

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3683>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Roos, Jeanette

**Titel:** Präventive Interventionen in der frühen Kindheit -  
Implikationen für Forschung und Qualitätssicherung

**Erscheinungsjahr:** 2012

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61  
(10), 738-749

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

# Präventive Interventionen in der frühen Kindheit – Implikationen für Forschung und Qualitätssicherung

Jeanette Roos

## Summary

*Early Childhood Prevention: Implications for Applied Research and Quality Management*

The importance of prevention has received increasing recognition the world over. In Germany, laws are being enacted and initiatives are taken to make prevention a firmly anchored and integral part of public health care. Preventive measures in early childhood encompass a great breadth and variety of resources. However, any specific preventive measure can only be justified to the extent that it has been proven to be efficient and effective. In Germany small collection of studies have shown the efficacy of psychosocial prevention and early intervention programs. Quality standards can only be determined when empirical evidence has demonstrated the prerequisites for ensuring successful treatment. Criteria for success must include life quality or academic success (school achievement). The stability of the family must also be assessed both before and after the intervention.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 738-749*

## Keywords

early childhood prevention – efficacy of psychosocial prevention – quality standards – empirical evidence – result quality

## Zusammenfassung

Die Bedeutung von Prävention wird weltweit zunehmend anerkannt. In Deutschland ist seit Jahren ein Präventionsgesetz in Vorbereitung, das Vorbeugung zu einem festen gesetzlich verankerten Bestandteil der Gesundheitsversorgung machen soll. Zudem existieren seit 2005 zahlreiche bundesweite Initiativen im Bereich früher Hilfen. Präventionsmaßnahmen binden meist erhebliche Ressourcen unterschiedlichster Art. Sie sind daher nur dann gerechtfertigt, wenn sie nachweislich wirksam und effizient sind. Die Festlegung von Qualitätsstandards kann erfolgen, wenn empirisch erforscht wird, welche Eigenschaften erfüllt sein müssen, um einen guten Behandlungserfolg zu gewährleisten bzw. zu erzielen. In Deutschland belegen einige wenige Studien die Wirksamkeit psychosozialer Präventionsprogramme bzw. von Frühinterventionen. Forschungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich der Ergebnisqualität: Erfolgskriterien sind dabei z. B. Lebensqualität und Stabilität der Familien vor und nach der Intervention sowie langfristig der Schulerfolg der Kinder.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 738 – 749 (2012), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

## Schlagwörter

Frühe Hilfen/Prävention in der frühen Kindheit – Wirkfaktoren – Qualitätsstandards – empirische Evidenz – Ergebnisqualität

### 1 Hintergrund

In den ersten Monaten nach der Geburt werden entscheidende Weichen für die Eltern-Kind-Beziehung gestellt und damit für das gesunde Aufwachsen eines Kindes. Nicht immer sind Eltern in der Lage auf die Bedürfnisse ihres Säuglings/Kleinkindes angemessen zu reagieren. Oft wird gerade die erste Entwicklungsphase der Kinder von den Eltern als besonders anforderungsreich erlebt und die Risiken für das Wohlergehen der Kinder sind erhöht (Sann, 2012). In Folge können frühe Regulationsstörungen, Störungen der Eltern-Kind-Beziehung und Entwicklungsstörungen entstehen. Häufig wird auf diese Weise schon früh der Grundstein für spätere Verhaltensauffälligkeiten gelegt. Durch Studien ist gut belegt, dass etwa jedes fünfte Kind erheblichen psychosozialen Belastungen wie schwierigen sozialen Umgebungen, schweren Erkrankungen in der Familie, psychisch kranken Eltern oder Verlustsituationen ausgesetzt ist (vgl. Deutsch u. Wenglorz, 2001). Je weniger Schutzfaktoren vorhanden sind, desto gravierender wirken sich solche Stressoren aus. Auf der Ebene des psychischen Erlebens und Verhaltens der Kinder kann es dann zu emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen kommen. Störungen der Entwicklung können zu einer erheblichen Reduzierung der Bildungs- und Lebenschancen von Kindern führen. Bei den betroffenen Eltern und Familien führen Stressfaktoren häufig dazu, dass sie in ihren Erziehungsfertigkeiten überfordert sind. Mangelnde Erziehungskompetenz erhöht ihrerseits das Konfliktpotenzial in Familien mit entsprechend nachteiligen Konsequenzen für die Kinder – ein Teufelskreis.

In den ersten Lebensjahren werden häufig die Weichen für die spätere Entwicklung der Kinder und ihrer Familien gestellt. Besonders Familien, die zahlreichen psychosozialen Risikobedingungen ausgesetzt sind, gelangen oft erst spät oder gar nicht mit Institutionen in Kontakt, von denen ihnen Hilfe und Unterstützung zuteil werden könnte. Ergebnisse von Studien zu Langzeitfolgen von psychischen Belastungen (vgl. etwa Egle, Hardt, Franz, Hoffmann, 2002) weisen eindrücklich darauf hin, dass vorbeugende Maßnahmen zum Schutz der Kinder indiziert sind, will man den Problemen nicht hinterherlaufen. Haben sich Schwierigkeiten erst einmal manifestiert, sind Interventionen meist langwierig, für die Betroffenen strapaziös und für die Gesellschaft kostenintensiv. Eine besondere Bedeutung kommt möglichst frühzeitigen präventiven Bemühungen um eine Begrenzung von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren für ein gesundes Aufwachsen der Kinder sowie einer positiven Familienentwicklung zu. Durch eine konsequente Vorbeugung bzw. Prävention können entwicklungsgefährdeten Kindern zeitaufwändige und belastende Interventionen erspart und eine unkompliziertere Kindheit ermöglicht werden. Dazu werden wirk-

same Präventionsprogramme benötigt. Wichtig ist nicht nur deren im Hinblick auf Ansatzpunkt und Zielgruppe möglichst flächendeckende Verbreitung, sondern auch ein kritisches Hinterfragen ihrer Effektivität, d. h. die Evaluation präventiver Programme (s. u.).

Der kindliche Entwicklungsweg wird entscheidend durch das Verhältnis der vorherrschenden Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt (vgl. Petermann, Niebank, Scheithauer, 2005). Frühprävention soll das Auftreten kindlicher Störungen durch die Beseitigung von Risikofaktoren und den Aufbau von Schutzfaktoren verhindern. Sie richtet sich insbesondere an

- Familien als Einheit (z. B. Verbesserung der Wohnsituation, Änderung des allgemeinen Lebensstils).
- Eltern/primäre Bezugspersonen: Erhalt sozialer Unterstützung (z. B. durch Ausbildungsmaßnahmen für Mutter und/oder Vater, emotionaler Art) oder Förderung des Erziehungsverhaltens (z. B. Erziehungsstil, Erziehungspraktiken, Formen der Informationsvermittlung). Diese Programme finden in der Regel innerhalb der ersten zwei bis drei Lebensjahre des Kindes in Form von wöchentlichen oder monatlichen Hausbesuchen statt (z. B. durch Gemeindegesundheitsschwester, Familienbegleiterinnen, Mitarbeiter aus Familien- und Erziehungsberatungsstellen).
- Kinder: Förderung grundlegender Fähigkeitsbereiche (z. B. soziale oder sprachlich-kommunikative Kompetenzen, Vorläuferfähigkeiten für den Schriftsprach- oder den Rechenerwerb). Kindzentrierte Programme werden meist ab dem dritten bis vierten Lebensjahr bis zur Schulzeit durchgeführt.

## 2 Nutzen von Prävention

Zunehmend wird die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung weltweit anerkannt. Prävention wie Gesundheitsförderung haben das Ziel, die Häufigkeit von Erkrankungen, Störungen und Behinderungen zu verringern. Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sich hinsichtlich ihrer theoretischen Verankerung. Während die Prävention eher mit dem Konzept der Pathogenese verknüpft und daher bestrebt ist, Gesundheitsrisiken, die im Individuum oder der Umwelt liegen können, zu beseitigen oder zu verringern, geht die Gesundheitsförderung vom Konzept der Salutogenese aus. Hier wird das Nichtauftreten bzw. eine Verringerung von Erkrankungen und Störungen durch die Förderung und Aktivierung individueller und gesellschaftlicher Ressourcen angestrebt. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen ergänzen sich im Idealfall (vgl. etwa BZgA, 2001).

Durch Prävention und Gesundheitsförderung hat jeder die Chance, aktiv Krankheiten wie psychosozialen Risikobedingungen vorzubeugen. Jede Krankheit, jede Störung, die nicht entsteht und jedes Risiko, das abgewendet werden kann, erhöht die Lebensqualität und hilft Kosten zu sparen. Diverse Forschungsergebnisse legen nahe, als Ansatzpunkte für Prävention Risikofaktoren zu reduzieren und Schutzfaktoren zu

stärken. Risikofaktoren können mit der Entwicklung von abweichendem Verhalten einhergehen, Schutzfaktoren beugen dem vor. Die Gesamtbelastung eines Kindes und seiner Familie sowie die Entwicklungsprognose des Kindes ergeben sich aus der Bilanz von Schutz- und Risikofaktoren. Zudem lässt sich daraus bestimmen, welche und wie viele Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Schwierigkeiten zu begegnen und ein günstigeres Entwicklungsergebnis herbeizuführen. Dabei hat sich deutlich gezeigt, dass Störungen nicht nur durch Risiken zustande kommen, sondern auch durch mangelnde Unterstützung und Fähigkeiten des Individuums zu deren Bewältigung. Soziale Unterstützung und Bewältigungskompetenzen sind Schutzfaktoren, welche die Wirkung von Risikofaktoren abfedern oder sogar außer Kraft setzen und zu positiven Entwicklungsverläufen beitragen (vgl. Jungmann, im Druck). Als wichtigste Risikofaktoren gelten:

- niedriges Bildungsniveau der Eltern,
- frühe Elternschaft bzw. unerwartete Schwangerschaft,
- mangelnde Bewältigungsfähigkeiten der Eltern,
- unzureichende Lebensverhältnisse (z. B. Armut, beengte Wohnverhältnisse, mangelnde soziale Integration, chronische Schwierigkeiten) und
- Störungen der Eltern (z. B. Depression der Mutter, Delinquenz des Vaters, Hyperkinetische Störung der Eltern).

Als Schutzfaktoren, die vor der Entwicklung von Störungen schützen, gelten hauptsächlich:

- die stabile Beziehung des Kindes zu mindestens einer Bezugsperson,
- die Verfügbarkeit von weiteren Personen außer den Eltern, die sich dem Kind zuwenden (Großeltern, weitere Personen im Hause),
- eine gute soziale Einbettung der Familie,
- die Fähigkeit der Familie, soziale Probleme zu lösen,
- die Verfügbarkeit von ausgleichenden Einrichtungen (Kindergarten, Schule) sowie
- das Erledigen altersentsprechender Entwicklungsaufgaben durch das Kind selbst.

Fachliche Diskussionen und laufende Forschungsarbeiten beschäftigen sich damit, wie bei der Begrenzung von Risikofaktoren und der Stärkung von Schutzfaktoren für ein gesundes Aufwachsen der Kinder vorzugehen ist. Überlegt und beforscht wird, welche Zielgruppen verstärkt angesprochen werden sollen, wie diese erfolgreich erreicht werden und welche Professionen und Dienste hierbei noch stärker einbezogen werden können (Deutsche Liga für das Kind e. V. u. Nationales Zentrum für Frühe Hilfen, 2012; Renner, Sann, NZFH, 2010).

In Deutschland ist nun schon seit 2005 ein Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention auf dem Weg, welches Vorbeugung bzw. präventive Maßnahmen zu einem festen gesetzlich verankerten Bestandteil der Gesundheitsversorgung machen soll. Gegenwärtig werden nur etwa zehn Prozent der Ausgaben im Gesundheitssystem für Prävention zur Verfügung gestellt. Sozialsysteme finanzieren überwiegend korrek-

tive Interventionsformen, wie Therapie und Rehabilitation manifester Störungen und Erkrankungen. Angesichts der intuitiven Plausibilität des Satzes „Vorbeugen ist besser als Heilen“ und auch der beeindruckenden Erfolge, welche u. a. die Präventivmedizin beispielsweise mit Schutzimpfungen auf vielen Gebieten erreichen konnte, verwundert es, dass ein Umdenken primär durch wirtschaftliche Zwänge angestoßen wurde und wird. Der Anteil der Ausgaben für präventive Maßnahmen, auch der Prävention von Verhaltens- und Entwicklungsproblemen, soll künftig deutlich höher liegen. Ein verstärkter präventiver Fokus unseres Gesundheitssystems wird auf vielen einschlägigen Fachtagungen und in unzähligen Publikationen gefordert (vgl. etwa Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2004). Dem steht gegenüber, dass unter dem Druck sinkender sozialer Ressourcen die Wahrscheinlichkeit einer impliziten Abkehr von präventiven Maßnahmen steigt. Brandstädter (1982) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass im Rahmen präventiver Maßnahmen ohne unmittelbar erkennbare Probleme Handlungen initiiert werden, was häufig weder der individuellen Handlungsplanung noch dem Rational gesellschaftlicher Entscheidungsprozesse entspricht.

Im Jahr 2005 wurde mit dem Start des Bundesprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kindern und soziale Frühwarnsysteme“ sowie der Gründung des Nationalen Zentrums Früher Hilfen (NZFH) im Jahr 2007 eine Entwicklung angestoßen, die Wirkung auf viele Bereiche des Gesundheitswesens und in den sozialen Diensten, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, zeigt. Mit dieser Initiative sollen die Entwicklungsbedingungen für Kinder in der Zeit zwischen Schwangerschaft und Ende des Kleinkindalters verbessert werden (Walper u. Langmeyer, 2012). International wurden in den USA bereits in den 70er Jahren Initiativen implementiert, die auf die Nutzung früher Chancen für Kinder und deren Eltern gerichtet sind und mit denen insbesondere ein verbesserter Kinderschutz forciert werden sollte. Im Rahmen des Kinderschutzes vollzog sich ein Perspektivenwechsel von der Begrenzung manifester Problemlagen hin zu präventiven Ansätzen, insbesondere die Stärkung der Familien im Vorfeld möglicher Risikoentwicklungen (Steed, 2012). Walper und Langmeyer (2012) beschreiben, dass deutlich früher als bei uns sich die Bemühungen auf die ersten Lebensjahre und die Zeit vor dem Schulbeginn konzentrierten (vgl. Head Start Programm), damit kommt u. a. Bildungseinrichtungen wie Krippen und Kindergärten ein größeres Gewicht bei der förderlichen Unterstützung der kindlichen Entwicklung und Bildung zu.

### 3 Anforderungen an Präventionsprogramme

Bei Suchodoletz (2007) finden sich zahlreiche sinnvolle Forderungen an Präventionsprogramme, auf die es sich an dieser Stele einzugehen lohnt. Er betont, dass die Parameter der Bewertung aussagefähig sein müssen und darüber hinaus alle wesentlichen Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind, was häufig schwierig ist. Ein weiteres Kriterium, das Präventionsprogramme erfüllen sollten, ist Effizienz. Stets ist zu prüfen, „ob sich vergleichbare Effekte nicht mit anderen Programmen ko-

stengünstiger oder schneller hätten erreichen lassen und ob der Nutzen pro eingesetztem Euro für die Bevölkerung an anderer Stelle nicht höher wäre“ (Suchdoletz, 2007, S. 6). Der Einführung eines Programms sollte zudem eine Risikoabwägung vorausgehen. Negative Wirkungen können auch bei sinnvollen und notwendigen Präventionsbemühungen auftreten. Der Einsatz von Programmen für spezifische Problemgruppen führt möglicherweise zu unbeabsichtigten Stigmatisierungen und/oder Ausgrenzungen der jeweiligen Zielgruppe. Auch eine Verstärkung des Problemverhaltens, das zu mindern eigentliches Ziel war, ist nicht auszuschließen (vgl. die Initiative gegen Alkohol in USA). Wenn Zielgruppen aus bildungsfernen Schichten kommen, sind Wege kurz zu halten, Zugangshürden zu vermeiden und die Erreichbarkeit zu vereinfachen. Bei Familien mit Migrationshintergrund sind zudem kulturelle Besonderheiten zu respektieren und berücksichtigen sowie mögliche sprachliche Hürden zu überwinden. Die Verbreitung und Einführung von Präventionsprogrammen in die Praxis erweist sich nicht selten als ein weiteres Problem. Von 14 als effektiv anerkannten Präventionsprogrammen für Kinder bzw. Eltern wurden nach 15 Jahren lediglich 5 tatsächlich in der Praxis eingesetzt (vgl. Rotheram-Borus u. Duan, 2003). Soziales Geschick und Einsatz der Entwickler/innen erwiesen sich als der entscheidende Faktor für eine erfolgreiche Einführung der Programme. Nur wenn sich diese in ihrer weiteren beruflichen Karriere für die Implementierung des Programms einsetzten, zum Beleg der Effektivität Replikationsstudien durchführten, Politiker und Politikerinnen sowie die Öffentlichkeit ansprachen, hatte das Programm auch eine Chance sich durchzusetzen. In diesem Zusammenhang wird gar die Anwendung von Produktentwicklungs- und Markteinführungsstrategien aus der Wirtschaft empfohlen. Dies hat zur Folge, dass im Grunde bereits vor Beginn der Entwicklung eines Programms zu prüfen ist, ob das Programm bei zukünftigen Anwendern bzw. den zuständigen Behörden usw. Akzeptanz findet. Fester Bestandteil der Praxiseinführung müsste auch die Weiterentwicklung im Verlaufe der Anwendung sein. Die aufgeführten Punkte zeigen, dass die an Präventionsprogramme zu stellenden Anforderungen sehr hoch sind. Allein guter Wille und eine Einschätzung der Nützlichkeit von Initiativen „aufgrund des gesunden Menschenverstandes“ reichen, da ist Suchdoletz (2007, S. 8) beizupflichten, bei weitem nicht aus.

Ein weiterer Aspekt liegt in der theoretischen Fundierung von Präventionsprogrammen. Natürlich kann Prävention auch dort wirksam sein, wo die entscheidenden Bedingungen für Störungen nicht bis in letzte Detail erkannt sind, dafür liefert u. a. die Geschichte der Präventivmedizin zahlreiche Beispiele (Quarantäne, Choleraepidemie, Pockenschutz usw.). Praktische Erfolge und effizientes Handeln werden aber nicht erzielt, weil, sondern allenfalls *obwohl* handlungsleitende theoretische Annahmen unpräzise oder gewählte ätiologische Konzepte nicht passend sind. Ein nach gängigen wissenschaftstheoretischen Gütekriterien qualifiziertes Theoriewissen ist allerdings keine Garantie für erfolgreiches präventives Interventionshandeln, denn die Anwendung theoretischer Hypothesen geschieht in der Regel in Verbindung mit interpretativen und operativen Hilfsannahmen. Auch beziehen sich Theorien im Allgemeinen

auf idealisierte Ausschnitte der Wirklichkeit und bieten schon aus diesem Grund vielfach keine ausreichende Wissensgrundlage für konkrete präventive Interventionsmaßnahmen. Wenn diese trotz theoretischer Unsicherheiten verantwortet werden, weil z. B. der erwartete Nutzen die erwarteten Kosten eines Misserfolges deutlich überwiegt, ist darauf zu achten, dass durch eine systematische Koppelung von Intervention und Evaluation auch die methodischen Voraussetzungen gegeben sind, unter denen aus Fehlern gelernt werden kann. Neben einer guten theoretischen Fundierung der Programme, die entscheidend vom Wissen über längerfristige Entwicklungen ohne den Einsatz präventiver Maßnahmen abhängt, spielt ohne Zweifel die nachgewiesene Wirksamkeit eine wichtige Rolle im Rechtfertigungszusammenhang präventiver Interventionen. Auf diese soll in einem gesonderten Abschnitt eingegangen werden.

#### 4 Wirksamkeit von Präventionsprogrammen

Präventionsmaßnahmen erzeugen Kosten, sie binden in der Regel erhebliche Ressourcen unterschiedlichster Art. Aus diesem Grund sind sie genau genommen nur dann gerechtfertigt, wenn ihr Einsatz auch nachweislich wirksam und effizient ist. Weitestgehend unberücksichtigt bleibt gegenwärtig noch, dass auch die Evaluation entsprechender Programme ziemlich kostenintensiv ist. Den Beleg für die Wirksamkeit eines Präventionsprogramms zu erbringen ist nicht leicht – mit aussagefähigen und passgenauen Methoden ist jeweils nachzuweisen, dass die Präventionsmaßnahme die Häufigkeit von Störungen, Erkrankungen und dergleichen zu senken in der Lage ist und darüber hinaus erzielte Effekte auch über längere Zeit anhalten.

Seit 2007 verfügen wir, dank der Arbeit von Cierpka, Stasch und Groß (2007), über eine „Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland“. Ziel der Expertise ist eine empirische Bestandsaufnahme der Versorgungslage und -qualität im Bereich der Prävention und Frühintervention. Es handelt sich dabei um die Erfassung von Angeboten, die bereits innerhalb der Versorgungsstruktur zur Verfügung stehen. Darüber hinaus existieren zahlreiche Modelle und Programme, deren Implementierung in ein psychosoziales System noch ausstehen. Viele dieser Programme sind vom Augenschein her vernünftig und auch sinnvoll. Ob sie tatsächlich einen Nutzen bringen, wird bislang kaum geprüft und häufig sind die Ergebnisse ernüchternd, wenn dies geschieht. Es existieren kaum Forschungsergebnisse zu den Wirkfaktoren sowie der differenziellen Wirkung verschiedener präventiver Interventionen und Behandlungsansätze. Forschungsbedarf besteht also insbesondere hinsichtlich der Ergebnisqualität: Sie umfasst verschiedene Aspekte, die von der eigentlichen Behandlung, über die Einflussnahme sozialer und psychologischer Funktionen bis hin zu gesundheitsbezogenen Kognitionen, Wissens- und Verhaltensänderungen sowie die Zufriedenheit der Zielgruppe bzw. Hilfesuchenden reichen können. Zur Verdeutlichung der Notwendigkeit einer Effektivitätsprüfung seien unter anderem Antiraucherprogramme wie „Be smart –

Don't start“ an Schulen genannt. Bei diesem und auch anderen Programmen konnte nachgewiesen werden, dass die Effekte in der Regel nur Monate anhalten und sich dann die Konsummuster wieder angleichen und sich nicht von Vergleichsklassen ohne Programmteilnahme unterscheiden lassen (vgl. Hanewinkel, Wiborg, Isensee, Nebot, Vartiainen, 2006).

International ist die Präventionsforschung deutlich besser aufgestellt als in Deutschland. Seit einigen Jahren werden Studien vorgestellt, die ihren Niederschlag auch im deutschen Sprachraum fanden und finden (Weissberg u. Kumpfer, 2003). Da die Prävalenz von gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemen bei Kindern und Jugendlichen hoch ist (vgl. Ihle u. Esser, 2002), kann mit Beelman (2006, S. 151) festgehalten werden „diese Forschungsinitiativen tun Not“. Bei Beelman (2006) findet sich auch eine Zusammenfassung von Ergebnissen und Effekten von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1995 bis 2006. Darunter sind auch Projekte/Programme zur allgemeinen Entwicklungsförderung. Der gemeinsame Nenner von Programmen dieser eher heterogenen Kategorie lag im Ziel einer breiten Entwicklungsförderung von Kindern. Dazu zählen einerseits Frühförder- und Vorschulprogramme im Altersbereich bis sechs Jahre (z. B. das Infant Health and Developmental Program; vgl. z. B. Brooks-Gunn et al., 1994), andererseits die altersmäßig und inhaltlich weiter gefassten Programme zur Elternbildung und Familienunterstützung (vgl. z. B. Kagan u. Weissbourd, 1994). Programme zur allgemeinen Entwicklungsförderung erzielen insgesamt eher höhere Wirkungen (Mrazek u. Brown, 2002), allerdings treten zwischen den Studien große Ergebnisunterschiede auf, so dass allgemeine Aussagen trotz der hohen Anzahl von Einzeluntersuchungen kaum möglich sind (Layzer, Goodson, Bernstein, Price, 2001). Betrachtet man die Art der Prävention, erzielen universelle Präventionsmaßnahmen geringere Effekte als gezielte. Strukturierte, fähigkeitsorientierte und interaktive Programme sind den auf Information und Aufklärung setzenden weit überlegen (vgl. Botvin u. Griffin, 2004). Die Vermittlung konkreter Verhaltenskompetenzen sowie das Üben und Anwenden dieser Kompetenzen erweist sich als ausgesprochen günstig (Bakermans-Krannenburg, van Ijzendoorn, Juffer, 2003; Lösel u. Beelman, 2003). Zu favorisieren sind damit auch kognitiv-behaviorale und multimodale Programmansätze. Sie werden in der Regel ausgesprochen strukturiert angeboten, sind lerntheoretisch sorgfältig fundiert und insgesamt besser auf wichtige Gestaltungsprinzipien der Prävention wie beispielsweise die Orientierung an empirischen Befunden zu Risiko- und Schutzfaktoren bezogen (Beelman, 2000; Nation et al., 2003). Auch bei als wirksamen einzuordnenden Programmen liegen mitunter schwerwiegendere Erkenntnisdefizite vor. Differenzielle Fragen zur optimalen Durchführung, zur notwendigen und hinreichenden Intensität/Dauer der Programme und zur Art der Implementierung lassen sich nur selten schlüssig beantworten, obgleich sie für die praktische Umsetzung von großer Bedeutung wären (vgl. etwa die Ergebnisse zu den Formaten bei Elterntrainings von Wyatt Kaminski, Valle, Filene, Boyle, 2008).

## 5 Ausblick

An der Entwicklung und Evaluation von Präventionsprogrammen besteht nicht nur im Bereich der frühen Kindheit anhaltend großer Bedarf. Nur wenige Studien im deutschsprachigen Raum belegen bislang die Wirksamkeit psychosozialer Präventionsprogramme bzw. früher präventiver Interventionen. Insofern besteht weiterer Forschungsbedarf. In Anlehnung an Cierpka et al. (2007) sind dabei mehrere Punkte zu berücksichtigen. Im gesamten Bereich frühkindlicher psychosozialer Interventionen bedarf es prospektiv angelegter Längsschnittstudien, welche die Effizienz bzw. längerfristigen Wirkungen präventiver Maßnahmen belegen können. Dabei ist nicht nur an die Evaluation von Programmen, sondern auch an die grundsätzliche Rechtfertigung präventiver Handlungsstrategien im gesellschaftlichen Zusammenhang zu denken. Weitere Forschungsdefizite betreffen eine stärkere Implementations- und Prozessforschung, damit die relevanten Wirkmechanismen der Programme besser verstanden und Erkenntnisse über die spezifischen Merkmale einer adäquaten Verwaltung von Programmen gewonnen werden können (Domitrovich u. Greenberg, 2000).

Erfolgskriterien sind nicht nur die psychische Gesundheit der Kinder, sondern auch ihre Lebensqualität und vor allen Dingen ihre Schul- bzw. Bildungserfolg. Außerdem spielt die Stabilität von Familien vor und nach der Intervention eine Rolle – ein Aspekt, der sich nur über Prä-Post-Kontrollgruppendesigns beantworten lässt. Zur Abschätzung des Erfolgs verschiedener Ansätze der Frühprävention sind insbesondere objektive Evaluationsstudien zur Ergebnisqualität notwendig. Dabei ist es zwingend erforderlich, konkrete Ziele von Maßnahmen zu benennen. Um mehr Sicherheit darüber zu erhalten, welche Kinder mit bestimmten Problemen oder Störungen, welcher Form der Intervention (Begleitung, Beratung oder Therapie) bedürfen, ist zudem mehr indikationsbezogene Forschung zu betreiben. Schließlich ist die Festlegung von Qualitätsstandards zu erwähnen. Sie können im Übrigen erst dann festgeschrieben werden, wenn auch empirisch erforscht ist, welche Eigenschaften Leistungserbringer/innen erfüllen müssen, um eine gute Durchführung oder Behandlung im Zuge der Maßnahme zu gewährleisten.

Für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in der psychosozialen Regelversorgung und zur Information von politischen Entscheidungsträgern ist der monetäre Wert von Präventionsmaßnahmen von Bedeutung (vgl. Swisher, Scherer, Yin, 2004; Welsh u. Farrington, 2001). Kosten-Nutzen-Überlegungen korrespondieren auch mit Entscheidungen zwischen alternativen Programmangeboten bzw. universellen vs. gezielten Präventionsstrategien. In diesem Zusammenhang lässt sich ein insbesondere im Jahr 2007 diskutiertes Beispiel, die Einführung eines Elternführerscheins, heranziehen. Ein solches verpflichtendes Elterntraining für alle Mütter und Väter wäre für den Staat mit erheblichen finanziellen und logistischen Anstrengungen verbunden gewesen. Die zu erwartenden Effekte universeller Strategien sind aber vergleichsweise gering, so dass es sinnvoll erschien, über kostengünstigere und spezifischere Alternativen wie z. B. Kindertrainings, Elterntrainings nur für Risikofamilien, Betreu-

ungs- und Bildungsangebote nachzudenken. Derlei Entscheidungen über die Art, die Bereitstellung und die Zielgruppen von Präventionsmaßnahmen hängen, wenn sie zuverlässig und verantwortungsvoll sein sollen, ganz wesentlich von bislang weitgehend fehlenden vergleichenden Untersuchungen ab.

In der Überführung von sorgfältig entwickelten und wissenschaftlich fundierten Präventionsmaßnahmen in die tägliche Versorgungspraxis wird eine zentrale Aufgabe zukünftiger Präventionsforschung im Bereich der frühen Kindheit liegen (Greenberg, 2004). Neben einer guten Tauglichkeit für die Praxis kommt es dabei auf eine möglichst günstige Kombinationen und Abfolge von Programmen im Entwicklungsverlauf von Kindern sowie die Integration dieser Programme in das bereits vorhandene Versorgungssystem an – das heißt, horizontale und vertikale Vernetzung sollten möglichst passgenau aufeinander abgestimmt werden. Auch der Qualifizierung und Professionalisierung von Fachkräften (Schulungen/Fortbildungen und deren Evaluation) ist dabei besonderes Augenmerk zu schenken.

## Literatur

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Beelmann, A. (2000). Prävention dissozialer Entwicklungen: Psychologische Grundlagen und Evaluation früher kind- und familienbezogener Interventionsmaßnahmen. Habilitationsschrift, Universität Erlangen-Nürnberg.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 151-162.
- Brandtstädter, J. (1982). Prävention als psychologische Aufgabe. In J. Brandtstädter, A. von Eye (Hrsg.), *Psychologische Prävention; Grundlagen, Programme, Methoden* (S. 15-36). Bern: Huber.
- Brooks-Gunn et al. (1994). Early Intervention in Low-Birth-Weight Premature Infants. Results Through Age 5 Years From the Infant Health and Development Program. *JAMA*, 272, 1257-1262.
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). *Qualitätsmanagement der Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Köln: BZgA.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.
- Cierpka, M., Stasch, M., Groß, S. (2007). Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. Köln: BZgA.
- Deutsch, W., Wenglorz, M. (2001). *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Aktuelle Erkenntnisse über Entstehung, Therapie und Prävention*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deutsche Liga für das Kind e.V., Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2012). *Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Sonderausgabe 2012 der Zeitschrift frühe Kindheit*.

- Domitrovich, C. E., Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11, 193-221.
- Egle, U. T., Hardt, J., Franz, M., Hoffmann, S. O. (2002). Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 47, 124-127.
- Greenberg, M. T. (2004). Current and future challenges in school-based prevention: The researcher perspective. *Prevention Science*, 5, 5-13.
- Hanewinkel, R., Wiborg, G., Isensee, B., Nebot, M., Vartiainen, E. (2006). „Smoke-free Class Competition“: Far-reaching conclusions bases on weak data. *Preventive medicine*, 43,150-151.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Ihle, W., Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Jungmann, T. (im Druck). Frühprävention von Lernstörungen. In G. W. Lauth, M. Grünke, J. C. Brunstein. *Interventionen bei Lernstörungen: Förderung, Training und Therapie in der Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Kagan, S. L., Weissbourd, B. (Hrsg.) (1994). *Putting families first: America's family support movement and the challenge of change*. San Francisco: Jossey Bass.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., Price, C. (2001). *National evaluation of family support programs. Volume A: The meta-analysis*. Cambridge: Abt Associates Inc.
- Lösel, F., Beelmann, A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 84-109.
- Mrazek P. J., Brown, C. H. (2002). An evidence-based literature review regarding outcomes in psychosocial prevention and early intervention in young children. In C. C. Russell (Hrsg.), *The state of knowledge about prevention/early intervention* (S. 42-303). Canada: Invest in Kids.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 449-456.
- Petermann, F., Niebank, H., Scheithauer, H. (2005). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. *Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre* (S. 331-356). Göttingen: Hogrefe.
- Renner, I., Sann, A., NZFH (2010). *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen*. Köln: NZFH.
- Rotheram-Borus, M. J., Duan, N. (2003). Next Generation of Preventive Interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 518-526.
- Sann, A. (2012). Frühe Hilfen. *Entwicklung eines neuen Praxisfeldes in Deutschland*. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 59, 247-255.
- Steed, E. A. (2012). Early Childhood Prevention in the United States. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 59, 247-255.
- Suchodoletz, W. von (2007). Möglichkeiten und Grenzen von Prävention. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Prävention von Entwicklungsstörungen* (S. 1-10). Göttingen: Hogrefe.
- Swisher, J. D., Scherer, J., Yin, R. K. (2004). Cost-benefit estimates in prevention research. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 137-148.
- Walper, S., Langmeyer, A. (2012). Die Entwicklung und Wirkung früher Hilfen in Deutschland: Eine Einführung in das Themenheft. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 59, 241-246.

- Weissberg, R., Kumpfer, K. (Hrsg.) (2003). Prevention that works for children and youth [Special issue]. *American Psychologist*, 58 (6/7).
- Welsh, B. C., Farrington, D. P. (2001). The review of research on the monetary value of preventing crime. In B. C. Welsh, D. P. Farrington, L. W. Sherman (Hrsg.), *Cost and benefits of preventing crime* (S. 87-122). Oxford: West View Press.
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H., Boyle, C. L (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-583.

**Korrespondenzanschrift:** Prof. Dr. Jeanette Roos, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fakultät I, Institut für Psychologie, Keplerstr. 87, 69120 Heidelberg;  
E-Mail: roos@ph-heidelberg.de