

Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz

Neumann, Anna; Renner, Ilona

Postprint / Postprint

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Neumann, A., & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(10), 1281-1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz

Anna Neumann, Ilona Renner

Author's accepted manuscript version

Publisher's Version:

Published in: Springer-Verlag Berlin Heidelberg: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (ISSN: 1437-1588)

Publication date: 07 September 2016

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>

Cite as: Neumann, A. & Renner, I. Bundesgesundheitsbl (2016) 59: 1281.

<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>

Angebote für Familien mit kleinen Kindern erreichen nicht alle Eltern gleichermaßen. Oft sind es gerade diejenigen Familien, die aufgrund erhöhter Belastungen am meisten von den Angeboten profitieren könnten, die nicht erreicht werden. Das „Präventionsdilemma“ [1, 2] bezeichnet den Umstand, dass viele Präventionsprogramme hauptsächlich die Mittelschicht erreichen und so die gesellschaftliche Ungleichheit verstärken, statt Chancengleichheit zu schaffen. Im Hinblick auf Angebote für Schwangere und Familien mit kleinen Kindern wissen wir z. B., dass insbesondere primärpräventive Angebote häufiger von höher gebildeten Familien in Anspruch genommen werden [3, 4]. Angebote der primären Prävention stehen allen Familien offen, und ihrer Nutzung liegt nicht grundsätzlich ein erhöhter psychosozialer Bedarf zugrunde (z. B. ärztliche Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, Eltern-Kind-Gruppen), während der Inanspruchnahme von Angeboten der sekundären Prävention ein erhöhter (psychosozialer) Bedarf zu Grunde liegt (z. B.: Betreuung durch eine Familienhebamme) [3].

Der bekannte Zusammenhang zwischen niedriger Bildung und Armutsgefährdung legt ökonomische Mangellagen als Grund für die unterschiedliche Teilnahme nahe – so können insbesondere kostenpflichtige Angebote nicht von allen Eltern im gleichen Maße in Anspruch genommen werden. Eine größere Erklärungskraft liegt jedoch möglicherweise in Lebensweisen und -stilen bzw. „den handlungsleitenden Wert- und Normorientierungen“ [5] der Eltern. Gesellschaftliche Gruppen mit gemeinsamen Lebensstilen, Wertorientierungen und Normen werden als „Milieus“ bezeichnet. Das besondere an der Milieuperspektive ist, dass Gruppen nicht nur anhand der Merkmale ihrer sozioökonomischen Lage beschrieben werden, sondern auch anhand kultureller Dimensionen wie Aspirationen und Werten, Gewohnheiten und Einstellungen, z. B. zu Ernährung, Gesundheit und Alltagsästhetik [6, 7].

Welche soziokulturellen Aspekte könnten mit dem unterschiedlichen Umgang mit (präventiven) Angeboten im Zusammenhang stehen? Wichtig scheinen hier insbesondere Selbstwirksamkeitserwartungen und Kompetenzüberzeugungen im Kontext von Gesundheit und Prävention zu sein: Ist man zu der Überzeugung gelangt, dass Gesundheit (und das Leben allgemein) sowieso nicht durch eigenes Handeln zu beeinflussen ist, wird man weniger präventive Maßnahmen ergreifen, als wenn man der Überzeugung ist, seine Gesundheit durch eigenes Handeln beeinflussen zu können [8]. Um ein gesundheitsförderliches Verhalten zu zeigen, ist es notwendig, sich (be)fähig(t) zu fühlen, einen förderlichen Lebensstil im Alltag auch umsetzen zu können.

Für die vorliegende Untersuchung soll das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung an die spezielle Situation von (werdenden) Eltern junger Kinder angepasst werden. Bei der Inanspruchnahme Früher Hilfen oder der Nutzung eher primärpräventiv ausgerichteter Angebote bezieht sich die Selbstwirksamkeitserwartung von Eltern nicht nur auf eine Verbesserung der eigenen Situation, die mit persönlichen Handlungen herbeigeführt werden kann, sondern auch auf die Steuerung und Nutzung „externer Akteure“ im Interesse ihrer Kinder. Aus diesem Grund soll das Konzept der Selbstwirksamkeit um Aspekte der Delegation und Steuerung erweitert werden: Eltern mit einer in diesem Sinne hohen „Steuerungskompetenz“ sind davon überzeugt, die Lebens- und Gesundheitschancen ihrer Kinder zu verbessern, indem sie Aufgaben an ausgewählte Dritte delegieren, ohne die Steuerung dieses Prozesses aus der Hand zu geben. Dieses Konzept besitzt eine große Nähe zum Begriff der „Steuerungskompetenz“ als ein Aspekt der Führungskompetenz in der Organisationspsychologie.

Der Begriff des „parental empowerment“ scheint ähnliche elterliche Merkmale zu umfassen wie der Begriff der „Steuerungskompetenz“. So beschreiben Vuorenmaa et al. [9] Gruppen von Eltern, die sich im „parental empowerment“ unterscheiden, und spezifizieren, dass Eltern mit hohem „parental empowerment“ überzeugt davon sind, im Rahmen von Angeboten für Familien die richtigen Entscheidungen zu treffen und die notwendigen Schritte zur Umsetzung dieser Entscheidungen durchführen zu können. Der Begriff des „(parental) empowerment“ ist jedoch, verglichen mit der „Steuerungskompetenz“, umgekehrt hierarchisch konnotiert: Empowerment wird als die Übertragung einer Ressource von einem übergeordneten Akteur auf einen untergeordneten Empfänger

verstanden. In Abgrenzung zu diesem Bedeutungsgehalt von „parental empowerment“ soll elterliche Selbstwirksamkeit und Kompetenzüberzeugung im Kontext der Inanspruchnahme von Angeboten für Eltern mit kleinen Kindern im Folgenden als „Steuerungskompetenz“ (StK) bezeichnet werden.

Neben Faktoren aus dem Bereich der Werte, Einstellungen und Überzeugungen spielen auch elterliche Belastungen eine Rolle bei der Inanspruchnahme von Angeboten. Diese Belastungen können Merkmale der Familie und ihres Umfelds, der Hauptbezugsperson des Kindes und des Kindes selbst sein. Es ist anzunehmen, dass bestimmte Belastungen Bedingung für die Inanspruchnahme von Angeboten der sekundären Prävention sind (Bsp.: Entwicklungsrückstand des Kindes für die Frühförderung), während sie der Inanspruchnahme von Angeboten der primären Prävention sogar entgegenstehen (Bsp.: Entwicklungsrückstand des Kindes und Eltern-Kind Gruppen).

Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, ob eventuell mit der Milieuzugehörigkeit verbundene Merkmale wie die elterliche StK – über soziodemografische Merkmale wie Bildung und Armut hinaus – einen Beitrag zur Erklärung der unterschiedlichen Nutzung von Angeboten für Schwangere und junge Familien durch verschiedene soziale Gruppen leistet. Hierzu wurden 273 junge Familien zu Hause besucht. Alle teilnehmenden Eltern füllten einen Fragebogen aus; 203 Eltern nahmen zusätzlich an einem Tiefeninterview teil. Anhand der Interviewdaten wird überprüft, inwiefern Angehörige unterschiedlicher soziokultureller Milieus sich hinsichtlich ihrer Einstellungen zu Gesundheit und Prävention und ihres Umgangs mit Angeboten für Familien in ihrer StK unterscheiden lassen. Die identifizierten Gruppen werden anhand der quantitativen Daten hinsichtlich soziodemografischer Variablen, ihres Kenntnisstandes, Nutzung und Zufriedenheit mit Angeboten für Schwangere und junge Familien und familiärer Belastungen genauer beschrieben. Der Fokus liegt auf Belastungen, die die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sinnvoll erscheinen lassen, eine tatsächliche Teilnahme aber eventuell sogar behindern (z. B. Partnerschaftsprobleme, depressive Symptomatik der Bezugsperson, Belastung durch das Verhalten des Kindes; vgl. [10]). Abschließend wird geprüft, ob die anhand von Einstellungsmustern identifizierte Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit hoher StK oder einer Gruppe mit niedriger StK die Teilnahme an Angeboten über soziodemografische Variablen hinaus erklärt und inwiefern Belastungen eine Rolle spielen. Letztlich sollen so Hinweise darauf gewonnen werden, wie die Angebotslandschaft so gestaltet werden kann, dass alle Eltern – insbesondere auch besonders belastete Eltern – davon profitieren können.

Methode

Stichprobe

Die Stichprobe (Tab. 1) besteht aus 273 Eltern von Kindern im Alter zwischen 15 und 50 Monaten. Die Befragten wurden aus einer größeren Stichprobe rekrutiert, die 2013 an einer Befragung zu psychosozialen Belastungen von Familien teilgenommen hatten [3, 11]. Die Mütter waren im Schnitt 35 Jahre alt ($SD = 5,24$) und damit signifikant jünger als die befragten Väter ($M = 40,26$, $SD = 5,99$), $t(269) = -4,80$, $p < 0,001$. Die Zielkinder waren durchschnittlich 35,76 Monate alt ($SD = 7,00$). Die Mittelschicht ist überrepräsentiert: So ist z. B. der Anteil arbeitsloser Teilnehmender mit 3,0 % in der Stichprobe deutlich geringer als in der Bevölkerung der Erhebungsstandorte (2014 ca. 15 % [12]). Dieser Bias war insofern zu erwarten, als die Teilnahme an der Studie auf freiwilliger Basis erfolgte.

Durchführung

Die Erhebung fand von September bis November 2014 im Rahmen von Hausbesuchen statt (Dauer ca. 1,5 Stunden), in denen die Probanden an einem offenen Tiefeninterview teilnahmen (qualitative Befragung) und anschließend einen standardisierten Fragebogen ($N = 203$), bzw. nur den standardisierten Fragebogen ($N = 70$) ausfüllten.

Quantitative Befragung

Subjektiv wahrgenommene Sorgen und Belastungen in den Bereichen finanzielle Grundversorgung, Arbeitsplatz, und Entwicklung des Kindes wurden auf einer 4-Punkte-Skala erfragt.

Die Unzufriedenheit mit der Paarbeziehung wurde mit den vier Items der Zufriedenheitsskala der Dyadic Adjustment Scale [13, 14, 15] erhoben. Drei Items werden auf einer 6-Punkte-Skala erfasst, das vierte auf einer 7-Punkte-Skala. Aufgrund der unterschiedlichen Skalen wurden die Werte z-transformiert. Die interne Reliabilität der Items ist zufriedenstellend (Cronbach's $\alpha = 0,75$).

Subjektiv benötigte Hilfe: Die Probanden wurden gebeten, auf einer 4-Punkte-Skala anzugeben, in welchem Maße sie in den letzten zwei Monaten Formen sozialer Unterstützung benötigten (z. B.: „Bestätigung und Anerkennung“ und „Finanzielle/materielle Zuwendungen“) [16].

Die depressive Symptomatik der Teilnehmenden im letzten Monat wurden mit dem Zwei-Fragen-Test (Patient-Health-Questionnaire 2 [17, 18]) erfasst, der Niedergeschlagenheit und mangelnde Freude an Dingen, die sonst Freude bereiten, im vergangenen Monat abbildet ($r = 0,55$, $p < 0,001$). Die Items wurden hier dichotom (ja/nein) beantwortet.

Elterliche Belastungen wurden mit sechs Items des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) [19, 20] erhoben. Je zwei Items entstammen den Subskalen Persönliche Einschränkung, Elterliche Kompetenz und Elterliche Bindung. Die Items werden auf einer 4-stufigen Skala erhoben und zu einem Gesamtwert für elterliche Belastungen addiert. Die interne Reliabilität (Cronbach's α) der hier verwendeten Skala liegt bei 0,68.

Zur Erfassung ungünstiger Einstellungen zum Kind wurden zwei Items aus dem Fragebogen „Einstellungen von Müttern zu Kindern im Kleinstkindalter –EMKK“ [21] verwendet (z. B. „Manchmal schreit mein Kind nur, um mich zu ärgern“). Die Items werden auf einer 4-Punkte-Skala gewertet, ($r = 0,33$, $p < 0,001$).

Die Merkmale Frühgeburtlichkeit des Kindes (vor Vollendung der 37. Schwan-

<p>A. Neumann · I. Renner</p> <p>Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Hintergrund: Es ist bekannt, dass Angebote für Familien mit kleinen Kindern nicht alle Eltern gleichermaßen erreichen. Oft sind es gerade diejenigen Familien, die aufgrund erhöhter Belastungen am meisten von den Angeboten profitieren könnten, die nicht erreicht werden (Präventionsdilemma).</p> <p>Ziel: Es wird der Frage nachgegangen, ob Eltern sich anhand ihrer Einstellung zu Gesundheit, Prävention und Angeboten für Familien unterscheiden lassen und inwiefern die Zugehörigkeit zu einer anhand der Einstellung identifizierten Gruppe Einfluss auf die Nutzung von Angeboten (der primären und sekundären Prävention) rund um Schwangerschaft und Geburt hat.</p> <p>Methoden: Eltern von Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren (N = 273) füllten im Rahmen von Hausbesuchen einen standardisierten Fragebogen aus; 203 Eltern nahmen zusätzlich an qualitativen Interviews teil.</p> <p>Ergebnisse: Eltern unterschiedlicher sozialer Milieus konnten anhand der Interviews in Gruppen mit niedriger und hoher „Steuerungskompetenz“ eingeteilt werden. Eltern mit hoher und niedriger Steuerungskompetenz unterscheiden sich bei der Kenntnis und Inanspruchnahme von und Zufriedenheit mit Angeboten für Familien; insbesondere Angeboten der primären Prävention. Steuerungskompetenz leistet – über soziodemografische Kontrollvariablen und Belastungsfaktoren hinaus – einen erklärenden Beitrag zur Inanspruchnahme von Angeboten der primären Prävention. Die Inanspruchnahme von Angeboten der sekundären Prävention wird eher von verschiedenen Belastungsfaktoren vorhergesagt.</p> <p>Diskussion: Ergebnisse werden im Hinblick auf ungenutzte Angebote und Möglichkeiten einer zielgruppenorientierten Ansprache diskutiert.</p> <p>Schlüsselwörter: Frühe Hilfen, Steuerungskompetenz, Psychosoziale Belastung, Familie, Frühe Kindheit</p>	<p>Obstacles for the use of early childhood prevention services. The role of expected ability to control sources</p> <p>Abstract</p> <p>Background: It is well established that preventive measures for pregnant women and families with small children do not reach all families alike. Often enough, it is those families, who due to heightened stresses and strains might gain the most from these measures, who cannot be reached (dilemma of prevention).</p> <p>Goal: This investigation explores whether parents can be grouped according to their views on health, prevention and measures available to young families, and whether belonging to one of the identified groups explains differences in the use of (primary and secondary) preventive measures for pregnant women and young families.</p> <p>Method: In the context of home visits, parents of children aged two to four years (N = 273) completed questionnaires. Additionally, 203 parents took part in qualitative interviews.</p> <p>Results and discussion: Based on interview data, parents from different sociocultural backgrounds could be grouped along their expected ability to control sources for parental support (Steuerungskompetenz). Parents high and low in Steuerungskompetenz differ regarding their knowledge of, use of, and satisfaction with (primary) preventive measures. Steuerungskompetenz explains the use of primary preventive measures above and beyond socioeconomic control variables as well as family stresses and strains. The use of secondary preventive measures is better explained by family stresses and strains. Results are discussed in terms of untapped services, needs and possibilities of target group-oriented approach.</p> <p>Keywords: Early childhood, prevention Control, Psychosocial risk, Families, Early childhood</p>
---	--

gerschaftswoche), ob es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt und ob das Kind eine schwere Erkrankung/Behinderung hat, wurden dichotom erfasst [3].

Belastungen durch Verhaltensweisen des Kindes: Die Teilnehmenden gaben auf einer 4-Punkte-Skala an, wie sehr sie sich durch das Schlaf- oder Essverhalten, und durch Ungehorsam oder Aggressionen ihres Kindes belastet fühlen [3].

Fragen zu Angeboten: Den Probanden wurden Tabellen mit 17 verschiedenen Angeboten für Schwangere und Familien vorgelegt. Neun Angebote (z. B. Hebammenhilfe, Eltern-Kind Gruppen) können der primären Prävention zugeordnet werden: sie stehen grundsätzlich allen Familien offen, und ihrer Nutzung liegt nicht grundsätzlich ein erhöhter psychosozialer Bedarf zugrunde. Acht Angebote (z. B. Familienhebammenbetreuung, Schwangerschaftsberatungsstellen) lassen sich der sekundären Prävention zuordnen: ihrer Nutzung liegt ein erhöhter psychosozialer Bedarf zugrunde (vgl. [3]). Die Eltern gaben an, ob sie die jeweiligen Angebote kennen und genutzt haben, wie zufrieden sie mit den genutzten Angeboten waren (4-Punkte-Skala) und ob sie Interesse an nicht genutzten Angeboten hätten (4 Antwortmöglichkeiten: „Das Angebot klingt interessant. Ich hätte gerne mehr Informationen dazu (gehabt)“, „Das Angebot wird/wurde vor Ort nicht angeboten“, „Das Angebot ist/war nicht interessant für mich“, „weiß nicht“).

SINUS-Milieuindikator [22]

Anhand des Maßes ihrer Zustimmung auf einer 4-Punkte-Skala zu 29 Aussagen zu Gesellschaft, Beruf und Privatleben werden die Teilnehmenden unterschiedlichen Milieus zugeordnet.

Tiefeninterview

Der Interviewleitfaden umfasst die Themen Alltag, Gesundheit und Angebote für Familien. Wichtige Aspekte wurden den Interviewenden in Stichpunkten oder kurzen Fragen an die Hand gegeben. Die Interviewenden sollten dem natürlichen Gesprächsverlauf folgen, keine suggestiven Fragen stellen und keine Vermu-

Tab. 1 Merkmale der Stichprobe insgesamt und nach Steuerungskompetenzgruppen und psychosoziale Belastungen nach Steuerungskompetenzgruppen

Kategoriale Merkmale der Stichprobe		N (%)			χ^2	df
		Gesamt	Gruppe „niedrige StK“	Gruppe „hohe StK“		
		N = 273	N = 49	N = 224		
Beziehung zum Zielkind	Mutter	246 (90,1)	43 (93,5)	186 (85,7)	2,03	1
	Vater	27 (9,9)	3 (6,5)	31 (14,3)		
Höchster Schulabschluss des teilnehmenden Elternteils	(Noch) keiner	5 (1,9)	3 (6,4)	2 (0,9)	40,10***	3
	Hauptschulabschluss	6 (2,2)	2 (4,3)	4 (1,8)		
	Mittlere Reife	54 (20,1)	23 (48,9)	31 (14,0)		
	Abitur oder Fachhochschulreife	203 (75,7)	19 (40,4)	184 (83,3)		
Armutgefährdung	Bezug von Transferleistungen	39 (14,3)	22 (44,9)	17 (7,6)	45,44***	1
Migrationshintergrund	Teilnehmende(r) in Deutschland geboren	238 (87,8)	46 (93,9)	192 (86,5)	2,05	1
Erwerbsstatus	Erwerbstätig	158 (59,6)	18 (38,3)	140 (64,2)	21,38***	3
	In Elternzeit	40 (15,1)	5 (10,6)	35 (16,1)		
	Arbeitslos	8 (3,0)	4 (8,5)	4 (1,8)		
	Nicht erwerbstätig	59 (22,3)	20 (42,6)	39 (17,9)		
Zielkind	Mädchen	132 (48,9)	27 (55,1)	105 (47,5)	0,93	1
	Junge	138 (51,1)	22 (44,9)	116 (52,5)		
	Frühgeburt	24 (9,2)	6 (13,3)	18 (8,4)	1,09	1
	Mehrlingsgeburt	5 (1,9)	2 (4,4)	3 (1,4)	1,83	1
	Kind hat eine schwere Erkrankung/Behinderung	10 (3,8)	3 (6,7)	7 (3,2)	1,19	1
Familiengröße	1 Kind	106 (39)	21 (42,9)	85 (38,1)	0,38	1
	Mehr als 1 Kind	166 (61)	28 (57,1)	138 (61,9)		
Alleinerziehend		32 (11,8)	15 (30,6)	17 (7,6)	20,45***	1

tungen formulieren. Alle Interviews wurden mit einem Audiogerät aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden in ein EDV-Analysesystem eingegeben und transkribiert.

Ergebnisse

Ergebnisse der Tiefeninterviews: Einstellungen zu Prävention und Eigenverantwortung

Anhand des SINUS-Milieuindikators [22] wurden die 273 Probanden einem von insgesamt zehn gesellschaftlichen Milieus zugeordnet [23]. Die Tiefeninterviews dienen zunächst der Absicherung der Zuordnung. Darüber hinaus zeigen Analysen der Aussagen zu Gesundheit und Prävention sowie der Nutzung von Angeboten, dass die Milieuzugehörigkeit eng assoziiert ist mit der StK einer Person. Aus diesem Grund wurden die Milieus zu zwei „gesellschaftlichen Segmenten“ zusammengefasst: ein Segment mit hoher und ein Segment mit niedriger StK. In dem Segment mit niedriger StK befinden sich Probanden aus den Milieus der sogenannten „Prekären“, der „Hedonisten“, der „Traditionellen“ und der „bürgerlichen Mitte“.

Während sich die Gruppe mit hoher StK durch ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und Aktivität auszeichnet, präsentiert sich die Gruppe mit niedriger StK in den Interviews überfordert und hilflos. Eltern der Gruppe „hohe StK“ sind der Überzeugung, dass sie selbst viel für ihre Gesundheit tun können, und nutzen andere Akteure zur Förderung der Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder.

„Ich bin der Meinung, also grundsätzlich hat man vielleicht eine Neigung zu irgendwelchen ... oder man hat so Schwachstelle vielleicht oder wie auch immer. Aber ich finde, man kann ganz viel tun. Durch gesunde Ernährung, durch Sport treiben ... Deswegen haben wir unser Kind auch ganz früh, also so früh wie möglich zum Schwimmen gebracht, also aus gesundheitlichen Gründen unter anderem natürlich auch. Klar ich möchte auch schon als Mutter so gut es geht dazu beitragen, dass sie einen guten Lebensstil dann haben.“ (w)

Auch in der Gruppe „niedrige StK“ wird die Notwendigkeit einer persönlichen Einflussnahme auf einen gesunden Lebensstil anerkannt. Allerdings wird in dieser Gruppe gleichzeitig immer wieder betont, dass dies schwer umzusetzen ist. Viele fühlen sich durch die Komplexität und Undurchschaubarkeit der Anforderungen überfordert. Hinweise von außen (z. B. Erinnerungen an vergangene Vorsorgeuntersuchungen) werden teilweise als kränkend erlebt.

„Die Sache ist ja: man weiß ja was falsch und was richtig ist, aber oft lassen sich ja die Sachen überhaupt gar nicht richtig machen. Ich weiß, dass es sehr ungesund ist, wenn man aus dem Kreuz hebt, aber wenn man das Knie gerade kaputt hat, dann lässt es sich nicht aus den Knien heben. Es lässt sich halt nicht so machen, wie man das eigentlich machen müsste oder sollte“ (w).

„Ja. Diese ganzen U-Untersuchungen mit den Kindern mache ich genau nach Vorsorgeheft. Ja, da wurde ich irgendwann angeschrieben, weil ich eine vergessen hatte. 7a, oder so. Die stand nicht in dem Impfbuch, und dann gab's so einen ganz bösen Brief, (...) ich müsste mich dringend ... also, das war eine Unverschämtheit, habe ich denen auch eine E-Mail hinterher geschrieben. Stand halt nicht im Vorsorgeheft. Das war so zusätzlich mit so einem kleinen Nebenzettel.“ (w)

Tab. 1 Merkmale der Stichprobe insgesamt und nach Steuerungskompetenzgruppen und psychosoziale Belastungen nach Steuerungskompetenzgruppen (Fortsetzung)

Kategoriale Merkmale der Stichprobe						
		N (%)			χ^2	df
		Gesamt	Gruppe „niedrige StK“	Gruppe „hohe StK“		
		N = 273	N = 49	N = 224		
Psychosoziale Belastungen nach Steuerungskompetenzgruppen						
		M (SD)		t	df	
		Gruppe „niedrige StK“	Gruppe „hohe StK“			
<i>Familie und familiäres Umfeld</i>						
Partnerschaft	Belastende Beziehungssituation	0,16 (0,64)	0,11 (0,74)	0,3	216	
Subjektive Belastungen der Familie	Finanzielle Sorgen	0,88 (1,01)	0,57 (0,77)	1,63	36,91	
	Sorge bzgl. Arbeit	0,97 (1,06)	0,76 (0,85)	1,04	37,55	
Subjektive benötigte Unterstützung	Bei regelmäßigen Aufgaben	1,75 (0,94)	1,81 (0,88)	-0,40	261	
	Jn. um Persönliches zu besprechen	2,69 (1,03)	2,56 (0,94)	0,77	248	
	Bestätigung und Anerkennung	2,18 (1,02)	2,04 (0,81)	0,86	54,64	
	Rat in praktischen Dingen	1,80 (0,88)	1,48 (0,68)	2,26*	54,12	
	Möglichkeit etwas mit anderen zu unternehmen	2,57 (1,02)	2,54 (0,83)	0,18	52,15	
	Finanzielle/materielle Unterstützung	1,71 (0,90)	1,43 (0,66)	2,02*	54,39	
	Bei Streit oder Konflikten	1,80 (0,87)	1,49 (0,72)	2,52*	259	
	Bei der Betreuung des Kindes/der Kinder	2,11 (1,10)	2,21 (0,88)	-0,54	54,75	
Hauptbezugsperson	Rat bezüglich des Kindes/der Kinder	1,98 (0,88)	1,88 (0,70)	0,66	54,59	
	Depressive Symptomatik	0,18 (0,33)	0,08 (0,25)	2,26*	269	
	Elterliche Belastungen	0,93 (0,51)	0,74 (0,46)	2,48*	270	
Kind	Ungünstige Einstellung zum Kind	1,53 (0,83)	1,24 (0,75)	2,39*	269	
	<i>Subjektive Belastung durch Verhalten des Kindes</i>					
	Schlafverhalten	0,73 (0,91)	0,55 (0,63)	1,39	58,52	
	Essverhalten	0,45 (0,68)	0,31 (0,61)	0,98	268	
	Ungehorsam/Aggressionen	0,94 (0,90)	0,58 (0,65)	3,20**	268	
	Sorgen um die Entwicklung des Kindes	0,94 (0,88)	0,68 (0,79)	0,67	233	

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001

„Gesunde Ernährung und Gedöns. (...) Wir versuchen es, aber es klappt halt nicht immer so ganz.“ (w)

In den Zitaten der Gruppe „niedrige StK“ zeigt sich deutlich der geringe Glaube an die eigenen Fähigkeiten, durchaus vorhandenes Wissen um eine gesundheitsfördernde Lebensweise in entsprechendes Verhalten umzusetzen. Kontrastierend dazu nimmt sich die Gruppe „hohe StK“ als kompetent in Sachen eigene und Kindesgesundheit wahr. Hinweise von außen werden weniger persönlich aufgefasst und nicht als kränkend empfunden.

„Das fängt an bei Ernährung, Bewegung, ärztlicher Versorgung. Dass wir uns nicht nur auf den Arzt verlassen, sondern uns auch Kenntnisse selbst aneignen“ (w).

„Ich war total verwirrt darüber, dass der Arzt uns darüber mit einer kleinen Postkarte informiert hat, dass bei unseren Kindern eine U-Untersuchung ansteht ... oder die Krankenkasse. Für mich war das klar, und ich wusste ganz genau wann das sein muss, und da wäre ich mit dem Kind hingegangen. Aber für die anderen scheint da wohl Bedarf zu sein“ (w).

Unterschiede in der Wahrnehmung eigener Kompetenzen nehmen unverkennbar Einfluss auf das Informationsverhalten der Eltern. Die Gruppe mit hoher StK zeigt sich proaktiv:

„Es gab ja über das Familienbüro diesen Erstkontakt, wo die Besuche zu Hause stattfinden. Da habe ich mir wieder Prospekte geben lassen“ (w).

Dahingegen zeigt die Gruppe „niedrige StK“ eine deutliche Überforderung hinsichtlich der vielfältigen Informationen:

„Weiß ich nicht, kann sein, wir haben so viele Informationen, wir haben so viele Sachen gekriegt. Wir haben auch ehrlich gesagt nicht alles angeguckt, weil es einfach zu viel war. Ich weiß es nicht mehr“ (w).

Das aktive Informationsverhalten der Eltern mit hoher StK ermöglicht eine bewusste Auswahl der Angebote. Teilnahmegründe sind u. a. Informationsbedürfnisse, Prävention und das Zusammentreffen mit anderen (Eltern). Oft führt die Teilnahme an einem Angebot zur Teilnahme an weiteren Angeboten.

„Man interessiert sich natürlich dafür, ob das bei anderen Familien oder Müttern auch so ist. Oder die Fragen, die sich während der Erziehung dann vielleicht ergeben, ob das bei anderen Müttern oder Familien auch so ist. Oder ob das nur hier so ist, bei einem selber oder ob andere auch solche Probleme und Fragen haben“ (w).

„Also wir haben den Vorsorge-, also diesen Schwangerschaftsvorbereitungskurs bei der Hebamme auch belegt. Das war auch meine Beleghebamme. Akupunktur während der Schwangerschaft. Ja diese reinen Vorsorgeuntersuchungen durch die

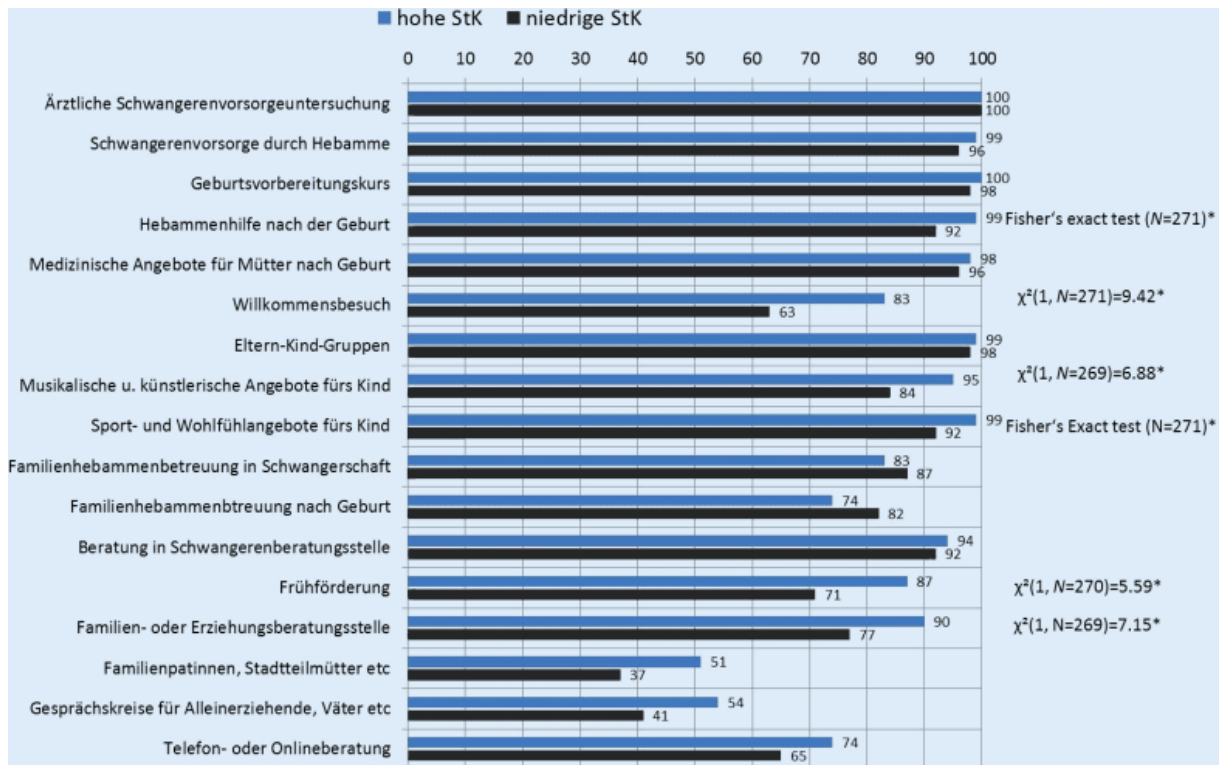


Abb. 1: Kenntnis von Angeboten nach StK-Gruppen. Angaben in Prozent. Es werden nur Tests für signifikante Unterschiede angegeben. Fisher's exact test wird angegeben, wenn N einer Zelle <5. StK Steuerungskompetenz. * $p < 0,05$

Frauenärztin, die immer stattgefunden haben. (...) Dass die Hebamme dann zu uns kam, sechs Wochen danach. Dann waren wir im Krabbelkurs mit der Kleinen. Und haben so einen Massagekurs gemacht, (...). Jetzt sind wir im Musikgarten mit ihr, einmal in der Woche“ (w).

Im Gegensatz dazu, zeigt die Gruppe „niedrige StK“ kein aktives Informationsverhalten, teils selbst dann nicht, wenn Belastungen deutlich beschrieben werden. Informationen erreichen sie nicht, oder sie „stolpern zufällig darüber“. So kommt es auch zur Teilnahme an Angeboten, die nicht passgenau ausgewählt wurden – dies kann eine Enttäuschung zur Folge haben. Bewusste Gründe für (Nicht-)Teilnahme können oft nicht genannt werden.

„Wusste ich nicht. Sonst hätte ich mir vielleicht irgendwelche Hilfe geholt, weil mir ging es wirklich – auf Deutsch gesagt – scheiße. Da ging gar nichts mehr. Das erste Jahr – meine Psyche war drunter und drüber – die Kleine, die hat nicht mitgemacht, die war nur am Schreien“ (w).

„Also, ich hatte mir einmal so einen Schwangerschaftskurs angeguckt. Da habe ich mich jetzt als junge Mutter aber nicht so wohl gefühlt, weil die waren meistens schon älter als ich. Ich habe mich dann eigentlich auch nicht mehr weiter danach umgeguckt. Wahrscheinlich oder vielleicht gibt es auch Gruppen, wo mehr junge Mütter sind – weiß ich nicht, wie gesagt, da habe ich mich nicht schlau gemacht“ (w).

„Eigentlich gar nicht. Ich habe es irgendwie nicht in Anspruch genommen. Ich weiß nicht warum ich das gar nicht gemacht habe“ (w).

Die folgenden quantitativen Analysen sind ein Vergleich der Angehörigen der beiden beschriebenen gesellschaftlichen Segmente.

Soziodemografie

Teilnehmende Eltern der Gruppe mit niedriger StK waren im Durchschnitt jünger bei der Geburt des Zielkindes (M = 28,96; SD = 5,79; M = 33,31, SD = 4,92); sie gaben signifikant seltener an, die (Fach-)Hochschulreife zu besitzen. Sie gaben häufiger an, staatliche Transferleistungen zu beziehen und alleinerziehend zu sein (Tab. 1).

Psychosoziale Belastungen

Gruppenunterschiede im Hinblick auf eine Reihe psychosozialer Belastungen wurden mit t-tests für unabhängige Stichproben durchgeführt (Tab. 1). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Gruppen gering. Wenn Unterschiede auftreten, ist es jedoch immer so, dass die Eltern mit niedriger StK die höhere Belas-

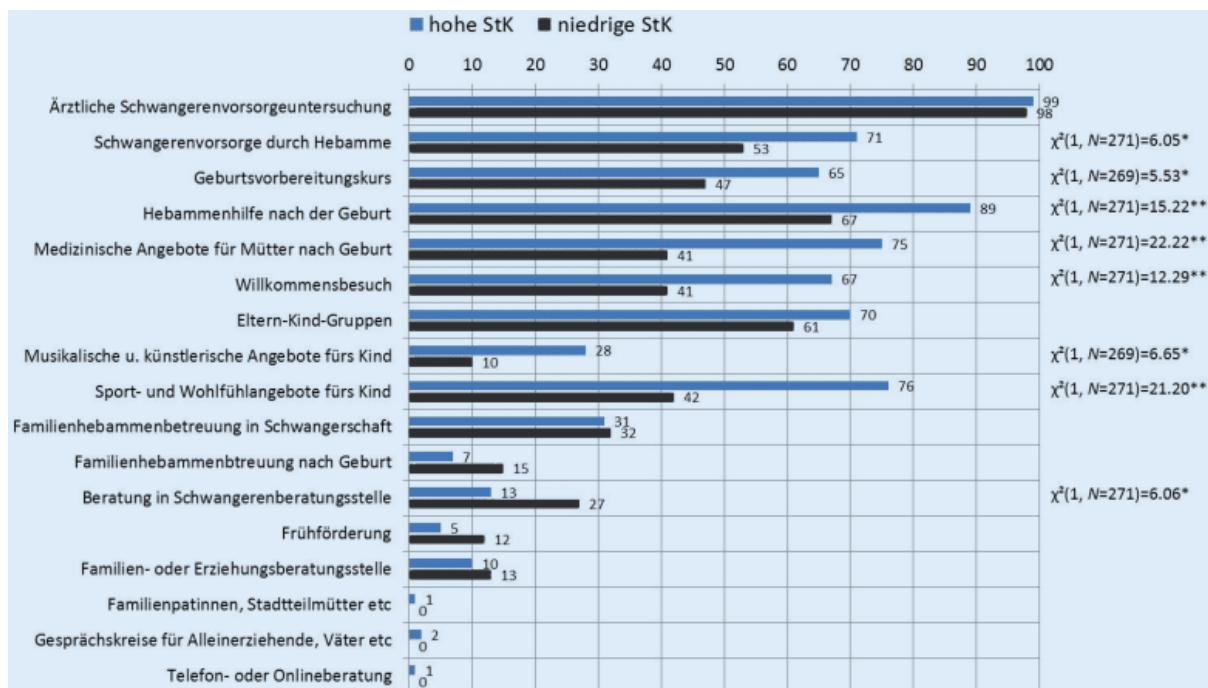


Abb. 2: Nutzung von Angeboten nach StK-Gruppen. Angaben in Prozent. Es werden nur Tests für signifikante Unterschiede angegeben. StK Steuerungskompetenz. * $p < 0,05$. *** $p < 0,001$

tung aufweisen. Die Gruppe mit niedriger StK gab z. B. an, mehr Hilfe bei Streit oder Konflikten zu benötigen als die Gruppe mit hoher StK und berichtet mehr elterliche Belastungen insgesamt und durch Ungehorsam/Aggressionen des Kindes.

Angebote Früher Hilfen

Kenntnis (Abb. 1). Die Gruppe mit niedriger StK kennt weniger Angebote der primären Prävention als die Gruppe mit hoher StK ($M = 8,18$, $SD = 1,45$ versus $M = 8,63$, $SD = 0,96$), $t(57,60) = -2,05$, $p < 0,05$. Angebote der sekundären Prävention sind in den beiden Gruppen gleichermaßen bekannt ($M = 5,45$, $SD = 2,13$ versus $M = 5,99$, $SD = 0,1,83$), $t(270) = -1,82$, $p > 0,05$. Die Bekanntheit der einzelnen Angebote (Abb. 1) unterscheidet sich zum Teil erheblich, auch zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher StK.

Nutzung (Abb. 2). Die Gruppe mit niedriger StK ($M = 4,61$, $SD = 2,43$) nutzt deutlich weniger Angebote der primären Prävention als die Gruppe mit hoher StK ($M = 6,63$, $SD = 2,12$), $t(270) = -5,07$, $p < 0,001$. Die Nutzung der Angebote der sekundären Prävention unterscheidet sich nicht zwischen den Gruppen mit niedriger ($M = 0,96$, $SD = 0,98$) und hoher StK ($M = 0,69$, $SD = 1,04$), $t(270) = 1,72$, $p > 0,05$. Nur die Nutzung der Schwangerenberatungsstellen liegt in der Gruppe „niedrige StK“ signifikant höher als in der Gruppe „hohe StK“. Dies lässt sich auch dadurch erklären, dass Schwangere in Notlagen über die Schwangerenberatungsstellen Mittel der Bundesstiftung Mutter und Kind beantragen können.

Zufriedenheit mit genutzten Angeboten (Abb. 3). Berücksichtigt wurden hier nur die Angebote, die in beiden Gruppen mindestens zehn Nutzende hatten. Die mittlere Zufriedenheit mit genutzten Angeboten der primären Prävention ist in der Gruppe mit niedriger StK ($M = 3,34$, $SD = 0,51$) geringer als in der Gruppe hoher StK ($M = 3,48$, $SD = 0,39$), $t(52,45) = -2,18$, $p < 0,05$.

Interesse an nicht genutzten Angeboten (Abb. 4). Das Interesse an den bisher nicht genutzten Angeboten wird von den Gruppen mit niedriger ($M = 0,21$, $SD = 0,30$) und hoher StK etwa gleich häufig ($M = 0,15$, $SD = 0,19$) bekundet, $t(44,02) = 1,10$, $p > 0,05$. Es fällt auf, dass die Gruppe mit hoher StK ($M = 6,71$, $SD = 3,24$) signifikant häufiger „Das Angebot ist/war nicht interessant für mich“ angibt als die Gruppe mit niedriger StK ($M = 5,24$, $SD = 4,41$), $t(46,56) = -3,49$, $p < 0,01$. Dahingegen antwortet die Gruppe mit niedriger StK ($M = 3,29$, $SD = 3,98$) häufiger mit „Das Angebot wurde vor Ort nicht angeboten“ und „Weiß nicht“ als die Gruppe mit hoher StK ($M = 5,24$, $SD = 4,41$), $t(42,25) = 3,07$, $p < 0,05$.

Erklärende Variablen für die Nutzung von Angeboten

Um den Fragen nachzugehen (1), ob die Zugehörigkeit zu einer der StK-Gruppen über Armutsgefährdung, niedrige Bildung und Alleinerziehen hinaus Einfluss auf die Nutzung von Angeboten der primären und sekundären Prävention hat und (2) welche Belastungen mit der Anzahl der genutzten Angebote im Zusammenhang stehen, wurden eine Reihe von hierarchischen Regressionsanalysen durchgeführt (Tab. 2). Im ersten Schritt

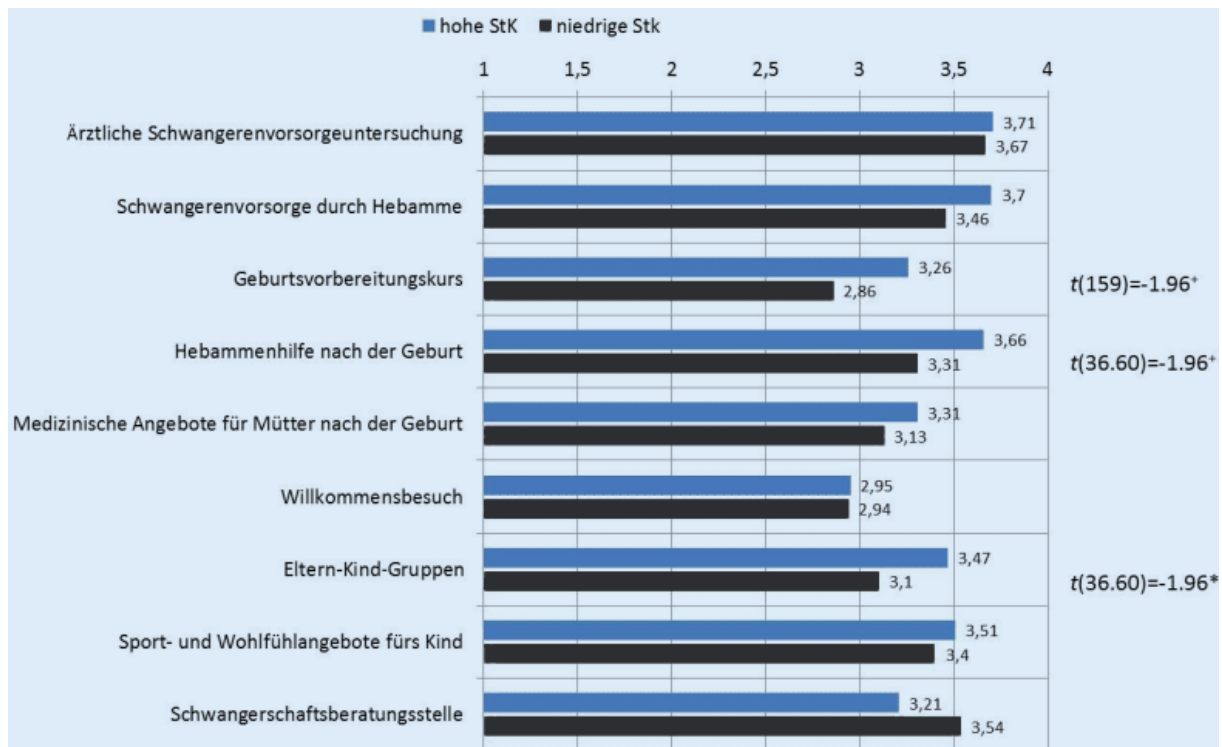


Abb. 3: Mittlere Zufriedenheitswerte mit Angeboten nach StK-Gruppen. Skala von 1 bis 4 (fff). Es werden nur Angebote berücksichtigt, die in beiden Steuerungskompetenzgruppen mindestens 10 Nutzende haben. Es werden nur Tests für signifikante Unterschiede angegeben. StK Steuerungskompetenz. + $p < 0,10$. * $p < 0,05$

wurden die Kontrollvariablen Armutsgefährdung, Niedrige Bildung und Alleinerziehen eingegeben, im zweiten die Variable StK-Gruppe. Im dritten Schritt wurden die psychosozialen Belastungen einzeln auf ihre über die Schritte 1 und 2 hinausgehenden Effekte untersucht. StK hat, über die Kontrollvariablen hinaus, einen signifikanten Einfluss auf die Nutzung von Angeboten der primären Prävention, nicht aber auf die Anzahl genutzter Angebote der sekundären Prävention – hier spielen die verschiedenen Belastungsfaktoren eine bedeutsame Rolle.

Diskussion

Interviews mit Eltern von jungen Kindern machen deutlich, dass sich hinsichtlich Gesundheit und Prävention zwei Gruppen unterscheiden: Die Gruppe der Eltern mit hoher StK übernimmt eine hohe Eigenverantwortung für einen gesunden Lebensstil für sich und ihr Kind und für die Förderung der kindlichen Entwicklung und Fähigkeiten. Voraussetzung hierfür ist der Glaube an die eigene Kompetenz, sich Wissen hierzu aneignen und dieses Wissen auch im Alltag umsetzen zu können. Darüber hinaus sind diese Eltern davon überzeugt, Angebote für Familien mit jungen Kindern gezielt auszusuchen und zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung ihrer Kinder nutzen zu können. Demgegenüber steht die Gruppe mit niedriger StK: Auch diese Gruppe erkennt die Notwendigkeit eigener Verantwortlichkeit für Gesundheit, Prävention und Förderung des Kindes an, ist jedoch – möglicherweise durch entmutigende Erfahrungen in der Vergangenheit – nicht davon überzeugt, im Alltag einen förderlichen Lebensstil tatsächlich leben zu können. Angesichts der vielfältigen Informationen zu Angeboten der psychosozialen Unterstützung fühlen diese Eltern sich überfordert und orientierungslos. Sie glauben nicht, dass die Inanspruchnahme ihnen oder ihren Kindern nützen kann. Wenn Angebote wahrgenommen werden, geschieht dies eher, weil man „hineinstolpert“, als aufgrund einer bewussten Auswahl. Die Gruppe mit niedriger StK ist im Vergleich zu der Gruppe mit hoher StK in der vorliegenden Stichprobe jünger, weniger hoch gebildet, bezieht häufiger Transferleistungen und ist häufiger arbeitslos.

Angebote der primären Prävention sind in der Gruppe mit niedriger StK weniger bekannt als in der Gruppe mit hoher StK. Dies gilt insbesondere für die Angebote Willkommensbesuch, Hebammenbetreuung nach der Geburt, Sport- und Wohlfühlangebote und musikalische und künstlerische Angebote für das Kind. Diese Angebote werden in der Gruppe mit niedriger StK auch weniger genutzt – die bisherigen Nicht-Nutzenden äußern allerdings in der Gruppe mit niedriger StK nicht mehr Interesse an den Angeboten (mit Ausnahme des Willkommensbesuchs) als die Gruppe

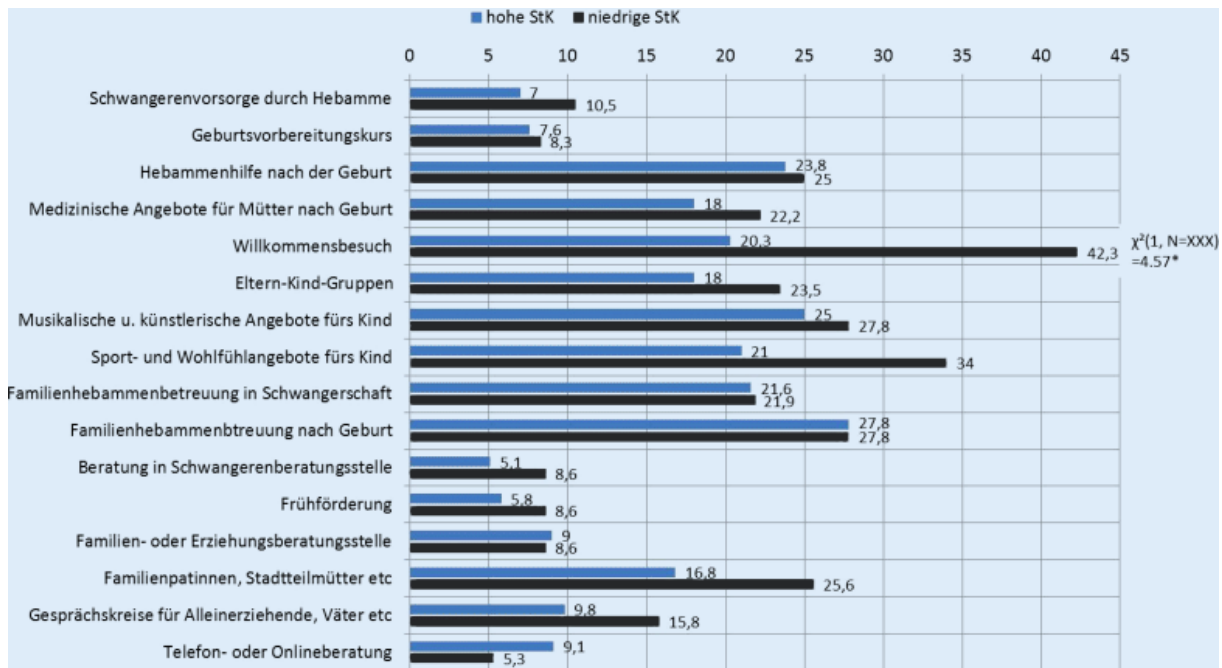


Abb. 4: Interesse an nicht genutzten Angeboten nach StK-Gruppen. Angaben in Prozent bisheriger Nicht-Nutzer. Das Angebot „ärztliche Schwangerenvorsorge“ wird hier nicht berücksichtigt, da die Zahl der Nicht-Nutzer sehr gering ist. Es werden nur Tests für signifikante Unterschiede angegeben. StK Steuerungskompetenz. * $p < 0,05$

mit hoher StK, sodass die bisherige Unkenntnis nicht als (alleiniger) Grund für die Nicht-Nutzung anzunehmen ist. Das gesteigerte Interesse an einem einmaligen Willkommensbesuch in der Gruppe mit niedriger StK kann ein Hinweis auf ein Orientierungsbedürfnis hinsichtlich Angeboten für junge Familien sein. Weitere Angebote, die in der Gruppe mit niedriger StK weniger genutzt werden, sind die Vorsorgeuntersuchungen durch eine Hebamme, Geburtsvorbereitungskurse und medizinische Angebote für die Mutter nach der Geburt. Diese Angebote, die vor oder kurz nach der Geburt in Anspruch genommen werden, könnten für Mütter auch als „Lotsen“ in weitere Angebote dienen. Gelingt es nicht, Mütter für diese Angebote zu gewinnen, werden auch weitere Angebote weniger in Anspruch genommen. Hinzu kommt, dass Geburtsvorbereitungskurse, Hebammenhilfe nach der Geburt und Eltern-Kind-Gruppen von den Eltern der Gruppe mit niedriger StK weniger gut bewertet werden. Eine geringere Zufriedenheit steht sicher auch dem Interesse an weiteren Angeboten entgegen.

Bezüglich der Angebote der sekundären Prävention findet sich eine geringere Kenntnis der Familien- und Erziehungsberatungsstellen und der Frühförderung in der Gruppe mit niedriger StK. In Verbindung mit dem Ergebnis, dass die Gruppe mit niedriger StK über höhere psychosoziale Belastungen – insbesondere hinsichtlich Streit oder Paarkonflikten und elterlichen Belastungen – berichtet, so ist anzunehmen, dass es mindestens bei den Familien- und Erziehungsberatungsstellen noch ungenutzte Möglichkeiten passgenauer Unterstützung gibt. Gleichzeitig wird jedoch seitens der Gruppe mit geringer StK kein größeres Interesse an diesen Angeboten geäußert – weil der Bedarf den Eltern selbst nicht bewusst ist oder weil nicht erwartet wird, dass diese Angebote hilfreich sein könnten.

Über die soziodemografischen Variablen Armutgefährdung, niedrige Bildung und Alleinerziehen hinaus leistet StK einen signifikanten, eigenständigen Beitrag zur Erklärung der Anzahl in Anspruch genommener Angebote der primären Prävention. Die hier untersuchten Belastungen spielen dagegen eine geringere Rolle hinsichtlich der primären Prävention. Anders das Bild für die Vorhersage der Anzahl der in Anspruch genommenen Angebote der sekundären Prävention: Hier spielt StK, im Gegensatz zu etlichen Belastungsfaktoren, keine Rolle über die Kontrollvariablen hinaus. Die stärksten Zusammenhänge zeigten die Belastungen schwierige elterliche Paarbeziehung, subjektive finanzielle Nöte, benötigte Hilfe bei Streit oder Konflikten und Sorge um die Entwicklung des Kindes. Die gute Nachricht an dieser Stelle lautet, dass es – unabhängig von den oben genannten Kontrollvariablen und der StK der Eltern – doch gelingt, besonders belastete Eltern für Angebote der sekundären Prävention zu gewinnen.

Für die Angebote der primären Prävention gilt jedoch, dass diese zwar theoretisch allen Eltern offen stehen, die tatsächliche Inanspruchnahme jedoch entlang soziodemografischer und soziokultureller Variablen getrennt ist.

Tab. 2: Prädiktion der Anzahl genutzter Präventionsangebote durch soziodemografische Variablen, Steuerungskompetenz und psychosoziale Belastungen

Schritt		Prädiktorvariablen	Anzahl genutzte Angebote			
			Primäre Prävention		Sekundäre Prävention	
			β	ΔR^2	β	ΔR^2
1	Kontrollvariablen	Armutsgefährdung	-0,38***	0,20***	0,02	0,04*
		Niedrige Bildung	-0,09	-	0,05	-
		Alleinerziehend	-0,07	-	0,16*	-
2	Steuerungskompetenz	Hohe Steuerungskompetenz (Gruppe)	0,13*	0,02*	-0,06	0
3	Belastungen					
3a	Familie und familiäres Umfeld	Belastende Beziehungssituation	-0,08	0,01	0,26***	0,06***
3b		Subjektive Belastungen				
3c		Finanzielle Sorgen	0,03	0	0,21**	0,04**
		Sorge bzgl. Arbeit	0,01	0	0,15*	0,02*
		Subjektive benötigte Unterstützung				
3d		Bei regelmäßigen Aufgaben	0,06	0	0,07	0,01
3e		Jm. um Persönliches zu besprechen	-0,01	0	0,11	0,01
3f		Bestätigung und Anerkennung	0,08	0,01	0,1	0,01
3g		Rat in praktischen Dingen	0	0,01	0,06	0
3h		Möglichkeit etwas mit anderen zu unternehmen	0,14*	0,02*	0,06	0
3i		Finanzielle/materielle Unterstützung	0	0	0,17**	0,03**
3j		Bei Streit oder Konflikten	0,07	0	0,27***	0,07***
3k		Bei der Betreuung des Kindes/der Kinder	0,03	0	0,1	0,01
3l		Rat bzgl. des Kindes/der Kinder	-0,04	0	0,12	0,01
3m	Hauptbezugsperson	Depressive Symptomatik	0,01	0	0,14*	0,02*
3n		Elterliche Belastungen	0,06	0	0,13*	0,02*
3o		Ungünstige Einstellung zum Kind	-0,11*	0,01*	0,02	0
3p	Kind	Frühgeburt	0,02	0	-0,02	0
3q		Mehrlingsgeburt	0,04	0	-0,01	0
3r		Schwere Erkrankung/Behinderung	-0,06	0	0,16*	0,02*
		Subjektive Belastung durch Verhalten des Kindes				
3s		Schlafen	-0,01	0	0,04	0
3t		Essverhalten	-0,05	0	-0,01	0
3u		Ungehorsam/Aggressionen	-0,07	0	0,1	0,01
3v		Sorge um die Entwicklung des Kindes	-0,05	0	0,20**	0,04**

Ergebnisse hierarchischer Regressionsanalysen. Die Effekte der Belastungen werden in den Schritten 3a bis 3v separat getestet. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Zu einem Teil scheint dies an der Orientierungslosigkeit mancher Eltern hinsichtlich des Angebotsspektrums zu liegen. Die in bester Absicht vielfältig verbreiteten Informationen führen bei einigen Eltern zu Überforderung und daraus folgender Abschottung gegenüber dem Gebotenen. Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen ein weiteres Mal, dass eine bessere Bündelung der Informationen notwendig ist. Willkommensbesuche könnten hierzu eine gute Gelegenheit bieten, wenn Informationen passgenau auf die Situation der Familie zugeschnitten präsentiert werden.

Eine Beratung für die passgenaue Auswahl von Angeboten könnte auch die Zufriedenheit mit den genutzten Angeboten erhöhen. Außerdem ist die geringere Zufriedenheit der Eltern mit niedriger StK bezüglich der Angebote der primären Prävention ein Hinweis darauf, dass die Angebote nicht für alle Eltern gleichermaßen ansprechend gestaltet sind. Sowohl was Inhalte, als auch die Form der Angebote und die Information über die Angebote betrifft, muss weiter und verstärkt darauf geachtet werden, dass Eltern aller soziokultureller Milieus sich angesprochen fühlen. Dies muss schon bei der sprachlichen und ästhetischen Gestaltung von Informationsmaterial beginnen und sich in der Angebotsgestaltung fortsetzen. Zufriedene Eltern nehmen eher weitere Angebote in Anspruch und gewinnen andere Eltern aus ihrem Umfeld für die Teilnahme.

Betont werden muss, dass StK zwar über die Armutsgefährdung hinaus im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Angeboten der primären Prävention steht, Armutsgefährdung jedoch weiterhin einen starken eigenständigen Beitrag zur Erklärung der Inanspruchnahme leistet. Die Bereitstellung kostenloser Angebote bzw. von Hilfestellungen bei der Finanzierung (z. B. Elternbildungsgutscheine) bleiben also äußerst wichtig, soll der Anspruch realisiert werden, dass die Angebote allen Eltern offen stehen. Der in dieser Studie demonstrierte Beitrag der StK macht deutlich, dass diese Finanzierungshilfen klar kommuniziert und die Antragstellung so einfach wie möglich gestaltet werden muss.

Eine Einschränkung der Studie liegt in der Stichprobengröße. Insbesondere die Gruppe mit niedriger StK ist mit 49 Teilnehmenden eher klein. So konnten Gruppenvergleiche bezüglich Angeboten der sekundären Prävention nicht immer durchgeführt werden. Nichtsdestotrotz unterstreichen die Ergebnisse der Studie StK als wichtige Komponente im Umgang mit Angeboten für Schwangere und junge Familien und bieten erste Hinweise für eine Informations- und Angebotsgestaltung, die hoffentlich allen Eltern gerecht wird.

Korrespondenzadresse

I. Renner
Nationales Zentrum Frühe Hilfen, in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149–161, 50825 Köln, Deutschland
ilona.renner@nzhf.de

Danksagung

Unser Dank gilt den teilnehmenden Eltern, die uns einen Einblick in ihr (Familien-)leben ermöglicht haben.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt: A. Neumann und I. Renner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.
Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Kuntz B, Lampert T (2010) Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten Jugendlicher – Anforderungen an eine sozial-sensitive Präventionspolitik. *Public Health Forum* 18:9–10
2. Bauer U (2005) Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS, Wiesbaden
3. Lang K, Brand C, Renner I et al (2015) Datenreport Frühe Hilfen, Ausgabe 2015. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), Köln
4. Prickett KC, Augustine JM (2016) Maternal education and investments in children's health. *J Marriage Fam* 78:7–25
5. Bauer U, Bittlingmayer UH (2005) Wer profitiert von Elternbildung? *Z Soziol Erzieh Sozial* 25:263–280
6. Merkle T, Wippermann C (2008) Eltern unter Druck: Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten: Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von Sinus Sociovision im Auftrag der Konrad Adenauer Stiftung e. V. C. Henry-Huthmacher & M. Borchard. Lucius & Lucius, Stuttgart
7. Hradil S (2006) Soziale Milieus – eine praxisorientierte Forschungsperspektive. <http://www.bpb.de/apuz/29429/soziale-milieus-eine-praxisorientierte-forschungsperspektive>. Zugegriffen: 30. März 2016
8. Bandura A (1991) Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In: Madden J (Hrsg) *Neurobiology of learning, emotion and affect*. Raven, New York, S 229–270
9. Vuorenmaa M, Perälä M-L, Halme N et al (2016) Associations between family characteristics and parental empowerment in the family, family service situations and the family service system. *Child Care Health Dev* 42:25–35
10. Harknett KS, Hartnett CS (2012) Who lacks support and why? An examination of mothers' personal safety nets. *J Marriage Fam* 73:861–875
11. Eickhorst A, Brand C, Lang K et al (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. *Soz Passag* 7:381–387
12. Regionalstatistik (2014) Regionaldatenbank Deutschland. www.regionalstatistik.de/genesis/online/login. Zugegriffen: 27. Mai 2014
13. Hank G, Hahlweg K, Klann N (1990) Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Beltz Test Verlag, Weinheim
14. Sabourin S, Valois P, Lussier Y (2005) Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychol Assess* 17:15–27
15. Spanier GB (1976) Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 38:15–28
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006) Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik: Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
17. Löwe BLSR, Spitzer RL, Zipfel S et al (2002) PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten, 2. Manual und Testunterlagen, 2. Aufl. Pfizer, Karlsruhe
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *J Am Med Assoc* 282:1737–1744
19. Abidin RR (1995) Parenting stress index, third edition. professional manual. Psychological Assessment Resources Inc., Odessa
20. Tröster H (2010) Eltern-Belastungs-Inventar (EBI). Hogrefe, Göttingen
21. Codreanu N, Engfer A (1984) Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erhebung von Einstellungen von Müttern und Kindern im Kleinstkindalter (EMKK). Universität München, Institut für Psychologie, München
22. SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH (2011) SINUS Milieuindikator Deutschland 06/2011: 29 Items. SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH, Heidelberg
23. SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH (2013) Die Sinus-Milieus® in Deutschland. SINUS Markt- und Sozialforschung GmbH, Heidelberg