

FORSCHUNGSBERICHT

**Lebenslagen und
Belastungssituationen von
Familien mit Säuglingen und
Kleinkindern in Deutschland**

Zentrale Ergebnisse der Studie
»Kinder in Deutschland 0-3« (KiD 0-3 2015)

Die Studie »Kinder in Deutschland 0-3« (KiD 0-3 2015) wurde vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) durchgeführt und aus Mitteln der Bundesinitiative »Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Die Studie KiD 0-3 ist eine Teamleistung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut: Christian Brand, Andreas Eickhorst, Birgit Fullerton, Katrin Lang, Daniela Salzmann, Andrea Schreier (ehemals NZFH, DJI) und Ulrike Lux (NZFH, DJI) sowie Anna Neumann, Ilona Renner und Mechthild Paul (NZFH, BZgA).

ZITIERWEISE:

Lorenz, Simon / Sann, Alexandra / Ulrich, Susanne M. / Löchner, Johanna / Seilbeck, Carolin / Liel, Christoph / Walper, Sabine (2022): Lebenslagen und Belastungssituationen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Zentrale Ergebnisse der Studie »Kinder in Deutschland 0-3« (KiD 0-3 2015). Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

INHALT

1	Einleitung	4
2	Die Studie KiD 0-3	7
2.1	Ziele der Studie	8
2.2	Studiendesign und Stichprobe	9
2.3	Zur Erfassung von potenziellen psychosozialen Belastungen	15
2.3.1	Der theoretische Hintergrund	15
2.3.2	Lebenslagen der Familien	17
2.3.3	Potenzielle Belastungen in der Biographie	19
2.3.4	Häufigkeit von Belastungen	19
3	Auswirkungen potenzieller Belastungen zu Beginn der Elternschaft auf das Gesundheitsverhalten	22
3.1	Mütterlicher Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft	23
3.2	Stillen in Abhängigkeit von Belastungslagen	25
3.3	Zusammenfassung	27
4	Potenzielle Belastungen in spezifischen Lebenslagen	28
4.1	Familien mit Armutsgefährdung	29
4.2	Familien mit Migrationshintergrund	32
4.3	Alleinerziehende Elternteile	37
4.4	Eltern mit Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik	41
4.5	Zusammenfassung	45
5	Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	47
5.1	Austausch- und Bildungsangebote	48
5.2	Beratungsangebote	51
5.3	Angebote aus dem Gesundheitsbereich	54
5.4	Angebote der Frühen Hilfen	57
5.5	Zusammenfassung	58
6	Die Kumulation von Belastungen	60
6.1	Unterschiede nach der elterlichen Bildung	62
6.2	Gewaltvorkommen in den Familien	63
6.3	Zusammenfassung	66
7	Diskussion und Ausblick	68
8	Literaturverzeichnis	71

1

Einleitung

Schon von Geburt an wachsen Kinder in Deutschland unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen auf. Welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen, aber auch mit welchen Belastungslagen sie konfrontiert sind, hat Auswirkungen auf ihre Zukunfts-, Bildungs- und Gesundheitschancen. Gerade die frühe Kindheit stellt hierbei eine wesentliche Entwicklungsphase dar, in der wichtige Grundsteine für die spätere Entwicklung der Kinder gelegt werden (Leopoldina u. a. 2014; Melhuish 2013). Kumulieren schon in dieser Phase ungünstige Lebensbedingungen, so erhöht sich auch das Risiko für Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und Gesundheit (z. B. Appleyard u. a. 2005). Insbesondere die internationale Forschung zu familiärem Stress und zu Risiko sowie Resilienz in der kindlichen Entwicklung hat dies deutlich gemacht (Weissmann u. a. 2006).

Erfahrungen von Gewalt und Vernachlässigung (sowohl physische als auch psychische) stellen eine besonders hohe Gefahr für die kindliche Entwicklung dar. Deshalb ist es besonders wichtig, diesen Gefahren so früh wie möglich präventiv entgegenzuwirken. Dafür hat sich in Deutschland mit den Frühen Hilfen ein flächendeckendes und eigenständiges Versorgungselement entwickelt, das dem Ziel dient, Zugangshürden zu bestehenden Unterstützungsangeboten zu senken und förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien zu schaffen und zu stärken, um ihnen von Anfang an ein möglichst gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen (NZFH 2016). Dabei wurden bereits bestehende Leistungen des Gesundheitssystems mit sozialen Unterstützungsangeboten der Kinder- und Jugendhilfe zusammengeführt und neue Unterstützungsformen für Familien in belastenden Lebenslagen geschaffen.

Ziel ist es, dass alle Familien mit Säuglingen und Kleinkindern gleichermaßen Zugang zu den bestehenden Unterstützungsangeboten finden. Wesentliche Hürden bestehen darin, dass den Familien Informationen über die Existenz entsprechender Angebote fehlen oder der Zugang zu diesen Angeboten aufgrund restriktiver Lebenslagen erschwert ist. Insofern ist es ein wesentliches Anliegen Früher Hilfen, die Erreichbarkeit belasteter Familien zu verbessern. Ein Paradox bezüglich der Inanspruchnahme von unterstützenden Angeboten zeigt sich im Präventionsdilemma: Benachteiligte soziale Gruppen, welche gerade besonders von Maßnahmen und Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung profitieren würden, nutzen diese weniger als soziale Gruppen aus der Mittelschicht (Bauer/Bittlingmayer 2005). Um dieses Dilemma aufzulösen, ist mehr Wissen um die Inanspruchnahme der Angebote durch Familien erforderlich.

Um Familien eine passgenaue Unterstützung anbieten zu können, ist ein tiefes Verständnis von unterschiedlichen psychosozialen Belastungen und deren Zusammenspiel notwendig. Im Rahmen der Prävalenz- und Versorgungsforschung untersucht das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), wie viele Familien von einzelnen Risiko- und Belastungsfaktoren betroffen sind und ob diese Belastungen in einzelnen Bevölkerungsgruppen kumulieren. Darüber hinaus wird auch untersucht, inwieweit Familien aus unterschiedlichen sozialen Gruppen verschiedene Unterstützungsangebote und Hilfen kennen und nutzen.

Die nationale und internationale Forschungsliteratur zu Risikofaktoren für das elterliche Fürsorgeverhalten und Wohlergehen von Kindern bildete die Ausgangsbasis für die Konzeption der hier vorgestellten Studie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3«, die sowohl die potenziellen psychosozialen Belastungen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern als auch deren Zugang zu Unterstützungsangeboten untersucht (Eickhorst u. a. 2015). Zentrale Befunde der Studie werden in diesem Band ausführlich vorgestellt und in ihren Implikationen für die Praxis diskutiert. Dabei erläutern wir zu Beginn die Konzeption der Studie (Kapitel 2). Die nachfolgenden Kapitel zu Befunden der Studie gehen zunächst auf Belastungen beim Übergang in die Elternschaft ein und betrachten hierbei Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Eltern in unterschiedlichen Lebenslagen (Kapitel 3). Anschließend werden Gruppen von Familien in spezifischen Lebenslagen beschrieben, bei denen in Praxis und

Forschung schon beobachtet wurde, dass sie eine Herausforderung für viele Familien darstellen können. Daher stellen sie in der Praxis wichtige Zielgruppen der Frühen Hilfen dar: Familien mit Armutsgefährdung, Familien mit Migrationshintergrund (aufgrund von Sprachbarrieren und geringer bis keiner Systemkenntnis), Alleinerziehende und Eltern mit deutlichen Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik (Kapitel 4). Hieran schließen sich Ausführungen zu Befunden zur Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten für Familien an (Kapitel 5), ehe die Bedeutung der Kumulation von Belastungen für das Gewaltvorkommen in den Familien und die Art der in Anspruch genommenen Unterstützungsangebote genauer untersucht werden (Kapitel 6).

Die Daten der Studie KiD 0-3 ermöglichen es, einen umfassenden Einblick in die Situation der Familien in ganz unterschiedlichen Lebenslagen zu gewinnen. Statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen Lebenslage und familiären Belastungen dürfen jedoch nicht kausal interpretiert werden: Es handelt sich bei den vorliegenden Erkenntnissen um Daten aus einer Querschnittstudie, bei der Mittelwerte gebildet werden. Entsprechend stammen die berichteten Zusammenhänge aus nur einem Zeitpunkt und es können keine Rückschlüsse über den Zusammenhang von Ursache und der später einsetzenden Wirkung getroffen werden. Zudem sind soziale Sachverhalte und ihre Ursachen in der Regel komplex, wie Familien mit den verschiedenen Belastungen umgehen, ist divers und davon abhängig, welche Resilienzfaktoren zur Überwindung der Belastungen zur Verfügung stehen. Ziel dieser Studie war es jedoch zunächst anhand einer repräsentativen Stichprobe, zu erforschen, mit welchen Hindernissen (werdende) Familien konfrontiert sind.

Die Studie KiD 0-3 stellt einen wichtigen Baustein dar, um die praktische Arbeit im Feld der Frühen Hilfen anhand empirischer Befunde weiterentwickeln zu können und diese noch mehr an den Bedarfen der Familien auszurichten. Zahlreiche Rückmeldungen und Anregungen aus der Praxis sind bereits in die Interpretation der Daten eingeflossen. Sie haben dazu beigetragen, die Situationen in den Familien sowie die Heterogenität in den kommunalen Angebotsstrukturen besser zu verstehen.

2

Die Studie KiD 0-3

Mit einer Geburt beginnt nicht nur für ein Kind ein neues Leben, auch die werdenden Eltern stehen vor einem neuen Lebensabschnitt, der viele Freuden, aber auch Fragen und Herausforderungen mit sich bringt. Obwohl diese neue Situation viele Eltern eint, sind sowohl die individuellen Bedingungen als auch die Bewältigung dieser extrem verschieden. Wie genau sich die Situationen der Familien unterscheiden und welche potenziellen Belastungen dabei besonders relevant sind, ist jedoch elementar, um Kindern eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und Eltern bei dieser schönen, aber mitunter herausfordernden Aufgabe zu unterstützen. Für gelingende Prävention und Intervention in der Praxis ist es zudem zwingend notwendig, die familiäre Situation frühzeitig und zielgenau einzuschätzen. Nur so können Familien eine auf ihre Belastungssituation abgestimmte Hilfe erhalten (Kindler 2010). Das Ziel der Studie war es daher, für die Planung und Steuerung der Hilfestruktur im Bereich der frühen Kindheit auf kommunaler wie Landes- und Bundesebene verlässliche empirische Grundlagen zur Versorgungssituation zu eruieren. Dabei werden beide Bereiche – Bedarfe und Versorgungslagen von Familien – mit der hier vorgestellten Studie beleuchtet.

Die Studie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3« ist eine Studienfolge mit mehreren Teilstudien (für einen Überblick siehe: Eickhorst u. a. 2015; Eickhorst/Liel 2019). Die hier beschriebenen Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die bundesweit repräsentative Hauptstudie. Im Folgenden werden Ziele, methodische Besonderheiten und theoretische Grundlagen der Studie näher beschrieben.

2.1 Ziele der Studie

Prävalenz von Belastungen

Das vorrangige Ziel der Studie bestand darin, erstmals repräsentative Daten zur Prävalenz¹ von psychosozialen Belastungen bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (Fokus der Frühen Hilfen: 0–3 Jahre) in Deutschland zu gewinnen. Diese Befragung zielte dabei auf die Gewinnung umfangreicher Kenntnisse über die Charakteristika der Familien und ihrer Lebensbedingungen ab, um effektive Hilfeangebote zu entwickeln. Als psychosoziale Belastungen bezeichnet man psychische, soziale und ökonomische Bedingungen, die ein mehr oder minder hohes Risiko für Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit bergen. Der individuelle Umgang mit diesen Belastungen unterscheidet sich dabei jedoch stark und lässt keine unikausalen Rückschlüsse zu. Bezogen auf Kinder geht es hierbei um Faktoren in deren unmittelbarer Umwelt, insbesondere im familiären Umfeld, wie z. B. Arbeitslosigkeit und Armut, belastete familiäre Beziehungen, psychische Erkrankungen oder Suchtverhalten der Eltern (Lanfranchi/Burgener Woeffray 2013). Auch für Eltern sind diese spezifischen Erfahrungen im Kontext der Familie und den damit einhergehenden Erziehungsaufgaben von besonderer Relevanz. Zudem betrachten wir auch Belastungen in der Biografie, die v.a. für den Start in die Elternschaft relevant sind (vgl. Kapitel 3).

Belastungen in unterschiedlichen Lebenslagen

Darüber hinaus war es ein wesentliches Anliegen dieser Studie, einzelne Lebenslagen differenzierter zu beleuchten. Lebenslagen, in denen Menschen von Armut gefährdet oder alleinerziehend sind, weisen eine beträchtliche Heterogenität auf und bieten in der Praxis oftmals nur grobe Anhaltspunkte für mögliche Bedarfe der Familien.

¹ Die Prävalenz ist eine epidemiologische Kennzahl für eine Krankheits- oder Risikohäufigkeit innerhalb einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (=Punktprävalenz).

Entsprechend wurden die vorkommenden Belastungen auch mit Merkmalen der Lebenssituation der Familien in Beziehung gesetzt (vgl. Kapitel 4).

Kenntnis und Nutzung von Angeboten

Ein weiteres Ziel der Studie war es, Daten zur Reichweite und der Inanspruchnahme von unterschiedlichen Unterstützungs- und Hilfeangeboten bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern zu erheben. Die relevanten Fragestellungen sind dabei, ob belastete Familien a) die Hilfeangebote kennen und b) diese auch nutzen. Dazu wurden die Familien in der Studie neben ihrer momentanen Lebenssituation auch zu ihrer Kenntnis und Nutzung von primär- und sekundärpräventiven Angeboten befragt (Bildungsangebote, Beratungsangebote sowie Angebote der Gesundheitshilfe und zum Austausch). Außerdem wurden Angebot und Nutzung von spezifischen Maßnahmen der Frühen Hilfen (Willkommensbesuche, Besuchsdienste durch Ehrenamtliche bzw. Freiwillige und längerfristige Betreuung und Begleitung durch eine Familienhebamme oder Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende) ermittelt (vgl. Kapitel 5). Diese Kenntnisse sind elementar, um das Unterstützungsangebot zu evaluieren und gegebenenfalls an die Bedarfe der Familien anzupassen, um anschlussfähig zu bleiben.

Was sind die Forschungsziele von KiD 0-3?

- Bereitstellung von nationalen Prävalenzdaten zu psychosozialen Belastungsfaktoren, die Erziehungsschwierigkeiten, kindliche Entwicklungsauffälligkeiten, Gesundheit, Miss-handlung und Vernachlässigung begünstigen können, um den Bedarf an Unterstützung besser einschätzen zu können.
- Erlangung von Wissen über den Zusammenhang verschiedener Belastungsfaktoren, um Angebote der Frühen Hilfen zielgenauer planen und je nach Profil anpassen zu können.
- Überblick über Reichweite und Inanspruchnahme unterschiedlicher Unterstützungsangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, um die Infrastruktur gezielt weiterentwickeln zu können.

2.2 Studiendesign und Stichprobe

In sozialwissenschaftlichen Studien ist die Repräsentativität der Befragung von entscheidender Bedeutung. Dies betrifft die Frage, inwiefern die Stichprobe alle zur Grundgesamtheit gehörenden Familien umfasst und widerspiegelt. Häufig lassen sich bestimmte Bevölkerungsgruppen weniger gut für eine Studienteilnahme gewinnen. So sind beispielsweise Familien mit niedrigem Sozialstatus meist deutlich unterrepräsentiert. Zwar lassen sich familiäre Belastungen in den verschiedensten Lebenslagen finden, einige Belastungen werden aber in sozioökonomisch benachteiligten Familien eher vermutet (RKI 2015). Aus diesem Grund ist es für das Gelingen einer Prävalenz- und Versorgungsstudie notwendig, eine hohe Beteiligung von sozioökonomisch benachteiligten Familien zu erreichen.

Zwei unterschiedliche Studiendesigns wurden deshalb vorab in zwei parallel durchgeführten Pilotstudien getestet: die Gewinnung einer Stichprobe von Familien über Einwohnermeldeämter, die für wissenschaftliche Untersuchungen zufällig ausgewählte Adressen der Grundgesamtheit (Familien mit Kindern im Alter bis zu

drei Jahren) zur Verfügung stellen, und der Zugang zu Familien im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in pädiatrischen Praxen für Kinder dieser Altersgruppe (Feldphase: Oktober 2013 bis Februar 2014). Eine deutlich bessere Rekrutierung von Familien mit niedrigem Sozialstatus konnte hierbei durch die Ansprache der Eltern in kinderärztlichen Praxen gegenüber dem herkömmlichen Rekrutierungsweg über das Einwohnermeldeamt erreicht werden (Schreier u. a. 2014). Daher wurde dieser Zugang auch für die KiD 0-3 Hauptstudie gewählt, um eine repräsentative Stichprobe zu gewinnen (Feldphase: April 2015 bis September 2015).

Die 271 teilnehmenden kinderärztlichen Praxen wurden aus einer über 1.800 Praxen umfassenden und auf die einzelnen Bundesländer quotierten Zufallsstichprobe rekrutiert.² Die Stichprobenziehung und Stratifikation hinsichtlich des Praxistyps (Einzelpraxis vs. Gemeinschaftspraxis) und der Gemeindegröße erfolgte durch das Feldinstitut Kantar Health (<https://www.kantar.com/de> (15. September 2022)).³ In den ausgewählten Kinderarztpraxen wurden dann alle Eltern angesprochen, die in einem festgelegten Zeitraum zu einer Vorsorgeuntersuchung (U3 bis U7a) in der Praxis erschienen.⁴ Der Abgleich mit der amtlichen Statistik zeigt, dass die Studie in der Zusammensetzung der Teilnehmenden eine sehr gute Repräsentativität besitzt (Eickhorst/Liel 2019). Die Stichprobe wurde anschließend mit statistischen Mitteln geringfügig gewichtet, so dass sie nun in etwa die Bevölkerungsgruppe der Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland, wie sie im Mikrozensus erhoben wurde, abbildet (vgl. [Tabelle 1](#)).

In [Tabelle 1](#) werden zentrale Merkmale⁵ der Stichprobe aufgeführt und den Vergleichszahlen aus dem Mikrozensus (rechte Spalte) gegenübergestellt. Während die linke Spalte der Tabelle die tatsächlich beobachteten Häufigkeiten der Stichprobe beinhaltet, werden in der mittleren Spalte die gewichteten Häufigkeiten (nach der statistischen Anpassung an den Mikrozensus) aufgeführt. Vor allem im Bereich der Bildungsvariablen zeigt sich eine erfolgreiche Annäherung mit Hilfe der Gewichtung.

2 Dies bedeutet eine finale Teilnehmerate von 14,5 Prozent an der Bruttostichprobe auf Praxisebene.

3 In einer geschichteten Zufallsstichprobe dient die Stratifikation dazu, extreme Stichproben zu vermeiden, indem mehrere Zufallsstichproben innerhalb von sinnvollen Gruppen aus der Grundgesamtheit gezogen werden.

4 Die Teilnehmerate auf Familienebene beträgt nach Angabe aus den Dokumentationsbögen der Praxen ca. 75 Prozent.

5 Diese Merkmale wurden bei der Gewichtung der Stichprobe zugrunde gelegt.

TABELLE 1: Gewichtungsmerkmale und Referenzgrößen aus dem Mikrozensus 2011

	KiD 0-3 (ungewichtet) %	KiD 0-3 (gewichtet) %	Mikrozensus (2011) ¹ %
Haushaltstyp			
Haushalte mit einer/einem Erwachsenen	7,3	8,8	9,6
2 Erwachsene + 1 Kind	40,2	40,8	40,3
2 Erwachsene + 2 Kinder	33,8	32,7	31,4
Größere Haushalte	18,7	17,7	18,7
Alter der Mutter			
Bis 25 Jahre	12,0	13,9	14,0
26–35 Jahre	64,7	60,1	59,4
Über 35 Jahre	23,3	26,0	26,6
Staatsangehörigkeit der Mutter			
Deutsch	89,5	87,0	82,9
Andere	10,5	13,0	17,1
Schulbildung der Mutter			
Kein Abschluss	2,7	3,8	5,0
Hauptschulabschluss	12,9	19,1	20,4
Mittlere Reife	34,4	36,4	35,2
Hochschulreife	50,2	40,8	39,0
Berufliche Bildung der Mutter			
Kein Abschluss	15,8	18,3	22,4
Berufsausbildung	45,7	51,4	49,6
Meister, Techniker, Fachschule/-akademie o.ä.	11,2	8,6	8,5
Hochschulabschluss	27,4	21,8	18,9
Weitere Vergleichsmerkmale (kein Bestandteil der Gewichtung)			
SGB II-Bezug	17,5	19,9	15,3
Migrationshintergrund der Mutter	28,1	29,7	28,4

¹ Forschungsdatenzentrum FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Scientific Use-File, 2011; eigene Berechnungen. **Anmerkung:** Stichprobenumfang (KiD 0-3): n=8063; Der Datensatz wurde aus der Perspektive von Müttern konzipiert (d.h. Generierung von Mütter-Variablen, ggf. abgeleitet aus Angaben zum anderen Elternteil).

Die spezifische Zielgruppe der Frühen Hilfen stellen Familien mit Kindern im Alter zwischen null und drei Jahren dar (NZFH 2016). In KiD 0-3 wurden deshalb alle Familien befragt, die mit ihrem Kind zu einer Regelvorsorgeuntersuchung (U3 bis U7a) in eine der ausgewählten kinderärztlichen Praxen gekommen sind und sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt haben. So konnten Elternangaben von insgesamt 8.063 Familien gewonnen werden.

Das Studiendesign bedingt eine Ungleichverteilung der Altersgruppen innerhalb der Stichprobe, weil die Mehrzahl der Regelvorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr des Kindes stattfindet (vgl. Tabelle 2). Dies bedeutet, dass Häufigkeiten von Merkmalen, die vom Alter des Kindes abhängig sind, eher die Situation von Familien mit Säuglingen als die der Familien mit Kleinkindern widerspiegeln.

TABELLE 2: Altersverteilung in KiD 0-3

Merkmal des Kindes	%	n
Alter des Kindes		
0–12 Monate	53,6	4.324
12–24 Monate	16,9	1.363
24–36 Monate	15,3	1.232
36–48 Monate	9,1	738
keine Angabe ¹	5,0	406

¹ Aufgrund des Studiendesigns (Teilnahme an U3 bis U7a) wurden diese Familie bei den Analysen mitberücksichtigt.

Anmerkung: Stichprobenumfang: N= 8.063; gewichtete Prozentwerte (%); absolute Häufigkeiten (n).

Das Studiendesign beinhaltete einen innovativen Stichprobenzugang über die Nutzung von Ärzteregistern zur geschichteten Zufallsauswahl. Insgesamt nahmen 14,5 Prozent der eingeladenen kinder- und jugendärztlichen Praxen teil. Alle Familien, die in den ausgewählten kinderärztlichen Praxen zu einer Früherkennungsuntersuchung U3 bis U7a kamen, wurden zur Studienteilnahme eingeladen. Die finale Teilnehmerrate der Familien lag laut Dokumentationsbögen der Arztpraxen bei 75 Prozent. Die Befragung der Familien erfolgte mithilfe eines standardisierten Fragebogens mit 128 Items (Fragen), den die Eltern in der Wartezeit zur Vorsorgeuntersuchung ausfüllen sollten. Zur besseren Erreichbarkeit von Familien nichtdeutscher Herkunft wurde der Fragebogen auch in verschiedene Fremdsprachen übersetzt. Zur Auswahl standen Fragebögen in Deutsch, Englisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch und Türkisch. Die Beantwortungszeit des Fragebogens war auf ca. 30 Minuten ausgelegt. Der Fragebogen umfasste Belastungen auf Seiten des Kindes, der Eltern, der Familie sowie in der Eltern-Kind-Interaktion. Neben Merkmalen zur familiären Lebenslage und der Nutzung bzw. Kenntnis von kommunalen Unterstützungsangeboten für Familien, machten Fragen zu objektiven Belastungsmerkmalen und dem subjektiven Belastungserleben der primären Bezugsperson des Kindes den inhaltlich umfassendsten Teil der Befragung aus.

Während die Angaben in neun von zehn Fällen aus der Befragung der Mutter resultierten (89,9 Prozent), war in 7,3 Prozent der Familien der Vater die antwortende Bezugsperson. In 2,2 Prozent der Familien haben Mutter und Vater den Fragebogen zusammen ausgefüllt. Dass die antwortende Bezugsperson kein leiblicher Elternteil des Kindes war, kam sehr selten vor (0,6 Prozent). In [Tabelle 1](#) werden die weiteren soziodemographischen Merkmale der Stichprobe auf Haushaltsebene dargestellt. Etwa ein Drittel der befragten Familien hat ihren Wohnsitz in einer Großstadt. Zwei Drittel der Familien leben hingegen in einer kleinstädtischen oder ländlichen Umgebung. Jüngere Mütter (≤ 25 Jahre) und ältere Mütter (> 35 Jahre) sind in der Stichprobe aufgrund des durchschnittlichen Alters von Müttern von 31 Jahren bei Geburt in Deutschland (Destatis 2017) erwartungsgemäß seltener vertreten.

In 8,7 Prozent der Fälle berichtet die antwortende Bezugsperson alleinerziehend zu sein.⁶ Bei fast der Hälfte der Familien besitzt mindestens ein Elternteil einen Hochschulabschluss oder eine vergleichbare berufliche Qualifikation (z. B. Meister). Außerdem hat bei mehr als einem Drittel der Familien mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund. Sozialhilfeleistungen werden in jedem fünften Haushalt bezogen. In jedem siebten Haushalt ist mindestens ein Elternteil erwerbslos, wobei Ausfallzeiten wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern hier nicht eingeschlossen wurden (z. B. Mutterschutz oder Elternzeit). Ein-Kind-Familien stellen mit

⁶ Die Selbsteinschätzung der Befragten ist ein etablierter Weg in Bevölkerungsstudien, um den Alleinerziehenden-Status zu erfassen. Sie weicht geringfügig von den erfassten Haushaltstypen ab (vgl. Tabelle 1).

47,3 Prozent den größten Anteil der Stichprobe, gefolgt von Zwei-Kind-Familien mit 36,6 Prozent. Familien mit drei oder mehr Kindern sind noch mit 11,1 bzw. 5,0 Prozent in der Stichprobe vertreten.

TABELLE 3: Beschreibung der Familien in KiD 0-3

Merkmal	%	n
Bezugsperson alleinerziehend		
Ja	8,7	538
Nein	91,3	6.877
Höchster Bildungsstand¹		
Niedrig	8,7	551
Mittel	44,1	3.055
Hoch	47,2	4.189
Migrationshintergrund²		
Kein Elternteil	62,3	4.890
Ein Elternteil	16,4	1.262
Beide Elternteile	21,3	1.505
Haushalt mit SGB-II-Bezug		
Ja	19,9	1.289
Nein	80,2	6.077
Erwerbslosigkeit³		
Kein Elternteil	82,7	5.514
Ein Elternteil	15,4	899
Beide Elternteile	1,9	105
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt		
1 Kind	47,3	3.513
2 Kinder	36,6	2.840
3 Kinder	11,1	908
Mehr als 3 Kinder	5,0	365
Wohnsitz in einer Großstadt⁴		
Ja	32,7	2.744
Nein	67,3	5.319

¹ nach der internationalen Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED).

² nach der Verordnung zur Erhebung des Migrationshintergrundes (MighEV).

³ ohne Mutterschutz und Elternzeit.

⁴ Praxisstandort mit mehr als 100.000 Einwohnern.

Anmerkung: Stichprobenumfang: N = 8.063; gewichtete Prozentwerte (%); absolute Häufigkeiten (n).

Lesebeispiel: Von den 8.063 Familien berichten 538, dass die Bezugsperson alleinerziehend ist. Unter Berücksichtigung der „Survey“-Gewichtung und Ausschluss fehlender Werte entspricht dies einem Anteil von insgesamt 8,7 Prozent der Familien.

Ergänzend zu den oben beschriebenen Merkmalen auf Familienebene beschreibt Tabelle 4 auf das Kind bezogene Merkmale und deren Häufigkeiten. Die Kinder, die von ihren Eltern zu den Vorsorgeuntersuchungen begleitet wurden (sogenannte Zielkinder), sind zu etwa gleichen Teilen weiblichen und männlichen Geschlechts. 55,7 Prozent dieser Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung im ersten, 17,9 Prozent im zweiten und 16,5

Prozent im dritten Lebensjahr. Kinder, die das dritte Lebensjahr bereits vollendet hatten (9,9 Prozent), waren in den meisten Fällen erst vor kurzem drei Jahre alt geworden. In 1,6 Prozent der befragten Familien berichten die Eltern von einer Behinderung oder schweren Erkrankung des Zielkindes. Eine Frühgeburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche wird in 8,9 Prozent und ein geringes Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm in 7,2 Prozent der Familien berichtet. Dies entspricht Angaben aus der Literatur, nach denen eine Frühgeburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche bei etwa 9 Prozent (Schleußner 2013; Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. 2018) oder ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes unter 2.500 Gramm bei etwa 7 Prozent liegt (RKI 2018). In der großen Mehrheit geben die Eltern an, dass die Schwangerschaft geplant gewesen sei (78,4 Prozent).

TABELLE 4: Beschreibung der Zielkinder in KiD 0-3

Merkmal	%	n
Geschlecht		
Weiblich	49,7	3.786
Männlich	50,3	3.841
Alter		
0–11 Monate	55,7	4.324
12–23 Monate	17,9	1.363
24–35 Monate	16,5	1.232
36+ Monate	9,9	738
Migrationshintergrund¹		
Ja	31,0	2.288
Nein	69,0	5.550
Behinderung/schwere Erkrankung		
Ja	1,6	130
Nein	98,4	7.842
Frühgeburt²		
Ja	8,9	690
Nein	91,1	7.275
Niedriges Geburtsgewicht³		
Ja	7,2	537
Nein	92,8	7.438
Schwangerschaft war geplant		
Ja	78,4	6.411
Nein	21,6	1.577

¹ nach der Verordnung zur Erhebung des Migrationshintergrundes (MighEV).

² vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche.

³ unter 2.500 Gramm

Anmerkung: Stichprobenumfang: N = 8.063; gewichtete Prozentwerte (%); absolute Häufigkeiten (n).

Lesbeispiel: Von den 8.063 Familien berichten 690 davon, dass das Zielkind vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen ist. Unter Berücksichtigung der Survey-Gewichtung und Ausschluss fehlender Werte entspricht dies einem Anteil von insgesamt 8,9 Prozent der Familien.

2.3 Zur Erfassung von potenziellen psychosozialen Belastungen

2.3.1 Der theoretische Hintergrund

Familiäre Belastungen können sich in Beeinträchtigungen der seelischen und körperlichen Gesundheit niederschlagen (Walper 2006) und die gesunde und altersgemäße Entwicklung des Kindes beeinträchtigen (Egle u. a. 2016; Lampert u. a. 2010). Vor allem bindungstheoretisch fundierte Längsschnittstudien weisen dabei auf das (feinfühlig) elterliche Fürsorgeverhalten als zentralen Schutzfaktor hin, welches häufig unter diesen Belastungen leidet (Sroufe u. a. 2009). Das Familien-Stress-Modell hebt hervor, dass mangelnde sozioökonomische Ressourcen – insbesondere Armut und der hierdurch entstehende finanzielle Druck in der Familie – zunächst primär auf die Eltern und deren Verhalten in der Familie belastend wirkt, während Kinder indirekt mitbetroffen sind, sofern die Eltern auf die Belastungslagen mit problematischem Fürsorge- und Erziehungsverhalten reagieren (Conger u. a. 2010). Auch jenseits ökonomischer Faktoren konnte die Bedeutung psychosozialer Belastungsmerkmale für problematisches Fürsorgeverhalten der Eltern, nicht zuletzt für ein erhöhtes Risiko für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, nachgewiesen werden (Klein/Harden 2011; Stith u. a. 2009; Wu u. a. 2004).

Während der Begriff „psychosoziale Belastung“ zunächst unspezifisch ist, da darunter alle auf Eltern einwirkenden psychischen und sozialen Einflüsse gefasst werden, die zu einer Überforderung ihrer Ressourcen führen können (Bengel 2016), beschreibt der Begriff „Risikofaktor“ einen gerichteten und nachgewiesenen Zusammenhang zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens von zukünftigen Kindeswohlgefährdungen oder Erziehungsschwierigkeiten. Es gibt eine große Überschneidung von Belastungsmerkmalen und Risikofaktoren, da für die meisten Belastungsmerkmale auch ein spezifischer Zusammenhang zum Auftreten von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Entwicklungsverlauf nachgewiesen wurde (Stith u. a. 2009).

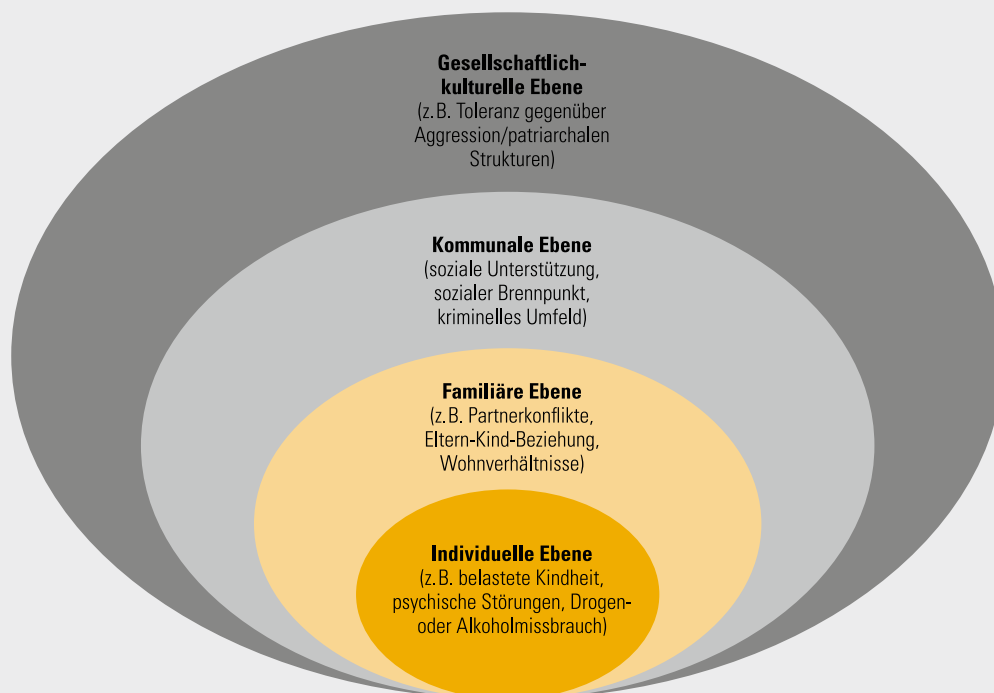
Von besonderer Bedeutung ist eine Kumulation von Belastungsmerkmalen. Empirische Befunde legen nahe, dass das Risiko für Gewaltvorkommnisse sowie andere Beeinträchtigungen des Kindeswohls in Familien vor allem dann zu erwarten sind, wenn mehrere Belastungsfaktoren zusammenfallen. Mehrere Forscher (Brown u. a. 1998; Wu u. a., 2004) zeigten, dass sich durch das Zusammenwirken mehrerer einzelner Risikofaktoren darüber hinaus auch die Vernachlässigungswahrscheinlichkeit von Kindern erhöht. Insofern gilt auch der Kumulation von Belastungslagen unsere besondere Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 6).

Nach dem Modell von Belsky (1980) kann Kindesmisshandlung als ein psychosoziales Phänomen mit Ursachen auf verschiedenen Kontextebenen verstanden werden (vgl. [Abbildung 1](#); beschrieben bei Deegener/Körner 2006). Der Fokus in KiD 0-3 liegt auf Belastungen im Bezugssystem der Familie und umfasst damit hauptsächlich Belastungen auf familiärer und individueller Ebene. In Anlehnung an eine international anerkannte Systematisierung von familiären Belastungsmerkmalen bzw. Risikofaktoren (Stith u. a., 2009) beinhaltet [Abbildung 1](#) eine Übersicht über die wichtigsten Belastungen, die in KiD 0-3 erfasst wurden. Die Systematisierung erfolgte hierbei anhand des Kriteriums, ob die Belastung am ehesten auf der Ebene des Kindes, der Eltern, der Eltern-Kind-Interaktion oder der familiären Situation anzusiedeln ist.

ABBILDUNG 1: Ursachen von Entwicklungsstörungen und Kindesmisshandlung

Das entwicklungsökologische Modell von Belsky (1980)

Biopsychosoziales Bezugssystem der Ursachen von Entwicklungsstörungen und Kindesmisshandlung in der Hauptstudie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3«



Systematisierung von Risikofaktoren nach Stith u. a. (2009)

In der Hauptstudie »Kinder in Deutschland – KiD 0-3« erfasste Belastungsmerkmale von Familien



2.3.2 Lebenslagen der Familien

Es gibt zahlreiche Risiko- und Protektivfaktoren, die man bei der Erforschung von Familien und ihren Bedarfen heranziehen kann. In Studien zeigte sich dabei die Bedeutsamkeit der folgenden Lebenslagen: Armutsgefährdung, Migrationshintergrund, alleinerziehende und psychisch kranke Eltern. Diese bedürfen auf Grund eines potenziellen Gefährdungs- bzw. Risikopotentials besonderer Aufmerksamkeit (Weissmann u. a., 2006). Dabei ist jedoch festzuhalten, dass diese Lebenslagen nicht hinreichend und keineswegs kausal Rückschlüsse über die Situation einer Familie liefern. Die ausgewählten Lebenslagen können unter Umständen und im Mittel jedoch verschiedene Hindernisse für Familien mit sich bringen, die bewältigt werden müssen. Wie erfolgreich, das heißt wie adaptiv, die Familien mit diesen Herausforderungen umgehen, hängt dabei von verschiedenen Schutzfaktoren (z. B. Stress-Bewältigungsstrategien oder soziales Unterstützungsnetz) ab. Diese Lebenslagen erfordern mit unter einen erhöhten Unterstützungsbedarf im Übergang zur Elternschaft, auf den die spezifischen Angebote der Frühen Hilfen vorbereitet sein sollten. Diese vier Gruppen von Familien erfahren in diesem Bericht auf Basis der Daten aus KiD 0-3 eine genauere Untersuchung und werden im Folgenden näher beschrieben. Ihre Operationalisierung im Rahmen der Studie wird in [Tabelle 5](#) zusammengefasst.

Familien mit Armutsgefährdung wurden durch den Bezug von staatlichen Transferleistungen (z. B. Arbeitslosengeld (ALG) II oder Sozialhilfe) von mindestens einem Mitglied des Haushaltes in den vorangegangenen zwölf Monaten als solche definiert. Wie aus der Stichprobenbeschreibung hervorgeht, befinden sich nach dem gewählten Kriterium 19,9 Prozent der Familien in einer solch schwierigen finanziellen Situation. Aufgrund der hohen Verbreitung und den vielfältigen Problemen stellen Familien in Armutslagen bzw. mit Armutsgefährdung eine besondere Zielgruppe der Frühen Hilfen dar. In Übereinstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation kommt auch der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR-G 2009) zu der Einschätzung, dass Kinderarmut der wichtigste erklärende Faktor für kindliche Gesundheits- und Entwicklungsdefizite ist.

Familien mit Migrationshintergrund wurden durch die Bestimmung des Migrationshintergrundes des Kindes identifiziert, die nach der Verordnung zur Erhebung der Merkmale des Migrationshintergrundes erfolgte (Bundesministerium der Justiz (MighEV) 2010). Bei Familien mit Migrationshintergrund bestehen häufiger Zugangsbarrieren, Kommunikationsprobleme und Informationslücken bezogen auf das Sozial- und Gesundheitssystem (Kamtsiuris u. a. 2007). Sie stellen deshalb eine weitere spezifische Zielgruppe der Frühen Hilfen dar.

Obwohl auch in anderen Studien berichtet wurde, dass die Teilnahmeraten von Familien mit Migrationshintergrund an Früherkennungsuntersuchungen niedriger sind als bei der autochthonen Bevölkerung (ebd.), waren die Teilnahmeraten an KiD 0-3 sehr gut, sodass diese Bevölkerungsgruppe mit 29,2 Prozent (ungewichtet) bzw. 31,0 Prozent (gewichtet) in KiD 0-3 repräsentativ in der Stichprobe vertreten ist (Eickhorst/Liel 2019).

Alleinerziehende Elternteile befinden sich häufiger in einer schwierigen finanziellen Lage und sind in besonderer Weise auf soziale Unterstützung angewiesen (Statistisches Bundesamt (Destatis 2017; RKI 2015, RKI/Destatis 2014)). Auch für die Inanspruchnahme zahlreicher Angebote benötigen sie entweder ein stabiles soziales Netzwerk, das die Betreuung des Kindes zeitweilig übernehmen kann, oder Angebote, die auf die besonderen Bedarfe von Alleinerziehenden vorbereitet sind. In 8,7 Prozent der teilnehmenden Familien gibt die befragte Bezugsperson an, alleinerziehend zu sein. Dies kann auch bei Personen der Fall sein, die sich zwar in einer Partnerschaft befinden, bei deren Partner oder Partnerin es sich aber nicht um den anderen leiblichen Elternteil handelt oder bei denen der Partner oder die Partnerin nicht im gemeinsamen Haushalt lebt. Wesentliches Kriterium in KiD

0-3 ist die Selbsteinschätzung des Elternteils. Andere Definitionsvorschläge (z. B. Ein-Eltern-Haushalte) sind in dieser Studie nicht dargestellt.

Eltern mit psychischer Erkrankung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Frühen Hilfen hohe Aufmerksamkeit entgegengebracht, weil eine psychische Erkrankung die Fürsorge- und Erziehungskompetenzen eines Elternteils nachhaltig beeinträchtigen kann (Weissmann u. a. 2006). Gleichzeitig handelt es sich um eine unterversorgte Bevölkerungsgruppe (Lenz 2017). In KiD 0-3 konnte zwar nicht das gesamte Spektrum psychiatrischer Krankheitsbilder erfasst werden, aber es wurden Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik der befragten Bezugsperson aus der Beantwortung eines „Kurzscreening“-Instruments (»Patient Health Questionnaire – PHQ 4«) abgeleitet. Es handelt sich also nicht um eine medizinisch diagnostizierte psychische Erkrankung, sondern um Hinweise auf eine psychische Belastung durch ängstliche oder depressive Symptome des Elternteils. Nach diesem Kriterium waren 4,4 Prozent der befragten Bezugspersonen psychisch belastet, d. h. erfüllten sechs oder mehr von zwölf möglichen Punkten der Skala (sog. „yellow flag“).

TABELLE 5: Erhebung von ausgewählten Lebenslagen in KiD 0-3

Familien mit Armutsgefährdung / SGB-II-Bezug (19,9 Prozent)

Bezug von einer oder mehreren der nachfolgend genannten staatlichen Leistungen in den letzten zwölf der Befragung vorausgegangen Monaten: Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld (nach SGB-II), Sozialhilfe (nach SGB-XII), bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung.

Familien mit Migrationshintergrund (31,0 Prozent)

Das Kind bzw. mindestens ein Elternteil des Kindes besitzen keine deutsche Staatsbürgerschaft oder das Kind bzw. mindestens ein Elternteil des Kindes wurden außerhalb der Bundesrepublik Deutschland geboren.

Alleinerziehende Elternteile (8,7 Prozent)

Selbstauskunft der Befragungsperson auf die Frage »Sind sie alleinerziehend?«, wenn mindestens eine der vorangegangenen Fragen verneint wurde: »Leben Sie aktuell in einer Partnerschaft?«, »Leben Sie gemeinsam mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin in einem Haushalt?« und »Ist Ihr Partner/Ihre Partnerin leiblicher Elternteil Ihres Kindes?«.

Eltern mit psychischer Erkrankung (4,4 Prozent)

Die deutlichen Anzeichen auf eine Depression oder Angstsymptomatik wurden durch die vier „Items“ umfassende Kurzversion des »Patient Health Questionnaire« (PHQ-4, Löwe u. a. 2010) ermittelt. Der Fragebogen besteht aus vier Fragen, von denen zwei Hinweise auf Symptome einer Depression liefern und zwei auf Symptome einer Angststörung ansprechen.⁷

⁷ Fragebogen PHQ-4: „Wie oft fühlten Sie sich in den letzten zwei Wochen von den folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“, z. B. „wenig Interesse und Freude an Ihren Tätigkeiten“; 1 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „beinahe jeden Tag“

2.3.3 Potenzielle Belastungen in der Biographie

Mit den vier beschriebenen Lebenslagen ist die Liste der Lebensumstände, die einen besonderen Unterstützungsbedarf im Übergang zur Elternschaft vermuten lassen, nicht abschließend beschrieben. Eine Reihe weiterer Belastungen, welche die gesunde Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können, wurde in KiD 0-3 erhoben. In diesem Bericht wird dabei ein Fokus auf ausgewählten Belastungen gelegt. Darüber hinaus werden auch weitere mögliche Einflussfaktoren diskutiert. Hierzu zählen z. B. geringe Bildungsressourcen bzw. geringe Berufsqualifikationen der Eltern. Entsprechend der internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) 2012) verfügen Eltern dieser Gruppe über keinen beruflichen Abschluss oder höchstens über einen Realschulabschluss.

Auch die **Frühe Elternschaft** bzw. das junge Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes (hier: bis einschließlich 21 Jahre) kann als biografischer Belastungsfaktor verstanden werden. Denn häufig besitzen junge Mütter noch nicht die finanziellen und sozialen Ressourcen, die einen Übergang zur Elternschaft erleichtern können. Ähnliches gilt für die **ungeplante Schwangerschaft**, die vielfach auf ungünstige Voraussetzungen für die Bewältigung von Anforderungen der Elternschaft trifft. Frühe Elternschaft und ungeplante Schwangerschaft fallen zwar oftmals zusammen. Unter den ungeplanten Schwangerschaften findet sich jedoch durchaus ein breiteres Altersspektrum der Mütter.

Eigene **negative Kindheitserfahrungen** stellen einen weiteren potenziellen biografischen Belastungsfaktor dar, denn häufig findet sich eine intergenerationale Weitergabe von problematischen Erziehungsverhalten und familiärer Gewalt (Thornberry/Henry 2013). In KiD 0-3 wurden Erfahrungen harter Bestrafungen und unglückliche Kindheitserinnerungen durch drei „Items“ erhoben, die aus dem Fragebogen zu den »Einstellungen von Müttern mit Kindern im Kleinstkindalter« (EMKK) adaptiert wurden (Engfer 1984).

Bisherige Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen wurden in KiD 0-3 ebenfalls erfasst. Dafür wurde die Frage gestellt »Hatten Sie jemals in ihrem Leben eine Partnerschaft, in der es zu gewalttätigen Übergriffen kam?«. Diese Frage ist aus dem »Konstanzer Index zur pränatalen Erfassung psychosozialer Risiken für die Entwicklung über die Lebensspanne« (Ruf-Leuschner u. a. 2016) entliehen. 8,8 Prozent der Befragungspersonen in KiD 0-3 berichten, dass sie schon einmal Gewalt in einer früheren Partnerschaft erlebt haben.

2.3.4 Häufigkeit von Belastungen

Der Übergang zur Elternschaft stellt für viele Familien zunächst eine Herausforderung dar, die eine Anpassung des Familiensystems und seiner Routinen erfordert. Dem Großteil der Eltern gelingt es jedoch, die Anforderungen zu meistern, ohne merkliche Einschränkungen in ihrem Wohlbefinden zu erleben. Auch Belastungen durch Besonderheiten des Kindes betreffen nur eine Minderheit der Eltern.

Die notwendige Anpassungsleistung der Eltern kann allerdings durch die familiäre Lebenslage und durch biografische Risikofaktoren erschwert sein, was sich wiederum in einer höheren Stressbelastung und Unzufriedenheit der Eltern widerspiegeln dürfte. Hierzu kommen – in Abhängigkeit vom Alter des Kindes – möglicherweise noch weitere Belastungsmerkmale, die sich aus dem wahrgenommenen Verhalten des Kindes (Schrei-, Schlaf- oder Essverhalten bzw. Wut- oder Trotzverhalten) oder aus perinatalen Problemen (Frühgeburt oder niedriges Geburtsgewicht des Kindes) ergeben.

Tabelle 6 beinhaltet eine Auswahl an Belastungsmerkmalen, mit deren Hilfe sich ein recht umfassendes Bild der elterlichen Belastungssituation zeichnen lässt. Hierbei wird unterschieden zwischen kindbezogenen Belastungen und Belastungen auf der Elternebene. Der zusätzlich angegebene Prozentwert gibt den Anteil der Familien an, die sich in den einzelnen Skalen als überwiegend belastet beschrieben haben (gewichtete Daten). Zur Bestimmung der belasteten Gruppen konnten wir bei einigen Indikatoren (Partnerschaftszufriedenheit, Gefühl der persönlichen Einschränkung durch die Elternschaft und Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz) auf etablierte Einteilungen zurückgreifen.⁸

TABELLE 6: Definition ausgewählter Belastungen in KiD 0-3

Belastungen auf Kindebene

Ungeplante Schwangerschaft (21,6 Prozent)

Ob die Schwangerschaft geplant war oder nicht wurde durch Selbstauskunft der Befragungsperson auf die Frage »War die Schwangerschaft geplant?« ermittelt.

Frühgeburt oder niedriges Geburtsgewicht (11,8 Prozent)

Probleme rund um die Geburt des Kindes wurden mithilfe der Fragen »Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Frühgeburt, d. h. um eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche?« und »Lag das Geburtsgewicht ihres Kindes unter 2.500 Gramm?« erhoben.

Negative Emotionalität des Kindes (4,9 Prozent)

Anzeichen für eine negative Emotionalität des Kindes wurden durch sechs „Items“ zum Gemütszustand, Wut- und Trotzverhalten und Quengeln des Kindes aus der Skala Emotionsdysregulation des »Seelische Gesundheit im Kleinkindalter Screener« (Kübber 2014) abgeleitet.

Subjektive Belastung durch das Schrei- (12,8 Prozent), Schlaf- (11,4 Prozent) und Essverhalten (4,7 Prozent)

Das subjektive Belastungserleben durch das Schrei-, Schlaf- und Essverhalten des Kindes wurde durch drei Einzelfragen erfasst: »Wie stark fühlen sie sich durch das XX-verhalten Ihres Kindes belastet?« (vierstufig). Belastete Familien berichten hier von einem ziemlich oder sehr starken Belastungsempfinden.

Belastungen auf Elternebene

Allgemeine Stressbelastung (19,5 Prozent)

Fragen zum elterlichen Wohlbefinden im letzten der Befragung vorausgegangenem Monat erfolgten durch die vier „Items“ umfassende Kurzversion der »Perceived Stress Scale« (Cohen u. a. 1983).

⁸ In diesen Fällen wurden die in den Manualen vorgeschlagenen „Cutoff“-Werte verwendet, wie z. B. beim »Eltern-Belastungs-Inventar« (EBI, Tröster 2010).

Depression / Angstsymptomatik (4,4 Prozent)

Entsprechend der Definition zur Identifikation von Eltern mit psychischen Belastungen wurden deutliche Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik mithilfe des »Patient Health Questionnaire« (PHQ-4) erfasst.

Fehlende soziale Unterstützung (20,0 Prozent)

Aus dem Beziehungs- und Familienpanel »pairfam« (Thönnissen u. a. 2017) wurden zwei „Items“ adaptiert, mit deren Hilfe die fehlenden Unterstützungsmöglichkeiten bei der Kinderbetreuung und/oder fehlende Ansprechpartner bei Fragen rund um das Kind ermittelt wurden.

Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz (29,7 Prozent)

Ermittelt durch die vier „Items“ umfassende Subskala »Kompetenz« aus dem »Eltern-Belastungs-Inventar« (Tröster 2010). Betroffene Eltern fühlen sich oft unsicher, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen und haben das Gefühl, wichtige Erziehungsziele zu verfehlen.

Persönliche Einschränkung durch die Elternschaft (26,2 Prozent)

Ermittelt durch die vier „Items“ umfassende Subskala »persönliche Einschränkung« aus dem »Eltern-Belastungs-Inventar« (Tröster 2010). Betroffenen Eltern fühlen sich durch die Elternschaft in ihrer persönlichen Lebensführung und Selbstentfaltung eingeschränkt.

Unzufriedenheit in der Partnerschaft (10,8 Prozent)

Eine hohe Unzufriedenheit in der Partnerschaft wurde durch die vier „Items“ umfassende Kurzversion der »Dyadic Adjustment Scale« (Sabourin u. a. 2005) erhoben.

Häufige lautstarke Auseinandersetzungen (7,3 Prozent)

Partnerschaftskonflikte wurden durch die Einzelfrage erhoben, wie oft es im letzten halben Jahr zu lautstarken Auseinandersetzungen zwischen der Befragungsperson und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin kam. Dieses „Item“ wurde aus dem »Konstanzer Index zur pränatalen Erfassung psychosozialer Risiken für die Entwicklung über die Lebensspanne« (Ruf-Leuschner u. a. 2016) adaptiert.

3

Auswirkungen potenzieller Belastungen zu Beginn der Elternschaft auf das Gesundheitsverhalten

Belastende Lebensumstände in Familien können sich schon in der Schwangerschaft bemerkbar machen, etwa wenn die Eltern bestimmte Verhaltensweisen zeigen, die einen negativen Einfluss auf die eigene Gesundheit sowie auch auf die Gesundheit ihrer (noch ungeborenen) Kinder ausüben können. Zu den typischen Risikoverhaltensweisen zählt z. B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, fett- und kalorienreiche Ernährung oder riskantes Sexualverhalten (Faltermaier 2019). Umgekehrt wird die Vermeidung solcher Verhaltensweisen und die Vorbeugung vor Krankheiten z. B. durch die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen⁹ als Gesundheitsverhalten verstanden.

Als eine von vielen potenziellen Belastungen zu Beginn in die Elternschaft zählen auch der Alkohol- und Tabakkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Auch das Stillen stellt eine vulnerable Phase dar. Im Folgenden werden mütterlicher Suchtmittelkonsum (3.1) und potenzielle Belastungen während des Stillens im Zusammenhang mit den spezifischen Lebenslagen und Belastungen von Eltern beschrieben (3.2).

3.1 Mütterlicher Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

Studien haben gezeigt, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft irreversible Schädigungen und Missbildungen bei den ungeborenen Kindern hervorrufen kann (DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) 2015). Ebenso gut belegt sind die negativen Folgen eines regelmäßigen Tabakkonsums (Dudenhausen 2009). Daten hierzu liefern neben der Vorliegenden Studie auch die Ergebnisse der Basiserhebung des »Kinder- und Jugendgesundheits surveys« (KiGGS). Es ist in diesem Fall zu beachten, dass Selbstauskünfte zum Suchtmittelkonsum generell, aber insbesondere bei Müttern stark von sozialer Erwünschtheit gefärbt sein können und daher mit Vorsicht interpretiert werden sollten.

Die Daten der KiGGS-Studie deuten z. B. darauf hin, dass Mütter mit niedrigem Sozialstatus viermal häufiger in der Schwangerschaft gelegentlich Tabak rauchen als Mütter mit einem hohen Sozialstatus.

Der gelegentliche Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft wird im Gegensatz dazu etwa zweimal häufiger von Müttern mit einem höheren Sozialstatus berichtet (Bergmann u. a. 2007). Während der gelegentliche Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in der KiGGS-Studie auf etwa 14 Prozent geschätzt wird, liegt der Anteil eines regelmäßigen Alkoholkonsums unter 1 Prozent. Die Autorinnen und Autoren der Studie verweisen darauf, dass eine Intervention in beiden Fällen geboten ist, weil sich schon ein geringer Alkoholkonsum während der Schwangerschaft negativ auf die Entwicklung des zentralen Nervensystems und die Intelligenz des Kindes auswirken kann.

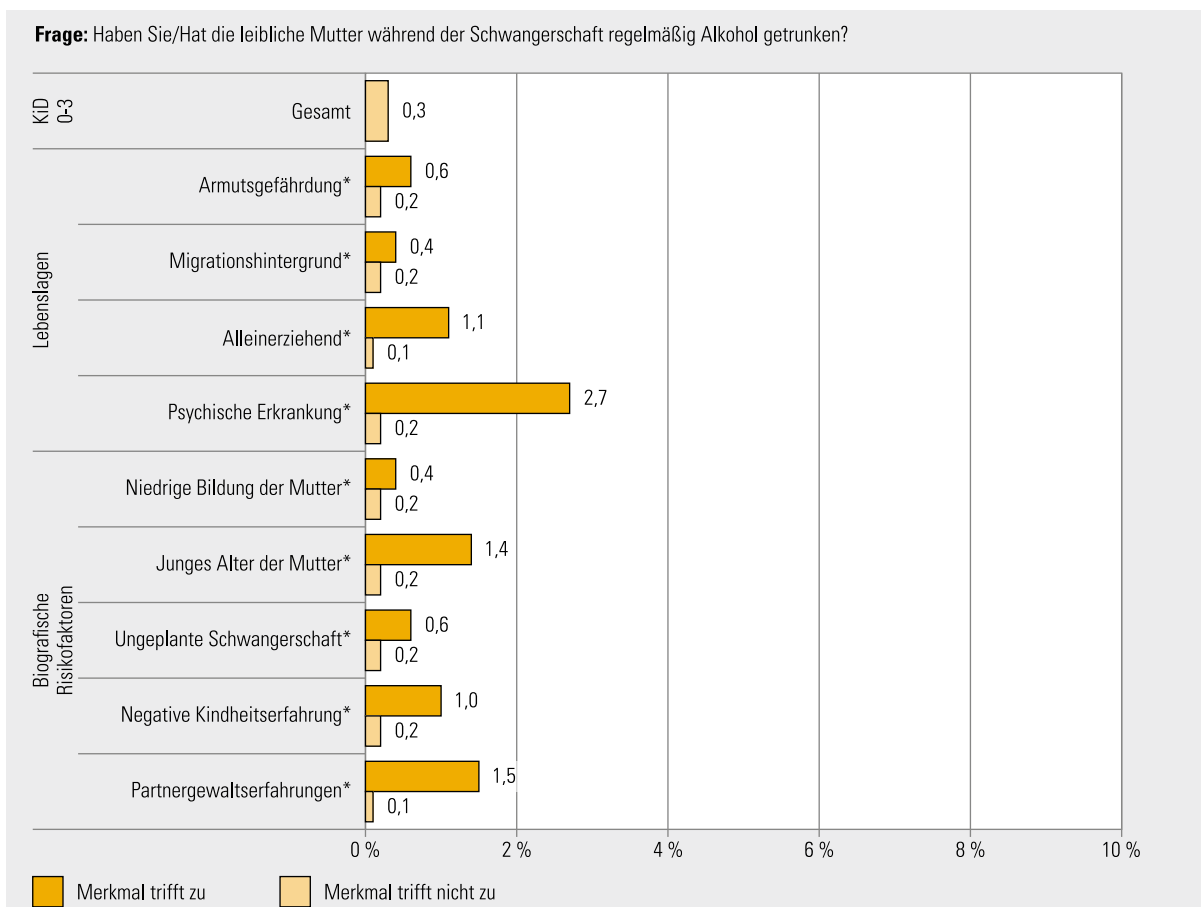
In der Studie KiD 0-3 betrug der selbstberichtete regelmäßige Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft 0,3 Prozent (Abbildung 2). Mit Blick auf die spezifischen Lebenslagen zeigt sich für armutsgefährdete Familien, alleinerziehende Elternteile und Eltern mit deutlichen Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik ein statistisch signifikant häufigerer regelmäßiger Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. In Familien mit Migrationshintergrund weisen Mütter keinen häufigeren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft auf. Von den unter Kapitel 2.3 aufgeführten biografischen Risikofaktoren sind alle bis auf den niedrigen Bildungsstand der Mutter mit einem häufigeren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft assoziiert. Allerdings ist die Häufigkeit eines regelmäßigen Alkoholkonsums auch in den spezifischen Lebenslagen und bei Vorliegen

⁹ In KiD 0-3 gaben 96,9 Prozent der Familien an, dass die leibliche Mutter die Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt/bei der Hebamme regelmäßig wahrgenommen hatte. Nur 3,1 Prozent der gewichteten Stichprobe verneinte dies.

eines biografischen Risikofaktors eher gering. Am häufigsten wird der regelmäßige Alkoholkonsum von Eltern berichtet, bei denen deutliche Anzeichen für eine psychische Erkrankung vorliegen (2,7 Prozent).

Mit 10,2 Prozent berichten deutlich mehr Familien von einem regelmäßigen Tabakkonsum der Mutter als von einem Alkoholkonsum (Abbildung 3). Diese Ergebnisse decken sich mit Angaben der Literatur, nach der der Anteil selbstberichteten Rauchens der Mutter während der Schwangerschaft bei circa 10 Prozent liegt (Scholz u. a. 2013; Kuntz u. a. 2018). Wie beim Alkoholkonsum berichten Familien mit Migrationshintergrund keinen häufigeren Tabakkonsum während der Schwangerschaft als Familien ohne Migrationshintergrund. In den drei anderen untersuchten Lebenslagen und bei Vorliegen eines der biografischen Risikofaktoren hat die Mutter in der Schwangerschaft häufiger geraucht. Am häufigsten wird regelmäßiger Tabakkonsum in der Schwangerschaft von armutsgefährdeten Familien berichtet (30,8 Prozent).

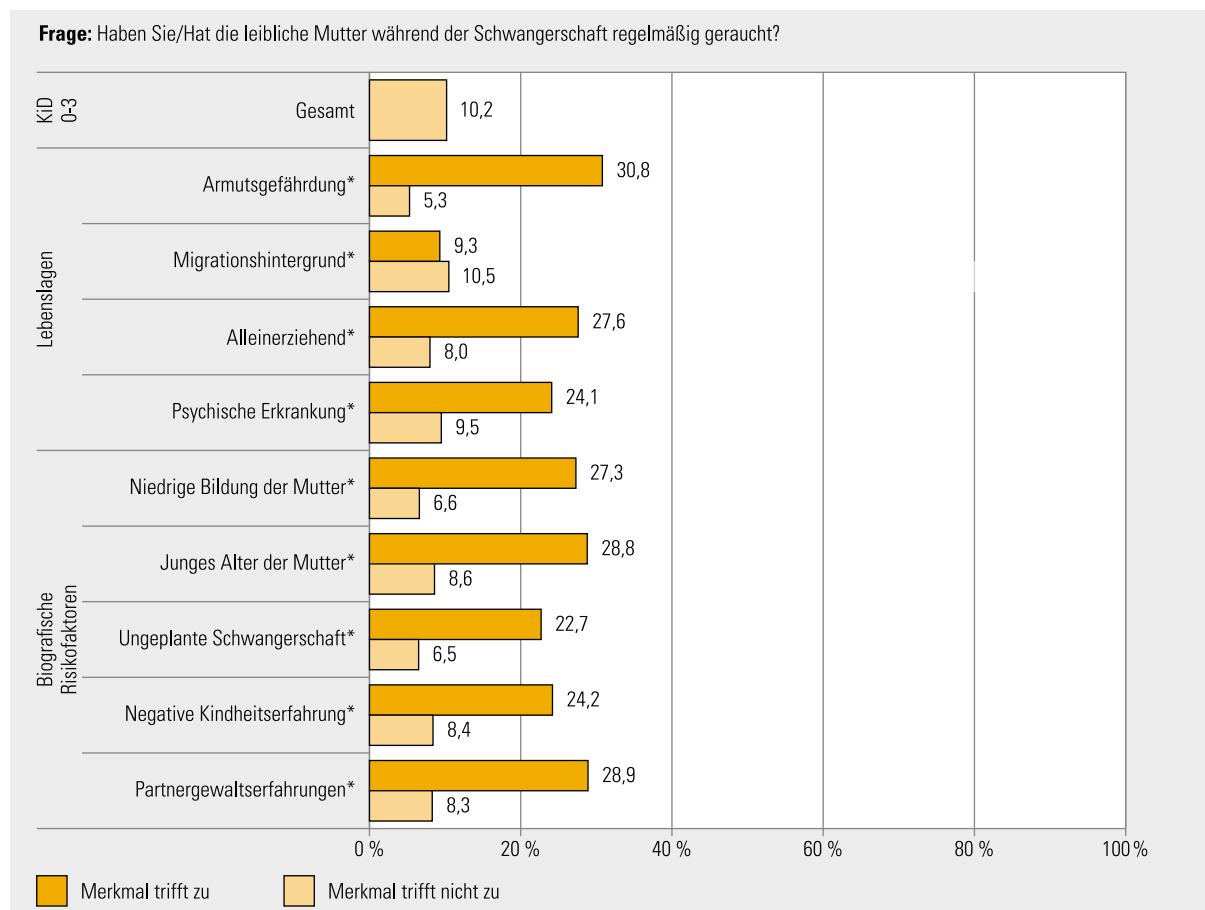
ABBILDUNG 2: Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nach Lebenslagen und biografischen Risikofaktoren



Anmerkung: Stichprobenumfang: N = 8.063; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < 0.05$).

Lesebeispiel: Insgesamt berichten 0,3 Prozent der Familien in KiD 0-3 von einem regelmäßigen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. In Familien mit Armutsgefährdung liegt der Anteil bei 0,6 Prozent, bei Familien ohne Armutsgefährdung bei 0,1 Prozent.

ABBILDUNG 3: Tabakkonsum während der Schwangerschaft nach biografischen Risikofaktoren



Anmerkung: Stichprobenumfang: N = 8.063; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < 0.05$).

Lesebeispiel: Insgesamt berichten 10,2 Prozent der Familien in KiD 0-3 von einem regelmäßigen Tabakkonsum in der Schwangerschaft. In Familien mit Armutgefährdung liegt der Anteil bei 30,8 Prozent, bei Familien ohne Armutgefährdung bei 5,3 Prozent.

3.2 Stillen in Abhängigkeit von Belastungslagen

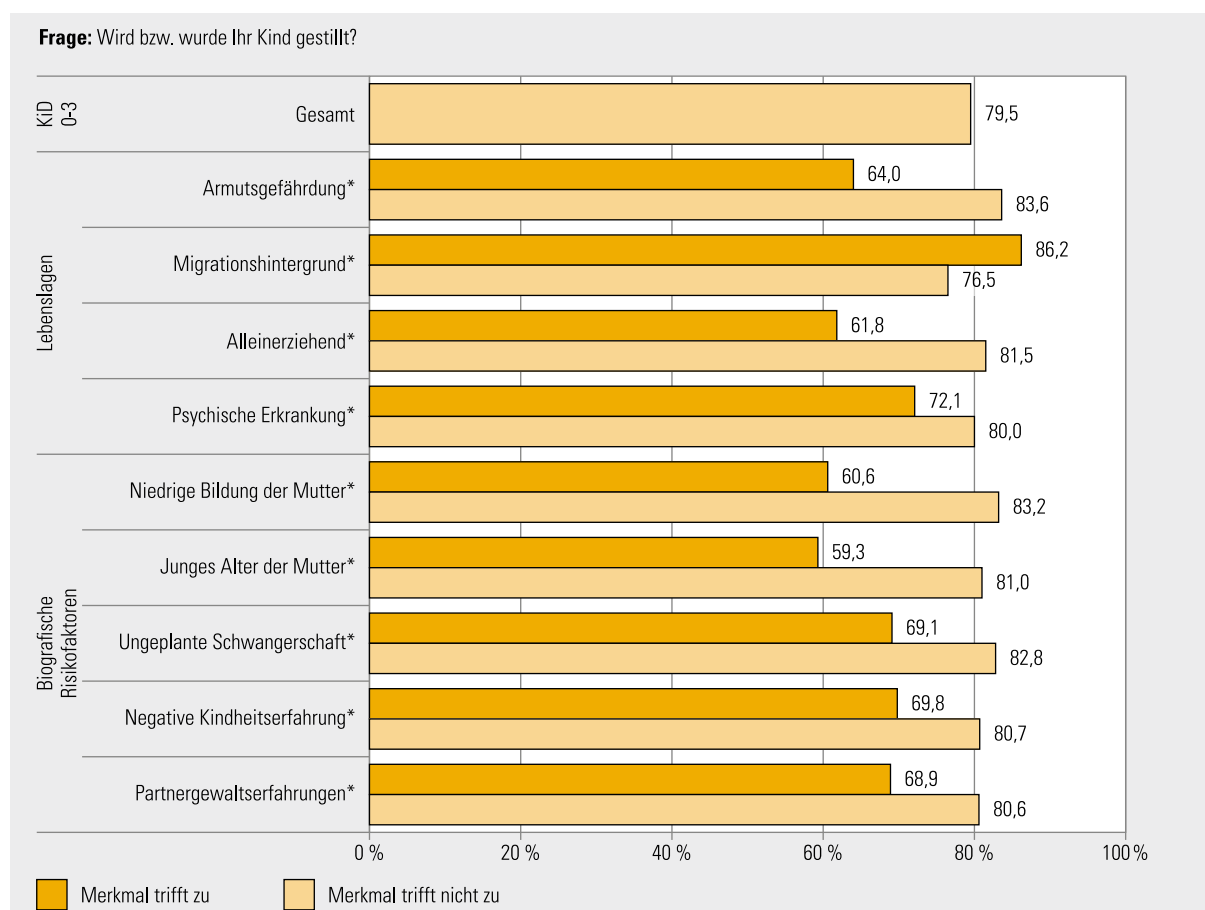
Zahlreiche Studien konnten positive Langzeiteffekte des Stillens auf die Gesundheit und Entwicklungschancen von Säuglingen nachweisen (Horta u. a. 2015; Horta u. a. 2013). Es gibt jedoch verschiedene Gründe dafür, dass Kinder im Säuglingsalter Flaschennahrung erhalten und nicht (ausschließlich) gestillt werden. Neben den persönlichen Präferenzen der Mutter können z. B. perinatale Komplikationen sowie Erkrankungen der Mutter oder des Kindes begründen, weshalb manche Mütter nicht stillen können oder möchten. Nicht immer erhalten Mütter außerdem die Unterstützung, die sie benötigen würden, um eine ursprüngliche Stillabsicht dann auch zu realisieren. Insofern liegt es nahe, dass manche Belastungslagen das Stillen weniger wahrscheinlich machen.

Das Stillen wurde in KiD 0-3 mit der Frage »Wird bzw. wurde Ihr Kind gestillt?« sowie mit Angaben über Form und Dauer erhoben. Mit 79,5 Prozent wurde die deutliche Mehrheit aller Kinder gestillt (Abbildung 4). Damit liegt die Häufigkeit zwischen den Stillhäufigkeiten anhand der KiGGS-Daten (vgl. Brettschneider u. a. 2016) für

die Geburtenjahrgänge 2001/2002 bei 77,0 Prozent und für die Geburtenjahrgänge 2007/2008 bei 82,5 Prozent. Familien mit Migrationshintergrund berichten häufiger, dass ihr Kind gestillt wird bzw. wurde, verglichen mit Familien ohne Migrationshintergrund (86,2 vs. 76,5 Prozent). In anderen spezifischen Lebenslagen und bei Vorliegen einer der biografischen Risikofaktoren berichten die Familien deutlich seltener als ihre Referenzgruppen davon, dass ihr Kind gestillt wird bzw. wurde. Besonders geringe Stillhäufigkeiten zeigen sich bei alleinerziehenden Elternteilen (61,8 vs. 81,5 Prozent), bei Müttern mit niedriger Bildung (60,6 vs. 83,2 Prozent) und bei Müttern bis einschließlich 21 Jahre bei Geburt des Kindes (59,3 vs. 81,0 Prozent).

Auch das Stillen steht mit verschiedenen Belastungen in Zusammenhang, die allerdings teilweise als Einschränkung durch das Stillen zu deuten sind: Stillende Mütter berichten häufiger von einer persönlichen Einschränkung durch die Elternschaft und einem subjektiv eher als Belastung wahrgenommenen Schrei-, Schlaf- und Essverhalten des Kindes, dafür seltener von einer psychischen Belastung oder von innerer Wut (Lorenz u. a. 2018).

ABBILDUNG 4: Stillhäufigkeit nach Lebenslagen und biografischen Risikofaktoren



Anmerkung: Stichprobenumfang: N = 8.063; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < 0.05$).

Lesebeispiel: Insgesamt berichten 79,5 Prozent der Familien in KiD 0-3 davon, dass das Kind gestillt wird bzw. wurde. In Familien ohne Armutgefährdung liegt der Anteil bei 83,6 Prozent, bei Familien mit Armutgefährdung bei 64,0 Prozent.

3.3 Zusammenfassung

Am Beispiel des mütterlichen Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft und des Stillverhaltens nach der Geburt des Kindes wurde gezeigt, dass Mütter in belasteten Lebenslagen häufiger während der Schwangerschaft regelmäßig rauchen oder Alkohol konsumieren und seltener stillen. Familien mit Migrationshintergrund sind eine Ausnahme, da sie ein eher gesundheitsbewusstes Verhalten berichteten. Während ein regelmäßiger Alkoholkonsum nur von einer kleinen Minderheit der Familien berichtet wird (0,3 Prozent), ist regelmäßiges Rauchen während der Schwangerschaft keine Seltenheit (10,2 Prozent). In einigen der untersuchten potenziell belastenden Lebenslagen liegt der Anteil der Mütter, die Tabak während der Schwangerschaft konsumieren, zudem noch deutlich darüber.

Da Rauchen nicht nur ein Risiko für das ungeborene Kind darstellt, sondern auch nach der Geburt durch Passivrauch mit langfristigen negativen Folgen, wie z. B. der problematisch schlechten Entwicklung von sich noch ausbildenden Organen (z. B. Lunge) sowie der Erhöhung des plötzlichen Säuglingstodes (SIDS), verbunden sein kann (Dudenhausen 2009), sollten Eltern bei einer Veränderung ihres Rauchverhaltens bzw. einer Rauchentwöhnung unterstützt werden. Eltern können ihre alltäglichen Verhaltens- und Lebensweisen verändern und beim Abbau eines spezifischen Risikoverhaltens (z. B. Alkohol- und Tabakkonsum) ebenso unterstützt werden, wie beim Aufbau von Verhalten, das die Gesundheit von Mutter und Kind fördert (z. B. Stillen).¹⁰

Für die Absicht und den Willen einer Verhaltensänderung sind allerdings nicht nur kognitive Prozesse (Risikowahrnehmung, Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung), sondern auch soziale Einflüsse (normative Überzeugungen und Unterstützungen des Gesundheitsverhaltens in der eigenen Bezugsgruppe) von Bedeutung (Faltermaier 2019). Diese sozialen Einflüsse bilden auch einen wichtigen Erklärungsansatz für das unterschiedliche Risiko- und Gesundheitsverhalten der Familien in den unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensphasen.

¹⁰ Exemplarisch sei hier auf das Ausstiegsprogramm »rauchfrei« der BZgA (<https://rauchfreiinfo.de/> (15. September 2022)) und den Ratgeber für Schwangere und ihre Partner »Ich bekomme ein Baby – rauchfrei in der Schwangerschaft« hingewiesen.

4

Potenzielle Belastungen in spezifischen Lebenslagen

In diesem Kapitel werden die Familien in den spezifischen Lebenslagen (Armutgefährdung, Migrationshintergrund, alleinerziehende Elternteile und Eltern mit deutlichen Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik) auf Basis der Daten aus KiD 0-3 ausführlicher beschrieben. Der Fokus unserer Analysen liegt auf den psychosozialen Belastungen von Familien in den definierten Lebenslagen im Unterschied zu Familien, die nicht zu diesen jeweiligen Gruppen gehören.

4.1 Familien mit Armutsgefährdung

Hintergrund

Armut impliziert eine Unterversorgung der Familien mit materiellen und immateriellen Gütern, die gravierende Auswirkungen auf die Zukunftschancen der von Armut betroffenen Kinder haben kann. Die Ursachen von familiärer Armut können vielfältig sein (z. B. Überschuldung, Trennung/Scheidung oder Behinderung/Krankheit) (Holz/Laubstein 2015). Ein großer Teil der von Armut betroffenen bzw. armutsgefährdeten Eltern nutzt die knappen vorhandenen Ressourcen, um ihren Kindern – trotz Armut – ein gelingendes Aufwachsen zu ermöglichen (Andresen/Galic 2015; Laubstein u. a. 2016). Besonders häufig sind Erwerbslose, Alleinerziehende, Familien mit mindestens drei Kindern oder mit Migrationshintergrund in Deutschland von Armut gefährdet (BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) 2017).

Merkmale der Lebenslage

Die Charakteristika von Familien mit Bezug von Leistungen nach dem SGB II sind in [Tabelle 7](#) auf zwei Weisen dargestellt: Zum einen ist die Zusammensetzung dieser Gruppe nach demographischen Merkmalen wiedergegeben (linke Spalte, Prozentangaben). Zum anderen werden diese Merkmale für Familien mit SGB-II-Bezug im Unterschied zu Familien ohne SGB-II-Bezug beschrieben (rechte Spalte, Differenz-Angaben). Die Daten aus KiD 0-3 zeigen, dass bei Familien mit SGB-II-Bezug häufiger ein oder beide Elternteile nicht erwerbstätig sind (+43,9 Prozent) als bei Familien ohne Leistungsbezug. Auch Alleinerziehende gehören überproportional häufig zur Gruppe der Familien mit Armutsgefährdung (+29,1 Prozent) und sind mit einem Anteil von 32,3 Prozent etwa zehnmal so häufig in dieser Gruppe vertreten, wie in Familien ohne entsprechende Leistungsbezüge. Zudem sind die Mütter aus von Armut betroffenen Familien häufiger unter 26 Jahre alt (+27,3 Prozent), ein hoher Bildungsstand ist seltener (-37,9 Prozent) und beide Eltern haben häufiger einen Migrationshintergrund – verglichen mit Familien ohne Armut (+9,3 Prozent). Außerdem haben Familien mit SGB-II-Bezug ihren – auf Basis der von ihnen besuchten kinderärztlichen Praxen vermuteten – Wohnsitz häufiger in einer Großstadt (+9,3 Prozent) und haben häufiger drei oder mehr Kinder (+6,7 Prozent) als Familien ohne Leistungsbezug. KiD 0-3 bestätigt demnach Lebenslagemerkmale, die auch laut Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung häufig mit Armut assoziiert sind (BMAS 2017).

TABELLE 7: Beschreibung der Familien mit Armutsgefährdung

Merkmal	%	Δ (Diff.)
Alter der Mutter *		
Bis 25 Jahre	35,2	+27,3
26–35 Jahre	50,9	–12,5
36+ Jahre	13,9	–14,8
Bezugsperson alleinerziehend *		
Ja	32,3	+29,1
Nein	67,7	–29,1
Höchster Bildungsstand *		
Niedrig	26,7	+23,7
Mittel	55,7	+14,2
Hoch	17,6	–37,9
Migrationshintergrund *		
Kein Elternteil	54,8	–10,3
Ein Elternteil	17,2	+1,0
Beide Elternteile	28,0	+9,3
Erwerbslosigkeit *		
Kein Elternteil	46,0	–43,8
Ein Elternteil	43,4	+33,4
Beide Elternteile	10,6	+10,5
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt *		
1 Kind	46,6	–0,9
2 Kinder	32,1	–5,8
3 Kinder	13,0	+2,6
Mehr als 3 Kinder	8,4	+4,1
Wohnsitz in einer Großstadt *		
Ja	39,7	+9,3
Nein	60,3	–9,3

Anmerkung: Nur Familien mit SGB-II-Bezug (n = 1.289); gewichtete Prozentwerte (%); Differenz zu Familien ohne SGB-II-Bezug (Δ); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test (p < 0.05).

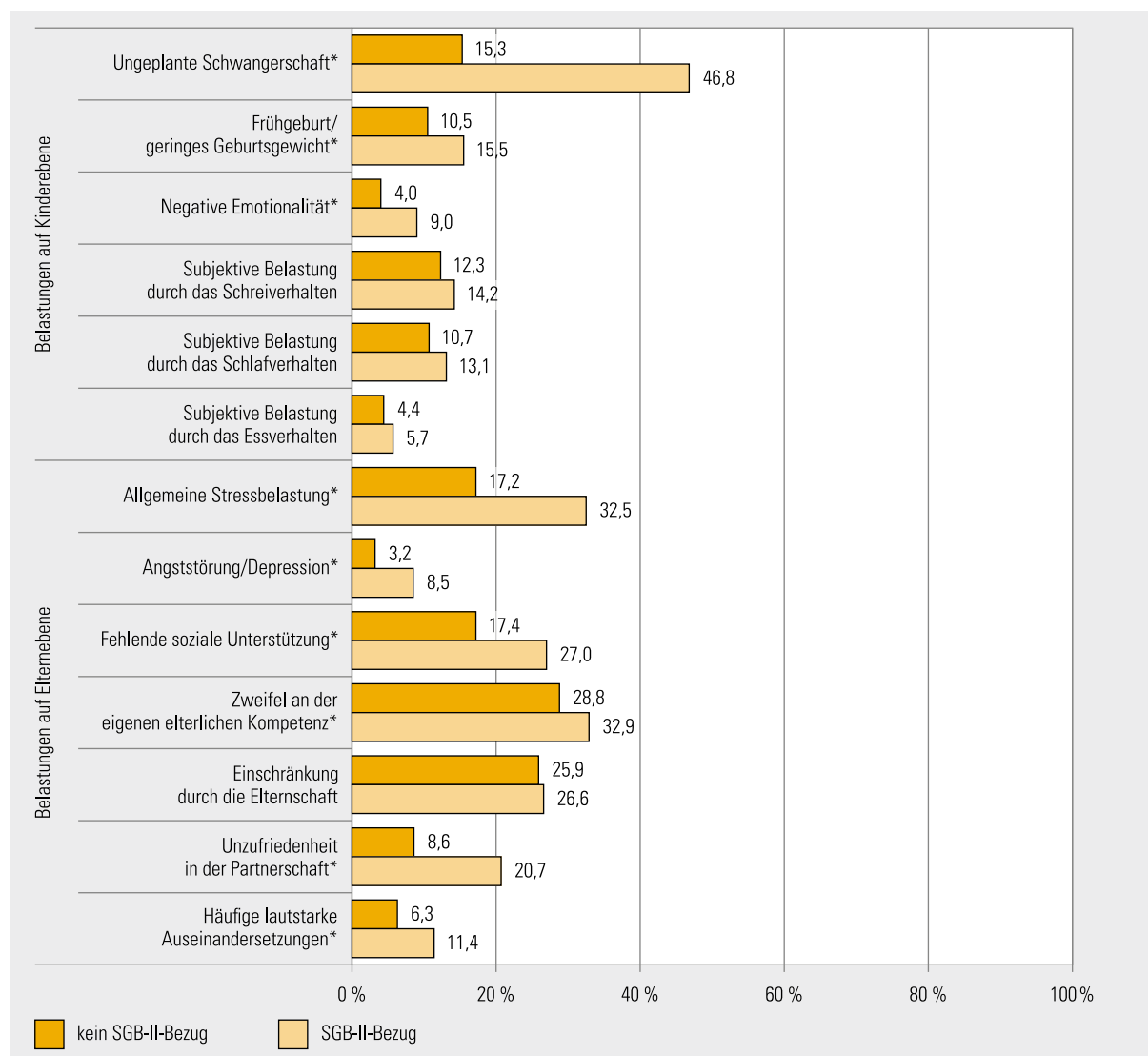
Lesebeispiel: In Familien mit SGB-II-Bezug berichten 35,2 Prozent davon, dass die Mutter im jungen Alter bis 25 Jahre ist. In Familien ohne SGB-II-Bezug liegt dieser Anteil 27,3 Prozentpunkte niedriger, d. h. bei 2,1 Prozent.

Ausgewählte, spezifische Belastungen

Neben den Unterschieden in den Merkmalen der Lebenslage zeigen sich in KiD 0-3 auch Unterschiede in den psychosozialen Belastungen, die von Familien mit im Gegensatz zu Familien ohne Armutsgefährdung berichtet werden (vgl. [Abbildung 5](#)). Beispielsweise wird in Familien mit SGB-II-Bezug wesentlich häufiger von einer ungeplanten Schwangerschaft (46,8 vs. 15,3 Prozent) oder von hoher Unzufriedenheit mit der Partnerschaft berichtet (20,7 vs. 8,5 Prozent) als in Familien ohne SGB-II-Bezug. Keine signifikanten Unterschiede lassen sich dagegen bei den subjektiven Belastungsmerkmalen feststellen, also dem Belastungserleben der Eltern durch das Schrei-, Schlaf- und Essverhalten des Kindes oder ihren empfundenen Einschränkungen durch die Elternschaft.

Für alle weiteren Belastungsmerkmale zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede in den berichteten Häufigkeiten, auch wenn die Differenzen nicht immer sehr groß sind. Demnach ist davon auszugehen, dass Familien mit Armutsgefährdung in vielen Bereichen überdurchschnittlich oft belastet sind. Eine negative Emotionalität des Kindes (9,0 vs. 4,0 Prozent), lautstarke Auseinandersetzungen in der Partnerschaft (11,4 vs. 6,3 Prozent), Zweifel an der eigenen Erziehungskompetenz (32,9 vs. 28,8 Prozent) und fehlende soziale Unterstützung bei Fragen und Problemen rund um das Kind (27,0 vs. 17,4 Prozent) werden jedenfalls bei vorliegendem SGB-II-Bezug häufiger berichtet. Neben einer hohen allgemeinen Stressbelastung (32,5 vs. 17,2 Prozent) liegen bei Eltern in armutsgefährdeten Familien auch häufiger Anzeichen einer ängstlichen und/oder depressiven Symptomatik vor als bei nicht betroffenen Eltern (8,5 vs. 3,2 Prozent).

ABBILDUNG 5: Belastungen von Familien mit Armutsgefährdung



Anmerkung: Stichprobenumfang: n = 7.366; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < .05$).

Lesebeispiel: In Familien mit SGB-II-Bezug berichten 46,8 Prozent von einer ungeplanten Schwangerschaft. In Familien ohne SGB-II-Bezug liegt der relative Anteil hierfür bei 15,3 Prozent (d. h. 31,5 Prozentpunkte niedriger).

Bedeutung der Befunde für die Praxis

Armut in der frühen Kindheit kann, aber muss nicht zwangsläufig mit Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklungsumwelt einhergehen. Die Wahrscheinlichkeit ist jedoch hoch, dass Familien in Armutslagen weitere Herausforderungen bewältigen müssen, wie beispielsweise längere Arbeitslosigkeit oder beengte Wohnverhältnisse. Da nahezu jede fünfte Familie mit einem Säugling oder Kleinkind armutsgefährdet ist, handelt es sich um eine relativ große Gruppe innerhalb der Bevölkerung, die auf Grund dieser Herausforderungen von einer zusätzlichen Unterstützung profitieren kann. Frühe Hilfen können Familien bei der Bewältigung der Armutsgefährdung unterstützen, um Armutsfolgen für die Kinder abzumildern. Armutsgefährdete Familien machen häufig Erfahrungen von Ausgrenzung. Daher ist es von großer Bedeutung, dass sowohl der Hilfezugang als auch das Hilfskonzept nichtstigmatisierend und armutssensibel gestaltet sind.

Auf fallübergreifender Ebene können die Netzwerke Frühe Hilfen zudem die Kooperation mit Bundesarbeitsagenturen und Jobcentern suchen, um gemeinsam mit den Beraterinnen und Beratern dort Perspektiven für die (Wieder-)Aufnahme von Ausbildung oder Beschäftigung durch betroffene Eltern zu entwickeln und die Familien dann bei der Umsetzung zu begleiten.

Auf der Fallebene können Angebote Früher Hilfen Folgendes leisten:

- Wahrnehmung und Definition von spezifischen Problemlagen sowie Aufklärung über und ggf. Vermittlung zu weiteren Unterstützungs- und Hilfeangeboten (z. B. Paarberatung, Schuldnerberatung oder therapeutische Hilfen bei psychischen Problemen)
- Vermittlung konkreter Entlastung sowie Anleitung zur Stressbewältigung (wie z. B. Zugang zu Beratungsangeboten oder Unterstützung durch alltagsentlastende Angebote durch Ehrenamtliche bzw. Freiwillige)
- Stärkung der familiären Ressourcen und Aufbau eines sozialen Unterstützungsnetzwerks bspw. durch Einbindung in Eltern-Kind-Gruppen oder Elterntreffs
- Aufklärung und Unterstützung bei der Familienplanung inkl. Zugang zu (kostenfreien) Verhütungsmitteln

4.2 Familien mit Migrationshintergrund

Hintergrund

Der Migrationshintergrund von Familien wurde in KiD 0-3 gemäß Migrationshintergrunderhebungsverordnung (MighEV) definiert: Entweder besitzen das Kind bzw. mindestens ein Elternteil des Kindes keine deutsche Staatsbürgerschaft oder der Geburtsort des Kindes bzw. mindestens eines Elternteils liegt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Familien mit Migrationshintergrund stellen jedoch eine sehr heterogene Gruppe dar: Dauer des Aufenthaltes, Herkunftsland, ethnische Zugehörigkeit, Lebensform, Religion und Kultur können sich stark unterscheiden. Daher können die Aussagen der Studie auch nur bedingt auf den Einzelfall angewendet werden. Es gibt jedoch Merkmale, die alle Personen dieser Gruppe in ähnlicher Weise betreffen und die eher mit der Migrationserfahrung an sich zusammenhängen.

Merkmale der Lebenslage

In Familien mit Migrationshintergrund haben etwas seltener die Mutter und etwas häufiger der Vater an der Befragung teilgenommen als in Familien ohne Migrationshintergrund. Vermutlich lässt sich dieser Umstand auch durch ein pragmatisches Vorgehen der Familien erklären, dass diejenige Bezugsperson die Vorsorgeuntersuchungen wahrnimmt, bei der es weniger zu Verständigungsschwierigkeiten kommt. [Tabelle 8](#) zeigt außerdem, dass Familien mit Migrationshintergrund mit 24,7 Prozent häufiger Sozialhilfeleistungen beziehen, im Gegensatz zu den Familien, in denen das Kind keinen Migrationshintergrund besitzt. Dies hängt mit einer häufigeren Erwerbslosigkeit von einem oder beiden Elternteilen in Familien mit Migrationshintergrund zusammen. Ähnlich wie Familien mit SGB-II-Bezug haben Familien mit Migrationshintergrund häufiger drei oder mehr Kinder (+7,3 Prozent) und ihren vermuteten Wohnsitz häufiger in einer Großstadt (+11,2 Prozent) verglichen mit Familien ohne Migrationshintergrund. Für das Alter der Mutter und den Status »Alleinerziehend« zeigen sich hingegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund. Diese Daten weisen auf einige Übereinstimmungen zwischen Familien mit Migrationshintergrund und Familien mit Bezug von Leistungen nach dem SGB-II hin. Tatsächlich sind die Überschneidungen dieser Merkmale in KiD 0-3 jedoch eher gering ausgeprägt: Nur bei 7,4 Prozent der Familien mit Bezug von Leistungen nach dem SGB-II liegt ein Migrationshintergrund und eine Armutsgefährdung vor, während 22,5 Prozent nur den Migrationshintergrund aufweisen, 12,4 Prozent nur von Armut gefährdet sind und 57,7 Prozent keines der beiden Merkmale aufweisen.

TABELLE 8: Beschreibung der Familien mit Migrationshintergrund

Merkmal	%	Δ (Diff.)
Alter der Mutter (Zeitpunkt der Erhebung)		
Bis 25 Jahre	13,8	+0,4
26–35 Jahre	61,8	+1,5
36+ Jahre	24,3	-2,0
Bezugsperson alleinerziehend		
Ja	7,9	-0,9
Nein	92,1	+0,9
Höchster Bildungsstand *		
Niedrig	13,2	+6,7
Mittel	43,5	-1,1
Hoch	43,3	-5,6
Haushalt mit SGB-II-Bezug *		
Ja	24,7	+7,1
Nein	75,3	-7,1
Erwerbslosigkeit *		
Kein Elternteil	71,9	-14,7
Ein Elternteil	24,3	+12,0
Beide Elternteile	3,9	+2,6
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt *		
1 Kind	41,8	-7,9
2 Kinder	37,0	+0,6
3 Kinder	13,5	+3,6
Mehr als 3 Kinder	7,7	+3,7
Wohnsitz in einer Großstadt *		
Ja	40,3	+11,2
Nein	59,7	-11,2

Anmerkung: Nur Familien mit Migrationshintergrund (n = 2288); gewichtete Prozentwerte (%); Differenz zu Familien ohne Migrationshintergrund (Δ); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test (p < 0.05).

Lesebeispiel: In Familien mit Migrationshintergrund berichten 13,8 Prozent davon, dass die Mutter im jungen Alter bis 25 Jahre ist. In Familien ohne Migrationshintergrund liegt dieser Anteil 0,4 Prozentpunkte niedriger, d. h. bei 13,4 Prozent. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant und kann auch zufällig zu Stande gekommen sein.

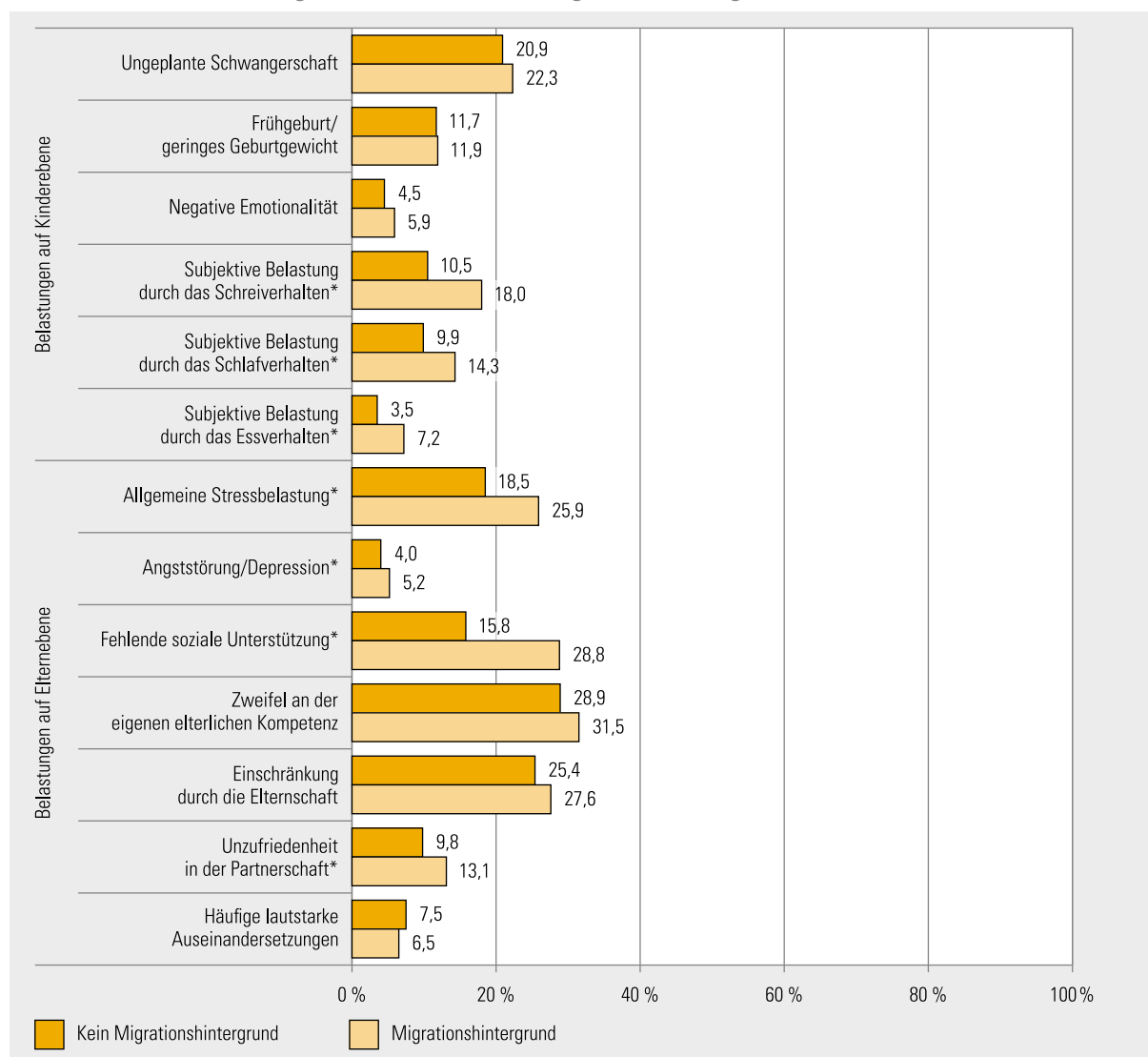
Spezifische Belastungen

Familien mit Migrationshintergrund sind in einigen Bereichen eine deutlich belastete Bevölkerungsgruppe. Abbildung 6 weist auf einen besonders deutlichen Unterschied bei der sozialen Unterstützung hin, die von Familien mit Migrationshintergrund gegenüber den anderen Familien fast doppelt so oft als ungenügend berichtet wird (28,8 vs. 15,8 Prozent). Zwar geben Eltern aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger an, unzufrieden mit ihrer Partnerschaft zu sein als andere Familien (13,1 vs. 9,8 Prozent), es kommt aber nach Auskunft der Eltern tendenziell eher seltener zu lautstarken Auseinandersetzungen. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz könnte sein, dass Konflikte in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich ausgetragen oder berichtet werden.

Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz werden bei Familien mit Migrationshintergrund nicht anders als bei Familien ohne Migrationshintergrund berichtet. Allerdings geben Eltern aus Familien mit Migrationshintergrund das Verhalten des Kindes häufiger als belastend an, und zwar sowohl das Schrei- (18,0 vs. 10,5 Prozent), das Schlaf- (14,3 vs. 9,9 Prozent) als auch das Essverhalten (7,2 vs. 3,5 Prozent) des Kindes. Auch die Emotionalität des Kindes wird von Familien mit Migrationshintergrund öfter als schwierig beschrieben als von Familien ohne Migrationshintergrund (5,9 vs. 4,5 Prozent). Unterschiede in der Häufigkeit einer hohen allgemeinen Stressbelastung (25,9 vs. 18,5 Prozent) bzw. häufigeren Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik (5,2 vs. 4,0 Prozent) lassen sich zwar auch bei Familien mit einem Migrationshintergrund finden, diese fallen aber geringer aus als es beispielsweise beim Vergleich von Familien mit versus ohne Armutsgefährdung der Fall ist.

Wie eingangs beschrieben wurde, unterscheiden sich die Mütter mit Migrationshintergrund von Müttern ohne Migrationshintergrund dadurch, dass sie seltener während der Schwangerschaft geraucht und ihr Kind häufiger gestillt haben. Allerdings wäre hier eine differenziertere Betrachtung wünschenswert, weil ein Migrationshintergrund nur eine grobe Kategorisierung darstellt, hinter der sich sehr heterogene Subgruppen von Familien verbergen.

ABBILDUNG 6: Belastungen von Familien mit Migrationshintergrund



Anmerkung: Stichprobenumfang: n = 7.838; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < 0.05$).

Lesebeispiel: In Familien mit Migrationshintergrund berichten 22,3 Prozent von einer ungeplanten Schwangerschaft. In Familien ohne Migrationshintergrund liegt der relative Anteil hierfür bei 20,9 Prozent (d. h. 1,4 Prozentpunkte niedriger). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant und kann auch zufällig zu Stande gekommen sein.

Bedeutung der Befunde für die Praxis

Familien mit Migrationshintergrund zeigen trotz all ihrer Unterschiedlichkeit ein spezifisches Profil von Belastungen, aber auch von Ressourcen: Sie berichten häufiger von Arbeitslosigkeit und Armut im Vergleich zu Familien ohne Migrationshintergrund. Trotz der angegebenen höheren Unzufriedenheit mit dem Partner oder der Partnerin kommt es in diesen Familien jedoch seltener zu lautstarken Auseinandersetzungen. Einhergehend mit einem häufigeren allgemeinen Stresserleben werden die Kinder zum Studienzeitpunkt häufiger negativ und als Belastung wahrgenommen.

Auf fallübergreifender Ebene können die Netzwerke Frühe Hilfen die Kooperation mit Migrationsdiensten und Organisationen von Migrantinnen und Migranten suchen, um die spezifische Situation unterschiedlicher Gruppen besser kennenzulernen und zu berücksichtigen sowie Zugänge gezielt zu eröffnen. Die Zugänge und Angebote sollten migrations- und kultursensibel gestaltet sein und vor allem auch Sprachbarrieren konzeptionell berücksichtigen.

Auf der Fallebene können Frühe Hilfen Folgendes leisten:

- Eröffnung von migrationssensiblen Zugängen durch Schaffung von migrationssensiblen Angeboten und Förderung der transkulturellen Kompetenz in den vorhandenen Angeboten
- Förderung und Ausbau der sozialen Netzwerke der Familien durch Einbindung in niedrigschwellige, sozialraumorientierte Angebote wie z. B. Elterntreffs
- Unterstützung bei der Stressbewältigung
- Förderung der Feinfühligkeit in Bezug auf die Wahrnehmung des Kindes und seiner Bedürfnisse

4.3 Alleinerziehende Elternteile

Hintergrund

Alleinerziehende Eltern sind hinsichtlich ihrer Lebenssituation keine homogene Gruppe. Überwiegend handelt es sich um Mütter, seltener um Väter (BMFSFJ2012). Bisherige Untersuchungen zeigen übereinstimmend eine schlechtere ökonomische Situation, eine hohe subjektive Belastung sowie einen schlechteren Gesundheitszustand alleinerziehender Mütter (Helfferich u. a. 2007). Die Untersuchung von Alleinerziehenden wird dadurch erschwert, dass die Definitionen in verschiedenen Studien sowie in der amtlichen Statistik uneinheitlich sind. In einer strengen Definition gelten nur solche Eltern als alleinerziehend, die mit (mindestens) einem minderjährigen Kind und ohne Partner bzw. Partnerin im gemeinsamen Haushalt leben (Ein-Eltern-Haushalte). In sozialwissenschaftlichen Studien werden Eltern jedoch häufiger nach ihrem Selbstverständnis gefragt. Beschreiben sich Eltern selbst als alleinerziehend, ist dies weniger an die Haushaltssituation als an die Verantwortungsverteilung zwischen den Elternteilen gekoppelt (BMFSFJ 2012). In KiD 0-3 wurde diese Definition gewählt, weil sie wahrscheinlicher die Eltern umfasst, die ihr Kind tatsächlich alleine aufziehen.

Merkmale der Lebenslage

In KiD 0-3 bezeichnen sich 63,6 Prozent derer, die nach der Selbstdefinition alleinerziehend sind, auch als alleinstehend, d. h. in keiner festen Partnerschaft lebend. Bei Alleinerziehenden in einer Partnerschaft ist der Partner bzw. die Partnerin in 44,4 Prozent nicht der leibliche Elternteil. In 55,6 Prozent handelt es sich um den leiblichen Elternteil des Kindes, der nicht mit im gemeinsamen Haushalt lebt. Da überwiegend Mütter alleinerziehend sind, wurde der KiD 0-3 Fragebogen innerhalb der Gruppe Alleinerziehender noch häufiger von Müttern ausgefüllt als außerhalb dieser Gruppe (+ 6,6 Prozent). Nur bei 1,9 Prozent der Alleinerziehenden war es der Vater, der angab, alleinerziehend zu sein. Alleinerziehende Mütter sind überproportional häufig jung (+ 23,5 Prozent sind unter 26 Jahre alt verglichen mit Zwei-Eltern-Familien) und überdurchschnittlich oft auf den Bezug von Sozialhilfeleistungen angewiesen (+ 56,2 Prozent verglichen mit Zwei-Eltern-Familien; vgl. Tabelle 9). Im Zusammenhang mit dem jungen Alter steht die häufigere Erwerbslosigkeit und niedrige Bildung von Alleinerziehenden, die teilweise auf die frühe und alleinige Pflege- und Fürsorgeverantwortung für ein Kind zurückzuführen sein

dürfte. Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zeigen sich bei den Merkmalen Migrationshintergrund, Anzahl der Kinder und vermuteter Wohnsitz in einer Großstadt.

TABELLE 9: Beschreibung der Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil

Merkmal	%	Δ (Diff.)
Alter der Mutter *		
Bis 25 Jahre	34,8	+23,5
26–35 Jahre	48,4	–13,7
36+ Jahre	16,8	–9,8
Höchster Bildungsstand *		
Niedrig	28,4	+22,1
Mittel	48,5	+4,7
Hoch	23,1	–26,8
Migrationshintergrund		
Kein Elternteil	64,2	+1,1
Ein Elternteil	19,8	+3,5
Beide Elternteile	16,0	–4,6
Haushalt mit SGB-II-Bezug *		
Ja	70,4	+56,2
Nein	29,6	–56,2
Erwerbslosigkeit *		
Kein Elternteil	51,5	–33,6
Ein Elternteil	38,6	+24,9
Beide Elternteile	10,0	+8,7
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt *		
1 Kind	54,2	+7,6
2 Kinder	29,2	–8,4
3 Kinder	10,0	–0,9
Mehr als 3 Kinder	6,6	+1,7
Wohnsitz in einer Großstadt *		
Ja	35,2	+3,1
Nein	64,8	–3,1

Anmerkung: Nur alleinerziehende Eltern (n = 538); gewichtete Prozentwerte (%); Differenz zur Referenzgruppe (Δ); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test (p < 0.05).

Lesebeispiel: In Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil berichten 34,8 Prozent davon, dass die Mutter im jungen Alter bis 25 Jahre ist. In Zwei-Eltern-Familien liegt dieser Anteil 23,5 Prozentpunkte niedriger, d. h. bei 11,3 Prozent.

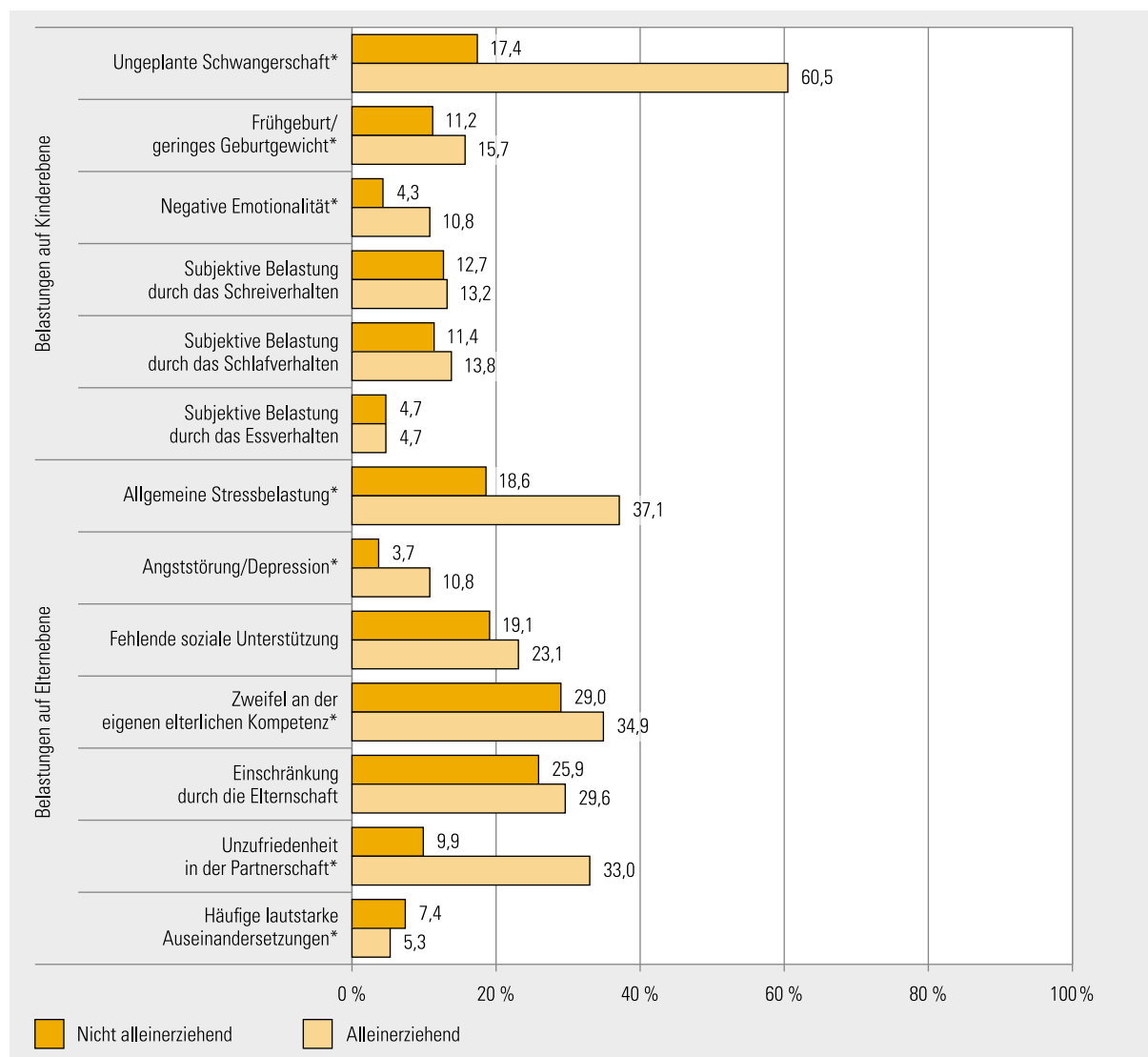
Spezifische Belastungen

Aus [Abbildung 7](#) geht hervor, dass alleinerziehende Elternteile sehr viel häufiger von einer ungeplanten Schwangerschaft berichten als nicht alleinerziehende Eltern (60,5 vs. 17,4 Prozent). Alleinerziehende, die in einer Partnerschaft leben, sind auch häufiger unzufrieden mit der Partnerschaft als Eltern in einer Partnerschaft, die sich

nicht als alleinerziehend bezeichnen (33,9 vs. 9,9 Prozent). Die Gruppe Alleinerziehender zeichnet sich im Weiteren häufiger durch eine hohe allgemeine Stressbelastung (37,1 vs. 18,6 Prozent) und Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik (10,8 vs. 3,7 Prozent) aus. Die Belastung ist auch auf der Ebene des Kindes sichtbar. Es wird häufiger eine Frühgeburt bzw. ein geringes Geburtsgewicht (15,7 vs. 11,2 Prozent) oder eine negative Emotionalität des Kindes (10,8 vs. 4,3 Prozent) berichtet, wenn die Befragungsperson alleinerziehend ist.

Entgegen den Erwartungen berichtet die Gruppe der Alleinerziehenden aber nicht häufiger davon, mit der Elternschaft größere persönliche Einschränkungen zu erleben oder dass es an sozialer Unterstützung fehlt. Auch unterscheiden sie sich nicht erkennbar von Zwei-Eltern-Familien dahingehend, wie sehr sie sich durch das Schrei-, Schlaf- oder Essverhalten des Kindes belastet fühlen. Dies deckt sich auch mit bestehender Forschungsliteratur, wonach alleinerziehende Mütter nicht häufiger von eigenen Problembelastungen und Problemverhalten ihrer Kinder berichten (Ziegler/Seelmeyer 2011). Dieser Befund steht scheinbar im Widerspruch dazu, dass Alleinerziehende häufiger von allgemeinen Stressbelastungen und Anzeichen von Depression und Angst berichten. Eine mögliche Erklärung ist, dass alleinerziehende Eltern ihre Kinder nicht für ihr subjektives Erleben verantwortlich machen.

ABBILDUNG 7: Belastungen von Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil



Anmerkung: Stichprobenumfang: n=7415; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < 0.05$).

Lesebeispiel: In Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil berichten 60,5 Prozent von einer ungeplanten Schwangerschaft. In Zwei-Eltern-Familien liegt der relative Anteil hierfür bei 17,4 Prozent (d. h. 43,1 Prozentpunkte niedriger).

Bedeutung der Befunde für die Praxis

Alleinerziehende Elternteile weisen ein spezifisches Belastungsprofil mit hoher Problemdichte auf: Arbeitslosigkeit und niedrige Bildung, Sozialleistungsbezug und eine hohe allgemeine Stressbelastung, die sich negativ auf das Kind auswirken kann. Auch treten in dieser Gruppe häufig ungeplante Schwangerschaften auf, die keine Belastung per se darstellen, es sich aber dennoch um ein Merkmal handelt, das laut Studien im Zusammenhang mit Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung relevant sein kann (z. B. Guterman

2015). Dennoch scheinen sich die alleinerziehenden Eltern durch das Kind nicht übermäßig belastet oder eingeschränkt zu fühlen. Auch berichten sie nicht von weniger sozialer Unterstützung als andere Familien.

Auf der fallübergreifenden Ebene ist es wichtig, spezifische Angebote für junge alleinerziehende Mütter weiter zu entwickeln, da es sich um eine relativ homogene Gruppe mit ähnlichen Problemlagen handelt.

Auf der Fallebene können Frühe Hilfen Folgendes leisten:

- Unterstützung der Mütter bei der (Wieder-)Aufnahme von Ausbildung und Erwerbstätigkeit (z. B. durch Kontakt zu Jobcentern)
- Herstellen von Kontaktmöglichkeiten zu anderen Alleinerziehenden, um die Netzwirkbildung zu unterstützen
- Aufklärung und Unterstützung bei der Familienplanung inkl. Zugang zu (kostenfreien) Verhütungsmitteln
- Vermittlung konkreter Entlastung sowie Anleitung zur Stressbewältigung
- Unterstützung bei der Regelung von Partnerschaftskonflikten mit leiblichen und/oder sozialen Vätern (z. B. durch Vermittlung zu Mediation, Trennungs-, Scheidungs- und Erziehungsberatung)

4.4 Eltern mit Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik

Hintergrund

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen weltweit (Kessler u. a. 2009) und treten nicht selten in Kombination (z. B. Depression und Substanzmittelmissbrauch) auf (Lenz 2014). Angststörungen und Depressionen stellen hierbei die am häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen (Wittchen u. a. 2010) dar. Eltern sind dabei genauso häufig von psychischen Erkrankungen betroffen wie Personen, die keine Kinder haben (Lenz 2014). Das Entwicklungs- und Erkrankungsrisiko ist für Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, in besonderer Weise erhöht (Hosman u. a. 2009). Das Risiko ist insbesondere hoch, wenn das Kind bei der Erstmanifestation, also dem erstmaligen Auftreten der Erkrankung noch sehr jung ist (Lenz 2017). Aus diesem Grund wird Familien mit psychisch kranken Eltern in den Frühen Hilfen eine zunehmende Beachtung entgegengebracht.

Die Erfassung psychischer Erkrankungen beschränkt sich in der Studie KiD 0-3 auf Symptome für eine Depression oder Angststörung, da eine Diagnostik der Erkrankungen sowie anderer psychiatrischer Krankheitsbilder im Rahmen einer standardisierten Befragung nicht möglich ist. Dabei wurde ein „Screening“-Instrument zur Erfassung von Depressions- und Angstsymptomen eingesetzt und ab einem bestimmten Wert („Cutoff“) die klinische Bedeutsamkeit definiert.¹¹ Diese deutlichen Anzeichen für eine psychische Erkrankung in Form einer Depression oder Angstsymptomatik der Eltern liegen in 4,4 Prozent der Familien vor. Die Frage nach der Verbreitung von psychischen Erkrankungen bei Eltern kann nur näherungsweise beantwortet werden. Im Durchschnitt zeigen sich die Eltern in KiD 0-3 etwas weniger psychisch belastet (Mittelwert: 1,6) als die deutsche Allgemeinbevölkerung (Mittelwert: 1,8). Die Vergleichswerte stammen aus einer großen repräsentativen Stichprobe mit Personen ab 14 Jahren, in der das gleiche Kurz-„Screening“-Instrument eingesetzt wurde (Löwe u. a.

11 Im hier verwendeten Instrument liegt der „Cutoff“ bei sechs Punkten, d. h. wer auf einer Skala von 0–12 mindestens sechs Punkte erreichte, wurde als belastet eingestuft. Das heißt wer bei mindestens zwei von vier Kriterien (z. B. Niedergeschlagenheit, Schwellenmut oder Hoffnungslosigkeit) in mehr als der Hälfte der Tage der letzten zwei Wochen Beschwerden hatte, wird als belastet eingeschätzt. Der „Cutoff“ von sechs („yellow flag“) ist dabei für eine bevölkerungsbezogene Stichprobe streng gewählt; ein weicherer „Cutoff“ von vier identifiziert einem Anteil von 15,0 Prozent der Familien.

2010). Bei den Eltern unter 25 Jahren in KiD 0-3 ist die durchschnittliche psychische Belastung (Mittelwert: 2,2) verglichen mit der entsprechenden Altersgruppe von Personen in der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (Mittelwert 1,6) (Eickhorst u. a. 2017).

Merkmale der Lebenslage

Tabelle 10 zeigt, dass Eltern mit deutlichen Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik im Mittel häufiger alleinerziehend (+13,5 Prozent) und bis 25 Jahre alt sind (+6,7 Prozent). Sie leben außerdem häufiger in einem Haushalt mit Bezug von Sozialleistungen nach dem SGB-II (+20,4 Prozent) bzw. in dem mindestens ein Elternteil erwerbslos ist (+15,5 Prozent). Darüber hinaus besitzen psychisch belastete Eltern und ihre Lebenspartner oder Lebenspartnerinnen seltener einen hohen Bildungsstand (-9,6 Prozent) verglichen mit Eltern, die keine Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik berichten. Statistisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich eines Migrationshintergrunds, der Anzahl der Kinder im Haushalt und der Wohnlage in einer Großstadt lassen sich nicht feststellen.

TABELLE 10: Beschreibung der Eltern mit Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik

Merkmal	%	Δ (Diff.)
Alter der Mutter *		
Bis 25 Jahre	20,0	+6,7
26–35 Jahre	58,6	-2,2
36+ Jahre	21,4	-4,5
Bezugsperson alleinerziehend *		
Ja	21,6	+13,5
Nein	78,5	-13,6
Höchster Bildungsstand *		
Niedrig	14,9	+6,6
Mittel	46,8	+3,0
Hoch	38,3	-9,6
Migrationshintergrund		
Kein Elternteil	57,1	-5,8
Ein Elternteil	18,2	+1,9
Beide Elternteile	24,8	+4,0
Haushalt mit SGB-II-Bezug *		
Ja	39,2	+20,4
Nein	60,8	-20,3
Erwerbslosigkeit *		
Kein Elternteil	67,9	-15,5
Ein Elternteil	28,5	+13,6
Beide Elternteile	3,7	+1,9
Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt *		
1 Kind	42,4	-5,5
2 Kinder	37,9	+1,5
3 Kinder	13,0	+2,1
Mehr als 3 Kinder	6,7	+1,9
Wohnsitz in einer Großstadt *		
Ja	31,4	-1,1
Nein	68,6	+1,1

Anmerkung: Nur Eltern mit Anzeichen einer Angststörung oder Depression (n = 315); gewichtete Prozentwerte (%); Differenz zur Referenzgruppe (Δ); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test (p < 0.05).

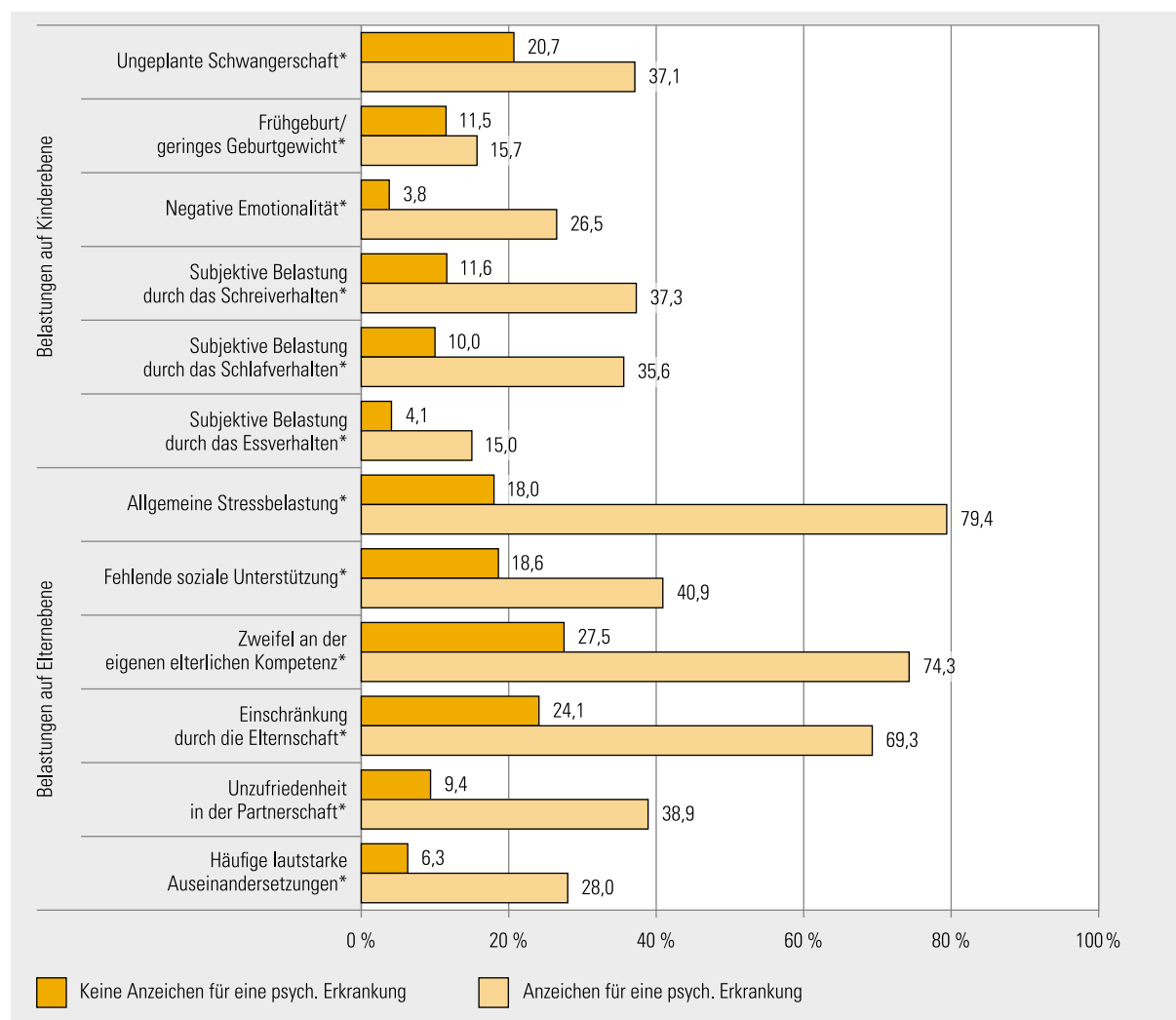
Lesebeispiel: Bei Eltern mit Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik berichten 20,0 Prozent davon, dass die Mutter im jungen Alter bis 25 Jahre ist. Bei Eltern ohne Anzeichen liegt dieser Anteil 6,7 Prozentpunkte niedriger, d. h. bei 13,3 Prozent.

Spezifische Belastungen

Zur Verbreitung von psychosozialen Belastungsmerkmalen innerhalb der Subgruppe liefert die Studie bemerkenswerte Ergebnisse, die in [Abbildung 8](#) dargestellt werden: Eltern mit Anzeichen für eine Depression- oder Angstsymptomatik sind von allen ausgewählten Belastungsmerkmalen häufiger betroffen als Eltern, die keine entsprechenden Anzeichen aufweisen. Eine hohe allgemeine Stressbelastung kommt in den Familien besonders

häufig vor (79,4 vs. 18,0 Prozent), was auch mit der inhaltlichen Nähe der beiden Merkmale zusammenhängen kann. Depressions- oder Angstsymptome stehen in einem eindeutigen Zusammenhang mit Stress. Auffallend sind außerdem die Häufigkeitsunterschiede bei Kind- und erziehungsbezogenen Belastungsmerkmalen: Vermehrte Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz (74,3 vs. 27,5 Prozent) und durch die Elternschaft empfundene Einschränkungen (69,3 vs. 24,1 Prozent) deuten darauf hin, dass die Eltern-Kind-Beziehung durch die psychische Erkrankung beeinträchtigt wird. Diese Einschätzung wird dadurch bestärkt, dass Eltern mit Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik die Emotionalität ihres Kindes häufiger negativ beschreiben (26,5 Prozent vs. 3,8 Prozent) und sich durch das Schrei-, Schlaf- und Essverhalten des Kindes häufiger belastet fühlen (jeweils um mehr als das Dreifache erhöht, siehe [Abbildung 8](#)).

ABBILDUNG 8: Belastungen von Eltern mit Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik



Anmerkung: Stichprobenumfang: n=7757; gewichtete Prozentwerte (%); * signifikanter Unterschied mittels χ^2 -Test ($p < 0.05$).

Lesebeispiel: Bei Eltern mit Anzeichen einer psychischen Erkrankung berichten 37,1 Prozent von einer ungeplanten Schwangerschaft. Bei Eltern ohne Anzeichen liegt der relative Anteil hierfür bei 20,7 Prozent (d. h. 16,4 Prozentpunkte niedriger).

Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis

Eltern mit deutlichen Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik bilden die Gruppe, die am häufigsten weitere, zusätzliche Belastungen berichtet. Vor allem die hohe allgemeine Stressbelastung im Zusammenspiel mit der wahrgenommenen Belastung durch die Elternschaft an sich, die selbst wahrgenommene eingeschränkte elterliche Kompetenz sowie die häufig negative Wahrnehmung des Kindes stechen hervor.

Auf der fallübergreifenden Ebene können Netzwerke Frühe Hilfen die Kooperation mit Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Erwachsenenpsychotherapie verstärken, um eine gemeinsame Entwicklung von Hilfenkonzepten für die betroffenen Eltern und ihrer Kinder zu ermöglichen.

Auf der Fallebene können Frühe Hilfen Folgendes leisten:

- Frühzeitige Wahrnehmung der hohen Belastungen dieser Familien sowie der zugrundeliegenden Problematik, um adäquate Unterstützungsangebote anzubieten
- Unterstützung der Eltern, geeignete Hilfen, wie bspw. Psychotherapie, psychiatrische Unterstützung und/oder begleitende Angebote für Partner und Kinder, zu finden und bei der Inanspruchnahme unterstützen
- Vermittlung konkreter Entlastung sowie Anleitung zur Stressbewältigung
- Förderung der Sensibilität in Bezug auf die Wahrnehmung des Kindes und seiner Bedürfnisse (z. B. durch entsprechende Angebote in Erziehungsberatungsstellen und der Bindungsförderung)

4.5 Zusammenfassung

Die ausgewählten Befunde zu Familien in spezifischen Lebenslagen zeigen sowohl Parallelen als auch Unterschiede in der psychosozialen Belastungssituation der verschiedenen Gruppen auf. Aufgrund der großen Überschneidung von Alleinerziehenden und armutsgefährdeten Familien überraschen Ähnlichkeiten der beiden Gruppen kaum: Während ungeplante Schwangerschaften, Unzufriedenheit in den Partnerschaften und psychische Belastungen schon bei Familien mit SGB-II-Bezug verhältnismäßig häufig berichtet werden, sind die Unterschiede bei Alleinerziehenden noch deutlicher zu sehen. Auch Zweifel an der eigenen elterlichen Kompetenz sind in beiden Gruppen vorhanden. Eine fehlende soziale Unterstützung wird von Alleinerziehenden interessanterweise nicht bedeutsam häufiger berichtet.

Fehlende soziale Unterstützung scheint in Familien mit Migrationshintergrund ein zentrales Belastungsmerkmal darzustellen. Häufig wird Familien mit Migrationshintergrund eine große soziale Ressource durch den Kontakt mit anderen Personen aus dem gleichen Herkunftsland zugesprochen. Für eine solche Annahme liefern die Ergebnisse in KiD 0-3 (für Familien mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter) allerdings keine Anhaltspunkte. Außerdem berichten Familien mit Migrationshintergrund häufiger von als belastend empfundenen mangelnden regulativen Fähigkeiten des Säuglings (Schreien, Schlafen, Essen) und Anzeichen für eine negative Emotionalität des Kindes. Diese Mischung aus geringer sozialer Unterstützung und erlebter Herausforderung durch das Kind unterstreicht die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen für Familien mit einem Migrationshintergrund.

Eltern mit deutlichen Anzeichen für eine Depression oder Angstsymptomatik stellen eine weitere Risikogruppe dar, die gemäß den Ergebnissen dieser Studie überdurchschnittlich hoch und vielfach belastet ist. Kinder psychisch kranker Eltern haben selbst ein sehr hohes Risiko im Laufe ihres Lebens psychisch zu erkranken (Hosman u. a. 2009; Weissman u. a. 2006) und dies zudem meist früher und mit einer negativeren Prognose (Lewinsohn

1999). Die Studie KiD 0-3 stützt solche Befunde dahingehend, dass Eltern mit einer Depression oder Angstsymptomatik Kind- und erziehungsbezogene Belastungsmerkmale überproportional häufig berichten. Es muss also von einer belasteteren Beziehungsebene zum Kind ausgegangen werden, was zu einem negativen Entwicklungsverlauf beitragen kann.

5

Kenntnis und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Die Studie KiD 0-3 verfolgte neben der Untersuchung des Vorkommens von psychosozialen Belastungen auch das Ziel, einen Beitrag zur Versorgungsforschung zu leisten. Zentral waren dabei folgende Fragen: Welche Unterstützungs- und Hilfsangebote sind Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland bekannt und werden von ihnen auch in Anspruch genommen? Welche Familien kennen und nutzen welche Angebote? Gibt es Zusammenhänge zwischen den Lebenslagen der Familien (Familien mit Armutsgefährdung, mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Elternteile und Eltern mit deutlichen Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik) und ihrem Kenntnisstand bzw. ihrem Inanspruchnahmeverhalten?¹² Die Daten sollen Aufschluss darüber geben, wie groß die Reichweite und Akzeptanz von allgemeinen Angeboten, aber auch spezifischen Angeboten der Frühen Hilfen derzeit sind.

Nachfolgend werden Kenntnis und Nutzung einzelner Angebote in der gesamten KiD 0-3 Stichprobe sowie in den in Kapitel 4 beschriebenen spezifischen Gruppen (Familien in Armutslage, mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende und Eltern mit psychischen Erkrankungen) berichtet. So kann die Teilhabe dieser Gruppen an den Versorgungsstrukturen im Bereich Übergang zur Elternschaft und frühe Kindheit eingeschätzt werden. Zur besseren Übersicht in der Darstellung wurden die einzelnen Unterstützungsangebote den folgenden vier Gruppen zugeordnet:

- **Austausch- und Bildungsangebote** wie Eltern-Kind-Gruppen (z. B. Still-, Krabbelgruppen oder Gruppen mit Bewegungsangeboten), Elternkurse, Angebote für spezielle Interessensgruppen (z. B. Alleinerziehende) und Angebote in Familien- oder Stadtteilzentren (z. B. Elterncafés)
- **Beratungsangebote** wie Schwangerschaftsberatung vor der Geburt oder Familien-/Erziehungsberatung (z. B. bei Trennung) nach der Geburt, sowie spezielle Beratung (z. B. zum Schreien/Schlafen/Füttern), wahlweise auch durch Telefon- bzw. Onlineberatung (z. B. Elterntelefon)
- **Angebote aus dem Gesundheitsbereich** wie Geburtsvorbereitungskurse, Hebammenhilfe nach der Geburt, Frühförderungsangebote (z. B. bei Entwicklungsverzögerung oder angeborener Beeinträchtigung) und Angebote für die Mutter nach der Geburt (z. B. Rückbildungskurse)
- **Angebote der Frühen Hilfen** wie einmalige Willkommensbesuche, ehrenamtliche Besuchsdienste oder längerfristige regelmäßige Betreuung durch eine Familienhebamme oder Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende

5.1 Austausch- und Bildungsangebote

In Austausch- und Bildungsangeboten bekommen Eltern die Möglichkeit, mit anderen Eltern in Kontakt zu treten, sich über Fragen der Erziehung und Lebensführung auszutauschen und daraus zu lernen. Die Angebote stehen in der Regel allen Eltern offen. Sie umfassen eine große Programm- und Angebotsvielfalt und sind regional sehr unterschiedlich ausgestaltet. [Abbildung 9](#) gibt einen Überblick über die Kenntnis und Nutzung der einzelnen Angebote in unterschiedlichen Lebenslagen bzw. Zielgruppen der Frühen Hilfen.

¹² Unterschiede in Kenntnis und Nutzung entsprechender Angebote hinsichtlich des Bildungsstandes wurden bereits an anderer Stelle ausführlicher berichtet (vgl. Eickhorst u. a. 2016).

Zu den laut KiD 0-3 am häufigsten genutzten Angeboten zählen die **Eltern-Kind-Gruppen**. Sie sind mit 88,6 Prozent der überwiegenden Mehrheit bekannt und werden von mehr als der Hälfte (53,6 Prozent) der Eltern genutzt. Eltern in spezifischen belastenden Lebenslagen ist das Angebot signifikant seltener bekannt und wird von ihnen auch seltener genutzt. Den geringsten Teilhabeanteil weisen Eltern aus Familien mit SGB-II-Bezug auf: 77,3 Prozent kennen diese Angebote, aber nur 29,9 Prozent nutzen sie auch (vgl. [Abbildung 9](#)). Eltern-Kind-Gruppen weisen also einen starken sozialen Gradienten auf, auch wenn sie sich vom Konzept her an alle Eltern richten.

Auch **Elternkurse** sind der Mehrheit der KiD 0-3 Stichprobe bekannt (60,6 Prozent), werden aber nur von einer Minderheit genutzt (7,4 Prozent). Bei einem SGB-II-Bezug oder einem Migrationshintergrund zeigen sich hier neben einer geringeren Kenntnis (die alle Zielgruppen aufweisen) auch signifikant geringere Häufigkeiten der Nutzung im Vergleich zu anderen Familien. Auch Elternkurse sind also stark selektiv.

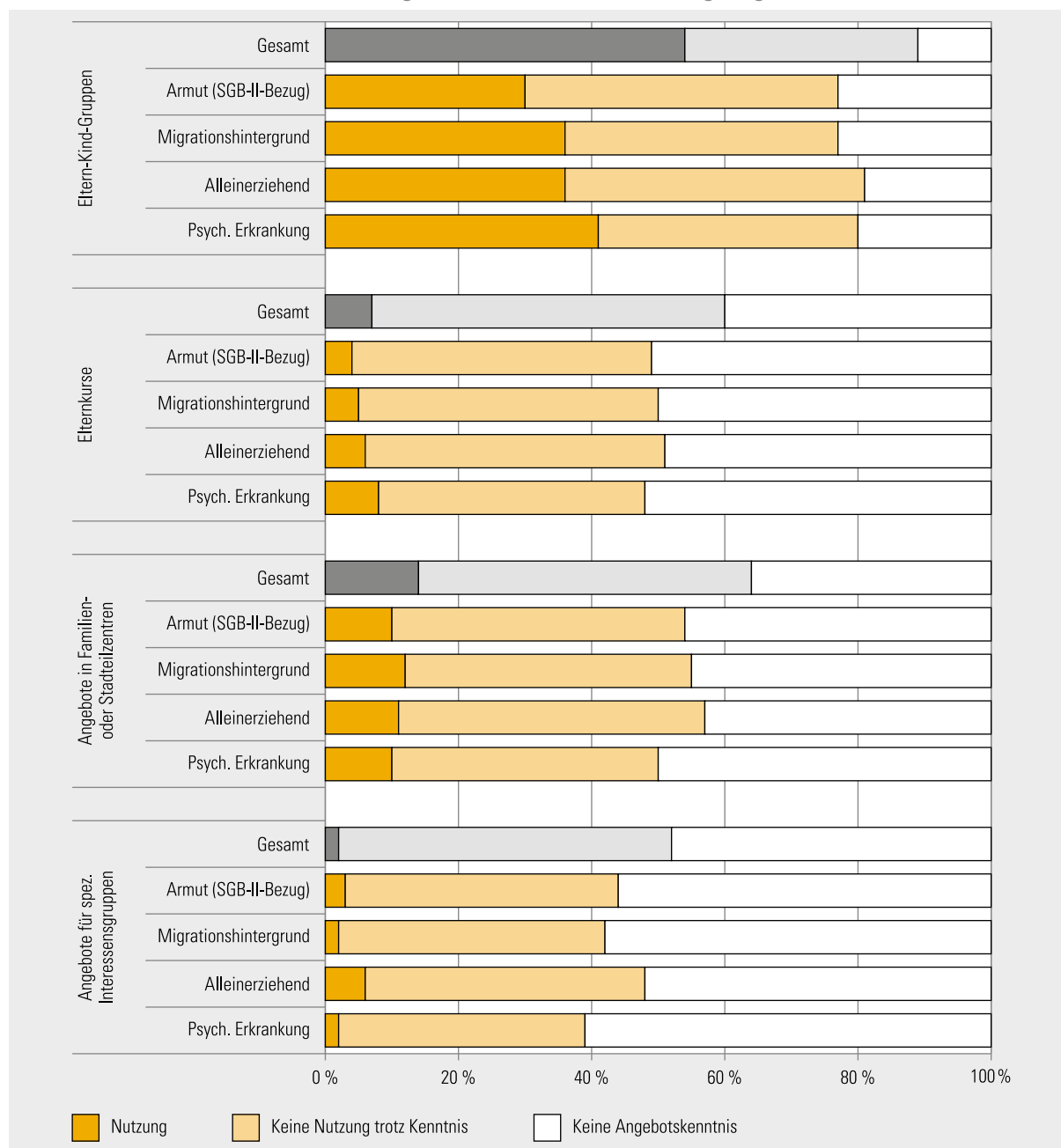
Ähnliches gilt für **Angebote in Familien- oder Stadtteilzentren**, die insgesamt 64,4 Prozent aller Familien bekannt sind und von 13,8 Prozent genutzt werden. Auch diese Angebote sind in den spezifischen Zielgruppen weniger bekannt und werden von Familien mit SGB-II-Bezug oder Migrationshintergrund seltener genutzt als in den jeweils anderen Familien.

Bei **Angeboten für spezielle Interessensgruppen**, (wie z. B. alleinerziehende Eltern, Eltern mit psychischen Erkrankungen) welche 51,5 Prozent der Familien bekannt sind und von 1,6 Prozent genutzt werden, berichten alleinerziehende Eltern eine signifikant häufigere Nutzung (6,3 Prozent). Alleinerziehende Eltern geben auch als einzige Zielgruppe nicht an, entsprechende Angebote weniger gut zu kennen, als ihre jeweilige Referenzgruppe. Familien mit SGB-II-Bezug nutzen entsprechende Angebote trotz geringerer Kenntnis etwas häufiger als Familien ohne SGB-II-Bezug (2,8 vs. 1,2 Prozent), was noch einmal die Überschneidungsmenge mit Alleinerziehenden deutlich macht.

Bedeutung für die Praxis

Mit Ausnahme von Eltern-Kind-Gruppen werden klassische universelle Angebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern nach diesen Befunden von Eltern in spezifischen Belastungslagen insgesamt wenig genutzt. Allerdings ist hierbei das überwiegend noch sehr junge Alter der Kinder in Rechnung zu stellen. Elternkurse zur Steigerung der Erziehungskompetenzen adressieren zumeist Eltern mit Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter und auch spezielle Interessensgruppen dürften erst im weiteren Entwicklungsverlauf der Kinder an Bedeutung gewinnen. Festzuhalten bleibt jedoch, dass sich die Angebote als stark sozial selektiv erweisen und vor allem von sozioökonomisch begünstigten Familien wahrgenommen werden. Bei zielgruppenspezifischen Angeboten zeigt der soziale Gradient in die entgegengesetzte Richtung. Hier werden benachteiligte Gruppen eher erreicht. Dies spricht dafür, Angebote stärker an den Lebenslagen und Interessen von spezifischen Gruppen auszurichten, um einer geringeren Teilhabe dieser Familien an den Versorgungsstrukturen entgegenzuwirken.

ABBILDUNG 9: Kenntnis und Nutzung von Austausch- und Bildungsangeboten



Lesebeispiel: Eltern-Kind-Gruppen sind 88,6 Prozent der Familien bekannt und 53,6 Prozent nutzten das Angebot auch. In Familien mit SGB-II-Bezug ist das Angebot mit 77,3 Prozent weniger gut bekannt und wurde mit einer Häufigkeit von 29,9 Prozent deutlich seltener genutzt.

5.2 Beratungsangebote

Beratungsangebote bieten gezielte Anlaufstellen bei spezifischen Fragen und Belastungen von Müttern und Vätern. Ihnen wird auch eine wichtige Schlüsselfunktion beim Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen (z. B. Kursen zur gesunden Ernährung oder Raucherentwöhnung) und sozialpolitischen Hilfen (z. B. Kinderbetreuung oder soziale Mindestsicherung) zugesprochen (Helfferich u. a. 2007). Da die Nutzung von Beratungsangeboten in der Regel nur bei familiären Problemen stattfindet, sind hier relativ niedrige Nutzungsraten zu erwarten. Aufgrund der Häufung von Problemen in den spezifischen Zielgruppen, ist für diese jedoch eine häufigere Nutzung zu erwarten, sofern die Beratungsangebote den Familien bekannt sind.

Die **Schwangerschaftsberatung** zählt zu den wichtigsten Anlaufstellen für werdende Mütter (und auch Väter) in schwierigen Lebenslagen. Sie ist 81,7 Prozent aller Familien bekannt und wird von immerhin 18,6 Prozent genutzt (vgl. [Abbildung 10](#)). Obwohl das Angebot Eltern aus Familien mit Migrationshintergrund und Eltern mit deutlichen Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik weniger gut bekannt ist, als der jeweiligen Referenzgruppe, wird es von diesen Gruppen etwas überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen. Signifikant höhere Nutzungsraten berichten vor allem Familien mit SGB-II-Bezug und Alleinerziehende gegenüber ihren Referenzgruppen. Schwangerschaftsberatung erreicht spezifische Gruppen von belasteten Familien also besonders gut. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass hier niedrigschwellig materielle Unterstützung beantragt werden kann (z. B. über die Stiftung »Mutter und Kind«).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der **Familien- und Erziehungsberatung**. Sie ist mit einer Häufigkeit von 68,0 Prozent insgesamt etwas weniger Familien bekannt als die Schwangerschaftsberatung und wird mit einer Häufigkeit von 4,8 Prozent deutlich seltener genutzt als die Schwangerschaftsberatung. Mit Ausnahme der Alleinerziehenden ist die Erziehungsberatung den Familien in spezifischen Lebenslagen seltener bekannt als den Familien der jeweiligen Referenzgruppe, wird aber von Familien aus den meisten Zielgruppen (Familien mit Migrationshintergrund ausgenommen) überdurchschnittlich häufig genutzt. Auch hier bestehen also keine Einschränkungen in der Teilhabe aufgrund der Zugehörigkeit zu spezifischen Gruppen mit Belastungen.

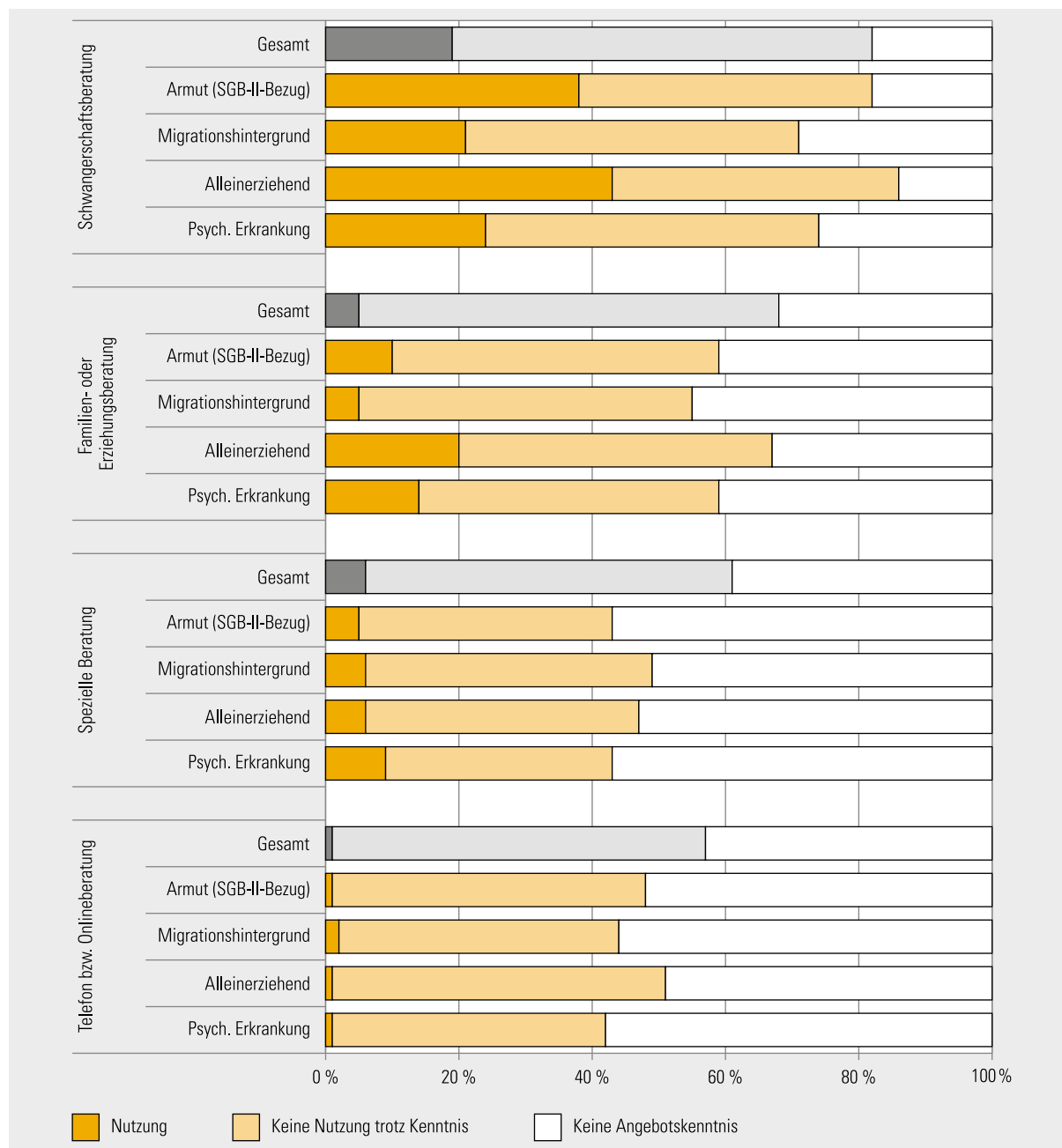
Spezielle Beratungsangebote bei Regulationsschwierigkeiten des Kindes (z. B. Schreiambulanzen) kennen 61,1 Prozent der Eltern in KiD 0-3 und 6,2 Prozent nutzten sie. Eltern in spezifischen Belastungslagen sind diese Angebote zwar weit weniger bekannt, sie haben die Angebote aber nicht seltener genutzt als ihre jeweilige Referenzgruppe. Eltern mit deutlichen Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik nahmen diese Angebote sogar signifikant häufiger in Anspruch als Eltern ohne entsprechende Anzeichen (9,4 vs. 6,0 Prozent). Beratung bei Regulationsproblemen erweist sich also als nicht sozial selektiv. Die höhere Nutzung von Eltern mit psychischen Problemen verweist auf einen möglichen Zusammenhang zwischen elterlicher Problematik und kindlicher Symptomatik und lässt sich möglicherweise durch die häufigeren Kind bezogenen Belastungen in dieser Gruppe erklären (vgl. Kapitel 4.4). Weitere Interpretationen des Ergebnisses könnten jedoch auch ein höheres Bedürfnis nach Unterstützung oder subjektiv stärker wahrgenommene Belastung sein.

Eine sehr geringe Nutzungshäufigkeit zeigt sich zum Befragungszeitpunkt 2015 für die Angebote der **Telefon- bzw. Onlineberatung** (1,4 Prozent). Während alle Zielgruppen in spezifischen Belastungslagen weniger Kenntnis von diesem Angebot haben als der Durchschnitt aller Familien in KiD 0-3 (57,5 Prozent), nutzen Familien mit Migrationshintergrund die entsprechenden Angebote zumindest etwas häufiger als Familien ohne Migrationshintergrund (2,1 vs. 1,1 Prozent). Die Angebote weisen also eine positive soziale Selektivität auf. Es sollte jedoch beobachtet werden, ob die (geringen) Nutzungsraten im Zuge der Verbreitung neuer Medien steigen.

Zusammenfassung

Problembezogene Beratungsangebote weisen eine geringe soziale Selektivität im Zugang aus und erleichtern belasteten Gruppen unter Umständen auch den Zugang zu weiteren Hilfen. Allerdings weisen diese Gruppen auch eine höhere Problemdichte auf als die Referenzgruppen, was die höhere Nutzungshäufigkeit erklärt. Die Nutzung neuer Medien stand 2015 bei den meisten Eltern (noch) nicht im Fokus, wenn sie Hilfe bei Problemen suchen.

ABBILDUNG 10: Kenntnis und Nutzung von Beratungsangeboten



Lesebeispiel: Schwangerschaftsberatungsstellen sind 81,7 Prozent der Familien bekannt und 18,6 Prozent nutzten das Angebot auch. In Familien mit SGB-II-Bezug ist das Angebot mit 81,6 Prozent ebenso gut bekannt und wurde mit einer Häufigkeit von 38,0 Prozent etwa doppelt so häufig genutzt.

5.3 Angebote aus dem Gesundheitsbereich

Angebote aus dem Bereich der Gesundheitshilfe haben die Aufgabe auf eine physiologische Geburt vorzubereiten und die Entwicklung des Kindes frühzeitig nach der Geburt und in den ersten Lebenswochen des Kindes zu fördern.

Geburtsvorbereitungskurse sind den meisten Familien der Studie bekannt und etabliert (94,1 Prozent). Entsprechend wird das Angebot mit 60,5 Prozent auch von relativ vielen Familien genutzt (vgl. [Abbildung 11](#)). Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei den Kindern in der Studie nicht immer um das erstgeborene Kind in den Familien handelt und Geburtsvorbereitungskurse häufiger von erstgebärenden Müttern belegt werden. Alle der in diesem Bericht betrachteten spezifischen Zielgruppen berichten für Geburtsvorbereitungskurse geringere Kenntnis- und Nutzungshäufigkeiten. Am geringsten fällt die Nutzung bei Familien mit Armutsgefährdung (34,5 Prozent) und bei alleinerziehenden Eltern aus (39,7 Prozent). In diesen Gruppen wird das Angebot deutlich seltener genutzt verglichen mit dem Durchschnitt aller Eltern in KiD 0-3. Diese Angebote weisen also eine hohe soziale Selektivität auf.

Die Versorgung durch eine **Nachsorgehebamme** nach der Geburt und in den ersten acht Lebenswochen des Kindes ist Teil der (kostenfreien) Regelversorgung und gilt in Deutschland als Standard. Entsprechend ist der Bekanntheitsgrad dieses Angebots in der Stichprobe von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern mit 96,9 Prozent sehr hoch. Allerdings hat längst nicht jede Familie die Möglichkeit, das Angebot in Anspruch zu nehmen bzw. nimmt dieses auch tatsächlich in Anspruch (nur 86,5 Prozent). Anders als die Geburtsvorbereitung wird die Hebammenhilfe häufig auch von Müttern in Anspruch genommen, bei denen es sich nicht um Erstgebärende handelt. Während nur alleinerziehende Eltern keine geringere Kenntnis berichten als ihre Referenzgruppe, fällt die Nutzung der Nachsorgehebamme in allen spezifischen Lebenslagen geringer aus, als es in den jeweils anderen Familien der Fall ist. Wie bei der Geburtsvorbereitung ist also eine deutlich geringere Teilhabe belasteter Gruppen zu verzeichnen.

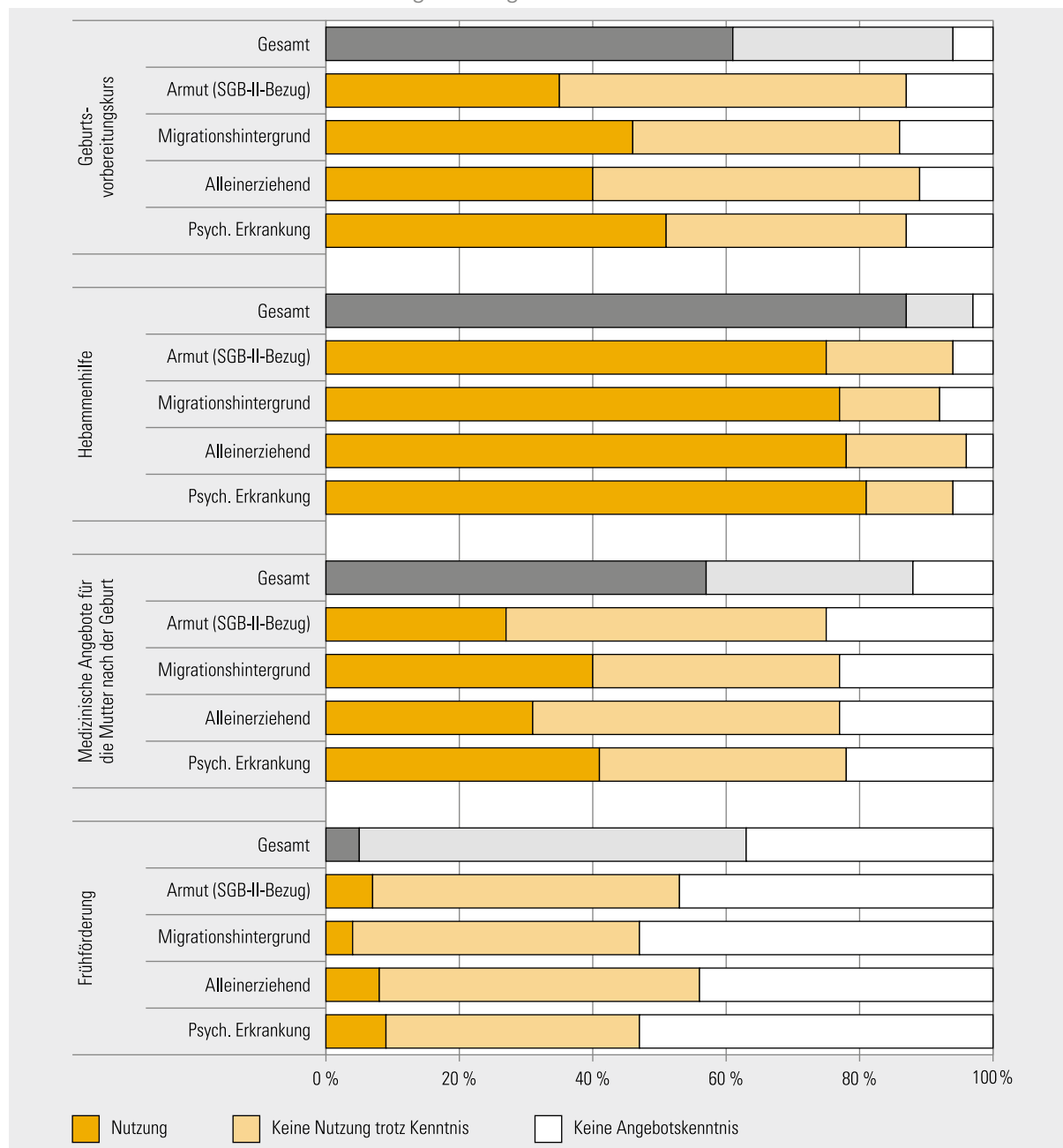
Medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt weisen ein mit Geburtsvorbereitungskursen vergleichbares Muster in ihren Kenntnis- und Nutzungsraten bei Eltern auf. Das Angebot ist einem Großteil der Familien bekannt (88,0 Prozent) und wurde von über der Hälfte der Familien genutzt (56,7 Prozent). Kenntnis- und Nutzungsraten von Familien mit Belastungen in spezifischen Lebenslagen bleiben jedoch dahinter zurück. Am seltensten werden entsprechende Angebote nach der Geburt von Müttern genutzt, die alleinerziehend sind (30,6 Prozent) oder deren Familien Leistungen nach dem SGB-II beziehen (27,4 Prozent). Auch hier ist also eine hohe soziale Selektivität festzustellen.

Das indizierte Angebot der **Frühförderung des Kindes** ist 63,1 Prozent der Familien bekannt und wurde von 5,4 Prozent genutzt. Es richtet sich an Familien im Falle einer (drohenden) Behinderung des Kindes. Erneut berichten alle spezifischen Zielgruppen von einer signifikant geringeren Kenntnis. Besonders niedrig fällt diese bei Familien mit Migrationshintergrund aus (47,2 Prozent). Die anderen spezifischen Zielgruppen berichten trotz geringer Kenntnis im Falle der Frühförderung des Kindes aber eine häufigere Nutzung der Angebote im Vergleich zu ihren jeweiligen Referenzgruppen. Bei Eltern mit Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik liegt die Nutzungsrate mit 9,4 Prozent am höchsten. Frühförderung scheint im Zugang kaum sozial selektiv zu sein, wobei sich in den spezifischen Gruppen wahrscheinlich auch häufiger Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder manifestieren dürften.

Zusammenfassung

Universell präventive Regelangebote im Gesundheitsbereich erscheinen insgesamt als stark sozial selektiv und beeinträchtigen damit die Gesundheits- und Teilhabechancen belasteter Gruppen. Indizierte Förderangebote sind zwar im Zugang selektiv, werden von den belasteten Gruppen dennoch häufiger genutzt, da wahrscheinlich häufiger ein Förderbedarf vorliegt und der Zugang durch professionelle Unterstützung geebnet wird, der auch mit den Belastungen zusammenhängt.

ABBILDUNG 11: Kenntnis und Nutzung von Angeboten aus dem Gesundheitsbereich



Lesebeispiel: Geburtsvorbereitungskurse sind 94,1 Prozent der Familien bekannt und 60,5 Prozent nutzten das Angebot auch. In Familien mit SGB-II-Bezug ist das Angebot mit 86,7 Prozent etwas weniger gut bekannt und wurde mit einer Häufigkeit von 34,5 Prozent deutlich seltener genutzt.

5.4 Angebote der Frühen Hilfen

Spezifische Angebote der Frühen Hilfen, wie etwa die aufsuchende Begleitung durch Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, zielen darauf ab, förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in den Familien zu schaffen, Eltern zu stärken und somit ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen der Kinder zu ermöglichen (NZFH 2016). Trotz der teilweise gezielten Ansprache von Familien in Belastungslagen sind Angebote der Frühen Hilfen stets freiwillig und grundsätzlich präventiv ausgerichtet. Angebote der Frühen Hilfen müssen von Eltern meist nicht aktiv nachgefragt werden, sondern werden universell zur Verfügung gestellt (Willkommensbesuche) oder im Falle einer vermuteten Belastung gezielt angeboten (längerfristige aufsuchende Betreuung). Aus diesem Grund sollte sich die Nutzung der Willkommensbesuche im Durchschnitt weniger selektiv und die Nutzung der längerfristigen aufsuchenden Betreuung selektiver gestalten, als es bei der Nutzung der universellen Angebote der Fall ist.

Das Angebot eines **einmaligen Willkommensbesuchs** wird von insgesamt 30,3 Prozent der Familien berichtet (vgl. [Abbildung 12](#)). Genutzt wurde das Angebot von 17,4 Prozent aller Familien. Bei den vier Zielgruppen zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede, weder in der Angebotshäufigkeit noch in der Angebotsnutzung. Willkommensbesuche weisen also keine soziale Selektivität auf. Es wird jedoch (zum Zeitpunkt der Erhebung) nur knapp ein Drittel der Familien angesprochen.

Aufsuchende, längerfristige Unterstützung und Entlastung durch ehrenamtliche bzw. freiwillige **Besuchsdienste** werden den Eltern wesentlich seltener angeboten (10,7 Prozent) und von ihnen auch seltener in Anspruch genommen (1,5 Prozent) im Vergleich zu den anderen Angeboten der Frühen Hilfen. Alleinerziehende Eltern erhalten etwas häufiger ein Angebot als Zwei-Eltern-Familien (14,5 vs. 10,2 Prozent). Wird Familien in den spezifischen Zielgruppen aber ein Angebot gemacht, nutzen diese das Angebot signifikant häufiger, als dies in den jeweiligen Referenzgruppen der Fall ist. Besuchsdienste mit Ehrenamtlichen werden also von Familien aus den Belastungsgruppen gut angenommen. Allerdings scheint ihr Verbreitungsgrad noch sehr gering zu sein.

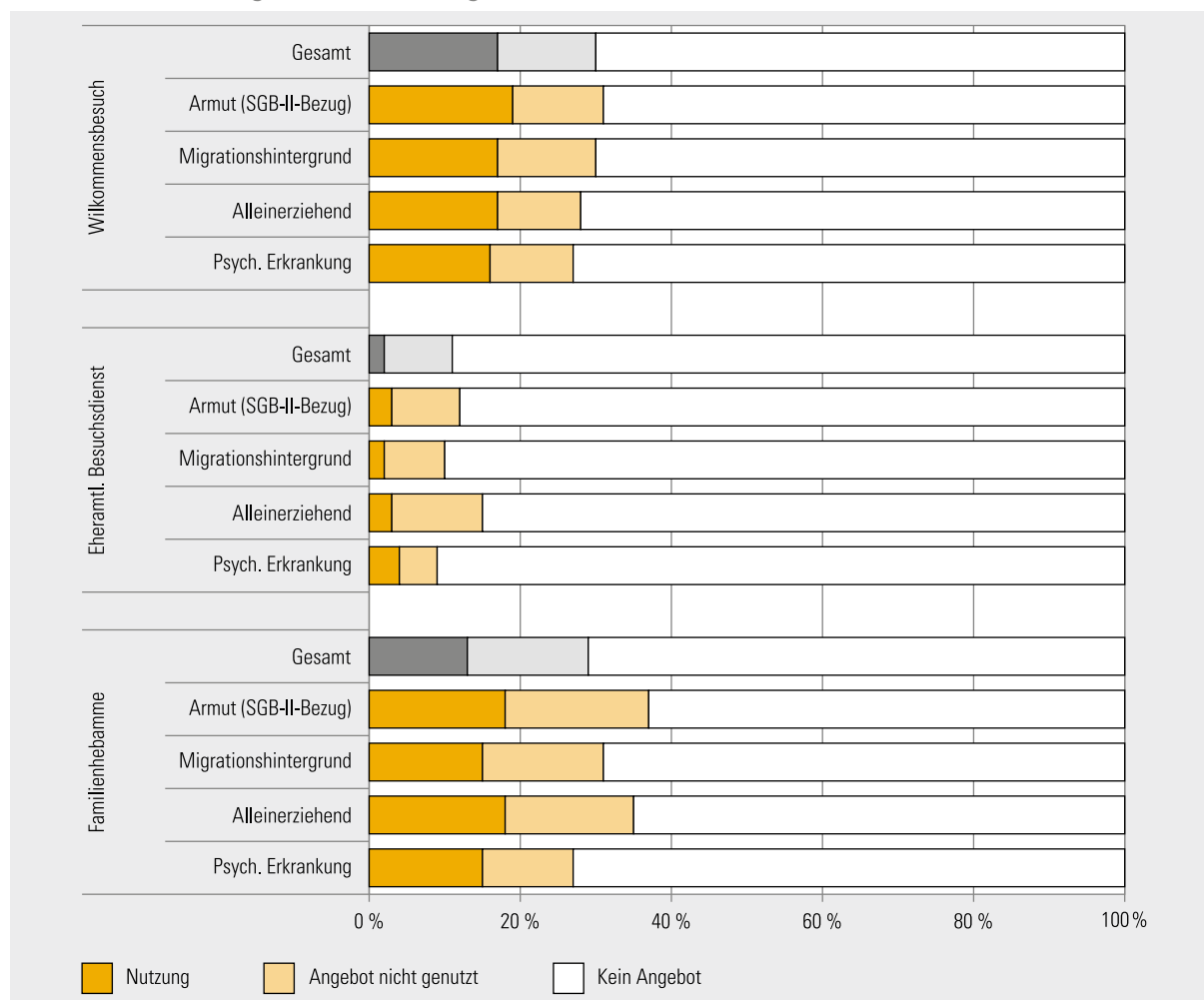
Ein **Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung** durch eine Familienhebamme oder vergleichbare Gesundheitsfachkraft wird von 29,6 Prozent der Familien berichtet, 13,2 Prozent der Familien haben ein entsprechendes Angebot genutzt. Die hohen Nutzungszahlen stehen jedoch im Widerspruch zu Daten zu Personalkapazitäten in diesem Bereich (Pabst u. a. 2018), so dass zu vermuten ist, dass die Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen das Angebot nicht immer korrekt identifizieren konnten. Ein häufigeres Angebot als ihre jeweilige Referenzgruppe haben alleinerziehende Eltern (35,3 vs. 28,8 Prozent) und Familien mit SGB-II-Bezug erhalten (36,5 vs. 27,7 Prozent). Mit Ausnahme der Familien mit Anzeichen einer Depression oder Angstsymptomatik wurden die Angebote von den spezifischen Zielgruppen auch signifikant häufiger in Anspruch genommen. Angeboten mit Gesundheitsfachkräften im Kontext Früher Hilfen gelingt es also grundsätzlich, belastete Familien zu erreichen. Es bleibt jedoch unklar, wie passgenau sie tatsächlich auf belastete Familien ausgerichtet sind, weil unbekannt ist, wie viele Familien tatsächlich betreut werden können.

Zusammenfassung der Angebote im Kontext Früher Hilfen

Angeboten im Kontext Früher Hilfen gelingt es in der Regel sehr gut, die Familien aus den Belastungsgruppen anzusprechen und zu versorgen. Sie leisten damit einen Beitrag zu besseren Teilhabe- und Gesundheitschancen für belastete Eltern und ihre Kinder. Allerdings sind die Versorgungsquoten vor allem bei ehrenamtlichen

Besuchsdiensten und bei den Willkommensbesuchen noch ausbaufähig. Bei den aufsuchenden Angeboten durch Gesundheitsfachkräfte bleibt die Versorgungssituation unklar.

ABBILDUNG 12: Angebot und Nutzung von Frühen Hilfen



Lesebeispiel: Willkommensbesuche wurden 30,3 Prozent der Familien angeboten und 17,4 Prozent nutzten das Angebot auch. Familien mit SGB-II-Bezug ist das Angebot mit 30,8 Prozent ebenso häufig angeboten worden und wurde mit einer Häufigkeit von 19,1 Prozent nicht bedeutsam häufiger genutzt.

5.5 Zusammenfassung

Angebote der Regelversorgung aus dem Gesundheitsbereich (Geburtsvorbereitungskurs, Hebammenhilfe und medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt) sind den meisten Familien sehr gut bekannt und werden entsprechend häufig genutzt. Dies gilt mit Einschränkung auch für Familien mit spezifischen Belastungslagen, wobei diese die Regelangebote weniger gut kennen und besonders armutsgefährdete Familien und

Alleinerziehende die Angebote teilweise deutlich seltener in Anspruch nehmen. Diese Angebote sind also häufig stark sozial selektiv.

Ähnliches gilt für die Eltern-Kind-Gruppen, die im Bereich der universell ausgerichteten Austausch- und Bildungsangebote die höchsten Kenntnis- und Nutzungsraten aufweisen. Leider zeigt sich bei Eltern-Kind-Gruppen das Präventionsdilemma in besonderer Weise, denn diese werden von Familien in spezifischen Belastungslagen deutlich seltener genutzt. Elternkurse, Angebote für spezifische Interessensgruppen und Angebote in Familien- oder Stadtteilzentren scheinen weniger verbreitet und den Familien deshalb möglicherweise weniger bekannt zu sein. Diese Angebote werden von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern wesentlich seltener als andere genutzt und zeigen nur geringe Unterschiede in der Nutzung durch spezifische Zielgruppen auf. Diese universellen und niederschweligen Präventionsangebote scheinen also in erster Linie für gering belastete Eltern bedeutsam zu sein.

Eher selektiv präventiv ausgerichtete Angebote werden auch tatsächlich häufiger von spezifisch belasteten Familien in Anspruch genommen. Zu diesen zählen die verschiedenen problembezogenen Beratungsangebote und die längerfristigen aufsuchenden Angebote der Frühen Hilfen (ehrenamtlicher Besuchsdienst, Familienhebammen etc.) sowie die Frühförderung als selektiv bis indiziert präventives Angebot des Gesundheitsbereichs. Obwohl viele dieser Angebote den spezifischen Zielgruppen weniger bekannt sind, werden sie von diesen – sofern es Unterschiede in der Nutzung gibt – durchweg häufiger in Anspruch genommen. Neben einem erhöhten Beratungsbedarf aufgrund vermehrter Belastungen und Sorgen (z. B. aufgrund ungeplanter Schwangerschaften) kann die deutlich häufigere Nutzung der Schwangerschaftsberatung durch Alleinerziehende und armutsgefährdete Familien auch auf finanzielle Anreize zurückgeführt werden. Oftmals haben Familien dort die Möglichkeit Stiftungsgelder aus der Bundesstiftung »Mutter und Kind« in Anspruch zu nehmen, die eine sog. »Türöffnerfunktion« mit Blick auf weitere Hilfen einnimmt (BMFSFJ 2010).

Aufgrund der gezielten Ansprache von Familien in belasteten Lebenslagen wäre anzunehmen, dass die spezifischen Angebote der Frühen Hilfen Familien in den Belastungsgruppen deutlich häufiger angeboten werden. Dies ist allerdings nur bedingt der Fall. Zwar erhalten Familien mit Armutsgefährdung, Familien mit Migrationshintergrund und Alleinerziehende häufiger ein Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung, die Häufigkeitsunterschiede fallen aber eher gering aus. Da in KiD 0-3 subjektive Elternauskünfte erhoben wurden, müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Es könnte sein, dass einige Eltern Schwierigkeiten hatten, die Angebote präzise voneinander zu unterscheiden. Verwechslungen zwischen einer Familienhebamme und einer regulären Nachsorgehebamme bis zur achten Woche nach der Geburt sind möglich. Zudem müssten auch die den Familien vor Ort tatsächlich zur Verfügung stehenden Angebote mitberücksichtigt werden, die als Einflussgröße in den hier vorgenommenen Analysen jedoch nicht mitberücksichtigt werden konnten.

6

Die Kumulation von Belastungen

Im sechsten Kapitel soll ein weiterer Indikator zur Einschätzung der familiären Situation herangezogen werden: die Häufung (=Kumulation) unterschiedlicher vorliegender Risikofaktoren und Belastungsmerkmale. In der Forschung zeigt sich wiederholt, dass einzelne Risikofaktoren zum Teil nur wenig zur Vorhersage von Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsauffälligkeiten oder Kindeswohlgefährdungen beitragen (Deegener/Körner 2006). Als aussagekräftiger erweist sich die Summe der in den Familien insgesamt vorliegenden Belastungen und Risiken, die bei der Untersuchung von kindlichen Entwicklungsrisiken zunehmend in den Mittelpunkt gerückt wird (Evans u. a. 2013).¹³ Aus theoretischer Perspektive ist eine Kumulation mehrerer Risikofaktoren besonders problematisch für Familien, weil sie Bewältigungsbemühungen in mehreren Bereichen erforderlich macht und die Summe der familiären Probleme die vorhandenen familiären Ressourcen zu überlasten droht.

Um dies zu untersuchen, wurde ein additiver Index mit zwölf aus der Literatur ausgewählten Risikofaktoren und Belastungsmerkmalen gebildet, indem die Anzahl der in den Familien insgesamt berichteten Merkmale (0 = trifft nicht zu; 1 = trifft zu) aufsummiert wurden. Hierbei ist zu beachten, dass die Faktoren nicht zu einander in Beziehung gesetzt und gewichtet wurden. Das heißt, es können keine Hierarchien und kausale Bedingungen geschlussfolgert werden. Ob und inwiefern für eine Familie eine spezifische Belastungslage vorliegt, kann im Einzelnen nicht vorhergesagt werden. Selbst wenn Eltern einer Häufung von Belastungen ausgesetzt sind, können sie über ausreichend Protektiv- bzw. Resilienzfaktoren verfügen und kumulierte Belastungen „abpuffern“. Forschungsergebnisse in der Literatur zeigen, dass die genannten Faktoren jedoch als bedeutsam anzusehen sind. Diese wurden daher in der Kumulation untersucht. Folgende Faktoren gingen in diesen Index ein:

- Frühe Elternschaft (≤ 21 Jahre)
- Ungeplante Schwangerschaft
- Armutsgefährdung (SGB-II-Bezug)
- Elternteil ist alleinerziehend
- Drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt
- Negative Kindheitserfahrungen („Summenscore“ aus 4-Punktelikertskalierten „Items“ zu harter Bestrafung, ungerechter Behandlung und wenig Zuneigung mit einem „cutoff“-Wert bei fünf von neun)
- Frühere Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen
- Häufige lautstarke Auseinandersetzungen mit dem Partner
- Belastendes Schreiverhalten des Kindes
- Anzeichen einer Depression¹⁴
- Hohe elterliche Stressbelastung¹⁵
- Innere Wut¹⁶.

6.1 Unterschiede nach der elterlichen Bildung

Familien, in denen die Mutter einen niedrigen Bildungsstand aufweist, sind objektiv stärker belastet als Familien mit einem mittleren bzw. hohen Bildungsstand. Bildung wird hierbei oft als Indikator der sozialen Schicht

13 Übersicht über weitere Vor- und Nachteile des statistischen Analyseverfahrens durch Kumulation von Risikofaktoren (vgl. Evans u. a. 2013).

14 Das Merkmal wurde mit den beiden Depressions-„Items“ des „PHQ-4“ (PHQ-4, Löwe u. a. 2010) und dem Grenzwert drei von sechs möglichen Punkten erhoben.

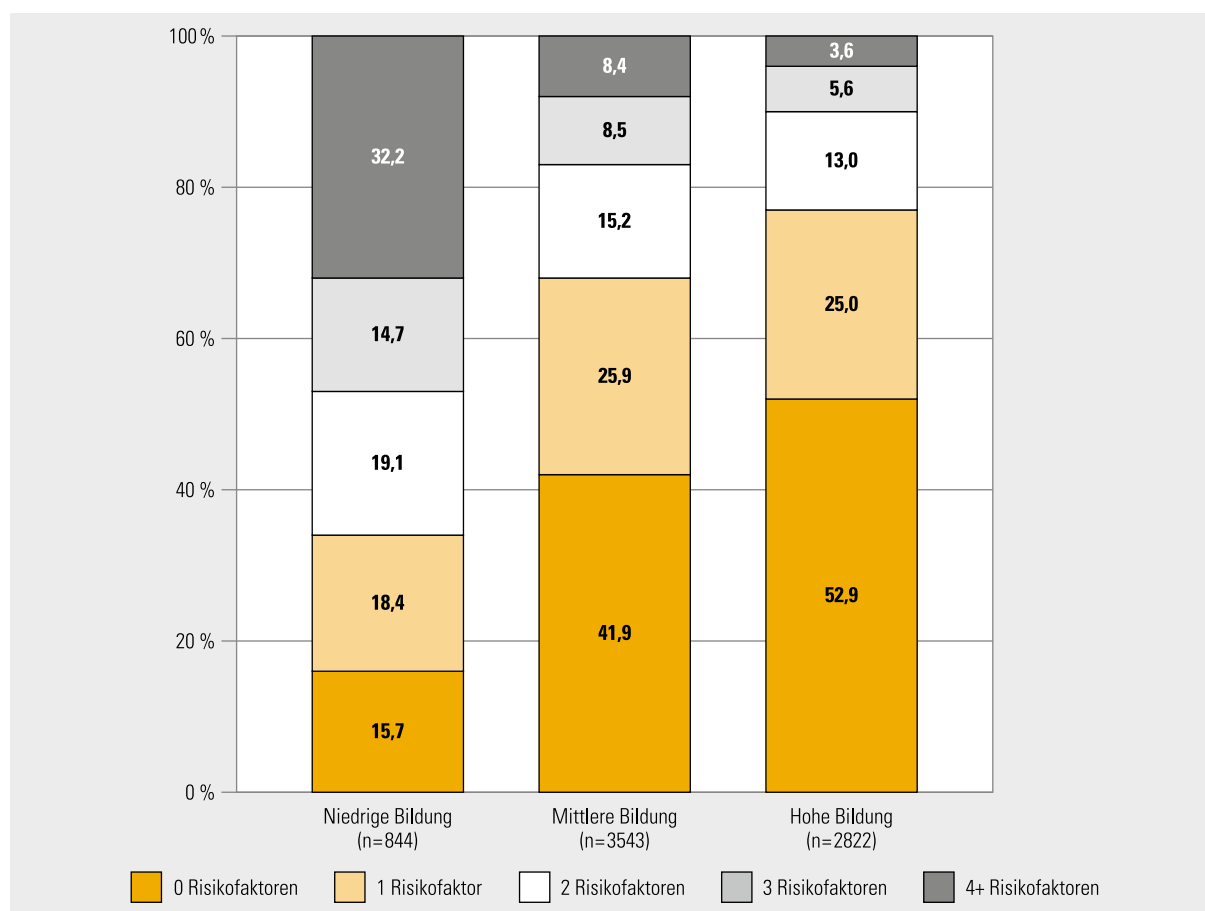
15 Das Merkmal wurde mit vier erziehungsbezogenen Subskalen des »Eltern-Belastungs-Inventar« (EBI, Tröster 2010) erhoben.

16 Das Merkmal wurde mit dem „Item“ „Ich bin oft innerlich wütend“ des »Child Abuse Potential Inventory« (CAPI, Milner 1986) erhoben und dichotomisiert (in zwei Kategorien eingeteilt).

herangezogen. Es erstaunt daher nicht, dass auch die durchschnittliche Kumulation von Belastungsfaktoren mit dem Bildungsstand assoziiert ist.

So zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Familien mit hoher Bildung überhaupt keine Risikofaktoren oder Belastungen berichten (vgl. [Abbildung 13](#)). In Familien mit niedriger Bildung beschreiben sich nur 15,7 Prozent als unbelastet. Eine hohe Belastung mit vier oder mehr Merkmalen weisen nur 3,6 Prozent der hochgebildeten Familien, jedoch etwa jede dritte Familie mit niedrigen Bildungsressourcen auf.

ABBILDUNG 13: Kumulation von Risikofaktoren nach Bildung



Anmerkung: Stichprobenumfang: n=8.063; gewichtete Prozentwerte (%); Einfacher Summenindex auf Basis folgender Belastungsmerkmale: Frühe Elternschaft (≤ 21 Jahre), Armutsgefährdung (SGB-II-Bezug), Elternteil ist alleinerziehend, drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt, ungeplante Schwangerschaft, negative Kindheitserfahrungen, frühere Gewalterfahrungen in Partnerschaften, Anzeichen einer Depression, hohe elterliche Stressbelastung, belastendes Schreiverhalten des Kindes, häufige lautstarke Auseinandersetzungen, innere Wut.

Lesebeispiel: Von den 844 Familien, in welchen die Mutter einen niedrigen Bildungsstand aufweist, berichten 15,7 Prozent keinen, 18,4 Prozent einen, 19,1 Prozent zwei, 14,7 Prozent drei und 32,2 Prozent vier oder mehr der aufgelisteten Belastungsmerkmale.

6.2 Gewaltvorkommen in den Familien

Frühe Hilfen zielen auf die Förderung positiver familiärer Beziehungen und die Prävention von dysfunktionalem Elternverhalten ab. Jede Form von Gewalt, der Kinder in den ersten Lebensjahren in der Familie ausgesetzt werden, stellt ein hohes Gefährdungs- und Schädigungspotenzial dar. Für Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter konnte mit KiD 0-3 erstmals untersucht werden, inwieweit das Vorkommen von Gewalt in der Familie mit Merkmalen der Lebenslage und dem Vorliegen von psychosozialen Belastungen einhergeht.

Zweifelsohne kann das Erleben von körperlichen Misshandlungen und Vernachlässigungen in der Kindheit gravierende und langfristige Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben (Plener u. a. 2018). Dies gilt auch für das Miterleben von Partnergewalt, das mit ähnlichen Einschränkungen für die gesunde kognitive, psychische und soziale Entwicklung des Kindes assoziiert wird (Howell u. a. 2016; Kindler 2013). In der internationalen Diskussion wächst die Zustimmung dahingehend, dass auch diese Form innerfamiliärer Gewalt im Kontext von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum Kinderschutz stärker mitberücksichtigt werden sollte (Kindler 2002; Lawson 2019).

In KiD 0-3 gaben 5,0 Prozent der befragten Eltern mindestens eine Form familiärer Gewalt seit der Geburt des Kindes an, also Misshandlung, Vernachlässigung oder dass das Kind elterlicher Partnergewalt¹⁷ ausgesetzt war. Von Verletzungen des Kindes durch körperliche Gewalt oder heftiges Schütteln bzw. Schubsen von einem Erwachsenen berichteten 1,9 Prozent (n=145) der befragten Eltern. Vernachlässigungen, indiziert durch eine nicht ausreichende Versorgung mit Nahrung oder medizinischer Hilfe, gaben 0,9 Prozent (n=74) der Familien an. Mit einer Häufigkeit von 3,0 Prozent (n=216) der befragten Familien wurden ernsthafte Androhungen oder körperliche Verletzungen eines Elternteils durch Partnergewalt berichtet.

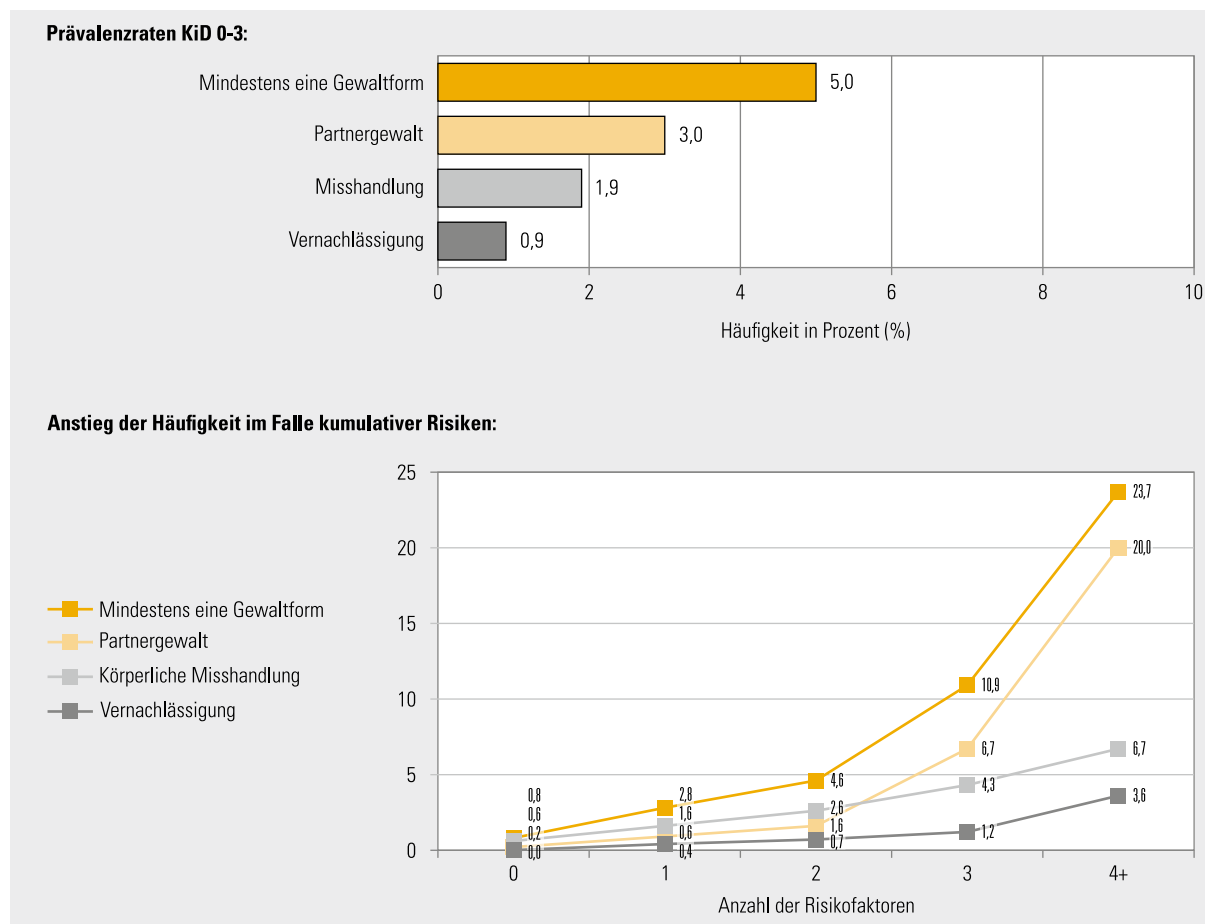
Die Zahlen zeigen ein substanzielles Ausmaß von kindlichen Gewalterfahrungen in der Familie bereits in der frühen Kindheit. Die KiD 0-3 Studie zeigt auch, dass die Wahrscheinlichkeit einer bisherigen Misshandlung oder Vernachlässigung mit zunehmendem Alter des Kindes steigt. Das liegt daran, dass Kinder in sehr jungem Alter noch weniger Gelegenheit hatten, entsprechende Erfahrungen machen zu müssen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um Selbstberichte aus einem Dunkelfeld handelt, die eher zur Unter- als zur Überschätzung des realen Ausmaßes familiärer Gewalt neigen. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Anzahl von Risikofaktoren und den berichteten Gewalterfahrungen der Kinder, so zeigt die KiD 0-3 Studie, dass die Wahrscheinlichkeit des Elternberichts einer der Formen familiärer Gewalt mit der Kumulation der psychosozialen Belastung bedeutsam ansteigt.

Wie in [Abbildung 14](#) dargestellt, steigen die Prävalenzraten für Misshandlung, Vernachlässigung und Erleben von Partnergewalt in der Biografie mit der Anzahl der ausgewählten Risikofaktoren (vgl. [Abbildung 14](#)).¹⁸ Allerdings besteht auch hier kein Determinismus, sodass im Falle mehrerer vorliegender Risiken zwar ein erhöhter Anteil der Familien von Misshandlung, Vernachlässigung oder Partnergewalt berichtet, diese Familien aber noch immer eine Minderheit innerhalb der mehrfach belasteten Familien darstellen.

17 In KiD 0-3 wurde nicht explizit abgefragt, wie umfangreich das Kind die gewalttätigen Auseinandersetzungen der Eltern miterlebt hat. Aus einer früheren Studie zu familiärer Gewalt in Deutschland ist allerdings bekannt, dass die Kinder in einer deutlichen Mehrheit der Fälle mittelbar oder unmittelbar beteiligt sind (vgl. BMFSFJ 2004).

18 Hier ist darauf hinzuweisen, dass Gewalterfahrungen in der Biografie von der aktuell erlebten Gewalt spezifisch getrennt erfasst wurde. Die Partnergewalt in der Biografie als Index bezieht sich also auf die vorangegangenen Gewalterfahrungen und werden als Prädiktor und nicht als Outcome betrachtet.

ABBILDUNG 14: Familiäre Gewalt in Form von Misshandlung, Vernachlässigung oder Aussetzen des Kindes von Partnergewalt in der Biografie



Anmerkung: Stichprobenumfang: n=8.063; gewichtete Prozentwerte (%); Belastungsindex auf Basis der Merkmale in Abbildung 13.

Lesebeispiel: Insgesamt berichten 3,0 Prozent der Familien davon, dass das Kind Partnergewalt ausgesetzt war/ist. Während dies in Familien ohne Belastungsmerkmalen nur bei 0,2 Prozent vorkommt, wird es in 0,9 Prozent der Familien mit genau einem Merkmal, 1,6 Prozent der Familien mit zwei Merkmalen und 6,7 Prozent der Familien mit drei Merkmalen berichtet. In Familien mit vier oder mehr Belastungsmerkmalen liegt der relative Anteil bei 20,0 Prozent.

Bedeutung der Kumulation von Belastungen für die Nutzung von Angeboten

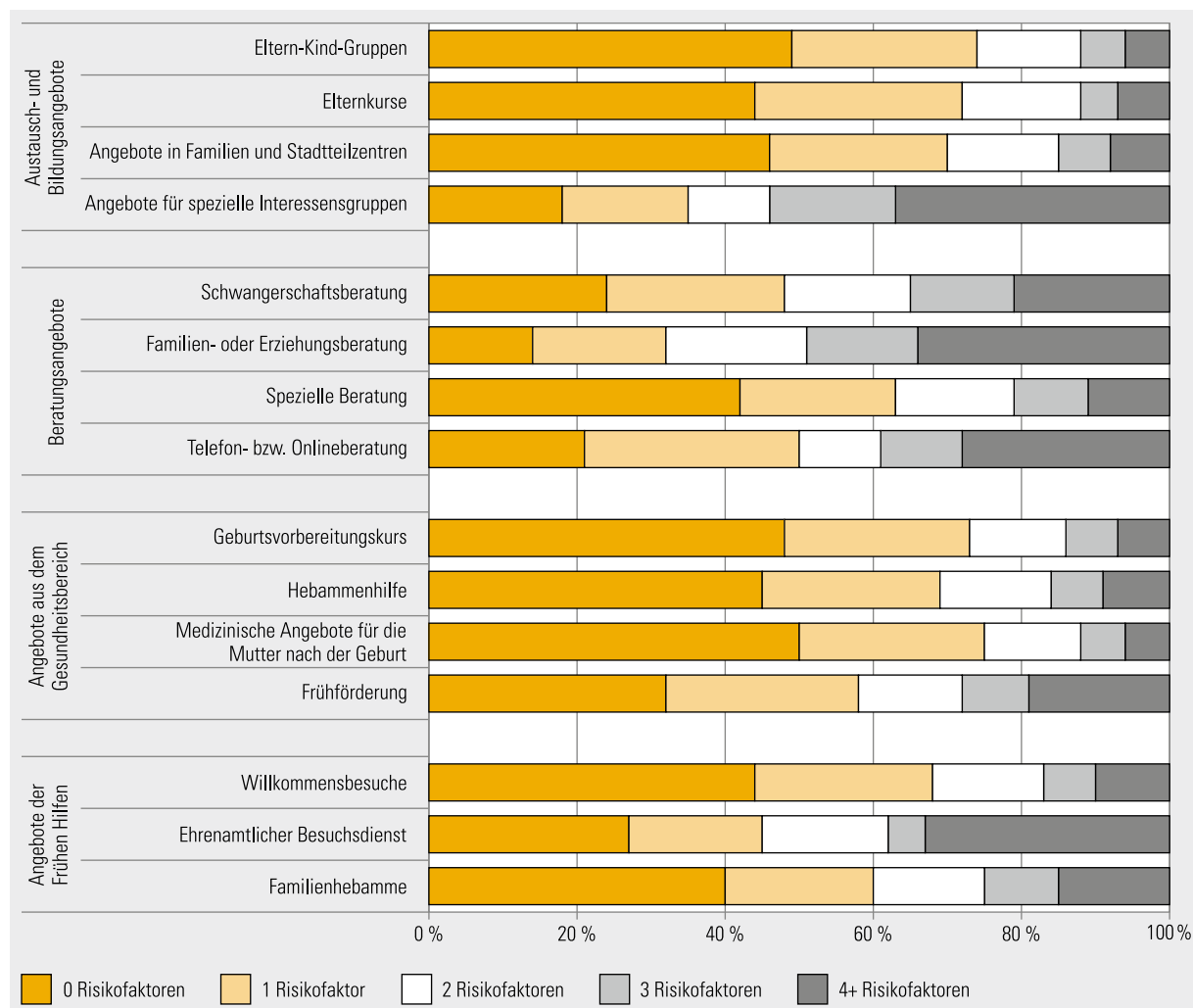
Die zuvor berichteten Befunde zeigen, dass mit der Kumulation von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit von Gewalterfahrungen der Kinder steigt. Insofern sollten gerade jene Familien, die von einer hohen Zahl von Risikofaktoren betroffen sind, durch Unterstützungsangebote erreicht werden. Ob dies gelingt, ist jedoch eine offene Frage. Um sie zu beantworten, kann untersucht werden, wie häufig Familien durch viele Risikofaktoren belastet sind, die sich in den verschiedenen Unterstützungsangeboten befinden. Erneut beziehen wir uns hierbei auf die Angebote und deren Systematisierung aus Kapitel 5. Dabei wird die Perspektive der Versorgungsforschung eingenommen, in der es nicht mehr darum geht, ob Familien in unterschiedlichen Lebenslagen die Angebote in ähnlicher Weise nutzen, sondern vielmehr darum, wie belastet die Familien durchschnittlich sind, die an den jeweiligen Angeboten teilgenommen haben.

Abbildung 15 zeigt die Belastung der Familien durch Risikofaktoren in den einzelnen Unterstützungsangeboten. Für die meisten universellen Angebote aus dem Bereich der Familienbildung und dem Gesundheitsbereich zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Nutzenden keinen oder höchstens einen Risikofaktor berichtet. Dies gilt in abgeschwächter Form sogar für das indizierte Angebot der Frühförderung im Bereich der Gesundheitshilfe. Angebote für spezielle Interessensgruppen im Bereich der Austausch- und Bildungsangebote sind hier eine Ausnahme, weil die Mehrheit der dort befindlichen Familien von drei oder mehr Risikofaktoren berichtet. Unklar bleibt allerdings, welche Interessensgruppen (neben den Alleinerziehenden) in dieser Angebotskategorie tatsächlich zusammentreffen.

Etwas weniger einheitlich zeigt sich die Zusammensetzung der Familien innerhalb der Beratungsangebote: Während Familien, die eine spezielle Beratung (z. B. zum Schreien/Schlafen/Füttern) nutzten, nur unwesentlich häufiger von Belastungen und Risiken berichten als z. B. Familien, die eine Nachsorgehebamme nutzten, zeigt sich bei den Nutzenden anderer Beratungsangebote, dass mindestens jede fünfte Familie von vier oder mehr Risikofaktoren berichtet. Von den Familien, die eine Familien- oder Erziehungsberatung nutzten, berichtet sogar jede dritte Familie von einer hohen Anzahl an Risikofaktoren. Auch im Bereich der Telefon- und Onlineberatung fällt der Anteil an Familien mit vier oder mehr Risikofaktoren verhältnismäßig hoch aus und liegt noch über dem Vergleichswert der Familien, die eine Schwangerschaftsberatung genutzt haben.

Im Bereich der speziellen Angebote der Frühen Hilfen zeigt sich für die Willkommensbesuche erneut keine Selektivität in der Nutzung, gemessen anhand der Anzahl der von den Familien berichteten Risikofaktoren. Erstaunlicherweise berichten aber deutlich mehr Familien, die einen ehrenamtlichen Besuchsdienst nutzten, von vier oder mehr Risikofaktoren als solche Familien, die eine längerfristige regelmäßige Betreuung durch eine Familienhebamme oder vergleichbaren Gesundheitsfachkraft erhalten haben. Dieser Befund dürfte überraschen, sollte man doch annehmen, dass Familien mit mehreren Risikofaktoren einen größeren Unterstützungsbedarf besitzen und dieser von professionellen Gesundheitsfachkräften in der Regel adäquater erbracht werden kann. Es ist erstaunlich, dass 40 Prozent der professionell längerfristig durch Hausbesuche betreuten Familien keinen Risikofaktor aufweisen. Möglicherweise kann der Befund aber auch dadurch relativiert werden, dass die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer das Angebot nicht immer korrekt identifizieren konnten (vgl. Kapitel 5). Diese Daten sprechen aber dafür, dass die Passgenauigkeit dieser spezifischen Präventionsmaßnahme noch verbessert werden könnte und zeigen gleichzeitig einen weitergehenden Forschungsbedarf hinsichtlich der Passgenauigkeit von Frühen Hilfen auf. Über alle Angebote hinweg zeigt [Abbildung 15](#) auch, dass die Mehrzahl der teilnehmenden Familien nicht oder nur sehr gering psychosozial belastet sind.

ABBILDUNG 15: Nutzung von Unterstützungsangeboten nach der Kumulation von Belastungen



Lesebeispiel: Von den Familien, die eine Eltern-Kind-Gruppe nutzten (53,6 Prozent der Gesamtstichprobe) berichten 48,7 Prozent keinen, 24,7 Prozent einen, 13,8 Prozent zwei, 6,4 Prozent drei und ebenfalls 6,4 Prozent vier oder mehr Risikofaktoren.

6.3 Zusammenfassung

Die Summe der in den Familien berichteten Risikofaktoren kann als Indikator für die familiäre Belastungssituation herangezogen werden. Auch sie ist abhängig von der familiären Situation, sodass in verschiedenen Lebenslagen oder – wie hier beispielhaft aufgezeigt – in Familien mit niedriger Bildung häufiger von mehreren gleichzeitig vorliegenden Belastungen berichtet wird.

Mit einer zunehmenden Anzahl an Risikofaktoren in den Familien steigt auch die Wahrscheinlichkeit eines dysfunktionalen Elternverhaltens, z. B. in Form von Gewalterfahrungen für das Kind, bedeutsam an. Trotzdem berichtet auch bei Familien mit vier oder mehr vorliegenden Risikofaktoren nur eine Minderheit Gewalterfahrungen des Kindes. Insgesamt berichten 5,0 Prozent der Familien in KiD 0-3 von mindestens einer Form der

untersuchten Misshandlungsereignisse. Die Häufigkeiten variieren allerdings stark je nach Form der Misshandlungsereignisse sowie auch in Abhängigkeit vom Alter des Kindes. Dass mit einer zunehmenden Anzahl an Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für Misshandlungsereignisse steigt, ist auch im Kontext von Frühen Hilfen bedeutsam, sollen diese doch im Sinne von selektiver Prävention der Entstehung von Kindeswohlgefährdung vorbeugen oder zumindest ein frühzeitiges Erkennen solcher Gefährdungslagen ermöglichen.

Auch in der Zusammensetzung der Familien innerhalb der einzelnen Unterstützungsangebote zeigten sich beachtliche Unterschiede, die zu großen Teilen zu erwarten waren und der in Kapitel 5 beschriebenen Selektivität der Angebote entsprechen. Irritationen dürfte hier jedoch die angegebene Zusammensetzung der Familien innerhalb der Angebote der längerfristigen Betreuung durch eine Familienhebamme oder vergleichbare Gesundheitsfachkraft hervorrufen, die es noch ausführlicher zu untersuchen gilt.

7

Diskussion und Ausblick

Mit der Studie KiD 0-3 wurden erstmals in Deutschland psychosoziale Belastungen von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in einer repräsentativen Studie detailliert untersucht. Die hier vorgestellten zentralen Ergebnisse decken die wichtigsten Fragestellungen der Studie ab:

Zuerst wurde dargelegt, wie bestimmte Lebenslagen, biografische Risikofaktoren und Belastungen der Familien in KiD 0-3 erfasst werden konnten und wie häufig diese in den Familien vorzufinden sind. Daran anschließend wurden ungleiche Startbedingungen in die Elternschaft beleuchtet, indem das Risiko- und Gesundheitsverhalten von Müttern in Abhängigkeit von Lebenslagen und biografischen Risikofaktoren betrachtet wurde. Für verschiedene Gruppen konnte hierbei am Beispiel des Alkohol- und Tabakkonsums in der Schwangerschaft sowie des Stillverhaltens gezeigt werden, dass das Verhalten von Müttern stark von den Lebenslagen und vermutlich auch von den damit verbundenen sozialen Einflüssen abhängig ist.

Wie sich elterliche Belastungen in spezifischen Lebenslagen unterscheiden, wurde außerdem für spezifische Gruppen von Familien analysiert, die häufig explizit zu den Zielgruppen der Frühen Hilfen gezählt werden: Familien mit Armutsgefährdung, Familien mit Migrationshintergrund, alleinerziehende Elternteile sowie Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. Dabei wurden spezifische Belastungsprofile erstellt, die Besonderheiten dieser Familien deutlich machen und auch auf je spezifische Unterstützungsbedarfe verweisen. Diese Hinweise können in der Praxis für die Gestaltung und Umsetzung von Angeboten für spezifische Zielgruppen fruchtbar gemacht werden.

KiD 0-3 wirft auch ein Schlaglicht auf die Versorgungssituation im Bereich der psychosozialen Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Es bestätigt sich das Präventionsdilemma: Universell-präventive Regelangebote sowohl des Gesundheitsbereichs als auch der Kinder- und Jugendhilfe sind von teilweise hoher sozialer Selektivität geprägt, d. h. Familien aus den spezifischen Zielgruppen nehmen diese Angebote seltener wahr. Damit verstärkt sich (meist ungewollt) die Benachteiligung von Familien in Belastungslagen, da sich deren Teilhabe- und Gesundheitschancen weiter verschlechtern. Selektive und indizierte Angebote adressieren die Probleme dieser Gruppen und werden trotz geringerem Kenntnisstand auch überproportional häufig von diesen genutzt. Dies ist vermutlich der höheren Belastung geschuldet, der von den Versorgungsstrukturen begegnet wird.

Angebote der Frühen Hilfen scheinen dagegen geeignet zu sein, auch belastete Gruppen mit universellen und selektiven Präventionsmaßnahmen zu erreichen. Die Versorgungssituation mit dem Angebot der Frühen Hilfen, der aufsuchenden Begleitung durch Familienhebammen und vergleichbar qualifizierten Gesundheitsfachkräften, bleibt auf der vorliegenden Datenbasis leider unklar: Unter Umständen konnte dieses sehr spezifische Angebot von den Befragten nicht immer korrekt identifiziert werden, so dass die Daten die Versorgungslage (insbesondere von Familien ohne spezifische Risikofaktoren und Belastungen) wahrscheinlich überschätzen. Dafür sprechen auch Befunde aus der Kommunalbefragung des NZFH (Pabst u. a. 2018), die geringe und nicht ausreichende Personalkapazitäten in diesem Bereich belegen und nach deren Schätzung sich sehr viel weniger Familien in einer längerfristigen aufsuchenden Begleitung befinden, als die KiD 0-3 Daten vermuten lassen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass auch die lokale Angebotsstruktur und Versorgungsdichte einen maßgeblichen Einfluss auf das Antwortverhalten der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer hat. Diese konnte jedoch bislang noch nicht ermittelt und mit den Daten aus KiD 0-3 in Beziehung gesetzt werden. Die Studienergebnisse geben dennoch einige wertvolle Hinweise auf Versorgungsdefizite und

Verbesserungsmöglichkeiten bei der Weiterentwicklung einer integrierten kommunalen Infrastruktur zur Unterstützung von Familien im Übergang zur Elternschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes.

Ein wichtiger Untersuchungsgegenstand bestand in der Rolle der Kumulation von Risikofaktoren und Belastungen in Familien. Am Beispiel eines einfachen additiven Index konnte gezeigt werden, dass die Kumulation von Risikofaktoren mit einer bedeutsam erhöhten Wahrscheinlichkeit für Misshandlungsereignisse in Familien verbunden ist.

Es sei an dieser Stelle noch auf die Limitationen der Studie verwiesen: Zum einem handelt es sich ausschließlich um Selbstberichte der Eltern, die Verzerrungen im Sinne einer sozialen Erwünschtheit aufweisen können. Zum anderen sind die Daten querschnittlich erhoben worden, sodass Zusammenhänge berichtet, die Untersuchung der Ursachen dieser Unterschiede jedoch in einem nächsten Schritt erst erfolgen kann. Darüber hinaus könnten neben Selbstauskünften durch intensivere Erhebungsmethoden (z. B. Fremdeinschätzung des Entwicklungsstandes des Kindes, Versorgungssituation vor Ort) ergänzt werden, um die Ergebnisse vertieft einzubetten.

Die Daten wurden 2014 und 2015 erhoben und nachfolgende gesellschaftliche, sozialpolitische Veränderungen konnten somit noch nicht berücksichtigt werden (z. B. Flüchtlingsmigration, Präventionsgesetz). Die Studie KiD 0-3 bildet aber eine wichtige Datenbasis für die – bereits teilweise schon auf dieser Grundlage umgesetzten – Praxisbedarfe und für die zukünftige Prävalenz- und Versorgungsforschung.

Zusammenfassend liefert KiD 0-3 zahlreiche interessante Befunde zu Lebenslagen, biografischen Risikofaktoren und der Versorgungssituation von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland. Die Analyse-möglichkeiten der Studie wurden mit den deskriptiven Beschreibungen in diesem Produkt noch bei weitem nicht ausgeschöpft. Wir hoffen, dass mit den dargestellten Ergebnissen trotzdem ein wertvoller Einblick in die Familien in Deutschland erreicht werden konnte und danken allen Familien, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt haben.

8

Literaturverzeichnis

- Andresen, S. / Galic, D. (2015):** Kinder, Armut, Familie. Alltagsbewältigung und Wege zu wirksamer Unterstützung. Gütersloh
- Appleyard, K. / Egeland, B. / van Dulmen, M. H. M. / Sroufe, L. A. (2005):** When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46. Jg., H. 3, S. 235–245
- Bauer, U. / Bittlingmayer, U. H. (2005):** Wer profitiert von Elternbildung? In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25. Jg., H. 3, S. 263–280
- Belsky, J. (1980):** Child maltreatment: An ecological integration. In: *American Psychologist*, 35. Jg., H. 4, S. 320–335
- Bengel, J. (2016):** Psychosoziale Belastung. In: *Pschyrembel online. Kategorie Grundlagenfächer der Medizin*. Berlin. <https://www.pschyrembel.de/Psychosoziale%20Belastung/S00D8> (30.09.2022)
- Bergmann, K. E. / Bergmann, R. L. / Ellert, U. / Dudenhausen, J. W. (2007):** Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50. Jg., H. 56, S. 670–676
- Bundesministerium der Justiz (2010):** Verordnung zur Erhebung der Merkmale des Migrationshintergrundes (Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung (MighEV)). Berlin
- (BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2017):** Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2004):** Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Hauptstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2010):** Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens Berlin
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2012):** Alleinerziehende in Deutschland. Lebenssituation und Lebenswirklichkeit von Müttern und Kindern. Berlin
- Brettschneider, A.-K. / Weikert, C. / Abraham, K. / Prütz, F. / von der Lippe, E. / Lange, C. (2016):** Stillmonitoring in Deutschland – Welchen Beitrag können die KiGGS-Daten leisten? In: *Journal of Health Monitoring*, 1. Jg., H. 2, S. 16–25
- 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. In: *Child abuse & neglect*, 22. Jg., H.11, S. 1065–1078

- Cohen, S. / Kamarck, T. / Mermelstein, R. (1983): A Global Measure of Perceived Stress. In: Journal of Health and Social Behavior, 24. Jg., H. 4, S. 385
- Conger, R. D. / Conger, K. J. / Martin, M. J. (2010): Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. In: Journal of Marriage and the Family, 72. Jg., H. 3, S. 685–704
- Deegener, G. / Körner, W. (2006): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. 4. Auflage, Lengerich
- (DHS) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2015): Factsheet. Alkohol in der Schwangerschaft. Hamm http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf (28.09.2022)
- Dudenhausen, J. W. (2009): Rauchen in der Schwangerschaft. Häufigkeit, Folgen und Prävention. München
- Egle, U. T. / Franz, M. / Joraschky, P. / Lampe, A., Seiffge-Krenke, I. / Cierpka, M. (2016): Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59. Jg, H. 10, S. 1247–1254
- Eickhorst, A. / Brand, C. / Lang, K. / Liel, C. / Neumann, A. / Schreier, A. / Renner, I. / Sann, A. (2015): Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0–3-jährigen Kindern. Studiendesign und Analysepotential. In: Soziale Passagen, 7. Jg., H. 2, S. 381–387
- Eickhorst, A. / Fullerton, B. / Schreier A. (2017): Psychische Belastungen bei Eltern mit Kleinkindern. Faktenblatt 5 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Eickhorst, A. / Liel, C. (2019): Design und Methoden der Studienfolge „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“. Faktenblatt 1 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Eickhorst, A. / Schreier, A. / Brand, C. / Lang, K. / Liel, C. / Renner, I. / Neumann, A. / Sann, A. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59. Jg., H. 10, S. 1271–1280
- Engfer, A. (1984): Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht zum Antrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Gewährung einer Sachbeihilfe. München.
- Evans, G. W. / Li, D. / Whipple, S. S. (2013): Cumulative risk and child development. In: Psychological Bulletin, 139. Jg., H. 6, S. 1342–1396

- Faltermaier, T. (2019):** Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, DOI: 10.17623/BZGA:224-i060-2.0 <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> (28.09.2022)
- Guterman, K. (2015):** Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. In: Child Abuse and Neglect, 45. Jg., S. 160–169
- Helfferich, C. / Hendel-Kramer, A. / Klindworth, H. (2007):** Themenheft 14. Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Herausgegeben vom Robert Koch Institut (RKI). Berlin
- Holz, G. / Laubstein, C. (2015):** Armut bei Kindern: Frühe Folgen und multiple Langzeitwirkungen. Zentrale Ergebnisse der AWO-ISS-Langzeitstudie zu Lebenslage und Zukunftschancen (armer) Kinder. In: Frühe Kindheit, 4. Jg., S. 24–33.
- Horta, B. L. / Cesar, V. / World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2013):** Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Genf
- Horta, B.L. / Loret de Mola, C. / Cesar, G. V. (2015):** Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. In: Acta Paediatrica. Nurturing The Child, 104. Jg., H. 467, S. 14–19
- Hosman, C. M. H. / van Doesum, K. T. M. / van Santvoort, F (2009):** Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. In: Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 8. Jg., H. 3, S. 250–263
- Howell, K. H. / Barnes, S. E. / Miller, L. E. / Graham-Bermann, S. A. (2016):** Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. In: Journal of Injury & Violence Research, 8. Jg., H. 1, S. 43–57
- Kamtsiuris, P. / Bergmann, E. / Rattay, P. / Schlaud, M. (2007):** Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz) 50. Jg, H. 5–6, S. 836–850
- Kessler, R. C. / Aquilar-Gaxiola, S. / Alonso, J. / Chatterji, S. / Lee, S. / Ormel, J. / Üstün, T. B. / Wang, P. S. (2009):** The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences, 18. Jg., H. 1, S. 23–33
- Kindler, H. (2002):** Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern: Folgerungen für die Praxis. Arbeitspapier. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI) München
- Kindler, H. (2010):** Risikoscreening als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53. Jg., H. 10, S. 1073–1079

- Kindler, H. (2013): Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung. Ein aktualisierter Forschungsüberblick.** In: B. Kavemann / U. Kreyssig (Hrsg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt.3., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Wiesbaden, S. 27–46
- Klein, S. / Harden, B. J. (2011):** Building the evidence-base regarding infants/toddlers in the child welfare system. In: Children and Youth Services Review, 33. Jg., H. 8, S. 1333–1336
- Kuntz, B / Zeiher, J / Starker, A / Prütz, F / Lampert, T. (2018):** Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, 3. Jg., H. 1, S. 47–53
- Kübber, E. (2014):** Aspekte seelischer Gesundheit im Kleinkindalter. Entwicklung und Validierung eines Screening-Instruments zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Inaugural-Dissertation. München
- Lampert, T. / Hagen, C. / Heizmann, B. (2010):** Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Herausgegeben vom Robert Koch Institut (RKI). Berlin.
- Lanfranchi, A. / Burgener Woeffray, A. (2013): Familien in Risikosituationen durch frühkindliche Bildung erreichen.** In: Stamm, M. / Edelmann, D. (Hrsg.): Handbuch frühkindliche Bildungsforschung. Wiesbaden, S. 603–616
- Laubstein, C. / Holz, G. / Seddig, N. (2016):** Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.
- Lawson, J. (2019):** Domestic violence as child maltreatment: Differential risks and outcomes among cases referred to child welfare agencies for domestic violence exposure. In: Children and Youth Services Review, 98. Jg., S. 32–41
- Lenz, A. (2014):** Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen
- Lenz, A. (2017):** Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen. Grundlagen- und Handlungswissen. In: Materialien zu Frühen Hilfen 9. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina / Acatech Deutsche Akademie der Technikwissenschaften / Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2014):** Frühkindliche Sozialisation. Biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven. Stellungnahme. Halle, Saale
- Lewinsohn, P. / Rohde, P. / Klein, D./ Seeley, J. (1999):** Natural courses of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38. Jg., H.1, S. 56–63

- Lorenz, S. / Fullerton, B. / Eickhorst, A. (2018):** Zusammenhänge des Stillverhaltens mit der familiären Belastungssituation. In: Faktenblatt 7 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Löwe, B. / Wahl, I. / Rose, M. / Spitzer, C. / Glaesmer, H. / Wingenfeld, K. / Schneider, A. / Brähler, E. (2010):** A 4-item measure of depression and anxiety. Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. In: Journal of affective disorders, 122. Jg., H. 1–2, S. 86–95
- Melhuish, E. (2013):** Die frühkindliche Umgebung: langfristige Wirkungen frühkindlicher Bildung und Erziehung. In: Correll, L. / Lepperhoff, J. (Hrsg.): Frühe Bildung in der Familie. Perspektiven der Familienbildung. Berlin, S. 209–222
- Milner, J. S. (1986):** The Child Abuse Potential Inventory. Manual. Webster, North Carolina
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016):** Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag 1 des NZFH-Beirats. 2. Auflage. Köln.
- Pabst, C. / Sann, A. / Salzmann, D. / Küster, E.-U. (2018):** Im Profil: Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Datenreport Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen 2017 (NZFH). Köln, S. 54–71
- Plener, P. L. / Ignatius, A. / Huber-Lang, M. / Fegert, J. M. (2018):** Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. In: Nervenheilkunde, 36. Jg., H. 03, S. 161–167.
- Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e. V. (Hrsg.) (2018):** Allgemeine Infos. Frankfurt am Main. <https://www.fruehgeborene.de/familie/allgemeine-infos.htm> (29.09.2022)
- (RKI) Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Ruf-Leuschner, M. / Brunnemann, N. / Schauer, M. / Pryss, R. / Barnewitz, E. / Liebrecht, M. / Kratzer, W. / Reichert, M. / Elbert, T. (2016):** Die KINDEX-App – ein Instrument zur Erfassung und unmittelbaren Auswertung von psychosozialen Belastungen bei Schwangeren in der täglichen Praxis bei Gynäkologinnen, Hebammen und in Frauenkliniken. In: Verhaltenstherapie, 26. Jg., H. 3, S. 171–181
- Sabourin, S. / Valois, P. / Lussier, Y. (2005):** Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a non-parametric item analysis model. In: Psychological Assessment, 17. Jg., H. 1, S. 15–27
- Schleußner, E. (2013):** The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. In: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 110, S. 227–36

- Scholz, R. / Voigt, M. / Schneider, K. / Rochow, N. / Hagenah, H. P. / Hesse, V. / Straube, S. (2013): Analysis of the German perinatal survey of the years 2007–2011 and comparison with data from 1995–1997: Maternal Characteristics. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 73. Jg., H. 12, S. 1247–51
- Schreier, A. / Brand, C. / Eickhorst, A. / Lang, K. / Liel, C. / Neumann, A. / Renner, I. (2014): Vortrag auf dem International congress on child abuse and neglect “KiD 0-3: National prevalence study of psychosocial burdens in early childhood – First results from two pilot studies and a newly developed risk inventory” am 14.09.2014 in Nagoya
- Sroufe, L. A. / Egeland, B. / Carlson, E. A. / Collins, W. A. (2009): The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York / London
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) (2017): Daten zum durchschnittlichen Alter der Mutter bei Geburt in Deutschland für die Jahre 2012 bis 2017. Wiesbaden. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-mutteralter.html> (28.09.2022)
- Stith, S. M. / Liu, T. / Davies, L. C. / Boykin, E. L. / Alder, M. C. / Harris, J. M. / Som, A. / McPherson, M. / Dees, J. E. M. E. G. (2009): Risk factors in child maltreatment. A meta-analytic review of the literature. In: Aggression and Violent Behavior, 14. Jg., H. 1, S. 13–29
- (SVR-G.) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Bonn
- Thönnissen, C. / Wilhelm, B. / Alt, P. / Friedrich, S. / Walper, S. (2017): Pairfam. Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics. Scales Manual of the German Family Panel. Gefördert als Langzeitprojekt durch die deutsche Forschungsgemeinschaft. München
- Thornberry, T. P. / Henry, K. L. (2013): Intergenerational continuity in maltreatment. In: Journal of Abnormal Child Psychology, 41. Jg., H. 4, S. 555–569
- Tröster, H. (2010): EBI Manual. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Hogrefe.
- (UNESCO) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Hrsg.) (2012): International Standard Classification of Education. ISCED 2011. Montreal/Quebec
- Walper, S. (2006): Belastungen in der Familie und Ansätze der Prävention. In: Weißbuch Prävention (Hrsg.): Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Berlin/ Heidelberg, S. 85–98
- Weissmann, M. / Wickramaratne, P. / Nomura, Y. / Warner, V. / Pilowsky, D. / Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. In: The American Journal of Psychiatry, 163. Jg., H. 6, S. 1001–1008
- Wittchen, H. / Jacobi, F. / Klose, M. / Ryl, L. (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 51. Depressive Erkrankungen. Herausgegeben vom Robert Koch Institut (RKI). Berlin, S. 1–43

Wu, S. S. / Ma, C.-X. / Carter, R. L. / Ariet, M. / Feaver, E. A. / Resnick, M. B. / Roth, J. (2004): Risk factors for infant maltreatment. A population-based study. In: *Child Abuse & Neglect*, 28. Jg., H. 12, S. 1253–1264

Ziegler, H. / Seelmeyer, U. (2011): Erleben und Bewältigung von Armut und Arbeitslosigkeit bei Alleinerziehenden. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 42. Jg., H. 2, S. 32–42

Impressum

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI)
Maarweg 149–161
50825 Köln
Telefon: 0221 8992-0
<https://www.fruehehilfen.de>

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. Sabine Walper

Autorinnen und Autoren:

Simon Lorenz, Alexandra Sann, Susanne M. Ulrich, Johanna Löchner,
Carolin Seilbeck, Christoph Liel, Sabine Walper
NZFH, DJI

Artikelnummer:

D81000207

Satz:

MGE MEDIA GROUP ESSEN GmbH

Gestaltung Grundlayout:

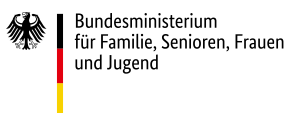
Designbüro Lübbecke Naumann Thoben, Köln

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

