

Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien

Anna Sidor, Andreas Eickhorst, Michael Stasch und Manfred Cierpka¹

Summary

Assessing Risk Exposure in Families Within the Scope of Early Intervention: The Heidelberg Stress Scale (HBS) and its Quality Criteria

The aim of the study presented is to introduce the newly developed instrument to assess stress, the Heidelberg Stress Scale (*Heidelberger Belastungsskala* – HBS), and to examine its psychometric characteristics. The HBS was developed for a low-threshold and multi-professional assessment of a family's stresses and resources after the birth of a child. The HBS can be used in the outreach work of family midwives, for instance, as well as in research. The validity of the HBS was tested in a sample of 284 psychosocially stressed families after the birth of their child; the inter-rater reliability was tested in a sample of 41 families that were also in stress. The HBS exhibits an excellent inter-rater reliability within a homogeneous professional group (psychology students). As relates to the construct validity, a strong positive connection between the HBS and Kindler's screening sheet was found; the HBS exhibits a negative correlation with maternal sensitivity and a positive correlation with maternal stress level. With a high level of stress in the HBS, the risk of taking the child into care is increased by 4.5 times; the sensitivity amounts to 63.6 %. The quality criteria are satisfactory.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 766-780

Keywords

early stress factors – assessing stress – inter-rater reliability – validity – early intervention

Zusammenfassung

Das Ziel der vorgestellten Studie ist es, das neu entwickelte Instrument zur Einschätzung der Belastung „Heidelberger Belastungsskala“ (HBS) vorzustellen und auf seine psychometrischen Eigenschaften zu untersuchen. Die HBS wurde für eine niedrigschwellige und multi-professionelle Einschätzung von Belastungen und Ressourcen einer Familie nach der Geburt eines Kindes entwickelt. Die HBS findet ihren Einsatz in der aufsuchenden Arbeit von z. B.

¹ Die Studie wurde finanziert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des BMFSFJ. Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Familienhebammen sowie in der Forschung. Die Validität der HBS wurde in einer Stichprobe von 284 psychosozial belasteten Familien nach der Geburt ihres Kindes, die Interraterreliabilität in einer Stichprobe von 41 ebenfalls belasteten Familien überprüft. Die HBS weist eine exzellente Interraterreliabilität innerhalb einer homogenen Berufsgruppe (Psychologiestudierende) auf. Bezüglich der Konstruktvalidität wurde ein starker positiver Zusammenhang zwischen der HBS und dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ (Kindler, 2009) gefunden; die HBS weist einen umgekehrten Zusammenhang mit der mütterlichen Feinfühligkeit auf und einen positiven mit mütterlicher Stressbelastung. Bei einer hohen Belastung in der HBS ist das Risiko der Inobhutnahme des Kindes um 4,5-fache erhöht, die Sensibilität beträgt 63,6 %. Die Gütekriterien erweisen sich als zufriedenstellend.

Schlagwörter

frühe Belastungsfaktoren – Einschätzung der Belastung – Interraterreliabilität – Validität – Frühe Hilfen

1 Hintergrund

Die individuelle psychische und körperliche Entwicklung von Kindern vollzieht sich in Beziehungen mit Bezugspersonen. Die elterliche Fähigkeit, Beziehungen feinfühlig zu gestalten und eine sichere Bindung herzustellen, ist wesentlich für die psychisch stabile Entwicklung des Kindes. Nicht alle Familien können diese „genügend guten“ Bedingungen zur Verfügung stellen; heutzutage wachsen in den industrialisierten Ländern zwischen sieben und zehn Prozent der Kinder in risikobelasteten Familien auf (UNICEF-Report, 2005). Vernachlässigung, Misshandlung, emotionaler und sexueller Missbrauch sind auch in Deutschland zu häufig auftretende Formen der Gewalt gegen Kinder (Egle, Hardt, Nickel, Kappis, Hoffmann, 2002). Unter Misshandlung und Missbrauch von Kindern versteht man gewaltsame physische oder psychische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern bzw. Erziehungsberechtigte, teilweise jedoch auch durch andere Erwachsene in der Umgebung. Derartige Beeinträchtigungen können durch aktive Handlungen (z. B. körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, verbale Beschimpfungen und Entwertungen), aber auch durch Unterlassungen (z. B. physische oder emotionale Vernachlässigung) bedingt sein (vgl. Engfer, 2005). Die heute im Rahmen prospektiver Longitudinalstudien sowie sorgfältiger retrospektiver Studien hinsichtlich gesundheitlicher Langzeitfolgen als gesichert geltenden frühen Stressfaktoren sind in Tabelle 1 (nach Egle u. Hardt, 2005) zusammengefasst.

Kindeswohlgefährdung und Kindesvernachlässigung entstehen durch permanente Überlastung und durch Probleme, die die Eltern aus eigener Kraft nicht bewältigen können. Biografische, unverarbeitete Belastungen der Eltern, wie selbst Opfer elterlicher Gewalt gewesen zu sein, stehen ebenfalls im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung („Transfer eigener Gewalterfahrungen“, Bender u. Lösel, 2005, S. 90). Je

mehr Belastungsfaktoren in den einzelnen Lebensbereichen vorliegen, umso größer ist das Risiko für Kindesvernachlässigung. Aber: Das Vorliegen von Risikofaktoren in Familien führt dennoch nicht automatisch zu Kindesvernachlässigung. Zusätzlich zu den genannten Schwierigkeiten ist in den Familien meist eine grundlegende Beeinträchtigung der Beziehung zwischen Eltern und Kind festzustellen (Deutscher Kinderschutzbund, 2000). Die Belastung der Mutter-Kind-Beziehung gilt es im Rahmen der Geburtsnachsorge zu identifizieren. Dabei muss die individuelle Risikobestimmung immer auch das Vorhandensein potenziell kompensatorischer Schutzfaktoren berücksichtigen. So können beispielsweise trotz deutlicher materieller Belastung die psychosoziale Integration und die familiäre Unterstützung förderlich ausgeprägt sein.

Tabelle 1: Empirisch gesicherte biografische Risikofaktoren mit potenziellen Langzeitfolgen (nach Egle u. Hardt, 2005)

<ul style="list-style-type: none"> • niedriger sozioökonomischer Status • geringe Schulbildung der Eltern • Arbeitslosigkeit • Wohnraumeenge • Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils • chronische familiäre Disharmonie • Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (z. B. Jugendamt) • mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr • unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat • psychische Störungen der Mutter/des Vaters • schwere körperliche Erkrankungen eines Elternteils 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein-Eltern-Familie • autoritäres väterliches Verhalten • Verlust der Mutter • Scheidung, Trennung der Eltern • häufig wechselnde frühe Beziehungen • sexueller und/oder aggressiver Missbrauch • Geschlecht (Jungen vulnerabler als Mädchen) • schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen • Altersabstand zum nächsten Geschwister < 18 Monate • hohe kumulative Risiko-Gesamtbelastung
---	---

Um nun die Risiken für das Kind und die Familie korrekt erkennen und die Unterstützungsangebote bzw. präventiven Maßnahmen anbieten zu können, sind geeignete Risikoerkennungsinstrumente entscheidend. Inzwischen liegt eine Reihe in der Praxis eingesetzter englischsprachiger Instrumente zur Risikomessung vor, z. B. das „Kempe Family Stress Inventory“ (Korfmacher, 2000). Dabei ist zu unterscheiden zwischen Verfahren, die gezielt nach Kindeswohlgefährdungen schauen und solchen, welche eher allgemeiner und niedrigschwellig Belastungen zu identifizieren versuchen (zur Übersicht Kindler, 2009). Im deutschsprachigen Raum fehlt es leider immer noch an empirisch überprüften Verfahren zur Einschätzung der Risikobelastung (Künster et al., 2011). Diese Lücke soll nun die „Heidelberger Belastungsskala“ schließen. Diesbezüglich stellt sie – insbesondere dank der empirischen Überprüfung – neben dem „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ von Kindler (2009) – eines der ersten Verfahren dieser Art in Deutschland dar.

2 Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Anwendung

Die Heidelberger Belastungsskala² (Stasch, 2007) wurde konzipiert zur Einschätzung der allgemeinen Belastung der am aufsuchenden Präventionsprojekt „Keiner fällt durchs Netz (KfdN) teilnehmenden Familien.³

Mit der Heidelberger Belastungsskala wurde ein Instrument entwickelt, das im Sinne einer ersten Einschätzung („Screening“) die quantifizierbare Erfassung von Belastungsfaktoren innerhalb eines familiären Beziehungssystems nach der Geburt des Kindes unterstützen soll, um in einem zweiten Schritt die jeweils angemessenen Interventionsmaßnahmen einleiten zu können. Ein solches Instrument muss von allen Beteiligten „verstanden“ werden, auch wenn die berufsgruppenspezifischen „diagnostischen Fenster“ recht unterschiedlich sind. Es ist entscheidend, die Belastungen von Familien identifizieren und in ihrem Ausmaß einschätzen zu können, um dadurch in der Lage zu sein, Risiken für das Kind und die Familie zu erkennen. Ein solches professionelles Erkennen ist eine Voraussetzung für darauf folgende bedarfsgerechte Unterstützungsangebote.

Konzeptionalisierung der HBS: Entsprechend der empirischen Befundlage bot sich als konzeptueller Hintergrund für die HBS ein dimensionaler Beschreibungsansatz (im Vergleich zu einer typologischen Abbildung) an. Ähnliche Instrumente haben sich bspw. in der klinischen Routinediagnostik in der Psychotherapie oder Psychiatrie bewährt. Von ihrem Grundaufbau her orientiert sich die HBS an der GARF-Skala (Global Assessment of Relational Functioning Scale), die im deutschsprachigen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV, Sass, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003) verfügbar ist. Ähnlich wie bei der GARF-Skala kann auf der HBS das Belastungsausmaß einer Familie oder einer anderen Beziehungseinheit auf einem hypothetischen Kontinuum von 0 bis 100, also von gar nicht oder nur wenig belastetem bis hin zu schwer gestörtem Funktionieren beurteilt werden. Eine solche dimensionale Skala unterscheidet sich von pathologiezentrierten Messinstrumenten, weil nicht nur defizitäres Funktionieren, sondern auch kompetenter Umgang mit potenziellen Belastungsquellen eingeschätzt werden kann.

Durch diese Herangehensweise soll eine möglichst differenzierte und ressourcenorientierte Sichtweise erreicht werden. Dies bedeutet beispielsweise, dass die Belastung einer Mutter durch Alleinerziehung anders eingeschätzt wird (auf dem Kontinuum stärker in Richtung einer hohen Belastung), wenn dieses Merkmal dominiert und kompensierende Merkmale nicht auszumachen sind. Wird jedoch im gleichen Bereich eine potenzielle Entlastung durch etwa ein gutes soziales Netzwerk, hohe finanzielle

² Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) ist erhältlich unter www.keinerfaelltdurchsnetz.de

³ Das Projekt „Keiner fällt durchs Netz“ bietet psychosoziale primäre und sekundäre Prävention für Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr in insgesamt elf Landkreisen in Hessen, Baden-Württemberg und dem gesamten Saarland an. Die wesentlichen Bestandteile sind ein Elternkurs, aufsuchende Arbeit durch im Wesentlichen Familienhebammen sowie die Initiierung eines lokalen Netzwerkes mit einer Koordinierungsstelle zur Hilfevermittlung (vertiefend in Cierpka, 2009).

Ressourcen oder bereits vorhandene weitere professionelle Hilfen festgestellt, würde die Einschätzung eher einen Wert im nicht so stark belasteten Bereich ergeben. Das skizzierte Kontinuum ist unterteilt in fünf Bereiche, wobei die Bereiche als Definition des Belastungsniveaus zu verstehen sind:

- 0-20: Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
- 21-40: Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
- 41-60: Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
- 61-80: Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
- 81-100: Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden medizinische Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf.

Die in Tabelle 1 genannten Risikofaktoren werden in der HBS aus Gründen der Ökonomie, aber auch im Hinblick auf eine potenzielle „Erkennbarkeit“ im klinischen Alltag auf vier Belastungsbereiche reduziert, die eher den mittel- oder längerfristigen Umgang mit Belastungen abbilden als situative Aspekte: persönliche Belastung des Kindes; persönliche Belastungen der Eltern/familiäre Belastung; soziale Belastung; materielle Belastung.

Die quantitativen Belastungen in den vier Einzeldimensionen werden abschließend in einer fünften Dimension als Gesamtbelastungswert zusammengefasst. Für das Rating einer Familie werden dann auf jeder dieser fünf Dimensionen die Punktwerte (0-100) vergeben. Der Gesamtscore soll sich an den vier Einzelwerten orientieren, muss aber nicht das arithmetische Mittel aus diesen Werten darstellen. Damit darf auch ein gewisser intuitiver Anteil an der Einschätzung beteiligt sein, der dazu führen soll, dass auch bei einem unklaren Bild aus den Einzelwerten der Gesamtwert eine Entscheidung zum Hilfsangebot (d. h. ein Skalenwert über einer Schwelle) signalisieren kann. Der Schwellenwert, welcher die Indikation einer Hilfe anzeigt, liegt bei 40 Punkten auf der HBS-Gesamtdimension. Liegt nun der Wert einer Familie darüber, so bedeutet das, dass die belasteten gegenüber den nicht belasteten Bereichen überwiegen und somit empfohlen wird, den betroffenen Familien passende Hilfe zukommen zu lassen (z. B. die Teilnahme an einer Maßnahme der Frühen Hilfen; z. B. Eickhorst, Borchardt, Cierpka, in Vorb.).

Mit der Konstruktion von HBS wird ein niedrigschwelliger und multiprofessioneller Zugang zu den belasteten Familien angestrebt. Vorausgesetzt wird, dass die Anwender/innen mit dem Instrument vertraut sind. In speziellen Schulungen wird die Anwendung der HBS daher durch erfahrene Trainer vermittelt. Günstig für den Trainingseffekt ist es, wenn eher unerfahrene Rater mit einem erfahrenen Rater die Ankerpunkte durchgehen können. In einem zweiten Schritt machen sich die Anwender/innen klinisch mit dem Material vertraut, indem sie die Fallvignetten studieren, die von den Autoren als Standardorientierung bereitgestellt werden. Die Fallvignetten werden dann in das HBS-Schema eingeordnet und anschließend in der Gruppe diskutiert.

3 Methoden

Ziel der vorgestellten Untersuchung ist es, die psychometrischen Eigenschaften der Gesamtbelastungsskala der HBS (Reliabilität und Validität) zu überprüfen.

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe von 284 Familien nach der Geburt des Kindes setzt sich zum einen aus den 133 Müttern und Kindern zusammen, die am Interventionsprojekt für belastete Familien „Keiner fällt durchs Netz“ (KfdN) teilnehmen (Cierpka, 2009), zum anderen aus den 151 ähnlich belasteten Müttern der Kontrollfamilien, die an der Begleitforschung von KfdN (Sidor, Kunz, Schweyer, Eickhorst, Cierpka, 2011) beteiligt sind. Die Familien sind durch psychosoziale Risiken wie Armut, Mangel an sozialer Unterstützung, Minderjährigkeit oder Substanzmissbrauch oder psychische Störung der Mutter belastet. Die meisten Daten stammen von einem Erhebungszeitpunkt, zu dem die Kinder im Durchschnitt 19,1 Wochen alt ($SD = 2,88$) waren. Die Charakteristika der Stichprobe sind in Tabelle 2 beschrieben.

Tabelle 2: Soziodemografische Daten der Stichprobe

	N	Min	Max	M	SD
Alter Mütter (Jahre)	224*	15	46	26,22	6,84
Familienstand (N = 233)*		<i>f (f %)</i>	Schulbildung (N = 227)*		<i>f (f %)</i>
Verheiratet		68 (29,2 %)	ohne Abschluss		38 (16,7 %)
Alleinerziehend		53 (22,7 %)	Hauptschule		94 (41,4 %)
ledig, Partnerschaft mit dem Kindsvater		103 (44,2 %)	Realschule		62 (27,3 %)
ledig, ein neuer Partner		9 (3,9 %)	Fachhochschulreife		8 (3,5 %)
Monatseinkommen (N = 223)*			Abitur		15 (6,6 %)
<1000 Euro		119 (53,4 %)	Hochschule		10 (4,4 %)
1000-1500 Euro		53 (23,8 %)			
1500-2000 Euro		29 (13,0 %)			
>2000 Euro		22 (9,9 %)			

*Die Varianz der N-Werte beruht auf unterschiedlichen Rücklaufquoten

3.2 Instrumente

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch (Kindler, 2009). Auf Grundlage von Literaturrecherchen sowie der Analyse der international bereits vorliegenden Risikoinventare, hat Kindler (2009) einen „Anhaltsbogen“ für den Zweck einer genaueren Risikoeinschätzung entwickelt. Er beinhaltet folgende Aspekte der Risikobelastung: „besondere soziale Belastung“ (z. B. jugendliche Mutter, unerwünschte Schwangerschaft, psychiatrische Erkrankung der Mutter, Alkohol- oder Drogen-

probleme in der Familie, soziale Isolation, finanzielle Notlage, Gewalt in der Partnerschaft), „mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen“, „Erhöhte Fürsorgeanforderungen seitens des Kindes“ (z. B. Frühgeburtlichkeit, Erkrankung des Säuglings), „deutliche Schwierigkeiten der Bezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes“ (z. B. ablehnende Äußerungen, Desinteresse, Übersehen deutlicher Signale des Säuglings) und „starke Zukunftsängste bzw. Überforderung der Hauptbezugsperson“. Dieses Instrument findet seinen Einsatz zur Risikodokumentation im Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, befindet sich in der Phase der Überprüfung seiner psychometrischen Eigenschaften (Ziegenhain et al., 2010) und brachte in einer ersten Untersuchung vielversprechende Ergebnisse (Besier et al., im Druck).

PSI (Parental Stress Index; Abidin, 1995), Kurzform. Zur Erfassung der mütterlichen Belastung wurde die Kurzform der deutschen Version des standardisierten Elternfragebogens PSI verwendet. Diese Kurzform besteht aus 36 Items, deren Antwortmodus auf einer fünfstufigen Skala von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“ reicht. Der Fragebogen ist in drei Subskalen untergliedert: Die Skala „Elterliche Belastung“ („Parental Distress“) ($\alpha = 0.87$), die Skala „Dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion“ ($\alpha = 0.80$) und die Skala „Schwieriges Kind“ ($\alpha = 0.85$).

CARE-Index (Crittenden, 2005). Der CARE-Index ist eine Methode, um die Qualität der Interaktion zwischen einem Erwachsenen (meist die Mutter) und einem Kind zu beurteilen. Das Verfahren basiert auf Videoaufzeichnungen von dreiminütigen Spielinteraktionen unter stressfreien Bedingungen. Es handelt sich um ein dyadisches Verfahren, das feinfühliges Verhalten des Erwachsenen in einem dyadischen Kontext erfasst. Die Auswertung schließt sieben Verhaltensaspekte des Erwachsenen und des Kindes ein. Für beide gesondert werden affektive Aspekte (Gesichtsausdruck, Tonfall, Körperhaltung und Körperkontakt, Gefühlsausdruck) und „Kognition“, womit hier die zeitliche Aufeinanderfolge und die Kontingenz in der Interaktion gemeint sind, beurteilt. Die Werte werden summiert und es werden sieben Verhaltenskategorien gebildet. Für den Erwachsenen sind dies die Skalen „Feinfühligkeit“, „Kontrolle“ und „Unresponsivität“; für das Kind die Skalen „kooperativ“, „zwanghaft“, „schwierig“ und „passiv“. Die Skalenwerte reichen dabei von 0 bis 14. Sämtliche Videos wurden von der Erstautorin (A. S.) sowie einer weiteren Mitarbeiterin von PFIFF, Elisabeth Kunz, ausgewertet, die eine „screening-level“ Reliabilität mit Crittenden erreichten (zumindest zwei Skalen über 0,70). Eine Fisher-to-z-Transformation erbrachte folgende mittlere Reliabilitätswerte: mütterliche Feinfühligkeit $r = .65$, mütterliche Kontrolle $r = 0,77$, mütterliche Unresponsivität $r = 0,84$, kindliche Kooperation $r = 0,56$, kindliche Zwanghaftigkeit $r = 0,15$, kindliche Schwierigkeit $r = 0,61$ und kindliche Passivität $r = 0,58$.

Als ein weiteres, objektives Maß der *Kindeswohlgefährdung* wurden die im Rahmen des Projektes KfDN von den Koordinatoren gemeldeten Fälle von Inobhutnahmen in den am Projekt teilnehmenden Familien (im ersten Lebensjahr, also während der Intervention) in den Kontrollfamilien verwendet.

3.3 Vorgehensweise

Nach einem Besuch von aufsuchenden Helferinnen (Familienhebammen) von „Keiner fällt durchs Netz“ (Interventionsfamilien) bzw. von Psychologiestudentinnen (Kontrollgruppe) wurde die Belastung der Familien durch Risikofaktoren anhand der HBS sowie einer internen Risikodokumentations-Checkliste ermittelt. Die meisten Items der Checkliste waren mit den Items des Anhaltsbogens von Kindler äquivalent, so dass dieser nachträglich ausgefüllt werden konnte. Aus dem Summenscore der dem Anhaltsbogen entsprechenden Items (Antwortformat ja-nein) wurde ein globaler Risiko-Score gebildet.

Die Mütter erhielten weiterhin Fragebögen zu Lebenssituation und psychischer Verfassung. Der CARE-Index und der PSI wurden zum Beginn der Intervention erhoben. Die Familien wurden von speziell geschulten Psychologiestudentinnen telefonisch kontaktiert, um den ersten Untersuchungstermin zu vereinbaren. Die Untersucherinnen waren angehalten, darauf hinzuwirken, dass das Baby beim Besuch gefüttert und ausgeschlafen war. Für die CARE-Index-Aufnahme instruierten sie anschließend die Teilnehmerinnen, mit ihrem Kind zu spielen „so wie sie es immer tun“. Weiter Instruktionen erfolgten während der drei- bis fünfminütigen Filmaufnahme nicht.

Für die Bestimmung der prädiktiven Validität wurden als Ergebnisvariable die im Rahmen von KfdN bekannt gewordene Fälle der Inobhutnahme in der Laufzeit des Projekts gewählt. Als Ausmaß einer hohen Belastung in der HBS wurde ein Wert über 60, also als „hoch belastet“ klassifiziert angenommen (siehe: Konzeptualisierung der HBS).

Für die Bestimmung der Interraterreliabilität zwischen Familienhebammen und Psychologiestudierenden wurden 35 zufällig ausgewählten KfdN-Familien am Anfang der Intervention zuerst von den Familienhebammen und dann zeitnah von den Psychologiestudierenden besucht und anhand der HBS eingeschätzt.

Für die Bestimmung der Interraterreliabilität innerhalb einer Berufsgruppe haben zwei Psychologiestudierende im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine separate Studie durchgeführt, in deren Rahmen 41 belastete Familien aus dem Heidelberger Raum nach der Geburt ihres Kindes gemeinsam besucht, anhand eines Interviewleitfadens ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt und im Anschluss die HBS unabhängig voneinander ausgewertet wurden.

3.4 Statistische Methoden

Für alle Berechnungen wurde die HBS-Skala Gesamtbelastung sowie für die Maße der Konstruktvalidität die theoretisch damit in Zusammenhang stehenden Subskalen der HBS verwendet.

Zur Berechnung der Interraterreliabilität wurden Intraklassenkorrelationen (ICC) berechnet. Zur Überprüfung von der Konstruktvalidität der HBS-Gesamtskala mit dem Anhaltsbogen, CARE-Index-Parametern und PSI wurden bivariate Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet. Zur Berechnung der Vorhersagevalidität wurde ein Fisher-Exact-Test (Vier-Felder-Tafel) sowie Risk Ratio-Maß verwendet.

Für Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt. Die statistische Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS für Windows, Version 17.0 durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistiken

Eine Einschätzung der Familien anhand der HBS ergab für die Gesamtbelastung einen Mittelwert von 47,37 (N = 284, SD = 15,18, Spannweite 5-90). Der Median lag bei 45. Die Verteilung der HBS-Gesamtbelastungswerte in der Stichprobe weicht von der Normalverteilung ab (Kolmogorov-Smirnov-Test, $p = 0,004$). In der Gesamtstichprobe haben die Familienhebammen im Vergleich zu den Studentinnen die Gesamtbelastung tendenziell niedriger eingeschätzt, die Mittelwerte lagen entsprechend bei 45,53 (SD = 14,28) im Vergleich zu 49,0 (SD = 15,8) ($t = -1,95$, $p = 0,053$, N = 282).

4.2 Zusammenhänge zwischen den HBS Subskalen

Wie aus Tabelle 3 zu ersehen ist, korrelierten der Gesamtscore der HBS stark positiv mit fast allen HBS-Subskalen. Lediglich die Korrelation mit der Belastung des Kindes ($r = 0,21$; $p < 0,001$; N = 281) ist als schwach, obwohl hochsignifikant einzustufen.

Tabelle 3: Bivariate Korrelationskoeffizienten (nach Pearson, zweiseitig) zwischen dem HBS-Gesamtwert und den HBS-Subskalen

	Belastung Kind	Belastung Eltern	Soziale Belastung	Materielle Belastung	Gesamtbelastung
Kind	1	.16** N = 284	.18** N = 284	.12* N = 281	.21*** N = 281
Eltern		1	.36*** N = 285	.34*** N = 284	.71*** N = 284
sozial			1	.49*** N = 284	.59*** N = 284
materiell				1	.62*** N = 284
Gesamt					1

** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

4.3 Interraterreliabilität

Die Intraklassenkorrelation (ICC) für die Gesamtbelastung erbrachte eine hochsignifikante Interraterreliabilität (ICC = 0,92, $p < 0,01$, N = 41, zweiseitig, einzelne

Maße) bei Einschätzung durch zwei Psychologiestudierenden. Die Intraklassenkorrelationen für die Subskalen betragen 0,81 für „Belastung des Kindes“, 0,90 für „Belastung der Eltern“, 0,88 für „materielle Belastung“ und 0,86 für „soziale Belastung“ (alle ICC hochsignifikant) (Müller, 2009). Dieses Ergebnis weist auf eine exzellente Übereinstimmung der Einschätzung von Belastung zwischen zwei Beobachtern hin (Cicchetti u. Sparrow, 1981).

Die Interraterreliabilität für die Gesamtbelastung zwischen einem Psychologiestudierenden und einer Familienhebamme, die im Rahmen von KfdN die Familie betreute, fiel hingegen nicht signifikant aus (ICC = 0,21, $p = 0,113$, $N = 32$) und ist laut Cicchetti und Sparrow (1981) als schlecht einzustufen. Die Mittelwertvergleiche in der Gesamtstichprobe zeigen eine tendenziell niedrigere Einschätzung der Gesamtbelastung durch die Familienhebammen (M [Hebammen] = 45,5, $SD = 14,28$ vs. M [Studierende] = 49, $SD = 15,80$ in der Kontrollgruppe; $t(282) = -1,93$, $p = 0,054$).

4.4 Validität

Konstruktvalidität: Zwischen der HBS-Gesamtbelastung und der „mütterlichen Sensitivität“ (CARE-Index) ergab sich ein höchstsignifikanter negativer Zusammenhang ($r = -0,25$; $p < 0,001$; $N = 271$). Die HBS Subskala „Persönliche Belastung der Eltern“ korrelierte ebenfalls höchstsignifikant negativ mit der „mütterlichen Sensitivität“ ($r = -0,20$; $p = 0,001$; $N = 281$).

Die HBS-Gesamtbelastung und Kindlers Anhaltsbogen standen in einem signifikant positiven Zusammenhang ($r = 0,47$; $p < 0,001$; $N = 122$). Auch die Unterskalen der HBS wiesen höchstsignifikante positive Zusammenhänge mit dem Anhaltsbogen auf: mit der Belastung der Eltern ($r = 0,43$), der Belastung des Kindes ($r = 0,37$), sozialen Belastung ($r = 0,37$) und materiellen Belastung ($r = 0,38$).

Die HBS-Gesamtbelastung und die PSI-SF Skala „Parental Distress“ korrelierten tendenziell positiv miteinander ($r = 0,13$; $p = 0,06$; $N = 222$). Die Korrelation zwischen „PSI-Parental Distress“ und der HBS Subskala „Belastung der Eltern“ fiel signifikant aus ($r = 0,14$, $p < 0,05$, $N = 225$).

Prädiktive Validität: Im Laufe des Projekts wurden sechzehn Fälle der Inobhutnahme von Kindern bekannt, davon lagen die HBS-Daten von elf Fällen vor. Der Vierfelder-Kontingenztafel (s. Tab. 4) ist zu entnehmen, dass von den elf in Obhut genommenen Kindern bei sieben Familien, d. h. bei 63,6 % das Risiko richtig als hoch (Gesamtbelastung in HBS über 60) erkannt wurde. Von den 273 nicht in Obhut genommenen Kindern wurden zuvor 201 (73,6 %) als niedrig bzw. mäßig risikobelastet eingestuft (Fischer-Exact-Test $p = 0,012$, wobei die Voraussetzung der Mindestzellenbesetzung von 5 in einer Zelle verletzt ist). Die Indizienratio für die Inobhutnahme des Kindes bei der Klassifikation in der HBS von über 60 betrug 0,09; für die Inobhutnahme bei der Klassifikation unter 60 betrug sie 0,02. Dementsprechend lag das relative Risiko bei 4,5. Damit ist das Risiko der Inobhutnahme des Kindes im ersten Lebensjahr bei einer hohen Belastung in der HBS um das 4,5-fache erhöht.

Tabelle 4: HBS-Klassifikation und Inobhutnahme des Kindes (N = 284)

	Inobhutnahme des Kindes	keine Inobhutnahme
Hoche Belastung (HBS > 60)	7 (63,6 % der Kategorie „Inobhutnahme“)	72 (26,4 % der Kategorie „keine Inobhutnahme“)
Niedrige bis mäßig hohe Belastung (HBS ≤ 60)	4 (36,4 % der Kategorie „Inobhutnahme“)	201 (73,6 % der Kategorie „keine Inobhutnahme“)

5 Diskussion

Das Ziel dieser Studie war es, die HBS als neu entwickeltes Instrument vorzustellen und auf ihre psychometrischen Eigenschaften zu untersuchen. Die HBS wurde konstruiert für eine niedrigschwellige und multiprofessionelle Einschätzung der Belastungen und der Ressourcen einer Familie nach der Geburt des Kindes.

Die HBS weist eine exzellente Interraterreliabilität innerhalb einer homogenen Berufsgruppe (Psychologiestudierende) auf (ICC = 0,92). Ähnliche Befunde sind bei dem Risikoinventar „Kempe Family Stress Inventory“ zu finden: Auch dort wurde eine hohe Übereinstimmung (93 %) bezogen auf die Gesamteinschätzung des Risikoniveaus erzielt (Korfmacher, 2000).

Die Interraterreliabilität zwischen den zwei Berufsgruppen der Familienhebammen und der Psychologiestudierenden fiel hingegen schlecht aus. Dies hing vermutlich mit verschiedenen Faktoren zusammen. Einerseits sind die divergenten Einschätzungen zwischen den Berufsgruppen auf unterschiedliche Vergleichsstandards und Wissensstände zwischen diesen Gruppen zurückzuführen („Ankereffekt“). Die tendenziell niedriger ausfallende Einschätzung der Gesamtbelastung durch die Hebammen in der Gesamtstichprobe hat womöglich auch mit einer häufig in den Netzwerktreffen bemerkbaren Angst der Hebammen vor „Stigmatisierung“ der Familien zu tun. Andererseits hatten die Hebammen durch ihre Wahrnehmung als in der Regel sehr vertraute Person durch die Mütter vermutlich einen anderen, vielleicht „intimeren“ Zugang zu den Informationen über die Familien als die Psychologiestudierenden. Hinzu kommt, dass Studierende die Familien an verschiedenen Tagen innerhalb eines Zeitabschnitts aufgesucht haben, so dass auch der jeweilige „Eindruck“ der Familien an diesem bestimmten Tage einen Einfluss gehabt haben könnte. Auch ist der berufliche Kontext der beiden Gruppen ein anderer – die Studierenden betrieben eine einmalige Forschungstätigkeit, während die Familienhebammen am Beginn einer potenziell länger andauernden helfenden Beziehung standen, was sich ebenfalls auf die Beurteilung auswirken kann.

Die sehr gute Interraterreliabilität zwischen zwei Psychologiestudierenden gibt zwar einen Hinweis auf eine Anwendbarkeit des Instruments in der Forschung. Die nicht zufriedenstellende Übereinstimmung zwischen Familienhebammen und Psychologiestudierenden wirft jedoch die Frage bezüglich der externen (ökologischen) Validität der Einschätzung in der Praxis auf. Grundsätzliche Aspekte bei der Einschätzung

von Belastungs- und Risikofaktoren durch Familienhebammen bei der aufsuchenden Familienarbeit sollen deswegen in einer gesonderten Arbeit ausführlicher diskutiert werden. In der weiteren Forschung sollte auch die Interraterreliabilität zwischen Familienhebammen berücksichtigt werden.

Beim zukünftigen Einsatz der HBS sollte als Konsequenz dieser Ergebnisse auch die Interraterreliabilität zwischen weiteren relevanten Berufsgruppen des psychosozialen Feldes (z. B. zwischen Familienhebammen und Sozialarbeiter/innen, zwischen beiden Berufsgruppen und Ärzt/innen etc.) überprüft werden.

Es ist davon auszugehen, dass Inhaltsvalidität der HBS vorliegt, da die meisten bekannten frühen Belastungsfaktoren berücksichtigt wurden. Die Inhaltsvalidität wurde weiterhin durch die zufriedenstellende Konstrukt- und prädiktive Validität untermauert.

Bezüglich der Konstruktvalidität wies HBS erwartungsgemäß einen schwachen, aber signifikanten umgekehrten Zusammenhang mit der mütterlichen Feinfühligkeit (CARE-Index) auf – die beobachtete vorhandene mütterliche Feinfühligkeit in einer Spielsituation ging mit einer geringeren Belastung der Familie und der Mutter einher. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der übrigen Forschung zum CARE-Index. Weniger belastete Mütter aus der Mittelschicht erzielten höhere Feinfühligkeitswerte als Mütter aus der Unterschicht (Crittenden u. Bonvillian, 1984). Eine allgemeine (psychische und sozioökonomische) Belastung der Familie kann als ein möglicherweise die mütterliche Feinfühligkeit beeinflussender Faktor angesehen werden.

Es wurde ein starker positiver Zusammenhang zwischen der HBS und dem Anhaltsbogen von Kindler gefunden, und zwar sowohl mit der Gesamtbelastung ($r = 0,47$) als auch, etwas weniger ausgeprägt, mit allen Unterskalen der HBS. Beide Instrumente wurden in Anlehnung an die aktuelle internationale Forschung zu Risikofaktoren entwickelt. Obwohl sie unterschiedlich strukturiert sind, decken sie auch augenscheinlich ähnliche Bereiche ab, wie allgemeine Verfassung der Mutter, Konflikte in der Partnerschaft, soziale und finanzielle Situation der Familie, gesundheitliche Verfassung des Kindes. Der empirisch belegte Zusammenhang zwischen Kindlers Anhaltsbogen und der HBS spricht für eine starke Überlappung der beiden Instrumente. Darüber hinaus stand die Gesamtbelastung der HBS tendenziell im Bezug zu mütterlicher Stressbelastung (PSI-SF).

Für die Bestimmung der prädiktiven Validität wurden die im Laufe des Projekts KfdN bekannt gewordenen Fälle von Inobhutnahmen der Kinder im ersten Lebensjahr für die Einschätzung der Vorhersagevalidität einbezogen. Laut unseren Ergebnissen liegen Hinweise auf eine prädiktive Validität der HBS vor. Von den elf in Obhut genommenen Kindern wurde bei sieben Familien, d. h. bei 63,6 %, das Risiko richtig erkannt. Damit liegt die *Sensitivität* der HBS – definiert als der Anteil der Fälle, die in denen es im weiteren Verlauf zu einer Fremdunterbringung kommt – in einem akzeptablen, aber eher niedrigen Bereich. Kindler (2010) berichtet in seiner Überblickstudie von der Sensitivität der Screeningverfahren zwischen 55 und 100 % mit einem Mittelwert bei 78 %. Die Spezifität der HBS liegt bei 73,6 %.

Das Risiko der Inobhutnahme des Kindes im ersten Lebensjahr bei einer hohen Belastung in der HBS ist um das 4,5-fache erhöht. Dieses Ergebnis ist dennoch mit Vorsicht

zu betrachten, da die Inzidenzraten der Inobhutnahme insgesamt niedrig waren. Auch dieses Ergebnis ist zufriedenstellend, fällt aber im internationalen Vergleich eher gering aus. Kindler (2010) berichtet von einer zwischen 3- und 30-fach erhöhten Häufigkeit von Kindeswohlgefährdungsfällen im Vergleich zu denjenigen Fällen, die vorab als geringer risikobelastet eingestuft wurden. Zudem ist es unklar, wie hoch die Dunkelziffer der Fremdunterbringung in den Kontrollfamilien war. Die Drop-Out-Rate vom Messzeitpunkt T1 bis zum Zeitpunkt T3 (Alter der Kinder 12 Monate) in den Kontrollfamilien betrug 13 %. Es ist also von einer geringen Aufdeckungsrate der Fremdunterbringung auszugehen: Möglicherweise wurden in manchen der ausgeschiedenen Kontrollfamilien Kinder in Obhut genommen, ohne dass die Forscher benachrichtigt worden sind. Außerdem ist die Inobhutnahme keine eigentliche Diagnose, wenngleich aber ein wichtiger Hinweis, für Kindeswohlgefährdung. Womöglich benötigt man ein noch strengeres Kriterium für die kriteriumsbezogene Validität einer Belastungsskala.

Methodologische Einschränkungen: In diese Studie konnten die hoch relevanten Daten zur Interraterreliabilität zwischen Familienhebammen, für die das Instrument konzipiert worden ist, aus organisatorischen Gründen leider nicht erhoben werden, da eine weitere Messung den Fachkräften nicht zuzumuten war. Wie im gesamten Feld der frühen Hilfen, müssen bei der Forschung in einem Praxisfeld wie dem Projekt KfdN zugunsten der Compliance der Fachkräfte vor Ort Kompromisse hinsichtlich der erwünschten Datenmenge immer wieder neu eingegangen werden.

Diese Einschränkung relativiert die Aussagekraft der exzellenten Interraterreliabilität zwischen zwei Psychologiestudierenden. Eine Übereinstimmung zwischen Familienhebammen zu untersuchen, wäre eine wichtige Anregung für die weitere Forschung. Ohne diesen Befund kann letztendlich keine Aussage über den angenommenen multiprofessionellen Zugang der HBS getroffen werden.

6 Fazit

Voraussetzung für ein Erkennen von belasteten Familien sowie für eine möglichst passgenaue und bedarfsgerechte Hilfenvermittlung ist eine effektive Einschätzung der Belastung, die von relevanten Fachkräften (z. B. Krankenschwestern, Hebammen, Gynäkologen) vorgenommen werden muss. Die vorgestellte „Heidelberger Belastungsskala“ aus dem Präventionsprojekt „Keiner fällt durchs Netz“ wurde für diesen Zweck konzipiert und in der vorgestellten Untersuchung auf ihre Gütekriterien hin untersucht.

Die Ergebnisse zeigen sowohl Bereiche, in denen diese Untersuchung zufriedenstellend ausfiel (eine sehr gute Interraterreliabilität zwischen den Psychologiestudierenden, deutliche Hinweise auf die Konstruktvalidität und prädiktive Validität der HBS) als auch deutliche Defizite im Bereich der Interraterreliabilität zwischen Familienhebammen und Psychologiestudierenden sowie den Mangel an Daten zu Interraterreliabilität unter den Hebammen.

Die Erfahrungen der ersten Projektjahre (2007-2011) bieten auch Erkenntnisse zur Handhabbarkeit der HBS. So hat sich etwa gezeigt, dass eine gründliche Einübung in der Handhabung der Skala (im Idealfall eine ausführliche Schulung plus eine ausreichende Einarbeitungszeit) eine unabdingbare Voraussetzung für einen sinnvollen Einsatz der Skala ist. Deshalb soll zukünftig über verschiedene Formen von Schulungen für unterschiedliche Berufsgruppen mit aus den jeweiligen Bereichen passend gewählten Ankerbeispielen nachgedacht werden (für Psycholog/innen, Familienhebammen, Krankenpflegepersonal etc.), um den jeweils als verschieden zu vermutenden Interessen und Ausbildungsschwerpunkten gerecht zu werden. Dies könnte möglicherweise zur Erreichung einer besseren Interraterreliabilität beitragen. Da diese – insbesondere in Bezug auf die mangelhafte Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Psychologiestudierenden und der Familienhebammen – deutlich optimiert werden muss, könnte eine angepasste Ausbildung möglicherweise die Frage beantworten, ob die angestrebte Güte der Einschätzung über Berufsgruppen hinweg mit der HBS überhaupt zu erzielen ist.

Literatur

- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index. Professional manual (3. Aufl.). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Besier, T., Pillhofer, M., Botzenhart, S., Ziegenhain, U., Kindler, H., Spangler, G., Bovenschen, I., Gabler, S., Künster, A. K. (im Druck). Child Abuse and Neglect: Screening for Risk During the Perinatal Period. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*.
- Bender, D., Lösel, F. (2005). Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienz bei Misshandlung und Vernachlässigung. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (S. 85-104). Stuttgart: Schattauer.
- Cicchetti, D. V., Sparrow, S. A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behaviour. *American Journal of Mental Deficiency*, 2, 127-137.
- Cierpka, M. (2009). „Keiner fällt durchs Netz“. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, 2, 36-47.
- Crittenden, P. (2005). Der CARE-Index als Hilfsmittel für die Früherkennung, Intervention und Forschung. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, 99-106.
- Crittenden, P., Bonvillian, J. (1984). The relationship between maternal risk status and maternal sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-262.
- Deutscher Kinderschutzbund NRW/Institut für Soziale Arbeit e. V (2000). *Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln*. Münster/Wuppertal.
- Egle, U. T., Hardt, J. (2005). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (S. 20-43). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B., Hoffmann, S. O. (2002). Früher Streß und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. *Z Psychosom Med Psychother*, 48, 411-434.

- Eickhorst, A., Borchardt, S., Cierpka, M. (in Vorb.). Differentielle Angebotsstrukturen in der Betreuung belasteter Familien am Beispiel des Frühe Hilfen-Projektes „Keiner fällt durchs Netz“. Erscheint in: Reader „Frühe Hilfen“, Universitätsklinikum Ulm.
- Engfer, A. (2005). Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (S. 20-43). Stuttgart: Schattauer.
- Kindler, H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In T. Meysen, L. Schönecker, H. Kindler (Hrsg.), *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe* (S. 171-261), Weinheim: Juventa.
- Kindler, H. (2010). Risikoscreeninginstrument als systematischer Zugang zu Frühen Hilfen. Ein gangbarer Weg? *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1073-1079.
- Korfmacher, J. (2000). The Kempe Family Stress Inventory: A Review. *Child Abuse & Neglect*, 24, 129-140.
- Künster, A. K., Wucher, A., Thurn, L., Kindler, H., Fischer, D., Ziegenhain, U. (2011). Risikoepidemiologie und Kinderschutzstatistik in der frühen Kindheit – eine Pilotuntersuchung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 206-223.
- Müller, D. (2009). Überprüfung der psychometrischen Kriterien eines Fragebogens zur Erfassung von familiären Belastungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Eickhorst, A., Cierpka, M. (2011). Links between maternal postpartum depressive symptoms, maternal distress, infant gender and sensitivity: A quasi-experimental study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 7. DOI: 10.1186/1753-2000-5-7.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. U. Houben, I. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Bern: Hogrefe.
- Stasch, M. (2007). Die Heidelberger Belastungsskala. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinikum Heidelberg.
- UNICEF-Report (2005). *Progress for Children. A World Fit for Children*. New York: Statistical Review.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C., Fegert, J. M. (2010). Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.

Korrespondenzanschrift: Anna Sidor, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg; E-Mail: anna.sidor@med.uni-heidelberg.de

Anna Sidor, Andreas Eickhorst, Michael Stasch und Manfred Cierpka, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie Universitätsklinikum Heidelberg