie sind demnach als Remissionskinder zu bezeichnen.

Unter den auffälligen Kindern bei U6 waren 22 (30,1%) bereits zum Zeitpunkt der U5 auffällig. Sie gehören der Gruppe der persistierend Auffälligen an. Die 16 verbleibenden bei U5 auffälligen Kinder (21,9%) waren Drop-Outs, so dass über ihren Verlauf keine Aussage getroffen werden kann. 51 Kinder (69,9%) waren der Gruppe der bei U6 neu Auffälligen zuzuordnen.

Die Gruppe der persistierend auffälligen Kinder setzte sich aus 13 weiblichen und 9 männlichen Kindern zusammen, die der neu Auffälligen bei U6 aus 10 weiblichen und 17 männlichen. 13 Mädchen und 18 Jungen waren Remissionskinder, die zum Zeitpunkt der U6 nicht mehr auffällig waren. Der Geschlechtsunterschied fiel über die drei Gruppen nicht signifikant aus ( $Chi^2 = 1.800$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.406$ ).

Es konnten zudem keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund auf die drei Gruppen gefunden werden ( $Chi^2 = 0.139$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.933$ ).

### 5.2.2.1. Auffälligkeitszeitpunkt und Vergleich der Belastungsfaktoren

Es wurde anschließend untersucht, ob bei den persistierend auffälligen Kindern und den Remissionskindern unterschiedliche Belastungsarten bei U5 vorlagen, die einen Hinweis darauf geben könnten, ob bestimmte Belastungen für ein Persistieren mitverantwortlich sind.

**Tabelle 18: Häufigkeiten der psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren bei U5 für persistierend auffällige und Remissionskinder**

	Persistierend auffällige Kinder		Remissionskinder	
	N	%	N	%
<b>Belastung Familienanamnese &gt; Bewältigungsmöglichkeit</b>	3	13,6	9	24,3
<b>Auffälliger Pflege-/ Ernährungszustand</b>	4	27,2	6	16,2
<b>Auffälligkeiten Entwicklung/ Verhalten (Sicht des Pädiaters)</b>	5	22,7	2	5,4
<b>Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht der Eltern)</b>	4	18,2	4	10,8
<b>Starke Erschöpfung der Bezugsperson</b>	4	18,2	8	21,6
<b>Mangelnde Unterstützung</b>	3	13,6	6	16,2
<b>Anzeichen von Überforderung</b>	4	18,2	4	10,8
<b>Exzessives Schreien</b>	4	18,2	3	8,1
<b>Schlafstörung des Kindes</b>	10	45,5	12	32,4
<b>Fütterstörung des Kindes</b>	5	22,7	8	21,6
<b>Anzeichen postpartaler Depression</b>	2	9,1	0	0

Deskriptiv ließen sich folgende Unterschiede finden: Unter den persistierend auffälligen Fällen zeigten sich häufiger ein auffälliger Pflege-/Ernährungszustand des Kindes, Auffälligkeiten in der Entwicklung/Verhalten aus Sicht des Pädiaters und aus Sicht der Eltern, Anzeichen von Überforderung, Regulationsstörungen des Kindes (exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütterstörung) und Anzeichen von postpartaler Depression.

Die Remissionsfälle wiesen häufiger eine belastende Familienanamnese auf, die ihre Bewältigungsressourcen zu übersteigen drohte. Zudem zeigten sich hier im Vergleich öfter eine starke Erschöpfung der Bezugsperson und es wurde häufiger von mangelnder Unterstützung berichtet.

Obwohl sich deskriptive Unterschiede erkennen lassen, wurden diese zwischen den beiden Gruppen, bezogen auf die Belastungsart bei U5, nicht signifikant. Lediglich der Unterschied, bezogen auf die Häufigkeit von Auffälligkeiten in der Entwicklung/Verhalten aus Sicht des Pädiaters, war annähernd signifikant ( $Chi^2 = 3.959$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.060$ ).

Im Anschluss war von Interesse, ob persistierend auffällige Kinder andere Arten von Auffälligkeiten zeigten als die Kinder der neu auffälligen Gruppe (= erstmalig auffällig bei U6):

**Tabelle 19: Häufigkeiten der Belastungsfaktoren bei U6 für persistierend auffällige und neu auffällige Kinder**

	Persistierend auffällige Kinder		Neu auffällige Kinder	
	N	%	N	%
<b>Sonstige Auffälligkeit bei U6</b>	3	13,6	16	31,4
<b>Schlafstörung bei U6</b>	5	22,7	12	23,5
<b>Fütterstörung bei U6</b>	1	4,5	3	5,8
<b>Entwicklungsverzögerung bei U6</b>	9	40,9	6	11,8
<b>Gedeihstörung bei U6</b>	3	13,4	13	25,4
<b>Kombination Regulationsstörungen</b>	2	9,1	0	0
<b>Familiäre Belastungssituation</b>	3	13,6	0	0

Deskriptiv lassen sich bei den persistierend auffälligen Kindern häufiger eine Entwicklungsverzögerung, eine Kombination aus mehreren Regulationsstörungen und eine familiäre Belastungssituation finden. Neu auffällige Kinder hatten dagegen öfter sonstige Auffälligkeiten, isolierte Schlafstörungen, isolierte Fütterstörungen und Gedeihstörungen.

Signifikant war der Unterschied bezüglich der Entwicklungsverzögerung ( $Chi^2 = 7.997$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.010$ ) und der familiären Belastungssituation ( $Chi^2 = 7.253$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.025$ ), die bei

persistierend auffälligen Kindern zum Zeitpunkt der U6 häufiger festgestellt wurden als bei den neu auffälligen Kindern.

Da die persistierend auffälligen Kinder bei U6 signifikant häufiger mit einer Entwicklungsverzögerung auffielen, wurden diese Fälle hinsichtlich ihrer Auffälligkeiten bei U5 untersucht, um etwaige Zusammenhänge aufdecken zu können.

Die Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung bei U6 waren bereits bei U5 signifikant häufiger in ihrer Entwicklung/Verhalten aus Sicht des Pädiaters auffällig eingestuft worden, als Kinder, die später keine Entwicklungsverzögerung zeigten ( $Chi^2 = 5.900$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.044$ ). Es bestand eine signifikante mittlere Korrelation zwischen den Variablen „Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht des Pädiaters)“ bei U5 und „Entwicklungsverzögerung“ bei U6 ( $Phi = 0.32$ ,  $p = 0.006$ ). Es ergaben sich keine weiteren signifikanten Unterschiede bezüglich gefundener Belastungsfaktoren bei U5 für die Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung bei U6.

#### 5.2.2.2. Auffälligkeitszeitpunkt und Anzahl der Belastungsfaktoren

Um die Annahme zu überprüfen, dass Kinder mit mehr als zwei Belastungsfaktoren häufiger persistieren, wurden persistierend auffällige und remittierte Kinder bezüglich der Anzahl der Risikofaktoren verglichen.

**Tabelle 20: Anzahl der Belastungsfaktoren bei persistierenden und remittierten Kindern**

	Persistierend auffällige Kinder		Remissionskinder	
	N	%	N	%
<b>1-2 Belastungsfaktoren</b>	17	77,3	31	83,8
<b>3 oder mehr Belastungsfaktoren</b>	5	22,7	6	16,2
<b>Summe</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Deskriptiv betrachtet wiesen persistierend auffällige Kinder häufiger drei oder mehr Belastungsfaktoren auf als Remissionskinder. Es ergab sich aber kein signifikanter Unterschied bezüglich der Anzahl an Belastungsfaktoren ( $Chi^2 = 0.386$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.731$ ).



### 5.2.2.3. Auffälligkeitszeitpunkt und Belastungsgruppe

Um zu überprüfen, ob ein Vorliegen von sowohl psychosozialen als auch klinisch relevanten Belastungen zum Fortbestehen von Auffälligkeiten beiträgt, wurden die persistierenden Kinder und die Remissionskinder bezüglich ihrer Gruppenzugehörigkeit zu den mehrfach belasteten Familien überprüft.

**Tabelle 21: Persistierend auffällige und Remissionskinder in der Gruppe der mehrfach belasteten Familien**

	Persistierend auffällige Kinder		Remissionskinder	
	N	%	N	%
<b>Mehrfach belastete Familien</b>	6	27,3	8	21,6
<b>Familien ohne mehrfache Belastung</b>	16	72,7	29	78,4
<b>Summe</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Persistierend auffällige Kinder fielen deskriptiv gesehen häufiger in Familien mit mehrfachen Belastungen auf als Remissionskinder, der Unterschied zwischen den beiden Gruppen wurde aber nicht signifikant ( $Chi^2 = 0.243$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.622$ ).

Schließlich wurde die Relevanz der Kombination aus einem Vorliegen von drei oder mehr Risikofaktoren und einer mehrfachen Belastung (sowohl psychosoziale als auch klinische Belastungen) untersucht.

**Tabelle 22: Mehrfache Belastung und 3 oder mehr Belastungsfaktoren bei persistierend auffälligen Kindern und Remissionskindern**

	Persistierend auffällige Kinder		Remissionskinder	
	N	%	N	%
<b>Mehrfache Belastung und 3 oder mehr Faktoren: ja</b>	4	18,2	3	8,1
<b>Mehrfache Belastung und 3 oder mehr Faktoren: nein</b>	18	81,8	34	91,9
<b>Summe</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Persistierend Auffällige zeigten deskriptiv betrachtet häufiger eine mehrfache Belastung und drei oder mehr Belastungsfaktoren. Der Unterschied zwischen persistierend Auffälligen und Remissionskindern wurde allerdings erneut nicht signifikant ( $Chi^2 = 1.167$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.592$ ).

#### 5.2.2.4. Auffälligkeitszeitpunkt und Vorhandensein familiärer Ressourcen

Als zusätzlicher Faktor, der persistierend auffällige Kinder von Remissionskindern unterscheiden könnte, wurde das Vorhandensein familiärer Ressourcen einbezogen.

**Tabelle 23: Familiäre Ressourcen von persistierend Auffälligen und Remissionskindern**

	Persistierend auffällige Kinder		Remissionskinder	
	N	%	N	%
<b>Familiäre Ressourcen</b>	7	31,8	10	27,0
<b>Keine familiären Ressourcen</b>	15	68,2	27	73,0
<b>Summe</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Es bestand kein signifikanter Unterschied bezüglich der Häufigkeit eines Vorliegens von familiären Ressourcen zwischen den beiden Gruppen ( $Chi^2 = 0.154$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.694$ ).

### 5.2.2.5. Auffälligkeitszeitpunkt und Betreuung

Auch mögliche Unterschiede in der Betreuung nach der Früherkennungsuntersuchung U5 zwischen persistierend auffälligen und Remissionskindern wurden berücksichtigt:

**Tabelle 24: Betreuungsunterschiede zwischen persistierend auffälligen und Remissionskindern**

	Persistierend auffällige Kinder		Remissionskinder	
	N	%	N	%
<b>Keine Unterstützung</b>	7	31,8	14	37,8
<b>Pädiatrische Beratung bei psychosozialen Belastungen</b>	7	31,8	11	29,7
<b>Pädiatrische Beratung bei Regulationsstörungen</b>	9	40,9	11	29,7
<b>Pädiatrische Beratung bei Anzeichen postpartaler Depression</b>	1	4,5	0	0
<b>Vermittlung an klinische Fachambulanz bei Regulationsstörungen</b>	2	9,1	3	8,1
<b>Vermittlung an klinische Fachambulanz bei Anzeichen postpartaler Depression</b>	1	4,5	0	0
<b>Vermittlung an Frühe Hilfen</b>	1	4,5	5	13,5

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Betreuungsart. Deskriptiv betrachtet erhielten die Remissionskinder häufiger keine dokumentierte Form der Unterstützung (62,2% vs. 68,2%) und wurden häufiger an Frühe Hilfen (13,5% vs. 4,5%) vermittelt. Die persistierend auffälligen Kinder erhielten sowohl bei Vorliegen klinisch relevanter Symptome (Regulationsstörungen, Anzeichen von postpartaler Depression) als auch bei psychosozialen Belastungen häufiger eine pädiatrische Beratung und wurden etwas öfter an eine klinische Fachambulanz überwiesen.

### 5.2.3. Zusammenfassung der längsschnittlichen Untersuchungen

Es wurde die Frage beleuchtet, ob und welche bei U5 erhobenen psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren die relative Wahrscheinlichkeit von Auffälligkeiten bei U6 vorher-sagen können. Ein Vorliegen von Belastungsfaktoren bei U5 erwies sich im logistischen Re-gressionsmodell als signifikanter Prädiktor und erhöhte die generelle Auftretenswahrschein-lichkeit für U6-Auffälligkeiten um das 3,6-fache. Die Einzelanalyse aller bei U5 erhobenen Belastungsfaktoren offenbarte, dass Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten des Kindes aus Sicht des Pädiaters und eine Schlafstörung des Kindes die geeignetsten Prä-diktoren für die relative Wahrscheinlichkeit von generellen Auffälligkeiten bei U6 darstellen. Bereits bei U5 durch den Pädriater/die Pädriaterin festgestellte Auffälligkeiten bezüglich Ent-wicklung oder Verhalten des Kindes erhöhen zudem spezifisch die relative Wahrscheinlich-keit für Entwicklungsverzögerungen bei U6 um das 7,9-fache.

Die Beobachtung des Entwicklungsverlaufs der belasteten Fälle offenbarte, dass knapp ein Drittel der bereits im Alter von ca. 6 Monaten bei U5 auffälligen Kinder auch im Alter von ca. 12 Monaten bei U6 auffällig blieb (persistierend auffällige Gruppe). Von Interesse war hier zum einen die Frage, welche Faktoren zu einem Persistieren von Auffälligkeiten beitragen. Der Unterschied bezüglich der Häufigkeit von Auffälligkeiten in Entwicklung/Verhalten des Kindes aus Sicht des Pädriaters zwischen persistierend auffälligen und remittierten Kindern wurde annähernd signifikant, in alle anderen psychosozialen und/oder der klinisch relevanten Belastungen unterschieden sich die Kinder nicht. Bei U6 zeigten die persistierend Auffälligen signifikant häufiger eine Entwicklungsverzögerung und eine familiäre Belastungssituation im Vergleich zu neu auffälligen Kindern.

Trotz deskriptiv erkennbarer Unterschiede erwies sich die Anzahl der Risikofaktoren für das Fortbestehen von Auffälligkeiten zwischen U5 und U6 als nicht signifikant, ebenso wenig die Kombination aus psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren. Auch die Kombination aus der Anzahl von Risikofaktoren und multipler, also psychosozialer und klinisch relevanter Symptome, konnte hier keinen signifikanten Zusammenhang aufweisen. Ebenso wenig gab es signifikante Unterschiede bezüglich familiärer Ressourcen oder der Betreuungsart bei U5.

Es folgt die Darstellung der Ergebnisse des Praktikabilitätsfragebogens.

### 5.3. Praktikabilitätsevaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens

In München nahmen alle 18 ursprünglich an der Studie teilnehmenden Pädiater\_innen an dieser Befragung teil (kein Drop-Out), in Freiburg reduzierte sich die Teilnehmerzahl von 9 auf 6. Für die Praktikabilitätsbeurteilung stellten sich somit von den 27 in der Stichprobe verbliebenen Pädiater\_innen insgesamt noch 24 (Drop-Out-Rate bei gesamt 11,1%) zur Verfügung. Die Befragung beinhaltete vier thematische Blöcke und erbrachte folgende Ergebnisse:

#### 5.3.1. Zeitaufwand

Für die Praxistauglichkeit wurde zunächst der zusätzlich benötigte Zeitaufwand für den Einsatz des Pädiatrischen Anhaltsbogens ermittelt. 15,4% ( $n = 4$ ) gaben einen sehr geringen zeitlichen Mehraufwand von unter drei Minuten, 38,5% ( $n = 10$ ) eine geringe Dauer (3-5 Minuten), 34,6% ( $n = 9$ ) eine geringe Dauer (5-10 Minuten) und 3,8% ( $n = 1$ ) eine sehr hohe Dauer (über 10 Minuten) an. Der Modus für die Dauer beim erstmaligen Ausfüllen des Bogens lag bei 2, ( $Min = 1$ ,  $Max = 4$ ,  $SD = 0.16$ ), was einer geringen Bearbeitungsdauer von etwa 3-5 Minuten entspricht. Zudem gaben 66,7% der Pädiater\_innen an, dass der zeitliche Mehraufwand sich mit zunehmender Vertrautheit und Übung in der Handhabung reduzierte. Die Frage nach dem zeitlichen Mehraufwand für die Praxis durch Eltern-Gespräche oder die Vermittlung betroffener Familien an geeignete Hilfsangebote nach Anwendung des Pädiatrischen Anhaltsbogens ergab auf einer 5-stufigen Skala von sehr gering (1) zu sehr hoch (5) einen Modus von 3 ( $Min = 1$ ,  $Max = 4$ ,  $SD = 0.16$ ), was einem insgesamt eher geringen Aufwand entspricht. 13 Pädiater\_innen (54,0% der Stichprobe) gaben an, dass die Anwendung des Anhaltsbogens die Gesamtdauer der Früherkennungsuntersuchung U5 insgesamt nicht verlängerte.

#### 5.3.2. Verständlichkeit

Die Pädiater\_innen wurden außerdem bezüglich der Verständlichkeit des Pädiatrischen Anhaltsbogens befragt. Auf einer 4-stufigen Skala (1 = trifft nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu) bewerteten die Ärzt\_innen, ob der Bogen selbsterklärend und leicht zu interpretieren war. Hier ergab sich ein Modus von 3 ( $Min = 2$ ,  $Max = 4$ ,  $SD = 0.13$ ), was der zweitbesten Note entspricht.

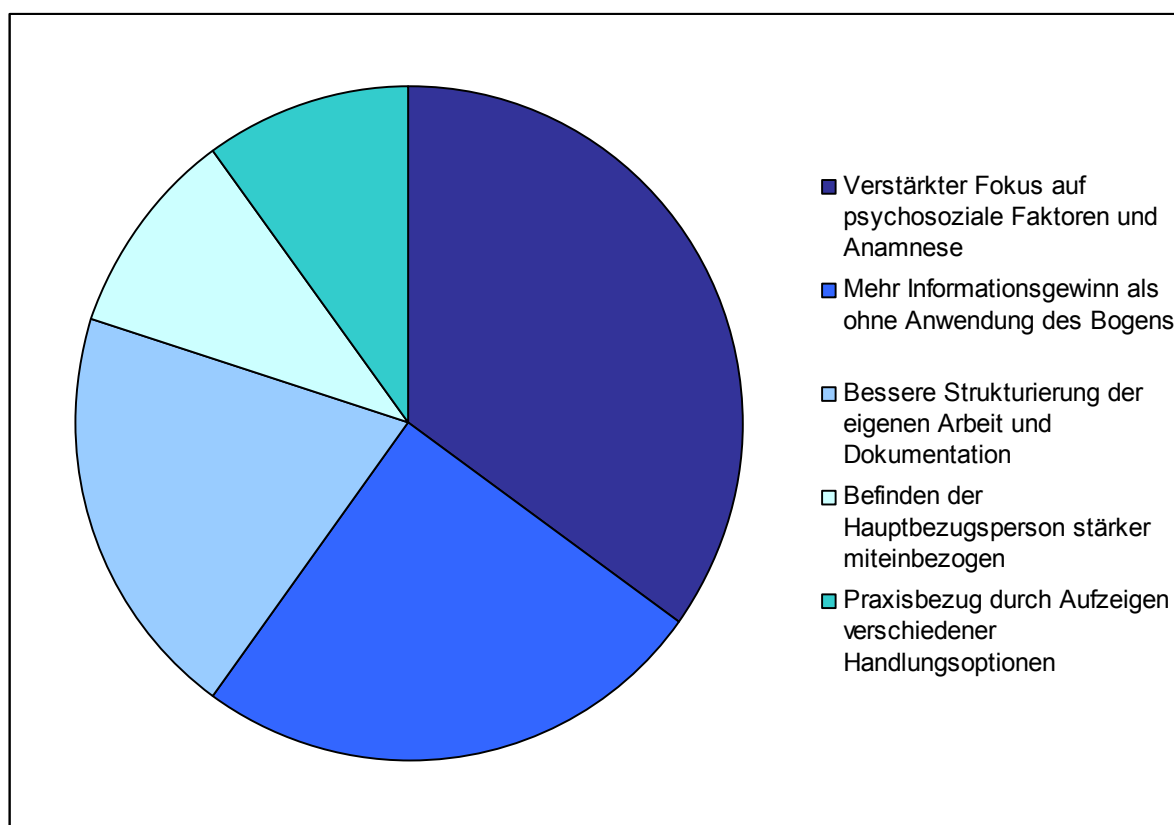
#### 5.3.3. Nützlichkeit

21 Pädiater\_innen (80,8% der Gesamtstichprobe) gaben an, den Pädiatrischen Anhaltsbogen als hilfreich für die Beurteilung des Kindes und seines psychosozialen Umfelds zu emp-

finden. Zwei Personen enthielten ihre Stimme und eine Person gab an, den Bogen nicht hilfreich zu finden.

Im offenen Antwortformat konnte erläutert werden, inwiefern der Bogen als hilfreich empfunden wurde. Hier machten 20 Teilnehmer Angaben. Die Antworten ließen sich dabei in 5 Gruppen einteilen, wie folgende Abbildung veranschaulichen soll:

**Abb. 8: Hilfreiche Aspekte des Pädiatrischen Anhaltsbogens**



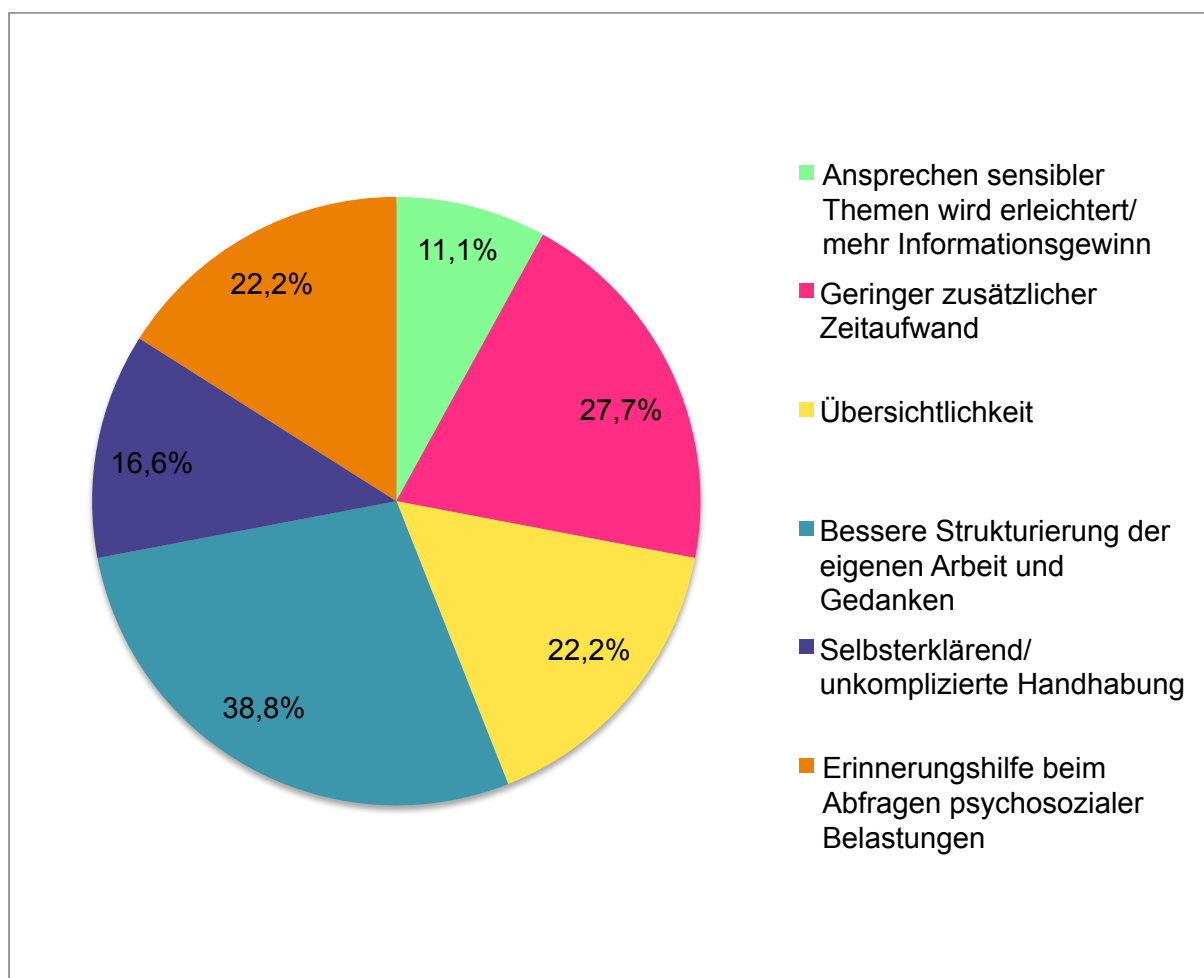
Zudem wurden die Ärzt\_innen gefragt, ob sie durch den Bogen ihr Überweisungsverhalten verändert haben. Hier antworteten 20 Ärzte mit nein und vier bestätigten, dass ihr Überweisungsverhalten sich verändert habe. Die Veränderungen des Überweisungsverhaltens waren folgende: häufigere Empfehlungen an Frühe Hilfen, persönlichere und ausführlichere Nachfragen im Gespräch mit den Eltern, generell verändertes Empfehlungsverhalten und häufigere Wiedereinbestellungen in die Praxis zur Verlaufskontrolle.

Zusätzlich gaben 18 (69,2% der Gesamtstichprobe) Pädiater\_innen an, sich in ihrer Entscheidungs- und Handlungsautonomie durch den Anhaltsbogen unterstützt zu fühlen, sechs empfanden diese als nicht beeinflusst.

### 5.3.4. Beurteilung positiver und negativer Eigenschaften

Für die Beurteilung des Pädiatrischen Anhaltsbogens wurden im offenen Antwortformat zunächst die positiven und negativen Eigenschaften des Bogens erfragt. Die Antworten der Pädiaater\_innen werden anhand Abbildung 9 dargestellt:

**Abb. 9: Positive Eigenschaften des Anhaltsbogens**



Die Ärzt\_innen gaben ebenso ihre Meinung zu negativen Eigenschaften des Pädiatrischen Anhaltsbogens wieder. Hierbei fanden sich nur Einzelmeinungen, lediglich „zeitlicher Mehraufwand“ wurde von mehr als einer Person ( $n = 3$ ) als negativ bewertet. Die Einzelstimmen gaben im weitesten Sinne Designmängel des Bogens als negativ an: Sie wünschten sich einen Bogen im DIN-A4-Format bzw. einen einseitigen Fragebogen. Bemängelt wurde auch, dass bei Implementierung des Bogens dieser keinen wirtschaftlichen Nutzen erbringen würde und es dadurch zu einem zusätzlichen Maß an Bürokratie käme.

Die Frage nach einer zukünftigen Nutzung beantworteten 17 Ärzt\_innen (70,8% der Gesamtstichprobe) mit ja und fünf mit nein. Es gab zwei Stimmenthaltungen.

### **5.3.5. Zusammenfassung der Praktikabilitätsauswertung**

Für die Praktikabilitätsbeurteilung stellten sich insgesamt noch 24 Pädiater\_innen zur Verfügung. Den Zeitaufwand für die Anwendung des Pädiatrischen Anhaltsbogens gaben die meisten Kinder- und Jugendärzt\_innen mit 3-5 Minuten an, wobei sich mit zunehmender Vertrautheit mit dem Instrument die Dauer noch verkürzte. Für seine leichte Interpretierbarkeit und Verständlichkeit erhielt der Bogen die zweitbeste Note. Über 80% der Pädiater\_innen empfinden den Bogen als hilfreich und mehr als 70% möchten auch zukünftig mit dem Anhaltsbogen arbeiten. Besonders positiv wurde die Erweiterung des Fokus auf psychosoziale Belastungsfaktoren durch die Unterstützung des Anhaltsbogens angemerkt.

Es folgt die Diskussion der Ergebnisse dieser Arbeit.



## 6. Diskussion

In der vorliegenden prospektiven Kohortenstudie wurde der Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf in den Früherkennungsuntersuchungen (U3-U6) erstmals seit Abschluss der Entwicklungsphase einem Praxistest unterzogen. Der Anhaltsbogen soll im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen als Wahrnehmungs-, Dokumentations- und Kommunikationshilfe bei der Erfassung psychosozialer Belastungen von Familien dienen. Die Entwicklung des ersten speziell für das Setting der Praxispädiatrie entwickelten Instruments soll damit eine bisher bestehende Lücke schließen und dabei unterstützen, psychosozial belastete Familien frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls an Frühe Hilfen weiterzuvermitteln. So wird der Praxispädiatrie, deren selektiv-präventives Handeln primär auf das Kind ausgerichtet ist, ein Hilfsmittel angeboten, durch das sie den hohen Erwartungen im Netzwerk Früher Hilfen stärker nachkommen kann.

Es wurde untersucht, welche Belastungsfaktoren durch die Pädiater\_innen anhand des Anhaltsbogens im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung U5 (Alter der Kinder bei ca. 6 Monaten) identifiziert werden, wie sich Säuglinge aus belasteten Familien entwickeln und welche Zusammenhänge zwischen einem Vorliegen von Belastungsfaktoren mit 6 Monaten und Auffälligkeiten mit einem Jahr bestehen. Auch die Betreuung der Familien mit psychosozialen Unterstützungsbedarf, insbesondere die Vermittlung zu Angeboten Früher Hilfen, wurde beleuchtet. Die Anwendbarkeit, Akzeptanz und Nützlichkeit des Pädiatrischen Anhaltsbogens im Praxisalltag bewerteten die Pädiater\_innen zum Ende der Studie.

### 6.1. Diskussion der Ergebnisse

#### 6.1.1. Evaluation gesundheitsrelevanter Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der U5

##### 6.1.1.1. Festgestellter Unterstützungsbedarf

Bei 14,7% der Stichprobe konnte zum Zeitpunkt der U5 (Alter der Kinder ca. 6 Monate) ein Unterstützungsbedarf festgestellt werden. Es handelt sich dabei um die erstmalige Erfassung des durch Pädiater\_innen festgestellten psychosozialen Unterstützungsbedarfs von Familien in Deutschland.

Internationale Studien identifizierten bei Einsatz eines Kurzfragebogens innerhalb der pädiatrischen Praxis 14% (Jellinek, Murphy, Robinson, Feins, Lamb & Fenton, 1988) bis 17,9% (Walker, LaGrone & Atkinson, 1989) der Kinder als psychosozial belastet. Prävalenzangaben für ein Vorliegen psychosozialer Hilfebedarfe von Kindern und Familien in der Gesamtbevölkerung – erfasst durch Pädiater\_innen – liegen zwischen 15 und 20% (Costello et al., 1988c).

Die gefundene Inzidenzrate von 14,7% liegt demnach also genau im Rahmen anderer Erfahrungswerte. Einschränkend muss erwähnt werden, dass es sich bei vorliegenden Vergleichsergebnissen ausschließlich um Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum handelt, da es vor der hier vorliegenden Studie keine psychosozialen Erfassungsinstrumente speziell für die Zielgruppe der Praxispädiater\_innen in Deutschland gab. Auch gibt es Meinungen, die besagen, dass davon auszugehen ist, dass Pädiater\_innen einen psychosozialen Unterstützungsbedarf generell eher unterschätzen (Hayutin et al., 2009). Für die vorliegenden Ergebnisse würde das bedeuten, dass sich der ermittelte Prozentsatz unterstützungsbedürftiger Familien zwar nicht von bereits gefundenen, internationalen Vergleichswerten unterscheidet und damit recht aussagekräftig ist. Doch ist auch in Deutschland nicht auszuschließen, dass das Wahrnehmen dieser Bedarfe durch Pädiater\_innen noch nicht präzise genug ist. Für eine Bestätigung dieser These wären Folgeuntersuchungen relevant.

Zwischen belasteten und unbelasteten Familien gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts des Kindes. Andere Studien, die sich mit der Langzeitwirkung familiärer psychosozialer Belastungen befassten (Laucht et al., 1992; Esser et al., 1994; Laucht et al., 2000a; Laucht et al., 2000b; Laucht et al., 2002) und den gesundheitlichen und sozial-emotionalen Verlauf ab dem Säuglingsalter untersuchten, berichten ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, was als Hinweis für eine Bestätigung des hier vorliegenden Ergebnisses gewertet werden kann. Einschränkend muss erwähnt werden, dass nur von 60% der vorliegenden Stichprobe eine Angabe bezüglich des Geschlechts vorlag.

Es konnten auch keine signifikanten Unterschiede zwischen belasteten und unbelasteten Familien mit und ohne Migrationshintergrund gefunden werden. Dies ist überraschend, da Gespräche über Erfahrungswerte der Pädiater\_innen einen klaren Trend dahingehend vermittelten, dass gerade Familien mit Migrationshintergrund aufgrund schwieriger Lebensumstände (sozioökonomischer Status, beengte Wohnverhältnisse, Trennung von der Ursprungsfamilie etc.) häufig psychosozial belastet sind, was auch eine deutsche Studie teilweise bestätigt (Metzner, Schwinn, Mösko & Pawils, 2015). Zusätzlich sind die Kenntnisse über Hilfsstrukturen (Eickhorst, Schreier, Brand, Lang, Liel, Renner, Neumann & Sann, 2016) und die Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsangebote wie etwa auch der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung im Vergleich zur nicht migrierten Bevölkerung niedriger (Kamtsiuris, Bergmann, Rattay & Schlaud, 2007a), was eine besorgniserregende Kombination darstellt. Eine mögliche Erklärung für das vorliegende Ergebnis liegt im Ausschlusskriterium „schlechte Deutschkenntnisse“. Es ist bekannt, dass Sprache eines der wichtigsten Merkmale für gelingende Integration darstellt (Esser, 2006). Da eine Teilnahme an der Studie bei sehr schlechten Deutschkenntnissen nicht möglich war, könnte im Umkehrschluss vermutet werden, dass unter den teilnehmenden Migrantenfamilien eher gut integrierte (und dadurch möglicherweise eher weniger belastete) Familien waren.

---

Nachfolgend wird auf die Ergebnisse der Erfassung der Familienanamnese eingegangen.

#### 6.1.1.2. Familienanamnese

Bei Betrachtung der ersten Frage auf Seite 1, dem Alter der Eltern, war auffällig, dass sich keine Eltern unter 18 Jahren in der Stichprobe befanden. In Gesamtdeutschland machen Neugeborene minderjähriger Mütter ebenfalls nur einen sehr geringen Prozentsatz von 0,9% der Lebendgeburtenrate (Statistisches Bundesamt (DESTATIS), 2016) aus, in Bayern und Baden-Württemberg sind es sogar nur 0,4% (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2016). Da aber in der vorliegenden Stichprobe überhaupt keine minderjährigen Mütter vertreten sind, ist diese Gruppe in der Population offenbar unterrepräsentiert.

Die Ergebnisse der Beschreibung der familiären Situation zeigten, dass 6,7% der Familien Kinder mit erhöhtem Fürsorgebedarf aufwiesen. Besier und Kollegen (2012) fanden in einer Validierungsstudie eines Risikoscreenings hier höhere Werte von etwa 20%, allerdings lässt sich dieser Wert nicht direkt in Bezug zu dem in der vorliegenden Stichprobe gefundenen setzen, da sich Einsatzort (pädiatrische Praxis vs. Geburtsklinik) und Alter der Kinder (ca. 6 Monate alte Kinder vs. Neugeborene) stark unterscheiden.

13,1% der Stichprobe berichteten schwere Erkrankungen innerhalb der Familie, dies umfasste sowohl körperliche (11,7%) als auch psychische (0,8%) oder eine Kombination aus beiden (0,6%) Krankheiten. In westlichen Industrieländern wird von einem Prozentsatz zwischen 5 und 15% an Kindern ausgegangen, die im Laufe ihrer Entwicklung mit einer schweren körperlichen Erkrankung eines Elternteils konfrontiert werden (Worsham, Compas & Sydney, 1997). Barkmann, Romer, Watson und Schulte-Markwort (2007) fanden in einer deutschen Studie, eine Punktprävalenz von 4,1% schwer körperlich erkrankter Eltern. Die Rate psychisch kranker Eltern, die minderjährige Kinder haben, konnte in Deutschland auf etwa 17% festgelegt werden (Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Da in der vorliegenden Stichprobe nicht explizit nach schweren Erkrankungen der Eltern, sondern generell innerhalb der Familie gefragt wurde (häufig wurden beispielsweise die Großeltern genannt), lassen sich die Werte hier nur eingeschränkt in Bezug zueinander setzen. Vergleichsstudien, die sich mit schweren Erkrankungen innerhalb des „weiteren“ Familiensystems beschäftigen, sind nicht bekannt.

Zusätzlich wurden 15,5% sonstige Belastungen (insbesondere Partnerschaftsprobleme, innerfamiliäre Spannungen, sozioökonomische Schwierigkeiten) berichtet.

Trotz einer nicht geringen Anzahl an Familien mit belastender Familienanamnese (27,6% der Gesamtstichprobe) liegt der gesamte tatsächliche Hilfebedarf in der Stichprobe nur bei 14,7%, was als Hinweis gedeutet werden kann, dass viele Familien gute Ressourcen zur Bewältigung ihrer familiären Schwierigkeiten haben.

Die Ergebnisse der Gesundheitsfürsorgeitems bestätigen größtenteils die hohe Teilnahmequote an den U-Untersuchungen im ersten Lebensjahr – der niedrigste Wert lag hier mit 88,6% bei der Früherkennungsuntersuchung U1. Diese vergleichsweise geringe Quote ist zunächst erstaunlich, da die U1 in der Geburtsklinik direkt nach der Entbindung durchgeführt wird und damit theoretisch bei 100% liegen müsste. Eine mögliche Erklärung ist, dass ein Teil der Pädiater\_innen im Anhaltsbogen nur die U-Untersuchungen dokumentierten, die sie selbst durchgeführt hatten, was bei der U1, wie eben erläutert, standardmäßig nicht der Fall ist. Für die Theorie, dass nur solche U-Untersuchungen dokumentiert wurden, die der Pädiater/die Pädiaterin selbst durchgeführt haben, spricht, dass auch die Quote bei der U2 relativ niedrig, wenn auch etwas höher als bei U1 ausfiel: Auch die Früherkennungsuntersuchung U2 (3.-10. Lebenstag des Säuglings) wird meist noch in der Geburtsklinik durchgeführt. Da manche Mütter aber bereits vor dem 3. Lebenstag nach Hause entlassen werden, kann diese Untersuchung auch vom niedergelassenen Kinderarzt/der Kinderärztin durchgeführt werden. Die höchsten vorliegenden Teilnahmequoten fanden sich bei U3 und U4 (96,1%) und übertreffen damit die im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey gefundenen Zahlen von 95,3% bzw. 94,9% (Kamtsiuris et al., 2007a). Deckungsgleich mit den Ergebnissen von Kamtsiuris und Kollegen ist ein Absinken der Teilnahmequote zum Zeitpunkt der U5, dennoch wurden in der vorliegenden Studie auch hier höhere Werte gefunden (95,5% vs. 94,3%). Die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen scheinen demnach sowohl von Münchener als auch von Freiburger Familien sehr zuverlässig wahrgenommen zu werden. Die Tatsache, dass nur in 20 Fällen der 511 Familien ein Kinderarztwechsel im ersten Lebenshalbjahr erfolgte, kann als Zeichen für die gute und vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und Pädiater\_innen interpretiert werden.

Im nächsten Punkt wird die Frage, welche Belastungsfaktoren von Pädiater\_innen am häufigsten gefunden werden, diskutiert.

#### 6.1.1.3. *Psychosoziale Belastungen und klinisch relevante Symptome*

##### Anzahl der Belastungen

Durchschnittlich wiesen auffällige Familien zwei Belastungsfaktoren auf. Da es in der Stichprobe aber bezüglich der Anzahl der Belastungsfaktoren starke Ausreißer nach oben gibt (bis zu 7 vorliegende Belastungen), wurde zusätzlich der Modalwert berechnet. Die meisten (61,3%) der belasteten Familien zeigten tatsächlich nur eine Belastung auf, die nächstgrößere Gruppe zwei Faktoren. Aufgrund von Ergebnissen, die zeigen, dass ein frühes Vorliegen von mindestens zwei Belastungsfaktoren das Risiko für spätere Entwicklungsauffälligkeiten erhöht (Laucht et al., 2000b), wurde außerdem eine Einteilung in „1-2 vorliegende Belastungsfaktoren“ und „3 oder mehr Belastungsfaktoren“ vorgenommen: 81,3% der belasteten Familien fie-

len in die erste Gruppe, 18,7% in die zweite. Es wurde demnach angenommen, dass Familien mit drei oder mehr Belastungen besonders gefährdet für ein Fortbestehen ihrer Auffälligkeiten sind. Diese Untersuchung ist Teil der zweiten Fragestellung und wird daher an dieser Stelle noch nicht erörtert.

Anschließend wird auf die Frage eingegangen, welche psychosozialen Belastungsfaktoren von den Pädiater\_innen identifiziert wurden.

### Psychosoziale Belastungen

Der Pädiatrische Anhaltsbogen erfasst psychosoziale Belastungen in vier Unterkategorien: Zusammenfassung der Familienanamnese von Seite 1, Auffälligkeiten des Kindes, Belastungen der Hauptbezugsperson und Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion.

Psychosoziale Belastungsfaktoren wurden insgesamt bei 71,9% der als belastet eingestuften Familien (ausschließlich psychosozial belastete Familien und Familien mit Mehrfachbelastung) von den Pädiater\_innen identifiziert und sind damit insgesamt gesehen häufiger vertreten als klinisch relevante Symptome (50,7% der belasteten Familien). Besier und Kollegen (2012) fanden in einer Stichprobe in einer Geburtsklinik, die auf das Vorliegen von Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung hin gescreent wurde, ebenfalls psychosozialen Stress als häufigste Belastungsform. Wie bereits weiter oben erläutert, lassen sich die Ergebnisse jedoch aufgrund des unterschiedlichen Settings nicht uneingeschränkt vergleichen.

Familien mit Jungen waren in der Stichprobe insgesamt signifikant häufiger von psychosozialen Stressoren betroffen als solche mit weiblichen Kindern. Einschlägige Längsschnittstudien zu Schutz- und Risikofaktoren, wie beispielsweise die Kauai-Studie (Werner, 1989), die über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren die Entwicklung von ehemals hoch psychosozial belasteten Kindern verfolgte, weisen ebenfalls darauf hin, dass Jungen gerade im Säuglingsalter vulnerabler für psychosozialen Stress sind als Mädchen, so dass der hier gefundene Geschlechtsunterschied plausibel erscheint. In der Mannheimer Risikokinderstudie fanden Esser et al. (1994), dass Jungen, die bereits im ersten Lebenshalbjahr starker psychosozialer Belastung ausgesetzt waren, mit 24 Monaten signifikant häufiger sozial-emotionale Auffälligkeiten (Ablenkbarkeit, Dysphorie, Irritierbarkeit, verminderte Belastbarkeit, soziales Desinteresse) zeigten als Mädchen mit ähnlichem Hintergrund. Jungen können demnach im ersten Lebensjahr als besondere Risikogruppe für psychosoziale Belastungsfaktoren und deren langfristige Auswirkungen gesehen werden und sollten von Pädiater\_innen dahingehend genau in den Blick genommen werden.

Die Betrachtung der einzelnen psychosozialen Belastungsfaktoren zeigte, dass eine starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson mit 28,0% in den betroffenen Familien (4,1% in der Gesamtstichprobe) aus der Kategorie „Belastungen der Hauptbezugsperson“ am häufigsten ver-

treten ist. In einer Stichprobe der Münchener Sprechstunde für Schreibabies am kbo Kinderzentrum ( $N = 227$ ) wurde unter den psychosozialen Belastungen der Patientenfamilien ebenfalls am häufigsten eine Erschöpfung der Mutter gefunden (Friedmann & Mall, 2015).

24,0% der belasteten Familien (3,5% der Gesamtstichprobe) waren zudem durch ihre auffällige Familienanamnese dermaßen stark beeinträchtigt, dass ihre Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr auszureichen drohten. Hier findet sich erneut der mögliche Hinweis auf gute familiäre Bewältigungsressourcen der Familien: Obwohl, wie unter Punkt 6.1.1.2 beschrieben, 27,6% der Gesamtstichprobe eine belastende Familienanamnese aufwiesen, wurden dadurch nur 3,5% an den Rand ihrer Bewältigungsmöglichkeiten gebracht. Eine weitere deutsche Studie über psychosoziale Risiken im Säuglingsalter (Ziegenhain et al., 2011) fand hier ähnliche Zahlen: 4% der Gesamtstichprobe erfuhren z. B. aufgrund erhöhter Fürsorgeanforderungen des Kindes eine starke Belastung, die ihre Bewältigungsressourcen zu übersteigen drohte. Da allerdings in das im Rahmen der vorliegenden Studie gewonnene Ergebnis auch andere Belastungen aus der Familienanamnese einfließen und nicht nur erhöhte Fürsorgeanforderungen auf Kindseite, scheint der hier gefundene Wert im Vergleich relativ niedrig zu sein.

Aus der Kategorie „Auffälligkeiten des Kindes“ war ein auffälliger Pflege- und Ernährungszustand (16% der belasteten Familien; 2,3% der Gesamtstichprobe) am stärksten vertreten.

Am schwächsten ausgeprägt war im Vergleich die Kategorie „Auffälligkeiten der Eltern-Kind-Interaktion“: Von drei möglichen zu dieser Kategorie zugehörigen Items wurden zwei überhaupt nicht vergeben. Es handelte sich dabei um „mangelnde Zuwendung in Form von seltenem Blickkontakt und wenig Körperkontakt“ und eine sowie um „wenig einfühlsames Handling“. Lediglich Anzeichen einer Überforderung konnten die Pädiater\_innen bei 13,3% der belasteten Familien (2,0% der Gesamtstichprobe) innerhalb dieser Kategorie feststellen.

Dass „Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion“ durch die Pädiater\_innen kaum vergeben wurden, ist verwunderlich. Es ist zwar theoretisch denkbar, dass unter den 511 Familien kein einziger Elternteil vertreten war, der dem Säugling wenig Zuwendung entgegenbrachte oder einen wenig einfühlsamen Umgang mit ihm zeigte, dennoch erscheinen hier andere Gründe plausibler: Zum einen erfordert eine Interaktionseinschätzung aufgrund ihrer Komplexität und zu interpretierenden Feinheiten viel Erfahrung, es wäre also möglich, dass Auffälligkeiten in diesem Bereich nicht zuverlässig erkannt wurden. Dagegen spricht, dass Pädiater\_innen in der Regel über einen sehr umfangreichen Erfahrungsschatz durch die alltägliche Beobachtung von Eltern-Kind-Dyaden verfügen und daher relativ sicher Unterschiede zwischen feinfühligem und weniger feinfühligem Umgang erkennen sollten. Zusätzlich erhielten sie im Vorfeld durch die im Rahmen der Studie durchgeführten Pädiaterschulungen Input zu diesem Thema, ebenso durch einen innerhalb dieser Studie eigens erstellten Leitfaden.

Es gibt demnach wahrscheinlichere Gründe für eine Erklärung der schwachen Ausprägung dieser Kategorie: Es wäre z. B. denkbar, dass Eltern beim Besuch des Kinderarztes besonders bemüht um ihre Außenwirkung sind und so der Umgang mit dem Kind in der Arztpraxis vom alltäglichen abweicht. Da es sich bei elterlicher Feinfühligkeit allerdings um intuitive Kompetenzen handelt (Papoušek & Papoušek, 1987), wird ein wenig feinfühliges Elternteil nur schwer sehr feinfühliges Verhalten dem Kind gegenüber „simulieren“ können. Am wahrscheinlichsten erscheint daher die Option, dass es sich hierbei um für den Pädiater/die Pädiaterin sehr „heikle“ Themen handelt, die schnell eine Bewertung der elterlichen Fähigkeiten implizieren. Im Vorfeld der Studie wurde von Pädiater\_innen bereits kritisch angemerkt, dass sie befürchten, Patientenfamilien mit dem Ansprechen solcher Aspekte zu verlieren. Das deckt sich auch mit den Ergebnissen nationaler und internationaler Studien: Aus Sorge, Patienten zu verschrecken oder aufgrund der Ansicht, dass bestimmte Themen nicht in die Verantwortlichkeit des Kinderarztes fallen (Sharp, Pantell, Murphy & Lewis, 1992; Lynch, Wildman & Smucker, 1997; Wissow et al., 2005) werden Auffälligkeiten, die Eltern potenziell stigmatisieren können, bei der Exploration häufig gemieden oder nur sehr undifferenziert und zurückhaltend angesprochen (Krippeit et al., 2014). Eine Beurteilung einer Auffälligkeit in der Eltern-Kind-Interaktion stellt mit großer Wahrscheinlichkeit ein solches, potenziell stigmatisierendes Thema dar: Es dürfte (nicht nur für Pädiater\_innen) sehr schwierig sein, Eltern zu vermitteln, dass in der Interaktion mit ihrem Kind ungünstige Muster zu erkennen sind, ohne dass dies als Kritik an der elterlichen Kompetenz aufgefasst wird und zu einem möglichen Konflikt oder gar Vertrauensbruch in der Eltern-Arzt-Beziehung führt.

Ob Pädiater\_innen letztendlich Auffälligkeiten Interaktionen zwischen Eltern und Kindern tatsächlich nicht adäquat wahrnahmen oder vielmehr die Kommunikation über wahrgenommene Auffälligkeiten scheuten, kann nicht abschließend geklärt werden. In beiden Fällen wäre ein Schulungsbedarf auf diesem Gebiet indiziert.

Erwähnenswert ist die Tatsache, dass der am häufigsten gefundene psychosoziale Belastungsfaktor „starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson“ aus der Kategorie „Belastungen der Hauptbezugsperson“ stammte. Zu erwarten wäre gewesen, dass Pädiater\_innen häufiger psychosoziale Belastungen beim Kind finden, da dieser Fokus der Ausrichtung der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung entspricht (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2011). Die verhältnismäßig hohe Ausprägung der starken Erschöpfung der Hauptbezugsperson kann als erstes Indiz gewertet werden, dass die Kinder- und Jugendärzt\_innen für die Erweiterung des Fokus auf die Eltern durchaus bereit sind und deren Belastungen auch erkennen.

Nachfolgend wird auf die gefundenen klinisch relevanten Symptome in der Stichprobe eingegangen.

### Klinisch relevante Symptome

Der Bereich „klinisch relevante Symptome“ ist im Pädiatrischen Anhaltsbogen in eine Kind- und eine Elternseite unterteilt: Es werden Regulationsstörungen des Kindes beziehungsweise Anzeichen postpartaler Depression auf Elternseite erfasst.

Die Pädiater\_innen identifizierten bei insgesamt 50,7% der belasteten Familien ein Vorliegen klinischer relevante Symptome auf Kind- und/oder Elternseite. Mädchen und Jungen waren hinsichtlich klinisch relevanter Symptome in etwa gleichermaßen häufig betroffen, was sich sowohl bezogen auf kindliche Regulationsstörungen (Sidor et al., 2013a) als auch auf Anzeichen postpartaler Depression auf Elternseite (Sylvén, Papadopoulos, Mpazakidis, Ekselius, Sundström-Poromaa & Skalkidou, 2011) mit anderen Untersuchungen deckt.

Unter den klinisch relevanten Symptomen auf der Seite des Kindes waren Schlafstörungen am stärksten vertreten (30% der belasteten Familien; 4,5% der Gesamtstichprobe), sie stellten zugleich den häufigsten insgesamt gefundenen Belastungsfaktor in der Stichprobe dar. Fütterstörungen bildeten die nächsthäufigere klinische Belastung, gefolgt von exzessivem Schreien. Diese Rangordnung deckt sich zwar mit Angaben aus anderen Studien, allerdings sind die Prävalenzraten in der vorliegenden Untersuchung insgesamt für alle drei Störungen deutlich geringer: Schieche, Rupprecht und Papoušek (2004) sowie Sidor, Fischer und Cierpka (2017) berichten beispielsweise eine Häufigkeit von etwa 15-20% in der Normalbevölkerung, dagegen waren in der vorliegenden Stichprobe nur 4,5% der Gesamtstichprobe (30,0% der auffälligen Familien) von einer Schlafstörung betroffen. Selbst niedrigere berichtete Prävalenzen, wie sie beispielsweise Schmid et al. (2010) in einer prospektiven Studie ( $N = 4427$ ) bei 5 Monate alten Kindern fanden (Prävalenz bei 9,4%), sind deutlich höher als der in der vorliegenden Arbeit identifizierte Wert.

Auch Fütterstörungen werden andernorts mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens 10,7% (Schmid et al., 2010), häufig sogar mit 15-20% angegeben (von Hofacker et al., 2004; Wolke, Schmid, Schreier & Meyer, 2009), wohingegen in der vorliegenden Gesamtstichprobe nur 2,9% Betroffene (20,0% der auffälligen Familien) zu finden waren.

Das gleiche Phänomen findet sich beim exzessiven Schreien: 1,4% der Familien (9,3% der auffälligen Familien) waren in der vorliegenden Stichprobe betroffen, während Ziegler, Wollwerth de Chuquisengo und Papoušek (2004) von einem Vorkommen von ca. 8,3% nach dem dritten Lebensmonat ausgehen. Andere Untersuchungen gehen hier von einer Prävalenzrate von 4,9% (Schmid et al., 2010), 5,8% (von Kries et al., 2006) bis zu 19% (St. James-Roberts & Halil, 1991) aus.

Es stellt sich die Frage, ob die Stichprobe bezüglich eines Vorliegens von Regulationsstörungen der Kinder nicht repräsentativ ist, oder ob die Pädiater\_innen betroffene Fälle nicht hinreichend diagnostizierten. „Schlafen“ und „Füttern“ sind originär kinderärztliche Themen und laut



Studienergebnissen von Barth (2014) regulärer Bestandteil pädiatrischer Exploration in der Früherkennungsuntersuchung. Das Schreiverhalten der Kinder wird zwar auch regelmäßig, aber nicht ganz so häufig und intensiv im Gespräch mit den Eltern erfragt. Daher erscheint es zumindest für die Schlaf- und Fütterstörung eher unwahrscheinlich, dass Pädiater\_innen diese nicht zuverlässig erkannten.

Besonders gravierend wird die Diskrepanz der gefundenen Prävalenzen im Bereich der elterlichen klinischen Symptome: Anzeichen für eine postpartale Depression vergaben die Pädiater\_innen insgesamt nur in vier Fällen, was einer Prävalenz von 0,8% in der Gesamtstichprobe (5,3% bei den auffälligen Familien) entspricht. Andere Studien, die Auftretensraten für postpartale Depression untersuchten, kommen zu höheren Prävalenzen zwischen mindestens 3,6% (von Ballestrem, Strauß & Kächele, 2005) und 4,6% (Reck et al., 2008) bis zu 7,0% (Kurstjens & Wolke, 2001) für Deutschland. Noch höhere Raten von 10% (Cooper & Murray, 1998) bis zu 15% (Harris, Huckle, Thomas, Johns & Fung, 1989) sind im anglo-amerikanischen Raum zu finden. Gründe für diese abweichenden Angaben sind einerseits in einer möglichen Einschränkung der Repräsentativität der Stichprobe zu vermuten. Insbesondere im Fall der Anzeichen für eine postpartale Depression ist es auch denkbar, dass – wie bereits weiter oben in Bezug auf die Auffälligkeiten der Eltern-Kind-Interaktion beschrieben – Kinder- und Jugendärzt\_innen Berührungängste mit diesem konkreten, potenziell stigmatisierenden Thema haben. In einer Studie von Heneghan, Morton und DeLeone (2006), die amerikanische Pädiater\_innen befragten, gab die überwiegende Mehrheit an, aus Zeitgründen, ungenügendem eigenen Training (sowohl auf die Detektion als auf die Kommunikation bezogen), fehlendem Wissen über Hilfsangebote oder aus Gründen der Überschreitung der Systembarrieren (pädiatrisches Setting wird als nicht geeignet zur Erörterung erwachsenenpsychiatrischer Symptome empfunden) eine Erfassung postpartaler Depression problematisch zu finden. Dies könnte auch auf diese deutsche kinderärztliche Stichprobe zutreffen.

Denkbar ist auch, dass eine Evaluation von Anzeichen postpartaler Depression für die Pädiater\_innen grundsätzlich erschwert war, weil Eltern wenig Bereitschaft zeigten, ihre klinisch relevanten Symptome mit ihrem Kinderarzt/ihrer Kinderärztin zu erörtern. Studienergebnisse weisen tatsächlich daraufhin, dass Eltern nur sehr eingeschränkt dazu bereit sind, ihre eigene psychische Befindlichkeit mit Pädiater\_innen zu besprechen (Heneghan, Mercer & DeLeone, 2004). Es ist anzunehmen, dass hier ein Zusammenspiel aller genannten Möglichkeiten vorliegt. Das kann aber nicht anhand der vorliegenden Daten bestätigt werden, da die Einstellungen der Eltern zum Thema „Erfassung postpartaler Depression durch den Kinderarzt/die Kinderärztin“ nicht hinreichend bekannt sind.

Eine weitere mögliche Erklärung liegt in einer methodischen Eigenheit des Pädiatrischen Anhaltsbogens: Starke Erschöpfung/Müdigkeit ist laut ICD-10 (Dilling et al., 2015) ein häufiges Symptom einer Depression. Im Anhaltsbogen wird die Erschöpfung den psychosozialen Be-

lastungen zugeschrieben, die postpartale Depression den klinisch relevanten Symptomen. Es ist anhand dieser Systematik nicht auszuschließen, dass es Fälle gab, in denen der Pädia-ter/die Pädia-terin unsicher war und sich entschied, statt des potenziell stigmatisierenden Items der Anzeichen für eine postpartale Depression lieber das inhaltsschwächere Item der starken Erschöpfung zu vergeben. Andererseits kann auch eine starke Erschöpfung ohne Vorliegen einer Depression vorliegen, so dass die Trennung in diesem Fall wieder ihre Berechtigung findet.

Die beiden häufigsten gefundenen Belastungen sind also eine starke Erschöpfung der Haupt-bezugsperson aus der Gruppe der psychosozialen Belastungsfaktoren und die kindliche Schlafstörung aus der Gruppe der klinisch relevanten Symptome.

### Belastungsgruppen

In der Stichprobe ließen sich drei Belastungsgruppen bilden: Familien mit ausschließlich psy-cho-sozialen Belastungen, Familien mit ausschließlich klinischen Belastungen und mehrfach belastete Familien, die beide Belastungsarten aufwiesen.

Bei Betrachtung der einzelnen Belastungsarten wird deutlich, dass Familien mit ausschließlich psychosozialen Belastungsfaktoren (49,3% der belasteten Familien; 7,2% der Gesamtstich-probe) insgesamt die größte Gruppe bilden. Ausschließlich von klinisch relevanten Sympto-men sind 28% der belasteten Familien bzw. 3,9% der Gesamtstichprobe betroffen.

Die kleinste Gruppe (22,6% der belasteten Familien; 3,3% der Gesamtstichprobe) bildeten Familien mit mehrfacher, demnach sowohl psychosozialer als auch klinischer Belastung. Das ist insofern verwunderlich, da Untersuchungen darauf hinweisen, dass Risikofaktoren ver-gleichsweise selten isoliert, sondern vielmehr in Kombination mit weiteren Belastungen auftre-ten (Laucht et al., 2000b). Von daher war zu erwarten, dass die Gruppe der mehrfach belaste-ten Familien größer ausfällt. Denkbar ist, dass die Pädia-ter\_innen mehrfach belastete Fälle nicht immer zuverlässig erkannten oder auf den ihrer Meinung nach gravierenderen Belas-tungsfaktor fokussierten, was anhand der Daten aber nicht belegt werden kann.

In der mehrfach belasteten Gruppe fand sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied: Fami-lien mit Jungen waren häufiger mehrfach belastet als solche mit Mädchen. Dieses Ergebnis untermauert die oben aufgestellte These, dass männliche Säuglinge im ersten Lebensjahr eine besondere Risikogruppe darstellen: Sie unterliegen nicht nur generell häufiger psychoso-zialen Stressoren als Mädchen, sondern zeigen auch öfter eine Kombination aus beiden Bel-lastungsarten (psychosozial und klinisch), was für eine besonders prekäre Situation spricht. Erneut muss an dieser Stelle aber auf die nicht vollständige Erfassung des Geschlechts in der Stichprobe hingewiesen werden.

Auf die Familien mit mehrfacher Belastung wurde im Besonderen eingegangen, da sie als Risikogruppe interpretiert werden können: Die Kumulation mehrerer unterschiedlicher Belastungsfaktoren erhöht beispielsweise das Risiko auf Vernachlässigung und Misshandlung (Parrish, Young, Perham-Hester & Gessner, 2011). Laucht und Kollegen (2002) untersuchten in der Mannheimer Risikokinderstudie spezifisch die Auswirkungen eines Zusammenwirkens von psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren: Kinder, die sowohl frühe psychosoziale als auch klinisch relevante Symptome aufwiesen, konnten beispielsweise als besondere Risikogruppe für spätere Auffälligkeiten in der kognitiven Entwicklung identifiziert werden. Während schon Kinder, die entweder gravierende psychosoziale oder klinische Belastungen aufwiesen, mit 11 Jahren bereits eine Standardabweichung bezüglich des IQ-Werts im Vergleich zur Norm zeigten, verdoppelte sich diese Diskrepanz in der mit beiden Risiken belasteten Gruppe.

Die mehrfach belasteten Familien in der vorliegenden Stichprobe unterschieden sich sowohl hinsichtlich der klinisch relevanten Symptome als auch bezüglich der psychosozialen Belastungsfaktoren von den anderen Belastungsgruppen: Exzessives Schreien und Anzeichen von Überforderung wurden bei diesen Familien signifikant häufiger gefunden. Exzessives Schreien und ein Überforderungssyndrom der Eltern gehen fast immer miteinander einher (Ziegler, Wollwerth & Papoušek, 2008), so dass ein gemeinsames Auftreten in der Stichprobe der mehrfach belasteten Familien gut einzuordnen ist. Auch von Hofacker und Kollegen (1999) fanden in einer klinischen Stichprobe von Familien mit exzessiv schreienden Kindern ein besonders hohes Aufkommen von psychosozialen Belastungsfaktoren. Eine aktuellere retrospektive Untersuchung in der Münchener Sprechstunde für Schreibabies des kbo Kinderzentrums München zeigte ebenfalls ein gehäuftes gleichzeitiges Vorliegen von psychosozialen Belastungen bei Familien, die Kinder mit einer Regulationsstörung hatten (Friedmann & Mall, 2015).

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass sich die mehrfach belasteten Familien sowohl in Art der vorliegenden Belastung als auch in der grundsätzlichen Kombination aus Belastungen psychosozialer und klinischer Art von den anderen Belastungsgruppen unterscheiden. Es wäre für folgende Studien interessant zu untersuchen, inwiefern sich diese Familien bezüglich weiterer denkbarer Faktoren (Ressourcen, Lebensstil etc.) unterscheiden, um passgenaue Hilfsangebote entwickeln zu können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass zwar die kindliche Schlafstörung als klinisch relevantes Symptom einzeln gesehen die höchste Ausprägung in der Gesamtstichprobe hat. Psychosoziale Belastungen wurden aber insgesamt gesehen von den Pädiater\_innen am häufigsten gefunden (72% der belasteten Familien). Das ist dahingehend überraschend, da in der ersten Unterfrage der 2. Forschungsfrage angenommen wurde, dass die Pädiater\_innen

aufgrund der eher körperlich orientierten Ausrichtung der U-Untersuchungen (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2011) häufiger klinisch relevante Symptome als psychosoziale Belastungen evaluieren würden – insbesondere, da die Erfassung psychosozialer Unterstützungsbedarfe im kinderärztlichen Setting eine sehr herausfordernde und kommunikativ aufwändige Aufgabe darstellt (Barth, 2014). Ob sich die Rate der durch die Pädiater\_innen gefundenen Familien mit psychosozialen Belastungen durch eine Sensibilisierung aufgrund der Studienteilnahme erhöht hat, kann nicht beurteilt werden, da es keine früheren Vergleichswerte oder andere deutsche Studien zu diesem spezifischen Thema gibt. Es kann aber angenommen werden, dass die Anwendung des Anhaltsbogens einen Effekt auf die Aufmerksamkeit für psychosoziale Belastungen hatte – das wird auch von den Pädiater\_innen so bestätigt (siehe dazu Punkt 6.1.4).

Es wird nun auf die Unterteilung der Belastungen in kindzentrierte, elternzentrierte und familienbezogene Faktoren eingegangen.

#### Kindzentrierte, elternzentrierte und familienbezogene Belastungen

Um der zweiten Unterfrage aus Forschungsfrage 2 nachzugehen, ob Pädiater\_innen häufiger kindzentrierte als elternzentrierte Belastungsfaktoren im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung identifizieren, wurden alle Items gemäß der Bereiche des Pädiatrischen Anhaltsbogens (Belastungen des Kindes, Belastungen der Hauptbezugsperson, Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion) in drei Gruppen unterteilt: Es gab demnach kindzentrierte, elternzentrierte und familienbezogene Belastungsfaktoren.

Die Tatsache, dass hauptsächlich kindzentrierte Belastungsfaktoren (69,3% der belasteten Familien) identifiziert wurden, entsprach der Erwartung, die aufgrund des pädiatrisch originär auf das Kind gerichteten Blicks bestand, und deckt sich mit Beobachtungen einer anderen deutschen Studie (Barth, 2014) zu diesem Thema. Elternbezogene Belastungen waren bei 36%, familienbezogene bei 30,7% der belasteten Familien zu finden.

Eine weitere Unterteilung der kind- bzw. elternzentrierten Faktoren auf die Kategorien „psychosoziale Belastungen“ und „klinisch relevante Symptome“ zeigte interessanterweise, dass die Häufung der gefundenen kindzentrierten Faktoren fast ausschließlich auf die Differenz zu gefundenen elternzentrierten Faktoren innerhalb der klinischen Belastungen (46,7% vs. 5,3% der belasteten Familien) zurückzuführen war. Unter den psychosozialen Faktoren fanden die Pädiater\_innen kind- und elternzentrierte Belastungsfaktoren dagegen tatsächlich in etwa gleich häufig (40,0% vs. 37,3% der belasteten Familien). Das kann als weiteres Zeichen dahingehend interpretiert werden, dass Pädiater\_innen ihren Blick in Bezug auf psychosoziale Belastungen auf die gesamte Familie zu erweitern beginnen.

#### 6.1.1.4. Zwischenfazit

Von 511 zum Zeitpunkt der U5 untersuchten Familien identifizierten die Pädiater\_innen mit Hilfe des Pädiatrischen Anhaltbogens 14,7% als belastet. Von psychosozialen Belastungen waren 72%, von klinisch relevanten Symptomen 50,7% in der belasteten Stichprobe betroffen. Unter den psychosozialen Belastungen war eine starke Erschöpfung der Hauptbezugsperson am häufigsten vertreten. Bei den klinisch relevanten Symptomen hatte die kindliche Schlafstörung die stärkste Ausprägung – sie bildete zugleich den häufigsten einzelnen Belastungsfaktor in der Stichprobe. Es gab auch Bereiche, die deutlich unterrepräsentiert waren: Dies war bei Auffälligkeiten der Eltern-Kind-Interaktion auf Seite der psychosozialen Belastungen und bei Anzeichen für eine postpartale Depression unter den klinisch relevanten Symptomen der Fall.

Eine Aufteilung der Familien in Belastungsgruppen identifizierte mehrfach belastete Familien als mögliche besondere Risikogruppe, in der Jungen signifikant häufiger vertreten waren als Mädchen.

Zusammenfassend kann hier festgehalten werden, dass von den Pädiater\_innen zwar wie erwartet vor allem kindzentrierte Belastungen identifiziert werden, allerdings nur im Bereich der klinischen Symptome: Unter den psychosozialen Belastungen wurden kind- und elternzentrierte Faktoren annähernd gleich häufig gefunden, was für eine beginnende Erweiterung des kinderärztlichen Fokus auf die Familienbefindlichkeit hinweisen könnte.

Entgegen der Annahme, dass am häufigsten klinisch relevante Symptome gefunden werden würden, überwogen insgesamt die psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Annahmen der ersten Fragestellung konnte demnach teilweise bestätigt und teilweise widerlegt werden.

Im nächsten Punkt wird auf Zusammenhänge zwischen den Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der U5 und der U6 sowie den Auffälligkeitsverlauf der belasteten Familien eingegangen.

## **6.1.2. Beobachtung des Zusammenhangs und des Verlaufs der Auffälligkeiten zwischen Früherkennungsuntersuchung U5 und U6**

### *6.1.2.1. Prädiktion von Auffälligkeiten bei U6*

Die bei U6 auffälligen Familien unterteilten sich in etwa ein Drittel persistierend Auffällige (bereits bei U5 auffällig und weiterhin bestehende Auffälligkeiten bei U6) und gut zwei Drittel neu Auffällige, demnach Fälle, die bei U5 noch keine Belastungen aufgewiesen hatten und nun erstmalig eine Belastung erkennen ließen. Auch aufgrund dieser Häufigkeitsverteilung stellte sich die Frage, ob ein Vorliegen von früheren Belastungsfaktoren überhaupt relevant für ein Auftreten von Auffälligkeiten im Alter von etwa einem Jahr war, oder Kinder eher unabhängig davon bei U6 auffällig wurden.

Tatsächlich konnten bei U5 festgestellte Belastungsfaktoren Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U6 prädizieren: Das Risiko, mit etwa 12 Monaten als auffällig eingeschätzt zu werden, war für Kinder, die bereits im Alter von ca. einem halben Jahr Belastungsfaktoren aufwiesen, im Vergleich zu solchen, die bei U5 noch unauffällig waren, um das 3,6-fache erhöht. Andere Studien identifizierten durchschnittlich eine Verdopplung bis Verdreifachung des relativen Risikos für eine Auffälligkeitswahrscheinlichkeit bei einem Vorliegen früher Risikofaktoren (Laucht et al., 2000a). Der hier gefundene Wert ist demnach etwas erhöht, bewegt sich aber in etwa in der Größenordnung von Zahlen früherer Arbeiten.

Als spezifische Prädiktoren für Auffälligkeiten bei U6 erwiesen sich in der vorliegenden Arbeit die kindliche Schlafstörung und Auffälligkeiten in der Entwicklung bzw. des Verhaltens des Säuglings aus Sicht des Pädiaters bei der U5. Dies ist insofern erwähnenswert, da es sich bei beiden Faktoren um vorrangig kindzentrierte Belastungen handelt, während anderenorts davon ausgegangen wird, dass insbesondere familienbezogene Risikofaktoren, wie etwa Störungen der Eltern-Kind-Interaktion, einen potentiell schädlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen können (Heilig, 2014). Dass die Pädiate\_r\_innen, wie unter Punkt 6.1.1.3 dargelegt, insgesamt am häufigsten kindzentrierte und am seltensten familienbezogene Belastungen identifizierten, könnte das Bild an dieser Stelle beeinflusst haben. Sowohl bei Schlafstörungen als auch bei einer auffälligen Entwicklung/Verhalten des Säuglings könnte eine familiäre Interaktionsproblematik aber ein moderierender Faktor sein, der möglicherweise nicht hinreichend erkannt wurde. Auch Laucht et al. (1992) machen auf die Bedeutung schwer zu erfassender Moderatorvariablen bei der Untersuchung des direkten Einflusses von Risikofaktoren auf die kindliche Entwicklung aufmerksam. Dennoch weisen die Ergebnisse in der vorliegenden Stichprobe vorerst auf eine Bedeutung kindzentrierter Vulnerabilitäten in diesem frühen Lebensalter hin. Als Referenz kann an dieser Stelle auch die KIGGS-Studie herangezogen werden: Hier wurde zwar nicht über die Ausrichtung (kind- oder elternzentriert, familienbezogen) von relevanten Risikofaktoren berichtet, doch konnte gezeigt werden, dass im

Schutzfaktorenbereich personale (gleichbedeutend mit kindzentrierten) Faktoren den größten protektiven Einfluss hatten (Holling & Schlack, 2008). Dies lässt eine Interpretation der Ergebnisse dahingehend zu, dass kindzentrierte Faktoren im Allgemeinen eine besondere Relevanz zu haben scheinen, sei es als Ressourcen oder als Risikogrößen. Zusätzlich scheint erneut die Problematik eines Zusammenspiels klinischer (Schlafstörung) und psychosozialer Faktoren (Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes aus Sicht des Pädiaters) im Sinne einer multiplen, kumulativen Belastung bestätigt zu werden (Laucht et al., 2002; Appleyard et al., 2005; Clark et al., 2010).

Das Zusammenwirken von Schlafstörungen und bei U5 auffälliger Entwicklung des Kindes konnte bei einem mittleren bis großen Effekt des Modells einen Anteil von 13,0% der Varianz eines Auftretens von Auffälligkeiten bei U6 erklären. Die Mannheimer Risikokinderstudie konnte Zusammenhänge zwischen frühen Belastungsfaktoren und späteren Entwicklungsauffälligkeiten zum zweiten Messzeitpunkt (Alter der Kinder bei 24 Monaten) in ähnlicher Höhe (bis maximal 15,5% Varianzaufklärung) berichten (Laucht et al., 1992; Laucht et al., 2000a). Es ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass weitere Faktoren (beispielsweise individuelle Schutzfaktoren), die im Rahmen der Studie nicht systematisch erhoben wurden, einen moderierenden Einfluss haben. Zusätzlich ist denkbar, dass die zwar signifikanten, aber moderaten gefundenen Zusammenhänge auf eine fehlende Spezifität und ungenügende Differenzierung der erhobenen Belastungsfaktoren zurückzuführen sind – ein Zustand, der auch von Laucht und Kollegen (1992) als typisch für die Forschung in diesem Bereich berichtet wird: Risikofaktoren treten nur selten vollständig isoliert auf und stehen häufig für eine Konstellation typischerweise gemeinsam auftretender Belastungen (z. B.: Exzessives Schreien in Verbindung mit Überforderung der Eltern und Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion), was eine Abgrenzung hier deutlich erschwert.

Auch die Variabilität von Entwicklungsmerkmalen im Säuglingsalter könnte hier relevant sein: Die Ergebnisse werfen die Frage auf, ob es sich bei den beiden gefundenen kindzentrierten Prädiktoren eventuell um homotypische Kontinuitäten handeln könnte, also eine Schlafstörung und Entwicklungsauffälligkeiten bei U5 dasselbe Störungsbild bei U6 vorhersagen können. Das war bei Schlafstörungen nicht der Fall: Sie konnten zwar gemeinsam mit Entwicklungsauffälligkeiten ein generelles Risiko für spätere Auffälligkeiten miterklären, allerdings galt das nicht für spezifische Störungen und Belastungsfaktoren. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Störungen der Schlaf-Wach-Regulation in diesem frühen Alter eine große Relevanz für viele Entwicklungsbereiche haben (Ednick, Cohen, McPhail, Beebe, Simakajornboon & Amin, 2009) und sich daher möglicherweise in späteren anderen Auffälligkeiten (etwa unausgeglichenes Verhalten während der Wachphasen, Auswirkungen auf Eltern-Kind-Interaktion) bzw. einer generell erhöhten phasentypischen Vulnerabilität niederschlagen. Spezifisch gesehen scheint es sich bei Schlafstörungen hier aber um eher vorübergehende Auffälligkeiten im Sin-

ne einer typischen zu bewältigenden Entwicklungsaufgabe (Ziegler, 2016) im Rahmen der hohen Entwicklungsvariabilität von Säuglingen zu handeln. Dafür spricht auch, dass keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen bei U5 und Schlafstörungen bei U6 zu finden waren. Auch Schmid et al. (2010) stellten in ihrer großangelegten ( $N = 4.427$ ) prospektiven Studie fest, dass Schlafstörungen meist nur eine kurzzeitige Stabilität aufwiesen und häufig nicht persistierten. Für diese Interpretation sprechen weiterhin Erkenntnisse aus der Vulnerabilitätsforschung: Rutter (1987) geht in seinem Modell davon aus, dass sich frühe Belastungen nicht zwangsläufig unmittelbar auf die Entwicklung, sondern in einer generell erhöhten Anfälligkeit für die Ausbildung von Störungen auswirken, welche erst im Zusammenspiel mit der Bewältigung spezifischer Entwicklungsaufgaben manifest werden.

Ein anderes Bild zeichnet sich bei durch den Pädriater/die Pädriaterin festgestellten Auffälligkeiten bezüglich Entwicklung/Verhalten des Kindes zum Zeitpunkt der U5 ab: Ein Vorliegen von Entwicklungsauffälligkeiten bei U5 war als Prädiktor geeignet, spezifische Auffälligkeiten bei U6 vorherzusagen: Das Risiko bei U6 eine Entwicklungsverzögerung zu haben, war für Kinder mit bereits bei U5 auffälliger Entwicklung um das beinahe 8-fache erhöht, der Anteil der Varianzaufklärung betrug bei einem mittleren Effekt 9,9%. Entwicklungs- bzw. Verhaltensauffälligkeiten im Alter von ca. 6 Monaten schienen demnach – trotz der hohen Entwicklungsvariabilität im Säuglingsalter – im Verlauf eines halben Jahres bis zur Früherkennungsuntersuchung U6 relativ konstant zu bleiben. Diese Konstanz deckt sich mit Ergebnissen von Laucht et al. (1992), die in einer mit Risikofaktoren belasteten Kohorte feststellen konnten, dass Entwicklungsrückstände, die im Alter von 3 Monaten gefunden wurden, in etwa gleichem Ausmaß mit 24 Monaten fortbestanden. Auch hier konnte gezeigt werden, dass Effekte früher Belastungen häufig nicht nur als vorübergehende Verzögerungen der Entwicklung auftreten, sondern in vielen Fällen eine länger anhaltende Beeinträchtigung mit sich bringen. Auch Sidor et al. (2013b), die in einer Hochrisikopopulation ( $n = 153$ ) den Einfluss von Regulationsproblemen mit 4 und 6 Monaten auf die kindliche Entwicklung mit 12 Monaten untersuchten, kommen zu dem Schluss, dass früh vorliegende Entwicklungsrückstände die stärkste Vorhersagekraft für spätere Entwicklungsauffälligkeiten haben, was auf eine gewisse Kontinuität des Entwicklungsverlaufs deuten lässt.

Hinterfragt werden kann an dieser Stelle die Systematik des Pädiatrischen Anhaltsbogens, die Entwicklungsauffälligkeiten bei U5 als psychosozialen Belastungsfaktor einordnet. Es ist fraglich, ob es sich hierbei nicht eher um das Ergebnis des Zusammenwirkens psychosozialer und biologischer Risikokonstellationen handelt als um einen eigenständigen Belastungsfaktor. Anhand der vermuteten Konfundierung ließe sich auch erneut die moderate Varianzaufklärung deuten. Nichtsdestotrotz ist anzunehmen, dass Kinder, die bereits mit einem halben Jahr als auffällig von ihrem Kinderarzt/ihrer Kinderärztin eingestuft wurden, als Risikogruppe für verminderte Entwicklungschancen mit einem Jahr verstanden werden können. Dieser möglich-



weise besonders sensiblen Gruppe sollten frühzeitig geeignete Fördermaßnahmen und Hilfen von pädiatrischer Seite aus angeboten werden.

Für die Entstehung späterer Auffälligkeiten scheinen zusammengefasst sowohl frühe Belastungen, die eher auf bestimmte Entwicklungsphasen (Schlafstörungen) begrenzt sind, als auch solche, die sich über eine etwas längere Periode (Entwicklungsauffälligkeiten) erstrecken können, relevant zu sein – ein Schluss, zu dem auch die Mannheimer Risikokinderstudie kommt (Laucht et al., 2002).

Nach Bestätigung der ersten Annahme, dass Auffälligkeiten bei U5 solche bei U6 teilweise vorhersagen können, soll im Folgenden auf den Auffälligkeitsverlauf der bei U5 belasteten Kinder eingegangen werden.

#### 6.1.2.2. *Auffälligkeitsverlauf*

Trotz der gewonnenen Erkenntnis, dass bei U5 festgestellte Belastungen einen gewissen Einfluss auf das Auftreten von Auffälligkeiten bei U6 zu haben scheinen, zeigte tatsächlich nur knapp ein Drittel der bei U5 belasteten Kinder persistierende Schwierigkeiten. Dieses Ergebnis deckt sich mit Erfahrungen anderer Studien, die regelmäßig ebenfalls bei etwa einem Drittel ehemals risikobelasteter Kinder langfristige Auffälligkeiten feststellen konnten (Laucht et al., 2000a). Sogar in Hochrisikopopulationen übertrifft meist der Anteil der Risikokinder, die sich entgegen negativer Prognose unauffällig entwickeln, den Anteil solcher, die einen negativen Entwicklungsverlauf nehmen (Garmezzy, 1974).

Die persistierend auffälligen Kinder scheinen demnach besondere Belastungskonstellationen aufzuweisen, die zu einem Fortbestehen ihrer Auffälligkeiten beitragen. Um passgenaue Unterstützungsangebote an Familien, deren Kinder persistierend auffällig sind, vermitteln zu können, ist die Kenntnis solcher Konstellationen und möglicher spezifischer Charakteristika essentiell.

Die Gruppe der persistierend auffälligen Kinder wurde mit den Remissionskindern zunächst anhand ihrer vorliegenden Belastungsart bei U5 verglichen, um zu überprüfen, ob sie sich tatsächlich hinsichtlich der selektiven Faktoren, die als mitverantwortliche Prädiktoren für ein Auftreten von Auffälligkeiten bei U6 identifiziert wurden, unterscheiden.

Der einzige bedeutsamere Unterschied hinsichtlich der Belastungsart zeigte sich hier bei Auffälligkeiten in der Entwicklung/dem Verhalten des Kindes bei U5 aus Pädiatersicht: Persistierend auffällige Kinder hatten deutlich häufiger eine Entwicklungsauffälligkeit bei U5 gezeigt als die Remissionskinder, allerdings verfehlte der Wert knapp das Signifikanzniveau. Es ist anzunehmen, dass der Unterschied bei einem größeren Teilstichprobenumfang (mehr Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten bei U5) signifikant geworden wäre und sich so die bereits inner-

halb der Regressionsanalyse identifizierte besondere Relevanz der Entwicklungsauffälligkeiten bei U5 für spätere Auffälligkeiten bei U6 bestätigt hätte.

Auch im Alter von einem Jahr wiesen die persistierend auffälligen Kinder im Vergleich zu den bei U6 erstmals auffälligen Kindern – diesmal signifikant – häufiger eine Entwicklungsverzögerung auf, was für die unter 6.1.2.1 erläuterte mögliche Kontinuität von Entwicklungsauffälligkeiten in dieser Gruppe spricht. Zusätzlich scheint der spezifische Einfluss von Entwicklungsauffälligkeiten bei U5 auf Entwicklungsverzögerungen bei U6 hier untermauert zu werden: Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung bei U6 hatten signifikant häufiger bereits bei U5 Entwicklungsauffälligkeiten gezeigt, unterschieden sich aber in sonst keinem Belastungsmerkmal von den anderen Kindern.

Dass sich kein relevanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Schlafstörungen bei U5 zwischen den beiden Gruppen fand, kann als Bestätigung der oben erläuterten Hypothese, dass Schlafstörungen möglicherweise eine eher unspezifische Wirkung auf die Entwicklung von Säuglingen haben, interpretiert werden.

Obwohl sich also insgesamt keine signifikanten Unterschiede in der bei U5 festgestellten Belastungsart finden ließen, fiel bei genauerer Betrachtung auf, dass persistierend Auffällige deskriptiv gesehen sowohl alle klinischen als auch bestimmte psychosoziale Merkmale häufiger als die Remissionsfälle aufwiesen. Das kann als erneuter Hinweis auf die Relevanz der Kombination psychosozialer und klinischer Belastungen interpretiert werden. Zudem wird ersichtlich, dass unter solchen psychosozialen Belastungen, die persistierend auffällige Kinder häufiger aufwiesen, sowohl kind-, elternzentrierte als auch familienbezogene Faktoren vertreten waren, während in den Remissionsfällen nur einzelne elternzentrierte und familienbezogene Belastungen häufiger vorkamen, allerdings keine kindbezogenen. Die unter 6.1.2.1 aufgestellte Hypothese, dass in diesem frühen Lebensalter verstärkt kindbezogene Belastungsfaktoren eine Bedeutung für den Auffälligkeitsverlauf spielen, wird anhand dieser Erkenntnis also bekräftigt.

Unter Einbeziehung der in der Risikofaktorenforschung verbreiteten Einteilung in proximale (unmittelbare, also direkt auf das Kind wirkende) und distale (mittelbar, indirekt auf das Kind wirkende) Belastungen (Baldwin, Baldwin & Cole, 1990) erhält man folgendes Bild: Kinder mit persistierenden Auffälligkeiten unterlagen insgesamt häufiger eher proximalen Belastungen (Auffälligkeiten Pflegezustand/Entwicklung/Verhalten, Regulationsstörungen, Überforderung der Hauptbezugsperson, postpartale Depression). Remissionsfälle erlebten dagegen im Vergleich mehr Belastungskonstellationen, die eher distale Faktoren (belastende Familienanamnese, mangelnde Unterstützung, Erschöpfung der Hauptbezugsperson) mit sich brachten. Auch in der Literatur wird davon ausgegangen, dass proximale Belastungen einen besonders bedeutsamen Einfluss auf die Kindesentwicklung nehmen (von Kries, 2016), so dass die hier

gefundenen Ergebnisse als Hinweis auf die Relevanz dieser direkt wirkenden Faktoren für persistierende Auffälligkeiten verstanden werden können.

Es sind demnach Hinweise vorhanden, dass die Art der Belastung sowie deren Ausrichtung (kindbezogen) und Wirkweise (proximal) bei U5 eine Rolle für den gesundheitlichen Verlauf (Persistieren vs. Remission von Auffälligkeiten) der Kinder spielen könnten, wenngleich dies anhand einer größeren Stichprobe erst noch bestätigt werden sollte. Dennoch scheint sich, da es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Belastungsart bei U5 zwischen persistierend auffälligen und remittierten Kindern gibt, die Vermutung zu bestätigen, dass hier sehr viel komplexere Bedingungsmodelle wahrscheinlich sind.

### Anzahl der Belastungsfaktoren

Um die erste Annahme der zweiten Forschungsfrage zu überprüfen, dass Kinder, deren Auffälligkeiten fortbestehen, eine höhere Anzahl an Belastungen – genauer gesagt mehr als zwei Belastungsfaktoren – aufweisen, wurden die persistierend auffälligen Kinder und die Remissionskinder bezüglich der Anzahl ihrer Belastungsfaktoren verglichen.

Deskriptiv hatten Kinder mit persistierenden Auffälligkeiten häufiger eine höhere Anzahl an Belastungsfaktoren, es konnte jedoch kein signifikanter Unterschied gefunden werden. Das erstaunt zunächst, da Ergebnisse anderer Studien darauf hinweisen, dass Kinder mit zwei oder mehr Belastungsfaktoren eine Risikogruppe für Entwicklungsauffälligkeiten darstellen (Laucht et al., 2002; Appleyard et al., 2005; Clark et al., 2010). In der vorliegenden Stichprobe wurde dabei die häufig in der Literatur gewählte Schwelle ohnehin von zwei auf drei oder mehr Belastungsfaktoren erhöht, um eine grundsätzliche Überschneidung zu den mehrfach belasteten Familien, die aufgrund ihrer psychosozialen und klinischen Belastung immer zwei Belastungsfaktoren aufweisen, zu vermeiden. In anderen Studien wurde ein Vorliegen von drei oder mehr Belastungsfaktoren bereits als schwere Belastung eingestuft (Laucht et al., 1992; Zimmermann, Vierhaus, Eickhorst, Sann, Egger, Förthner, Gerlach, Iwanski, Liel, Podewski, Wyrwich & Spangler, 2016). Von daher wäre an dieser Stelle ein Effekt der Anzahl der Belastungsfaktoren erst recht zu erwarten gewesen.

Eine mögliche Erklärung kann in der Systematik des Pädiatrischen Anhaltsbogens vermutet werden: Das Instrument bietet lediglich die Möglichkeit zur Dokumentation eines Vorliegens von Belastungsfaktoren, deren Schweregrad wird nicht erfasst. Es ist aber durchaus anzunehmen, dass die Ausprägung der Belastungen eine entscheidende Rolle für den Entwicklungsverlauf spielt, auch wenn in der Literatur immer wieder die Relevanz der Anzahl der Risikofaktoren im Sinne einer Addition der Einzeleffekte betont wird (Appleyard et al., 2005; Clark et al., 2010).

Über eine Sinnhaftigkeit einer reinen Orientierung an der Anzahl vorliegender Faktoren muss sicherlich diskutiert werden. So könnte beispielsweise eine Familie mit vier nur schwach ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren durchaus weniger stark funktionell beeinträchtigt sein als eine mit zwei sehr stark ausgeprägten Faktoren. Realitätsnah erscheint hier am ehesten eine Einstufung nach sowohl Anzahl als auch Gravität der vorliegenden Belastungsfaktoren, wie es beispielsweise Laucht und Kollegen (1997) bei der Gruppenbildung in der Mannheimer Risikokinderstudie umzusetzen versuchten.

Eine Betrachtung der Kombination aus Anzahl und Schweregrad der vorhandenen Belastungen hätte auch in der vorliegenden Arbeit vermutlich ein klareres und aufschlussreicheres Bild bezüglich der Bedingungen ergeben, die für ein Persistieren von Auffälligkeiten verantwortlich sind. Dies war, wie bereits erwähnt, aber aufgrund der Systematik des Pädiatrischen Anhaltsbogens nicht möglich.

#### Mehrfach belastete Familien

Es bestand außerdem die Annahme, dass Kinder aus mehrfach belasteten Familien aufgrund der Kombination von psychosozialen und klinischen Belastungen häufiger persistierend auffällig waren, wie es beispielsweise Laucht et al. (2000b) postulieren. Auch hier gab es zwar deskriptiv Hinweise, dass dies der Fall war, es zeigte sich allerdings kein signifikanter Unterschied zu Familien ohne mehrfache Belastung. Das Persistieren von Auffälligkeiten hing demnach auch nicht nachweisbar mit der Kombination psychosozialer und klinischer Belastungsfaktoren zusammen. Andere Längsschnittstudien fanden dagegen ein gehäuftes Auftreten von Entwicklungsstörungen in der Gruppe multipel belasteter Familien im Vergleich zu solchen, die nur eine Belastungsart zeigten (Laucht et al., 2002).

Auch die Überprüfung einer Kombination aus einem Vorliegen von drei oder mehr Faktoren und einer mehrfachen Belastung (sowohl psychosoziale als auch klinische Belastungen) konnte keinen Beitrag zur Aufklärung der Gründe für ein Persistieren bzw. die Remission von Auffälligkeiten zwischen den Untersuchungszeitpunkten U5 und U6 beitragen, selbst wenn auch hier die persistierend Auffälligen deskriptiv erneut häufiger betroffen waren. Auch hier ist die fehlende Möglichkeit der Erfassung des Schweregrads auf dem Pädiatrischen Anhaltsbogen als Erklärungsansatz denkbar.

Zusätzlich könnte allgemein vermutet werden, dass die persistierend auffälligen Kinder generell über weniger Ressourcen und Schutzfaktoren verfügten als solche, deren Auffälligkeiten innerhalb eines halben Jahres bis zur Früherkennungsuntersuchung U6 remittierten. Allerdings fanden sich hinsichtlich der von den Pädiater\_innen dokumentierten Ressourcen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Hier muss einschränkend erwähnt werden, dass die Schutzfaktoren der Kinder nicht systematisch erfasst wurden und die Mög-

lichkeit zur Dokumentation familiärer Ressourcen durch die Pädiater\_innen nicht regelmäßig wahrgenommen wurde. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass es hier doch relevante Unterschiede gab. Denkbar wäre auch ein Effekt einer unterschiedlichen Betreuung der Familien gewesen. Nachdem die persistierend auffälligen Fälle aber deskriptiv häufiger eine dokumentierte Form der Unterstützung erhielten als die Remissionsfälle, ist dies nicht sehr wahrscheinlich. Nichtsdestotrotz wäre es möglich, dass Remissionskinder häufiger effektive Therapien oder Unterstützungsangebote zwischen U5 und U6 in Anspruch nahmen, die vom Pädiater/der Pädiaterin nicht dokumentiert wurden. Auch dies lässt sich aber anhand der vorliegenden Daten nicht detailliert überprüfen, so dass die Hintergründe eines Fortbestehens von Auffälligkeiten an dieser Stelle nicht abschließend aufgeklärt werden können und im Rahmen zukünftiger Untersuchungen im pädiatrischen Setting genauer beleuchtet werden sollten.

#### 6.1.2.3. *Zwischenfazit*

Zum Zeitpunkt der U6 wurden die 433 in der Stichprobe verbliebenen Familien erneut vom Kinderarzt gesehen und anhand des Nachuntersuchungsfragebogens befragt.

Auffälligkeiten bei U5 erwiesen sich als Prädiktor für ein Auftreten der Auffälligkeiten bei U6, im Detail waren insbesondere die kindliche Schlafstörung und durch den Pädiater/die Pädiaterin bei U5 festgestellte Entwicklungs- bzw. Verhaltensauffälligkeiten – demnach beides kindzentrierte Faktoren – ausschlaggebend. Schlafstörungen schienen dabei eher vorübergehende Phänomene darzustellen, die ihren Einfluss möglicherweise eher in anderen Entwicklungsbereichen entfalteten und damit vermutlich zu einer generell erhöhten Vulnerabilität der betroffenen Kinder beitrugen. Entwicklungsauffälligkeiten mit einem halben Jahr konnten dagegen spezifisch Entwicklungsrückstände mit einem Jahr vorhersagen und sollten daher von den Pädiater\_innen bei der U5 besonders in den Blick genommen werden.

Ein Drittel der bereits bei U5 auffälligen Familien blieb weiterhin auffällig. Es konnten weder signifikante Unterschiede in der Belastungsanzahl noch in der Belastungskombination bei U5 gefunden werden, die Hinweise darauf geben könnten, warum manche Fälle remittieren und manche Kinder bei U6 weiterhin auffällig blieben. Die Daten weisen deskriptiv am ehesten darauf hin, dass die Belastungsart bei U5 mitentscheidend für ein Persistieren von Auffälligkeiten ist. Zudem scheinen hier alle Problembereiche, also sowohl kind-, elternzentrierte als auch familienbezogene Faktoren, gehäuft aufzutreten und eher proximale als distale Belastungen eine Rolle zu spielen. Als wahrscheinlich ist anzunehmen, dass hier sehr komplexe Wechselwirkungen zwischen den erhobenen Belastungsfaktoren, zusätzlichen Umweltfaktoren sowie individuellen Schutzfaktoren bestehen, die anhand der Datenlage aber nicht ausreichend abgebildet werden konnten.

---

Die erste Annahme der zweiten Fragestellung konnte zusammenfassend also bestätigt werden. Bezüglich der zweiten Annahme der zweiten Fragestellung kann festgehalten werden, dass keine eindeutigen Erklärungen für ein Fortbestehen bzw. eine Remission von Auffälligkeiten zwischen U5 und U6 zu finden waren, wenngleich es Hinweise gibt, dass die persistierend auffälligen Fälle häufiger Entwicklungsauffälligkeiten bei U5 und insgesamt eher proximale Belastungen zeigten. Die Relevanz von Anzahl und Kombination aus psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren konnte anhand der vorliegenden Daten nicht wie erwartet bestätigt werden.

Im Anschluss wird auf die Betreuung der Familien durch die Pädiater\_innen und andere Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens eingegangen.

### **6.1.3. Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen und Vermittlungsrate in Frühe Hilfen**

Die dritte Fragestellung beschäftigte sich mit der Betreuung der Familien zwischen den Zeitpunkten der Früherkennungsuntersuchung U5 und U6.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um die erste Studie handelt, die explizit nach eingeleiteten Unterstützungsmaßnahmen bei gesundheitsrelevanten Belastungen durch Pädiater\_innen fragt, können hier keine Vergleichswerte herangezogen werden.

Zum Zeitpunkt der U5 ergriffen die Ärzt\_innen insgesamt gesehen laut Dokumentation auf dem Anhaltsbogen bei weit über der Hälfte der belasteten Fälle eine Maßnahme: Für 62,7% der belasteten Familien wurde eine Art der durchgeführten Unterstützung in Form von eigener Beratung (44,0% aller auffälligen Familien) und/oder Vermittlung an Frühe Hilfen und/oder eine externe Fachambulanz (je 10,7% aller auffälligen Familien) dokumentiert.

Nach den verschiedenen Belastungsgruppen differenziert, ergab sich folgendes Bild: Bei einem Vorliegen ausschließlich klinischer Belastungen überwog als Unterstützungsmaßnahme die eigene pädiatrische Abklärung der Problematik. In 57,1% der Fälle berieten die Ärzt\_innen die Familien selbst, 14,3% wurden an eine Fachstelle für kindlichen Regulationsstörungen und/oder postpartale Depression überwiesen. Es war nicht überraschend, dass die Gruppe der Familien mit ausschließlich klinischen Belastungen laut Dokumentation am häufigsten (71,4% der Fälle) eine Form der Unterstützung erhielt: Die U-Untersuchungen sind primär auf die Früherkennung von Krankheiten ausgerichtet (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2018), klinische kindliche Symptome sind das tägliche Aufgabengebiet von Pädiater\_innen. Folgerichtig übernahmen sie auch bei der überwiegenden Mehrheit der klinisch belasteten Familien die vertiefende Beratung und überwiesen sie ggf. weiter an geeignete klinische Fachstellen. Dass Fälle mit Hinweisen auf eine postpartale Depression direkt weiter überwiesen wurden, ist die logische Konsequenz aus der Verortung dieser Symptome in der Erwachsenenpsychiatrie.

Mehrfach belastete Familien waren solche, die sowohl psychosoziale als auch klinisch relevante Belastungen auf Kind- und/oder Elternseite zeigten. Hier fand sich ein verändertes Unterstützungsverhalten: Die ausschließlich pädiatrische Beratung (35,3%) wurde exakt genauso häufig gewählt wie eine zusätzliche Weitervermittlung der Familien an Fachstellen oder Angebote Früher Hilfen. Ein möglicher Erklärungsansatz besteht darin, dass diese Gruppe so komplexe und/oder schwerwiegende Belastungsprofile aufwies, dass die Ärzt\_innen ihre eigenen Grenzen erkannten und sich für eine Konsultation weiterer Fachkräfte entschieden, demnach die Familien häufiger weiterüberwiesen als in den Gruppen mit nur einer Belastungsart. Diese Vermutung kann aber aufgrund der Systematik des Pädiatrischen Anhaltsbogens, der keine Dokumentation des Schweregrads von Belastungsfaktoren vorsieht, nicht bestätigt werden.

Die Gruppe der mehrfach belasteten Familien war mit 70,6% ergriffener Unterstützungsmaßnahmen ähnlich gut versorgt wie die Fälle mit ausschließlich klinischer Belastung. Auch hier ist denkbar, dass die Abklärung der vorliegenden klinischen Symptome, die in den originären und vertrauten Fachbereich der Kinderärzt\_innen fallen, ausschlaggebend für die eingeleiteten Unterstützungsmaßnahmen waren.

Die überwiegend eigene Beratung durch die Pädiater\_innen bei den Familien mit klinisch relevanten Symptomen erscheint durchaus folgerichtig, ebenso die Wahl der Ärzt\_innen, bei der vermeintlichen Risikogruppe der mehrfach belasteten Fälle deutlich häufiger zusätzlich zur pädiatrischen Abklärung Vermittlungen an Angebote Früher Hilfen und/oder klinischen Fachstellen zu veranlassen.

Zu hinterfragen ist das Vorgehen bei den ausschließlich psychosozial belasteten Familien, für die eigens Angebote zur Unterstützung im Rahmen der Frühen Hilfen bestehen. Auch hier zogen die Pädiater\_innen die eigene Beratung vor (40,5% der Fälle) und vermittelten verhältnismäßig selten zu Frühen Hilfen (13,5%). Denkbar wäre, dass es sich bei den betroffenen Familien um eher leicht belastete Fälle handelte, bei denen die Ärzt\_innen davon ausgingen, dass sie keiner zusätzlichen Unterstützung weiterer Systemakteure bedurften. Da Angebote Früher Hilfen allerdings auch über einen universellen Präventionscharakter verfügen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2009) wären sie hier dennoch eine geeignete Anlaufstelle gewesen. Eine weitere These ist, dass vielen Pädiater\_innen konkrete Adressen oder Koordinierungsstellen nicht ausreichend bekannt waren, auch wenn ein im Rahmen der Studie erstellter Leitfaden dem entgegenwirken sollte. Gespräche mit den teilnehmenden Pädiater\_innen zeigten tatsächlich, dass diese häufig unsicher sind, an welche Anlaufstellen sie sich konkret wenden können, wenn sie psychosoziale Auffälligkeiten bei Eltern und Kindern bemerken. Eine gewisse Netzunsicherheit wird auch andernorts beschrieben: So kommt eine deutsche Untersuchung zu dem Schluss, dass viele Akteure des Gesundheitswesens, darunter auch die niedergelassenen Pädiater\_innen, jenseits ihrer eigenen Zuständigkeit nicht hinreichend über die sozial- und datenschutzrechtlichen Grundlagen von Hilfemöglichkeiten und bestehende interdisziplinäre Versorgungsangebote informiert sind (Künster, Knorr, Fegert & Ziegenhain, 2010). Die Zwischenauswertung einer Befragung innerhalb der Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland KID 0-3“ des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und des Deutschen Jugendinstituts (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2018) zeigte, dass im Jahr 2014 tatsächlich lediglich 15-20% der Kinder- und Jugendärzt\_innen Angebote früher Hilfen als einen möglichen Vermittlungsweg für belastete Familien benannten.

Der Eindruck, dass Pädiater\_innen insgesamt verhältnismäßig selten psychosoziale Familien weitervermitteln, bestätigt sich teilweise auch in weiteren Untersuchungen: Obwohl Kinder- und Jugendärzt\_innen durchweg als die Kooperationspartner mit der höchsten Bedeutung im



Netzwerk Früher Hilfen genannt werden, wird die Qualität der Kooperation als noch wenig befriedigend beschrieben (Sann & Küster, 2013).

Ein weiterer möglicher Grund für die niedrige Rate an Vermittlungen in Angebote Früher Hilfen, der möglicherweise auch auf die vorliegende Untersuchung zutrifft, wird erneut in der vorläufigen Zwischenauswertung der KID 0-3-Studie (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2018) beschrieben: Die Befragung der Pädiater\_innen zur Alterszielgruppe, Ausrichtung und konzeptuellen Zuordnung der Angebote Früher Hilfen ergab ein überaus heterogenes Bild, es bestanden große Schwankungen bezüglich Definition und Verständnis. Diese Tatsache könnte eine systemübergreifende, interdisziplinäre Betreuung psychosozial belasteter Familien zusätzlich erschweren.

Die Familien mit ausschließlich psychosozialen Belastungsfaktoren waren die Gruppe, die am wenigsten Unterstützungsangebote erhielt: Bei lediglich etwas über der Hälfte aller psychosozial belasteten Fälle (54,0%) wurden entsprechend Maßnahmen eingeleitet. Diese auffällige Diskrepanz spricht für eine weitere Annahme, die auch eine andere deutsche Studie bestätigt: Krippeit et al. (2014) fanden in einer spezifischen Analyse der Kommunikation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen U-Untersuchung, dass Kinder- und Jugendärzt\_innen häufig sehr wohl eine Belastung wahrnehmen oder vermuten, diese dann aber aufgrund von Zeitmangel, fehlender Kommunikationsstrategien und Unsicherheiten im Umgang mit den Familien nicht weiter evaluieren. Dies könnte auch in der vorliegenden Stichprobe der Fall gewesen sein.

Einschränkend sollte erwähnt werden, dass der Pädiatrische Anhaltsbogen in der vorliegenden Studie ausschließlich im Querschnitt eingesetzt wurde, so dass nicht überprüft werden konnte, ob die Ärzt\_innen bereits bei einer früheren U-Untersuchung eine Hilfsmaßnahme eingeleitet hatten, was ein erneutes Aktivwerden bei U5 eventuell redundant werden ließ. Dies wäre auch ein Erklärungsansatz dafür, warum insgesamt mehr als einem Drittel der Familien mit Unterstützungsbedarf (37,3%) laut Anhaltsbogen keinerlei Unterstützungsmaßnahmen angeboten wurde – ein Wert, der in seiner Höhe alarmierend ist. Es könnte sich tatsächlich um Dokumentationsfehler bzw.- lücken handeln, die der Pädiatrische Anhaltsbogen nicht abbildet.

Zum Zeitpunkt der U6 wurde anhand des Nachuntersuchungsfragebogens evaluiert, wie sich der Verlauf der Betreuung der Familien seit U5 gestaltet hatte.

Bei der Betrachtung der Betreuung der Familien im Gesundheits- und Sozialwesen ergaben sich einige Unterschiede zwischen bereits bei U5 auffälligen Familien und den verbleibenden Familien. Kein Unterschied fand sich allerdings bei den Krankenhausbesuchen: Weder war bei den U5 Auffälligen häufiger noch aus anderen Gründen ein Krankenhausaufenthalt nötig gewesen als bei den Familien, die bei U5 nicht auffällig gewesen waren. Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass es sich bei den klinisch auffälligen Fällen nicht um derart gravierende

Fälle handelte, dass ein stationärer Aufenthalt nötig war, was anhand der Datenlage aber so nicht belegt werden kann. Dass auch kein Unterschied in der Häufigkeit des Kontakts zu Sozial- und Jugendhilfe zwischen den bei U5 auffälligen und den nicht auffälligen Familien bestand, kann allerdings als weiterer Hinweis interpretiert werden, dass auch die psychosozialen Belastungen nicht so ausgeprägt waren, dass es zu einer Gefährdung des Kindeswohls gekommen und daher ein Eingreifen des Jugendamts gerechtfertigt gewesen wäre.

Zu der eben beschriebenen Hypothese passt, dass die Gruppe der bei U5 auffälligen Familien sowohl signifikant häufiger Kontakt zum Gesundheitswesen in Form von Facharztkontakten und Konsultierung von Fachambulanzen oder Therapeuten als auch zu Angeboten Früher Hilfen hatte. Sie unterschieden sich demnach zwar von den unbelasteten Familien in der Anzahl sowohl der in Anspruch genommenen klinischen als auch psychosozialen Unterstützungsangebote, benötigten aber insgesamt jeweils nicht häufiger eine „extreme“ und invasive Form der Unterstützung.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass insgesamt Kontakte mit dem Gesundheitswesen sowohl von den belasteten als auch von den nicht belasteten Familien am stärksten genutzt wurden. Am wenigsten wurden dagegen Angebote der Sozial- und Jugendhilfe genutzt, was möglicherweise dem erfahrungsgemäß häufig negativ konnotierten Bild vieler Eltern dieses Bereichs geschuldet sein könnte (Die Kinderschutz-Zentren, 2010). Eine zusätzliche These könnte hier aber auch sein, dass in der Stichprobe möglicherweise wenige gravierend auffällige Familien vertreten waren, die durch die Jugendhilfe betreut werden mussten.

Die nach wie vor eher geringe Vermittlungsrate belasteter Familien in das Netzwerk der Frühen Hilfen ist als Indikator dafür zu interpretieren, dass die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärzt\_innen und den weiteren Akteuren im Netzwerk Früher Hilfen noch stark ausbaufähig ist, und belegt damit den Eindruck, den bereits andere Studien in diesem Zusammenhang beschreiben (Lohmann et al., 2010).

Wenngleich die Inanspruchnahme Früher Hilfen definitiv noch ausgebaut werden sollte, fällt auf, dass sich die Rate der Vermittlungen/Kontakte zwischen U5 und U6 mehr als verdoppelt hat (von 10,7% auf 26,7% der belasteten Familien bzw. 1,6% auf 3,7% der Gesamtstichprobe). Das lässt durchaus die Vermutung zu, dass es sich bei dieser Steigerung auch um einen Effekt des Pädiatrischen Anhaltsbogens handeln könnte. Es ist gut denkbar, dass der Fokus der Pädiater\_innen auf psychosoziale Faktoren durch den Bogen erweitert und ihre Sensibilität für eine Vermittlung zu Frühen Hilfen während der Studienlaufzeit gestärkt wurde, so dass sie zwischen U5 und U6 anfangen, mehr Familien zu Angeboten aus dem Bereich der Frühen Hilfen weiterzuvermitteln. Bestätigt wird diese These durch die Angabe der Ärzt\_innen, dass 56,3% der Vermittlungen zu Frühen Hilfen zwischen U5 und U6 auf Grundlage des Pädiatrischen Anhaltsbogens erfolgten. Wie bereits oben erwähnt, können hier aufgrund der bisher noch defizitären Forschungslage für diesen Bereich leider keine Vergleichswerte herangezogen

---

gen werden, um die hier gefundene Rate in Bezug setzen und so deren Höhe einschätzen zu können. Nichtsdestotrotz erscheint mehr als eine Verdopplung der Rate als sehr zufriedenstellend.

Die dritte Fragestellung kann demnach zusammenfassend folgendermaßen beantwortet werden: Die Pädiater\_innen dokumentierten bei 62,7% der belasteten Familien eine Form der Unterstützung. Auffällig ist, dass die Pädiater\_innen nicht nur bei Vorliegen klinisch relevanter Symptome, sondern auch bei ausschließlich psychosozial belasteten Familien eine eigene Beratung als häufigste Unterstützungsmaßnahme wählten. Experten aus dem Bereich der Frühen Hilfen wurden vergleichsweise selten (bei 10,7% der Familien mit psychosozialer oder mehrfacher Belastung) hinzugezogen. Zugleich wurde der Gruppe der ausschließlich psychosozial belasteten Familien sehr viel seltener eine Unterstützungsform angeboten als den Familien, bei denen ausschließlich oder zusätzlich klinische Symptome vorlagen (54% vs. 71,4%/70,6% der Fälle), was als Hinweis auf gewisse Barrieren bei der Kommunikation und Einleitung geeigneter Maßnahmen bei psychosozialen Unterstützungsbedarf interpretiert werden kann. Zwar hat sich die Inanspruchnahme Früher Hilfen seit der Dokumentation bei U5 unter Verwendung des Pädiatrischen Anhaltsbogens bis zur U6 mehr als verdoppelt, ist aber dennoch nach wie vor eher gering.

Die bessere Vernetzung zwischen Praxispädiatrie und Frühen Hilfen sollte durch gezieltere inhaltliche, konzeptionelle Aufklärung sowie vertiefte Information über die Zugangswege und Ansprechpartner vorangetrieben werden.

Es folgt die Diskussion der Ergebnisse der Praktikabilitätsbefragung.

#### 6.1.4. Praktikabilität und Akzeptanz des Pädiatrischen Anhaltsbogens

Für die Praxistauglichkeit des Pädiatrischen Anhaltsbogens waren mehrere Faktoren ausschlaggebend, wovon der Zeittfaktor einer der bedeutendsten war. Auch internationale Studien nennen als eine mögliche Barriere bei einer Erfassung psychosozialer Hilfebedarfe die Befürchtung der Pädiater\_innen, dass der Zeitaufwand für die kinderärztliche Untersuchung dadurch steigen könnte (Dulmen & Holl, 2000; Cooper, Valleley, Polaha, Begeny & Evans, 2006; Heneghan et al., 2006). Den Zeitaufwand für die Anwendung des Pädiatrischen Anhaltsbogens gaben die meisten Kinder- und Jugendärzt\_innen mit 3-5 Minuten an, der sich mit zunehmender Vertrautheit mit dem Instrument noch verkürzte. In dieser Hinsicht scheint der Anhaltsbogen den Praxistest bestanden zu haben, denn vor dem Hintergrund, dass die Finanzierung bei einer möglichen standardmäßigen Implementierung in die pädiatrische Früherkennungsuntersuchung noch nicht geklärt ist, sollte sich die Dauer der U-Untersuchung sowohl aus ablaufpraktischen als auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht wesentlich verlängern.

Für seine leichte Interpretierbarkeit und Verständlichkeit erhielt der Bogen die zweitbeste Note. Das zeigt, dass der Bogen bereits in seinem ersten Feldeinsatz einen guten Standard zu erfüllen scheint. Dennoch war hier eine Überarbeitung indiziert, da die Verständlichkeit ein ausschlaggebendes Kriterium ist und der Pädiater/die Pädiaterin keine zusätzliche Zeit mit der Interpretation seiner Instrumente verlieren sollte. Die Überarbeitung des Pädiatrischen Anhaltsbogens wurde nach Studienende in Kooperation mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration direkt umgesetzt ([https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_inet/kinderschutz/paediatrischer\\_anhaltbsogen\\_interaktiv.pdf](https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/kinderschutz/paediatrischer_anhaltbsogen_interaktiv.pdf)), ist aber nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit.

Über 80% der Pädiater\_innen empfinden den Bogen als hilfreich, die verbleibenden 20% der Ärzt\_innen gaben meist an, bereits andere (nicht speziell für das kinderärztliche Praxis-Setting entwickelte) Instrumente zu nutzen, so dass daraus sich nicht auf einen unzureichend hilfreichen Wert des Anhaltsbogens schließen lässt. Mehr als 70% möchten mit dem Pädiatrischen Anhaltsbogen auch zukünftig arbeiten. Vergleichsergebnisse einer Studie aus dem angloamerikanischen Raum (Gardner, Kelleher, Pajer & Campo, 2003) zeigten, dass nur 20,2% der Pädiater\_innen regelmäßig Instrumente zur Unterstützung bei der Erfassung psychosozialer Unterstützungsbedarfe nutzten und 50% solche überhaupt nicht verwendeten. Im Gegensatz zu Deutschland liegen in den USA bereits seit Jahrzehnten Instrumente zur Erfassung psychosozialer Belastungen vor (Jellinek, Evans & Knight, 1979), dennoch ist die Nutzung wie eben beschrieben im kinderärztlichen Setting sehr gering. Die in der vorliegenden Studie angegebenen 70% der Pädiater\_innen, die den Bogen gerne weiterhin nutzen möchten, sind damit als sehr gut zu bewerten. Aus Gesprächen ging außerdem hervor, dass einige Kinderärzt\_innen den Bogen bereits regelmäßig auch für die längsschnittliche Verlaufsbeobachtung

ihrer Patienten nutzen und auch ihr Praxispersonal im Umgang mit dem Bogen schulen. Diese Ergebnisse sprechen für eine hohe Akzeptanz, die der Pädiatrische Anhaltsbogen bereits jetzt erfährt.

Nach ihrer Meinung zum Pädiatrischen Anhaltsbogen gefragt, gaben die Ärzt\_innen im offenen Antwortformat als besonders positiv an, dass sich insbesondere ihr Fokus auf psychosoziale Faktoren verstärkt hätte, da der Bogen als Erinnerungshilfe fungierte. Weiterhin wurde angemerkt, dass mit Anwendung des Bogens mehr Information über die Kinder und deren Familien gewonnen werden konnte, da er das Ansprechen besonders sensibler Themen erleichtere. Dabei handelt es sich um eine Tatsache, die auch mit Ergebnissen anderer Studien konform ist: Barrieren bei der Erfassung psychosozialer Belastungen lagen häufig auch in der Einstellung der Pädiater\_innen begründet – sie hatten Bedenken, wie „heikle“ Themen am besten angesprochen werden sollten, ohne die Familien beispielsweise zu stigmatisieren (Sharp et al., 1992; Lynch et al., 1997; Wissow et al., 2005). Beim Abbau ebensolcher Barrieren scheint der Pädiatrische Anhaltsbogen demnach zu unterstützen.

Außerdem spielte laut Angaben das Befinden der Hauptbezugsperson in der pädiatrischen Wahrnehmung durch die Anwendung des Anhaltsbogens eine größere Rolle als zuvor. Das ist als besonders erfreulich, da in der Erweiterung des Fokus auf die psychosoziale Befindlichkeit der Eltern und somit der Familie als interaktives System ein Ziel des Anhaltsbogens bestand. Eine deutsche qualitative Studie von Krippeit und Kollegen (2014), die sich mit dem pädiatrischen Gesprächsstil bei der Exploration psychosozialer Unterstützungsbedarfe befasst, zeigte, dass elternzentrierte Belastungen weniger systematisch und nur sporadisch evaluiert wurden. Das erweiterte Bewusstsein in Bezug auf das Befinden der Hauptbezugsperson in der vorliegenden Arbeit könnte eine Veränderung bei diesem Vorgehen bewirken.

Nicht zuletzt wurde gelobt, dass der Pädiatrische Anhaltsbogen half, die eigene Arbeit und Dokumentation besser zu strukturieren. Damit bestätigten die Pädiater\_innen in allen Punkten die Erfüllung der ursprünglichen Zielsetzung des Pädiatrischen Anhaltsbogens, nämlich als Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Dokumentationshilfe während der U-Untersuchungen zu dienen.

Allgemein zeigten die Pädiater\_innen ein sehr großes Interesse am Pädiatrischen Anhaltsbogen, was auch die niedrigen Drop-Out-Raten innerhalb der Studie belegen. Kritikpunkte, die genannt wurden, bezogen sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht auf das Instrument selbst, sondern eher auf strukturelle Gegebenheiten (beispielsweise unklare Vergütungsmöglichkeiten).

Einschränkend bleibt zu sagen, dass es sich in der vorliegenden Untersuchung um einen einmaligen Einsatz des Anhaltsbogens handelte, über die Praktikabilität im längsschnittlichen Verlauf kann daher keine Aussage gemacht werden. Das sollte aber im Sinne der Vollständig-

---

keit des Praxistests in Folgestudien untersucht werden. Es ist anzunehmen, dass die Pädiater\_innen sich auch für weitere Testphasen zu Verfügung stellen würden, da sie – wie bereits beschrieben – großes Interesse am Thema haben und zudem mit der Qualität der Betreuung durch das Studienteam sehr zufrieden waren.

Die vierte Fragestellung lässt sich damit zusammenfassend folgendermaßen beantworten: Die Praktikabilität des Pädiatrischen Anhaltsbogens im praxispädiatrischen Alltag scheint durch die vorliegenden Ergebnisse weitestgehend bestätigt. Das Instrument erfährt zudem eine hohe Akzeptanz unter den Pädiater\_innen und hat damit gute Voraussetzungen, auch zukünftig Anwendung im Setting der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchung zu finden.

## 6.2. Diskussion der Methoden

### 6.2.1. Stichprobe: Ein- und Ausschlusskriterien, Rekrutierungsstrategien und Stichprobenzusammensetzung

#### Praxispädiater\_innen

Für die Teilnahme der Pädiater\_innen gab es kein Ausschlusskriterium. Jede interessierte Praxis aus den Gebieten München oder Freiburg konnte an der Studie teilnehmen.

Die Praxispädiater\_innen wurden in München über ein dreistufiges Vorgehen (Vorträge in Qualitätszirkeln, Anzeige im virtuellen Veranstaltungskalender von Paednetz und persönliche Kontaktierungen) rekrutiert. Damit wurde in ein vielseitiges und aufwändiges Vorgehen investiert, das auf möglichst vielen Ebenen versuchte, flächendeckend Pädiater\_innen für die Studie zu gewinnen. Dennoch konnten aus zeitökonomischen und organisatorischen Gründen nicht ausnahmslos alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt\_innen in München erreicht werden, so dass von einem gewissen Selection Bias ausgegangen werden muss. Um einen Selektionseffekt in Bezug auf die Praxisstandorte möglichst gering zu halten, wurden für die Rekrutierungsstrategie standortunabhängige Maßnahmen gewählt (Paednetz-Anzeige, Besuch unterschiedlicher Qualitätszirkel). Relevanter als der geographische Standort war hier allerdings die Sozialraumstatistik der vertretenen Stadtviertel, die durch ein Monitoring durch die Stadt München regelmäßig anhand unterschiedlicher Variablen erfasst wird. Als ausschlaggebend wurde dabei der Indikator „soziale Herausforderungen“ (zusammengesetzt anhand der Faktoren Arbeitslosigkeit, Bezug Sozialgeld/Arbeitslosengeld/Grundsicherung, stationäre und teilstationäre Erziehungshilfen, Betreuung durch Bezirkssozialarbeiter, Kinderschutzfälle, Anteil Wohngeldempfänger-Haushalte, Migrant\_innen-Anteil (Landeshauptstadt München Sozialreferat, 2016) erachtet.

Die teilnehmenden Münchener Praxen lagen in Stadtvierteln, die gering, mittel aber auch hoch ausgeprägte soziale Herausforderungen aufwiesen (Landeshauptstadt München, 2014). Stadtteile mit sehr gering und sehr hoch ausgeprägten sozialen Problemen waren dagegen nicht vertreten. Dies kann als Hinweis interpretiert werden, dass eher Praxen in Stadtteilen mit einer insgesamt eher moderaten sozialen Problembelastung vertreten waren. Es kann daher angenommen werden, dass in der Stichprobe Praxen aus sozial schwachen und sozial besonders privilegierten Stadtteilen unterrepräsentiert sind.

In Freiburg wurden aufgrund von abweichenden Organisationsstrukturen der dort niedergelassenen Ärzt\_innen und der sehr viel geringeren Anzahl an zu kontaktierenden Personen ausschließlich persönliche Anfragen gewählt. Informationen zu den Praxisstandorten lagen hier nicht vor.

An beiden Studienorten ist eine gewisse Selbstselektion der teilnehmenden Pädiater\_innen nicht auszuschließen. Man könnte annehmen, dass die an der Studie teilnehmenden Pädiater\_innen in ihren Praxen bereits vor Einsatz des Pädiatrischen Anhaltsbogens eher häufiger psychosoziale Belastungen bei Eltern ansprachen und sie gegenüber Frühen Hilfen prinzipiell positiver eingestellt waren als Ärzt\_innen, die sich gegen eine Teilnahme an dieser Studie entschieden. Diese Vermutungen lassen sich anhand der sehr unterschiedlichen und teilweise geringen Anzahl an auffälligen Befunden aus den einzelnen Praxen nicht prinzipiell bestätigen.

Insgesamt nahmen 31 Pädiater\_innen aus 18 Praxen an der Studie aktiv teil. Es hätten vermutlich noch mehr Ärzte zur Teilnahme motiviert werden können, die Orientierung für die Stichprobengröße wurde allerdings nach ökonomischen bzw. rechnerischen Aspekten vorgenommen: Einerseits erforderte die Teilnahme jeder Praxis eine sehr zeitintensive Betreuung durch Personal aus der Studienzentrale vor Ort (mindestens zwei Stunden wöchentlich), so dass die personellen und zeitlichen Ressourcen berücksichtigt werden mussten, um die hohe Qualität der Betreuung und somit den gesamten Studienablauf nicht zu gefährden. Andererseits war aus Vorgesprächen mit den Pädiater\_innen bekannt, dass pro Quartal meist zwischen 20 und 30 U5-Untersuchungen pro Arzt durchgeführt werden, so dass die angestrebte Zielgröße von 500 Familien auch mit Drop-Outs gut erreicht hätte werden können.

Erwähnenswert ist, dass in der Münchener Pädiater\_innen-Stichprobe über die gesamte Studienlaufzeit keine Drop-Outs zu vermerken waren. Dies spricht für die gute Kooperation und den engen Kontakt zwischen Praxen und Studienzentrum, aber auch für die hohe Motivation der Pädiater\_innen. In Freiburg war die Durchführung der Nachuntersuchung schwieriger zu betreiben, da aufgrund der Entfernung kein persönlicher, sondern nur telefonischer und Email-Kontakt möglich waren. Das erklärt auch die höhere Drop-Out-Rate von 33% über die gesamte Studiendauer. Mit einer Gesamtrate ausgeschiedener Ärzte von 13% bei der Nachuntersuchung bzw. 11,1% bei der Praktikabilitätsbefragung, ist die Teilnahme der Pädiater\_innen als konstant zu bezeichnen. Es gibt derzeit zwar keine universellen verbindlichen Kriterien, die eine befriedigende Rate bei Follow-up-Untersuchungen charakterisieren würden, dennoch wird sehr häufig ein Cut-Off bei einer Drop-Out-Rate von maximal 20% gesetzt (Schulz & Grimes, 2002; Dumville, Torgerson & Hewitt, 2006; Fewtrell, Kennedy, Singhal, Martin, Ness, Hadders-Algra, Koletzko & Lucas, 2008), so dass die hier vorliegenden Zahlen als vertretbar bewertet werden können.



### Teilnehmende Familien

Einschlusskriterium für die teilnehmenden Familien war das Alter der Kinder bzw. die anstehende durchzuführende pädiatrische Früherkennungsuntersuchung U5: Alle Familien, deren Kinder zur U5 (Alter ca. 6 Monate) in die teilnehmenden Praxen kamen, konnten an der Studie teilnehmen.

Für teilnehmende Familien gab es ein Ausschlusskriterium, nämlich so schlechte Deutschkenntnisse, dass auch mit Unterstützung des behandelnden Arztes die ausführliche Einverständniserklärung nicht verstanden und somit auch kein rechtsgültiges Einverständnis gegeben werden konnte.

Es ist davon auszugehen, dass dadurch viele Familien mit Migrationshintergrund von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden. Dieser Eindruck bestätigt sich auch bei Betrachtung der Ergebnisse des Nichtteilnehmerfragebogens: Mangelnde Deutschkenntnisse stellten mit 30% den am häufigsten angegebenen Grund für eine Nichtteilnahme dar. Das ist nicht nur in Bezug auf die Repräsentativität der Stichprobe bezüglich des Anteils an Familien mit Migrationshintergrund problematisch, sondern auch im Hinblick auf die gesamte Einschätzung der Anzahl der Familien mit Unterstützungsbedarf: Viele Pädiater\_innen gaben im Gespräch an, dass häufig gerade ihre Patientenfamilien mit Migrationshintergrund stark psychosozial belastet sind. Dieser Eindruck wurde zum Teil auch in einer Studie (Metzner et al., 2015) bestätigt, die in einem Risikoscreening zum Zeitpunkt um die Geburt die sozialen Belastungsfaktoren „soziale Isolation“ und „Armut“ signifikant häufiger bei Familien mit Migrationshintergrund feststellten, als bei solchen ohne. Sie fanden, dass sozioökonomische Determinanten wie soziale Integration und das Wohnumfeld wichtige Einflussfaktoren auf den psychosozialen Belastungsgrad von Familien darstellen.

In der hier vorliegenden Stichprobe befanden sich ca. 11,8% Kinder mit Migrationshintergrund, was in München tatsächlich nur etwa je der Hälfte des Prozentsatzes des Ausländeranteils der jeweils vertretenen Stadtviertel entsprach (Landeshauptstadt München, 2014). Auch ist aufgrund der Komplexität der Einverständniserklärung davon auszugehen, dass diese 11,8% relativ gut deutsch sprachen und dadurch möglicherweise sehr gut integriert und somit weniger belastet waren als von der Studie ausgeschlossene Migrantenfamilien. Es ist zudem ein bekanntes Problem, dass Familien mit Migrationshintergrund schwieriger über präventive Angebote des Gesundheitswesens wie auch die pädiatrische Früherkennungsuntersuchung zu erreichen sind (Kamtsiuris et al., 2007a). Es ist demnach auch möglich, dass aufgrund dieser niedrigeren Teilnahme einfach weniger Familien in den pädiatrischen Praxen waren und so auch seltener rekrutiert werden konnten. Wahrscheinlich ist ein Zusammenspiel aus diesen beiden und möglichen weiteren, jedoch hier unbekanntem Faktoren.

Auch am Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) nahmen deutlich mehr deutsche Kinder und Jugendliche teil, als solche mit Migrationshintergrund (Kamtsiuris, Lange & Schaffrath Rosario, 2007b) – hier waren es allerdings zumindest 17,1% (Schenk, Ellert & Neuhauser, 2007). Ein Bias bezüglich der teilnehmenden Familien mit Migrationshintergrund führt demnach vermutlich zu gewissen Einschränkungen in der Repräsentativität der Stichprobe. Es ist daher auch nicht auszuschließen, dass es sich bei den gefundenen 14,7% Familien mit klinischen und/oder psychosozialen Belastungen um eine Unterschätzung des tatsächlichen Unterstützungsbedarfs in der Bevölkerung handelt.

Dennoch konnte aufgrund strengerer ethischer Richtlinien in München nicht auf die einheitliche Einverständniserklärung verzichtet werden, eine Übersetzung in verschiedene Sprachen lag nicht im Machbarkeitsrahmen der Studie. Auch andere Studien schließen Teilnehmer aus, deren Deutschkenntnisse so schlecht sind, dass eine Verständigung und Aufklärung nur schwer möglich wäre (Kamtsiuris et al., 2007b), so dass dieses Vorgehen hier vertretbar erscheint. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Kinderärzt\_innen den Migrationshintergrund nur bei 81,4% der Gesamtstichprobe erhoben – der Anteil von Familien mit Migrationshintergrund in der Stichprobe könnte tatsächlich höher sein, als die Daten vermuten lassen.

Die teilnehmenden Familien wurden über ihren behandelnden Kinderarzt/Kinderärztin bzw. deren Praxispersonal rekrutiert. Sie wurden mündlich und schriftlich entweder beim Impftermin vor der U5 oder bei Vereinbarung des U5-Termins am Telefon informiert. In diesem Fall wurden Einverständniserklärung und Studieninformation den Eltern bzw. Sorgeberechtigten per Post mindestens 24 Stunden vor dem Untersuchungstermin zugesandt. Die Praxen waren instruiert, ab Beginn der Studie – also nach dem Besuch der Studienleitung vor Ort und Aushändigung der benötigten Studienmaterialien – ausnahmslos jede Familie mit Säugling im entsprechenden Alter auf die Möglichkeit der Studienteilnahme hinzuweisen, so dass vorerst nicht von einem Selection Bias bei der Auswahl der angesprochenen Familien ausgegangen werden konnte. Es war für das Studienteam allerdings nicht überprüfbar, ob das vorgegebene Rekrutierungsprozedere wirklich verlässlich so durchgeführt wurde. Es ist denkbar, dass im häufig hektischen Praxisalltag, in dem die Studiendurchführung ohnehin eine Zusatzbelastung für das Praxispersonal bedeutete, in manchen Fällen vergessen wurde, Familien auf die Studienteilnahme anzusprechen. Zusätzlich fand in vielen Praxen während der Laufzeit der Studie ein Personalwechsel innerhalb des Praxispersonals statt, so dass immer wieder neue Einführungen in die Studienaufgaben gegeben werden mussten. In der Zeit des Personalwechsels dürften auch Familien als potenzielle Teilnehmer verlorengegangen sein. Als eine Art Kontrollmechanismus wurde der Nichtteilnehmerbogen ausgegeben, der für jede Familie, die eine Studienteilnahme ablehnte, ausgefüllt werden sollte. Ein Abgleich mit den laut Praxis-Terminkalender tatsächlich erfolgten U5-Untersuchungen zeigte aber, dass nur für eine relativ geringe Anzahl an Nichtteilnehmern ein Bogen ausgefüllt wurde. Es ist davon auszugehen,

dass durch die mangelnde Möglichkeit, die Rekrutierung der Praxen vollständig zu „überwachen“, ein gewisser Selektionseffekt die angefragten Familien betreffend entstanden sein könnte. Dem Studienteam war es bis auf regelmäßige Hinweise, Erinnerungen und Kontrollen allerdings nicht möglich, noch weiter in den Praxisalltag einzugreifen, da dieser unter keinen Umständen zu Lasten der Patienten behindert oder zusätzlich verzögert werden sollte und ein Großteil des Studienerfolgs nicht zuletzt auch von der guten Kooperation mit den Praxen abhing. Aus den genannten Gründen musste dieser anzunehmende Bias hingenommen werden.

47,9% der Münchener Stichprobe wurden in Stadtteilen rekrutiert, in denen eine geringe Ausprägung sozialer Problemlagen vorliegt. Der Anteil an Familien in Stadtteilen mit mittlerer und hoher Ausprägung sozialer Problemlagen betrug 29,2% bzw. 19,3%. Von 3,6% der Stichprobe lag keine Angabe vor, da sie nicht im Stadtgebiet, sondern im Landkreis München untersucht wurden. Es ist demnach anzunehmen, dass Familien aus Stadtvierteln mit sehr hoch und hoch ausgeprägten Sozialraumschwierigkeiten in der Stichprobe unterrepräsentiert sind.

Weiterhin lässt sich auch auf Seiten der Familien ein Selection Bias in Form der Selbstselektion vermuten. Da erfahrungsgemäß häufig Familien der Mittelschicht mit höherem Bildungsabschluss an wissenschaftlichen Studien teilnehmen (Galea & Tracy, 2007), ist dies auch für die vorliegende Stichprobe nicht auszuschließen. Es wurden jedoch keine Daten über Bildungsniveaus der Eltern erhoben, so dass diese Vermutung weder verifiziert noch falsifiziert werden kann.

Um eine Selbstselektion unter den teilnehmenden Familien möglichst gering zu halten, wurde die oben beschriebene, aktive Rekrutierungsstrategie („Zugeh-Struktur“) gewählt, die üblicherweise in allen Bevölkerungsgruppen höhere Ausschöpfungsraten bewirkt als die passive („Komm-Struktur“) (Walter, Ramazan, Krauth & Machleidt, 2007): Dadurch, dass der Pädiater/die Pädiaterin alle Familien ansprach und sich diese sich nicht beispielsweise auf Flyer oder Aushänge hin eigenständig melden mussten, ist nicht anzunehmen, dass sich nur besonders interessierte oder in besonderem Maße engagierte Eltern zur Teilnahme bereit erklärten. Durch das vom Pädiater/der Pädiaterin initiierte Rekrutierungsprozedere konnte der Selektionseffekt, der sich erfahrungsgemäß häufig in Studien einstellt, die ein Aktivwerden der Eltern voraussetzen, vermutlich geringgehalten werden.

Allerdings muss die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass dennoch gerade Familien mit hohen psychosozialen Belastungen nicht an der Studie teilnahmen, da sie eventuell die Befürchtung hatten, negativ beurteilt zu werden. Die schwierige Erreichbarkeit psychosozial belasteter Familien sowohl für Angebote des Gesundheitswesens als auch für die Teilnahme an Studien ist bekannt (Snell-Johns, Mendez & Smith, 2004; Renner & Sann, 2013). Angst vor einer eventuell negativen Beurteilung stellt aber bei der Angabe von Gründen im Nichtteilnehmerfragebogen die am geringsten ausgeprägte Kategorie dar, so dass – auch nach Abwägung

sozialer Erwünschtheitseffekte – eher davon auszugehen ist, dass hier zumindest kein größerer Selektionseffekt vorliegt.

Zuletzt könnte auch das sogenannte „Präventionsdilemma“ zu Grunde liegen – ein theoretisches Modell, das davon ausgeht, dass präventive Gesundheitsmaßnahmen diejenigen Gruppen, die derartige Angebote am dringendsten brauchen würden, am schlechtesten erreicht (Bauer, 2005; Kuntz & Lampert, 2010): Es wäre denkbar, dass besonders belastete Familien die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen weniger regelmäßig wahrnehmen und so auch seltener in die Studie eingeschlossen werden konnten.

In der „KID 0-3 Studie“ zu psychosozialen Belastungen bei Kindern im Alter von bis zu 3 Jahren (Eickhorst, Brand, Lang, Liel, Neumann, Schreier, Renner & Sann, 2015) wurde dieselbe Rekrutierungsstrategie wie in der vorliegenden Untersuchung gewählt: Auch hier wurden ausnahmslos alle Familien, unabhängig von möglicherweise bereits im Vorfeld wahrgenommenen Belastungsfaktoren, durch ihre Kinderarztpraxis angesprochen. Es stellte sich heraus, dass die Rekrutierung durch den Kinderarzt/ die Kinderärztin zu einer deutlich besseren Motivation für die Teilnahme an der Studie führte als bei einer direkten Kontaktierung durch ein Befragungsinstitut – das galt insbesondere für Familien aus niedrigeren sozialen Schichten. Die Pädiater\_innen wurden hier ebenfalls als sehr verlässliche und motivierte Partner im Studienverlauf beschrieben, so dass – genau wie in der vorliegenden Arbeit – die mit der Rekrutierungsstrategie verbundenen Einschränkungen (schlechte Kontrollierbarkeit möglicher Selektionseffekte) nach empirisch begründeter Abwägung akzeptiert werden konnten. Die Rekrutierungsstrategie schien also für die in dieser Arbeit vorliegenden Studienziele und Rahmenbedingungen sehr gut geeignet.

Insgesamt wurde die ursprünglich angesetzte Fallzahl von 500 Familien mit der letztendlich erreichten Stichprobe von 511 Teilnehmern noch übertroffen. Die Teilnahmequote fiel dabei in München deutlich geringer aus als in Freiburg (19% vs. 46%). Gründe für die in München geringere Teilnahmequote können in den strikten Auflagen der Ethikkommission für die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme vermutet werden. Während die Freiburger Ethikkommission eine kurze und leicht verständliche Version akzeptierte, sahen die Auflagen in München ein mehrseitiges und relativ komplexes Dokument vor. Die ausführliche Einverständniserklärung könnte auf Eltern abschreckend und zu kompliziert gewirkt und letztendlich einer Teilnahme entgegengewirkt haben. Dennoch konnte der Großteil der insgesamt gewonnenen Familien in München ( $n = 336$ ) rekrutiert werden. Zusätzlich kann eine niedrige Response-Rate nicht automatisch mit einer eingeschränkten Repräsentativität einer Stichprobe gleichgesetzt werden, ein Sachverhalt auf den beispielsweise Hoffmann, Terschüren, Holle, Kamtsiuris, Bergmann, Kroke, Sauer, Stang und Latza (2004) hinweisen.

---

Im Lauf der Studie verringerte sich die Stichprobe auf 433 Familien. Dies entsprach einer Drop-Out-Rate von insgesamt 15%, was laut Fewtrell et al. (2008) immer noch einer vertretbaren Rate entspricht, die allenfalls mit moderaten Einschränkungen der internen Validität einhergehen dürfte.

Insgesamt ist anzunehmen, dass es – trotz ergriffener Gegenmaßnahmen – sowohl auf Seiten der Pädiater\_innen als auch bei den teilnehmenden Familien zu gewissen Selektionseffekten kam, die angesichts des explorativen Charakters dieser Feldstudie hingenommen werden mussten. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die vorliegenden Ergebnisse teilweise Einschränkungen in der Repräsentativität unterliegen.

### 6.2.2. Datenerhebung und Studiendesign

Ziel der Studie war es, den Pädiatrischen Anhaltsbogen einem ersten Praxistest zu unterziehen. Da es sich um ein eigens für die Anwendung innerhalb der Pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung entwickeltes Instrument handelt, erfolgte der Einsatz selbstredend in der pädiatrischen Praxis. Dieses Vorgehen brachte, wie jede Feldstudie, einige Unwägbarkeiten mit sich. Es ist davon auszugehen, dass es Störvariablen gab, die aufgrund der mangelnden Möglichkeit einer Kontrolle durch das Studienteam zu gewissen Einschränkungen in der internen Validität führten. Beispiele hierfür sind an erster Stelle Faktoren, die das individuelle Praxisprozedere betrafen, wie unterschiedlichste Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen innerhalb jeder Kinderarztpraxis. Es wurde zwar versucht, dies durch eine sehr intensive Betreuung der Praxen zu kontrollieren, dennoch musste abgewogen werden, bis zu welchem Grad des Eingriffs in den Praxisalltag dieser noch reibungslos ablaufen konnte.

Ein weiterer Punkt ist die Tatsache, dass der Pädiatrische Anhaltsbogen zwar zu prüfende Items vorschlägt, aber dem Pädiater/der Pädiaterin nicht vorgibt, wie er oder sie zu seiner Einschätzung über das Vorliegen der jeweiligen Belastung kommt. Anders als ein Screeninginstrument liefert der Anhaltsbogen kein gewichtbares Ergebnis, durch dessen Scores man eine Einschätzung begründen könnte. Der Pädiatrische Anhaltsbogen versteht sich als Wahrnehmungs-, Kommunikations-, und Dokumentationshilfe für den Kinder- und Jugendarzt: Ob dieser anhand seiner Erfahrungswerte im persönlichen Gespräch auf eine Belastung schließt oder beispielsweise weitere Fragebögen als Hilfsmittel nutzt, um zu einer Entscheidung zu kommen, bleibt ihm oder ihr selbst überlassen. So unterstützt der Anhaltsbogen die Handlungsautonomie des behandelnden Arztes/der Ärztin, was eine der Grundideen bei der Entwicklung des Instruments darstellte und eine große Rolle für die Akzeptanz in der Praxis spielte. Es handelt sich also um ein Hilfsmittel, das die subjektive Wahrnehmung über das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren abbildet und den Pädiater\_innen während des Prozesses der Einschätzung als Erinnerungstütze dient.

Vermutlich hatten die Kinder- und Jugendärzt\_innen der Studie vielfältige Arbeitsweisen und Methoden, um den Unterstützungsbedarf ihrer Patientenfamilien zu explorieren, so dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Ärzten teilweise nur eingeschränkt sinnvoll ist. So ist es denkbar, dass sich ein Pädiater/eine Pädiaterin besonders intensiv mit dem Thema Fütterstörungen auseinandersetzte und daher zuverlässig alle Fälle erkannte, während ein anderer Arzt hier weniger Erfahrung hatte und einige Betroffene nicht identifizierte. Ebenso könnten sich die Pädiater\_innen darin unterscheiden haben, ab wann sie eine Familie wirklich als belastet einstufen, da es sich wie oben beschrieben um eine vorwiegend subjektive Einschätzung handelte.

Die Datenerhebung durch die Pädiater\_innen war demnach nicht standardisiert, was zu Ungunsten der internen Validität zu werten ist. Es gilt hier aber nicht zu vergessen, dass der Ablauf der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung generell nicht standardisiert, sondern von Pädiater\_in zu Pädiater\_in sehr verschieden sein kann (Krippeit et al., 2014) und gerade die hier vorliegende Handlungsautonomie und der Handlungsspielraum des Kinderarztes/ der Kinderärztin einen patientenwürdigen, individuellen und vertrauensvollen Umgang erst möglich machen. Insofern stimmen die Studienbedingungen genau mit der Realität überein und der Pädiatrische Anhaltsbogen passt sich offensichtlich den Rahmenbedingungen an, für die er entwickelt wurde.

Ein weiterer möglicher Kritikpunkt ist im Studiendesign zu sehen: Da der Pädiatrische Anhaltsbogen nur einmalig zum Zeitpunkt der U5 verwendet wurde, sind keine Aussagen über seine Eignung in der längsschnittlichen Verwendung möglich. Für die Verlaufsbeobachtung der belasteten Familien wäre eine erneute Untersuchung mit Hilfe desselben Instruments zur U6 wünschenswert gewesen, um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Untersuchungszeitpunkten zu erlangen. Die Begründung für die Entscheidung, den Pädiatrischen Anhaltsbogen nur einmalig einzusetzen, liegt auf struktureller Ebene: Die Vergütung für die Pädiater\_innen konnte nur zum Zeitpunkt der U5 gewährleistet werden, für einen erneuten Einsatz bei U6 standen keine Fördermittel zur Verfügung. Dennoch wurde bei U6 anhand eines verkürzten Nachuntersuchungsfragebogens auch nach Auffälligkeiten gefragt, so dass durchaus aussagekräftige Informationen darüber gewonnen werden konnten, welchen Verlauf die Kinder nach Einschätzung der Pädiater\_innen nahmen.

Zu diskutieren ist auch, ob generell ein späterer Follow-up Zeitpunkt sinnvoller gewesen wäre, wie es in anderen großen Längsschnittstudien zur Wirkung früher Risikofaktoren praktiziert wurde (z. B. Laucht et al. (1992): Alter der Kinder bei Erstuntersuchung 3 Monate und bei Follow-up 24 Monate). Das ist insofern relevant, da davon ausgegangen wird, dass bei der Beurteilung von Entwicklungsfolgen auch die zeitliche Dimension, also die Dauer von Belastungsfaktoren, eine Rolle spielt: Auswirkungen von Belastungen, die sich über einen längeren Zeitraum der Entwicklung erstrecken, gelten als besonders bedeutsam (Laucht et al., 2000a). Es könnte also vermutet werden, dass in der vorliegenden Studie bei der Wahl eines späteren Nachuntersuchungszeitpunkts noch größere Effekte auf die Kindesentwicklung gefunden worden wären, da Belastungsfaktoren dann bereits länger wirksam gewesen wären. Laucht und Kollegen (1992) fanden zudem, dass sich der spezifische Effekt psychosozialer Belastungen vom ersten bis zum zweiten Lebensjahr verstärkt, was für die eben aufgestellte These spricht. Entsprechend hätten bei einem späteren Follow-up-Zeitpunkt im zweiten Lebensjahr möglicherweise größere Effekte gefunden werden können.

Bezogen auf die verwendeten Instrumente im Studienablauf fällt auf, dass nur Instrumente Anwendung fanden, die entweder eigens für die Studie entwickelt wurden (Nachuntersuchungsfragebogen, Praktikabilitätsfragebogen) oder die zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig validiert waren (Pädiatrischer Anhaltsbogen). Da vor der Entwicklung des Pädiatrischen Anhaltsbogens keine Instrumente zur Erfassung psychosozialer Faktoren speziell für den Rahmen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchung vorlagen, gab es keine bereits validierten Alternativen zu den verwendeten Fragebögen. Der Pädiatrische Anhaltsbogen selbst wurde aber in einer parallel laufenden Studie einer ersten Teilvalidierung unterzogen und erreichte einen positiven prädiktiven Wert von 64% sowie einen negativen prädiktiven Wert von 72%, womit er noch Verbesserungsbedarf aufweist. Da es sich aber um den erstmaligen Einsatz des neu entwickelten Instruments handelt, kann die Güte des Pädiatrischen Anhaltsbogens unter diesen Bedingungen vorerst bejaht werden (Belzer et al., 2015).

Im Hinblick auf die Beschreibung der Stichprobe fällt auf, dass relativ wenige personenbezogene Daten erhoben wurden. Eine Geschlechterangabe lag nur in 60% der Fälle vor, da diese auf dem Pädiatrischen Anhaltsbogen nicht vermerkt wird und die Rückverfolgung in den Praxen aufgrund der Pseudonymisierung in manchen Fällen nicht möglich war. Allerdings waren Geschlechtsunterschiede nicht explizit Teil der Fragestellungen der Studie. Innerhalb der 60% der Stichprobe, in denen das Geschlecht bekannt war, war der Anteil an Mädchen und Jungen in etwa gleich hoch. Bei keinem Gruppenvergleich, in dem das Geschlecht einbezogen wurde, ergab sich hier ein signifikanter Unterschied, außer in der überzufällig häufigeren Zugehörigkeit der Jungen zu der Belastungsgruppe der mehrfach belasteten Familien und der generellen Häufigkeit psychosozialer Belastung. Diese Angaben sollten aufgrund der unvollständigen Angaben mit Vorsicht interpretiert werden.

Es wurden außerdem keine Altersangaben der Kinder erhoben, da davon auszugehen war, dass durch die vom Alter abhängig festgelegten Früherkennungsuntersuchungen nur geringe Unterschiede innerhalb der Gruppe zu erwarten waren. Dennoch lässt sich das aufgrund der fehlenden Angabe nicht vollständig ausschließen. Es wurden keine Angaben zu sozioökonomischen Umständen oder Bildungshintergrund erhoben. Die Generierung dieser Daten hätte einen zusätzlichen Aufwand für den behandelnden Kinderarzt bedeutet, so dass eine deutliche Verlängerung der U-Untersuchung gedroht hätte. Zusätzlich hätte die Abfrage von eher pädiatriefernen personenbezogenen Daten für die Studie den gewohnten Ablauf der U-Untersuchungen verändern und zu einer unnatürlichen Situation führen können, was sich auf den Gesprächsfluss zwischen Eltern und Pädiater\_innen und auf das Praktikabilitätsergebnis des Pädiatrischen Anhaltsbogens hätte auswirken können. Dies galt es unbedingt zu verhindern, weshalb nach einer Abwägung der Ziele der Studie auf die Erhebung der eben beschriebenen personenbezogenen Daten verzichtet wurde. Auch bei der Konzeption des Pädiatrischen Anhaltsbogens wurden diese Variablen bewusst nicht als Items aufgenommen, da



sie von der Expertengruppe aus den eben genannten Gründen als nicht praktikabel bewertet wurden. Bei zukünftigen Untersuchungen mit dem pädiatrischen Anhaltsbogen sollten dennoch Überlegungen angestellt werden, wie diese Daten unkompliziert erhoben werden könnten (zum Beispiel im Vorfeld der pädiatrischen Untersuchung durch das Praxispersonal).

Auch die statistische Auswertung betreffend müssen einige methodische Limitationen der Studie in Betracht gezogen werden. Trotz der insgesamt relativ großen Stichprobe von 511 Familien lagen teils nur kleine Teilstichproben für die Berechnungen vor. Die Ergebnisse, insbesondere der Einfluss der einzelnen bei U5 erhobenen Belastungsfaktoren auf die Entwicklungsverzögerung bei U6, sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden. Insgesamt ist zu vermuten, dass noch höhere Werte bezüglich einer Varianzaufklärung sowohl für allgemeine als auch spezifische Auffälligkeiten bei U6 hätten gefunden werden können, wenn nicht nur die Teilstichproben größer, sondern auch die Trennschärfe der einzelnen Belastungsfaktoren klarer gewesen wären, was aber wie unter Punkt 6.1.2.1 erläutert ein bekanntes und nur schwer zu kontrollierendes Problem in der Risikofaktorforschung darstellt. Nachdem der pädiatrische Anhaltsbogen nur kategoriale Antwortmöglichkeiten bietet (Vorliegen einer Auffälligkeit: ja/nein) und somit keine Gravität einzelner Belastungen erfasst werden konnte, sind die hier gefundenen Werte bezüglich der Varianzaufklärung dennoch als relevant anzusehen, da davon ausgegangen werden muss, dass der Schweregrad der Belastungen durchaus einen zusätzlichen erklärenden Einfluss gehabt hätte. Es gilt hier außerdem zu bedenken, dass Pseudo-R-Quadrat-Werte in der logistischen Regression generell selten hoch ausfallen und bereits 20% einer erklärten Varianz als sehr gut gelten (Urban, 1993). Schon Werte ab 5% weisen bei diesem Rechenmodell auf einen relevanten Zusammenhang hin, wohingegen Werte über 40% nur extrem selten zu erreichen sind (Andreß, Hagensaars & Kühnel, 1997).

Auch andere Studien berichten regelmäßig, dass – trotz unterschiedlicher Erfassungsstrategien und Gewichtungsversuche (beispielsweise Bildung multipler Risikoindizes, die der Tatsache Rechnung tragen, dass Risikofaktoren selten isoliert, sondern eher in Verbänden auftreten) – große Teile der Varianz des Outcome-Kriteriums durch Belastungsfaktoren unaufgeklärt blieben. Die hier gefundenen Werte von 13% für ein grundsätzliches Vorliegen von generellen Auffälligkeiten bei U6 (erklärt durch das Zusammenspiel von kindlichen Schlafstörungen und Entwicklungs- bzw. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes bei U5) und knapp 9,9% spezifisch für Entwicklungsauffälligkeiten bei U6 (erklärt durch Entwicklungs- bzw. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes bei U5) scheinen daher gut zu sein – insbesondere in Anbetracht der sehr wahrscheinlichen Annahme, dass hier eine Vielzahl weiterer personaler und umweltbezogener Faktoren eine zusätzliche Rolle spielen dürften.

Es wäre dennoch wünschenswert, die vorliegenden Ergebnisse anhand größerer Teilstichproben in einem konfirmatorischen Design auf ihre Gültigkeit zu überprüfen.

---

Als Effektstärkenmaß bei den Prädiktionsberechnungen wurde Cohen's  $f$  errechnet. Diese Entscheidung wurde getroffen, da es sich bei Nagelkerkes R-Quadrat in der logistischen Regression streng genommen lediglich um ein Pseudo-Bestimmtheitsmaß handelt, dessen Höhe, anders als in der linearen Regression, keine direkte Auskunft darüber gibt, wie gut die Varianzaufklärung des Modells ist (Wolf & Best, 2010). Über die Errechnung von Cohen's  $f$  (Cohen, 1992) kann eine verlässlichere Aussage über den Effekt des getesteten Modells getroffen werden. Schließlich ist noch das Problem der Alphafehler-Inflationierung zu erwähnen, das sich durch wiederholtes Testen in derselben Grundgesamtheit ergibt und das Risiko von falsch positiven Ergebnissen steigen lässt. Eine Alphafehler-Korrektur, auf die aufgrund des explorativen Charakters dieser Arbeit verzichtet wurde, hätte diesem Risiko entgegenwirken können und wäre in künftigen, die Ergebnisse dieser Arbeit überprüfenden Untersuchungen gegebenenfalls in Erwägung zu ziehen.

Die Stärken der Studie liegen insbesondere in der ökologischen Validität und ihrer Realitätsnähe. Die Abwägung zwischen wissenschaftlichen Anforderungen und der Machbarkeit sowie die Fokussierung auf das Ziel der Studie, den Pädiatrischen Anhaltsbogen im Einsatz von seinen zukünftigen Anwendern testen und bewerten zu lassen, sind in diesem Fall als Legitimierung einiger nicht vermeidbarer methodischer Limitationen zu sehen.

## 7. Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Evaluation psychosozialer Belastungsfaktoren im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung bereits auf einem vielversprechenden Weg befindet, aber noch eindeutig ausbaufähig ist.

Gemäß der Ausrichtung der U-Untersuchungen auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung nehmen die Kinderärzt\_innen folgerichtig überwiegend kindzentrierte Belastungen wahr. Der Fokus auf psychosoziale Belastungen scheint sich hier eindeutig zu erweitern: Psychosoziale Belastungen waren in der Stichprobe häufiger vertreten als klinisch relevante Symptome. Die Pädiater\_innen nehmen bestimmte psychosoziale Belastungen bei ihren Patientenfamilien also durchaus häufig wahr, dies beschränkt sich aber augenscheinlich häufig auf solche, die eine hohe soziale Akzeptanz mit sich bringen (z. B. starke Erschöpfung der Mutter). Andere, eher „heikel“ zu besprechende Themen (auffällige Eltern-Kind-Interaktion), die unterschwellig als Kritik aufgenommen werden könnten und Konfliktpotential beinhalten, werden dagegen kaum evaluiert, wobei offen bleibt, ob diese nicht zuverlässig erkannt oder eher „vermieden“ werden.

Dass nur etwas mehr als die Hälfte der ausschließlich psychosozial belasteten Familien Unterstützungsmaßnahmen erhielt, deutet darauf hin, dass es hier noch eindeutige Hürden abzubauen gilt. Die Weitervermittlungsrate zu Frühen Hilfen fiel insgesamt eher niedrig aus, der Pädiatrische Anhaltsbogen trug aber zu mehr als der Verdopplung der Zahl bei. Es scheint offenbar aber noch Hürden für die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt\_innen in diesem Prozess zu geben, die es künftig weiter zu untersuchen und abzubauen gilt.

Um Familien in psychosozialen Belastungssituationen frühzeitig unterstützen und damit effektiv zu einem besseren präventiven Kinderschutz beitragen zu können, ist eine Handlungskette aus drei Schritten erforderlich: Das zuverlässige Erkennen möglicher Belastungsfaktoren, die tiefgehende, einfühlsame Exploration im Gespräch mit den Eltern und schließlich die Vermittlung der Familien an geeignete Unterstützungsangebote – die Frühen Hilfen.

Jeder dieser drei Schritte birgt für niedergelassene Pädiater\_innen bestimmte Stolpersteine und Herausforderungen, die verhindern können, dass diese Handlungskette bis zu Ende durchgeführt wird. Sei es, dass Instrumente, die die Wahrnehmung möglicher Belastungen unterstützen, bisher fehlten. Sei es, dass bestimmte Belastungsfaktoren häufig sowohl von den Kinderärzt\_innen als auch von den Eltern selbst aus Unsicherheit eher selten angesprochen werden. Oder sei es, dass aufgrund eines Fehlens verbindlicher Netzwerkstrukturen geeignete Anlaufstellen nicht bekannt sind.

Der Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf, bietet Pädiater\_innen insbesondere beim ersten und beim letzten Schritt der Handlungskette bereits jetzt eine Hilfestellung an.

Um die Evaluation psychosozialer Belastungen innerhalb der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchung standardmäßig zu etablieren und eine zuverlässige Vermittlung betroffener Familien zu Angeboten früherer Hilfen voranzubringen, sind aber weitere Maßnahmen in den folgenden Bereichen erforderlich:

1. Strukturelle und gesundheitspolitische Veränderungen
2. Handlungs- und praxisbezogene Fortbildungen für Pädiater\_innen
3. Verstärkte Aufklärungsmaßnahmen für Eltern
4. Etablierung verbindlicher und konkreter Vernetzungsmaßnahmen
5. Die weitere wissenschaftliche Begleitung dieser Prozesse.

Auf struktureller und gesundheitspolitischer Ebene sind dabei folgende Entwicklungen anzustreben: Zwar gibt es mit dem Pädiatrischen Anhaltsbogen erstmalig ein Instrument, was laut Meinung der Ärzt\_innen den Prozess der Wahrnehmung, Dokumentation und teilweise auch die Kommunikation psychosozialer Belastungen im Rahmen der U-Untersuchung erleichtert. Sinnvoll wäre nun – basierend auf der hier gelieferten empirischen Grundlage – die Entwicklung von konkreteren, den Pädiatrischen Anhaltsbogen ergänzenden Handreichungen für eine valide und zeitökonomische Erfassung familiärer Belastungen im pädiatrischen Praxisalltag, wie es bereits mit dem innerhalb der Studie erarbeiteten Leitfaden angestoßen wurde. Kinder- und Jugendärzt\_innen sollten für die Abklärung zentraler Belastungsbereiche bei Bedarf auch genauere Instruktionen und beispielsweise einzelne Schlüsselfragen an die Hand bekommen, anhand derer sie ein offenes Gespräch mit den Eltern über psychosoziale Belastungen und Unterstützungsbedarfe initiieren können (Belzer et al., 2014).

Es müssen zudem Strategien für eine effektive Implementierung des Instruments in der pädiatrischen Praxis entwickelt und auch die Frage einer möglichen Vergütung für die Ärzt\_innen geklärt werden. Hierfür wurden bereits erste Schritte eingeleitet: Der Pädiatrische Anhaltsbogen wurde im Anschluss an die vorliegende Studie in einzelnen Punkten überarbeitet und in den Maßnahmenkatalog des bayerischen Gesamtkonzepts für den Schutz von Kindern und Jugendlichen aufgenommen (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, 2015). Es finden aktuell Überlegungen statt, wie ein standardmäßiger Einsatz in den U-Untersuchungen realisiert und abgerechnet werden kann. In besonderem Maße wäre dazu hilfreich, wenn die Kinderrichtlinien zukünftig eine standardmäßige Erfassung psychosozialer Faktoren für die U-Untersuchungen vorsehen und damit verbindlich machen würden.

Im Bereich der Schulungsmaßnahmen für die Pädiater\_innen sollten folgende drei Schwerpunkte gesetzt werden: Zum einen sollten inhaltliche Fortbildungen erfolgen. Diese sollten die Kernthemen des Pädiatrischen Anhaltsbogens abdecken und einen besonderen Schwerpunkt auf die offenbar besonders sensiblen und möglicherweise mit Unsicherheiten behafteten Bereiche der Eltern-Kind-Interaktion und der elterlichen postpartalen Depression legen. Hier wird es allerdings nötig sein, die besonders hohen Erwartungen an die Praxispädiatrie ein Stück weit deren Alltagsrealität anzupassen. Zwar ist anzunehmen, dass sich die Wahrnehmung von Auffälligkeiten der Eltern-Kind-Interaktion anhand spezifischer Fortbildungen durchaus verbessern und so auch im zeitlich knappen Rahmen der U-Untersuchung umsetzen lässt, wie dies mittlerweile auch von den Kinderrichtlinien gefordert wird (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen, 2018). Bei der Erfassung von Anzeichen für postpartale Depression stoßen Pädiater\_innen jedoch gegebenenfalls an Grenzen, die sie auch nach adäquatem Training und selbst unter Einsatz einer geeigneten Einschätzungshilfe nur schwer überwinden können: Dies ist dann der Fall, wenn die Bereitschaft der Eltern, ihre eigenen psychopathologischen Symptome mit dem Kinderarzt/der Kinderärztin zu erörtern, nicht oder nur sehr eingeschränkt vorhanden ist (Heneghan et al., 2004). Alle Bemühungen auf ärztlicher Seite können vergebens sein, wenn Mütter und Väter eher davor zurückschrecken, ihre Lebensbedingungen und persönlichen Befindlichkeiten in diesem Kontext offenzulegen, wie es Erfahrungen aus dem englischsprachigen Raum tatsächlich nahelegen (Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal & Leaf, 2000).

Auch sollte in den inhaltlichen Fortbildungen das Ergebnis, dass Entwicklungsauffälligkeiten im Alter von 6 Monaten teilweise spezifisch Entwicklungsrückstände im Alter von 12 Monaten vorhersagen können, thematisiert und diskutiert werden. In diesem Kontext erscheint es generell sinnvoll, dass Kinderärzt\_innen im Sinne der salutogenetischen Perspektive neben Belastungsfaktoren auch potenzielle Schutzfaktoren und familiäre Ressourcen genauer betrachten als bisher. Ein ganzheitlicheres Bild von Patientenfamilien könnten allgemein auch unterstützende Hinweise bei der Einschätzung liefern, ob es sich bei vorliegenden Auffälligkeiten eher um „Momentaufnahmen“ handelt oder eine Manifestation wahrscheinlich ist.

Dass die Pädiater\_innen nur bei etwas über der Hälfte aller ausschließlich psychosozial belasteten Familien eine Unterstützungsmaßnahme ergriffen, lässt vermuten, dass auch Schwierigkeiten in der Kommunikation eine Hürde darstellten. Einen weiteren zentralen Schwerpunkt von Schulungsmaßnahmen für die Praxispädiater\_innen stellen daher spezifische Kommunikationstrainings dar, die zum einen auf ein vertieftes und empathisches Besprechen der Belastungssituation mit den Eltern abzielen und so dahingehende Unsicherheiten auf beiden Seiten abbauen können. Die Effektivität solcher interpersonaler Trainings im Kontext psychosozialer Beratungsgespräche wurde in anderen Ländern für das pädiatrische Setting bereits

klar belegt (Dulmen & Holl, 2000). Zum anderen sollten hier Strategien vermittelt werden, wie Familien dazu motiviert werden können, Frühe Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die dritte Säule der anzustrebenden Pädiaterschulungen stellt ein aktiver Abbau von Netzunsicherheiten dar. Dies bezieht sich sowohl auf die Information zu konkreten individuellen Ansprechpartnern im Bedarfsfall als auch auf eine detaillierte Aufklärung über die intendierte Zielgruppe, Auftrag und Arbeitsweisen Früher Hilfen. Selbst wenn die Zugangswege bekannt sind, ist anzunehmen, dass sich die Rate an Vermittlungen – solange über diese Faktoren keine bessere Aufklärung erfolgt, für Kinderärzt\_innen also nicht deutlicher gemacht wird, was die Angebote Früher Hilfen tatsächlich beinhalten und an welche Zielgruppen sie sich mit welcher Intention richten – nur unwesentlich verbessern lässt.

Da Untersuchungen zeigen, dass Pädiater\_innen Hinweise auf psychosoziale Eltern- oder Familienbelastungen noch zurückhaltender untersuchen, wenn die Eltern sich reserviert und distanziert zeigen (Barth, 2016), sollten allgemein nicht nur Schulungen auf Pädiaterseite angeboten, sondern auch verstärkt Aufklärungskampagnen für (werdende) Eltern auf den Weg gebracht werden. Hier sollte die Bedeutung psychosozialer Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung verdeutlicht sowie die pädiatrische Früherkennungsuntersuchung als angemessenes Setting und Pädiater\_innen als geeignete Anlaufstellen bei psychosozialen Belastungen von Kindern und Eltern definiert werden. Dies könnte beispielsweise anhand von Broschüren und persönlichen Gesprächen bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorgen oder spätestens in der Geburtsklinik sowie beim Ersttermin mit dem Pädiater/der Pädiaterin selbst erfolgen. Auf diese Weise könnte die elterliche Kommunikationsbereitschaft über vorliegende belastende Lebensumstände erhöht werden, was zu einer Entlastung der Pädiater\_innen führen könnte, da die Gesprächsinitiative dann möglicherweise auch häufiger durch die Eltern ergriffen würde. Bei den Müttern und Vätern wiederum könnte dies das Selbstwirksamkeitsempfinden und die Compliance für Unterstützungsmaßnahmen positiv beeinflussen, da sie so einen aktiveren Part bei der Evaluation von Belastungssituationen hätten und damit auf lange Sicht einen Beitrag zum Wohl ihres Kindes leisten könnten.

Klarere und verbindliche Vernetzungsstrukturen zwischen den Praxispädiater\_innen und anderen Akteuren aus dem Netzwerk der Frühen Hilfen können zusätzlich dazu beitragen, Systembarrieren zu überwinden. Bestrebungen, wie die hilfesystemübergreifenden vertragsärztlichen Qualitätszirkel zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg, in denen niedergelassene Fachärzt\_innen für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachkräfte der Jugendhilfe und Vertreter\_innen der Gynäkologie, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie und auch Hebammen zu Vernetzungstreffen regelmäßig zusammenkommen (Siebolds, Munzel, Müller, Haussermann, Paul & Kahl, 2016), sollten auch in anderen Bundesländern etabliert werden.

---

All diese Entwicklungen und Bemühungen müssen (weiterhin) wissenschaftlich begleitet werden, um deren Effektivität empirisch belegen zu können.

Künftige Längsschnittstudien sollten untersuchen, welche zusätzlichen Bedingungen zu einem Persistieren von Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr beitragen. Evidenzbasierte Risikoprofile für diese Altersgruppe könnten dann den Fokus in der U-Untersuchung auf spezifische Belastungen lenken. Auch der pädiatrische Anhaltsbogen sollte in weiteren Feldstudien in seiner überarbeiteten Form erneut in der kinderärztlichen Praxis eingesetzt werden um insbesondere hinsichtlich eines längsschnittlichen Nutzens beurteilt werden zu können. Hier wäre die Entwicklung einer erweiterten Version für das Kleinkindalter wünschenswert, was eine Erfassung psychosozialer Unterstützungsbedarfe für die gesamte intendierte Altersgruppe (0-3 Jahre) der Frühen Hilfen ermöglichen würde. Anhand der gewonnenen Daten ließen sich noch spezifischere Aussagen über besonders relevante Risiko- und Resilienzfaktoren sowie den Langzeitverlauf belasteter Familien treffen. Zusätzlich könnten spezifischere Informationen zu Bedarf und Nutzung von lokalen Unterstützungsangeboten, Quantität und Qualität von Kooperationen zwischen Netzwerkpartnern und über die Wirksamkeit erfolgter Hilfen gewonnen werden.

Auch wenn die Liste der zukünftiger Maßnahmen, die zur weiteren Verbesserung der Versorgung psychosozial belasteter Familien beitragen können, lang ist: Der Pädiatrische Anhaltsbogen erfüllt bereits jetzt seine Hauptaufgabe, Kinderärzt\_innen beim Erkennen psychosozialer Belastungen ihrer Patientenfamilien zu unterstützen und für eine Weitervermittlung zu den Unterstützungsangeboten der Frühen Hilfen zu sensibilisieren. Als Wegbegleiter für niedergelassene Pädiater\_innen leistet er seinen Beitrag zur gemeinschaftlichen Aufgabe des präventiven Kinderschutzes.

## 8. Literatur

- Akman, I., Kusçu, K., Özdemir, N., Yurdakul, Z., Solakoglu, M., Orhan, L., Karabekiroglu, A. & Özek, E. (2006). Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 417-419.
- Althoff, R. R., Verhulst, F. C., Rettew, D. C., Hudziak, J. J. & van der Ende, J. (2010). Adult Outcomes of Childhood Dysregulation: A 14-year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1105-1116.
- Andreß, H.-J., Hagenars, J. A. & Kühnel, S. (1997). *Analyse von Tabellen und kategorialen Daten. Log-lineare Modelle, latente Klassenanalyse, logistische Regression und GSK-Ansatz*. Berlin: Springer.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Appleyard, K., Egeland, B. & Dulmen, A. M. v. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235-245.
- Ayoub, C., O'Connor, E., Rappolt-Schlichtmann, G., Valotton, C., Raikes, H. & Chazan-Cohen, R. (2009). Cognitive skill performance among young children living in poverty: Risk, change, and the promotive effects of early head start. *Early Childhood Research Quarterly*, 24, 289-305.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. & Cole, R. E. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 257-280). Cambridge: University Press.
- Barkmann, C., Romer, G., Watson, M. & Schulte-Markwort, M. (2007). Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics*, 48(6), 476-481.
- Barr, R. G., Trent, R. B. & Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30, 7-16.
- Barth, M. (2014). Psychosozialer Hilfebedarf junger Familien – Aufgabe und Herausforderung für die Praxispädiatrie. In V. Mall, F. Voigt & N. Jung (Eds.), *Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie. Frühdiagnostik und Frühtherapie auf dem Prüfstand* (pp. 21-32). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Barth, M. (2016). Das pädiatrische Elterngespräch und Frühe Hilfen. Eine Übersicht über Grenzen der Belastungsansprache in Früherkennungsuntersuchungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(10), 1315-1322.
- Barth, M., Belzer, F., Kleinert, L., Krippeit, L., Martens-Le Bouar, H. & Mall, V. (2012). *Entwicklung eines Screeningverfahrens zum Bedarf an Frühen Hilfen im Rahmen pädiatrischer Früherkennungsuntersuchungen. Unveröffentlichter Forschungsprojekt-Abschlussbericht*.
- Barth, M. & Renner, I. (2014). Kindermedizin und Frühe Hilfen. Entwicklung und Evaluation des pädiatrischen Anhaltsbogens. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Ed.), *Kompakt*. (pp. 6-22) Gummersbach: Druckhaus Gummersbach PP GmbH.
- Bastian, P. (2010). *Der Nutzen psychologisch-klassifikatorischer Diagnoseinstrumente in Frühen Hilfen. Wissenschaftliche Schriften der WWU Münster* (Vol. VI (7)). Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Bastin, S., Keyenfeld, M. & Schnor, C. (2012). *Diversität von Familienformen in Ost- und Westdeutschland*. Arbeitspapier 1.
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.



Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.

Bayerisches Staatministerium für Familie, Arbeit und Soziales. (2015). Gesamtkonzept Schutz von Kindern und Jugendlichen. Retrieved from <http://www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/konzept/index.php> (Zugriff am 18.6.2016).

Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Journal of Nursing Research*, 44(5), 298-304.

Beck, C. T. (1998). The Effects of Postpartum Depression on Child Development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 12-20.

Beebe, S. A., Casey, R. & Pinto-Martin, J. (1993). Association of reported infant crying and maternal parenting stress. *Clinical Pediatrics*, 32(1), 15-19.

Belzer, F., Kleinert, L., Buchholz, A., Mall, V. & Barth, M. (2015). Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. Der Pädiatrische Anhaltsbogen im Praxistest. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 314-319.

Belzer, F., Kleinert, L., Buchholz, A., Martens-Le Bouar, H., Friedmann, A., Tillmann, L., Fischer, A., Ufer, J., Krippeit, L., Kaufmann, M., Schreiber, A., Seidlitz, C., Mall, V. & Barth, M. (2014). *Evaluation des Pädiatrischen Anhaltsbogens zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf. Unveröffentlichter Forschungsprojekt-Abschlussbericht*. Köln.

Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kinder und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (35). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung (6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bergant, A., Nguyen, T., Moser, R. & Ulmer, H. (1998). Prevalence of depressive disorders in early puerperium. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 38(4), 232-237.

Berufsverband der Kinder und Jugendärzte e.V. (BVKJ). (2006). *Manual zum Umgang mit dem Gesundheits-Checkheft des BVKJ*. Köln.

Besier, T., Pillhofer, M., Botzenhart, S., Ziegenhain, U., Kindler, H., Spangler, G., Bovenschen, I., Gabler, S. & Künster, A. K. (2012). Child Abuse and Neglect: Screening for Risks During the Perinatal Period. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72(5), 397-402.

Besier, T. & Ziegenhain, U. (2016). Postpartale psychische Erkrankungen. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 65-74). Heidelberg: Springer.

Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – die BELLA-Studie. *Psychomed: Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 17(4), 214-222.

Bowlby, J. (1999). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler & P. Zimmermann (Eds.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (pp. 17-26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bradley, R. H., Corwyn, R. F., Burchinal, M., Pipes McAdoo, H. & García Coll, C. (2001). The home environments of children in the United States Part II: Relations with behavioral development through age thirteen. *Child Development*, 72, 1868-1886.

Briggs-Gowan, M. J., Horwitz, S. M., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M. & Leaf, P. J. (2000). Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use. *Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 841-849.

- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. (2006). *Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme – Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme* (pp.1-6).
- Burchinal, M. R., Peisner-Feinberg, E., Pianta, R. & Howes, C. (2002). Development of academic skills from preschool through second grade: Family and classroom predictors of developmental trajectories. *Journal of School Psychology, 40*, 415-436.
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C. & Stansfeld, S. A. (2010). Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? A 45-Year Prospective Epidemiologic Study. *Annals of Epidemiology, 20*(5), 385-394.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Cohn, J. & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development, 54*, 185-194.
- Cohn, J. F., Campell, S. B., Matias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of post-partum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology, 26*, 15-23.
- Cooper, P. J. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal, 316*, 1884-1886.
- Cooper, S., Valleley, R. J., Polaha, J., Begeny, J. & Evans, J. H. (2006). Running Out of Time: Physician Management of Behavioral Health Concerns in Rural Pediatric Primary Care. *Pediatrics, 118*(1), 132-138.
- Costello, E. J. (1986). Primary care pediatrics and child psychopathology: a review of diagnostic, treatment, and referral practices. *Pediatrics, 78*, 1044-1051.
- Costello, E. J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 836-841.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K. & Brent, D. (1988a). Service utilization and psychiatric diagnosis in pediatric primary care: the role of the gate-keeper. *Pediatrics, 82*, 435-441.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D. & Janiszewski, S. (1988b). Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1107-1116.
- Costello, E. J., Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Burns, B. J. & Brent, D. (1988c). Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics, 82*, 415-424.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development, 73*, 1220-1237.
- Deegener, G. & Körner, W. (2006). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis, Materialien*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Die Kinderschutz-Zentren. (2010). Schwierigkeiten beim In-Kontakt-Kommen zu Familien – Aussagen von fallverantwortlichen Fachkräften aus den Hilfen zur Erziehung. Retrieved from <https://www.jugendhilfeportal.de/hze/artikel/schwierigkeiten-beim-in-kontakt-kommen-zu-familien-aussagen-von-fallverantwortlichen-fachkraeften-a/> (Zugriff am 01.05.2017).
- Diego, M. A., Field, T., Hart, S., Hernandez-Reif, M., Jones, N., Cullen, C., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2002). Facial expressions and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety, 15*, 10-17.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2015). *ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (10 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Dührssen, A. (1984). Risikofaktoren für die neurotische Kindheitsentwicklung. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Geneseforschung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 30, 18-42.
- Dulmen, A. M. v. & Holl, R. A. (2000). Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *European Journal of Pediatrics*, 159, 489-495.
- Dumville, J. C., Torgerson, D. J. & Hewitt, C. E. (2006). Reporting attrition in randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 332, 969-971.
- Earls, F. (1989). Epidemiology and child psychiatry: entering the second phase. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 279-283.
- Ednick, M., Cohen, A. P., McPhail, G. L., Beebe, D., Simakajornboon, N. & Amin, R. S. (2009). A Review of the Effects of Sleep During the First Year of Life on Cognitive, Psychomotor, and Temperament Development. *Sleep*, 32(11), 1449-1458.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.
- 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, 1247-1254.
- Egle, U. T., Hardt, J., Franz, M. & Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 47, 124-127.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 68, 683-695.
- 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, 381-387.
- 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.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press.
- Esser, G., Laucht, M., Schmidt, M., Löffler, W., Reiser, A., Stöhr, R.-M., Weindrich, D. & Weinel, H. (1990). Behaviour Problems and Developmental Status of 3-Month-old Infants in Relation to Organic and Psychosocial Risks. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 384-390.
- Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M. H. (1994). Die Auswirkungen psychosozialer Risiken für die Kindesentwicklung. In D. Karch (Ed.), *Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung. Klinik und Perspektiven* (pp. 143-157). Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff Verlag.
- Esser, H. (2006). *Migration, Sprache und Integration* (Vol. VI). Berlin: Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und Gesellschaftliche Integration.
- Fewtrell, M. S., Kennedy, K., Singhal, A., Martin, R. M., Ness, A., Hadders-Algra, M., Koletzko, B. & Lucas, A. (2008). How much loss to follow-up is acceptable in long-term randomised trials and prospective studies? *Archives of Disease in Childhood*, 93(8), 458-461.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmermann, E. A. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Foster, M. A., Lambert, R., Abbott-Shim, M., McCarty, F. & Franze, S. (2005). A model of home learning environment and social risk factors in relation to children's emergent literacy and social outcomes. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 13-36.
- Friedmann, A. (2016). Psychosoziale Belastungen und protektive Faktoren. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 109-115). Heidelberg: Springer.
- Friedmann, A. & Mall, V. (2015). Frühkindliche Regulationsstörungen: psychosoziale Belastungssituation und Unterstützungsressourcen betroffener Familien. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 163(Supplement 2), 95.
- Friedmann, A. & Mall, V. (2016). Screeninginstrumente im Bereich der Frühen Hilfen. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 119-124). Heidelberg: Springer.
- Galea, S. & Tracy, M. (2007). Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Annals of Epidemiology*, 17, 643-653.
- Gardner, W., Kelleher, K. J., Pajer, K. A. & Campo, J. V. (2003). Primary Care Clinicians' Use of Standardized Tools to Assess Child Psychosocial Problems. *Ambulatory Pediatrics*, 3(4), 191-195.
- Garnezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family 3: Children at psychiatric risk* (pp. 77-97). New York: Wiley.
- Garnezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children* (pp.43-84). New York: McGraw Hill.
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen. (2008). Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a. Retrieved from [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a_TrG.pdf) (Zugriff am 3.7.2017).
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen. (2011). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). *Bundesanzeiger*, 40, 1013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen. (2018). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). *Bundesanzeiger*, 2018, 1-126.
- Gewirtz, A. H. & Edleson, J. L. (2007). Young Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Towards a Developmental Risk and Resilience Framework for Research and Intervention. *Journal of Family Violence*, 22, 151-163.
- Gloger-Tippelt, G., Vetter, J. & Rauh, H. (2001). Untersuchungen mit der „Fremden Situation“ in deutschsprachigen Ländern: Ein Überblick *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 87-98.
- Grabka, M. & Frick, J. (2010). Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. *DIW-Wochenbericht*, 7, 2-11.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, 50, 171-181.

- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2007). Die Entwicklung von Bindungen: Psychische Sicherheit als Voraussetzung für psychologische Anpassungsfähigkeit. In G. Opp & M. Fingerle (Eds.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (pp. 279-298). München: Ernst Reinhard Verlag.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Harris, B., Huckle, P., Thomas, R., Johns, S. & Fung, H. (1989). The use of rating scales to identify post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 813-817.
- Hayutin, L. G., Reed-Knight, B., Blount, R. L., Lewis, J. & McCormick, M. L. (2009). Increasing Parent-Pediatrician Communication about Children's Psychosocial Problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 34 (10), 1155-1164.
- Heilig, L. (2014). Risikokonstellationen in der frühen Kindheit: Auswirkungen biologischer und psychologischer Vulnerabilitäten sowie psychosozialer Stressoren auf kindliche Entwicklungsverläufe. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17, 263-280.
- Hemmi, M. H., Wolke, D. & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 622-629.
- Heneghan, A. M., Mercer, M. & DeLeone, N. L. (2004). Will Mothers Discuss Parenting Stress and Depressive Symptoms With Their Child's Pediatrician? *Pediatrics*, 113(3 (1)), 460-470.
- Heneghan, A. M., Morton, S. & DeLeone, N. L. (2006). Paediatricians' attitudes about discussing maternal depression during a paediatric primary care visit. *Child: care, health and development*, 33(3), 333-339.
- Hoffmann, W., Terschüren, C., Holle, R., Kamtsiuris, P., Bergmann, M., Kroke, A., Sauer, S., Stang, A. & Latza, U. (2004). Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien in Deutschland (Teil II). *Gesundheitswesen*, 66(8/09), 482-491.
- Holling, H. & Schlack, R. (2008). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Gesundheitswesen*, 70(3), 154-163.
- Ihle, W., Esser, G., Martin, M. H., Blanz, B., Reis, O. & Meyer-Probst, B. (2001). Prevalence, course, and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in east and west Germany. *American Behavioral Scientist*, 44, 1918-1936.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2002). Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 201-211.
- Jellinek, M., Evans, N. & Knight, R. B. (1979). Use of a behavior checklist on a pediatric inpatient unit. *The Journal of Pediatrics*, 94(1), 156-158.
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. & Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics*, 112(2), 201-209.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. & Schlaud, M. (2007a). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 836-850.
- Kamtsiuris, P., Lange, M. & Schaffrath Rosario, A. (2007b). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 547-556.

- Kelle, H. (2010). Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik. In H. Kelle (Ed.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. (pp. 23-39). Opladen: Budrich.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 963-973.
- Kindler, H. (2010). Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(10), 1073-1079.
- Kindler, H. (2016). Frühe Hilfen und interventiver Kinderschutz – eine Abgrenzung. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen*. Heidelberg: Springer.
- Kindler, H. & Künster, A. K. (2013). Prävalenz von Belastungen und Risiken in der frühen Kindheit in Deutschland. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Ed.), *Datenreport Frühe Hilfen* (pp. 8-13). Paderborn: Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag.
- Krippeit, L., Belzer, F., Martens-Le Bouar, H., Mall, V. & Barth, M. (2014). Communicating psychosocial problems in German well-child visits. What facilitates, what impedes pediatric exploration? A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 188-194.
- Künster, A. K., Knorr, C., Fegert, J. M. & Ziegenhain, U. (2010). Netzwerkanalyse als Chance der Praxisentwicklung und Evaluation im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz. In I. Renner, A. Sann & N. Z. F. h. Hilfen (Eds.), *Forschung und Praxisentwicklung Frühe Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen* (pp. 241-259). Köln.
- Künster, A. K., Thurn, L., Wucher, A., Kindler, H., Fischer, D. & Ziegenhain, U. (2011). *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz*. Universitätsklinikum Ulm.
- Kuntz, B. & Lampert, T. (2010). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten Jugendlicher – Anforderungen an eine sozial-sensitive Präventionspolitik. *Public Health Forum*, 18, 9-10.
- Kurstjens, S. & Wolke, D. (2001). Effects of Maternal Depression on Cognitive Development of Children Over the First 7 Years of Life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 623-636.
- Landeshauptstadt München. (2014). Bevölkerungsstand. Aktuelle Jahreszahlen. Retrieved from <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtfinfos/Statistik/Bev-ikerung/Bev-ikerungsbestand.html> (Zugriff am 4.7.2018).
- Landeshauptstadt München Sozialreferat. (2016). Monitoring für das Sozialreferat. Retrieved from <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Leitung-und-Zentrale/Sozialplanung/monitoring.html> (Zugriff am 6.7.2018).
- Laucht, M. (1999). Risiko- vs. Schutzfaktor? Kritische Anmerkungen zu einer problematischen Dichotomie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Eds.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (pp. 303-314). München: Ernst Reinhard Verlag.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmid, M. H. (1997). Developmental Outcome of Infants Born with Biological and Psychosocial Risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 843-854.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000a). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000b). Entwicklung von Risikokindern im Schulalter: Die langfristigen Folgen frühkindlicher Belastungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 32, 59-69.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Ihle, W., Löffler, W., Stöhr, R.-M., Weindrich, D. & Weinel, H. (1992). „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche

- Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41(8), 275-285.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 30(1), 5-19.
- Lenz, A. (2008). Stress und Bewältigungsprozesse im Kindesalter. In A. Lenz (Ed.), *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern – Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen* (pp.40-72). Göttingen: Hogrefe.
- Lieberz, K. & Schwarz, E. (1987). Kindheit und Neurose- Ergebnisse einer Kontrollgruppenuntersuchung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 33, 111-118.
- Linver, M. R., Brooks-Gunn, J. & Kohen, D. E. (2002). Family Processes as Pathways From Income to Young Children's Development. *Developmental Psychology*, 38(5), 719-734.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In P. Hammelstein (Ed.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 8-12). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Lösel, F. & Bender, D. (1994). Lebenstüchtig trotz schwieriger Kindheit. Psychische Widerstandskraft im Kindes- und Jugendalter. *Psychoscope*, 15(7), 14-17.
- Lösel, F., Bliesener, T. & Köferl, P. (1989). On the concept of „invulnerability“ evaluation and first results of the Bielefeld Project. In M. Brambring, F. Lösel & H. Skowronek (Eds.), *Children at risk: assessment, longitudinal research, and intervention* (pp.187-221). Berlin, New York: DeGruyter.
- Lohmann, A., Lenzmann, V., Bastian, P., Böttcher, W. & Ziegler, H. (2010). Zur Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bei Frühen Hilfen – eine empirische Analyse der Akteurskonstellationen. In I. Renner, A. Sann & Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Eds.), *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen* (pp. 182-201). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 3) (pp. 739-795). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lynch, T. R., Wildman, B. G. & Smucker, W. D. (1997). Parental disclosure of child psychosocial concerns: relationship to physician identification and management. *The Journal of Family Practice*, 44(3), 273-280.
- Mall, V. (2016). Frühe Hilfen in der Pädiatrie. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 3-6). Heidelberg: Springer.
- Martens-Le Bouar, H., Renner, I., Belzer, F., Barth, M., Krippel, L., Ufer, J., Friedmann, A., Ziegler, M., von Kries, R., Paul, M. & Mall, V. (2013). Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. *Kinderärztliche Praxis*, 84, 94-99.
- Mattejat, F. (2002). Kinder depressiver Eltern. In H. Braun-Scharm (Ed.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 231-145). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Mattejat, F. (2005). Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisofsky (Eds.), *Nicht von schlechten Eltern* (Vol. 5), (pp. 66-78). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Mattejat, F. & Renschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(23), 413-418.
- Metzner, F., Schwinn, A., Mösko, M. & Pawils, S. (2015). Familien mit Migrationshintergrund als Zielgruppe in den Frühen Hilfen: Ergebnisse eines sozialen Frühwarnsystems einer Metropolregion. *Gesundheitswesen*, 77, 742–748.

- Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-461.
- Murray, L. & Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8, 55-63.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2009). *Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Ed.)*.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). (2018). Bundesweite repräsentative Studie zur Verteilung von Belastungsfaktoren in Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern und zur Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten. Retrieved from <https://www.fruehehilfen.de/forschung/praevalenz-und-versorgungsforschung/hauptstudie/> (Zugriff am 03.8.2018).
- Nüsken, D. (2011). Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme – Strukturen, Zugänge und Modelle zum Kinderschutz und zur Früherkennung riskanter Lebenslagen. In G. Robert, K. Pfeifer & T. Drößler (Eds.), *Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung* (pp. 271-290). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien.
- O'Hara, M. W. (1987). Post-partum „blues“, depression and psychosis: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7, 205-227.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Phillipps, L. H. & Wright, E. J. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.
- Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik. (2015). Screening. Retrieved from <http://lexikon.stangl.eu/3414/screening/> (Zugriff am 23.6.17).
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive Parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 669-720). New York: Wiley.
- Papoušek, M. (2001). Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In H. Braun-Scharm (Ed.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 25-46). Darmstadt: Wissenschaftliche Verlagsunion.
- Papoušek, M. (2002). Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In H. Braun-Scharm (Ed.), *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (pp. 201-230). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- Papoušek, M. (2009). Persistierendes Schreien. Schreiprobleme im Entwicklungskontext von Eltern-Kind-Kommunikation und -Beziehung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 558-566.
- Papoušek, M. & von Hofacker, N. (1998). Persistent crying in early infancy: A non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child: care, health and development*, 24(5), 395-424.
- 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.
- Paul, M. (2012). Was sind Frühe Hilfen? *Frühe Kindheit- die ersten sechs Jahre. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V., Sonderausgabe 2012*, 6-7.
- Paul, M. (2016). Konzept der Frühen Hilfen im Wandel. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 7-12). Heidelberg: Springer.



- Plass, A. & Wiegand-Greife, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim Basel: Beltz.
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(3), 234-244.
- Reck, C., Backenstraß, M., Möhler, E., Hunt, A., Resch, F. & Mundt, C. (2001). Mutter-Kind Interaktion und postpartale Depression. *Psychotherapie*, 6, 171-185.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Möhler, E., Downing, G., Tronick, E. Z. & Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants. *Psychopathology*, 37, 272-280.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C. & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-468.
- Reister, G. (1995). *Schutz vor psychogener Erkrankung*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 10, 1048-1055.
- Renner, I. & Sann, A. (2013). Frühe Hilfen: Die Prävalenz des Bedarfs. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Ed.), Datenreport 2013 (pp. 14-16). Paderborn: Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag.
- Reulbach, U., Bleich, S., Knörr, J., Burger, P., Fasching, P. A., Kornhuber, J., Beckmann, M. W. & Goecke, T. W. (2009). Prä-, peri- und postpartale Depressivität. Erste Erkenntnisse aus FRAMES (Franconian Maternal Health Evaluation Studies). *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 77, 708-713.
- Rhule, D. M., McMahon, R. J., Spieker, S. J. & Munson, J. A. (2006). Positive Adjustment and Associated Protective Factors in Children of Adolescent Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 15(2), 231-251.
- Riecher-Rössler, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Geburt *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 65, 97-107.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sann, A. & Küster, E. U. (2013). Zum Stand des Ausbaus Früher Hilfen in den Kommunen. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Ed.), Datenreport Frühe Hilfen (pp. 36-45). Köln: Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag.
- Sann, A. & Landua, D. (2010). Systeme Früher Hilfen: Gemeinsam geht's besser! Ergebnisse der ersten bundesweiten Bestandsaufnahme bei Jugend- und Gesundheitsämtern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(10), 1018-1028.
- Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3-14.
- Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O. & Weilandt, C. (2006). Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 49(9), 853-860.
- Schenk, L., Ellert, U. & Neuhauser, H. (2007). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 590-599.

- Schieche, M., Rupperecht, C. & Papoušek, M. (2004). Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (pp. 145-170). Bern: Huber.
- Schlack, H. G. (2004). Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. *Frühe Kindheit*, 6, 18-21.
- Schlack, H. G. (2009). Sozialpädiatrie: Eine Standortbestimmung. In H. G. Schlack, R. von Kries & U. Thyen (Eds.), *Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag* (pp. 1-8). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R. & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99, 286-290.
- Schmidt-Denter, U. (2000). Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie. In K. A. Schneewind (Ed.), *Familienpsychologie im Aufwind* (pp. 203-221). Göttingen: Hogrefe.
- Scholtes, K., Benz, M. & Demant, H. (2012). Schlafstörungen im Kindesalter. In M. Cierpka (Ed.), *Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (pp. 199-218). Berlin: Springer.
- Schone, R. (2008). *Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe*. Berlin.
- Schulz, K. F. & Grimes, D. (2002). Sample size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. *The Lancet*, 359, 781-785.
- Schuntermann, M. F. (2005). The Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 93-102.
- Sharp, D., Hay, D., Pawlby, S., Schmucher, G., Allen, H. & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1315-1337.
- Sharp, L., Pantell, R. H., Murphy, L. O. & Lewis, C. C. (1992). Psychosocial problems during child health supervision visits: eliciting, then what? *Pediatrics*, 89(4), 619-623.
- Sidor, A., Fischer, C. & Cierpka, M. (2013a). Early Regulatory Problems in Infancy and Psychopathological Symptoms at 24 Months: A Longitudinal Study in a High-risk Sample. *Child and Adolescent Behavior*, 1(3), 1-10.
- Sidor, A., Fischer, C. & Cierpka, M. (2017). The link between infant regulatory problems, temperament traits, maternal depressive symptoms and children's psychopathological symptoms at age three: a longitudinal study in a German at-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(10), 1-17.
- Sidor, A., Fischer, C., Eickhorst, A. & Cierpka, M. (2013b). Influence of early regulatory problems in infants on their development at 12 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 1-14.
- Siebolds, M., Munzel, B., Müller, R., Haussermann, S., Paul, M. & Kahl, C. (2016). Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(10), 1310-1314.
- Sinclair, D. & Murray, L. (1998). Teacher reports of adjustment to school of postnatally depressed and well mothers' children. *British Journal of Psychiatry*, 172, 58-63.

- Smeeckens, S., Riksen-Walraven, S. M. & van Bakel, H. J. A. (2007). Multiple Determinants of Externalizing Behavior in 5-Year-Olds: A Longitudinal Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 247-361.
- Snell-Johns, J., Mendez, J. L. & Smith, B. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 19-35.
- Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S. & Geyer, S. (2012). Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 735-744.
- St. James-Roberts, I. & Halil, T. (1991). Infant crying patterns in the first year: normative and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 951-968.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (2016). Junge Mütter werden in der EU immer seltener. *Europa in Zahlen*. Retrieved from [https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Bevoelkerung/Junge\\_Muetter.html](https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/BevoelkerungSoziales/Bevoelkerung/Junge_Muetter.html) (Zugriff am 28.12.2017).
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2016). 359 Kinder wurden von Minderjährigen 2014 zu Welt gebracht. Anteil in Baden-Württemberg und Bayern mit jeweils 0,4 Prozent bundesweit am geringsten. Retrieved from <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2016010> (Zugriff am 28.12.2017).
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. J. (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.
- Sternberg, R. J. & Grigorenko, E. L. (2000). Practical intelligence and its development. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 215-243). San Francisco: Jossey-Bass.
- Stevens, G. W. J. M. & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 276-294.
- Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Delius, M., Hasbargen, U., Friese, K. & Stöckl, D. (2012). Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 128-133.
- Suarez-Orozco, C., Todorova, I. & Qin, D. B. (2006). The well-being of immigrant adolescents: A longitudinal perspective on risk and protective factors. In F. A. Villarruel & T. Luster (Eds.), *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective programs* (Vol. 2), (pp. 53-83) Westport, Conn: Praeger Publishers/ Greenwood Publishing Group.
- Svanberg, P. O. G. (1998). Attachment, resilience and prevention. *Journal of Mental Health*, 7(6), 543-578.
- Sylvén, S. M., Papadopoulos, F. C., Mpazakidis, V., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I. & Skalkidou, A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 195-201.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1997). Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 136-164). New York: Guilford Press.
- Thaiss, H., Klein, R., Schumann, E. C., Ellsasser, G., Breitkopf, H., Reinecke, H. & Zimmermann, E. (2010). Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(10), 1029-1047.
- Thomas, A., Chess, S. & Birch, H. G. (1970). The Origin of Personality. *Scientific American*, 223(2), 102-109.

- Thyen, U. (2014). Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162, 518-526.
- Tress, W. (1986). Die positive frühkindliche Bezugsperson. Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36, 51-57.
- Tronick, E. Z. & Gianino, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenges to the coping infant. *Zero to three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, 1-6.
- Urban, D. (1993). *Logit-Analyse. Statistische Verfahren zur Analyse von Modellen mit qualitativen Response-Variablen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, A. & Dussuyer, I. (2004). At risk but not antisocial. Changes from childhood to adolescence. *Family Matters*, 68, 13-20.
- Vereinte Nationen. (1989). Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Retrieved from <https://www.kinderrechtskonvention.info> (Zugriff am 4.1.2018).
- von Ballestrem, C.-L., Strauß, M. & Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 29-35.
- von Gontard, A., Möhler, E. & Bindt, C. (2015). Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k). Retrieved from <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html> (Zugriff am 5.3.2017).
- von Hofacker, M., Papoušek, M., Jacubeit, T. & Malinowski, M. (1999). Rätsel der Säuglingskoliken. Ergebnisse, Erfahrungen und therapeutische Interventionen aus der „Münchener Sprechstunde für Schreibabies“. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 147, 244-253.
- von Hofacker, M., Papoušek, M. & Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (pp. 171-199). Bern: Huber.
- von Hofacker, N., Lehmkuhl, U., Resch, F., Papoušek, M., Barth, R. & Jacubeit, T. (2007). Leitlinie Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Ed.), *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (Vol. 3), (pp. 357-378). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M. & Grube, M. (2015). Psychische Störungen in der frühen Kindheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 269-278.
- von Kries, R. (2016). Bedarf an Frühen Hilfen: Epidemiologie. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 27-36). Heidelberg: Springer.
- von Kries, R., Kalies, H. & Papoušek, M. (2006). Excessive Crying Beyond 3 Months May Herald Other Features of Multiple Regulatory Problems. *Archives of Pediatrics And Adolescent Medicine*, 160, 508-511.
- Waldmann, H. (2014). Screening. In M. A. Wirtz (Ed.), *Dorsch- Lexikon der Psychologie* (p. 1483). Bern: Verlag Hans Huber.
- Walker, W. O., LaGrone, R. G. & Atkinson, A. W. (1989). Psychosocial Screening in Pediatric Practice: Identifying High-Risk Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 10, 134-138.
- Walter, U., Ramazan, S., Krauth, C. & Machleidt, W. (2007). Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 349-353.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1948). Präambel zur Satzung. Genf: WHO.

- Werner, E. E. (1989). High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E. E. (1992). The Children of Kauai: Resiliency and Recovery in Adolescence and Adulthood. *Journal Of Adolescent Health*, 13, 262-268.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E. E. (1994). Overcoming the Odds. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15(2), 131-136.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience and recovery*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wessel, M. A., Cobb, J. C. & Jackson, E. B. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14(5), 421-435.
- Winsper, C. & Wolke, D. (2014). Infant and Toddler Crying, Sleeping and Feeding Problems and Trajectories of Dysregulated Behavior Across Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 831-843.
- Wissow, L. S., Larson, S., Anderson, J. & Hadjiisky, E. (2005). Pediatric Residents' Responses That Discourage Discussion of Psychosocial Problems in Primary Care. *Pediatrics*, 115(6), 1569-1578.
- Wolf, C. & Best, H. (2010). Logistische Regression. In C. Wolf & H. Best (Eds.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenaanalyse* (pp. 827-854). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wolke, D., Schmid, G., Schreier, A. & Meyer, R. (2009). Crying and Feeding Problems in Infancy and Cognitive Outcome in Preschool Children Born at Risk: A Prospective Population Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(3), 226-238.
- World Health Organization (WHO). (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf: World Health Organization (WHO).
- Worsham, N. L., Compas, B. E. & Sydney, E. Y. (1997). Children's coping with parental illness. In W. Sandler (Ed.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 195-213). New York: Springer.
- Wurmser, H. (2009). Schrei-, Schlaf- und Fütterstörung. Prävalenz, Persistenz, Prädiktoren und Langzeitprognose. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 574-579.
- Wurmser, H., Laubereau, B., Hermann, M., Papoušek, M. & von Kries, R. (2001). Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Human Development*, 64, 1-6.
- Wustmann, C. (2004). Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. In W. E. Fthenakis (Ed.), *Beiträge zur Bildungsqualität*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51(2), 192-206.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Raoof, A., Gribble, P. A., Parker, G. R. & Wannan, M. (1992). Interviews with children who experienced major life stress: Family and Child Attributes that Predict Resilient Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 904-910.

- 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.
- Zero to Three. (2016a). Crying disorder of Infancy/ Early Childhood DC:0–5. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood is designed to help professionals in mental health and other/related fields* (pp. 110-112). Washington: Zero to Three the National Center.
- Zero to Three. (2016b). Sleep disorders DC:0–5. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood is designed to help professionals in mental health and other/related fields* (pp. 91-98). Washington: Zero to Three the National Center.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J. M. (2010). Die Partner der Vernetzung und die Analyse der lokalen Angebots- und Vernetzungsstrukturen. In Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Ed.), *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz* (pp. 70-98). Ulm: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Ziegenhain, U., Thurn, L., Künster, A. K., Besier, T., Roudil d'Ajoux, V., Böttinger, U., Fegert, J., Renner, I. & Kindler, H. (2011). Frühe Risiken für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung – eine Untersuchung in Geburtskliniken des Ortenaukreises. *Das Jugendamt*, 84, 377-382.
- Ziegler, M. (2016). Frühkindliche Regulationsstörungen. In V. Mall & A. Friedmann (Eds.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen- intervenieren- vernetzen* (pp. 40-62). Heidelberg: Springer.
- Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R. & Papoušek, M. (2004). Exzessives Schreien im Säuglingsalter In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (pp. 111-143). Bern: Huber.
- Ziegler, M., Wollwerth, R. & Papoušek, M. (2008). Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 111-144). Bern: Huber.
- 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 Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59, 1262-1270.

---

## 9. Tabellenverzeichnis

**Tabelle 1:** Prävalenzen psychosozialer Belastungsfaktoren nach Kindler und Künster (2013)

**Tabelle 2:** Verteilung der Münchener Praxen auf die einzelnen Stadtteile

**Tabelle 3:** Anzahl der U-Untersuchungen in ganzen Zahlen und Prozentangaben

**Tabelle 4:** Anzahl der Belastungsfaktoren

**Tabelle 5:** Einteilung der Anzahl der Belastungsfaktoren

**Tabelle 6:** Einteilung in kindzentrierte, elternzentrierte und familienbezogene Belastungsfaktoren

**Tabelle 7:** Häufigkeiten elternzentrierter, kindzentrierter und familienbezogener psychosozialer und klinischer Belastungsfaktoren

**Tabelle 8:** Unterschiede in der Verteilung von klinischen Belastungen in den Gruppen klinisch belasteter und mehrfach belasteter Familien

**Tabelle 9:** Unterschiede in der Verteilung von psychosozialen Belastungen in den Gruppen psychosozial belasteter und mehrfach belasteter Familien

**Tabelle 10:** Unterstützungsverhalten bei Familien mit ausschließlich psychosozialer Belastung

**Tabelle 11:** Unterstützungsverhalten bei Familien mit ausschließlich klinischer Belastung

**Tabelle 12:** Unterstützungsverhalten bei Familien mit mehrfacher Belastung

**Tabelle 13:** Gründe für den Krankenhausaufenthalt

**Tabelle 14:** Vorliegen von Auffälligkeiten bei U5 als Prädiktor für ein generelles Vorliegen von Auffälligkeiten bei U6

**Tabelle 15:** Psychosoziale und klinische Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der U5 als Prädiktoren für Auffälligkeiten bei U6

**Tabelle 16:** Auffälligkeiten Entwicklung/Verhalten (Sicht Pädiater) und Schlafstörung des Kindes als Prädiktoren für Entwicklungsverzögerungen bei U6

**Tabelle 17:** Unterteilung der auffälligen Fälle nach Auffälligkeitszeitpunkt

**Tabelle 18:** Häufigkeiten der psychosozialen und klinischen Belastungsfaktoren bei U5 für persistierend auffällige und Remissionskinder

**Tabelle 19:** Häufigkeiten der Belastungsfaktoren bei U6 für persistierend auffällige und neu auffällige Kinder

**Tabelle 20:** Anzahl der Belastungsfaktoren bei persistierenden und remittierten Kindern

**Tabelle 21:** Persistierend auffällige und Remissionskinder in der Gruppe der mehrfach belasteten Familien

**Tabelle 22:** Mehrfache Belastung und 3 oder mehr Belastungsfaktoren bei persistierend auffälligen Kindern und Remissionskindern

**Tabelle 23:** Familiäre Ressourcen von persistierend Auffälligen und Remissionskindern

**Tabelle 24:** Betreuungsunterschiede zwischen persistierend auffälligen und Remissionskindern

---

## 10. **Abbildungsverzeichnis**

**Abb. 1:** Graphische Darstellung des Studiendesigns

**Abb. 2:** Häufigkeiten der Gründe für eine Nichtteilnahme an der Studie

**Abb. 3:** Häufigkeiten aller psychosozialen Belastungsitems innerhalb der belasteten Familien

**Abb. 4:** Häufigkeiten klinisch relevanter Symptome innerhalb der belasteten Familien

**Abb. 5:** Häufigkeiten der drei Belastungsgruppen innerhalb der belasteten Familien

**Abb. 6:** Dokumentierte Ressourcen der Familien

**Abb. 7:** Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der U6 innerhalb der belasteten Familien




**Abb. 8:** Hilfreiche Aspekte des Pädiatrischen Anhaltsbogens

**Abb. 9:** Positive Eigenschaften des Anhaltsbogens

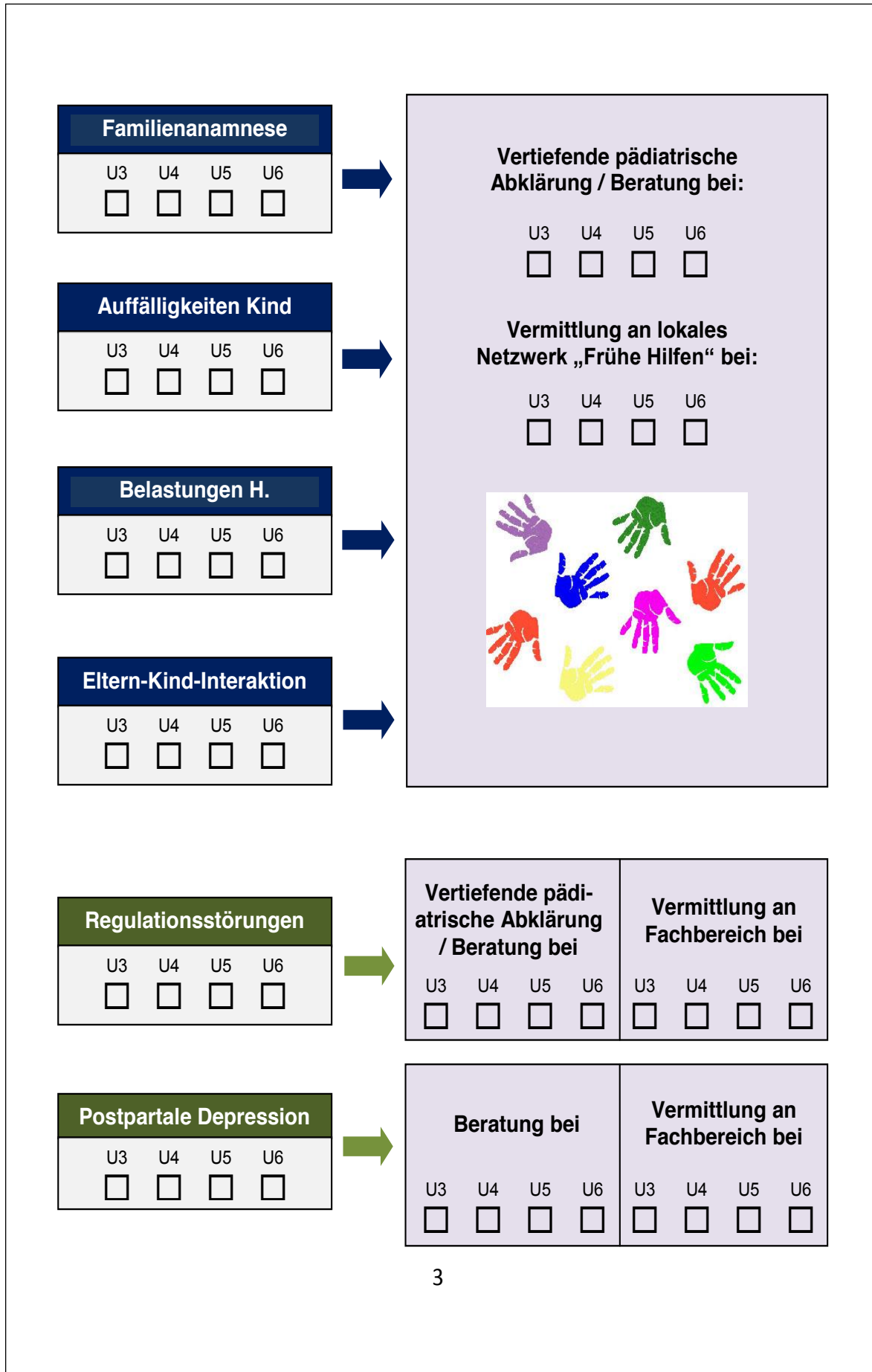


## 11. Anhang

### 11.1. Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6)

  												
<b>Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6)</b>												
Praxis-Code:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Code des Kindes:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Familie:	<input checked="" type="radio"/> Alter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Alter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> M. jünger als 18 J.											
<b>Familienanamnese</b>	<b>Schwangerschaft / Geburt</b>											
	Risikonummern*: <input type="text"/> 06 <input type="text"/> 07 <input type="text"/> 13 <input type="text"/> 25 <input type="text"/> 29 <input type="text"/> 30 <input type="text"/> 31											
	Anzahl Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen: _____ Erstuntersuchung Schwangerschaftswoche: _____											
	<b>Fürsorgeanforderungen / Familiäre Erkrankungen / Belastungen</b>											
	<input type="checkbox"/> _____ Kind mit erhöhten Fürsorgeanforderungen (z.B. Mehrlinge)											
	<input type="checkbox"/> _____ Schwere Erkrankungen in der Familie - wer / welche											
	<input type="checkbox"/> _____ Sonstige Belastungen											
<b>Gesundheitsfürsorge</b>	<b>Durchgeführte U-Untersuchungen</b>											
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>U1</td> <td>U2</td> <td>U3</td> <td>U4</td> <td>U5</td> <td>U6</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	U1	U2	U3	U4	U5	U6					
U1	U2	U3	U4	U5	U6							
	Kinderarztwechsel <input type="checkbox"/>											
* Risikonummern der Gynäkologie (Mutterpass / gelbes Heft)												

<b>Psychosoziale Belastungen</b>	<b>Familienanamnese</b>				
		U3	U4	U5	U6
	1. Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Auffälligkeiten beim Kind</b>				
		U3	U4	U5	U6
	2. Pflege / Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Entwicklung / Verhalten (Sicht des Pädiaters)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Entwicklung / Verhalten (Sicht der Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Belastungen der Hauptbezugsperson (H.)</b>				
		U3	U4	U5	U6
5. starke Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. selbstberichtete mangelnde Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Eltern-Kind-Interaktion</b>					
	U3	U4	U5	U6	
7. mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. wenig einfühlsames Handling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Anzeichen von Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Klinisch relevante Symptome</b>	<b>Regulationsstörungen</b>				
		U3	U4	U5	U6
	10. Exzessives Schreien / starke Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Fütterstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anzeichen Postpartaler Depression</b>					
	U3	U4	U5	U6	
13. Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<b>Falls keine Eintragung auf S.2 und S.3:</b>	U3	U4	U5	U6
<b>Kein Hilfebedarf bei der Familie erkennbar:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr leicht	leicht	weder noch	schwer	Sehr schwer
<b>Die Beurteilung des Hilfebedarfs fiel mir:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Vorstellung empfohlen bei:</b>	<b>Datum / U:</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Vorstellung bei Fachstelle ist erfolgt:</b>	Ja    Nein _____
<b>Empfohlene Maßnahme der Fachstelle:</b>	_____
	_____
<b>Eltern nehmen an der Maßnahme teil:</b>	Ja    Nein _____
<b>Anzahl der Termine:</b>	Einmal    Mehrmals: _____
<b>Maßnahme hilft aus pädiatrischer Sicht:</b>	Sehr gut    gut    weder noch    schlecht    sehr schlecht
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Familiäre Ressourcen:**

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

© Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Freiburg, Kinderzentrum München, Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Keine Weitergabe oder Vervielfältigung.

## 11.2. Handanweisung zum pädiatrischen Anhaltsbogen

### Handanweisung

#### Ziele der Dokumentation

- Systematische Exploration der psychosozialen Entwicklungsgegebenheiten
- Quer- und längsschnittliche Verlaufsdokumentation von Zeichen für psychosoziale Fehlentwicklungen und psychosomatische Krankheiten im Zeitfenster von der U3 bis zur U6 (Pro Kind ein Bogen über alle vier U-Untersuchungen)
- Grundlage für Praxispädiater für vertiefende Explorationen, komplexe und antizipatorische Elternberatungen und ggf. gezielte Weitervermittlungen an Fachambulanzen oder sekundär-präventive Maßnahmen (z. B. Angebote der Frühen Hilfen)

#### Aufbau des Dokumentationsbogens

- 4-seitige Paper-Pencil-Version im DIN A5 Broschüren-Format
- Seite 1: Übersicht zu den „Startbedingungen“ eines Kindes
- Seite 2 und 3: Items und Handlungsempfehlungen
- Seite 4: Möglichkeiten für Freitext (Notizen und Dokumentation von Maßnahmen)

#### Durchführung der Einschätzung

- durchführbar während und gegen Ende der U-Untersuchung
- ausfüllbar sowohl vom Pädiater allein als auch mit Hilfe des medizinischen Fachpersonals
- Skalierung:
  - **Kreuz** bei deutlichen Anzeichen
  - **Fragezeichen** bei Unsicherheit oder als Erinnerungshilfe für folgende U-Untersuchungen
- Auswertung:
  - Pädiatrischer Gesamteindruck unter Berücksichtigung der Kreuze und/oder Fragezeichen und der klinischen Relevanz der Befunde für die Entwicklung des Kindes. Das Ergebnis ist nicht bindend.
- Das weitere Procedere:
  - Bei positiven Zeichen ist eine vertiefende Exploration indiziert
  - Ggf. in Absprache mit den Eltern gezielte Weitervermittlung, Überweisung

---

## **Inhalte des Dokumentationsbogens: Deckblatt (1. Seite)**

Die erste Seite des Dokumentationsbogens zeigt im zusammenfassenden Überblick eine Einschätzung der Startbedingungen des Kindes und der familiären Fürsorgekapazitäten.

### **Befunde der U1, Familienanamnese und gesundheitliche Fürsorge**

- Familiensituation und -stammbaum
- Psychosozial relevante Befunde aus Schwangerschaft und Geburt<sup>5</sup>
- Chronische Belastungen<sup>6</sup>
- Inanspruchnahme von U-Untersuchungen und Kinderarztwechsel

## **Innenseite links (2. Seite)**

### **Psychosoziale Belastungen:**

Hier werden Befunde zur familiären Gesamtsituation, zum Kind, den Hauptbezugspersonen und der Eltern-Kind Interaktion zusammenfassend dokumentiert. Pro Item gibt es vier Kästchen, je eins für die U3 bis U6.

- **Familienanamnese:**  
Aggregierte Einschätzung, wie die junge Familie ihre Belastungen bewältigt (vgl. Item *Insgesamt belastende Startbedingungen*, 1. Seite).
- **Auffälligkeiten beim Kind:**  
Einschätzung des Pflege- und Ernährungszustandes und der Entwicklung bzw. des Verhaltens des Kindes. Da bei letzterem der kinderärztliche Kurzeindruck vom elterlichen abweichen kann, sollte auch die Sichtweise der Eltern exploriert werden.
- **Belastungen der Hauptbezugsperson:**  
Fokus auf beobachtbaren oder anamnestischen Hinweisen auf Erschöpfung und/oder selbstberichtete mangelnde Unterstützung.
- **Eltern-Kind-Interaktion:**  
Einschätzung der Beziehung des Kindes und der Hauptbezugsperson. Besonders sollte auf **mangelnde Zuwendung, Anzeichen von Überforderung** und **wenig einfühlsames Handling** geachtet werden.

---

<sup>5</sup> Folgende Risikonummern aus dem Mutterpass sind hier relevant: **6/ 30** besondere psychische Belastung, **7/ 31** besondere soziale Belastung, **13** Schwangere unter 18 Jahren, **25** Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr), **29** Abusus.

<sup>6</sup> Ein Beispiel ist das Item *Erkrankung in der Familie*. Relevant ist das Item allerdings nur, wenn die Erkrankung die Betreuungskapazität der Hauptbezugsperson deutlich einschränkt.

---

**Klinisch relevante Symptome:****• Regulationsstörungen:**

Abklärung erfolgt entsprechend den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften ([www.awmf.org](http://www.awmf.org)). Ferner können altersspezifische Elternfragebögen zu Regulations- und Bindungsstörungen von Papoušek verwendet werden (Bezug über Pädinfom).

**• Postpartale Depression:**

Augenmerk auf depressive Gemüthsstimmung, Antriebsmangel, Freudlosigkeit, Insuffizienzgefühle als Mutter, ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind.

Empfehlung:

- 2-Fragen-Test (Whooley et al. 1999: J Gen Intern Med 12, 439-445):
  1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
  2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) – Elternfragebogen zur Selbstausskunft zu ihrer aktuellen Befindlichkeit

**Innenseite rechts (3. Seite):**

Zusammenfassung der Einzelbefunde von Seite 2. Bei entsprechender Vertrautheit mit dem Dokumentationsbogen reicht es aus, nur diese Übersicht auszufüllen.

**4. Seite (Rückseite)**

Möglichkeiten für Kommentare und Dokumentation der empfohlenen und durchgeführten Maßnahmen. Ferner können wichtige Adressen im lokalen Versorgungsnetz vermerkt werden (z. B. Clearingstelle für Frühe Hilfen, psychosomatische Babyambulanz, psychiatrische Fachambulanz).

### 11.3. Nichtteilnehmerfragebogen

#### Kurzfragebogen für Nicht-StudienteilnehmerInnen

Datum: \_\_\_\_\_

#### 1. Gründe für die Nichtteilnahme

- a. Thema nicht interessant für mich
- b. Zeitliche Gründe / Aufwand
- c. Datenschutz
- d. Sorge, dass wir als Eltern negativ beurteilt werden
- e. Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

#### 2. Angaben zu Ihrer Person

- a. Alter: \_\_\_\_\_
- b. Geschlecht: weiblich  männlich
- c. Ich bin die Mutter des Kindes  Ich bin der Vater des Kindes
- d. Muttersprache: \_\_\_\_\_
- e. Schulabschluss: keinen   
Hauptschule   
Mittlere Reife   
Abitur / Fachabitur   
Sonstigen: \_\_\_\_\_

---

#### Auszufüllen von der medizinischen Fachangestellten:

Studienteilnahme aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht möglich 

Wenn ja, Nationalität: \_\_\_\_\_

**Bitte 1 Kurzfragebogen pro Nichtteilnehmer abheften, auch wenn er nicht ausgefüllt wurde.**



## 11.4. Nachuntersuchungsfragebogen

Code:

### Migrationshintergrund

*In welchem Land sind die Eltern geboren?*

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

*Wenn Geburtsland nicht Deutschland: Seit wann leben die Eltern hauptsächlich in Deutschland?*

Einreisejahr Mutter: \_\_\_\_\_ Einreisejahr Vater: \_\_\_\_\_

*Muttersprache der Eltern?*

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

*Wenn Deutsch nicht die Muttersprache ist, wie gut schätzen die Eltern ihre Deutschkenntnisse ein?*

Mutter: sehr gut  gut  mittelmäßig  wenig  gar nicht

Vater: sehr gut  gut  mittelmäßig  wenig  gar nicht

### Auffälligkeiten im Rahmen der U-Untersuchungen

Gab es Auffälligkeiten im Rahmen der U5?

Ja  Nein



Falls Ja, welche:

---

---

Gab es Auffälligkeiten im Rahmen der U6?

Ja  Nein



Falls Ja, welche:

---

---

**Krankenhausaufenthalte**

Gab es Krankenhausaufenthalte des Kindes seit der U5?

**Ja****Nein**

Anzahl der Krankenhausaufenthalte:

---



Weshalb erfolgte der Krankenhausaufenthalt:

---

---

---

**Andere Kontakte mit dem Gesundheitswesen**

Gab es andere Kontakte mit dem Gesundheitswesen?

**Ja****Nein**

Konsultation sozialpädiatrischer Zentren

sonstige Arztkontakte (Fachrichtung):

---

sonstige Kontakte zum Gesundheitswesen (z. B. Schreibabyambulanz, psychiatrische Fachambulanz etc.):

---

Anzahl der Kinderarztbesuche gesamt:

---

**Kontakt zum Sozial- und Jugenddienst**

Gab es Kontakt zum Sozial- und Jugenddienst?

**Ja****Nein**

Frühförderstellen

Erziehungsberatung

Sonstige Beratung durch den Sozial- Jugenddienst

Jugendamt ➡ weshalb erfolgte der Kontakt?

**Inanspruchnahme von „Frühen Hilfen“**

Gab es Kontakt zum Koordinierungssystem „Frühe Hilfen“ der Stadt München?

**Ja****Nein**

Erfolgte die Kontaktaufnahme aufgrund des Ergebnisses des pädiatrischen Anhaltsbogens zum Zeitpunkt der U5?

**Ja****Nein**

➡ Wie kam der Kontakt zu Stande? \_\_\_\_\_

Wann erfolgte der Erstkontakt?

---

Welche Maßnahmen/ Angebote „Früher Hilfen“ wurden in Anspruch genommen?

---

Wie häufig erfolgte die Nutzung?

---

## 11.5. Praktikabilitätsfragbogen

**Fragebogen für Pädiater, die an der Studie  
„Evaluation psychosozialer Umweltfaktoren im Rahmen der pädiatrischen  
Früherkennungsuntersuchung: ein Anhaltsbogen zur Unterstützung der klinischen  
Entscheidungsfindung“ teilgenommen haben**

Das Frühe Hilfen Team bedankt sich recht herzlich für die Teilnahme an dieser Studie und Ihr Engagement. Diese kurze Evaluation hilft uns, den Fragebogen weiter zu entwickeln und die Studiendurchführung zu verbessern!

Fragen 1-20 beziehen sich ausschließlich auf Anwendung und Inhalt des Dokumentationsbogens. Für die Bewertung des Studienablaufs bitten wir Sie, die Fragen 21-24 zu beantworten.

### Praktikabilität des Anhaltsbogens

1. Wie hoch war der Zeitaufwand bei erstmaligem Ausfüllen des Anhaltsbogens?  
 sehr gering (<3 Min)       gering (5-10 Min)  
 gering (3-5 Min)       sehr hoch (>10 Min)
  
2. Wurde der Zeitaufwand geringer im Laufe der Studie und mit Anzahl der Untersuchungen?  
 Ja       Nein
  
3. Wie hoch war der zeitliche Mehraufwand für das Praxisteam, z. B. durch Gespräche in Zusammenhang mit Frühen Hilfen oder die Vermittlung zu verschiedenen Hilfsangeboten?  
 sehr gering     gering     eher gering  
 hoch       sehr hoch
  
4. War der Anhaltsbogen selbsterklärend, bzw. leicht interpretierbar?  
 trifft nicht zu     trifft eher nicht zu     trifft eher zu     trifft zu

---

5. Wenn nein, was war missverständlich?

---

---

---

---

6. Wurde der Anhaltsbogen auch von anderen Praxismitarbeitern ausgefüllt?

Ja  Nein

7. Wenn ja, welche Teile: \_\_\_\_\_

---

von wem: \_\_\_\_\_

---

8. Hat die Anwendung des Anhaltsbogens die Untersuchungsdauer der U5 verlängert?

Ja  Nein

### Nützlichkeit des Anhaltsbogens

9. War die Benutzung des Anhaltsbogens für die Beurteilung des Kindes und seines psychosozialen Umfelds hilfreich?

Ja  Nein

10. Wenn ja, inwiefern (bitte kurze Beschreibung):

---

---

---

---

11. Haben Sie Ihr Überweisungsverhalten durch die Anwendung des Anhaltsbogens geändert?

Ja  Nein

12. Wenn ja, inwiefern (bitte kurze Beschreibung):

---

---

13. Fühlten Sie sich durch die Anwendung des Anhaltsbogens in Ihrer Entscheidungs- und Handlungsautonomie:

- unterstützt  
 eingeschränkt  
 nicht beeinflusst

14. Wie viel Prozent der von Ihnen als belastet eingeschätzten Familien haben Sie eine Empfehlung zur Weitervermittlung in die Frühen Hilfen ausgesprochen (Schätzwert)?

- <25%     25%     50%     75%     100%

15. In wie viel Prozent der Fälle der von Ihnen als belastet eingeschätzten Familien war eine Beratung in der Praxis ausreichend (Schätzwert)?

- <25%     25%     50%     75%     100%

16. Die aus dem Anhaltsbogen resultierenden Empfehlungen wurden von den Eltern angenommen zu (Schätzwert):

- 100%    75%    50%    25%    <25%

### Beurteilung des Anhaltsbogens

17. Positive Eigenschaften des Anhaltsbogens:

---

---

---

---

18. Negative Eigenschaften des Anhaltsbogens:

---

---

---

---

19. Würden Sie den Anhaltsbogen auch in Zukunft benutzen?

- Ja    Nein

---

20. Warum (bitte kurze Beschreibung)?

---

---

---

---

**Beurteilung der Studie**

21. Sind Schwierigkeiten aufgetreten?

Ja, welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nein

22. Waren Sie mit der organisatorischen Betreuung während der Studie durch das Studententeam des Kinderzentrums zufrieden?

trifft zu                       trifft eher zu                       trifft eher nicht zu  
 trifft nicht zu                       Enthaltung

23. War die Zusammenarbeit mit den Interviewern erfolgreich, z. B. Terminkoordination, Rückmeldung der Ergebnisse?

trifft zu                       trifft eher zu                       trifft eher nicht zu  
 trifft nicht zu                       Enthaltung

24. Allgemeine Kommentare zum Ablauf der Studie:

---

---

---

---

---

Vielen Dank!

---

## 12. Danksagung

Ich danke an erster Stelle meinem Doktorvater, Prof. Dr. med. Volker Mall, für die gute Zusammenarbeit der letzten sechs Jahre am Lehrstuhl für Sozialpädiatrie der Technischen Universität München und die Möglichkeit, die Arbeitsgruppe der vorliegenden Studie geleitet haben zu dürfen. Sein stetes Vertrauen, seine hohen Ansprüche und sein gleichzeitig ausgeprägtes Verständnis für meine gesundheitliche Situation haben mich dabei unterstützt, diese Arbeit zu schreiben.

Weiterhin möchte ich den Kinder- und Jugendärzt\_innen, die an dieser Studie maßgeblich mitgewirkt haben, danken: Die vielen Gespräche und interessanten Treffen haben mir einen wertvollen Einblick in den praxispädiatrischen Alltag gewährt, der meinen theoriegeleiteten Blick erweitert hat.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, die mich in meinem Schaffensprozess wohlwollend begleitet haben. Meinem Vater, Dr. Robert Aylett, danke ich vor allem für den ermutigenden Austausch über den manchmal schier endlos scheinenden Prozess des Verfassens einer Dissertation. Meiner Mutter, Katharina Friedmann, danke ich für ihre große Geduld, ihre immerwährende Motivation und die vielen Stunden, die sie mit Korrekturlesen verbracht hat – dabei hat sie sich so sehr in diese Arbeit eingedacht, dass sie sie wohl beinahe so gut kennt wie ich.

Ich danke meinen Kolleginnen vom Lehrstuhl für Sozialpädiatrie für das Mitfiebern und den Austausch.

Last but not least gilt mein Dank meinem Lebensgefährten, Fabian Schustek, der meine Zweifel beiseite gefegt und meine Launen immer ertragen hat.