

# IAB-Kurzbericht

6/2018

Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

## In aller Kürze

■ Um benachteiligte Familien mit Kindern unter drei Jahren zu unterstützen, wurde im Jahr 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen gegründet. Ein Modellprojekt dieses Zentrums ist das Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“, in dem Familienbegleiterinnen transferbeziehende Mütter von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes begleiten.

■ „Pro Kind“ behandelt neben Themen der Erziehung und Gesundheit Fragen der Familienplanung, der Erwerbstätigkeit und des Transferbezugs.

■ Die Wirksamkeit von „Pro Kind“ wird anhand einer Studie evaluiert, in der die Hälfte von insgesamt 755 Müttern nach einer zufälligen Auswahl die Begleitung erhält. Diese werden mit den nicht begleiteten Müttern verglichen.

■ Es zeigt sich, dass die Begleitung die elterlichen Fähigkeiten, die mentale Gesundheit und die Lebenszufriedenheit der Mütter verbessert hat. Dies führte dazu, dass sich die teilnehmenden Mütter in den ersten drei Jahren nach der Geburt häufiger für ein weiteres Kind und für einen längeren Zeitraum ohne Erwerbstätigkeit entschieden.

■ Weitere Ergebnisse der Intervention bestehen in einer verbesserten kindlichen Entwicklung. Dadurch können langfristig bessere Bildungs- und Arbeitsmarktchancen sowie Einsparungen für den Sozialstaat erzielt werden.

## Modellprojekt für benachteiligte Familien

# Intensive Begleitung hilft Müttern und Kindern

von Malte Sandner

Internationale Studien zur Wirksamkeit von Hausbesuchsprogrammen für sozial benachteiligte Familien zeigen, dass diese Programme, neben einer Verbesserung der kindlichen Entwicklung und Gesundheit, die Arbeitsmarkt- und Bildungspartizipation der betroffenen Mütter steigern können. Die vorliegende Studie untersucht auf Basis eines Modellprojekts erstmals, ob diese Ergebnisse auf das deutsche Sozialsystem übertragbar sind.

Familien mit kleinen Kindern und besonders alleinerziehende Mütter mit kleinen Kindern beziehen häufiger SGB-II-Leistungen und sind öfter von Langzeitleistungsbezug betroffen als die Durchschnittsbevölkerung. So bezogen im Juni 2017 16,5 Prozent der Haushalte mit Kindern unter drei Jahren SGB-II-Leistungen. Um diese benachteiligten Familien zu unterstützen, rief das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Jahr 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ins Leben und seit 2012 werden Frühe Hilfen jährlich mit 51 Millionen Euro vom

Bund unterstützt (BMFSFJ 2015). Frühe Hilfen basieren auf zwei Kerngedanken: Erstens soll eine enge kommunale Vernetzung und Kooperation von Institutionen aus den Bereichen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und der sozialen Sicherung gefördert werden, um eine passende Unterstützung für die Familien zu gewährleisten. Zweitens bieten Frühe Hilfen direkt Unterstützungsmaßnahmen an, vor allem durch Familienhebammen, deren Einsatz auf kommunaler Ebene in den letzten Jahren stark ausgeweitet wurde (vgl. Infokasten 1 auf Seite 2). Neben Themen wie Erziehung, Gesundheit und Prävention von Vernachlässigung bearbeiten Familienhebammen – insbesondere mit sozial benachteiligten Familien – Fragen der Familienplanung, der Erwerbstätigkeit und des Transferbezugs.

Die Vernetzung durch Frühe Hilfen ermöglicht es, benachteiligten Familien Unterstützungsmaßnahmen zu gewähren, die über die gewöhnlichen Fördermöglichkeiten der Jobcenter hinausgehen. Ergänzend zu den Angeboten der Bundesagentur für

## 1 Frühe Hilfen

Frühe Hilfen sind passgenaue Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder ab der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren des Kindes. Sie nutzen die Angebote und Maßnahmen des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe und der Schwangerschaftsberatung. Dies geschieht in den multiprofessionellen und hilfesystemübergreifenden Netzwerken Frühe Hilfen. Seit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz sind sie erstmals gesetzlich verankert und wurden zunächst von der Bundesinitiative Frühe Hilfen und ab dem Jahr 2018 von der Bundesstiftung Frühe Hilfen mit jährlich 51 Millionen Euro vom Bund unterstützt. Zudem werden Landes- und kommunale Mittel für Frühe Hilfen aufgewendet.

Schon im Jahr 2007 gründete das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), um Begleitforschung zu den Frühen Hilfen zu initiieren und Ergebnisse für die Praxis nutzbar zu machen, sowie gute Praxis zu unterstützen, weiterzuentwickeln und zu übertragen. Die Frühe Hilfe, die am umfassendsten evaluiert wurde, ist das Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“. Das Programm ist im Bundesland Bremen und in der Kommune Braunschweig in die Regelversorgung eingegangen (<http://www.stiftung-pro-kind.de/>). In vielen anderen Kommunen werden Familienhebammenprogramme eingesetzt. Diese können in der Ausgestaltung unterschiedlich sein, basieren aber, genauso wie „Pro Kind“, auf Hausbesuchen und weisen sehr ähnliche Ansätze und Konzepte auf. Zudem richten sie sich, wie „Pro Kind“, an belastete Familien und leisten Unterstützung, die sich nicht nur auf das Kind bezieht, sondern auf die Lebenslage der gesamten Familie (mehr Infos unter: [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)).

## 2 Methodische Erläuterungen

### ■ Randomisiertes Experiment

Die Methode des randomisierten Experiments kommt aus der klinischen Medizin. Dabei werden Probanden zufällig in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe gelost, in der Ersteren die medizinische Behandlung und Letztere ein Placebo erhalten. In den letzten Jahrzehnten wurden randomisierte Experimente auch in den Sozial- und Gesellschaftswissenschaften populär, da sie den Goldstandard darstellen, wenn der kausale Effekt einer Intervention, Maßnahme oder eines Programms festgestellt werden soll. Randomisierte Experimente sind geeignet, kausale Effekte zu ermitteln, da die zufällige Zuteilung der Intervention auf die Probanden dazu führt, dass sich die Probanden in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe nur darin unterscheiden, dass die einen die Intervention bekommen und die anderen nicht. Unterschiede zwischen den Gruppen nach Abschluss der Intervention lassen sich somit auf die Intervention zurückführen.

### ■ Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit ist ein psychologisches Konstrukt, das von Albert Bandura entwickelt wurde. Selbstwirksamkeit ist definiert als die persönliche Beurteilung des eigenen Handelns, um mit zukünftigen Situationen umzugehen. Ein Mensch, der daran glaubt, selbst etwas bewirken und auch in schwierigen Situationen selbstständig handeln zu können, hat demnach eine hohe Selbstwirksamkeit. Eine Komponente der Selbstwirksamkeit ist die Annahme, man könne als Person gezielt Einfluss auf die Dinge und die Welt nehmen, statt äußere Umstände, andere Personen, Zufall, Glück und sonstige unkontrollierbare Faktoren als ursächlich anzusehen.

### ■ Entwicklungstests bei Kleinkindern

Im „Pro Kind“-Projekt wurde die kindliche Entwicklung durch die Bayley Scales of Infant Development (BSID) gemessen. In diesem Entwicklungstest lösen Kleinkinder bestimmte Aufgaben. Die Testleiter beurteilen anhand der Anzahl der gelösten Aufgaben die kindliche Entwicklung. Im Gegensatz zu fragebogenbasierten Entwicklungseinschätzungen, die auf Selbstangaben einer Bezugsperson basieren, handelt es sich bei den BSID somit um einen objektiven Test.

Arbeit (BA) bieten Familienhebammen die benötigte niederschwellige Förderung. Dadurch sollen Potenziale entstehen, um Ressourcen der Familien besser zu aktivieren und zu nutzen. Allerdings liegen bisher erst wenige Forschungsergebnisse über die Wirksamkeit solcher Programme vor. Es ist aber wichtig zu wissen, ob der vielversprechende Ansatz, Familienhebammen zur Unterstützung benachteiligter Familien einzusetzen, die intendierten Effekte auf den Arbeitsmarkterfolg und die Gesundheit der Familienmitglieder und besonders der Mütter sowie auf die kindliche Entwicklung hat. Vor diesem Hintergrund wurde die Wirksamkeit einzelner Unterstützungsmaßnahmen des NZFH untersucht.

### ■ Das Modellprojekt „Pro Kind“

Die Maßnahme, die am umfassendsten evaluiert wurde, ist das Hausbesuchsprogramm „Pro Kind“. In diesem Programm begleiten ausgebildete Hebammen und Sozialpädagoginnen erstgebärende Frauen in einer schwierigen Lebenssituation von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes. Kriterien für die schwierige Lebenssituation sind – neben sozio-demografischen Faktoren und Lebensumständen wie Minderjährigkeit oder soziale Isolation – der Bezug von SGB-II- oder SGB-XII-Leistungen oder ein ähnlich geringes Erwerbseinkommen oder Taschengeld. Die Begleitung folgt einem festen Curriculum, in dem 52 Hausbesuche zwischen Schwangerschaft und dem zweiten Geburtstag geplant sind. Alle Familienbegleiterinnen wurden in dem „Pro Kind“-Curriculum geschult und erhielten während der Programmlaufzeit eine kontinuierliche Supervision. „Pro Kind“ wurde in 13 Kommunen in Niedersachsen, Bremen und Sachsen implementiert. In das Projekt wurden nur Frauen aufgenommen, die noch kein Kind geboren hatten, da bei ihnen die größte Wirksamkeit der Begleitung zu erwarten war (für weitere Details zum „Pro Kind“-Projekt vgl. Lutz/Sandner 2010 und Sierau et al. 2016).

Das „Pro Kind“-Programm verfolgt drei Hauptziele:

- die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind,
- die Förderung der kindlichen Entwicklung und
- die Förderung der ökonomischen Selbstständigkeit der teilnehmenden Familien durch eine Reduzierung ihres Transferbezugs.

Die Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit soll dadurch erreicht werden, dass medizinische Vorsorgeleistungen stärker in Anspruch genommen und gesundheitsschädliches Verhalten,

wie Rauchen, reduziert werden. Eine Stärkung der elterlichen Kompetenzen und eine Verbesserung der Mutter-Kind-Bindung sollen die Entwicklung der Kinder fördern.

Die ökonomische Selbstständigkeit soll durch eine Stärkung der mütterlichen Selbstwirksamkeit (vgl. Infokasten 2 auf Seite 2) erreicht werden. Durch die gestärkte Selbstwirksamkeit sollen die Mütter eine Perspektive für ihr Leben entwickeln und besser in der Lage sein, bewusste Entscheidungen über weitere Schwangerschaften, Bildungsabschlüsse und Erwerbstätigkeit zu treffen. Die intensive Beziehung und Bindung zwischen Begleiterin und Teilnehmerin werden in der Theorie des Programms als Basis gesehen, um die Selbstwirksamkeit der Mütter zu steigern. Dieser Theorie folgend, wird die Beziehung und Bindung besonders dadurch gestärkt, dass Mütter in der herausfordernden Lebensphase während der Schwangerschaft und nach einer Geburt offen für Unterstützung, Ratschläge und Anleitung sind. Die Frauen im „Pro Kind“-Projekt sollten dafür besonders aufgeschlossen sein, da sie zum ersten Mal ein Kind bekommen.

„Pro Kind“ ist eine Adaption des amerikanischen Nurse Family Partnership (NFP) Programs, das in den USA mehrmals erfolgreich anhand von randomisierten Studien evaluiert wurde (Olds et al. 1997; Olds et al. 2004). Besonders bei der Förderung der ökonomischen Selbstständigkeit der Familien erzielte das NFP große Effekte, indem es die Erwerbstätigkeit der begleiteten Mütter erhöhte und den Transferbezug reduzierte. Diese Effekte konnten dadurch erklärt werden, dass die begleiteten Familien weniger zweite Geburten und stabilere Partnerschaften aufwiesen als die nicht begleiteten. Kosten-Nutzen-Analysen zeigen, dass alleine durch die Effekte auf die ökonomische Selbstständigkeit der Mütter ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis des NFP erreicht wurde (Olds et al. 1988; Olds et al. 2010).

## ■ Evidenzbasierte Begleitforschung

Die Wirksamkeit des Hausbesuchsprogramms „Pro Kind“ wird anhand einer randomisierten Kontrollgruppenstudie untersucht. Das heißt, jeweils die Hälfte der Frauen, die die Aufnahmekriterien erfüllten, wurde zufällig in eine Kontrollgruppe und eine Interventionsgruppe gelost (Details dazu vgl. Infokasten 2). Die Frauen der Interventionsgruppe bekommen die oben beschriebenen „Pro Kind“-Hausbesuche angeboten. Die Frauen in der Kontroll-

gruppe haben ausschließlich Zugang zu den regulären Leistungen des deutschen Sozialstaates. Durch die zufällige Zuteilung lassen sich die kausalen Effekte der Intervention ermitteln.

Tabelle 1 zeigt die sozio-demografischen Charakteristika der Frauen in der Kontrollgruppe und der Teilnehmerinnen in der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt der Aufnahme in das „Pro Kind“-Projekt. Die Frauen beider Gruppen wurden während der Schwangerschaft in die Studie aufgenommen und hatten zuvor noch kein Kind geboren. Außerdem ist charakteristisch, dass das Durchschnittsalter der Frauen niedrig ist. Ein großer Anteil von ihnen ist nicht erwerbstätig und weist nur ein geringes Einkommen auf. Insgesamt verdeutlichen das geringe Einkommen und das relativ zu anderen Bevölkerungsgruppen häufige Fehlen eines Schulabschlusses oder

Tabelle 1

### Charakteristika der Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Aufnahme in das „Pro Kind“-Projekt im Vergleich zu Frauen in der Kontrollgruppe

		Kontrollgruppe (KG)	Interventionsgruppe (IG)	Differenz KG/IG
<b>Aufnahmekriterien</b>				
Erstes Kind	%	100	100	0
Aufnahme während der Schwangerschaft	%	100	100	0
<b>Charakteristika der beteiligten Frauen</b>				
Durchschnittliches Alter	Jahre	21,53	21,27	0,26
Unter 20 Jahren	%	44	47	-3
Keine deutsche Staatsangehörigkeit	%	8	8	1
Durchschnittliches monatliches Nettohaushaltseinkommen	Euro	916,62	937,28	-20,66
Durchschnittliches monatliches Nettohaushaltseinkommen unter 1.250 Euro	%	81	82	-1
Über 3.000 Euro Schulden	%	17	19	-2
Weniger als elf Jahre Schule	%	75	78	-3
Ohne Schulabschluss	%	13	10	3
Ohne abgeschlossene Berufsausbildung	%	59	55	4
Keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	%	86	82	4
Ohne Partner	%	28	29	-1
Wohnhaft bei Eltern	%	27	28	-1
Anzahl der Personen im Haushalt	absolut	2,45	2,55	-0,1
Unverheiratet	%	91	87	4
aus Niedersachsen	%	37	39	-2
aus Bremen	%	30	28	1
aus Sachsen	%	34	33	1
Anzahl der beteiligten Frauen	absolut	361	394	

Anmerkungen: Keines der Charakteristika ist zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe signifikant unterschiedlich. In dem Charakteristikum „Ohne abgeschlossene Berufsausbildung“ wurden nur Frauen über 21 Jahre berücksichtigt. In dem Charakteristikum „Ohne Schulabschluss“ wurden nur Frauen über 18 Jahre berücksichtigt.

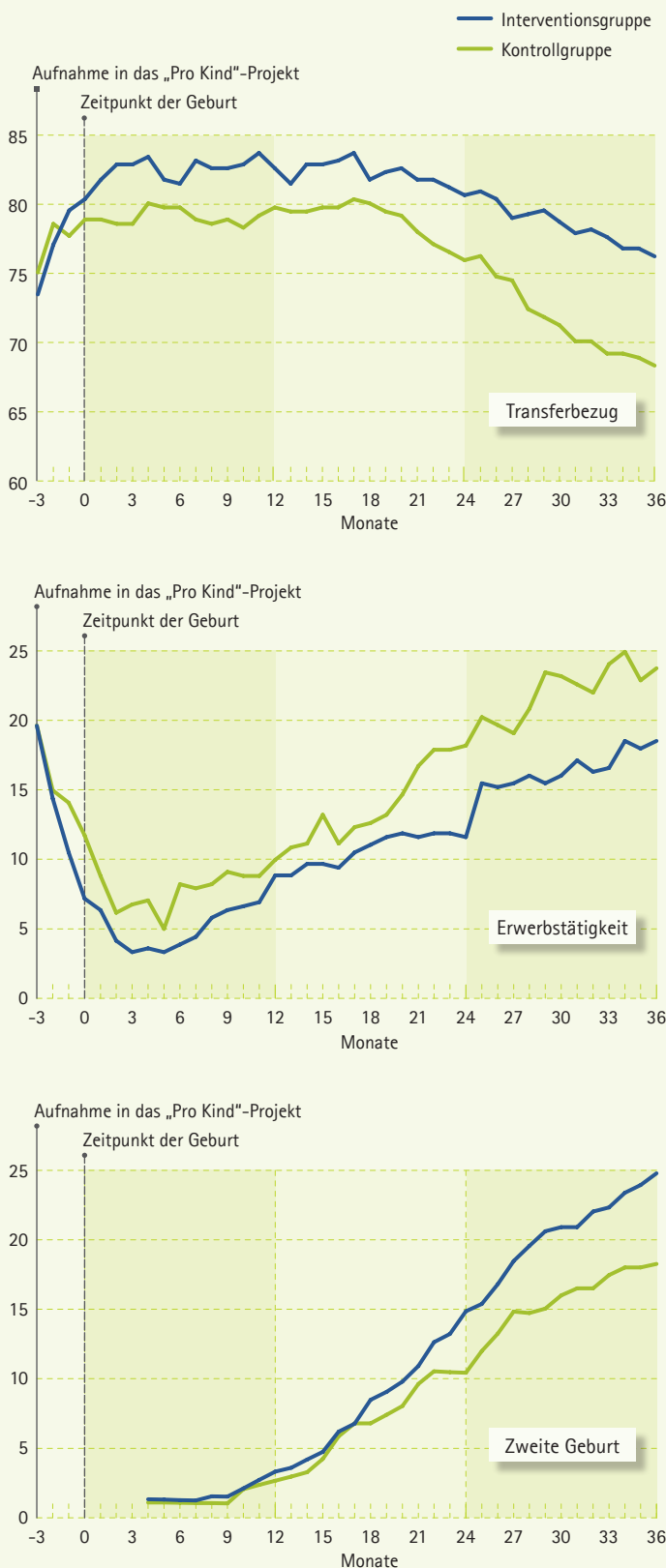
Quelle: Modellprojekt „Pro Kind“, eigene Berechnungen.

© IAB

Abbildung 1

## Begleitete Frauen im „Pro Kind“-Projekt im Vergleich zur Kontrollgruppe

Transferbezug, Erwerbstätigkeit und zweite Geburt innerhalb von 36 Monaten nach der Geburt des ersten Kindes, Anteile in Prozent



Quelle: Modellprojekt „Pro Kind“ und Integrierte Erwerbsbiografien (IEB), eigene Berechnungen.

© IAB

einer Berufsausbildung, dass die Frauen in der Kontrollgruppe wie in der Interventionsgruppe sozial und ökonomisch benachteiligt sind. Es ist wichtig zu betonen, dass sich die Charakteristika der Frauen in den beiden Gruppen nicht signifikant unterscheiden. Somit können Unterschiede zwischen den Gruppen, die nach Beendigung der Begleitung auftreten, mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Maßnahme zurückgeführt werden.

Um Unterschiede zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe während und nach der Begleitung zu ermitteln, wurden Telefon- und Face-to-face-Interviews mit den Müttern und Entwicklungstests mit den Kindern durchgeführt. Außerdem wurden von den Frauen, die ihre Zustimmung gegeben hatten, administrative Daten von Krankenkassen und aus den Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) abgerufen. Die IEB-Daten ermöglichen es, die Effekte der Begleitung auf die Erwerbstätigkeit und den Bezug von SGB-II-Leistungen zu ermitteln. Zudem kann anhand der IEB bei Haushalten mit Transferleistungen die Geburt von Kindern sehr genau festgestellt werden.

## ■ Ergebnisse der Begleitforschung

### Erwerbstätigkeit, Transferbezug und Geburten

Abbildung 1 fasst die Effekte der „Pro-Kind“-Begleitung auf zweite Geburten, Erwerbstätigkeit und Transferbezug zusammen: Begleitete Mütter haben in den ersten drei Jahren nach der Geburt häufiger ein zweites Kind bekommen, sind seltener erwerbstätig und beziehen häufiger Transferleistungen als Mütter, die nicht begleitet wurden. Tabelle 2 (Seite 5) zeigt, dass diese Effekte innerhalb von drei Jahren nach der Geburt groß und signifikant sind. Beispielsweise beträgt der Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe bei den Geburten 6,6 Prozentpunkte (Zeile: Zweites Kind im Haushalt, Spalte 2). Darüber hinaus haben Mütter in der Interventionsgruppe in den ersten 36 Monaten nach Geburt des Kindes im Durchschnitt 1,6 Monate länger Transferleistungen bezogen als Mütter in der Kontrollgruppe (Zeile: Transferbezug, Spalte 5).

Differenziert man die Erwerbstätigkeit weiter nach verschiedenen Formen, wird allerdings deutlich, dass die Monate in Ausbildung in der Interventionsgruppe nicht signifikant geringer sind als in der Kontrollgruppe (Zeile: Ausbildung, Spalten 5 und 6). Die niedrigere Erwerbstätigkeit wird vielmehr durch ein unterschiedliches Niveau geringfügiger und sozial-

versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, in denen Ausbildungen nicht eingeschlossen sind, verursacht (Zeilen: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und Geringfügige Beschäftigung, Spalten 5 und 6). Abbildung 1 zeigt zudem, dass die Effekte auf Erwerbstätigkeit und Transferbezug schon direkt nach der Geburt des ersten Kindes einsetzen. Es ist daher auszuschließen, dass die erhöhte Wahrscheinlichkeit eines zweiten Kindes alleine zu einer Reduzierung der Erwerbstätigkeit führt. Stattdessen entscheiden sich viele Mütter, bereits direkt nach der Geburt des ersten Kindes weniger oder nicht zu arbeiten. Erst etwa 24 Monate nach der Geburt werden die Unterschiede bei Erwerbstätigkeit und Transferbezug zwischen Interventions- und Kontrollgruppe größer, was auf die vermehrten zweiten Geburten zurückzuführen sein könnte. Diese Vermutung wird dadurch bestätigt, dass sich der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bei Transferbezug und Erwerbstätigkeit im Zeitraum 24 bis 36 Monate verringert, wenn auf zweite Geburten kontrolliert wird.

Vergleicht man die Erwerbstätigkeit der Mütter aus der gesamten „Pro Kind“-Stichprobe (Kontroll- und Interventionsgruppe) mit der Erwerbstätigkeit

einer repräsentativen Stichprobe von Müttern mit Kindern zwischen zwei und drei Jahren in Deutschland, fällt auf, dass die „Pro Kind“-Mütter seltener erwerbstätig sind. Während die Erwerbsquote bei den repräsentativen Müttern im Jahr 2010 bei 51 Prozent lag (BMFSFJ 2012), sind im „Pro Kind“-Projekt unter 25 Prozent der Mütter mit Kindern im entsprechenden Alter erwerbstätig (vgl. Abbildung 1). Diese Zahlen verdeutlichen, dass bei der Gruppe der Mütter in der „Pro Kind“-Stichprobe noch Erwerbspotenzial vorhanden ist.

Es stellt sich nun die Frage, warum das „Pro Kind“-Projekt die Fertilität und den Transferbezug der begleiteten Frauen erhöht und ihre Erwerbstätigkeit reduziert hat – was nicht Ziel der Intervention war und sich von den Resultaten ähnlicher Programme in den USA wesentlich unterscheidet. Hierzu liefern die Daten aus den Interviews und von den Krankenversicherungen wichtige Anhaltspunkte (zu Letzteren vgl. Sandner et al. 2017).

### Gesundheit und Wohlbefinden

Tabelle 3 (Seite 6) zeigt die Ergebnisse verschiedener Fragen zum Wohlbefinden, wie etwa zu Lebenszufriedenheit (12 und 28 Monate nach der Geburt), zu

Tabelle 2

#### Auswirkungen des „Pro Kind“-Projekts auf die begleiteten Frauen

Transferbezug, Erwerbstätigkeit und zweite Geburt innerhalb von 36 Monaten nach der Geburt des ersten Kindes

IG = Interventionsgruppe KG = Kontrollgruppe	Mindestens ein Monat im betrachteten Zeitraum			Zeitdauer in Monaten		
	Durchschnitt Kontrollgruppe	Differenz IG/KG in Prozentpunkten	Signifikanz- niveau	Durchschnitt Kontrollgruppe	Differenz IG/KG in Monaten	Signifikanz- niveau
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Irgendeine Beschäftigung	0,507 [0,501]	-0,087 ** (0,038)	0,020	6,102 [8,825]	-1,509 ** (0,630)	0,017
davon: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (Vollzeit/Teilzeit)	0,185 [0,389]	-0,049 * (0,027)	0,075	1,548 [4,669]	-0,606 ** (0,306)	0,048
Ausbildung	0,202 [0,402]	-0,034 (0,029)	0,250	2246 [5,777]	-0,233 (0,434)	0,593
Geringfügige Beschäftigung	0,293 [0,456]	-0,053 (0,033)	0,113	2,226 [4,993]	-0,648 * (0,338)	0,056
Transferbezug	0,941 [0,235]	0,037 ** (0,015)	0,014	28,39 [11,51]	1,634 ** (0,817)	0,046
Beobachtungen	341	703		341	703	
Zweites Kind im Haushalt	0,183 [0,363]	0,066 ** (0,032)	0,037			
Beobachtungen	323	677				

Anmerkungen: Standardabweichungen in eckigen Klammern; robuste Standardfehler in Klammern. Die Daten sind auf einer monatlichen Basis von der Aufnahme in das Projekt bis 36 Monate nach der Geburt vorhanden.

Signifikanzniveaus: \* < 0,1; \*\* < 0,05; \*\*\* < 0,01.

Quelle: Integrierte Erwerbsbiografien (IEB), eigene Berechnungen.

© IAB

Anzeichen für Depressionen (24 Monate nach der Geburt) sowie zu ärztlichen Verschreibungen von Beruhigungsmitteln (im gesamten Zeitraum zwischen Geburt und 24 Monaten danach). Die Mütter in der Interventionsgruppe geben positivere Antworten als die Mütter in der Kontrollgruppe. Dies ist zu allen Zeitpunkten der Fall, was darauf hinweist, dass der Effekt auf das Wohlbefinden über die Zeit stabil ist und nicht durch die höhere Zahl an Geburten ausgelöst wurde (Spalten 1, 2 und 3). Zudem zeigen die Krankenkassendaten weniger Verschreibungen von Beruhigungsmitteln in der Interventionsgruppe (Spalte 4). Dies ist ein Anzeichen dafür, dass postnatale Depressionen in der Interventionsgruppe seltener auftreten als in der Kontrollgruppe (Sandner et al. 2017). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Mütter in der Interventionsgruppe zufriedener mit ihrer Lebenssituation sind als Mütter in der Kontrollgruppe und daher vermutlich mehr Zeit zu Hause mit ihrem Kind verbringen wollen und sich häufiger für ein zweites Kind entscheiden.

Allerdings scheinen die Mütter in der Interventionsgruppe die zweite Schwangerschaft nicht besser zu planen als die in der Kontrollgruppe, da in beiden Gruppen jeweils über zwei Drittel der Frauen angeben, dass das zweite Kind eher ungeplant war. Es ist jedoch nicht so, dass die Mütter in der Interventionsgruppe weniger verhüten oder auf risikoreichere Verhütungsmittel zurückgreifen, da der Effekt auf zweite Geburten nicht auf erhöhte zweite Schwangerschaften, sondern hauptsächlich auf weniger Schwangerschaftsabbrüche in der Interventionsgruppe zurückzuführen ist. Ein weiterer interessan-

ter Aspekt besteht darin, dass es keine Unterschiede in der Partnerstabilität zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe gibt (Sandner 2017). Es kann somit ausgeschlossen werden, dass sich Mütter in der Interventionsgruppe häufiger in einer Partnerschaft befinden als die in der Kontrollgruppe und deshalb nicht auf eine Erwerbstätigkeit angewiesen sind.

## Kindliche Entwicklung

Tabelle 4 (Teil B) zeigt, dass Kinder in der Interventionsgruppe seltener fernsehen. Zudem nehmen sich die Mütter zumindest bei den Töchtern teilweise mehr Zeit zum Vorlesen (Spalten 7, 8 und 9). Beides könnte eine Ursache für die verbesserte kindliche Entwicklung – gemessen an der Zahl von kognitiven Entwicklungsverzögerungen – in der Interventionsgruppe sein (vgl. Tabelle 4, Teil A und Infokasten 2 zu den Entwicklungstests bei Kleinkindern). Der Effekt auf die kindliche Entwicklung konzentriert sich allerdings auf die Mädchen (Spalten 7, 8 und 9). Verschiedene Studien (zum Beispiel Coneus/Laucht/Reuß 2012) zeigen, dass eine verbesserte kindliche Entwicklung im Kleinkindalter langfristig mit positiven Ereignissen wie Schulabschlüssen korreliert ist und somit längerfristig hohe volkswirtschaftliche Erträge erwarten lässt. Die Effekte auf die verbesserte Mutter-Kind-Interaktion und die kindliche Entwicklung sind zudem ein weiteres Indiz dafür, dass eine größere Zufriedenheit mit der Mutterrolle für die geringere Erwerbstätigkeit mitverantwortlich ist.

## Fazit

Die Effekte von begleitenden Maßnahmen für benachteiligte Familien auf Erwerbstätigkeit, Transferbezug und Fertilität der Mütter unterscheiden sich in Deutschland von konzeptionell ähnlichen Begleitprogrammen in den USA. Im Gegensatz zu den Effekten dort führte „Pro Kind“ hierzulande zu einer geringeren Erwerbstätigkeit, mehr Transferbezug und mehr zweiten Geburten in den begleiteten Familien. Allerdings gilt dies nur für geringfügige und sozialversicherungspflichtige Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung, wohingegen bei Ausbildungen – die das Programm explizit fördern sollte – keine signifikante Reduzierung der Erwerbstätigkeit festzustellen ist. Die wahrscheinliche Ursache für diese Effekte liegt darin, dass sich Mütter in der Interventionsgruppe durch die Begleitung in ihrer neuen Lebenssituation wohler fühlen als Mütter in der Kontrollgruppe. Sie könnten sich daher für bes-

Tabelle 3

### Auswirkungen des „Pro Kind“-Projekts auf das Wohlbefinden der begleiteten Mütter

	Lebenszufriedenheit Index		Symptome von Depression in %-Punkten	Verschreibung von Beruhigungsmitteln in %-Punkten
	Zeit nach der Geburt			
	12 Monate (1)	28 Monate (2)	24 Monate (3)	0–24 Monate (4)
Differenz Interventionsgruppe/ Kontrollgruppe	0,124 ** (0,054)	0,106 * (0,050)	-0,11 ** (0,050)	-0,07 ** (0,030)
Beobachtungen	422	425	344	244

Anmerkungen: Robuste Standardfehler in Klammern. Spalten (1) bis (3) geben den Unterschied zwischen Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) zu den angegebenen Zeitpunkten an. In Spalte (4) liegen die Daten für einen Zeitraum vor. Alle Schätzungen beinhalten Kontrollvariablen wie Alter und Wohnort zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt.

Signifikanzniveaus: \* < 0,1; \*\* < 0,05; \*\*\* < 0,01.

Quelle: Befragung der Teilnehmerinnen „Pro Kind“ (persönliche Interviews, Spalten 1 bis 3), Krankenkassendaten (administrative Daten, Spalte 4); eigene Berechnungen.

© IAB

ser gerüstet halten, ein zweites Kind zu bekommen und sich seltener für eine Abtreibung entscheiden, auch wenn die zweite Schwangerschaft ungeplant war. Die höhere Zufriedenheit der Mütter mit ihrer Lebenssituation und die zusätzlichen Geburten sind zudem auch mitverantwortlich dafür, dass die Frauen in der Interventionsgruppe seltener erwerbstätig sind und häufiger und länger Transfer beziehen als die in der Kontrollgruppe.

Eine Erklärung, warum Hausbesuchsprogramme in den USA andere Ergebnisse erzeugt haben als in Deutschland, könnte in unterschiedlichen institutionellen Gegebenheiten für Familien mit Transferbezug bestehen. In den USA wird die Erwerbstätigkeit dieser Familien durch Programme wie den „Earned Income Tax Credit“ stark gefördert. Zudem gibt es in einigen amerikanischen Bundesstaaten „Family Caps“, die verhindern, dass Transferzahlungen je weiterem geborenem Kind steigen (Moffitt 2016). Durch diese Ausgestaltung des Sozialstaates ergibt sich ein stärkerer Druck auf Mütter, die Transferleistungen beziehen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Deshalb könnte in den USA eine verbesserte mütterliche Selbstwirksamkeit eher zu einer höheren Erwerbstätigkeit führen als in Deutschland, wo

geringere Anreize für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bestehen. Außerdem könnten die Qualifikationen der Begleiterinnen die unterschiedlichen Effekte erklären. Während in den USA hauptsächlich Familienkrankenschwestern die Besuche durchführen, werden in Deutschland Sozialpädagoginnen und Hebammen mit einer Extraqualifikation eingesetzt. Möglicherweise steht bei den Berufsgruppen, die in Deutschland Besuche durchführen, das Kindeswohl und die Zeit, die die Mutter mit dem Kind verbringt, stärker im Mittelpunkt als in den USA.

Trotz der „Pro Kind“-Effekte liegen in der frühen Unterstützung benachteiligter Familien in einer längerfristigen Perspektive auch für die Bereiche Erwerbstätigkeit und Integration in den Arbeitsmarkt große Potenziale. Frühe Hilfen ermöglichen den Zugang zu Familien, die durch andere Fördermöglichkeiten eventuell nur schwer erreicht werden können. Zudem beeinflusst die Begleitung bei „Pro Kind“ die Lebensentscheidungen der Teilnehmerinnen nachhaltig. Dies wird etwa dadurch deutlich, dass die Begleitung die wichtige Frage, ob Mütter eine Abtreibung vornehmen oder das Kind behalten, beeinflusst. Da sich „Pro Kind“ auf wichtige Entscheidungen der Familien und das Leben der teilnehmenden Mütter

Tabelle 4

**Auswirkungen der „Pro Kind“-Begleitung auf die kindliche Entwicklung und die Interaktionen zwischen Mutter und Kind**

	Alle Kinder im Alter von ...			Nur Jungen im Alter von ...			Nur Mädchen im Alter von ...		
	6 Monaten	12 Monaten	24 Monaten	6 Monaten	12 Monaten	24 Monaten	6 Monaten	12 Monaten	24 Monaten
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
<b>A. Kognitive Entwicklungsverzögerung<sup>1)</sup> in Prozentpunkten</b>									
Differenz Interventionsgruppe/ Kontrollgruppe	-0,022 (0,028)	-0,132 *** (0,041)	-0,024 (0,060)	-0,008 (0,050)	-0,077 (0,069)	0,111 (0,106)	-0,029 (0,034)	-0,34 ** (0,057)	-0,137 * (0,079)
Beobachtungen	464	393	299	219	187	133	245	206	166
<b>B. Aktivitäten und Interaktionen zwischen Mutter und Kind</b>									
<b>■ Häufigkeit des Vorlesens</b>									
Differenz Interventionsgruppe/ Kontrollgruppe	0,152 (0,131)	0,147 (0,130)	0,001 (0,146)	-0,116 (0,190)	0,114 (0,211)	-0,305 (0,237)	0,360 ** (0,183)	0,146 (0,166)	0,226 (0,187)
<b>■ Häufigkeit des Fernsehens</b>									
Differenz Interventionsgruppe/ Kontrollgruppe	-0,225 * (0,117)	-0,176 (0,120)	-0,289 ** (0,115)	-0,162 (0,182)	-0,127 (0,087)	-0,240 (0,175)	-0,266 * (0,150)	-0,253 * (0,160)	-0,297 * (0,156)
Beobachtungen	318	371	340	145	170	152	173	201	188

Anmerkungen: Robuste Standardfehler in Klammern. In Teil A der Tabelle ist das Vorliegen einer kognitiven Entwicklungsverzögerung die abhängige Variable. Die Koeffizienten sind hier als Prozentpunkte zu interpretieren. In Teil B der Tabelle sind die Häufigkeiten des mütterlichen Vorlesens und des Fernsehens die abhängigen Variablen. Die Koeffizienten sind hier als Standardabweichungen zu interpretieren. Alle Schätzungen beinhalten Kontrollvariablen wie Alter und Wohnort zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt.

Signifikanzniveaus: \* < 0,1; \*\* < 0,05; \*\*\* < 0,01.

<sup>1)</sup> Eine Entwicklungsverzögerung liegt vor, wenn ein Kind im Entwicklungstest eine Punktzahl erreicht, die mindestens eine Standardabweichung unter der Norm liegt.

Quelle: Modellprojekt „Pro Kind“, eigene Berechnungen.

grundsätzlich positiv auswirkt, könnten sich langfristig auch günstige Effekte auf Erwerbstätigkeit und Transferbezug ergeben.

Neben den Effekten auf die begleiteten Mütter lässt insbesondere die verbesserte kindliche Entwicklung langfristig positive Resultate erwarten, da zahlreiche Studien belegen, dass auch kleine Effekte am Anfang des Lebens großen Einfluss auf das weitere Leben ausüben können. Beispielsweise zeigen sich bei dem amerikanischen Perry-Preschool-Program – einer Intervention, die wie „Pro Kind“ früh im Leben beginnt und Hausbesuche einsetzt – noch 50 Jahre nach der Intervention große Effekte auf Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Löhne der Teilnehmenden (Heckman/Pinto/Savelyev 2013). Als Grund für diese langfristigen Effekte nennen Heckman und Cunha (2007), dass sich Effekte auf Fähigkeiten am Anfang des Lebens selbstverstärken (Selbst-Produktivität) und dass es verbesserte Fähigkeiten am Anfang des Lebens in einem Bereich vereinfachen, sich Fähigkeiten in anderen Bereichen anzueignen (dynamische Komplementarität). Auf diesen Ansätzen aufbauend, berechnen Sandner und Jungmann (2017), dass ein höheres Lebenseinkommen alleine durch die verbesserte kognitive Entwicklung der Mädchen im Alter von 24 Monaten die Hälfte der Programmkosten decken könnte. Diese Berechnung berücksichtigt allerdings nicht die möglichen Einsparungen durch geringere Transferzahlungen oder niedrigere Gesundheitsausgaben. Wenn alle Faktoren, die eine höhere Bildung beeinflussen, einbezogen würden, wäre in der langen Frist sogar eine Rendite des Projekts zu erwarten.



Dr. Malte Sandner

ist Mitarbeiter im Forschungsbereich „Bildung, Qualifizierung und Erwerbsverläufe“ im IAB.

malte.sandner@iab.de

## Literatur

BMFSFJ (2012): Ausgeübte Erwerbstätigkeit von Müttern – Erwerbstätigkeit, Erwerbsumfang und Erwerbsvolumen 2010. Berlin.

Malte Sandner dankt dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) für die Finanzierung der ökonomischen Begleitforschung des „Pro Kind“-Projektes, den AOKs Niedersachsen, Bremen und Sachsen sowie den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) Niedersachsen und Bremen für die Bereitstellung von Forschungsdaten und dem kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KfN), der Universität Leipzig, der Universität Rostock und der Leibniz Universität Hannover für eine hervorragende Forschungskooperation.

BMFSFJ (2015): Aus- und Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen, Pressemitteilung (<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/aus-und-aufbau-von-netzwerken-frueher-hilfen/80722>).

Coneus, K.; Laucht, M. Reuß, K. (2012): The Role of Parental Investments for Cognitive and Noncognitive Skill Formation – Evidence for the First 11 Years of Life. In: *Economics & Human Biology* 10 (2), 189–209.

Heckman, J.; Cunha, F. (2007): The Technology of Skill Formation. In: *American Economic Review*, 97 (2):31–47,–

Heckman, J.; Pinto R. and Savelyev, P. (2013): Understanding the Mechanisms through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes. In: *American Economic Review*, 103(6): 2052–2086.

Lutz, P.; Sandner, M. (2010): Zur Effizienz früher Hilfen: Forschungsdesign und erste Ergebnisse eines randomisierten kontrollierten Experiments. In: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 3/2010, S. 79–97.

Moffitt, R. (2016): Means-tested Transfer Programs in the United States. Chicago, IL.

Olds, D.; Eckenrode, J.; Henderson, Ch; Kitzman, H.; Powers, J.; Cole, R. et al. (1997): Long-Term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect: 15-Year Follow-Up of a Randomized Trial. In: *The Journal of the American Medical Association* 278 (8), S. 637–643.

Olds, D.; Henderson, Ch; Tatelbaum, R.; Chamberlin, R. (1988): Improving the Life-Course Development of Socially Disadvantaged Mothers: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. In: *American Journal of Public Health* 78 (11), S. 1436–1445.

Olds, D.; Kitzman, H.; Cole, R.; Robinson, J.; Sidora, K.; Luckey, D. et al. (2004): Effects of Nurse Home-Visiting on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-Up Results of a Randomized Trial. In: *Pediatrics* 114 (6), S. 1550–1559.

Olds, D.; Kitzman, H.; Cole, R.; Hanks, C.; Arcoletto, K. (2010): Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Maternal Life Course and Government Spending: Follow-up of a Randomized Trial Among Children at Age 12 Years. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 164 (5), S. 419–424.

Sandner, M.; Cornelissen, Th.; Jungmann, T.; Herrmann, Peggy (2017): [Evaluating the effects of a targeted home visiting program on maternal and child outcomes](#). In: [HCEO Workingpaper 2017\\_31](#), *Journal of Health Economics* (im Erscheinen).

Sandner, M.; Jungmann, T. (2017): [Gender-Specific Effects of Early Childhood Intervention: Evidence from a Randomized Controlled Trial](#). In: *Labour Economics* 45, S. 59–78.

Sandner, M. (2017): Effects of Early Childhood Intervention on Fertility and Maternal Employment: Evidence from a Randomized Controlled Trial. In: [HCEO Workingpaper 2017\\_74](#).

Sierau, S.; Dähne, V.; Brand, T.; Kurtz, V.; Klitzing, K. von; Jungmann, T. (2016): Effects of Home Visitation on Maternal Competencies and Family Environment, and Child Development: a Randomized Controlled Trial. In: *Prevention Science* 16 (7), S. 1–12.