

# MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

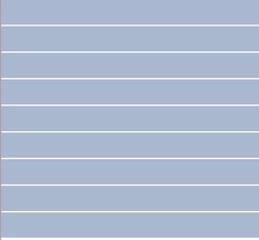
1

## EXPERTISE

### INTERVENTIONS- UND PRÄVENTIONSMASSNAHMEN IM BEREICH FRÜHER HILFEN

Internationaler Forschungsstand,  
Evaluationsstandards und Empfehlungen  
für die Umsetzung in Deutschland





EXPERTISE

# MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

Interventions- und Präventionsmaßnahmen  
im Bereich Früher Hilfen  
Internationaler Forschungsstand,  
Evaluationsstandards und Empfehlungen  
für die Umsetzung in Deutschland

Prof. Dr. Anke Lengning | Universität Dortmund  
Prof. Dr. Peter Zimmermann | Universität Dortmund



## INHALT

	VORWORT	6
<b>1</b>	ZUR NOTWENDIGKEIT EFFEKTIVER FRÜHER HILFEN	8
<b>2</b>	ZIELBEREICHE FRÜHER HILFEN	10
<b>3</b>	RISIKOFAKTOREN FÜR KINDESWOHLGEFÄHRDUNG	13
	Risikofaktoren auf Seiten der Kinder	14
	Risikofaktoren auf Seiten der Eltern	15
	Familiärer Kontext	16
	Situation	17
	Weitere Faktoren	17
<b>4</b>	STAND DER INTERNATIONALEN FORSCHUNG ZU FRÜHEN HILFEN	19
	Meta-Analysen zu Frühe Hilfen	20
	Zusammenfassung von Einzelstudien	24
<b>5</b>	PROBLEMATISCHE UND EMPFEHLENSWERTE VORGEHENSWEISEN BEI EVALUATIONEN	25
	Problematisch	26
	Empfehlenswert	26
	Vor- und Nachteile bestimmter Arten der Datenerhebung	27
<b>6</b>	ALLGEMEINES MODELL DER EVALUATION VON INTERVENTIONS- UND PRÄVENTIONSMASSNAHMEN	30
	Studiendesign	31
	Gültigkeitsbereich der Effekte	32
	Nachweis der Wirksamkeit sowie der Effektivität als Voraussetzung für den breiten Einsatz einer Intervention (Dissemination)	32
	Notwendige Standards für eine wissenschaftlich fundierte Evaluation	32
<b>7</b>	EMPFEHLUNG FÜR DIE EVALUATION	39
<b>8</b>	LITERATUR	45
<b>9</b>	ANHANG	52
	Literaturverzeichnis	53

## VORWORT

Zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung von Arbeitsansätzen Früher Hilfen beizutragen, zählt zu den grundlegenden Aufgaben des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH). Das NZFH wurde 2007 im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend »Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« eingerichtet, um den Auf- und Ausbau von Unterstützungssystemen für Schwangere und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zu fördern und den Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Misshandlung zu verbessern. Dazu erstellt das NZFH unter anderem eine Wissensplattform, die Informationen aus den bisher eingesetzten Modellen Früher Hilfen bündelt und einen Überblick über wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Präventions- und Interventionsmaßnahmen in diesem Feld bietet.

Zwar gibt es in Deutschland bereits vielfältige Hilfeangebote, die Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützen. Jedoch liegen erst wenige wissenschaftliche Erkenntnisse darüber vor, wie diese Familien erreicht und zur Annahme von Hilfen motiviert werden können. Ebenso fehlt es an Erkenntnissen, welche Hilfen tatsächlich wirksam und effektiv sind. Auch mangelt es an Wissen darüber, welche Professionen und Institutionen unerlässlich sind für ein funktionierendes Hilfenetz und wie verbindliche Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen aus unterschiedlichen Hilfesystemen, vor allem der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems, geknüpft werden können. Zur Beantwortung dieser Fragen arbeitet das NZFH mit zehn Modellprojekten Früher Hilfen zusammen. In diesen Modellprojekten werden Maßnahmen und Ansätze zur frühzeitigen Unterstützung hoch belasteter Familien, wie z. B. der Einsatz von Familienhebammen und Methoden zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion, erprobt sowie Bedingungen für gelingende Kooperation und Vernetzung im Feld Früher Hilfen ausgelotet.

Die vom NZFH geförderten Modellprojekte stützen sich in ihrer Arbeit bisher überwiegend auf Erkenntnisse und Befunde aus der internationalen Forschung zur Wirksamkeit präventiver und intervenierender Programme Früher Hilfen. So liegen aus mehreren Ländern einzelne Interventionsstudien und auch Meta-Analysen vor, die über Auswirkungen bestimmter Interventionen auf die kindliche Entwicklung, das Erziehungsverhalten der Eltern oder die Prävention von Misshandlung informieren. Die vorliegende Expertise gibt einen Überblick über diese Studien. Ausgehend von zentralen Ergebnissen der Studien beinhaltet die Expertise zudem Empfehlungen für eine wissenschaftlich fundierte Evaluation von Programmen Früher Hilfen im deutschsprachigen Raum sowie eine Auswahl von Untersuchungsverfahren (Fragebögen, Selbstbeurteilungsinstrumente etc.), die sich international als reliabel und valide erwiesen haben.

Mit der Veröffentlichung dieser Expertise möchten wir Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern wie auch Fachkräften aus den unterschiedlichen Praxisfeldern Früher Hilfen die Möglichkeit bieten, sich in kompakter Form über den »State of the Art« in der Forschung zu Frühen Hilfen zu informieren. Die Erkenntnisse aus den Studien können sowohl für die Planung von Forschungsprojekten und Evaluationen genutzt werden als auch für die Konzeption konkreter Praxisprojekte Früher Hilfen.

## 1

## ZUR NOTWENDIGKEIT EFFEKTIVER FRÜHER HILFEN

Die Notwendigkeit der Prävention und Intervention im Bereich der Frühen Hilfen ist national wie auch international erkannt worden (Kindler, 2006; Carpenter, 2005). Dies liegt neben der öffentlichen Debatte einzelner Fälle schwerer Kindeswohlgefährdung vor allem auch an einer Reihe empirisch abgesicherter Untersuchungen, die deutliche Effekte der sozialen und ökonomischen Risikofaktoren sowohl auf die langfristige kognitive, sozio-emotionale Entwicklung von Kindern als auch auf ihre unmittelbare Gefährdung belegen (NICHD, 2005).

Der Einsatz von Präventionsmaßnahmen setzt jedoch voraus, dass diese die Lebenssituation und die Entwicklungsbedingungen von Familien und Kindern nachhaltig und wirksam verbessern. Zur Beurteilung der Wirkungen von Frühen Hilfen ist es notwendig, die Wirksamkeit sowie die Effizienz der Interventionsmaßnahmen nachzuweisen. Dies ist aus einer Reihe von Gründen unabdingbar. Das Ziel von Interventions- oder Präventionsmaßnahmen ist die Verbesserung der Lebenssituation und der Entwicklungschancen einer großen Anzahl von Kindern (Goodson, Layzer, St. Pierre & Bernstein, 2000). Schon aus ethischen Gründen sollten diese die bestmögliche Intervention erhalten. Bei nicht effektiven Interventionen können wichtige Zeitfenster oder Wendepunkte für die Entwicklung von Kindern verpasst werden (vgl. Rutter, 2002; 2006).

Neben den sozialen Gesichtspunkten muss auch der finanzielle Aufwand jeder einzelnen Maßnahme beachtet werden, da dieser gesellschaftlich gerechtfertigt werden muss und es von daher zum gezielten Einsatz von Interventionen kommen sollte. Darüber hinaus ist es gerade in der Praxis sinnvoll, nicht nur mögliche positive Effekte eines Interventions- oder Präventionsprogramms zu kennen, sondern auch eventuell ungünstige Nebenwirkungen oder Faktoren, die zum Abbruch eines Programms führen (Brezing, 2000). Gerade bei Interventionen mit Kindern muss außerdem berücksichtigt werden, dass Kompetenzzuwächse im Bereich der Kognition, der Selbstkontrolle und des Sozialverhaltens auch im Rahmen von natürlichen Entwicklungsveränderungen erreicht werden können. Interventionsprogramme müssen deshalb zeigen,

dass entweder ein Kompetenzgewinn über das natürliche Entwicklungsniveau der Kontrollgruppe hinaus erreicht oder nach einer Entwicklungsverzögerung zumindest das Erreichen der Altersnorm bedingt wurde (vgl. Hager & Hasselhorn, 2000).

Die vorliegende Expertise untersucht den internationalen Stand der Interventionsforschung im Bereich Früher Hilfen. Hierbei wurden 191 publizierte Originalstudien zu Interventions- bzw. Präventionsprojekten aus u. a. den USA und Europa sowie acht Meta-Analysen herangezogen. Die betrachteten Projekte bezogen sich auf die Reduzierung des Risikos für Kindeswohlgefährdung im Sinne von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung sowie auf die Kompetenzförderung im kognitiven bzw. sozio-emotionalen Bereich.

# 2

## ZIELBEREICHE FRÜHER HILFEN

Das Bundesfamilienministerium benennt die Ziele des Bundesprogramms »Frühe Hilfen« klar: »Mit dem Bundesprogramm »Frühe Hilfen« für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme« soll der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern wirksam vorgebeugt werden. Ziel ist es, Risiken für Kinder möglichst frühzeitig zu erkennen und die Erziehungskompetenz ihrer Eltern zu verbessern. Im Fokus des Programms stehen vor allem Kinder bis zu etwa drei Jahren sowie Schwangere und junge Mütter und Väter in belastenden Lebenslagen« (vgl. Homepage des Bundesfamilienministerium).

Aus den Ausführungen wird deutlich, dass vor allem die Prävention von Misshandlung und Missbrauch im Vordergrund steht. In der wissenschaftlichen Literatur sind hierzu Präventionsprogramme zu finden, die Eltern bzw. Mütter hinsichtlich der Kindesentwicklung unterrichten (vgl. Gray & Ruttle, 1980), Elternunterstützung, zum Beispiel im emotionalen Bereich, liefern (vgl. Andrews et al., 1982; Larson, 1980) und solche, die förderndes und effektives Elternverhalten vermitteln, um schädigendes Verhalten und Missbrauch zu reduzieren (Naughton & Heath, 2001). Outcome-Variablen, die in diesem Zusammenhang bei der Evaluation erhoben werden, sind z. B. das beobachtete Erziehungsverhalten (Gutelius et al., 1977), die mütterliche Einstellung (Field, Widmayer, Stringer & Ignatoff, 1980), die mütterliche Gesundheit (St. Pierre, Layzer & Barnes, 1995), die Misshandlung und der Missbrauch von Kindern (Wagner, Clayton, Gerlach-Downie & McElroy, 1997) sowie die soziale Unterstützung der Familie (Gray, Spurway & McClatchey, 2001).

Frühe Hilfen werden zum Teil auch weiter gefasst. Das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches § 1 besagt: »Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.«

Daher befassen sich zahlreiche Präventionsprogramme im Bereich Früher Hilfen auch mit anderen Faktoren. Dies schlägt sich ebenfalls in den erhobenen Variablen bei der Evaluation nieder.

So werden IQ-Tests (vgl. van Tuijl, Leseman & Rispens, 2001; Campbell & Ramey, 1994), Sprachtests (van Tuijl, Leseman & Rispens, 2001) und Vokabeltests (van Tuijl, Leseman & Rispens, 2001; Ramey et al., 2000), psychische Auffälligkeiten (Olds, Henderson, Kitzman, Cole, 1995; Goodson et al., 2000) und die Entwicklung des Kindes (Davis et al., 2005; Olds & Henderson, 1989) erfasst. Ebenfalls überprüft werden schulische Leistungen (Ramey et al., 2000), emotionale Auffälligkeiten (Lovering et al., 2006) und das Explorationsverhalten der Kinder (Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven & Kohnstamm, 1997). Viele dieser Faktoren werden in der Literatur auch als Risiko für Misshandlungen und Missbrauch diskutiert, sodass es sinnvoll sein kann, ausgewählte Variablen bei der Evaluation von Programmen zur Prävention von Misshandlung und Missbrauch zu erheben.

Gegenstand der vorliegenden Analyse über Wirkungen und Erhebungsinstrumente Früher Hilfen bilden vornehmlich Untersuchungen, die 1. Vernachlässigung, 2. psychische Misshandlung, 3. physische Misshandlung und 4. sexuellen Missbrauch als Kindeswohlgefährdung mit einbeziehen. Im Folgenden werden kurze Definitionen, die für die vorliegende Expertise relevant sind, aufgeführt.

Unter *Kindeswohlgefährdung* versteht man »eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt« (BGH FamRZ, 1956, S. 350).

*Vernachlässigung* wird definiert als »andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet« (Kindler, 2006a).

Die *Psychische Misshandlung* wird definiert als »wiederholte Verhaltensmuster der Betreuungsperson oder Muster extremer Vorfälle, die Kindern zu verstehen geben, sie seien wertlos, voller Fehler, ungeliebt, ungewollt, sehr in Gefahr oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen« (Kindler, 2006b).

Im Unterschied hierzu können unter den Kriterien für *Physische Misshandlung* »alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen« (Kindler, 2006c).

*Sexueller Missbrauch* »ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen« (Bange & Deegener, 1996, S. 105).

## 3

## RISIKOFAKTOREN FÜR KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Risikofaktoren auf Seiten der Kinder	14
Risikofaktoren auf Seiten der Eltern	15
Familiärer Kontext	16
Situation	17
Weitere Faktoren	17

In der wissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Aspekte diskutiert, die das Auftreten von Kindeswohlgefährdung beeinflussen. Tabelle 1 stellt die im Handbuch der Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) (Kindler, Lillig, Blüml, Meysen & Werner, 2006) aufgeführten Faktoren im Überblick dar.

### RISIKOFAKTOREN (zusammengefasst nach Kindler et al., 2006)

Tabelle 1

#### Von Seiten des Kindes

- Alter und Geschlecht
- Entwicklungsstand und Gesundheit
- Regulations- und Verhaltensstörungen

#### Von Seiten der Eltern

- Psychische Erkrankungen
- Lebensgeschichte und Persönlichkeit
- Gedanken und Gefühle zu Fürsorge und Erziehung

#### Von Seiten des familiären Kontextes

- Familienstruktur und sozioökonomische Situation
- Stressbelastung und fehlende soziale Unterstützung
- Partnerschafts- und Arbeitssituation
- Psychologische Merkmale des Familiensystems

#### Von Seiten der Situation

- Der unmittelbare Situationskontext
- Besonderheiten im Situationserleben der Eltern
- Veränderliche Einflüsse auf Situationen mit Kindeswohlgefährdung

#### Weitere Faktoren

- Armut und soziale Benachteiligung
- Religiös geprägte Erziehungs- und Sozialisationspraktiken
- Zugehörigkeit der Eltern/Sorgerechtigten zu sog. »Sekten« und »Psychogruppen«

### RISIKOFAKTOREN AUF SEITEN DER KINDER

**Alter.** Die meisten Studien hierzu nahmen die Statistiken der Jugendhilfe wie z. B. die Altersstruktur der Kinder bei Gefährdungsmeldung zu Hilfe (Reinhold & Kindler, 2006). Es konnte gezeigt werden, dass bei familiengerichtlichen Verfahren nach § 1666 BGB vor allem Kleinkinder betroffen waren. So beschäftigten sich 25 % der Fälle mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren, wobei ein leicht abnehmender Trend bis ins Jugendalter zu verzeichnen war

(Münder et al., 2000). Ursächlich hierfür ist vermutlich, dass die potenzielle Gefährdung ernsthafter eingeschätzt wird, da die Kinder dieser Altersspanne leichter körperlich verletzbar und von der elterlichen Fürsorge abhängiger sind (Reinhold & Kindler, 2006). Wird zwischen Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung, psychischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch unterschieden, bestätigt sich der vorher beschriebene Alterstrend deutlich für die Vernachlässigung als Form der Kindeswohlgefährdung. Im Gegensatz hierzu ist die altersbezogene Auftretenshäufigkeit bei sexuellem Missbrauch jenseits des drit-

ten Lebensjahres des Kindes erhöht, da Verdachtsfälle im Grundschulalter, in der mittleren Kindheit und auch im beginnenden Jugendalter gehäuft auftreten (Reinhold & Kindler, 2006).

**Geschlecht.** Geschlechtsunterschiede zeigen sich vor allem beim innerfamiliären Missbrauch. Mädchen sind hier etwa viermal so häufig betroffen wie Jungen (z.B. Weber & Rohleder, 1995). Geschlechtsunterschiede bei Vernachlässigung und psychischer Misshandlung werden hingegen selten berichtet (Reinhold & Kindler, 2006). Allerdings scheint bei Jungen der Faktor Übergewicht für das Risiko der körperlichen Misshandlungen eine Rolle zu spielen (Wetzels, 1997).

**Geburtsrisiken, Entwicklungsrückstände und Behinderungen.** Während der Schwangerschaft stellen Faktoren wie die Zufuhr giftiger Stoffe, unzulängliche Sauerstoffversorgung und eine verkürzte Schwangerschaft ein Risiko für die folgende Entwicklung dar (Reinhold & Kindler, 2006). Dies kann zur Folge haben, dass Eltern höheren Erziehungsanforderungen gewachsen sein müssen. Untersuchungen hierzu ergaben, dass Frühgeborene häufiger Verletzungen als Folge von Misshandlungen zeigten und auch häufiger durch Misshandlungen zu Tode kamen (z.B. Gessner et al., 2004). Besonders gefährdet sind laut Statistiken jedoch Kinder, bei denen deutliche Entwicklungsbeeinträchtigungen und Behinderungen vorliegen (Sullivan & Knutson, 2000).

**Kindliche Regulations- und Verhaltensstörungen.** Regulations- und Verhaltensstörungen können eine hohe Belastung für die Eltern darstellen. Gefühle von Angst und Ärger, aber auch Hilflosigkeit können die Folge sein, und in einigen Fällen führt dies u. a. dazu, dass die Eltern ihre Kinder misshandeln (Reinhold & Kindler, 2006).

## RISIKOFAKTOREN AUF SEITEN DER ELTERN

**Psychische Erkrankungen der Eltern.** Einige Eltern der Kinder, die Kindeswohlgefährdung erleben, weisen eine oder mehrere psychische Störungen auf. In manchen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass die psychische Störung bzw. die psychischen Störungen ur-

sächlich für die Kindeswohlgefährdung ist bzw. sind (Reinhold & Kindler, 2006).

### Lebensgeschichte und Persönlichkeit der Eltern.

Zahlreiche Eltern, die an Kindeswohlgefährdung beteiligt sind, berichten von selbst erlebten Misshandlungen, Vernachlässigungen und Missbrauch. Obwohl Längsschnittstudien zeigen, dass wenige Eltern, die solche Erfahrungen gesammelt haben, ihre eigenen Kinder misshandeln, können gefährdende Kindheitsfaktoren und Bindungsabbrüche als bedeutsame Risikofaktoren erachtet werden. Aber auch die Persönlichkeit der Eltern beeinflusst die Wahrscheinlichkeit der Kindeswohlgefährdung. Diskutierte Persönlichkeitsfaktoren sind: 1. eine ausgeprägte negative Emotionalität, 2. eine hohe Impulsivität, 3. eine vornehmliche Neigung, Probleme vermeidend zu bewältigen und 4. eine geringe Planungsfähigkeit. Antisoziale Persönlichkeitstendenzen sowie mangelnde elterliche Reife scheinen weiterhin Zusammenhänge zum innerfamiliären Missbrauch aufzuweisen.

### Gedanken und Gefühle zu Fürsorge und Erziehung bei Eltern.

Reinhold und Kindler (2006) nennen die folgenden Gedanken und Gefühle von Eltern, die unter Umständen das Kindeswohl gefährden:

- »altersunangemessene Erwartungen bezüglich der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit des Kindes;
- ein eingeschränktes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes;
- überdurchschnittlich ausgeprägte Gefühle der Belastung durch das Kind;
- überdurchschnittlich ausgeprägte Gefühle der Hilflosigkeit in der Erziehung und des Verlustes von Kontrolle durch das Kind;
- feindselige Erklärungsmuster für Problemverhaltensweisen des Kindes und ein negativ verzerrtes Bild des Kindes;
- überdurchschnittlich ausgeprägte Zustimmung zu harschen Formen der Bestrafung und Unterschätzung negativer Auswirkungen kindeswohlgefährdender Verhaltensweisen;
- eingeschränkte Fähigkeit oder Bereitschaft, eigene Bedürfnisse zugunsten kindlicher Bedürfnisse zurückzustellen« (Reinhold & Kindler, 2006, Kap. 18).

Sie betonen weiterhin, dass nicht alle der misshandelnden oder vernachlässigenden Eltern diese Merkmale zeigen. Die meisten von ihnen weisen jedoch in den genannten Bereichen Auffälligkeiten auf. Neuere Untersuchungen belegen sogar eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, dass einige der genannten Merkmale das Auftreten einer neuen Gefährdung vorhersagen.

**Beobachtete Beziehungsfähigkeiten im Umgang mit dem Kind.** Reinhold und Kindler (2006) fassen die Ergebnisse von 20 Studien über die beobachteten Beziehungsfähigkeiten von misshandelnden und vernachlässigenden Eltern zusammen. Kritische, negative und kontrollierende Verhaltensweisen wurden signifikant häufiger von den misshandelnden Eltern gegenüber ihrem Kind gezeigt als von Eltern der Kontrollgruppe. Werden die vernachlässigenden Eltern in der Interaktion mit ihrem Kind in der freien Beobachtung analysiert, weisen sie distanziertes, wenig engagiertes und auch wenig responsives Verhalten auf. Werden den Eltern Anleitungssituationen mit einem bestimmten Ziel vorgegeben, zeigen vernachlässigende wie auch misshandelnde Eltern gereizte und ärgerliche Verhaltensmuster. Unterstützendes, feinfühliges und positives Verhalten trat deutlich seltener bei misshandelnden und vernachlässigenden Eltern auf als bei Eltern der Kontrollgruppe. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass viele Eltern, die misshandeln oder vernachlässigen, deutliche Beeinträchtigungen in diesen Bereichen aufweisen, welche durch gezielte Verhaltensbeobachtungen (siehe hierzu auch 5.3.3) nachgewiesen werden können (Reinhold & Kindler, 2006).

## FAMILIÄRER KONTEXT

**Familienstruktur und sozioökonomische Situation.** In vielen Fällen sind Familien, in denen Kindeswohlgefährdung vorliegt, von Armut betroffen (vgl. z. B. Münder et al., 2000). Häufig erleben die betroffenen Kinder auch den Verlust des Kontaktes zu einem ihrer Elternteile und müssen sich an neue Partner gewöhnen. Bei der Entstehung der Kindeswohlgefährdung scheinen diese Faktoren jedoch eine eher geringe Rolle zu spielen, da zahlreiche Kinder unter diesen Bedingungen leben müssen, ohne von Gefährdung betroffen zu sein. Ebenso scheinen auch in sehr wohlhabenden Familien Kinder häufig Entwicklungs-

belastungen und Gefährdungen ausgesetzt zu sein, jedoch treten sie kaum als gefährdete Fälle in Erscheinung (vgl. Reinhold & Kindler, 2006).

**Stressbelastung und fehlende soziale Unterstützung.** Sind die Stressbelastung auslösenden Faktoren für die Familie von hoher Bedeutung, ist der Einsatz von allgemeinen familienentlastenden Maßnahmen vielversprechend. Längsschnittstudien zeigen jedoch, dass der Einfluss einer allgemeinen Stressbelastung einen eher geringen Einfluss auf die verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung hat (Egeland et al., 1980; Engfer, 1991; Kotch et al., 1997; Brown et al., 1998).

**Partnerschafts- und Arbeitssituation.** Anhaltende Partnerschaftskonflikte, insbesondere in Verbindung mit wiederholter Partnerschaftsgewalt, können die Beziehungsfähigkeit beider Partner zeitweise erheblich untergraben. Zahlreiche Studien bestätigen solche Konflikte als bedeutsamen Risikofaktor in Bezug auf die Misshandlung von Kindern (McGuigan & Pratt, 2001; Ethier et al., 2004; Dixon et al., 2005). Als weniger bedeutsamer Risikofaktor erwies sich langfristige Arbeitslosigkeit, sowohl bei Müttern als auch bei Vätern (Münder et al., 2000; Sidebotham et al., 2002; Ethier et al., 2004).

**Psychologische Merkmale des Familiensystems.** Familien als Ganzes können Merkmale aufweisen, die das Risiko unterschiedlicher Formen von Kindeswohlgefährdung erhöhen. Einige Studien weisen dabei auf die Bedeutung eingeschränkter Selbstorganisation und stärkeren Auftretens von negativen Gefühlen innerhalb der Familie hin (Gaudin et al., 1996; Howes et al., 2000). Andere Studien geben Hinweise darauf, dass ein verminderter innerfamiliärer Zusammenhalt, ungelöste Familienkonflikte und ein wenig offener Umgang mit Gefühlen ursächlich für eine Kindeswohlgefährdung sein können (Trickett et al., 1991; Gaudin et al., 1996; White et al., 2003). Durch zahlreiche Studien belegbar ist auch die Bedeutung einer klaren innerfamiliären Grenzziehung zwischen Eltern und Kindern (z. B. sexualisiertes Verhalten, Rollennumkehr) (Sroufe & Ward, 1980; Sroufe et al., 1993; Shaffer et al., 2004; Jacobvitz et al., 2004).

## SITUATION

**Unmittelbarer Situationskontext.** Kindliche Verhaltensweisen wie anhaltendes Weinen, die Verweigerung von Nahrungsaufnahme, Autoritäts- und Autonomiekonflikte können eine auslösende Situation für körperliche Misshandlungen darstellen (Kadushin & Martin, 1981; Herrenkohl et al., 1983), sie sind jedoch nicht zwingend ursächlich. In vielen Fällen wurde über Misshandlungen auch ohne vorangegangene Eskalation berichtet (Kadushin & Martin, 1981). Bei sexuellem Missbrauch zeigen Studien, dass normale kindliche Aktivitäten oder Vertrauenssituationen für Übergriffe genutzt werden (Elliot et al., 1995; Berliner & Conte, 1990; für eine Übersicht siehe Kindler, 2003).

**Besonderheiten im Situationserleben der Eltern.** Wahrnehmungsprozesse der Eltern in Bezug auf das Kind spielen offenbar eine Rolle für unterschiedliche Formen der Kindesgefährdung. Einige Studien belegen, dass misshandelnde Eltern dazu neigen, das Verhalten von Kindern eher als Fehlverhalten zu interpretieren und deren positive Veränderungen eher zu übersehen, während vernachlässigende Eltern Kommunikations- und Fürsorgebedürfnisse des Kindes weniger wahrnehmen (Reid et al., 1987; Trickett & Kuczynski, 1986). Andere Studien belegen die Bedeutung elterlicher Selbst- und Fremdwahrnehmung. Insbesondere können misshandelnde und vernachlässigende Eltern anscheinend emotionale Signale des Kindes nur ungenau einschätzen (z. B. Kropp & Hayes, 1987). Als bedeutsam zeigte sich auch das Ausmaß der physiologischen Reaktion der Eltern auf Belastungen im Umgang mit ihren Kindern. So deutete bereits eine frühe Studie von Frodi und Lamb (1980) an, dass misshandelnde Eltern kindliche Signale als physiologisch unangenehm empfinden. Spätere Untersuchungen (z. B. Lin et al., 2002) wiesen auch elterlichen Überzeugungen und ihrem Selbstbild – etwa empfundene Hilflosigkeit – eine Rolle bei der Kindesgefährdung zu.

**Veränderliche Einflüsse auf Situationen mit Kindeswohlgefährdung.** Vorübergehende Einflüsse auf Situationen, insbesondere Alkohol- oder anderer Suchtmittelkonsum, können Misshandlungsereignisse auslösen (s. Roizen, 1997 für eine Übersicht). In Verbindung mit einem elterlichen Mangel an Impulskontrolle und einer

Verantwortungszuschreibung an das Kind erweist sich auch der Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Belastung und dem Auftreten intensiver negativer Gefühle als risikoreich für aggressives Verhalten gegenüber dem Kind (Mammen et al., 2002; Martini et al., 2004).

## WEITERE FAKTOREN

**Armut und soziale Benachteiligung.** Es gibt Bevölkerungsgruppen, die in besonderem Maße einem Armutrisiko ausgesetzt sind. Davon betroffen sind vor allem Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Migrant/-innen und von Arbeitslosigkeit Betroffene. Armut und soziale Benachteiligung verstärken die bisher aufgeführten Risikofaktoren in ihrer Bedeutung und bedingen gleichzeitig eine Reihe von weiteren Risikofaktoren. So steht nach Lösel und Bender (1999) Armut in einem positiven Zusammenhang zu instabilen Bezugspersonen, einem inkonsistenten Erziehungsstil, einer fehlenden Beaufsichtigung der Kinder, Suchtabhängigkeit sowie Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung und Delinquenz in der Familie. Entsprechend führen nicht Armut und die soziale Benachteiligung an sich, sondern die dadurch bedingten Verhaltensweisen der Eltern zu einer Kindeswohlgefährdung. Es gibt allerdings auch Faktoren, die die Wirkung von Armut und sozialer Benachteiligung dämpfen, wie z. B. ausreichende Deutschkenntnisse, Abwesenheit von Überschuldung, ausreichender Wohnraum und ein gutes Familienklima. Bei Kindern ohne gesicherten Aufenthaltsstatus fehlen diese Schutzfaktoren besonders häufig (Hock et al., 2000; Holz & Skoluda, 2003).

**Religiös geprägte Erziehungs- und Sozialisationspraktiken.** Religiös bedingte Erziehungsmuster, insbesondere wenn sie in Form von destruktiven Kulturen, fundamentalistischer Engführung und pseudoreligiösen Missdeutungen in Verbindung mit körperlicher oder seelischer Gewalt vorliegen, können zu Auseinandersetzungen und Konflikten führen, die eine Kindeswohlgefährdung begründen. Eine Behinderung der Entwicklung der Kinder zu eigenständigen, verantwortungsbereiten sowie beziehungs- und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten kann erwartet werden, wenn z. B. Kinder gegen ihren Willen zwangsverheiratet werden, trotz bestehender Schulpflicht vom Schulbesuch abgehalten werden, zu Verhal-

tensweisen gegen ihre eigene religiöse Überzeugung genötigt werden oder medizinisch notwendige Behandlungen (z. B. Bluttransfusionen) nicht erhalten (vgl. auch Raack et al., 2003).

**Zugehörigkeit der Eltern/Sorgerechtigten zu sog. »Sekten« und »Psychogruppen«.** Nach herrschender Rechtsprechung schließt eine Zugehörigkeit zu Sekten und Psychogruppen die Erziehungseignung der Eltern nicht aus. Gleichwohl können Eltern aber je nach Art der Sekte als Folge ihrer Zugehörigkeit Verhaltensweisen gegenüber dem Kind entwickeln, die ebenfalls eine Kindeswohlgefährdung begründen oder die Sozialisation des Heranwachsenden als eigenverantwortliches, selbstständiges Mitglied der Gesellschaft behindern. Eine Zugehörigkeit zu einer hinduistischen und meditativen Strömung kann mit ihrer Laisser-faire-Haltung eine Vernachlässigung des Kindes begünstigen, während die Zugehörigkeit zu einer christlich-fundamentalistischen Gruppe einen autoritären Erziehungsstil vorschreibt, der auf Gehorsam und Unterwerfung unter den elterlichen Willen ausgerichtet ist. Eine unkritische Befolgung und damit hervorgerufene Züchtigungsmaßnahmen sowie Überwachungs- und Kontrollpraktiken können zu einer erheblichen Kindeswohlgefährdung führen. Dies gilt vor allem, wenn sie mit körperlicher Bestrafung oder seelischen Verletzungen, mit der Unterdrückung persönlicher Bindungen zu »Ungläubigen« oder dem Hervorrufen überfordernder Loyalitätskonflikte des Kindes einhergehen. Ist die Eltern-Kind-Beziehung bereits stark ambivalent ausgestaltet, können solche Verhaltensweisen zu erheblichen Ängsten und Verfolgungsgefühlen führen (vgl. Deutscher Bundestag, 1998, S. 167f.).

## 4

## STAND DER INTERNATIONALEN FORSCHUNG ZU FRÜHEN HILFEN

Meta-Analysen zu Frühen Hilfen	20
Zusammenfassung von Einzelstudien	24

Die vorliegende Expertise subsummiert sowohl einzelne Interventionsstudien, die in den Jahren 1976 bis 2007 veröffentlicht wurden, als auch Meta-Analysen. Die Literatursuche hierzu erfolgte vornehmlich über die Datenbank psycinfo. Nach folgenden Begriffen wurde recherchiert:

1. Early intervention and at risk population and risk factors and childhood development
2. Intervention and neglect and child neglect
3. Early intervention and meta-analysis
4. Early intervention and population location
  - 4.1. Germany;
  - 4.2. England;
  - 4.3. United Kingdom;
  - 4.4. France;
  - 4.5. Austria;
  - 4.6. Holland/Netherlands;
  - 4.7. USA;
  - 4.8. Switzerland;
  - 4.9. Australia.

Darüber hinaus erfolgte eine Recherche im World-Wide-Web ausgehend vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Von dort wurde den weiteren Verlinkungen (z. B. DJI, BZgA und NZFH) nachgegangen. Eine detaillierte Auflistung der verwendeten Literatur ist dem Anhang zu entnehmen.

## META-ANALYSEN ZU FRÜHEN HILFEN

Die Meta-Analysen zu Frühen Hilfen bieten Informationen über durchschnittliche Effektstärken und die Möglichkeit, eine Übersicht über Evaluationsdesigns und bedeutsame Einflussfaktoren zur Erklärung unterschiedlicher Wirksamkeit zu erhalten.

### META-ANALYSE VON LAYZER, GOODSON, BERNSTEIN & PRICE (2001)

In einer Forschungsübersicht für die USA konnten Layzer, Goodson, Bernstein & Price (2001) aus einer Gesamtmenge von 427 Programmen, die alle im Bereich der Frühen Familienhilfen intervenierten, zumindest 260 Interventionsprogramme identifizieren, deren Evaluation Mindeststandards erfüllte. Diese Evaluationen waren entweder

experimentell mit Kontrollgruppe oder zumindest quasi-experimentell und untersuchten den Effekt entweder bei Familien mit Intervention im Vergleich zu solchen ohne Intervention, oder – als vergleichende Evaluation – mit solchen Familien, die eine andere Art von Intervention erfuhr.

## ZIELE UND ZIELGRUPPE

Die überwiegende Mehrheit dieser Studien zielte darauf ab, die elterliche Erziehungsfähigkeit (98 %) und/oder direkt die kindliche Entwicklung (91 %) zu verändern. Deutlich seltener wurde auf die soziale Unterstützung der Eltern (22 %), Gesundheitsfürsorge (17 %), Missbrauchsprävention (14 %), Stärkung der elterlichen Selbsthilfefähigkeiten (12 %) oder Lesekompetenz (8 %) abgezielt. Die Programme hatten zu 49 % eine aufsuchende Struktur, häufig mit Informationsgruppen für Eltern, aber nur zu 18 % mit Gruppen zur gezielten Beeinflussung der Eltern-Kind-Interaktion.

Die Auswahl der Interventionsgruppe erfolgte auf der Basis von Risikofaktoren: chronische Armut, Abhängigkeit von Sozialhilfe, jugendliche Mütter, mütterliche Depression, Gefahr der Vernachlässigung oder Misshandlung. Die meisten Programme dauerten maximal ein Jahr (59 %). Die Intensität der Programme schwankte deutlich, sodass ein Drittel der Programme weniger als 20 Stunden Unterweisung der Eltern durchführten, ein Drittel zwischen 20 und 40 Stunden und lediglich ein weiteres Drittel mehr als 40 Stunden. Die meisten Studien (63 %), die eine direkte Förderung der Kinder vorsahen (N=59, d. h. ca. 25 % der Gesamtprogramme), intervenierten lediglich bis zu 400 Stunden, sodass man von einem Tag pro Woche für ein Jahr ausgehen kann. Lediglich 22 % der Studien zeigten eine Intervention mit mehr als 1.000 Stunden.

## EFFEKTIVITÄT

Die Wirksamkeit der Interventionen wurde für die folgenden spezifischen Bereiche zusammengefasst, die für Kinder und Eltern getrennt betrachtet wurden.

### Auswirkungen bei Kindern:

- **Kognitive Entwicklung/Verhalten in Kindergarten oder Schule:**  
Tests zur kognitiven Entwicklung, Sprachentwicklung, Schulleistungstests, Noten, Nutzung von Förderung;

- **Sozio-emotionale Entwicklung:**  
Soziale Fertigkeiten mit Peers und Erwachsenen, positive oder negative Interaktionen, Problemverhalten, emotionale Stabilität, Schulverhalten (Anwesenheit, Ehrlichkeit), Delinquenz;
- **Körperliche Gesundheit/Wachstum:**  
Geburtskomplikationen, Wachstum, Krankheiten (chronisch), Vorsorgeuntersuchungen;
- **Sicherheit des Kindes:**  
Unfälle, Verletzungen, Misshandlung, Vernachlässigung, Entnahme aus dem Elternhaus.

#### Auswirkungen bei Eltern/Fürsorgepersonen:

- **Wissen/Einstellungen der Eltern:**  
Entwicklungsschritte, Entwicklungserwartungen des Kindes, Einstellungen zu Bestrafung;
- **Erziehungsverhalten:**  
Fürsorge, Feinfühligkeit, Anregung, Gestaltung des Wohnraumes;
- **Familienorganisation:**  
Ressourcen der Familie, Organisation des Alltags;
- **(Mentale) Gesundheit:**  
Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Gefühl sozialer Unterstützung, Depression, Bewältigungsfähigkeit, Risikoverhalten (Rauchen, Drogengebrauch, Schwangerschaftsfolgen);
- **Ökonomische Selbststeuerung:**  
Ausbildung, Abschlüsse, besuchte Kurse, Berufstätigkeit.

Die Ergebnisse zeigten insgesamt, dass im Bereich der kognitiven, sozio-emotionalen Entwicklung der Kinder und bei den Einstellungen der Eltern, ihrem Erziehungsverhalten und der Familienorganisation geringe positive Effekte feststellbar waren. Statistisch signifikante, aber für die Anwendung nicht bedeutsame Effekte zeigten sich bei der körperlichen Gesundheit und Sicherheit der Kinder, der mentalen Gesundheit und der ökonomischen Selbstzufriedenheit der Eltern.

Hierbei ist festzustellen, dass nur eine kleine Gruppe von Studien höhere Effektstärken aufwies. Die meisten Effektstärken lagen unter dem Wert  $d=.20$ , waren also als gering zu bewerten. Von daher sind sie vom Ausmaß ihrer Wirkung her als nicht psychologisch relevant zu beurteilen.

#### EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE EFFEKTIVITÄT

Die Programme zeigten je nach beabsichtigter Wirkung und dargestelltem Ziel auch jeweils unterschiedliche Effekte. Diese werden im Folgenden aufgeführt:

- Die kognitive Entwicklung fördern solche Programme am effektivsten, die auf Kinder mit Behinderung zugeschnitten sind, die also direkt das Kind und die Eltern in Eltern-Gruppen oder Gesprächsgruppen fördern.
- Die sozio-emotionale Entwicklung fördern diejenigen Programme am effektivsten, die direkt auf Kinder mit Verhaltensproblemen zugeschnitten sind und professionelle Helfer/-innen in der Gruppenarbeit mit Eltern einsetzen.
- Programme für Kinder mit biologischen Risikofaktoren sind wenig effektiv im Bereich der Gesundheit der Kinder bzw. deren körperlichem Wachstum.
- Programme für jugendliche Mütter mit direkter Beratung und Eltern-Kind-Aktivitäten haben den größten Effekt gegen Verletzungen oder Misshandlung und Vernachlässigung.
- Programme mit professionellen Helfern/-innen sind effektiver in der Verbesserung der Auswirkungen für die Eltern.

Im Bereich der kognitiven Entwicklung zeigte sich eine mittlere Effektstärke von  $d=.25$ , die in etwa einer IQ-Differenz von vier IQ-Punkten entspricht. Für Kinder unter fünf Jahren ergab sich eine höhere mittlere Effektstärke von  $d=.35$ . Für die sozio-emotionale Entwicklung ergab sich eine mittlere Effektstärke von  $d=.26$ . Dies entspricht einem Unterschied von drei Punkten auf der Skala für externalisierendes Verhalten der CBCL. Dies kann bei der Beurteilung der Symptomatik als subklinisch oder bereits als klinisch auffällig zu praxisrelevanten Unterschieden führen. Für die Gesundheit ergab sich lediglich eine mittlere Effektstärke von  $d=.09$  und für die Sicherheit des Kindes, also die Vermeidung von Verletzungen, Misshandlung oder Vernachlässigung, lediglich eine Effektstärke von  $d=.13$ . Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass bei einer geringen Basisrate und einer direkten Erfassung der Kindeswohlgefährdung Effekte schwer zu finden sind.

Für die Variablen auf Elternseite ergaben sich lediglich für die Familienorganisation mit  $d=.28$  und das Erziehungsverhalten mit  $d=.25$  bedeutsame positive Effektstärken. Für die übrigen Bereiche ergaben sich zu geringe

Effektstärken, als dass sie psychologisch bedeutsam wirken.

Hierbei muss man auch beachten, dass bei ca. 50–60 % der Studien die Effektstärken zwischen  $d = -.19$  und  $d = .19$  liegen, mit einem Wertebereich zwischen  $d = -.80$  und  $d = .80$ . Somit gibt es eine Reihe von Studien, die kaum effektiv sind bzw. sogar negative Effekte auf die gemessenen Variablen zeigen und somit also schädlich waren.

Für die Praxisanwendung ist es deshalb besonders notwendig, die Höhe der spezifischen Effekte auf die einzelnen Effektivvariablen (kindliche Entwicklung, Elternverhalten) sowie Programmmerkmale oder Merkmale der Umsetzung in bestimmten Kontexten zu kennen, welche die Programmeffektivität besonders positiv oder negativ beeinflussen.

### META-ANALYSE VON SWEET UND APPELBAUM (2004)

In einer weiteren Meta-Analyse von Sweet und Appelbaum (2004) wurde die Wirksamkeit von 60 »Home visiting«-Programmen, die teilweise unterschiedliche, aber auch gemeinsame Ziele verfolgten, zusammengefasst.

### ZIELE UND ZIELGRUPPE

Die zwei Ziele, die am häufigsten in den Programmen aufgeführt wurden, waren auch hier das Erziehungsverhalten (96,7 %) und die Kindesentwicklung (85 %). Die Ziele bei der Erziehung waren die Verbesserung der Erziehungsfähigkeiten, des Verhaltens, der Einstellung und der Interaktion zwischen den Eltern und ihren Kindern. Auf Seiten des Kindes sollte die Entwicklung des Kindes und das Wohlbefinden der Kinder in jeglicher Hinsicht verbessert werden. Weitere Ziele waren bei 30 % die direkte Bereitstellung von gesundheitlicher Unterstützung, bei 28 % die soziale Unterstützung der Eltern, bei 18,3 % die Prävention von Kindesmissbrauch bzw. Kindesmisshandlung, bei 10 % die elterliche Selbsthilfe und bei 8,3 % die elterliche Selbstversorgung.

Die Zielgruppe bestand zum größten Teil (75 %) aus Familien mit sogenannten Umweltrisiken, d. h. chronische Armut, Kinder mit geringem Geburtsgewicht, Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung in der Familie, jugendliche oder depressive Mütter. 75 % der Programme zielten auf die Verbesserung der Lebensbedingungen bei Familien mit Kindern von zum Teil vor der Geburt bis zum dritten Lebensjahr ab. 75 % der Programme wurden

von professionellem Personal, 45 % von semi-professionellem Personal und 8,3 % von nicht-professionellem Personal durchgeführt.

Die Dauer der Programme variierte deutlich. 18,3 % der Programme waren für eine Dauer von 9 bis 12 Monaten, 30 % für eine Dauer von 12 bis 24 und 23,3 % der Programme für eine Dauer von 24 bis 36 Monaten ausgelegt.

### EFFEKTIVITÄT

Die Auswirkungen der Interventionen wurden für zehn Variablen in den folgenden spezifischen Bereichen zusammengefasst, die für Kinder wie Eltern aufgeteilt wurden:

- Kindliche Entwicklung:
  - kognitiv;
  - emotional;
- Prävention von kindlichem Missbrauch/Misshandlung:
  - Missbrauch/Misshandlung;
  - Potentieller Missbrauch;
  - Stress bei der Erziehung;
- Kindeserziehung:
  - Erziehungsverhalten;
  - Einstellungen zur Erziehung;
- Selbststeuerung der Mutter:
  - Erziehung;
  - Arbeit/Arbeitslohn;
  - Soziale Leistungen.

Die gefundenen gewichteten Effektstärken reichten von  $d = -.04$  bis zu  $d = .32$ , waren also eher gering. Für die kindliche Entwicklung zeigten sich die deutlichsten Effekte im Bereich der kognitiven Entwicklung, etwas schwächer, aber ebenfalls signifikant im Bereich der sozio-emotionalen Entwicklung. Die höchsten mittleren Effektstärken fanden sich für die Verringerung von Kindesmisshandlung, wobei dies nur für die Gruppe mit Verdacht auf Misshandlung tatsächlich signifikant von Null verschieden war. Die Effekte für die Veränderung des elterlichen Erziehungsverhaltens waren ebenfalls signifikant.

### EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE EFFEKTIVITÄT

Für die kognitive Entwicklung der Kinder und für die Verringerung der Fälle mit Verdacht auf Misshandlung erwiesen sich Hausbesuchsprogramme als am effektivsten. Um das Erziehungsverhalten der Eltern zu verbessern, waren

jedoch diejenigen Programme am erfolgreichsten, die lang andauernd sowohl zuhause als auch in einer Einrichtung Unterstützung oder Kurse anboten. Fälle mit Verdacht auf Misshandlung konnten durch die Gruppe mit semi-professionellen Helfer/-innen am deutlichsten verringert werden. Dies könnte darauf hindeuten, dass für diesen Bereich solche Personen den größten Einfluss haben, die einerseits selbst früher in einer ähnlichen Situation waren und andererseits selbst früher Hilfe erhalten haben. Allerdings waren sie in den anderen Bereichen (wie Erziehungsverhalten und/oder Entwicklung der Kinder) nicht effektiver als die übrigen Gruppen. Die Anzahl der Hausbesuche und die Dauer der Programme hatten bis auf die Förderung der kognitiven Entwicklung kaum systematische Effekte auf die Wirksamkeit der Programme.

Die Autoren schlussfolgern, dass nur eine bessere Standardisierung der Programmevaluationen es erlauben würde, definitive Aussagen über die Wirksamkeit Früher Hilfen zu geben und damit die Programme zu finden, die für bestimmte Zielgruppen und äußere Gegebenheiten am besten geeignet wären. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Evaluation der Implementierung der Programme wie auch die Implementierung der Umsetzung der Hilfen schwierig, aber notwendig sei. Bereits bei der Planung der Programme sollte auf diese Faktoren geachtet werden. Dies könnte es ermöglichen, die Programme erfolgreicher zu konzipieren und umzusetzen.

## FORSCHUNGSÜBERSICHT VON BILUKHA ET AL. (2005)

In einer Übersicht zu 21 Studien zu Hausbesuchsprogrammen, die das Ziel hatten, zur Verringerung von Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung beizutragen, fassten Bilukha und Kollegen (2005) den Forschungsstand bis zum Jahre 2001 zusammen.

### ZIELE UND ZIELGRUPPE

Maßnahmen, die als Hausbesuchsprogramme mit aufgenommen wurden, zielten auf Veränderungen bei Eltern und Kind durch in der Regel ausgebildetes Personal, das Informationen über Gesundheitsförderung, Entwicklung und Förderung von Kindern vermittelt sowie Unterstützung oder Training anbietet. Die Hausbesuche fanden zu meist vor dem zweiten Lebensjahr des Kindes statt, zum Teil auch schon während der Schwangerschaft.

Die Hausbesucher/-innen waren Hebammen, Sozialarbeiter/-innen oder andere Personen im Rahmen der Sozialhilfe oder Jugendhilfe. Ihr Ausbildungsniveau variierte jedoch zwischen professioneller, semi-professioneller und Laienhilfe.

Die Zielgruppe umfasste auch hier Personen mit niedrigem Einkommen und/oder geringer Schulbildung, Drogenkonsument/-innen, Minderheiten sowie Kinder mit Geburtskomplikationen oder Behinderungen. Konkret wurden sowohl Informationen gegeben als auch an der Eltern-Kind-Interaktion gearbeitet. Außerdem wurden Hilfestellungen im Bereich der Lebensbewältigung, Familienplanung und Ausbildungsmöglichkeiten vermittelt.

### EFFEKTIVITÄT

Die Wirkung der Interventionen wurde für folgende spezifische Bereiche zusammengefasst und jeweils durch die angegebenen Variablen operationalisiert:

- **Gewalt des Kindes gegen sich und andere:**  
Langfristige Effekte eines früheren Hausbesuchs auf Aggression in Kindergarten oder Schule, Delinquenz, direkte Beobachtung, Proxy-Maße wie Verhaftungen, Verurteilungen, externalisierendes Verhalten, erfasst mit der CBCL;
- **Gewalt des Elternteils (ohne Misshandlung):**  
Direkt beobachtete Gewalt bzw. Verhaftungen oder Verurteilungen der Mütter;
- **Gewalt in der Partnerbeziehung:**  
Beobachtete oder angezeigte Partnergewalt;
- **Gewalt gegen das Kind (Misshandlung, Vernachlässigung):**  
Beobachtung oder Bericht des Jugendamts, Proxy-Maße wie Besuch der Notaufnahme oder Krankenhausaufenthalt wegen Verletzungen oder Fremdplatzierung.

Für den Bereich der Gewalt des Kindes, der Gewalt des Elternteils und der Gewalt zwischen den Eltern konnten keine systematischen positiven Effekte der Frühen Hilfen gefunden werden. Allerdings zeigte sich, dass die Hausbesuchsprogramme die Rate von Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Mittel um 39 % reduzieren konnten. Eine exakte Analyse machte jedoch Unterschiede deutlich, da ein Wertebereich von 100 % Reduktion bis hin zur Steigerung um 228 % feststellbar war. Dies war vor allem auf Studien zurückzuführen, bei denen der Hausbesuch zu

einer erhöhten Anzahl an entdeckten und berichteten Kindeswohlgefährdungen führte. Berücksichtigt man die Unterschiede in der Entdeckungsrate der Kindeswohlgefährdung statistisch, so kann man feststellen, dass die meisten Interventionen zu einer Reduktion der Häufigkeit von Kindeswohlgefährdung führten, wenn auch nicht alle.

### EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE EFFEKTIVITÄT

Für die Forschungsübersicht von Bilukha und Kollegen (2005), die im Vergleich zu beiden vorherigen Meta-Analysen eine geringere Stichprobengröße aufweist und sich spezifischer nur auf Gewalt in Familien bezieht, zeigte sich, dass Fachkräfte effektiver waren als semi-professionelle Helfer/-innen, die längere Dauer der Maßnahme bedeutsam zu einer größeren Wirkung beitrug und dies vor allem für die Gruppe des semi-professionellen Personals, für die eine Intervention unter zwei Jahren Dauer kaum Effekte zeigte.

Im Rahmen dieser Forschungsübersicht wurde deutlich, dass das Problem der Erreichung der Zielgruppe als besonders relevant angesehen wurde. Die betroffenen Personen haben Schwierigkeiten, ihren Lebensalltag zu organisieren, sind nicht immer anwesend oder ziehen oft um. Ebenso ist es schwierig, geeignete professionelle oder semi-professionelle Helfer/-innen zu finden, die meist noch stärker eines Trainings bedürfen.

### ZUSAMMENFASSUNG VON EINZELSTUDIEN

Für die vorliegende Expertise wurden neben den bereits oben aufgeführten Forschungsübersichten weitere Studien für diesen Bereich gesichtet, sodass über 150 Studien bzw. Programme aus den Jahren 1979 bis 2007 als Basis der Empfehlung vorliegen.

Die Mehrheit der Studien, die für die Expertise herangezogen wurden (N=80), verwendeten explizit ein Kontrollgruppendesign, 63 % davon mit randomisierter Zuweisung zu Kontroll- und Experimentalgruppe, um die interne Validität der Wirksamkeitsaussagen zu sichern. Die Angaben zur Randomisierung in den Studien waren jedoch nicht immer exakt dargestellt (N=17), oder die Interventionen waren nur teilweise oder zu Beginn randomisiert (N=8). Von allen Studien waren jedoch lediglich

6,5 % explizit ohne randomisierte Kontrollgruppe und 4 % ohne Kontrollgruppe. Dies zeigt deutlich, dass Evaluationen von Präventions- oder Interventionsmaßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen überwiegend grundlegende wissenschaftliche Designs berücksichtigen.

Die Stichprobengrößen der Studien variierten deutlich und hatten einen Mittelwert von N=430, mit einem Median von 118 Personen. Die kleinste Stichprobengröße lag bei N=4 Personen bzw. Familien, und an der umfangreichsten Studie nahmen 14.084 Personen bzw. Familien teil.

Die Effektstärken variierten ebenfalls enorm. So zeigten sich für einige Untersuchungen negative Effektstärken (z.B.  $d=-.58$ ; Tutty, 1992), in anderen Untersuchungen hingegen konnte eine sehr große Wirksamkeit nachgewiesen werden (z.B.  $d=2.86$ ; Peraino, 1990).

Zahlreiche Studien fanden jedoch eher niedrige Effektstärken, die mit den durchschnittlichen Effektstärken der Meta-Analysen vergleichbar waren.

Für Interventionen bei Bindungsdesorganisation ergab eine Meta-Analyse über verschiedene Interventionsformen, welche darauf abzielten, entweder die elterliche Feinfühligkeit, die Bindungsrepräsentation der Eltern oder beides zu verändern (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn & Juffer, 2005), lediglich eine durchschnittliche Effektstärke von  $d=.05$ , also keinen psychologisch bedeutsamen signifikanten Effekt. Die Wirkung hängt jedoch stark vom Zeitpunkt des Einsetzens der Intervention ab. Bei einer sehr frühen Intervention, bei Kindern, die älter als sechs Monate sind, ist die Effektstärke deutlich höher ( $d=.23$ ).

Die Wirkungen zeigen sich sehr breit: verbesserte Inanspruchnahme von Kindergesundheitsdiensten, weniger Krankenhausaufenthalte aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen, bessere Vorschulerziehung, verbessertes, positives und nicht bestrafendes Elternverhalten, weniger schwerwiegende Handgreiflichkeiten zwischen Eltern und Kind und weniger frühe Verhaltensprobleme.

Insgesamt ergaben sich bei Programmen zu Frühen Hilfen Effektstärken im kleinen oder mittleren Bereich, die sich in der Höhe jedoch stark für einzelne Zielgruppen unterschieden.

## 5

## PROBLEMATISCHE UND EMPFEHLENSWERTE VORGEHENSWEISEN BEI EVALUATIONEN

Problematisch	26
Empfehlenswert	26
Vor- und Nachteile bestimmter Arten der Datenerhebung	27

Die bearbeiteten Evaluationen wiesen einige Vorteile sowie einige Probleme für die Interpretation der Effekte auf. Auf diese wird im Folgenden eingegangen, um Empfehlungen für weitere Evaluationen abzuleiten.

## PROBLEMATISCH

- Es gab keine randomisierte Kontrollgruppe, sodass die Ergebnisse eventuell nicht auf die Intervention zurückzuführen sind (vgl. z.B. White, Agnew & Verduyn, 2002; van Tuijl, Leseman & Rispens, 2001; Davis et al., 2005).
- Die meisten Daten waren Selbstberichte. Dies könnte zur Folge gehabt haben, dass sozial erwünschte Antworten gegeben wurden (vgl. z.B. Barth, 1991).
- Die Tests wurden den kognitiven Fähigkeiten der Probanden nicht gerecht. Außerdem enthielten sie Situationen, die den Probanden nicht geläufig waren (vgl. z.B. van Tuijl, Leseman & Rispens, 2001), sodass Schwierigkeiten bestanden, diese einzuschätzen.
- Trotz des Versprechens einer Bezahlung gab es lediglich eine 50 %ige Rücklaufquote bei den Fragebögen der Eltern (vgl. z.B. Wurtele, Kast, Miller-Perrin & Kondrick, 1989), sodass nur eine begrenzte Generalisierung möglich war.
- Die Drop-out Rate war in der Experimentalgruppe deutlich höher als in der Kontrollgruppe (vgl. z.B. Ferguson, Grant, Horwood & Ridder, 2005), sodass die interne Validität in Frage zu stellen ist.
- An der Intervention nahmen nur einige der Probanden teil, die positiv gescreent wurden, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Frage stellt (vgl. Ferguson, Grant, Horwood & Ridder, 2005).
- Die Eltern der Studie hatten einen hohen sozioökonomischen Status, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Familien mit anderem ökonomischen Hintergrund, Bildungsgrad und anderer Familienstruktur in Frage stellt (vgl. z.B. Wurtele, Currier, Gillispie & Franklin, 1991).
- In das Evaluationsdesign wurde keine Kontrollgruppe aufgenommen (vgl. Osofsky, Kronenberg, Hammer, Lederman, Katz, Adams, Graham & Hogan, 2007), sodass nicht deutlich ist, ob es sich wirklich um Interventionseffekte handelt oder vielleicht z.B. um natürliche Entwicklungsveränderungen.
- Das durchschnittliche Alter der Experimentalgruppe weicht von dem der Kontrollgruppe ab (Beelmann & Brambring, 1998), sodass eine Interpretation der Ergebnisse schwierig ist.
- In der Experimentalgruppe ist die Geschlechterverteilung ausgewogen, was in der Kontrollgruppe nicht gegeben ist (z.B. Beelmann & Brambring, 1998), sodass die Interpretierbarkeit der Ergebnisse in Frage gestellt ist.
- Die Reliabilität und Validität der Verfahren sind noch nicht überprüft (Beelmann & Brambring, 1998).
- Es ist durch die Evaluation nicht möglich, Angaben über notwendige Rahmenbedingungen wie z.B. Ressourcen, Vernetzung, Standards von Frühen Hilfen zu machen (Helming, Sandmeir, Sann & Walter, 2007).
- Die Zufriedenheit und Akzeptanz der Helfenden, nicht jedoch der Klient/-innen wurde erfasst (Helming, Sandmeir, Sann & Walter, 2007).
- Es konnten nicht alle Ebenen der Evaluation nach Helming, Sandmeir, Sann und Walter (2007) erfasst werden.
- Die Ergebnisse sind lediglich deskriptiv (vgl. z.B. Helming, Sandmeir, Sann & Walter, 2007), sodass eine Verallgemeinerung fraglich ist.
- Es wurde nicht überprüft, ob die Kontrollgruppe andere unterstützende Dienste in Anspruch genommen hatte (vgl. z.B. Duggan, McFarlane, Fuddy, Burrell, Higman, Windham & Sia, 2004).
- Die Studie hatte nur eine geringe Stichprobengröße, sodass keine quantitativen Aussagen gemacht werden konnten (vgl. z.B. Blunt Bugental, Crane Ellerson, Lin, Rainey, Kokotivic & O'Hara, 2002).
- Es wurden keine Beobachtungsdaten miteinbezogen (vgl. z.B. Blunt Bugental, Crane Ellerson, Lin, Rainey, Kokotivic & O'Hara, 2002) (für den nachteiligen Einsatz von Fragebögen s. 5.3.1).
- Es wurde keine Follow-up-Messung durchgeführt (vgl. z.B. Blunt Bugental, Crane Ellerson, Lin, Rainey, Kokotivic & O'Hara, 2002), sodass nicht gesichert ist, dass die Intervention langfristige Effekte hat.

## EMPFEHLENSWERT

- Die Stichprobe war ausreichend groß (vgl. z.B. Barth, 1991), sodass repräsentative Daten erhoben wurden.
- Kontroll- und Interventionsgruppe waren randomisiert (vgl. z.B. Barth, 1991), sodass die Ausgangsbe-

dingungen vergleichbar waren und die internale Validität gegeben war.

- Es handelte sich um ein Langzeit-Follow-up (vgl. z.B. Barth, 1991), sodass überprüft werden konnte, ob die Intervention auch Langzeiteffekte hat.
- Die Tests hatten gesicherte psychometrische Qualität (vgl. z.B. van Tuijl, Leseman & Rispen, 2001), sodass die Validität und die Reliabilität gegeben waren.
- Die Tests waren für die spezifische Interventionsgruppe konstruiert (z.B. Multi-ethnische Gruppen, vgl. z.B. van Tuijl, Leseman & Rispen, 2001).

## VOR- UND NACHTEILE BESTIMMTER ARTEN DER DATENERHEBUNG

Zur Evaluation können Fragebögen, Interviews und Beobachtungen eingesetzt werden. Jede der Formen hat ihre eigenen Vor- und Nachteile, die beim Einsatz je nach gesetztem Ziel abgewogen werden müssen. Es können jedoch nicht nur die Formen unterschieden werden, sondern auch die Art der Informationsquelle. Hier können Selbst- und/oder Fremdauskünfte eingeholt werden. Im Folgenden werden die verschiedenen Vor- und Nachteile von Fragebögen, Interviews und Beobachtungen sowie von Selbst- und Fremdauskünften kurz dargestellt.

### FRAGEBÖGEN

#### Vorteile

Fragebögen sind in der Regel kostengünstig und zeitsparend, da viele Informationen in kurzer Zeit eingeholt werden können. Darüber hinaus ist in den meisten Fällen die Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft, sodass Fragebögen den methodischen Anforderungen gerecht werden.

#### Nachteile

Die Antworten sind in der Regel vorgegeben, sodass nur eingeschränkte Antwortmöglichkeiten bestehen. Dies kann dazu führen, dass Ergebnisse erzielt werden, die von der Versuchsleitung so gewünscht sind, und dass das Ergebnis somit nicht die Realität widerspiegelt. Weiterhin können die vorgegebenen Antworten zu einer Manipulation der Probanden führen. Ein Problem, das durch letztere verursacht werden kann, ist, dass es zu sozial erwünschten Antworten kommen und die Tendenz zu Extremantworten oder zur unkritischen Ablehnung oder Zustimmung bestehen kann. In einigen Fällen sollte auch ein

absichtliches Lügen der Probanden in Betracht gezogen werden. Sollten z.B. viele Probleme in der Familie auch nach Interventionen angegeben werden, so könnte dies zur Folge haben, dass weiterhin mehr Hilfen angeboten werden. Andererseits könnten zugegebene Probleme auch mit der Angst einhergehen, stigmatisiert zu werden. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Items von den Probanden unterschiedlich interpretiert werden (vgl. hierzu Amelang & Zielinski, 2002; Jäger, 1988).

### INTERVIEWS

Es werden zwei Arten von Interviews unterschieden: die Anamnese und die Exploration. Während bei der Anamnese Informationen über die Lebensgeschichte einer Person gesammelt werden, richtet sich der Fokus bei der Exploration auf das gegenwärtige Verhalten. Das Interview kann unstrukturiert (keine Vorgaben), halbstrukturiert (stichwortartige Vorgaben) oder vollstrukturiert sein (Fragen und Antwortmöglichkeiten vorgegeben). Je nach Strukturierungsgrad ergeben sich unterschiedliche Vor- und Nachteile.

#### Vorteile

1. Unstrukturiertes Interview. Das unstrukturierte Interview ermöglicht eine dynamische Interaktion zwischen den Teilnehmenden und den Interviewenden, somit kommt es zu geringen Einengungen und meist zu wenigen Spannungen.
2. Halbstrukturiertes Interview. Hier ist eine Mischung aus strukturierten und unstrukturierten Elementen möglich, sodass die Vorteile beider alternativer Formen genutzt werden können.
3. Strukturiertes Interview. Durch die systematische Strukturierung kann die Messgenauigkeit erhöht werden.

#### Nachteile

1. Unstrukturiertes Interview. Die Durchführung ist schwierig und aufwendig. Darüber hinaus sind unstrukturierte Interviews anfällig gegenüber Verfälschungen.
2. Halbstrukturiertes Interview. Aufgrund der Mischung aus strukturierten und unstrukturierten Elementen können Nachteile beider Formen auftreten.
3. Strukturiertes Interview. Ein Einsatz ist nur bei bestimmten und objektivierbaren Bereichen möglich. Es können Probleme bei mangelnder Kenntnis des empirischen Hintergrunds der Fragen auftreten.

Weiterhin sind bei Interviews einige Fehlerquellen mit einzu-beziehen. Eine Übersicht gibt Tabelle 2 in Anlehnung an

## FEHLERQUELLEN BEI INTERVIEWS

Tabelle 2

**Auf Seiten des/der Befragten**

- Fehler durch Verzerrungen und Beschränkungen der Wahrnehmung
- Fehler durch Interpretationen
- Fehler durch Verzerrungen und Verlusten bei Erinnerungsprozessen

**In der Interaktion zwischen Befragten und Interviewenden**

- Diskrepanzen zwischen wiedergegebenem und aufgenommenem Sachverhalt

**Auf Seiten des/der Interviewenden**

- Interview-Stil
- Diskrepanzen zwischen aufgenommenem und niedergeschriebenem Sachverhalt bei steigender Dauer zwischen Interview und Niederschrift

Rastsetter (1999), Brake & Zimmer (1998) und König (1972).

Aus den aufgeführten Fehlerquellen wird deutlich, dass eine angemessene Schulung der Interviewenden gesichert sein muss.

**BEOBACHTUNGEN**

Es können verschiedene Arten der Beobachtung unterschieden werden: 1. systematische versus unsystematische Beobachtung, 2. teilnehmende versus nicht-teilnehmende Beobachtung, 3. offene versus verdeckte Beobachtung, 4. Laborbeobachtung versus Feldbeobachtung und 5. technisch-vermittelte versus unvermittelte Beobachtung (Schölmerich, Mackowiak & Lengning, 2003).

**Vorteile**

Ein wesentlicher Vorteil der Verhaltensbeobachtung besteht darin, dass der Zugang zu den interessierenden Verhaltensweisen unmittelbarer ist als etwa bei einer Befra-

gung. In der Forschung mit Säuglingen und Kleinkindern ist die Beobachtung das wichtigste Datengewinnungsverfahren, da diese nicht über die Möglichkeit verfügen, verbal Auskunft über ihre Empfindungen, ihre Intentionen oder ihren Zustand zu geben. Zudem sind die zu beobachtenden Verhaltens- und Ausdrucksäußerungen vielfältig und i.d.R. unverfälscht. Die Möglichkeiten der Ausdrucks- und Verhaltenskontrolle, d.h. des Unterdrückens bestimmter Signale, sind im Kleinkindalter noch deutlich eingeschränkt (vgl. Schölmerich et al., 2003).

**Nachteile**

Beobachtungen sind meist aufwendig, da sie u. a. personalintensiver sind (in der Regel sind zwei Rater notwendig) und eine Ausbildung der Rater notwendig ist (Amelang & Zielinski, 2002). Außerdem können verschiedene Fehlerquellen die Beobachtungen beeinflussen. Tabelle 3 gibt in Anlehnung an Greve und Wentura (1991) eine Übersicht.

## FEHLERQUELLEN BEI BEOBACHTUNGEN

Tabelle 3

**Fehler zu Lasten der Beobachtenden**

1. Wahrnehmungsfehler
  - Konsistenzeffekt
  - Einfluss vorangehender Information
  - Projektion
  - Erwartungseffekt
  - Emotionale Beteiligung
  - Logischer Fehler
  - »Observer drift«

<b>Fehler zu Lasten der Beobachtenden</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Interpretationsfehler <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zentrale Tendenz</li> <li>• Tendenz zur Milde/Strengung</li> <li>• Ja-Sage-Tendenz</li> <li>• Tendenz zur sozialen Erwünschtheit</li> <li>• Tendenz zur Kontrastbildung</li> </ul> </li> <li>3. Erinnerungsfehler <ul style="list-style-type: none"> <li>• »Primacy/Recency«-Effekt</li> <li>• Systematische Erinnerungsverzerrungen und -selektion</li> <li>• Wiedergabefehler</li> </ul> </li> </ol>	Tabelle 3
<b>Fehler zu Lasten der Beobachtung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Probleme des Beobachtungssystems <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahl eines für die Fragestellung unangemessenen Beobachtungssystems</li> <li>• Protokollierungsfehler</li> <li>• Auswertungsfehler (vgl. Literaturhinweise bei Manns, Schultze, Herrmann &amp; Westmeyer, 1987)</li> </ul> </li> <li>2. Fehler als Folge der Beobachtung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der Beobachtung verändert sich das Verhalten der Beobachteten.</li> </ul> </li> </ol>	
<b>Fehler zu Lasten äußerer Bedingungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Äußere Beobachtungsbedingungen (z. B. schlechte Lichtverhältnisse, störende Geräusche)</li> <li>2. Probleme durch vermittelnde technische Geräte</li> </ol>	

Die aufgeführten Fehlerquellen können jedoch durch eine sorgfältige und in regelmäßigen Abständen wiederholte Schulung der Beobachtenden, eine gründliche Auswahl des Beobachtungssystems und eine detaillierte Planung der Beobachtung meist ausgeschlossen werden (vgl. auch Schölmerich, Mackowiak & Lengning, 2003).

### SELBST- VS. FREMDAUSSAGEN

Es gibt in der Literatur zahlreiche Hinweise darauf, dass Selbst- und Fremdurteile nur gering zusammenhängen. Mögliche Ursachen für derartige Divergenzen werden vielfach diskutiert (vgl. Hungerige, 2001; Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock & Petermann, 2000). Faktoren, die eine Rolle spielen können, sind auch Tabelle 3 zu entnehmen.

Ebenfalls ist das Alter der Befragten ein wichtiger Punkt bei der Entscheidung, ob Selbst- oder Fremdurteile eingesetzt werden sollten. Zahlreiche Diskussionen, ab wann Kinder in der Lage sind, über sich selbst Aussagen zu machen, sind in der Literatur zu finden. Von großer Bedeutung scheint es zu sein, dass die Befragung kindgerecht ist. Verfahren zur Erfassung der kindlichen Ängstlichkeit,

z. B. von Lugt-Tappeser und Kriependorf (1992), von Mackowiak und Lengning (2002) oder von Becker, Lohaus, Frebel und Kiefert (2002), erbrachten gute Ergebnisse.

Beachtet werden sollte auch das Thema der Befragung. Hier scheinen verschiedene Themen unterschiedlich gut geeignet zu sein, um durch Selbst- bzw. Fremdaussagen erfasst zu werden. Bei internalisierenden Symptomen ist es z. B. fraglich, ob es Eltern möglich ist, ihre Kinder einzuschätzen (Choudhury, Pimentel, Kendall & Abpp, 2003). So konnten Comer und Kendall (2004) in ihrer Studie eine höhere Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kinderaussagen finden, wenn die Symptome direkt beobachtbar waren, als wenn diese nicht beobachtbar waren (wie bei internalisierenden Störungen).

Um einigen der aufgeführten Probleme zu entgehen, sollten Selbsturteile ggf. durch Fremdurteile ergänzt werden. Je nach ausgewähltem Themenbereich sollte überlegt werden, ob bei mangelnder Übereinstimmung einer der beiden Aussagen mehr Gewicht beigemessen wird.

## 6

## ALLGEMEINES MODELL DER EVALUATION VON INTERVENTIONS- UND PRÄVENTIONS- MASSNAHMEN

- 31 Studiendesign
- 32 Gültigkeitsbereich der Effekte
- 32 Nachweis der Wirksamkeit sowie der Effektivität als Voraussetzung für den breiten Einsatz einer Intervention (Dissemination)
- 32 Notwendige Standards für eine wissenschaftlich fundierte Evaluation

## STUDIENDESIGN

Der Nachweis der Wirkung und der Wirksamkeit einer Intervention setzt nach nationalen (vgl. Hager & Hasselhorn, 2000) wie auch internationalen (vgl. Flay et al., 2005) Standards ein Studiendesign voraus, das eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe zu Beginn der Maßnahme (Prätest), nach Beendigung der Maßnahme (Post-

test) und nach einer längeren Zeit (Follow-up) von in der Regel mindestens einem halben Jahr vorsieht. Die entsprechenden Versuchspläne für isolierte und vergleichende Evaluationen sind in Tabelle 4 und 5 dargestellt (vgl. Hager, 2000).

### VERSUCHSPLAN MIT DREI ERHEBUNGSZEITPUNKTEN FÜR EINE ISOLIERTE EVALUATION

Vortest	Intervention	Nachtest	Follow-up
<b>Experimentalprogramm (EP)</b>			
Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP	EP	Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP	Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP
<b>Kontrollprogramm (KP)</b>			
Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP	KP	Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP	Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP

»Zielspezifische Kriteriumsmaße« beziehen sich auf die internen Ziele (»Was soll verändert werden?«) eines Programms oder auf die extern für dieses Programm vorgegebenen Ziele (»Was soll erreicht werden?«).

### VERSUCHSPLAN MIT DREI ERHEBUNGSZEITPUNKTEN FÜR EINE VERGLEICHENDE EVALUATION

Vortest	Intervention	Nachtest	Follow-up
<b>Experimentalprogramm (EP)</b>			
Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP und für AP	EP unter spezifischen Randbedingungen	Zielspezifische Kriteriumsmaße für beide Programme	Zielspezifische Kriteriumsmaße für beide Programme
<b>Alternativprogramm (EP)</b>			
Zielspezifische Kriteriumsmaße für EP und für AP	AP unter spezifischen Randbedingungen	Zielspezifische Kriteriumsmaße für beide Programme	Zielspezifische Kriteriumsmaße für beide Programme

Mindestens eines der miteinander verglichenen Programme sollte seine isolierte Wirksamkeit bereits gezeigt haben.

Tabelle 4

Tabelle 5

## GÜLTIGKEITSBEREICH DER EFFEKTE

Eine Evaluation muss prüfen, ob die Maßnahme sowohl die unmittelbar trainierten oder unterstützten Eigenschaften, Fertigkeiten oder Fähigkeiten verändert hat als auch idealerweise Eigenschaften, Fähigkeiten oder Fertigkeiten, die eine Generalisierung oder einen Transfer zeigen (Hager & Hasselhorn, 2000). Ein Beispiel hierfür wäre ein Programm, das die mütterlichen Interaktionen mit dem Kind in einer strukturierten Situation trainiert und dadurch verbessert, hierdurch jedoch gleichzeitig auch die Interaktion zwischen Mutter und Kind im Alltagsleben positiver ausfällt. Dies ist für den Nachweis der Wirksamkeit deshalb so wichtig, weil sie nicht nur in der konkreten Interventionssituation mit äußerer Unterstützung sondern auch in späterer eigenständiger Lebensführung feststellbar sein sollte (Petry & Perrez, 2000).

## NACHWEIS DER WIRKSAMKEIT SOWIE DER EFFEKTIVITÄT ALS VORAUSSETZUNG FÜR DEN BREITEN EINSATZ EINER INTERVENTION (DISSEMINATION)

Die Evaluation von Interventions- oder Präventionsmaßnahmen muss neben der prinzipiellen kausalen Wirksamkeit der Maßnahme unter optimalen Bedingungen auch die Effektivität, d.h. das Ausmaß des Effekts unter Alltagsbedingungen prüfen (Flay et al., 2005; Hager, 2000).

Der Nachweis der kausalen Wirkung eines Interventionsprogramms im Bereich der »Frühen Hilfen« dahingehend, die familiäre und Betreuungssituation von Familien und Kindern bedeutsam zu verbessern, ist die Voraussetzung, um tatsächlich als nächsten Schritt die Effektivität prüfen zu können, d.h. die Wirkung des Programms an unterschiedlichen Orten, mit verschiedenen Personen und mit unterschiedlicher Infrastruktur oder Ausbildungsstand der beteiligten Einrichtungen erfassen zu können.

Programme müssen somit dahingehend geprüft werden, ob die Implementierung erfolgreich war, ob sie wirksam sind, wenn geschulte Fachkräfte mit optimalem Material die Maßnahmen durchführen, und ob diese Effekte auch dann feststellbar sind, wenn die Umsetzung unter Bedingungen mit geringerer Schulung der intervenierenden

Personen und mit geringer Ausstattung erfolgt. Erst dann sind die notwendigen Voraussetzungen erfüllt, das Programm tatsächlich für den breiten Einsatz zu empfehlen.

Im Folgenden werden Standards und wünschenswerte Standards für Evaluationen aufgelistet, die zur Beurteilung der Effektivität bzw. der Effizienz notwendig oder sinnvoll sind (vgl. Flay et al., 2005; LeCroy & Milligan, 2006a/b; Hager & Hasselhorn, 2000).

## NOTWENDIGE STANDARDS FÜR EINE WISSENSCHAFTLICH FUNDIERTE EVALUATION

### WIRKSAMKEIT

#### 1. Klare Formulierung der erwarteten Wirkung des Programms

Die Wirkung sollte klar festgelegt werden, idealerweise in der Form: Das Programm x führt zu einer Veränderung folgender Eigenschaften, Fertigkeiten y für Personen mit folgenden Eigenschaften, Defiziten, Risiken z.

#### 2. Programmdokumentation

Das Programm muss exakt beschrieben werden hinsichtlich a) der Durchführung (z. B. Organisation, Material, Dauer, Intensität, Trainingsaufwand) und b) des Wirkungsmodells (also der kausalen Faktoren). Die Beschreibung soll eine exakte Replikation ermöglichen und es erlauben, die Wirkung zu beurteilen.

#### 3. Messung der Qualität der Durchführung der Intervention

Sowohl für die Interventionsgruppe als auch für die Kontrollgruppe muss erfasst werden, wie Maßnahmen (z. B. Intensität, Instruktion vs. Training) durchgeführt werden. Gerade um einen Vergleich zu einer Kontrollgruppe durchzuführen, die die eigentlichen, vermuteten Wirkfaktoren nicht erhalten hat, muss man feststellen, welche Art von Intervention diese erfahren hat, weil die Kontrollgruppe den Vergleichsmaßstab der Wirksamkeitsbeurteilung darstellt.

#### 4. Erfassung und Bewertung der erwarteten Veränderungen

**Erwartete Wirkung:** Die Evaluation soll die tatsächlich erwarteten Wirkungen nachweisen. Deshalb ist es notwendig, die tatsächliche Veränderung, z. B. im Fürsorgeverhalten, im Problemverhalten des Kindes oder im Ausmaß der Misshandlung zu erfassen. Die verwendeten Messinstrumente müssen hierbei sowohl reliabel als auch valide sein. Bei Schwierigkeiten, die zu verändernde Variable valide zu erfassen (weil die Angaben z. B. zu Misshandlung nicht glaubwürdig sind oder Problemverhalten noch nicht aufgetreten ist), ist es sinnvoll, sogenannte Proxy-Maße zu erfassen, d. h. Variablen, die mit dem Fehlverhalten eng verbunden sind. Somit sollten nicht nur Misshandlung und Vernachlässigung überprüft werden, sondern auch angrenzende Themenbereiche wie etwa Gewalt, Disziplinierungsmaßnahmen und Verletzungshäufigkeit der Kinder.

**Follow-Up:** Nur das oben als Standard dargestellte Modell mit Follow-up-Untersuchungen ermöglicht Aussagen darüber, wie lange Effekte anhalten bzw. ob es längere Zeit braucht, um Effekte zu bewirken im Sinne von Schläfereffekten bzw. Auswirkungen der Interventionen, die sich erst bei neuen Entwicklungsthematiken der Kinder zeigen.

**Stichprobe:** Die Erfassung von Unterschieden in der Intervention setzt voraus, dass die Stichprobe groß genug ist, also genügend »power« hat, um Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aufzuzeigen. Hierbei muss jedoch neben der Testung auf signifikante Unterschiede auch auf die Effektstärke geachtet werden, da sie darüber Auskunft gibt, wie »groß« der Effekt der Intervention ist und somit, wie aussagekräftig die Ergebnisse für praktische Anwendungen sind.

**Veröffentlichungen:** Insbesondere sollten die Ergebnisse auch auf praktischer Ebene in verständlicher Form publiziert werden, z. B. als odd-ratio oder als relatives Risiko.

**Randomisierung:** Sollten trotz Randomisierung Unterschiede in den Variablen der Prä-Messung auftreten, müssen die Mittelwerte angepasst werden.

Unterschiede in der Anzahl der Teilnehmenden im Verlauf der Intervention pro Messzeitpunkt müssen aufgelistet werden.

**Objektivität:** Die Evaluation sollte unabhängig von den Durchführenden der Intervention erfolgen. Ebenso sollte die Auswertung von Interaktionen zwischen Eltern und Kind ohne Vorinformation über die Zugehörigkeit zur Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgen.

#### 5. Bewertung der Kausalität der Ergebnisse

Zentral für den Nachweis der Wirksamkeit einer Maßnahme ist die Möglichkeit, den Effekt tatsächlich auf diese zurückzuführen. Hierzu ist es notwendig, auf die Randomisierung der Zuordnung zur Interventions- und Kontrollstichprobe zu achten. Dies lässt erwarten, dass die Vergleiche bei der Evaluation nicht daran scheitern, dass sich bereits vor der Maßnahme die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden. Auf Randomisierung kann nur dann verzichtet werden, wenn ausreichende Daten über Grundraten des zu verändernden Verhaltens oder der Einstellungen vorliegen, sodass eine Veränderung gegenüber einer solchen Grundrate bewertet werden kann. Eine solche Basisrate, z. B. an Misshandlungsereignissen oder Delinquenz der Kinder, muss jedoch über mehrere Jahre vorliegen, um als Grundlage eines solchen quasi-experimentellen Vorgehens genutzt werden zu können.

#### 6. Generalisierbarkeit

Um Aussagen über die Generalisierbarkeit treffen zu können, müssen die Details der Stichprobensammensetzung hinsichtlich Alter, Geschlecht, ethnischer Zusammensetzung, sozio-ökonomischem Status und auch die Art der Stichprobengewinnung dargestellt werden. Eine Analyse der Effekte von Subgruppen wäre vorteilhaft, da hierdurch die Anwendbarkeit und die Wirksamkeit des Programms auf verschiedene Risikogruppen und Kontexte geprüft werden kann. Außerdem sollte zumindest eine zweite Studie diese Art der Intervention replizieren, um von tragfähigen Ergebnissen sprechen zu können, die es erlauben, ein Interventionsprogramm auf nationaler Ebene tatsächlich zu empfehlen.

## EFFEKTIVITÄT

Zusätzlich zu den Kriterien zur Bewertung der Wirksamkeit eines Programms oder einer Maßnahme ist es wichtig zu zeigen, dass das Programm unter Alltagsbedingungen ebenfalls wirkt. Hierbei ist notwendig:

### 1. Vorliegen einer Dokumentation der Vorgehensweise der Intervention

Handbücher über konkrete Schritte bei der Implementierung, dem Aufbau eines Netzwerkes, der Vorgehensweise der Intervention sind notwendige Voraussetzungen für eine vergleichbare Überprüfung der Wirkung des Programms. Dies kann dazu dienen, auch Informationen darüber zu generieren, für welche Zielgruppe und unter welchen Infrastrukturbedingungen die Maßnahme nicht positiv wirkt, und so zu einer besseren Empfehlung für die Dissemination beitragen.

### 2. Durchführung des Programms unter Alltagsbedingungen

In der Praxis wird es wiederholt Situationen geben, in denen nicht nur Fachpersonal, sondern auch Laienhelfer/-innen die Intervention durchführen. Somit muss geprüft werden, ob die Qualifikation der Interventionsierenden ebenfalls einen Effekt zeigt.

Da unter Alltagsbedingungen mehr Unterschiede in der Durchführung von Maßnahmen auftreten, ist die Dauer und Häufigkeit der Interventionen, die Akzeptanz, Mitwirkung und die Umsetzung der Interventionsziele bei der Interventionsgruppe sowie der Kontrollgruppe zu erheben und zu analysieren. Dies kann auch helfen zu verstehen, warum Programme nicht wirken.

### 3. Kosten-Nutzen-Analyse

Die relativen Kosten einer Intervention pro Person bei einer vergleichbaren Wirksamkeit ermöglichen die Beurteilung der Effizienz der einzelnen Maßnahme.

## EMPFEHLUNGEN ZUR VERBREITUNG VON INTERVENTIONSPROGRAMMEN (DISSEMINATION)

Bei Programmen, die sowohl ihre Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen bewiesen als auch sich unter Alltagsbedingungen als effektiv gezeigt haben, hat man notwendige Voraussetzungen gefunden, um diese Programme zu empfehlen. Um jedoch den Erfolg der Interventionen auf breiter Ebene zu optimieren, müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1. Trainingskurse mit Reliabilitätsmessungen der Durchführung und möglicher technischer Unterstützung müssen organisiert und standardisiert sein.
2. Das Wirkungsmodell der Intervention muss klar dargestellt sein.
3. Klare Informationen darüber, unter welchen Bedingungen bei welcher Gruppe an Personen welche Herangehensweise positive Effekte, negative Effekte oder Widerstände bewirkt, müssen aufgelistet sein.
4. Klare Informationen über die zu erwartenden Kosten der Intervention pro Person oder Familie müssen dargestellt werden. Auch die notwendige Infrastruktur muss aufgelistet werden.
5. Die Dokumentation der konkreten Maßnahmen und der Veränderungen gegenüber dem ursprünglichen Programm sichert die Einhaltung von für die Wirkung notwendigen Standards.

Die amerikanische Gesellschaft für Präventionsforschung hat eine Liste von 47 Standards entwickelt, die als Grundlage der Überprüfung der Wirksamkeit, der Effektivität und der wissenschaftlich begründeten Verbreitung eines Präventions- oder Interventionsprogramms gelten sollten. Diese sind in Tabelle 6 noch einmal aufgeführt.

ÜBERSICHT ÜBER DIE NOTWENDIGEN UND WÜNSCHENSWERTEN STANDARDS FÜR DIE EVALUATION VON PRÄVENTION ODER INTERVENTION IM BEREICH FRÜHER HILFEN (adaptiert nach Flay et al., 2005)

Tabelle 6

Standards		W	E	D
W = Wirksamkeit   E = Effektivität   D = Dissemination				
<b>Spezifizierung der Aussagen zur Wirksamkeit</b>				
1	<b>W</b>	1.	Aussage zur Wirksamkeit in der Form: Programm X ist wirksam für die Effektivvariable Y der Population Z.	• • •
	<b>E</b>	1.	Der Nachweis der Effektivität eines Programms setzt den Nachweis der Wirksamkeit und zusätzlicher Kriterien voraus.	• •
	<b>D</b>	1.	Die Feststellung der Disseminationsreife eines Programms ist erst gegeben, wenn alle Kriterien für die Wirksamkeit erfüllt sind.	•
<b>Programmbeschreibung und Messwerte</b>				
2	<b>W</b>	2.a.	Beschreibung derart, dass Dritten die Replikation/Implementierung ermöglicht ist.	• • •
3	<b>E</b>	2.a.	Handbücher, angemessenes Training und technische Unterstützung sollten rechtzeitig zur Verfügung stehen.	• •
4	<b>E</b>	2.b.	Interventionen sollten unter realistischen Bedingungen erfolgen.	• •
5	<b>E</b>	2.c.i.	Kausalzusammenhänge sollten theoretisch fundiert ausgewiesen sein.	• •
6	<b>E</b>	2.c.ii.	Aussagen zur Wirksamkeit einer Interventionen sollten beinhalten: "Für wen?" und "Unter welchen Bedingungen?"	• •
7	<b>BD</b>	2.	Nachweis, dass das Programm für die Praxis startbereit ist.	•
8	<b>W</b>	2.b.i.	Die erwarteten Wirkungen auf Gesundheit und Verhalten der Intervention müssen gemessen werden.	• • •
9	<b>W</b>	2.b.ii.	Es muss mindestens eine langfristige Follow-up-Messung durchgeführt werden.	• • •
		2.c.	Messverfahren müssen solide psychometrische Eigenschaften haben.	• • •
10	<b>W</b>	2.c.i.	Messverfahren müssen valide sein.	• • •
11	<b>W</b>	2.c.ii.	Interne Konsistenz (alpha), test-retest Reliabilität, und/oder Beurteilerübereinstimmung müssen berichtet werden.	• • •
12	<b>W</b>	2.c.iii.	Mindestens eine Datenerhebung durch eine Person, die nicht die Intervention durchgeführt hat.	• • •

Standards		W	E	D
W = Wirksamkeit   E = Effektivität   D = Dissemination				
<b>E</b>	2.d.			
	Messung des Ausmaßes der Dosis und der Intensität der Exposition in der Programm- oder Kontrollbedingung.	●	●	●
<b>13 E</b>	2.d.i.			
	Verlässlichkeit und Ausmaß der Implementierung/Bereitstellung der Intervention.	●	●	●
<b>14 E</b>	2.d.ii.			
	Messung des Engagements der Zielgruppe und Untergruppen.	●	●	●
<b>15 AWK</b>				
	Erfassung von Mediatorvariablen (oder unmittelbare Haupteffekte).	●	●	●
<b>16 AWK</b>				
	Potenzielle Nebeneffekte.	●	●	●
<b>17 AWK</b>				
	Mehrere Konstruktmaße.	●	●	●
<b>18 AWK</b>				
	Erfassung von Moderatorvariablen.		●	●
<b>Klarheit kausaler Schlussfolgerungen</b>				
<b>W</b>	3.			
	Forschungsdesign erlaubt eindeutige Kausalaussagen.			
<b>19 W</b>	3.a.			
	Das Design hat mindestens eine Vergleichsbedingung, in der nicht die getestete Intervention erfolgte.	●	●	●
<b>20 W</b>	3.b.			
	Art der Zuordnung zu den Bedingungen maximiert das Vertrauen in Kausalaussagen.	●	●	●
<b>W</b>	3.b.i.			
	Für die meisten Zuordnungen erfolgt eine zufällige Zuordnung (mit hinreichend großem N ohne sig. Prätest-Unterschiede).			
<b>W</b>	3.b.ii.			
	Für Großinterventionen: wiederholtes Zeitreihen-Design ohne Randomisierung möglich.			
<b>W</b>	3.b.iii.			
	Gut durchgeführtes Regression-Discontinuity Design (Auswahlmodell ist vollkommen bekannt).			
<b>W</b>	3.b.iv.			
	Gepaartes Kontrollgruppen-Design bei Prätest-Äquivalenz und in Abwesenheit einer Selbstauswahl-Zuordnung.			
<b>Verallgemeinerung der Ergebnisse</b>				
<b>21 W</b>	4.a.			
	Bericht spezifiziert die Stichprobe und die Art, wie sie gewählt wurde.	●	●	●
<b>22 E</b>	4.a.			
	Zielpopulation und die Methoden der Stichprobengewinnung sind erläutert.		●	●
<b>23 E</b>	4.b.i.			
	Das Ausmaß, in welchem die Ergebnisse verallgemeinerungsfähig sind, ist evaluiert.		●	●

Standards		W	E	D	
W = Wirksamkeit   E = Effektivität   D = Dissemination					
<b>Verallgemeinerung der Ergebnisse</b>					
24	<b>AWK</b>	Berichte zu den Untergruppe-Analysen.	•	•	•
25	<b>AWK</b>	Experimentelle Analyse zu Dosiseffekten.		•	•
26	<b>AWK</b>	Replikation durch andere Populationen.		•	•
27	<b>AWK</b>	Replikation mit anderen Programmanbietern.		•	•
<b>Genauigkeit der Ergebnisse</b>					
	<b>W</b>	5.a. Statistische Analyse erlaubt eindeutige Kausalaussagen.			
28	<b>W</b>	5.a.i. Analyse der Haupteffekte auf derselben Ebene wie die Randomisierung, beinhaltet alle Fälle.	•	•	•
29	<b>W</b>	5.a.ii. Testen von Prätest-Unterschieden und entsprechende Korrekturen, falls nötig.	•	•	•
30	<b>W</b>	5.a.iii. Im Falle der Analyse mehrerer Ergebnisvariablen, Anpassungen für multiple Vergleichsebenen.	•	•	•
31	<b>W</b>	5.a.iv. Analysen, die kontrollieren, ob vermeintlich festgestellte, signifikante Interventionseffekte nur auf unterschiedlicher Teilnahme von Subgruppen pro Variable (z. B. Personen, Einrichtungen) beruhen (selektiver Dropout).	•	•	•
32	<b>W</b>	Berichte über Ausmaß und Art fehlender Daten.	•	•	•
<b>Tests auf statistische Signifikanzen</b>					
33	<b>W</b>	5.b.i. Berichte zu allen gemessenen Variablen und Ergebnissen.	•	•	•
34	<b>W</b>	5.b.ii. Konsistentes Muster statistischer Signifikanzen.	•	•	•
35	<b>W</b>	5.b.iii. Keine schwerwiegenden negativen (durch ärztliche Behandlungen ausgelöste) Effekte.	•	•	•
36	<b>W</b>	5.c. Nachgewiesene Gesundheitsauswirkungen.	•	•	•
37	<b>E</b>	5.a. Evaluation macht praktische Bedeutung deutlich.		•	•
38	<b>BD</b>	3. Kosteninformationen hinlänglich verfügbar.	•	•	•
39		Berichte über Kosten und Kosteneffektivität.	•	•	•

Standards		W	E	D	
W = Wirksamkeit   E = Effektivität   D = Dissemination					
40	W	5.d. Signifikante Effekte für mindestens eine Follow-up-Messung.	•	•	•
41	W	5.e.i. Mindestens zwei hochqualitative Studien/Replikationen, welche die oben angeführten Wirksamkeitskriterien erfüllen.	•	•	•
42	W	5.e.ii. Die Evidenz aus den meisten Studien stimmt mit den beiden qualitativ besten Studien überein.	•	•	•
43	E	5.b. Konsistente Ergebnisse von mindestens zwei unterschiedlichen hochqualitativen Wirksamkeitsstudien.		•	•
44	AWK	Je mehr Replikationen, desto besser.	•	•	•
45	AWK	Unabhängige Replikationen von Organisationen, die das Programm bereitstellen.			•
46	BD	4. Monitoring- und Evaluierungsinstrumente sind Anwendern/-innen verfügbar.		•	
47	AWK	Aussagen zu Faktoren, die eine Nachhaltigkeit des Programms erwarten lassen.		•	

W = Wirksamkeit , E = Effektivität, D = Dissemination, BD = Breite der Dissemination, AWK = andere wünschenswerte Kriterien,  
 • = wünschenswerte Standards, • = notwendige Standards

## 7

## EMPFEHLUNG FÜR DIE EVALUATION

Der internationale Forschungsstand zeigt zum einen, dass Frühe Hilfen tatsächlich Wirkungen zeigen, die je nach Vorgehensweise und Zielgruppe Effektstärken im niedrigen bis mittleren Bereich aufweisen. Zum anderen wird deutlich, dass auch in anderen Ländern wissenschaftliche Evaluationen den Standard darstellen und dies von Expertengruppen für frühe Prävention und Intervention explizit gefordert und ausführlich erörtert wird. Wissenschaftliche Standards bei der Evaluation von Präventions- oder Interventionsprogrammen sind deshalb so wichtig, weil es weder ethisch vertretbar wäre, durch ineffektive Programme Kinder und Eltern tatsächliche altersgemäße Entwicklungsmöglichkeiten verpassen zu lassen, noch, die Gemeinschaft uneffektive Programme finanzieren zu lassen. Vergleichende wissenschaftliche Analysen zur Wirkung Früher Hilfen in Deutschland fehlen jedoch bislang noch.

### **EINHEITLICHES ODER VERGLEICHBARES EVALUATIONSDESIGN**

Für die Programme, die im deutschsprachigen Raum eingesetzt und gefördert werden, sollte deshalb unbedingt eine vergleichende Evaluation ermöglicht werden. Dies setzt voraus, dass neben einem analogen Design vor allem auch einheitliche und in dem erfassten Konstrukt äquivalente Messinstrumente eingesetzt werden, um die Analyse der Wirkungen vergleichbar zu machen.

Hierfür sollten alle geförderten Programme den vorrangigen Einsatz eines randomisierten Kontrollgruppendesigns einsetzen. Die Meta-Analyse von Lundal, Niemer & Parsons (2006) zeigte deutlich, dass nur in Studien mit Kontrollgruppe konsistente Effekte nachgewiesen werden konnten, die nicht von anderen Randbedingungen abhängen. Der Einsatz von unterbrochenen Zeitreihenanalysen oder Regressions-Diskontinuitätsdesigns (vgl. Shadish, Cook, & Campbell, 2005) bietet Alternativen, die jedoch wiederholte multiple Messungen oder eine gute Datengrundlage zu Basisraten von zu verändernden Variablen voraussetzen. Dies müsste durch Vorarbeiten gewährleistet werden.

### **EINHEITLICHE MESSVERFAHREN**

Für eine vergleichende Evaluation wäre zu empfehlen, bei verschiedenen Programmen der Frühen Hilfen zumindest

eine Reihe an identischen Verfahren zur Veränderungsmessung zu nutzen. Hierzu schlagen wir vor, über Fragebögen, Interviews und Interaktionsbeobachtungen vielfältige Informationsquellen für Effekte beim Kind wie auch bei den Eltern heranzuziehen.

Vergleichbar zum internationalen Forschungsstand sollten erfasst werden:

#### **Kinder:**

- Motorische, kognitive und sozio-emotionale Entwicklung,
- Störungsintensität,
- Gesundheitszustand,
- Gefährdung des Kindes;

#### **Eltern:**

- Erziehungseinstellungen,
- beobachtbares Erziehungsverhalten (Feinfühligkeit, Anleitungsqualität, Regelsetzung),
- mentale Gesundheit,
- Fähigkeit zur Organisation der Familie und der sozio-ökonomischen Situation;

#### **Kind und Eltern:**

- Interaktionen (Synchronizität, Abstimmung).

Hierzu schlagen wir Verfahren vor, die sich auch international als reliabel und valide erwiesen haben und zum Teil bereits auf Deutsch vorliegen. Eine Auswahl wird im Folgenden kurz beschrieben:

### **ADULT-ADOLESCENT PARENTING INVENTORY (AAPI), BAVOLEK (1984)**

Bei dem AAPI handelt es sich um einen standardisierten Fragebogen zur Messung der Erziehungsfähigkeiten von Eltern. Die 32 Items erfassen:

- die unangemessenen Erwartungen an das Kind,
- den Mangel an Empathie,
- die elterliche Ausprägung körperlicher Gewalt,
- den Rollentausch zwischen Eltern und Kind.

Hierdurch werden zum einen Informationen über die Erziehungseinstellungen der Eltern gesammelt, und zum an-

deren wird erfasst, ob die Eltern ihre Erziehungsaufgaben ohne Gewalt und Misshandlungen wahrnehmen können. Es gibt zwei Parallelversionen, die im Prä- und Posttest eingesetzt werden können. Angewandt werden kann das Verfahren sowohl von professionellen als auch von paraprofessionellen Personen. Die Durchführung dauert 20 bis 30 Minuten. Es kann bei Jugendlichen von 12 bis 19 Jahren und bei Erwachsenen eingesetzt werden. Die Einschätzung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Validität wurde dadurch gesichert, dass lediglich die Items aufgenommen wurden, die von 80 % der einbezogenen Fachleute als zuverlässig bezüglich dieses Konstruktes eingeschätzt wurden. Die inhaltliche Validierung zeigte eine hundertprozentige Übereinstimmung unter den Fachleuten bezüglich der vier Konstrukte, die die Einstellung zu Misshandlung repräsentieren. Die Retest-Reliabilität weist einen Range von -.01 (Item 16, Konstrukt A) bis .91 (Item 25, Konstrukt C) auf. Die gesamte Retest-Reliabilität liegt bei .76.

### **CHILD ABUSE POTENTIAL INVENTORY (CAPI), MILNER (1980, 1986)**

Das CAPI erfasst die elterlichen Erziehungsfähigkeiten, die Gesundheit von Kind und Familie und die Familienbeziehungen. Es ist ein standardisiertes Verfahren, das primär der Feststellung von Kindesmissbrauch durch soziale Dienststellen dient. Versuchsleiter/-innen können angeleitete nicht-professionelle Personen sein. Es ist ein Eigenbericht mit den Antwortmöglichkeiten »stimme zu/stimme nicht zu« und umfasst zehn Hauptskalen. Die Skala Miss-handlung/Missbrauch ist in sechs Subskalen unterteilt:

1. Distress
2. Rigidität
3. Unglücklich sein
4. Probleme mit dem Kind und sich selbst
5. Probleme mit der Familie
6. Probleme mit Anderen

Darüber hinaus sind drei weitere Validitätsskalen aufgenommen worden: Lügen, Zufallsantworten und Inkonsistenz. Die Durchführung dauert 12 bis 20 Minuten. Die interne Konsistenz fällt sehr gut aus (.92-.96 für Kontrollgruppen und .95-.98 für Missbrauchende).

### **EYBERG CHILD BEHAVIOR INVENTORY (ECBI), EYBERG (1999)**

Das ECBI erlaubt die Erfassung des Ausmaßes und der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 2 bis 16 Jahren auf der Basis von Eltern- und Lehrerangaben. Es dient der Auslese von externalisierendem Verhalten im klinischen Bereich, als Screening-Instrument zur präventiven Identifikation delinquenten Verhaltens bei Kindern in Risikogruppen und als Outcome-Maß bei Evaluationen von Programmen zur Verringerung von Verhaltensstörungen. Auf einer siebenstufigen Skala werden verschiedene Verhaltensweisen zunächst nach dem Ausmaß ihres Auftretens (1 = niemals bis 7 = immer) eingeschätzt und anschließend als problematisch oder nicht-problematisch aus Sicht des Beurteilenden eingestuft. Die Durchführungsdauer beträgt fünf Minuten. Zur Auswertung und Interpretation der Ergebnisse sind psychologische Kenntnisse – insbesondere Vertrautheit mit den inhaltlichen Fragen und dem Manual – erforderlich. Die internen Konsistenzen der Skalen liegen zwischen .88 und .95, die Retest-Reliabilität zwischen .86 und .88. Insgesamt wird die Validität des Verfahrens als zufriedenstellend angegeben.

### **FAMILY STRESS CHECKLIST (FCS), SCHMITT & CARROLL (WITH ASSISTANCE OF GRAY, J.) (1976)**

Die FSC dient der Prävention und Behandlung von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung. In Form eines psychosozialen Interviews werden zehn elterliche Problem-bereiche erfragt und als normal (= 0), als mittelschwer (= 5) oder als schwerwiegend problematisch (= 10) durch den Interviewenden eingeschätzt. Die Bereiche umfassen psychiatrische Vergangenheit, Kriminalität und Drogenmissbrauch in der Vergangenheit, emotionale Funktionstüchtigkeit, Einstellung zum Kind sowie die Wahrnehmung des Kindes, Gewaltpotenzial, Disziplinierung des Kindes und Stresslevel der Eltern. Die so gewonnenen Informationen dienen der Einschätzung der Eltern hinsichtlich des Risikos zukünftiger Kindesmisshandlungen, die je nach erreichten Summenscores in drei Bereiche eingeteilt sind: Werte über 25 weisen auf ein mittleres Risiko für zukünftige Kindesmisshandlung und -vernachlässigung hin, Werte über

40 kennzeichnen Eltern als zugehörig zur Hochrisikogruppe. Die Durchführung und Auswertung des Interviews erfordert ein umfassendes Training und ausreichende psychologische Erfahrungen. Gleichzeitig weisen Validitätsstudien darauf hin, dass das Instrument nicht als alleinige diagnostische Grundlage herangezogen werden sollte, sondern lediglich im Rahmen einer umfassenden Diagnostik unterstützende Informationen liefern kann. Untersuchungen zur prospektiven Validität zeigten, dass 52,2 % der Mütter, die als hoch risikogefährdet eingeschätzt wurden, tatsächlich ihre Kinder misshandelten, während sich für 96,8 % der Mütter, die als gering gefährdet eingeschätzt wurden, die Vorhersage bestätigte.

### **PARENT-CHILD-RELATIONSHIP INVENTORY (PCRI) GERARD, (1994)**

Das PCRI ist ein Fragebogen, der elterliche Einstellungen hinsichtlich der Elternschaft und bezüglich ihrer Kinder erfasst. Er wird im klinischen Bereich und in der Forschung eingesetzt und umfasst sieben spezifische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung (emotionale und soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit der Elternschaft, Ausmaß der Interaktionen mit dem Kind und Wissen über das Kind, Effektivität der Kommunikation, Grenzsetzung, Förderung der Unabhängigkeit des Kindes, Einstellung zur Geschlechtsrollenverteilung und der Elternrolle). Der Fragebogen umfasst 78 Items, zu denen Eltern jeweils den Grad ihrer Zustimmung auf einer vierstufigen Skala angeben. Die durchschnittliche Durchführungsdauer beträgt 15 Minuten. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Ergebnisse des PCRI nicht alleinige Grundlage für eine klinische Diagnose und weitere Behandlungen sein sollten, sondern in Kombination mit weiteren objektiven Verfahren eingesetzt werden können. Obwohl kein spezifisches Training zur Durchführung des Verfahrens notwendig ist, sollte die Interpretation auf der Grundlage klinischer Erfahrungen und auf dem Hintergrund ausreichenden Wissens über Eltern-Kind-Interaktionen erfolgen. Die interne Konsistenz des PCRI wird als gut bezeichnet (.82), ebenso die Konstruktvalidität und die Retest-Reliabilität (.81).

### **SPRACHSCREENING FÜR DAS VORSCHULALTER (SSV), GRIMM (2003)**

Das SSV ermöglicht die standardisierte Erfassung des erreichten Sprachentwicklungsstands.

#### **Bei dreijährigen Kindern gibt es Untertests für:**

- das Phonologische Arbeitsgedächtnis und
- die Morphologische Regelbildung.

#### **Bei vier- bis fünfjährigen Kindern gibt es Untertest für:**

- das Phonologische Arbeitsgedächtnis und das Satzgedächtnis.

Es ist im Alter von 3;0 bis 5;11 Jahren einsetzbar. Das SSV erlaubt eine standardisierte Erfassung des erreichten Sprachentwicklungsstands und damit die Identifikation von Risikokindern im späteren Vorschulalter. Es existieren zwei Kurzformen. Die Objektivität bei der Auswertung ist gegeben. Angaben für die interne Konsistenz der Untertests fallen zwischen .62 und .89 aus. Beide Kurzformen weisen hohe Korrelationen mit dem Gesamttest SETK 3-5 auf (zwischen  $r=.83$  und  $r=.89$ ).

### **CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL), ACHENBACH (1992) (deutsche Version: Döpfner et al., 1994)**

Die CBCL ist das weltweit gebräuchlichste Fragebogenverfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Sie liegt sowohl in einer Version vor, die den Altersbereich zwischen 1½ und 5 Jahren abdeckt, als auch in einer Version für den Altersbereich zwischen 4 und 18 Jahren. Über die Elternversionen hinaus, in denen ein Elternteil auf einer Skala von 0 bis 2 das Ausmaß des Vorliegens bestimmter Verhaltensweisen angibt, liegt zur CBCL eine parallelisierte Jugendversion vor, die von Kindern und Jugendlichen selbst ausgefüllt wird, sowie eine Lehrerversion. Die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist 1½-5 umfasst 99 Problem-Items, von denen 50 Entsprechungen der CBCL für ältere Kinder darstellen. Aus den Items werden sechs Problemskalen (Emotionale Reaktivität, Ängstlichkeit, Depressivität, Körperliche Beschwerden, Sozialer Rückzug, Schlafprobleme, Auf-

merksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten) sowie drei übergeordnete Skalen gebildet, die externalisierende Auffälligkeiten, internalisierende Auffälligkeiten und die Gesamtauffälligkeit abbilden. Die Version für die älteren Kinder enthält außerdem drei weitere Skalen, die sich auf die Schulleistung, Aktivitäten und soziale Kompetenz der zu beurteilenden Person beziehen. Untersuchungen mit der deutschsprachigen Fassung zur Überprüfung der internen Konsistenzen werden derzeit unternommen. Da kulturvergleichende Analysen bisher keine bedeutsamen Unterschiede in den Skalenmittelwerten zwischen den Niederlanden, den USA, Kanada und Deutschland aufzeigten, kann die amerikanische Normierung vorläufig als Orientierung für den deutschen Sprachraum dienen, bis eine deutsche Normierung erfolgt ist.

### **BECK DEPRESSIONS-INVENTAR (BDI) (BECK, A.T.) (deutsche Version: Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. und Keller, F., 1995)**

Das BDI ist ein international anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptomatik. Es enthält 21 Items (z.B. traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, Sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust u.a.), zu denen der/die Beurteilende einer der nach aufsteigendem Schweregrad und zunehmender Beeinträchtigung beschriebenen Aussagen zustimmen soll (von 0 = nicht vorhanden über 1 = leichte Ausprägung und 2 = mäßige Ausprägung bis 3 = starke Ausprägung). Das BDI erweist sich als ein auch für Verlaufsuntersuchungen geeignetes und von psychiatrischen und anderen Patienten gut akzeptiertes Instrument. Das BDI kann als Einzel- oder Gruppentest bei Personen zwischen 18 und 80 Jahren eingesetzt werden. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer liegt – beeinflusst von der krankheitsbedingten Antriebshemmung – zwischen 10 und 15 Minuten. Die Innere Konsistenz (Cronbach's alpha) erreicht über alle Probanden einen sehr zufriedenstellenden Koeffizienten von .88. Die Stabilität der Symptomatik liegt über eine Woche bei  $r=.75$  und über zwei Wochen bei  $r=.68$ . Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsskalen bei depressiver Symptomatik liegen bei  $r=.76$ . Insgesamt erweist sich das BDI als zuverlässiges, konsistentes, valides, sensibles und damit gut

brauchbares Instrument zur Messung des Schweregrades depressiver Symptomatik und deren Veränderung durch Behandlungsmaßnahmen.

### **BAYLEY SCALES OF INFANT DEVELOPMENT (BSID), BAYLEY (2006)**

Die BSID dienen der Untersuchung des Entwicklungsniveaus von Kindern zwischen einem und 42 Monaten. Sie haben sich vorrangig zur Diagnose von Entwicklungsverzögerungen und zur Planung von früher Förderung bewährt. Erfasst werden zwei grundlegende Fähigkeitsbereiche: Kognitionen und Motorik. Die Aufgaben der Kognitiven Skala überprüfen frühe Gedächtnisleistungen, Habituation, Problemlösefähigkeiten, frühe Zahlkonzepte, Klassifikation und Kategorisierungsfähigkeit, Vokalisation und sprachliche Kompetenzen sowie frühe sozialkommunikative Fähigkeiten. Die Aufgaben der Motorischen Skala beziehen sich auf die zunehmende Haltungskontrolle sowie die fein- und grobmotorische Koordination. Diese umfasst die Bewegungskontrolle beim Krabbeln, Kriechen, Sitzen, Stehen, Gehen und Rennen. Die Motorische Skala überprüft außerdem die feinmotorische Manipulation beim Greifen, den altersgemäßen Gebrauch von Stiften und das Imitieren von Handbewegungen. Die Aufgaben sind nach Altersgruppen geordnet. Entsprechend ergeben sich für verschiedene Altersgruppen unterschiedliche Bearbeitungszeiten (bis 14 Monate: 25 bis 35 Minuten; über 15 Monate: bis 60 Minuten).

### **HOME OBSERVATION FOR MEASUREMENT OF THE ENVIRONMENT (HOME), CALDWELL & BRADLEY (1984)**

Das HOME ist ein Beobachtungsverfahren zur Erfassung der kindlichen Umwelt zuhause. Folgende Punkte stehen dabei im Vordergrund:

- die Frequenz und die Stabilität des Kontakts des Kindes zu Erwachsenen,
- das Ausmaß der Stimulation in Bezug auf Entwicklung und Sprache,
- die Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse,
- das emotionale Klima,

- die Vermeidung der Einschränkung von motorischem und Explorationsverhalten,
- die Verfügbarkeit von Spielmaterial,
- die Charakteristika der häuslichen Umgebung, die auf das elterliche Interesse an Leistung hinweisen.

Dieses Beobachtungsverfahren wird weit verbreitet zur Evaluation von Programmen eingesetzt. Angemessene Reliabilitäten und Validitäten sind gewährleistet. Darüber hinaus werden hohe Beurteilungsübereinstimmungen berichtet (Bradley et al., 1989).

### ANALYSE DER EFFEKTIVITÄT DER PROGRAMME FÜR VERSCHIEDENE SUBGRUPPEN/HELFER

Neben der Nutzung zum Teil identischer Maße wäre es empfehlenswert, die Stichprobenbeschreibung und -rekrutierung nach gleichen Kriterien zu gestalten. Hierzu zählen identische Indizes einzelner Gruppen für die Erfassung von Risikofaktoren wie z. B. Armut, Bildungsstand, psychische Auffälligkeiten, Geburtsrisiken, Behinderung, Migrationshintergrund, etc.

Ebenso ist eine Standardisierung der Erfassung der Ausbildung der Personen, die konkret die Maßnahme durchführen, sinnvoll, um die spezifische Anpassung einzelner Programme an die Zielgruppe zu überprüfen.

### ANALYSE VON EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE EFFEKTIVITÄT VON PROGRAMMEN

In einer Vielzahl von Studien ergaben sich differenzielle Wirkungen von Interventionen in Abhängigkeit von anderen Faktoren. Deshalb schlagen wir eine einheitliche Erfassung folgender Variablen als Kovariaten vor:

#### Programmspezifisch:

- Dauer und Intensität des Programms,
- Anzahl tatsächlich stattgefundener Termine.

#### Personenspezifisch:

- Persönlichkeit und Temperament des Kindes (z. B. Ego-resiliency)/der Mutter bzw. Eltern,

- Alter des Kindes/der Mutter bzw. der Eltern,
- Behinderung des Kindes/der Mutter bzw. der Eltern,
- Intelligenz des Kindes/der Mutter bzw. der Eltern,
- Sprache zuhause,
- Nationalität.

### ANALYSE VON GRÜNDEN FÜR DEN PROGRAMMABBRUCH ODER SELEKTIVE DATENAUSFÄLLE

Die Analyse der Abbruchquote ermöglicht eine genauere Beurteilung der Programmeffektivität, da die Stichprobencharakteristika sowohl der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe sich damit möglicherweise deutlich verändern. Dies erschwert Aussagen über die Generalisierbarkeit und den Nachweis der Effektivität.

Es wird empfohlen zu erfassen:

- Allgemeine Abbruchrate,
- Unterschiede in Experimental- und Kontrollgruppe in Teilnahmeintensität und Häufigkeit sowie individuellen Charakteristika (sozio-ökonomisch, Erziehungsverhalten),
- Unterschiede bei Datenausfällen für bestimmte Messverfahren.

## 8

## LITERATUR

## A

- Achenbach, T. (1992). *Manual for the child behavior checklist 2-3 and 1992 profile*. Burlington, Vt.: Dep. of Psychiatry, Univ. of Vermont.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer Verlag.
- Andrews, S. R., Blumenthal, J. B., Johnson, D. L., Kahn, A. J., Ferguson, C. J., Lasater, T. M., Malone, P. E. & Wallace, D. B. (1982). The skills of mothering: A study of parent child development centers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47.

## B

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. & van IJzendoorn, M. H. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191–216.
- Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Barth, R. P. (1991). An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse & Neglect*, 15, 363–375.
- Bavolek, S. J. (1984). *Handbook for the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)*. Park City, UT: Family Developmental Resources, Inc.
- Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development: Bayley-III*. 3. ed. San Antonio: Harcourt Assessment, Psych.Corp.
- Becker, B., Lohaus, A., Frebel, C. & Kiefert, U. (2002). Zur Erhebung von Ängsten bei fünf- bis sechsjährigen Vorschulkindern. *Diagnostica*, 48, 90–99.
- Beelmann, A. & Brambring, M. (1998). Implementation and effectiveness of a home-based early intervention program for blind infants and preschoolers. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 225–244.
- Berliner, L. & Conte, J. R. (1990). The Process of Victimization: The Victims Perspective. *Child Abuse & Neglect*, 14, 29–40.
- Biglan, A., Ary, D. & Wagenaar, A.C. (2000). The value of interrupted time series experiments for community intervention research. *Prevention Science*, 1, 31–49.
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F.,

Corso, P., Schofield, A., Briss, P. A. & Task Force on Community Preventive Services (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11–39.

- Blunt Bugental, D., Crane Ellerson, P., Lin, E. K., Rainey, B., Kokotovic, A. & O Hara, N. (2002). A Cognitive Approach to Child Abuse Prevention. *Journal of Family Psychology*, 16, 243–258.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).  
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend/fruehehilfen,did=86930.html> (22.10.2007)
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M., Rock, S. L., Ramey, C. T., Barnard, K. E., Gary, C., Hammond, M. A., Mitchell, S., Gottfried, A. W., Siegel, L. & Johnson, D. L. (1989). Home environment and cognitive development in the first three years of life: A collaborative study including six sites and three ethnic groups in North America. *Developmental Psychology*, 25, 217–235.
- Brake, J. & Zimmer, H. (1998). *Praxis der Personalauswahl. So wählen Sie den richtigen Bewerber aus*. Würzburg: Lexika.
- Brezing, H. (2000). Welche Bedürfnisse haben Anwender(innen), und wie werden sie in der Forschung abgedeckt? Die Bedeutung von Evaluationsstandards und von Effektivitätskriterien für die Praxis. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.) *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 8–18). Bern: Huber.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G. & Salzinger, S. (1998). A Longitudinal Analysis of Risk Factors for Child Maltreatment: Findings of a 17-Year Prospective Study of Officially Recorded and Self-Reported Child Abuse and Neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1065–1078.

## C

- Caldwell, B. M. & Bradley, R. H. (1984). *Administration manual: Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) Scale*. Little Rock, AK: University of Arkansas at Little Rock.
- Campbell, F. A. & Ramey, C. T. (1994). Effects of Early Intervention on Intellectual and Academic Achieve-

ment: A Follow-Up Study of Children from Low-Income Families. *Child Development*, 65, 684–698.

Carpenter, B. (2005). Early Childhood Intervention: Possibilities and Prospects for Professionals, Families and Children' *British Journal of Special Education*, 32, 176–183.

Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., Kendall, P. C. & Abpp, P. C. (2003). Childhood Anxiety Disorders: Parent-Child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 957–964.

Comer, J. H. & Kendall, P. H. (2004). A Symptom-Level Examination of Parent-Child Agreement in the Diagnosis of Anxious Youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 878–886.

## D

Davis, H., Dusoir, T., Papadopoulou, K., Dimitrakaki, Ch., Cox, A., Ispanovic-Radojkovic, V., Puura, A., Viza-cou, S., Paradisiotou, A., Rudic, N., Chisholm, B., Leontiou, F., Mäntymaa, M., Radosavljev, J., Riga, E., Day, C. & Tamminen, T. (2005). Child and Family Outcomes of the European Early Promotion Project. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7, 63–81.

Deutscher Bundestag (1998). *Endbericht der Enquete-Kommission »Sogenannte Sekten und Psychogruppen«, Neue religiöse und ideologische Gemeinschaften und Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland*. Zur Sache 98/5. Bonn.

Dixon L., Hamilton-Giachritsis C. & Browne K. (2005). Attributions and Behaviours of Parents Abused as Children: A Mediation Analysis of the Intergenerational Continuity of Child Maltreatment (Part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 58–68.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeit-*

*schrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 22, 189–205.

Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., Windham, A. & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28, 597–622.

## E

Egeland, B., Breitenbucher, M. & Rosenberg, D. (1980). Prospective Study of the Significance of Life Stress in the Etiology of Child Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 195–205.

Elliott, M., Browne, K. & Kilcoyne, J. (1995). Child Sexual Abuse Prevention: What Offenders Tell Us. *Child Abuse & Neglect*, 19, 579–594.

Engfer, A. (1991). Prospective Identification of Violent Mother-Child Relationships. Child Outcomes at 6.3 Years. In G. Kaiser, H. Kury & H.-J. Albrecht (Eds.). *Victims and Criminal Justice. Particular Groups of Victims. Part 1. Criminological Research Reports by the Max-Planck Institute for Foreign and International Penal Law*, 52/1, (pp. 415–458).

Ethier, L. S., Couture, G. & Lacharite, C. (2004). Risk Factors Associated with the Chronicity of High Potential for Child Abuse and Neglect. *Journal of Family Violence*, 19, 13–24.

Eyberg, S. (1999). *The Eyberg Child Behavior Inventory*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

## F

Fergusson, D. M., Grant, H., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2005). Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation. *Pediatrics*, 116, 803–809.

Field, T. M., Widmayer, S. M., Stringer, S. & Ignatoff, E. (1980). Teenage, lowerclass, black mothers and their preterm infants: An intervention and development follow-up. *Child Development*, 51, 426–436.

Flay, B. R., Biglan, A. & Boruch, R. F. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151–175.

Frodi, A. M. & Lamb, M. E. (1980). Child Abusers' Responses to Infant Smiles and Cries. *Child Development*, 51, 238–241.

## G

- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C. & Shilton, P. (1996). Family Functioning in Neglectful Families. *Child Abuse & Neglect*, 20, 363–377.
- Gerard, A. (1994). *Parent-Child-Relationship-Inventory (PCRI). Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Gessner, B. D., Moore, M., Hamilton, B. & Muth, P. T. (2004). The Incidence of Infant Physical Abuse in Alaska. *Child Abuse & Neglect*, 28, 9–23.
- Glazerman, S., Levy, D. M. & Myers, D. (2003). Nonexperimental versus experimental estimates of earnings impacts. *The annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589, 63–93.
- Goodson, B. D., Layzer, J. I., St.Pierre, R. G. & Bernstein, L. S. (2000). Good Intentions are Not Enough: A Response to Gilliam, Ripple, Zigler, and Leiter. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 61–66.
- Gray, J., Spurway, P. & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*, 25, 641–655.
- Gray, S. W. & Ruttle, K. (1980). The family-oriented home visiting program: A longitudinal study. *Genetic Psychology Monographs*, 102, 299–316.
- Grimm, H. (2001). SETK 3-5: *Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungs-fähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003). *Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutelius, M. F., Kirsch, A. D., MacDonald, S., Brooks, M. R. & McErlean, T. (1977). Controlled study of child health supervision: Behavioral results. *Pediatrics*, 60, 294–304.

## H

- Hager, W. & Hasselhorn, M. (2000). Psychologische Interventionsmaßnahmen: Was sollen sie bewirken können? In W. Hager, J. L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 41–85). Bern: Huber.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A. & Walter, M. (2007). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht*. München: DJI.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C. & Egolf, B. P. (1983). Circumstances surrounding the occurrence of child maltreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 424–431.
- Hock, B., Holz, G. & Wüstendörfer, W. (2000). *Frühe Folgen – langfristige Konsequenzen? Armut und Benachteiligung im Vorschulalter. Vierter Zwischenbericht zu einer Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt*. ISS-Pontifex 2/200, Frankfurt/Main: ISS.
- Holz, G. & Skoluda, S. (2003). *Armut im frühen Grundschulalter*. Frankfurt/Main: Eigenverlag der Arbeiterwohlfahrt.
- Howes, P. W., Cicchetti, D., Toth, S. L. & Rogosch, F. A. (2000). Affective, organisational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective. *Journal of Family Psychology*, 14, 95–110.
- Hungerige, H. (2001). Das Explorationsgespräch mit Eltern. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2: Interventionsmethoden* (S. 41–94). Tübingen: dgvt-Verlag.

## J

- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M. & Hitchens, K. (2004). Observations of Early Triadic Family Interactions: Boundary Disturbances in the Family Predict Symptoms of Depression, Anxiety, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Middle Childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 577–592.
- Jäger, R. S. (1988). *Psychologische Diagnostik: Ein Lehrbuch*. München: Psychologie-Verl.-Union.
- Juffer, F., Hoksbergen, R., Riksen-Walraven, J. & Kohnstamm, G. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1039–1050.

## K

- Kadushin, A. & Martin, J. A. (1981). *Child Abuse: An Interactional Event*. New York: Columbia University Press.
- Kindler, H. (2003). *Evaluation der Wirksamkeit präventiver Arbeit gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen und Jungen*. Expertise. München: Amyna e.V.
- Kindler, H. (2006): Frühe Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung: Ein internationaler Forschungsüberblick. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 9, 23–47.
- Kindler, H. (2006a). Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 3.
- Kindler, H. (2006b). Was ist unter psychischer Misshandlung zu verstehen? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 4.
- Kindler, H. (2006c). Was ist unter physischer Misshandlung zu verstehen? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 5.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- König, R. (1972). *Das Interview*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Kotch, J. B., Browne, D. C., Ringwalt, C. L., Dufort, V., Ruina, E., Stewart, P. W. & Jung, J.-W. (1997). Stress, Social Support, and Substantiated Maltreatment in the Second and Third Years of Life. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1025–1037.
- Kropp, J. P. & Haynes, O. M. (1987). Abusive and Nonabusive Mothers' Ability to Identify General and Specific Emotion Signals of Infants. *Child Development*, 58, 187–190.

## L

- Larson, C. P. (1980). Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics*, 66, 191–197.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L. & Price, C. (2001). *National evaluation of family support programs. Final report vol. A: The meta-analysis*. Washington: DHHS.
- LeCroy & Milligan Associates, Inc. (2006a). Healthy Families Arizona Longitudinal Evaluation – 1<sup>st</sup> Annual Report. Tucson. Project Report.
- LeCroy & Milligan Associates, Inc. (2006b). Healthy Families Arizona Longitudinal Evaluation – 2<sup>nd</sup> Annual Report. Tucson. Project Report.
- Lin, E. K., Bugental, D. B., Turek, V., Martorell, G. A. & Olster, D. H. (2002). Children's Vocal Properties as Mobilizers of Stress-Related Physiological Responses in Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 346–357.
- Lösel, F. & Bender, D. (1999). Aggressives und delinquentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Kenntnisstand und Forschungsperspektiven. In Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung Bayern e.V. (Hrsg.). *Mitteilungen der Landesarbeitsgemeinschaft*, 15–37.
- Lovering, K., Frampton, I., Crowe, B., Moseley, A. & Broadhead, M. (2006). Community based early intervention for children with behavioural, emotional and social problems: Evaluation of the Scallywags Scheme. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 11, 83–104.
- Lugt-Tappeser, H. & Kriependorf, P. (1992). *Das standardisierte Interview zur Erfassung der Ängstlichkeit im Kindesalter*. (Bericht Nr. 107 des Fachbereichs Psychologie). Marburg: Universität Marburg, Fachbereich Psychologie
- Lundahl, B., Nimer, J. & Parsons, B. (2006). Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs. *Research on Social Work Practice*, 16, 251–262.

## M

- Mackowiak, K. & Lengning, A. (2002). Das Bochumer Angstverfahren (BAV 3-11): Ein bildunterstütztes Verfahren zur Erfassung von Ängstlichkeit im Vorschul- und Grundschulalter. Posterpräsentation

auf dem 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Berlin, 22. bis 26. September, 2002.

- Mammen, O. K., Kolko, D. J. & Pilkonis, P. A. (2002). Negative Affect and Parental Aggression in Child Physical Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26, 407–424.
- Martini, T. S., Root, C. A. & Jenkins, J. M. (2004). Low and Middle Income Mothers' Regulation of Negative Emotion: Effects of Children's Temperament and Situational Emotional Responses. *Social Development*, 13, 515–530.
- McGuigan, W. M. & Pratt, C. C. (2001). The Predictive Impact of Domestic Violence on Three Types of Child Maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25, 869–883.
- Milner, J. S. (1980). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. Webster, NC: Psytec.
- Milner, J. S. (1986). *The Child Abuse Potential Inventory: Manual. Second edition*. Webster, NC: Psytec.
- Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.

## N

- Naughton, A. & Heath, A. (2001). Developing an early intervention programme to prevent child maltreatment. *Child Abuse Review*, 10, 85–96.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2005). *Child care and child development: Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*. New York: Guilford.

## O

- Olds, D. L. & Henderson, C. R. Jr. (1989). The prevention of maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 722–763). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Olds, D., Henderson, C. R., Kitzman, H. & Cole, R. (1995). Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on Surveillance of Child Maltreatment. *Pediatrics*, 95, 365–372.
- Osofsky, J., Kronenberg, M., Hammer, J., Lederman, J., Katz, L., Adams, S., Graham, M. & Hogan A. (2007). The development and evaluation of the in-

tervention model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program. *Infant Mental Health Journal*, 28, 259–280.

## P

- Patry, J.-L. & Perrez, M. (2000). Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen. In W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.) *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 19–40). Bern: Huber.
- Peraino, J. M. (1990). Evaluation of a preschool antivictimization program. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 520–528.

## R

- Raack, W., Raack, M. & Doffing, R. (2003). *Recht der religiösen Kindererziehung. Unser Kind und seine Religion*. München: dtv.
- Ramey, C. T., Campbell, F. A., Burichinal, M., Skinner, M. L., Gardner, D. M. & Ramey, S. L. (2000). Persistent Effects of Early Childhood Education on High-Risk Children and Their Mothers. *Applied Developmental Science*, 4, 2–14.
- Rastetter, D. (1999). Das Einstellungsinterview. Ein Name, viele Verfahren. *Zeitschrift für Führung und Organisation*, 1, 19–24.
- Reid, J. B., Kavanagh, K. & Baldwin, D. V. (1987). Abusive Parents' Perceptions of Child Problem Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 457–466.
- Reinhold, C. & Kindler, H. (2006). Gibt es Kinder die besonders von Kindeswohlgefährdung betroffen sind? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V., Kapitel 17.
- Roizen, J. (1997). Epidemiological Issues in Alcohol-Related Violence. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 7–40.
- Rutter, M. (2002). Family influences on behaviour and development: Challenges for the future. In J. McHale & W. Grolnick, W. (Eds.). *Retrospect and prospect in the psychological study of families* (pp. 321–351). London: Erlbaum.
- Rutter, M. (2006): Is Sure Start an effective intervention? *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 135–141.

## S

- Schölmerich, A., Mackowiak, K. & Lengning, A. (2003). Verhaltensbeobachtung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 615–653). Bern: Huber.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shaffer, A., Yates, T. M., Carlson, E. A., Appleyard, K. & Sampson, M. (2004). *A Prospective Study of Generational Boundary Dissolution: Implications for Adolescent Adaptation and Psychopathology*. Poster presented at the Society for Research in Adolescence, Baltimore, March 2004.
- Sidebotham, P., Heron, J., Golding, J. & the ALSPAC Study Team (2002). Child Maltreatment in the «Children of the Nineties»: Deprivation, Class, and Social Networks in a UK Sample. *Child Abuse & Neglect*, 26, 1243–1259.
- Sozialgesetzbuch (SGB). [http://sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm\\_ID=0900100](http://sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0900100) (22.10.2007).
- Sroufe, L. A. & Ward, M. J. (1980). Seductive Behavior of Mothers of Toddlers: Occurrence, Correlates, and Family Origins. *Child Development*, 51, 1222–1229.
- Sroufe, L. A., Bennett, C., Englund, M., Urban, J. & Shulman, S. (1993). The Significance of Gender Boundaries in Preadolescence: Contemporary Correlates and Antecedents of Boundary Violation and Maintenance. *Child Development*, 64, 455–466.
- St.Pierre, R.G., Layzer, J. I. & Barnes, H. V. (1995). Two-generation programs: Design, cost, and short-term effectiveness. *The Future of Children*, 5, 76–93.
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and Disabilities: A Population-Based Epidemiological Study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257–1273.
- Sweet, M. A. & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435–1456.

## T

- Trickett, P. K. & Kuczyinski, L. (1986). Children's Misbehavior and Parental Discipline Strategies in Abusive and Nonabusive Families. *Developmental Psychology*, 22, 115–123.
- Tutty, L. M. (1992). The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse & Neglect*, 16, 369–384.

## V

- van Tuijl, C., Leseman, P. & Rispen, J. (2001). Efficacy of an intensive home-based educational intervention programme for 4- to 6-year-old ethnic minority children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 148–159.

## W

- Wagner, M., Clayton, S., Gerlach-Downie, S. & McElroy, M. (1997). *An evaluation of the Northern California Parents as Teachers demonstration*. Menlo Park, CA: SRI International.
- Weber, M. & Rohleder, C. (1995). *Sexueller Mißbrauch. Jugendhilfe zwischen Aufbruch und Rückschritt*. Münster: Votum.
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden: Nomos.
- White, C., Agnew, J. & Verduyn, C. (2002). The Little Hulton Project: A pilot clinical psychology service for pre-school children and their families. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 10–15.
- White, M., Grzankowski, J., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. (2003). Family Dynamics and Child Abuse in Three Finish Communities. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 707–722.
- Wurtele, S. K., Kast, L. C., Miller-Perin, C. L. & Kondrick, P. A. (1989). Comparison of programs for teaching personal safety to preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 505–511.
- Wurtele, S., Currier, L., Gillispie, E. & Franklin, C. (1991). The efficacy of a parent-implemented program for teaching preschoolers personal safety skills. *Behavior Therapy*, 22, 69–83.

## 9

**ANHANG**

53 Literaturverzeichnis

## LITERATURVERZEICHNIS

### A

- Abrahams, S. & Udwin, O. (2002). An evaluation of a primary care-based clinical psychology service. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 107–113.
- Affholter, D. P., Connel, D. & Nauta, M. J. (1983). Evaluation of the Child and Family Resource Program: Early evidence of parent-child interaction effects. *Evaluation Review*, 7, 65–79.
- Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J., Roscher, B. & Walker, L. (1989). Effects of formal support on mothers' adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants: The benefits and costs of helping. *Child Development*, 60, 488–501.
- Andrews, S. R., Blumenthal, J. B., Johnson, D. L., Kahn, A. J., Ferguson, C. J., Lasater, T. M., Malone, P. E. & Wallace, D. B. (1982). The skills of mothering: A study of parent child development centers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47.
- Anisfeld, E., Sandy, J. & Guterman, N. B. (2004). Best Beginnings: A Randomized Controlled Trial of a Paraprofessional Home Visiting Program. Final Report Columbia. Project Report.
- Armstrong, K. A. & Frailey, Y. L. (1985). What happens to families after they leave the program? *Children Today*, 14, 17–20.
- Armstrong, K. A. (1981). A treatment and education program for parents and children who are at-risk of abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 5, 167–175.
- Aronen, E. (1996). Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1665–1672.
- Attride-Stirling, J., Davis, H., Markless, G., Sclare, I. & Day, C. (2001). 'Someone to talk to who'll listen': Addressing the psychosocial needs of children and families. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 179–191.
- Barlow, J., Stewart-Brown, S., Callaghan, H., Tucker, J., Brocklehurst, N., Davis, H. & Burns, C. (2003). Working in Partnership: The Development of a Home Visiting Service for Vulnerable Families. *Child Abuse Review*, 12, 172–189.
- Barnard, K. E., Magyary, D., Summer, G., Booth, C. L., Mitchell, S. K. & Spieker, S. (1988). Prevention of parenting alternatives for women with low social support. *Psychiatry*, 51, 248–253.
- Barrera, M. E., Kitching, K. J., Cunningham, C. C., Doucet, D. & Rosenbaum, P. (1990). A three-year early home intervention follow-up study with low birth weight infants and their parents. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10, 14–28.
- Barrera, M. E., Rosenbaum, P. L. & Cunningham, C. E. (1986). Early home intervention with low-birth-weight infants and their parents. *Child Development*, 57, 20–33.
- Barth, R. P. (1989). Evaluation of a task-centered child abuse prevention program. *Children and Youth Services Review*, 11, 117–131.
- Barth, R. P. (1991). An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse & Neglect*, 15, 363–375.
- Barth, R. P., Blythe, B. J., Schinke, S. P. & Schilling, R. F. (1983). Self-control training with maltreating parents. *Child Welfare*, 62, 313–322.
- Beelmann, A. & Brambring, M. (1998). Implementation and effectiveness of a home-based early intervention program for blind infants and preschoolers. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 225–244.
- Belsky, J., Melhuish, E., Barnes, J., Leyland, A. & Romanuik, H. (2006). Effects of Sure Start local programmes on children and families: Early findings from a quasi experimental, cross sectional study. National Evaluation of Sure Start Research Team. *BMJ: British Medical Journal*, 332.
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Corso, P., Schofield, A., Briss, P. A. & Task Force on Community Preventive Services (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11–39.
- Black, M. M., Dubowitz, H., Hutcheson, J., Berenson-Howard, J. & Starr, R. H. (1995). A randomized

### B

- Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S. & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPI). *The Future of Children*, 9, 116–133.

clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics*, 95, 807–814.

- Blunt Bugental, D., Crane Ellerson, P., Lin, E. K., Rainey, B., Kokotovic, A. & O Hara, N. (2002). A Cognitive Approach to Child Abuse Prevention. *Journal of Family Psychology*, 16, 243–258.
- Boger, R., Richter, R. & Weatherston, D. (1983). Perinatal positive parenting: A program of primary prevention through support of first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 4, 297–308.
- Booth, C. L., Mitchell, S. K., Barnard, K. E. & Spieker, S. J. (1989). Development of maternal social skills in multiproblem families: Effects on the mother-child relationship. *Developmental Psychology*, 25, 403–412.
- Brayden, R. M., Altemeier, W. A., Dietrich, M. S., Tucker, D. D., Christensen, M. J., McLaughlin, F. J. & Sherrod, K. B. (1993). A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *Journal of Pediatrics*, 122, 511–516.
- Bromwich, R. & Parmelee, A. (1979). An intervention program for pre-term infants. In T. Field, A. Sostek, S. Goldberg & H. Schuman (Eds.), *Infants born at risk* (pp. 389–411). New York: Spectrum Publishers.

## C

- Cameron, G., Hayward, K. & Mamatis, D. (1992). *Mutual aid and child welfare: The parent mutual aid organizations in child welfare demonstration project*. Waterloo, ON: Centre for Social Welfare Studies, Wilfrid Laurier University.
- Campbell, F. A. & Ramey, C. T. (1994). Effects of Early Intervention on Intellectual and Academic Achievement: A Follow-Up Study of Children from Low-Income Families. *Child Development*, 65, 684–698.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., White, C. & Verduyn, C. (2005). Parenting Skills Training: An Effective Intervention for Internalizing Symptoms in Younger Children? *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18, 45–52.
- Caruso, G.-A. L. (1989). Optimum Growth Project: Support for families with young children. *Prevention in Human Services*, 6, 123–139.
- Centre on Child Abuse Prevention Research, National Committee to Prevent Child Abuse. (1996). *Intensive home visitation: A randomized trial, follow-up,*

*and risk assessment study of Hawaii's Healthy Start program*. Chicago, IL: Center on Child Abuse Prevention Research, National Committee to Prevent Child Abuse.

- Cerny, J. E. & Inouye, J. (2001). Utilizing the Child Abuse Potential Inventory in a Community Health Nursing Prevention Program for Child Abuse. *Journal of Community Health Nursing*, 18, 199–211.
- Chase, R. & Moser Nelson, St. (2002). Minnesota Department of Health Home Visiting Program to Prevent Child Abuse and Neglect. St. Paul. Project Report.
- Christophersen, E. R. (1979). The family training program: Intensive home-based family-centered parent training. *Education and Treatment of Children*, 2, 287–292.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623–649.
- Conte, J. R., Rosen, C., Saperstein, L. & Shermack, R. (1985). An evaluation of a program to prevent the sexual victimization of young children. *Child Abuse & Neglect*, 9, 319–328.

## D

- Daro, D. A. & Harding, K. A. (1999). Healthy Families America: Using Research to Enhance Practice. *The Future of Children*, 9, 152–176.
- Davis, H., Dusoit, T., Papadopoulou, K., Dimitrakaki, Ch., Cox, A., Ispanovic-Radojkovic, V., Puura, A., Viza-cou, S., Paradisiotou, A., Rudic, N., Chisholm, B., Leontiou, F., Mäntymaa, M., Radosavljev, J., Riga, E., Day, C. & Tamminen, T. (2005). Child and Family Outcomes of the European Early Promotion Project. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7, 63–81.
- Downer, A. (1984). *Evaluation of Talking about Touching*. A. Downer, P.O. Box 15190, Seattle, WA 98115.
- Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., Rosenberg, L. A., Buchbinder, S. B. & Sia, C. C. J. (1999). Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9, 66–90.
- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S. M., McFarlane, E., Windham, A. & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to

prevent child abuse: impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 28, 623–643.

Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S., Windham, A. & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 28, 597–622.

## E

Ek, D. N. & Frankel, S. (2006). Families First: A Process and Outcome Evaluation of Nurse, Home Visitor and Parent Perspectives.

Elliott, K. & Carter, M. (1992). The development of the East Devon Behaviour Support Team. *Support for Learning*, 7, 19–24.

Epstein, A. S. & Weikart, D. P. (1979). The Ypsilanti-Carnegie infant education project. *Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation* (No. 6). Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

## F

Feiler, A. (2003). Early literacy and home visiting during the Reception year: Supporting ‘difficult to reach’ families. *European Journal of Special Needs Education*, 18, 251–261.

Feldman, L. H. (1991). Evaluating the impact of intensive family preservation services in New Jersey. In K. Wells & D. E. Biegel (Eds.), *Intensive family preservation services: Research and evaluation* (pp. 47–71). Newbury Park, CA: Sage.

Fergusson, D. M., Grant, H., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2005). Randomized Trial of the Early Start Program of Home Visitation. *Pediatrics*, 116, 803–809.

Field, T. M., Widmayer, S. M., Greenberg, R. & Stoller, S. (1982). Effects of parent training on teenage mothers and their infants. *Pediatrics*, 69, 703–707.

Field, T. M., Widmayer, S. M., Stringer, S. & Ignatoff, E. (1980). Teenage, lowerclass, black mothers and their preterm infants: An intervention and development follow-up. *Child Development*, 51, 426–436.

## G

Galano, J. & Huntington, L. (1997). *Year V evaluation of the Hampton, Virginia Healthy Families Partnership, 1992–1997*. Hampton, VA: Healthy Families Partnership.

Gaudin, J. M., Wodarski, J. S., Arkinson, M. K. & Avery, L. S. (1990–1991). Remediating child neglect: Effectiveness of social network interventions. *The Journal of Applied Social Sciences*, 15, 97–123.

Gilliam, W. S., Ripple, C. H., Zigler, E. F. & Leiter, V. (2000). Evaluating Child and Family Demonstration Initiatives: Lessons from the Comprehensive Child Development Program. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 41–49.

Gomby, D. S. (1999). Understanding Evaluations of Home Visitation Programs. *The Future of Children*, 9, 27–43.

Gomby, D. S., Culross, P. L., Behrman, R. E. (1999). Home Visiting: Recent Program Evaluations. *The Future of Children*, 9, 4–26.

Goodson, B. D., Layzer, J. I., St.Pierre, R. G. & Bernstein, L. S. (2000). Good Intentions are Not Enough: A Response to Gilliam, Ripple, Zigler, and Leiter. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 61–66.

Goodson, B. D., Layzer, J. I., St.Pierre, R. G., Bernstein, L. S. & Lopez, M. (2000). Effectiveness of a Comprehensive, Five-Year Family Support Program for Low Income Children and their Families: Findings from Comprehensive Child Development Program. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 5–39.

Gray, J. D., Cutler, C. A., Dean, J. G. & Kempe, C. H. (1979a). Prediction and prevention of child abuse. *Seminars in Perinatology*, 3, 85–90.

Gray, J. D., Cutler, C. A., Dean, J. G. & Kempe, C. H. (1979b). Prediction and prevention of child abuse and neglect. *Journal of Social Issues*, 35, 127–139.

Gray, J., Spurway, P. & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*, 25, 641–655.

Gray, S. W. & Ruttle, K. (1980). The family-oriented home visiting program: A longitudinal study. *Genetic Psychology Monographs*, 102, 299–316.

Gutelius, M. F., Kirsch, A. D., MacDonald, S., Brooks, M. R. & McErlean, T. (1977). Controlled study of child health supervision: Behavioral results. *Pediatrics*, 60, 294–304.

## H

- Halper, G. & Jones, M. A. (1981). *Serving families at risk of dissolution: Public prevention services in New York City*. New York: Children's Bureau of the Administration of Children, Youth, and Families, Department of Health and Human Services.
- Hardy, J. B. & Streett, R. (1989). Family support and parenting education in the home: An effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *Journal of Pediatrics*, 115, 927–931.
- Harvey, P., Forehand, R., Brown, C. F. & Holmes, T. (1988). The prevention of sexual abuse: Examination of the effectiveness of a program with kindergarten-age children. *Behavior Therapy*, 19, 429–435.
- Hazzard, A., Webb, C., Kleemaier, C., Angert, L. & Pohl, J. (1991). Child sexual abuse prevention: Evaluation and one-year follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 15, 123–138.
- Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A. & Walter, M. (2007). *Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Abschlussbericht*. München: DJI.
- Huxley, P. & Warner, R. (1993). Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 582–588.

## J

- Johnson, D. L. & Blumenthal, J. (2004). The Parent Child Development Centers and School Achievement: A Follow-Up. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 195–209.
- Johnson, D. L. & Breckenridge, J. N. (1982). The Houston Parent-Child Development Center and the primary prevention of behavior problems in young children. *American Journal of Community Psychology*, 10, 305–316.
- Johnson, D. L. & Walker, T. (1987). Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 15, 375–385.
- Johnson, Z., Molloy, B., Scallan, E., Fitzpatrick, P., Rooney, B., Keegan, T. & Byrne, P. (2000). Community Mothers Programme – seven year follow-up of a randomized controlled trial of non professional

intervention in parenting. *Public Health Medicine*, 22, 337–342.

- Jones, M. A. (1985). *A second chance for families: Five years later follow-up of a program to prevent foster care*. New York: Child Welfare League of America.
- Jones, M. A., Neuman, R. & Shyne, A. W. (1976). *A second chance for families: Evaluation of a program to reduce foster care*. New York: Child Welfare League of America.
- Juffer, F., Hoksbergen, R., Riksen-Walraven, J. & Kohnstamm, G. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1039–1050.

## K

- Kitzman, H., Olds, D. L., Henderson, C. R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., McConnochie, K. M., Sidora, K., Luckey, D. W., Shaver, D., Engelhardt, K., James, D. & Barnard, K. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 644–652.
- Klagholz, D. D. & Associates (2004). Starting Early Starting Smart. Final Report. Great Falls. Project Report.
- Klagholz, D. D. & Associates (2005). Starting Early Starting Smart. Year 7/8 Evaluation Report. Great Falls. Project Report.
- Kolko, D. J., Moser, J. T. & Hughes, J. (1989). Classroom training in sexual victimization awareness and prevention skills: An extension of the red flag/green flag people program. *Journal of Family Violence*, 4, 11–35.
- Kolko, D. J., Moser, J. T., Litz, J. & Hughes, J. (1987). Promoting awareness and prevention of child sexual victimization using the red flag/green flag program: An evaluation with follow-up. *Journal of Family Violence*, 2, 11–35.
- Kowal, L., Kottmeier, C., Ayoub, C., Komives, J., Robinson, D. & Allen, J. (1989). Characteristics of Families at Risk of Problems in Parenting: Findings from a Home Based Secondary Prevention Program. *Child Welfare*, LXVIII, 529–538.

Kraizer, S., Witte, S. S. & Fryer, G. E. (1989). Child sexual abuse prevention programs: What makes them effective in protecting children? *Children Today*, 18, 23–28.

## L

Larson, C. P. (1980). Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics*, 66, 191–197.

Laurendeau, M.-C., Gagnon, G., Desjardins, N., Perreault, R. & Kischuk, N. (1991). Evaluation of an early, mass media parental support intervention. *Journal of Primary Prevention*, 11, 207–225.

Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L. & Price, C. (2001). *National evaluation of family support programs. Final report vol. A: The meta-analysis*. Washington: DHHS.

LeCroy & Milligan Associates, Inc. (2006a). Healthy Families Arizona Longitudinal Evaluation – 1<sup>st</sup> Annual Report. Tucson. Project Report.

LeCroy & Milligan Associates, Inc. (2006b). Healthy Families Arizona Longitudinal Evaluation – 2<sup>nd</sup> Annual Report. Tucson. Project Report.

Lovering, K., Frampton, I., Crowe, B., Moseley, A. & Broadhead, M. (2006). Community based early intervention for children with behavioural, emotional and social problems: Evaluation of the Scallywags Scheme. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 11, 83–104.

Lundahl, B., Nimer, J. & Parsons, B. (2006). Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs. *Research on Social Work Practice*, 16, 251–262.

Lupton, L. & Lewis, V. (1997). Changes in parent-child interaction in response to intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 12, 385–400.

Lutzker, J. R. & Rice, J. M. (1984). Project 12-Ways: Measuring outcome of a large in-home service for treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 8, 519–524.

Lyle, C. G. & Nelson, J. (1983). *Home based vs. traditional child protection services: A study of the home based services demonstration project in the Ramsey County Community Human Services Department*. Unpublished paper.

Lyons-Ruth, K. & Melnick, Sh. (2004). Dose-Response Effect of Mother-Infant Clinical Home Visiting on Aggressive Behavior Problems in Kindergarten. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 699–707.

## M

MacLeod, J. & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1127–1149.

Madden, J., O'Hara, J. & Levenstein, P. (1984). Home again: Effects of the mother-child home program on mother and child. *Child Development*, 55, 636–647.

Marcenko, M. O., Spence, M. & Samost, L. (1996). Outcomes of a home visitation trial for pregnant and postpartum women at-risk for child placement. *Children and Youth Services Review*, 18, 243–259.

McDonald Culp, A., Culp, R. E., Hechtner-Galvin, T., Howell, Ch. S., Saathoff-Wells, T. & Marr, P. (2004). First-Time Mothers in Home Visitation Services Utilizing Child Development Specialists. *Infant Mental Health Journal*, 25, 1–15.

Minde, K., Shosenberg, N., Marton, P., Thompson, J., Ripley, J. & Burns, S. (1980). Self-help groups in a premature nursery. *Journal of Pediatrics*, 96, 933–940.

Mitchell, C., Tovar, P. & Knitzer, J. (1989). *The Bronx Homebuilders Program: An evaluation of the first 45 families*. New York: Bank Street College of Education, Division of Research, Demonstration and Policy.

Mitchell, H. & Casto, G. (1988). Team education for adolescent mothers. In *Alternative futures for rural special education. Proceedings of the annual ACRES (American Council on Rural Special Education) National Rural Special Education Conference*.

Mitchell-Herzfeld, S., Izzo, C., Greene, R., Lee, E. & Lowenfels, A. (2005). Evaluation of Healthy Families New York (HFNY): First Year Program Impacts. New York: New York State Office of Children & Family Services.

## N

Naughton, A. & Heath, A. (2001). Developing an early intervention programme to prevent child maltreatment. *Child Abuse Review*, 10, 85–96.

Nelson, D. E. (1981). *An evaluation of the student outcomes and instructional characteristics of the "You're in Charge" program*. Unpublished manuscript, Utah State Office of Education, Salt Lake City, UT 84111.

## O

O'Connor, S., Vietze, P. M., Sherrod, K. B., Sandier, H. M. & Altemeier, W. A., III. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66, 176–182.

Oldfield, D., Hays, B. J. & Megel, M. E. (1996). Evaluation of the effectiveness of project Trust: An elementary school-based victimization prevention strategy. *Child Abuse & Neglect*, 20, 821–832.

Olds, D. L. & Henderson, C. R. Jr. (1989). The prevention of maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 722–763). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Olds, D. L. & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3, 53–92.

Olds, D. L. & Korfmacher, J. (1998). Prenatal and early childhood home visitation II: Findings and future directions (Special issue). *Journal of Community Psychology*, 26, 1–100.

Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R. & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78, 65–78.

Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Tatelbaum, R. & Chamberlin, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78, 1436–1445.

Olds, D., Henderson, C. R., Kitzman, H. & Cole, R. (1995). Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on Surveillance of Child Maltreatment. *Pediatrics*, 95, 365–372.

Olds, D., Henderson, C., Eckenrode, J., Pettitt, L. M., Kitzman, H., Cole, B., Robinson, J. & Powers, J. (1998). Reducing Risks for Antisocial Behavior with a Program of Prenatal and Early Childhood Home Visitation. *Journal of Community Psychology*, 26, 65–83.

Osofsky, J., Kronenberg, M., Hammer, J., Lederman, J., Katz, L., Adams, S., Graham, M. & Hogan A. (2007). The development and evaluation of the intervention model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program. *Infant Mental Health Journal*, 28, 259–280.

## P

Paige-Smith, A. & Rix, J. (2006). Parents' perceptions and children's experiences of early intervention-Inclusive practice?. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 6, 92–98.

Panayiotopoulos, C. (2004). A follow-up of a home and school support project for children with emotional and behavioural difficulties. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 9, 85–98.

Papadopoulou, K., Dimitrakaki, C., Davis, H., Tsiantis, J., Dusoir, T., Paradisiotou, A. et al. (2005). The Effects of the European Early Promotion Project Training on Primary Health Care Professionals. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7, 54–62.

Pearson, C. L., Masnyk, K. & King, P. A. (1987). *Intensive family services: Evaluation of foster care prevention in Maryland—Final report*. Baltimore, MD: Maryland Department of Human Resources, Social Services Administration.

Pecora, P. J., Fraser, M. W. & Haapala, D. A. (1991). Client outcomes and issues for program design. In K. Wells & D. E. Biegel (Eds.), *Family preservation services: Research and evaluation* (pp. 3–32). Newbury Park, CA: Sage.

Peraino, J. M. (1990). Evaluation of a preschool antivictimization program. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 520–528.

Plummer, C. A. (1983). *Preventing Sexual Abuse: What In-School Programs Teach Children*. C. A. Plummer, PO. Box 421, Kalamazoo, MI 49005-0421.

Puura, K., Davis, H., Cox, H., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojkovic, T. V., Paradisiotou, A., Mäntymaa, M., Dragonas, Th., Layiou-Lignos, E., Dusoir, T., Rudic, N. & Vizacou, S. (2005). The European Early Promotion Projekt: Description Service and Evaluation Study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7, 17–31.

- Puura, K., Davis, H., Mäntymaa, M., Tamminen, T., Roberts, R., Dragonas, Th., Papadopoulou, K., Dimitrakaki, Ch., Paradisiotou, A., Vizacou, S., Leontiou, F., Rudic, N., Miladinovic, T. & Radojkovic, A. (2005). The Outcome of the European Early Promotion Projekt: Mother Child Interaction. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7, 82–94.
- Puura, K., Davis, H., Papadopoulou, K., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojkovic, V., Rudic, N., Tamminen, T., Turunen, M., Dragonas, Th., Paradisiotou, A., Vizakou, S., Roberts, R., Cox, A. & Day, C. (2002). The European Early Promotion Projekt: A New Primary Health Care Service to Promote Children's Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 23, 606–624.
- R**
- Ramey, C. T., Campbell, F. A., Burichinal, M., Skinner, M. L., Gardner, D. M. & Ramey, S. L. (2000). Persistent Effects of Early Childhood Education on High-Risk Children and Their Mothers. *Applied Developmental Science*, 4, 2–14.
- Ray, J. (1984). *Evaluation of the Child Sex Abuse Prevention Project*. Rape Crisis Network, N. 1226 Howard St., Spokane, WA 99201.
- Reiter, J. (2005). Public Health Nurse Home Visiting for Vulnerable Families. Report prepared for the Interior Health Authority British Columbia. Kelowna: IHA.
- Resnick, G. (1985). Enhancing parental competence for high risk mothers: An evaluation of prevention effects. *Child Abuse & Neglect*, 9, 479–489.
- Riley, D., Salisbury, M. J., Walker, S. K. & Steinberg, J. (1996). *Parenting the first year: Wisconsin statewide impact report*. Madison, WI: University of Wisconsin-Extension and School of Human Ecology, University of Wisconsin.
- Rispens, J., Aleman, A. & Goudena, P. P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: A meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 21, 975–987.
- Rodriguez, G. C. & Cortez, C. P. (1988). The evaluation of the Avancé parent-child education program. In H. B. Weiss & F. H. Jacobs (Eds.), *Evaluating family programs* (pp. 287–302). New York: Aldine de Gruyter.
- Roosa, M. & Vaughan, L. (1983). Teen mothers enrolled in a alternative parenting program. *Urban Education*, 18, 348–360.
- Ross, G. S. (1984). Home intervention for premature infants of low-income families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 263–269.
- S**
- Sanders, M. R., Cann, W. & Markie-Dadds, C. (2003). The Triple P-Positive Parenting Programme: A Universal Population-Level Approach to the Prevention of Child Abuse. *Child Abuse Review*, 12, 155–171.
- Saslowsky, D. A. & Wurtele, S. K. (1986). Educating children about sexual abuse: Implications for pediatric intervention and possible prevention. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 235–245.
- Schuerman, J. R., Rzepnicki, T. L. & Littell, J. H. (1994). *Putting families first: An experiment in family preservation*. New York: Aldine de Gruyter.
- Seitz, V., Rosenbaum, L. K. & Apfel, N. H. (1985). Effects of family support intervention: A ten-year follow-up. *Child Development*, 56, 376–391.
- Siegel, E., Bauman, K. E., Schaefer, E. S., Saunders, M. M. & Ingram, D. D. (1980). Hospital and home support during infancy: Impact on maternal attachment, child abuse and neglect and health care utilization. *Pediatrics*, 66, 183–190.
- Slaughter, D. (1983). Early intervention and its effects on maternal and child development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48, 1–81.
- St.Pierre, R. G., Layzer, J. I., Goodson, B. D. & Bernstein, L. S. (1999). The Effectiveness of Comprehensive, Case Management Interventions: Evidence from the National Evaluation of the Comprehensive Child Development Program. *American Journal of Evaluation*, 20, 15–34.
- St.Pierre, R.G., Layzer, J. I. & Barnes, H. V. (1995). Two-generation programs: Design, cost, and short-term effectiveness. *The Future of Children*, 5, 76–93.
- Stevenson, J., Bailey, V. & Simpson, J. (1988). Feasible intervention in families with parenting difficulties: A primary preventive perspective on child abuse. In K. Browne, C. Davies & P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 121–138). Chichester, England: Wiley.

Swan, H. L., Press, A. N. & Briggs, S. L. (1985). Child sexual abuse prevention: Does it work? *Child Welfare*, 64, 395–405.

Sweet, M. A. & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435–1456.

Szykula, S. A. & Fleischman, M. J. (1985). Reducing out-of-home placements of abused children: Two controlled field studies. *Child Abuse & Neglect*, 9, 277–283.

### T

Taylor, D. K. & Beauchamp, C. (1988a). Hospital-based primary prevention strategy in child abuse: A multi-level needs assessment. *Child Abuse & Neglect*, 12, 343–354.

Taylor, D. K. & Beauchamp, C. (1988b). Impact of a family support program on mothers' social support and parenting stress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 410–419.

Teelen, S., Herzog, B. S. & Kilbane, T. L. (1989). Impact of a family support program on mothers' social support and parenting stress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 410–419.

Thompson, K. (1998). Early intervention services in daily family life: Mothers' perceptions of 'ideal' versus 'actual' service provision. *Occupational Therapy International*, 5, 206–221.

Toth, S., Maughan, A., Manly, J., Spagnola, M. & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 14, 877–908.

Travers, J., Nauta, M. J. & Irwin, N. (1982). *The effects of a social program: Final report of the Child and Family Resources Program's Infant Toddler Component* (AAI No. 82–31). Cambridge, MA: ABT Associates.

Tutty, L. M. (1992). The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse & Neglect*, 16, 369–384.

Tyler, S., Allison, K. & Winsler, A. (2006). Child Neglect: Developmental Consequences, Intervention, and Policy Implications. *Child & Youth Care Forum*, 35, 1–20.

### V

van Tuijl, C., Leseman, P. & Rispens, J. (2001). Efficacy of an intensive home-based educational intervention programme for 4- to 6-year-old ethnic minority children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 148–159.

### W

Wagner, M. M. & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers Program: Results from Two Demonstrations. *The Future of Children*, 9, 91–115.

Wagner, M., Clayton, S., Gerlach-Downie, S. & McElroy, M. (1997). *An evaluation of the Northern California Parents as Teachers demonstration*. Menlo Park, CA: SRI International.

Walker, S. (2003). Multidisciplinary family support in child and adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 215–226.

Wall, H. R. (1983). *Child Assault/Abuse Prevention Project: Pilot Program Evaluation*. Mt. Diablo Unified School District. 1936 Carlotta Drive, Concord, CA 94519.

Walton E., Fraser, M. W., Lewis, R. E., Pecora, P. J. & Walton, W. K. (1993). In-home family focused reunification: An experimental study. *Child Welfare*, 72, 473–487.

Walton, E. (1997). Enhancing investigative decisions in child welfare: An exploratory use of intensive family preservation services. *Child Welfare*, 76, 447–461.

Wasik, B. H., Ramey, C. T., Bryant, D. M. & Sparling, J. J. (1990). A Longitudinal Study of Two Early Intervention Strategies: Project CARE. *Child Development*, 61, 1682–1696.

Wekerle, C. & Wolfe, D. (1993). Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. *Clinical Psychology Review*, 13, 501–540.

Wesch, D. & Lutzker, J. R. (1991). A comprehensive 5-year evaluation of Project 12-Ways: An ecobehavioral program for treating and preventing child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 6, 17–35.

Westney, O., Cole, O. J. & Munford, T. (1988). The effects of prenatal education intervention on unwed prospective adolescent fathers. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 214–218.

- White, C., Agnew, J. & Verduyn, C. (2002). The Little Hulton Project: A pilot clinical psychology service for pre-school children and their families. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 10–15.
- Whiteley, H., Smith, C. & Hutchinson, J. (2005). Empowering early years workers to identify and target areas of difficulty in pre-school children. *Early Years: An International Journal of Research and Development*, 25, 155–166.
- Whiteman, M., Fanshel, D. & Grundy, J. F. (1987). Cognitive-behavioral interventions aimed at anger of parents at risk of child abuse. *Social Work*, 32, 469–474.
- Wiseman, P. & Wakeman, A. (2004). Parental review of service uptake during the pre-school period. *Child: Care, Health and Development*, 30, 59–65.
- Wolfe, D. A., Edwards, B., Manion, I. & Koverola, C. (1988). Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 40–47.
- Wolfe, D. A., MacPherson, T., Blount, R. & Wolfe, V. V. (1986). Evaluation of a brief intervention for educating school children in awareness of physical and sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 10, 5–92.
- Wood, S., Barton, K. & Schroeder, C. (1988). In-home treatment of abusive families: Cost and placement at one year. *Psychotherapy*, 25, 409–413.
- Wurtele, S. (1987). School-based sexual abuse prevention programs: A review. *Child Abuse & Neglect*, 11, 483–495.
- Wurtele, S. K. (1990). Teaching personal safety skills to four-year-old children: A behavioral approach. *Behavior Therapy*, 21, 25–32.
- Wurtele, S. K., Gillispie, E. I., Currier, L. L. & Franklin, C. F. (1992). A comparison of teachers vs. parents as instructors of a personal safety program for preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 16, 127–137.
- Wurtele, S. K., Kast, L. C. & Meltzer, A. M. (1992). Sexual abuse prevention for young children: A comparison of teachers and parents as instructors. *Child Abuse & Neglect*, 16, 865–876.
- Wurtele, S. K., Kast, L. C., Miller-Perin, C. L. & Kondrick, P. A. (1989). Comparison of programs for teaching personal safety to preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 505–511.
- Wurtele, S. K., Marrs, S. R. & Miller-Perrin, C. L. (1987). Practice makes perfect? The role of participant modeling in sexual abuse prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 559–602.
- Wurtele, S. K., Saslawsky, D. A., Miller, C. L., Marrs, S. R. & Britcher, J. C. (1986). Teaching personal safety skills for potential prevention of sexual abuse: A comparison of treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 688–692.
- Wurtele, S., Currier, L., Gillispie, E. & Franklin, C. (1991). The efficacy of a parent-implemented program for teaching preschoolers personal safety skills. *Behavior Therapy*, 22, 69–83.

## Y

- Yuan, Y. Y. T., McDonald, W. R., Wheeler, C. E., Struckman-Johnson, D. & Rivest, M. (1990). *Evaluation of AB 1562 in-home care demonstration projects, vol. I: Final report*. Sacramento, CA: Office of the Child Abuse Prevention Department of Social Services.

## IMPRESSUM

Die Beiträge der Materialien zu Frühen Hilfen geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die vom Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Materialien sind als Diskussionsforum gedacht.

### Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)  
c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Straße 220  
51109 Köln  
Tel. 0221 8992 0  
[www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

### Redaktion:

Dr. Reinhild Schäfer

### Lektorat, Konzept und Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

**Druck:** Silber Druck, Niestetal

**Auflage:** 3.5.08.10

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom NZFH kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/ den Empfänger oder Dritte bestimmt.

### Bestelladressen:

Per Post: NZFH, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln  
per Fax: 0221 8992 257  
per E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Bestellnummer: 16000102



