



# Sonnenkinder

## Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart

Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

*Christina Kieslinger, Thomas Meyer*

Stuttgart im Oktober 2013

*Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS)*  
an der Dualen Hochschule Baden Württemberg Stuttgart  
Rotebühlstraße 131  
70197 Stuttgart  
Tel: 0711 1846 726  
Internet: [www.ifas-stuttgart.de](http://www.ifas-stuttgart.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung im Projektjahr 2012/13</b> .....	<b>3</b>
1.1	Die Begleitung des Sonnenkinder-Teams.....	3
1.2	Weiterentwicklung bestehender Instrumente/neue Instrumente .....	5
1.3	Kontinuierliche Datenerfassung und Auswertung der Dokumentationsunterlagen.....	6
1.4	Der Einbezug weiterer Schwerpunktthemen.....	7
<b>2</b>	<b>Fortlaufende Dokumentationsergebnisse</b> .....	<b>7</b>
2.1	Die Phase der Kontaktaufnahme: (Erst-)Kontakte und (Erst-)Gespräche .....	7
2.2	Betreuungsfälle .....	12
2.3	„Harte Daten“ zur Fallbegleitung .....	23
2.4	Entwicklung der elterlichen Kompetenzen.....	27
2.5	Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen .....	30
2.6	Fortbildungen.....	33
<b>3</b>	<b>Elterliche Erziehungskompetenzen</b> .....	<b>36</b>
3.1	Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al. ....	36
3.2	Bisherige Erkenntnisse aus der elterlichen Befragung .....	40
<b>4</b>	<b>Kooperationen/Vernetzungsaktivitäten</b> .....	<b>45</b>
4.1	Tragende Subsysteme im Netzwerk Früher Hilfen.....	47
4.2	Vernetzungsaktivitäten im Sonnenkinderprojekt.....	50
<b>5</b>	<b>Gruppenangebote</b> .....	<b>56</b>
5.1	Erkenntnisse aus dem Projekt .....	56
5.1.1	Charakteristika .....	56
5.1.2	Erfahrungen.....	57
5.1.3	Schlussfolgerungen und weiterführende Überlegungen .....	58
<b>6</b>	<b>Ehrenamt</b> .....	<b>59</b>
6.1	Ehrenamt im Bereich der Frühen Hilfen.....	59
6.2	Aufgaben und bisherige Erfahrungen mit der Gewinnung von Ehrenamtlichen im Sonnenkinderprojekt.....	62
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung und Perspektiven</b> .....	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>Literatur und aktuelle empirische Untersuchungen</b> .....	<b>72</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>73</b>

## 1 Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung im Projektjahr 2012/13

Die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung bezogen sich im Projektjahr 2012/13 vor allem auf vier Schwerpunkte:

- 1) Die Begleitung des Sonnenkinderteams in Form von Workshops/Gruppeninterviews
- 2) Die (Weiter-) Entwicklung der bestehenden Instrumente
- 3) Die kontinuierliche Datenerfassung und Auswertung der Dokumentationsunterlagen
- 4) Der Einbezug weiterer Schwerpunktthemen (Kooperationsbeziehungen, Elternbefragung, Ehrenamt, Gruppenangebote).

Diese vier Schwerpunkte werden im Folgenden kurz dargestellt.

### 1.1 Die Begleitung des Sonnenkinder-Teams

Im zweiten Projektjahr 2012/13 wurden insgesamt vier Teamsitzungen in Form von Workshops durch IfaS moderiert und begleitet. Zusätzlich wurde ein Gruppeninterview zu den Themen Ehrenamt und Gruppenangebote durchgeführt.

#### ***Workshop V<sup>1</sup>: Reflexion und Überarbeitung des Instruments zur Befragung der Eltern***

Für die Evaluation des zweiten Projektziels – „Die Eltern der Kinder werden **befähigt** [,] die zentralen gesundheitlichen und sozialen Belange ihrer Kinder in der Pflege, Versorgung und Erziehung zu beachten. Die Eltern bekommen Unterstützung in der Alltagsbewältigung und der Einbindung in örtliche soziale Netzwerke“ (vgl. Caritas Verband für Stuttgart e.V., S. 5) – wurde bereits **im ersten Projektjahr** ein Instrument zur Einschätzung der elterlichen Kompetenzen entwickelt. Mit diesem Fragebogen werden die elterlichen Kompetenzen zu Beginn und am Ende der Begleitung durch die fallzuständigen Mitarbeiterin eingeschätzt (zu den elterlichen Kompetenzbereichen vgl. Kieslinger/Meyer 2012, S. 10). Um aber dem in der Sozialen Arbeit vielfach rezipierten Anspruch auf Einbezug und Partizipation der AdressatInnen in der empirischen Begleitforschung Rechnung zu tragen, wurde **im zweiten Projektjahr** ergänzend noch ein weiteres Instrument zur schriftlichen Befragung der begleiteten Eltern theorie- und praxisgeleitet gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen des Projekts konstruiert. Dieses Instrument soll dabei gleichermaßen als Anamneseinstrument (Selbstauskunft der Mütter/Eltern zu Beginn der Betreuung) sowie als Instrument zur Evaluation der Betreuung (abschließende

<sup>1</sup> Die Zählung beginnt mit der Nr. V, da die ersten vier Workshops im ersten Projektjahr stattfanden.

Elternbefragung) fungieren. Ferner können nun die Einschätzungen der Fachkräfte mit den Einschätzungen der betreuten Mütter bzw. Eltern verglichen werden. Als theoretische Grundlage diene das Erziehungskonzept von Bastian et al. (vgl. Kap. 3.1).

In dem Workshop wurde der bisherige Einsatz des Anamnesebogens bzw. Elternfragebogens reflektiert und das Instrument auf Wunsch der Mitarbeiterinnen stellenweise verändert. Somit durchlief das Instrument eine längere Testphase und wird nun seit Frühjahr 2013 bei allen Eltern eingesetzt, bei denen sich eine intensivere Betreuung abzeichnet (Kriterium für diese Einschätzung einer intensiveren Betreuung ist das Zustandekommen eines dritten Treffens, d.h. zum dritten Termin wird gemeinsam mit den Eltern der Anamnesebogen ausgefüllt).

#### ***Workshop V und VI: Überarbeitung bestehender Dokumente***

Zur besseren Handhabbarkeit und Einheitlichkeit wurden die bisher eingesetzten Dokumentationsinstrumente weiter überarbeitet. Dabei wurden neue Items hinzugenommen, bestehende Fragen überarbeitet oder entfernt und einzelne, unklare Kategorien genauer definiert. Zum Beispiel musste die Kategorie „psychosoziale Belastung“ von der Kategorie „psychische Belastung“ definitorisch abgegrenzt oder die bestehenden Items zur Erfassung der Beratungsthemen umformuliert, entfernt oder neue Items hinzuzufügt werden. Die einzelnen Kategorien zur Erfassung der Beratungsthemen wurden zudem gemeinsam mit dem Team definiert, genauso wie die Kategorien zur Erfassung projekt- und fallspezifischer Tätigkeiten.

#### ***Workshop VII und VIII: Instrumentenentwicklung zum Thema Kooperationen sowie Präsentation, Reflexion und Diskussion der Ergebnisse der Netzwerkanalyse***

Für die Erhebung der Kooperationsbeziehungen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts wurde ein Fragebogen in Anlehnung an ein Instrument, welches im Rahmen des Modellprojekts *Guter Start ins Kinderleben* (Ziegenhain et al. 2010) eingesetzt wurde, konstruiert. Stellenweise wurde das Instrument erweitert und an die Arbeit im Sonnenkinderprojekt angepasst, bevor es anschließend in einem Workshop gemeinsam mit den Projektmitarbeiterinnen überarbeitet und schließlich von ihnen ausgefüllt wurde. Der Fragebogen enthält Fragen zur Erfassung der Organisationsform und der Kontakthäufigkeit zu den KooperationspartnerInnen, zu deren Angeboten, Fachkräften, Kooperationsart und zur Zufriedenheit mit der Qualität der Kooperation (Instrument siehe Anhang). Ausgewählte Erkenntnisse werden in Kapitel 4.3 präsentiert.

### ***Workshop VIII: Präsentation zweier Abschlussarbeiten und Instrumentenkonstruktion zur Erfassung von Gruppenangeboten***

Neben der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts zwei studentische Abschlussarbeiten geschrieben (eine Bachelor- und eine Masterthesis). Die Bachelorarbeit befasste sich mit dem Thema Ehrenamt<sup>2</sup>, während in der Masterthesis drei Fallverlaufsanalysen angefertigt wurden. In den Fallverlaufsanalysen der Masterarbeit werden Schwerpunkte der Fallarbeit des Sonnenkinderprojekts deutlich. Die Ergebnisse dieser Abschlussarbeiten wurden in diesem Workshop ausführlich vorgestellt.

Ein weiteres Thema in diesem Workshop waren die Gruppenangebote. Hierzu wurde ein von der wissenschaftlichen Begleitforschung entwickeltes Instrument zur kontinuierlichen Erfassung der bestehenden Gruppenangebote diskutiert und überarbeitet. Mit Hilfe dieses Instruments soll jedes wöchentlich stattfindende Gruppenangebot dokumentiert werden.

### ***Gruppeninterview: Gruppeninterview zu den Themen Ehrenamt und Gruppenangebote***

Zusätzlich zu den vier themenzentrierten Workshops wurde mit den Projektmitarbeiterinnen des Sonnenkinderprojekts ein einstündiges Gruppeninterview geführt. Schwerpunkte dieses Gesprächs waren die Themen Ehrenamt und Gruppenangebote.

## **1.2 Weiterentwicklung bestehender Instrumente/neue Instrumente**

Im zweiten Projektjahr wurden die bestehenden Instrumente kontinuierlich im Hinblick auf ihre leichtere Handhabbarkeit weiterentwickelt, unklare Items der Dokumentationsvorlagen operationalisiert und seitens der Projektmitarbeiterinnen fortwährend ausgefüllt. Die daraus resultierenden Erkenntnisse werden in diesem Zwischenbericht ausführlich vorgestellt (vgl. Kap. 2).

Insgesamt bestehen zum aktuellen Zeitpunkt sechs Erhebungsinstrumente, die derzeit kontinuierlich im Rahmen des Sonnenkinderprojekts verwendet werden. Diese lassen sich in *bereits bestehende* und *neu hinzugekommene Instrumente* unterteilen (vgl. Tabelle 1):

---

<sup>2</sup> Die Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit zum Thema Ehrenamt fließen in Kapitel 6.2.

**Tabelle 1: Zusammenstellung bestehender und neuer Instrumente**

Instrumente	Erkenntnisinteresse
<b><i>Bereits bestehende Instrumente:</i></b>	
Besuchsprotokoll	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inhalt und Themen der Erst- und Zweitgespräche</li> <li>- Weitervermittlung der Eltern an externe (Hilfe-) Instanzen</li> </ul>
Dokumentationsinstrument, bestehend aus Fallakte, Fallverlaufsakte und Beendigungsbogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozioökonomischen Daten der Eltern; elterliche und kindliche Risikofaktoren</li> <li>- Erfassung der Einschätzung der elterlichen Erziehungskompetenzen zu Beginn und am Ende der Begleitung</li> <li>- Kontinuierliche Dokumentation zum Inhalt der elterlichen Begleitung</li> <li>- Beratungsarten und -themen</li> <li>- Gründe der Beendigung</li> <li>- Weiterführende Hilfen</li> </ul>
Tätigkeitsnachweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallzahlen</li> <li>- Fall- und projektspezifische Tätigkeiten</li> <li>- Beratungsorte</li> </ul>
Feedbackbögen zu den Fortbildungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zufriedenheit der TeilnehmerInnen</li> <li>- Verbesserungsvorschläge</li> </ul>
<b><i>Neu hinzugekommene Instrumente:</i></b>	
Dokumentation der Gruppenangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozioökonomische Angaben der Teilnehmerinnen</li> <li>- Besprochene Themen</li> <li>- Weitervermittlungen</li> <li>- Mütterliches Teilnahmemotiv</li> <li>- Mütterlicher Nutzen</li> </ul>
Instrument zur Elternbefragung (Anamnese und Endbefragung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausprägung elterlicher Erziehungskompetenzen (zum Zeitpunkt des Hilfebeginns, zum Abschluss der Hilfe)</li> </ul>

### 1.3 Kontinuierliche Datenerfassung und Auswertung der Dokumentationsunterlagen

Mit den bestehenden, weiterentwickelten oder auch neu hinzugekommenen Instrumenten werden Informationen zu den oben genannten Themenstellungen kontinuierlich erfasst und seitens des Instituts für angewandte Sozialwissenschaft (IfaS) über einen dreijährigen Zeitraum ausgewertet. Wie aus der obigen Tabelle zu entnehmen ist, ist das Untersuchungsdesign multidimensional ausgerichtet: Es werden sowohl die Sichtweisen der Fachkräfte als auch die der betreuten Mütter/Eltern erfasst. Weiterhin werden Informationen zu unterschiedlichen Themenstellungen mit verschiedenen Forschungsmethoden erhoben. Diese triangulative Strategie ermöglicht einen breiteren, vielfältigeren und tieferen Erkenntnisgewinn im Projekt.

## 1.4 Der Einbezug weiterer Schwerpunktthemen

Nach Ablauf des ersten Projektjahrs (Herbst 2011/12) befasste sich die wissenschaftliche Begleitforschung intensiver mit den beiden Themen „Kooperationsbeziehungen“ und „elterliche Erziehungskompetenzen“. Darüber hinaus stehen aktuell auch die Themen „Ehrenamt“ und „Gruppenangebote“ stärker im Fokus der Projektevaluation. Informationen hierzu wurden insbesondere über ein Gruppeninterview mit den Projektmitarbeiterinnen eingeholt.

## 2 Fortlaufende Dokumentationsergebnisse

### 2.1 Die Phase der Kontaktaufnahme: (Erst-)Kontakte und (Erst-)Gespräche

Die projektspezifischen Tätigkeiten in den Kliniken lassen sich in drei Arbeitsschwerpunkte unterteilen:

- a) Der Zugang zu den Müttern erfolgt i.d.R. über die Projektvorstellung (Erstkontakt).
- b) Im Rahmen dieser Erstkontakte können durchaus auch bereits erste Beratungsgespräche stattfinden (Erstgespräche). Nach ersten Beratungsgesprächen kann es u.U. auch zu einem zweiten, häufig intensiveren Gespräch kommen.
- c) Ab dem dritten Gespräch wird die Beratung der Mütter/Eltern als „Fall“ definiert, d.h. die Mütter/Eltern werden zu einem „Betreuungs-Fall“ des Sonnenkinder-Teams.

Im Folgenden wird die Häufigkeit der durch das Sonnenkinder-Team erreichten bzw. betreuten Mütter/Eltern dargestellt. Die Darstellung erfolgt dabei auf Basis der Unterscheidung zwischen Erstkontakt, Erstgespräch und Betreuungs-Fall.

**Tabelle 2: Anzahl der Erstkontakte in den beiden Kliniken**

Projektjahr	Erstkontakte gesamt	Marienthospital	St. Anna-Klinik
Erstes Projektjahr (Dez 11 – Aug 12)	1073	49,2% (n=528)	50,8% (n=545)
Zweites Projektjahr (Sep 12 – Aug 13)	1838	56,0% (n=1030)	44,0% (n=808)
Gesamt	2911	53,5% (n=1558)	46,5% (n=1353)

Während im ersten Projektjahr noch 1073 Erstkontakte in beiden Kliniken stattfanden, waren es im zweiten Jahr 1838 Erstkontakte zu entbundenen bzw. schwangeren Frauen. Im Vergleich zum ersten Projektjahr kam es im zweiten Projektjahr im Marienthospital zu mehr Erst-

kontakte (n=1030) als in der Sankt Anna-Klinik (n=808). Insgesamt fanden über die zwei Projektjahre hinweg 2911 Erstkontakte statt, 1558 im Marienhospital und 1353 in der Sankt Anna-Klinik.

Neben diesen allgemeinen Angaben ermöglichen die Daten auch eine Unterscheidung in entbundene und schwangere Frauen (diese Information wird erst seit Januar 2013 erfasst). Folgende Tabelle veranschaulicht die Anzahl der Erstkontakte spezifiziert nach Personengruppen:

**Tabelle 3: Anzahl der Erstkontakte spezifiziert nach Personengruppe in den beiden Kliniken**

Erstkontakte gesamt (Jan 13 – Aug 13)	Marienhospital		St. Anna-Klinik	
	Entbundene Frauen	Schwangere Frauen	Entbundene Frauen	Schwangere Frauen
<b>1236</b>	42,3% (n=523)	12,8% (n=158)	38,0% (n=470)	6,9% (n=85)

Die Erstkontakte wurden, so kann aus der Tabelle entnommen werden, in beiden Kliniken überwiegend mit Frauen aufgenommen, die ihr Kind bereits entbunden haben (80,3%; n=993). Dennoch finden 1/5 der Erstkontakte mit schwangeren Frauen (19,6%; n=243) statt.

Bis zum aktuellen Zeitpunkt der Datenerhebung fanden in beiden Projektjahren zusammengenommen (Okt 2011 - Aug 2013) mit insgesamt 555 (werdenden) Müttern<sup>3</sup> intensivere (Erst-) Gespräche statt, in denen es inhaltlich z.B. bereits um spezifische Informationen über das Projekt ging (ausführlichere Projektvorstellung, Weitergabe von Informationen zu wichtigen Unterstützungsleistungen für Eltern und Kindern in Stuttgart, usw.). Die Gespräche können aber auch bereits konkrete Hilfestellungen in Form von beraterischen Tätigkeiten beinhalten (die genauen Inhalte der Erstgespräche werden weiter unten aufgeführt). In 138 Fällen (30,8%) von den 448 vorliegenden Besuchsprotokollen fand neben einem Erstgespräch auch ein zweites Gespräch statt.

<sup>3</sup> Von diesen 555 Eltern/Familien existiert in 448 Fällen auch ein Besuchsprotokoll, welches durch die Mitarbeiterinnen des Kernteams ausgefüllt wurde (d.h. Erstgespräche wurden genauer dokumentiert). Zu den restlichen 107 Frauen liegt hingegen kein Besuchsprotokoll vor, d.h. weitere Angaben zu den Erstgesprächen fehlen. Dies kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass die Projektvorstellung und der Erstkontakt von den in der jeweiligen Klinik tätigen Pflegefachkräften übernommen wurde. Es ist aber auch möglich, dass diese Mütter/Familien direkt zu einem „Fall“ wurden und somit gleich eine Fallakte angelegt bzw. ausgefüllt wurde. Zu diesen 107 Personen liegen lediglich Informationen darüber vor, wann die Betreuungsmaßnahme begonnen hat (19x im November 2011 – Februar 2012, 20x im März – Juni 2012, 24x im Juni – Oktober 2012, 16x im November 2012 – Februar 2013, 25x im März – August 2013, in drei Fällen fehlen Angaben zum Beginn der Betreuung).



Im Schnitt dauerten alle erfassten Erstgespräche etwa 22 Minuten. Der Median, d.h. der mittlere Wert der Verteilung, beträgt allerdings 15 Minuten. Diese unterschiedlichen Werte zwischen Median und Mittelwert kommen durch die große Streuung der Gesprächsdauer zustande: Das längste Gespräch dauerte dabei 90 Minuten und das kürzeste 5 Minuten. Insgesamt wurden bislang 9312 Stunden für Erstgespräche verwendet (vgl. Tab. 4).

In 84 von 448 dokumentierten Gesprächen (18,6%) wurden neben dem Erstgespräch noch weitere, „sonstige Tätigkeiten“<sup>4</sup> für die Mütter geleistet. Die sonstigen Tätigkeiten beanspruchten dabei im Mittel etwa 21 Minuten. Auch hier liegt der Median bei 15, d.h. die Dauer für diese Tätigkeiten ist ebenfalls breit gestreut. Sie liegt im kürzesten Fall bei 5 Minuten und im längsten Fall bei 240 Minuten. In der Summe wurden 1735 Minuten „sonstige Tätigkeiten“ geleistet.

**Tabelle 4: Zeitdauer des Erstgesprächs und für die Tätigkeit sonstiger Aktivitäten in Minuten**

	<b>Zeitdauer des Erstgesprächs in Minuten</b>	<b>Zeitdauer für sonstige Tätigkeiten in Minuten</b>
Mittelwert	21,96	20,65
Median	15	15
Minimum	5	5
Maximum	90	240
Summe	9312	1735
Gültig	424	84
fehlende Antworten	24	364

In den Erstgesprächen ging es inhaltlich am häufigsten darum, eine Unterstützung durch eine Hebamme zu organisieren (35,8%). Ferner standen sozialrechtliche und finanzielle Belange oder Informationen/Vermittlung zu anderen Angeboten im Bereich der Frühen Hilfen (29,1%), gefolgt von gesundheitsbezogenen Themen, z.B. körperliche oder psychische Gesundheit der Mütter (23%), im Mittelpunkt der Gespräche. Bei weiteren 9,7% ging es um die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe/Familienpflege oder um Stillberatung (8,8%) (vgl. Tab. 5).

<sup>4</sup> Unter sonstige Tätigkeiten werden alle Aktivitäten zusammengefasst, die nicht im unmittelbaren Kontakt mit den Müttern/Familien getätigt wurden. Darunter fallen überwiegend bürospezifische Tätigkeiten wie z.B. andere Hilfeanbieter suchen bzw. zu kontaktieren.

**Tabelle 5: Gesprächsinhalte der Erstbesuche (Mehrfachantworten möglich)**

	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (n=422)
<b>Gesprächsinhalte</b>		
fehlende Hebamme/Bedarf an Hebammenunterstützung	149	35,8%
sozialrechtliche und finanzielle Belange/Informationen/Vermittlung	123	29,1%
Themen zur psychischen und körperlichen Gesundheit der Mutter	97	23,0%
Bedarf an Haushaltshilfe/Familienpflege	41	9,7%
Themen zum Stillen/Bedarf an Stillberatung	37	8,8%
Themen zur Partnerschaft/familiärer Konstellation	29	6,9%
Gesundheitliche Themen des Kindes (Entwicklung, Verpflegung)	22	5,2%
Alltagsorganisation	17	4,0%
Erschließung sozialer Kontakte	9	2,8%
Bedarf an Sprachkurs	5	1,2%
Ablehnung des Kindes/Adoption	5	1,2%
sonstige Aufklärung/sonstiges Gespräch*	17	4,0%
kein Handlungsbedarf	16	3,8%
<b>Gesamt</b>	<b>572</b>	<b>135,5%</b>
Fehlende Antworten	26	

\*Die Kategorie sonstige Aufklärung/sonstiges Gespräch bezieht sich z.B. auf folgende Gesprächsinhalte: Trauerverarbeitung bei Todgeburt, Heimweh in die Türkei, Vorbereitung auf die Geburt, Gespräch über Autounfall, Klärung der Fragen zum Projekt, Erfahrungsaustausch.

Wie bereits erwähnt, kam es bei 138 (werdenden) Müttern zu einem Zweitgespräch in der Klinik. Dieses dauerte im Schnitt etwa gleich lang, wie das Erstgespräch (20 Minuten). Der Median liegt dabei ebenso bei 15, d.h. auch hier findet sich eine breite Streuung der Gesprächsdauer (min: 5 Min; max: 60 Min). Was die durchschnittliche Dauer für „sonstige Tätigkeiten“ im Rahmen des zweiten Treffens mit den Müttern betrifft, liegt diese bei ca. 26 Minuten. Die längste Dauer beträgt hierfür 75 Minuten und die kürzeste 10 Minuten; dadurch liegt der Median bei 17,5 (vgl. Tab. 6).

**Tabelle 6: Zeitdauer des Erstgesprächs und für die Tätigkeit sonstiger Aktivitäten in Minuten**

	Zeitdauer des Zweitgesprächs in Minuten	Zeitdauer für sonstige Tätigkeiten in Minuten
Mittelwert	19,6	25,9
Median	15	17,5
Minimum	5	10
Maximum	60	75
Summe	2200	415
Gültig	112	16
fehlende Antworten	26	122

Den Zugang zu den Müttern erhielten die Projektmitarbeiterinnen überwiegend über das Marienhospital (n=269; 48,9%) und über die Sankt Anna-Klinik (n=263; 47,8%). Abgesehen von diesen Kliniken kamen acht Frauen aber auch über die Frauenklinik in Bad Cannstatt, vier über das Robert-Bosch-Krankenhaus und drei Mütter über die Beratungsstelle des Sozialdienstes katholischer Frauen zu dem Projekt. Über das Charlottenhaus konnten ebenso zwei Kontakte hergestellt werden und zuletzt erreichte das Projekt auch eine Mutter aus einem Tübinger Krankenhaus. Werden die Monate der initiierten Kontakte bzw. der stattgefundenen (Erst-) Gespräche betrachtet, so reichen diese von sechs (November 2011) bis hin zu 45 Kontakten (Oktober 2012) pro Monat (vgl. Tab. 7).<sup>5</sup>

**Tabelle 7: Ersterfassungsdatum des Erstgesprächs und Verteilung in den Kliniken**

Monat	Anzahl	Prozent	Klinik	Anzahl	Prozent
November 2011	6	1,1%	Marienhospital	269	48,9%
Dezember 2011	19	3,4%	St. Anna-Klinik	263	47,8%
Januar 2012	22	4,0%	Frauenklinik	8	1,5%
Februar 2012	24	4,3%	Robert-Bosch-Krankenhaus	4	0,7%
März 2012*	25	4,5%	Beratungsstelle	3	0,5%
April 2012	26	4,7%	Charlottenhaus	2	0,4%
Mai 2012	31	5,6%	Krankenhaus in Tübingen	1	0,2%
Juni 2012	20	3,6%	<b>Gesamt</b>	<b>550</b>	<b>100%</b>
Juli 2012	36	6,5%	Fehlend	5	
August 2012	28	5,1%			
September 2012	30	5,4%			
Oktober 2012	45	8,2%			
November 2012	34	6,2%			
Dezember 2012	38	6,9%			
Januar 2013	31	5,6%			
Februar 2013	16	2,9%			
März 2013	32	5,8%			
April 2013	13	2,4%			
Mai 2013	19	3,4%			
Juni 2013	24	4,3%			
Juli 2013	18	3,3%			
August 2013	15	2,7%			
<b>Gesamt</b>	<b>552</b>	<b>100%</b>			
Fehlend	3				

\*Im Marienhospital wurden erst ab 19.03 flächendeckende Erstbesuche durch das Kernteam der Sonnenkinder durchgeführt.

<sup>5</sup> In die Auswertung des Zugangs zu den Müttern sowie des Zeitpunkts der Kontaktaufnahme wurden auch die 107 Personen eingeschlossen, bei denen das Besuchsprotokoll (Informationen zum Erst- und Zweitkontakt) fehlt, weil in diesen Fällen trotz des fehlenden Besuchsprotokolls die Art des Zugangs und der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme ermittelt werden konnten.

Von den 555 Müttern, mit denen Erstgespräche in den Kliniken geführt wurden, erhielten 26,7% (werdende) Mütter „weiterführende Hilfen“ (damit ist nicht eine weitergehende Betreuung durch das Sonnenkinderprojekt gemeint, sondern eine Unterstützung durch andere Institutionen). Insgesamt 40,4% der besuchten Mütter wurden zu einem „Fall“ des Sonnenkinderprojekts. In Tabelle 8a und 8b werden die wichtigen Informationen zusammenfassend dargestellt:

**Tabelle 8a: Zusammenfassende Darstellung**

Anzahl der Erstkontakte in den beiden Kliniken		Anzahl der geführten (Erst-) Beratungsgespräche		Tatsächliche Anzahl der Betreuungsfälle
100,0%		19,1%		<b>7,7%</b>
(n=2911)	→	(n=555)	→	<b>(n=224)</b>
-		<b>100,0%</b>		<b>40,4%</b>
		<b>(n=555)</b>	→	<b>(n=224)</b>

**Tabelle 8b: Zusammenfassende Darstellung**

Anzahl der Erstkontakte in den beiden Kliniken		Anzahl der geführten (Erst-) Beratungsgespräche		Weiterführende Hilfen nach den geführten (Erst-) Gesprächen
100,0%		19,1%		<b>5,1%</b>
(n=2911)	→	(n=555)	→	<b>(n=148)</b>
-		<b>100,0%</b>		<b>26,7%</b>
		<b>(n=555)</b>	→	<b>(n=148)</b>

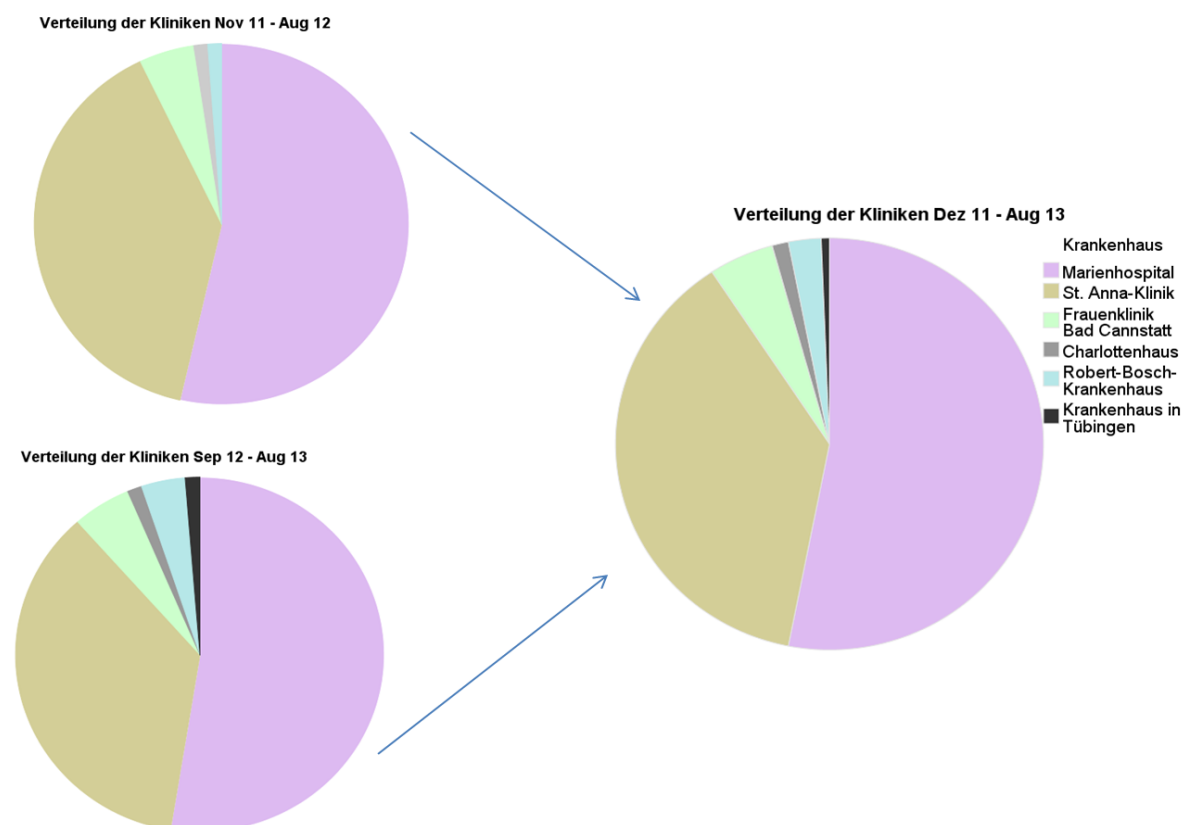
## 2.2 Betreuungsfälle

Insgesamt wurden bzw. werden bis zum aktuellen Zeitpunkt der Datenerfassung (August 2013) 224 Mütter intensiv betreut und begleitet. Davon gelten 168 Fälle als abgeschlossen und 56 als laufend bzw. ruhend. In der folgenden Auswertung wurden lediglich die 168 abgeschlossenen Fälle berücksichtigt.

Von diesen 168 beendeten Fällen wurden in beiden Projektjahren jeweils 84 Fälle begleitet. Die Angaben zum Projektjahr I (Dezember 2011 bis August 2012) stimmen dabei nicht ganz mit den Angaben im Zwischenbericht Herbst 2012 überein. Das hängt damit zusammen, dass während der Auswertungen für den ersten Zwischenbericht zwischenzeitlich 5 neue Fälle hinzukamen, die der wissenschaftlichen Begleitevaluation aber zu dieser Zeit noch nicht vorlagen. Daher weichen die folgenden Angaben zum ersten Projektjahr leicht von den Ergebnissen des Zwischenberichts Herbst 2012 ab.

Beginnend bei der Verteilung der Krankenhäuser haben die betreuten Frauen ihr Kind in den überwiegenden Fällen im Marienhospital zur Welt gebracht (53,1%). Weitere 37,7% Mütter entschieden sich für die Geburt ihres Kindes in der Sankt Anna-Klinik. Abbildung 1 zeigt die jahresspezifische und jahresübergreifende Verteilung der Kliniken der betreuten Mütter.

**Abbildung 1: Verteilung der Fälle nach Krankenhäusern**



Wie aus Abbildung 1 ersichtlich wird, gibt es zwischen dem ersten und dem zweiten Projektjahr keine wesentlichen Veränderungen in der Verteilung der Fälle über beide am Projekt beteiligten Kliniken. Es ist lediglich zu erkennen, dass das Projektteam im zweiten Jahr (Sep 12 – Aug 12) vermehrt Mütter betreut hatte, die ihr Kind nicht in einer der beiden am Projekt beteiligten Kliniken zur Welt brachten. Dies sind zwischen September 2012 bis August 2013 11,5% Frauen, während es im ersten Projektjahr nur 7,1% Personen waren.

Die meisten der betreuten Familien wohnen in Stuttgart Bad Cannstatt (23,4%) und im Stuttgarter Süden (14,9%). Betrachtet man die Verteilung der Kliniken sind diese Haupt-Einzugsgebiete der betreuten Müttern wenig erstaunlich: Das Marienhospital befindet sich im Süden von Stuttgart und die Sankt Anna-Klinik in Bad Cannstatt. Abgesehen von diesen Einzugsgebieten kommen dennoch verhältnismäßig viele Familien aus Stuttgart Vaihingen

(10,6%). Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass oftmals auch Eltern/Mütter aus Stuttgart Vaihingen ihr Kind im Marienhospital zur Welt bringen. Weitere bedeutsame Einzugsgebiete sind Zuffenhausen/Stammheim/Mühlhausen (9,9%) und Stuttgart West (9,9%) sowie Stuttgart Mitte/Nord (9,2%) (vgl. Tab. 9).

**Tabelle 9: Wohnorte der betreuten Mütter sortiert nach Stadtbezirken**

Stadtbezirk	Angaben	Gültige Prozent (bei n=141)
Bad Cannstatt	33	23,4%
Süd	21	14,9%
Vaihingen	15	10,6%
Zuffenhausen/Stammheim/Mühlhausen	14	9,9%
West	14	9,9%
Mitte/Nord	13	9,2%
Östliche Fildervororte	9	6,4%
Neckarvororte	8	5,7%
Ost	8	5,7%
Weil im Dorf/Feuerbach	6	4,3%
<b>Gesamt</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>
Fehlende Angaben	27	

Was das Alter der Mütter betrifft, so sind diese ähnlich wie im ersten Projektjahr im Schnitt etwa 30 Jahre alt. Allerdings gibt es im Gegensatz zum ersten Projektjahr keine minderjährige Mutter (die jüngste Mutter ist 19 Jahre alt). Bei der ältesten Mutter, die im Rahmen des zweiten Projektjahrs betreut wurde, handelt es sich um eine 42-jährige Frau (vgl. Tab. 10).

**Tabelle 10: Alter der Mütter**

Alter der Mütter	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt
17-22	10	9	19
23-28	15	15	30
29-34	32	20	52
35 und älter	15	18	33
<b>Gesamt</b>	<b>72</b>	<b>62</b>	<b>134</b>
Fehlende Antworten	12	22	34

Von den betreuten Müttern im zweiten Projektjahr haben 68,8% (n=55) einen Migrationshintergrund. Bis zum heutigen Zeitpunkt (August 2013) nehmen daher insgesamt 115 Frauen mit Migrationshintergrund (70,6%) die Hilfeleistung in Anspruch (vgl. Tab. 11).

**Tabelle 11: Angaben über Migrationshintergrund der Mütter**

Migrationshintergrund	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)
Ja	60 (72,3%)	55 (68,8%)	115 (70,6%)
Nein	23 (27,7%)	25 (31,3%)	48 (29,4%)
<b>Gesamt</b>	<b>83 (100%)</b>	<b>80 (100%)</b>	<b>163 (100%)</b>
Fehlende Angaben	1	4	5

Tabelle 11 zeigt, dass knapp ein Drittel der betreuten Frauen aus Deutschland sind bzw. keinen Migrationshintergrund haben. Die nachfolgende Tabelle 12 verdeutlicht weiterhin, dass von den 115 Frauen mit Migrationshintergrund nur 13 Mütter aus einem EU-Land kommen. Die meisten Mütter mit Migrationshintergrund sind hingegen überwiegend aus dem ehemaligen Jugoslawien, dem Kosovo oder aus Albanien (n=22). Dennoch stellt diese Migrantengruppe nicht die Hauptzielgruppe im zweiten Projektjahr dar, denn im zweiten Jahr wurden vermehrt afrikanische Frauen erreicht ( $n_{12/13}=9$ ;  $n_{gesamt}=22$ ). Weiterhin werden auch einige asiatische und türkische Mütter begleitet (vgl. Tab. 12).

**Tabelle 12: Angaben über Nationen bei Migrationshintergrund**

Nationen bei Migrationshintergrund	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)
EU-Länder (Frankreich, Portugal, Spanien, Griechenland, Rumänien, Ungarn, Tschechien, Polen)	5	8	13
Nicht-EU-Länder/Beitrittsländer	47	28	75
Davon:			
Ehem. Jugoslawien/Kosovo/ Albanien	18	4	22
Türkei	3	5	8
Afrika (Algerien, Äthiopien, Kenia, Sudan, Ghana, Kamerun, Marokko, Nigeria, Eritrea)	10	9	19
Vorderasien (Afghanistan, Arabien, Irak)	6	3	9
Asien (China, Vietnam, Indonesien, Pakistan, Indien)	6	5	11
Ehemalige GUS-Staaten (Russland, Ukraine)	3	-	3
Amerika/Lateinamerika (Paraguay, Brasilien)	1	2	3
<b>Gesamt</b>	<b>52</b>	<b>36</b>	<b>88</b>
Fehlende Angaben	8	19	27

Noch im Laufe des ersten Projektjahres wurde in das Dokumentationssystem des Sonnenkinderprojekts zur kontinuierlichen Erfassung der Fallarbeit die Variable „Kind bereits entbunden“ aufgenommen. Diese Variable wurde eingefügt, da seitens der Projektmitarbeiterinnen angenommen wurde, dass das Projekt vermehrt Frauen in der Schwangerschaftswoche erreicht.<sup>6</sup> Zum jetzigen Stand kann gesagt werden, dass von 134 Fällen 110 Mütter (82,1%) ihr Kind zum Zeitpunkt der Betreuung bereits entbunden hatten. In 24 Fällen (17,9%) befand sich die betreute Frau noch in der Schwangerschaft (vgl. Tab. 13).<sup>7</sup>

**Tabelle 13: Angaben zu „Kind bereits entbunden“**

<b>Kind bereits entbunden</b>	
Ja	110 (82,1%)
Nein	24 (17,9%)
<b>Gesamt</b>	<b>134</b>
Fehlende Angaben	34

Die betreuten Frauen waren im Gegensatz zum ersten Projektjahr im zweiten Jahr etwas häufiger erstgebärend (51,9%). Über beide Projektjahre hinweg beträgt das Verhältnis „erstgebärend“ und „nicht-erstgebärend“ jedoch in etwa 50:50. Sind die Mütter „nicht-erstgebärend“ haben sie in der Regel bereits ein Kind (n=47). Im Projekt werden darüber hinaus 29 Großfamilien betreut, d.h. Familien, die drei oder mehr Kinder haben (vgl. Tab 14 & 15).

**Tabelle 14: Angaben zur Geburt der Mütter**

	<b>Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)</b>	<b>Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)</b>	<b>Gesamt (Dez 11 – Aug 13)</b>
<b>Erstgebärend</b>			
Ja	37 (44,6%)	41 (51,9%)	78 (48,1%)
Nein	46 (55,4%)	38 (48,1%)	84 (51,9%)
<b>Gesamt</b>	<b>83 (100%)</b>	<b>79 (100%)</b>	<b>162 (100%)</b>
Fehlende Angaben	1	5	6

<sup>6</sup> In der Auswertung im Herbst 2012 wurde diese Variable nicht betrachtet, da zu diesem Zeitpunkt zu wenige Erkenntnisse vorlagen.

<sup>7</sup> Leider kann nicht genau gesagt werden, in welcher Schwangerschaftswoche sich die angehenden Mütter befanden, da hierzu zu wenige Erkenntnisse bestehen (1x8. SSW; 1x12. SSW; 4x 32.-38. SSW, fehlende Angaben n=18).



**Tabelle 15: Angaben zur Anzahl der Kinder**

Anzahl an Kinder	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)
1 (=erstgebärend)	37	41	78
2	24	23	47
3	10	8	18
4	5	2	7
5	-	1	1
6	2	1	3
<b>Gesamt</b>	<b>78</b>	<b>76</b>	<b>154</b>
Fehlende Angaben	6	8	14

Was den Familienstand der betreuten Mütter im zweiten Projektjahr betrifft, sind keine wesentlichen Unterschiede zum ersten Projektjahr zu erkennen. So ist der Hauptteil der Frauen bis zum heutigen Zeitpunkt (August 2013) verheiratet (n=104). In weiteren 39 Fällen sind die Mütter ledig. Im zweiten Projektjahr wurden keine geschiedenen Frauen betreut, während im ersten Jahr sechs geschiedene Mütter Unterstützung im Rahmen des Projekts in Anspruch nahmen (vgl. Tab 16).

Vergleicht man den Familienstand mit dem Haushaltsstand der Mütter, ist es wenig erstaunlich, dass die überwiegende Zahl der Mütter mit ihrem (Ehe-)Partner ( $n_{\text{gesamt}}=110$ ) zusammenleben. Weiterhin leben 24 Mütter alleine und sechs in einer Wohngemeinschaft (vgl. Tab. 17).

**Tabelle 16: Angaben zum Familienstand**

Familienstand	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)
Verheiratet	50 (64,1%)	54 (72%)	104 (68%)
Ledig	20 (25,6%)	19 (25,3%)	39 (25,5%)
Geschieden	6 (7,7%)	-	6 (3,9%)
getrennt lebend	2 (2,6%)	1 (1,3%)	3 (2%)
eingetragene Partnerschaft	-	1 (1,3%)	1 (0,7%)
Verwitwet	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>153</b>
Fehlende Antworten	6	9	14

**Tabelle 17: Angaben zum Haushaltsstand**

<b>Haushaltsstand</b>	<b>Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)</b>	<b>Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)</b>	<b>Gesamt (Dez 11 – Aug 13)</b>
mit (Ehe-)Partner	53 (76,8%)	57 (80,3%)	110 (78,1%)
allein lebend	15 (21,7%)	9 (12,7%)	24 (17,1%)
WG	1 (1,4%)	5 (7%)	6 (4,3%)
<b>Gesamt</b>	<b>69 (100%)</b>	<b>71</b>	<b>140</b>
Fehlende Antworten	15	13	28

Tabelle 18 gibt einen Überblick über die Schul- und Ausbildungsabschlüsse der im Projekt betreuten Frauen (in Tabelle 18 werden die Erkenntnisse nur projektjahrübergreifend dargestellt<sup>8</sup>). Insgesamt, so zeigt die folgende Tabelle 18, haben über drei Viertel der begleiteten Mütter einen allgemeinen Schulabschluss und knapp ein Drittel eine abgeschlossene Schulbildung. Da noch immer sehr wenige Erkenntnisse zu diesen Variablen vorliegen, ist allerdings anzunehmen, dass mehr Mütter über einen Schul- bzw. Berufsabschluss verfügen.

Insgesamt geben die meisten Mütter (n=47) an, Hausfrauen zu sein. Im zweiten Projektjahr sind allerdings deutlich weniger Hausfrauen (n=19) vertreten als im ersten Projektjahr. Das hängt aber vermutlich damit zusammen, dass in dem Dokumentationsinstrument die Variable „Elternzeit“ im zweiten Projektjahr um den Begriff „Mutterschutz“ erweitert wurde. Es kann also angenommen werden, dass im ersten Projektjahr mehr Frauen im Mutterschutz waren, diese aber damals durch die Variable „Hausfrau“ erfasst wurden. So sind im zweiten Projektjahr 24 Frauen in Elternzeit bzw. im Mutterschutz, während es im ersten Jahr nur zwei Mütter waren.

Was die Erwerbstätigkeit betrifft, so sind die wenigsten Mütter zum Zeitpunkt der Begleitung durch das Sonnenkinderteam in Teilzeit (n=6) bzw. Vollzeit erwerbstätig (n=7).<sup>9</sup> Weitere acht Mütter befinden sich in der Ausbildung bzw. studieren noch. Neben der Variable „Mutterschutz/Elternzeit“ wurde auch die Variable „arbeitslos/erwerbslos“ im zweiten Projektjahr verändert bzw. zwei neue Variablen erstellt: „Arbeitslos“ und „Erwerbslos“ (vgl. Tab 18 & 19).

<sup>8</sup> Es wird von einer Gegenüberstellung der projektjahrspezifischen Auswertung abgesehen, da im ersten Projektjahr zu 47 bzw. 43 von damals 79 ausgewerteten Fällen keine näheren Informationen existieren, d.h. von über die Hälfte der betreuten Mütter liegen hierzu keine Angaben vor.

<sup>9</sup> Leider bestehen zu den Berufsbezeichnungen der betreuten Mütter nur zehn Angaben. Dennoch zeigen diese bereits eine Vielfalt an Berufsfeldern auf: Wissenschaftlerin, Architektin, Arzthelferin, Sekretärin, 2x Gastronomiegehilfin, Kauffrau für Spedition, Kinderpflegerin, Kosmetikerin, Reinigungskraft.

**Tabelle 18: Projektjahrübergreifende Angaben zum Schul- und Berufsabschluss und zur Erwerbssituation der Mutter**

Schulabschluss	Angaben	Berufsabschluss	Angaben
allgemeiner Schulabschluss	61 (77,2%)	abgeschlossene Berufsausbildung	56 (65,9%)
ohne Abschluss	18 (22,8%)	ohne Abschluss	29 (34,1%)
<b>Gesamt</b>	<b>79 (100%)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>85 (100%)</b>
Fehlende Antworten	89	Fehlende Antworten	83

**Tabelle 19: Angaben zur Erwerbssituation der Mütter**

Erwerbssituation	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)
Hausfrau	47 (61%)	19 (30,2%)	66 (47,1%)
Erwerbslos		7 (11,1%)	
Arbeitslos	Erwerbslos/ arbeitslos 15 (19,5%)	4 (6,3%)	Erwerbslos/ arbeitslos 26 (18,6%)
Elternzeit	2 (2,6%)	Mutterschutz / Elternzeit 24 (38,1%)	26 (18,6%)
Ausbildung/Studium	5 (6,5%)	3 (4,8%)	8 (5,7%)
Vollzeit erwerbstätig	4 (5,2%)	3 (4,8%)	7 (5%)
Teilzeit erwerbstätig	3 (3,9%)	3 (4,8%)	6 (4,3%)
Noch in der Schule	1 (1,3%)	-	1 (0,7%)
<b>Gesamt</b>	<b>77</b>	<b>84</b>	<b>140</b>
Fehlende Angaben	7	-	28

Die nachfolgenden Tabellen 20 und 21 zeigen schließlich die sozioökonomische Lebenslage der Mütter/Familien und deren Risikofaktoren auf. Da es sich bei den Situationsvariablen dieser Tabellen um Mehrfachantworten handelt, verdeutlicht die Anzahl an Antworten ein multiples Spektrum an Problemfaktoren. Im Schnitt lassen sich, was die sozioökonomische Lebenslage angeht, etwa 3 Problemfelder je Mutter/Familie zuordnen (455 Nennungen auf 134 Fälle). Die Problembereiche konzentrieren sich dabei auf die finanzielle Lage (50,7%), mangelnden Kenntnisse über Angebote der medizinischen/psychosozialen Versorgung (31,3%) sowie hinsichtlich des deutschen Hilfesystems (29,9%) und auf fehlende Netzwerke (30,6%). Darüber hinaus sind etwa 28,4% der betreuten Mütter alleinerziehend (Vgl. Tab. 20).

**Tabelle 20: Besondere Situation der Mütter/Familien (Mehrfachnennungen möglich)**

<i>Besondere Situation</i>	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei n=71)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei n=63)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei n=134)
	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)		Gesamt (Dez 11 – Aug 13)	
Schwierige finanzielle Lage	36	50,7%	32	50,8%	68	50,7%
Wenig Kenntnisse über Angebote der medizinischen/ psychosozialen Versorgung	26	36,6%	16	23,2%	42	31,3%
Fehlendes familiäres/ nachbarschaftliches/ freundschaftliches Netzwerk	21	29,6%	20	31,7%	41	30,6%
Ohne Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	22	31%	18	28,6%	40	29,9%
Alleinerziehend	20	28,2%	18	28,6%	38	28,4%
Wenig Kenntnisse über Pflege, Ernährung, sozialemotionale Bedürfnisse von Babys	21	29,6%	14	25,4%	35	26,1%
Problematische Familiengeschichte	16	22,5%	13	20,6%	29	21,6%
Unzureichende Wohnverhältnisse	13	18,3%	14	25,4%	27	20,1%
Keine/wenige soziale Unterstützung	15	21,1%	10	15,9%	25	18,7%
Ohne Deutschkenntnisse	12	16,9%	12	19%	24	17,9%
Soziale Belastungen	10	14,1%	12	19%	22	16,4%
Sonstige Nennungen*	10	14,1%	13	20,6%	20	14,9%
Lebend bei Eltern/ Schwiegereltern	5	7%	8	12,7%	13	9,7%
Unerwünschte Schwangerschaft	2	2,8%	8	12,7%	10	7,5%
Fehlende Krankenversicherung	5	7%	3	4,8%	8	6%
3 und mehr Kinder in der Familie unter 5 Jahren	4	5,6%	4	6,3%	8	6%
Trifft nichts zu**	-	-	4	6,3%	4	3%
Minderjährig Schwangere	1	1,4%	-	-	1	0,7%
<b>Gesamt</b>	<b>236</b>	<b>332,4%</b>	<b>219</b>	<b>347,6%</b>	<b>455</b>	<b>339,6%</b>
Fehlende Antworten	13		21		34	

\* Als sonstige Nennungen wurden folgende problembehafteten Situationen benannt: Ehemann lebt trotz Trennung in der Wohnung, Eifersucht der dreijährigen Tochter, erst fünf Jahre in Deutschland, Flucht aus Kabul, nur Aufenthaltsvisum für Studierende/Doktorantin, illegaler Aufenthalt in Deutschland, in der 35. SSW vom Ehemann aus Tunesien geholt, offenes Strafverfahren des Ehemanns, krimineller Ehemann, Ehemann ist wenig zu Hause, Mutter befindet sich im Methadonprogramm, Partner in Haft, Todgeburt des Kindes (39. SSW), Trennung vom Partner, junge Eltern.

\*\*Variable „trifft nichts zu“ wurde im zweiten Projektjahr in das Dokumentationssystem aufgenommen, da wiederkehrend keine Angaben zur besonderen Situation der Mütter gemacht wurden.

Im Hinblick auf die mütterlichen Risikofaktoren werden im Schnitt etwa zwei Faktoren pro Mutter seitens der fallverantwortlichen Fachkräfte genannt. Die meisten befinden sich den Angaben zufolge in einer schwierigen sozialen Situation (n=75), gefolgt von Problemen in der Alltagsbewältigung (n=34). Im zweiten Projektjahr werden bei den Müttern zwar weniger gesundheitliche Probleme (n=3) dokumentiert, dafür liegt allerdings vermehrt eine konflikt-hafte Beziehung zwischen den Eltern vor (n=15), so dass dieser Risikofaktor insgesamt am Dritthäufigsten genannt wird (vgl. Tab. 21).

**Tabelle 21: Elterliche Risikofaktoren der Mütter/Familien**

	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei n=58)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei n=56)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (bei n=114)
<i>Risikofaktoren der Mütter/Eltern</i>	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)		Gesamt (Dez 11 – Aug 13)	
Soziale Belastungen/ schwierige soziale Situation (im Projektjahr 2012/13: Psychosoziale Belastungen*)	41	70,7%	34	60,7%	75	65,8%
Probleme bei der Alltagsbewältigung	21	36,2%	13	23,2%	34	29,8%
Konflikt-hafte Beziehung der Eltern/schwierige Situation zwischen den Eltern	9	15,5%	15	26,8%	24	21,1%
Geburt als schwere/ traumatisierende Erfahrung	8	13,3%	8	14,3%	16	14%
Gesundheitliche Beeinträchtigung	11	18,6%	3	5,4%	14	12,3%
Psychische Beeinträchtigung	10	17,2%	1	1,8%	11	9,6%
Trifft nichts zu***	-	-	11	19,6%	11	9,6%
Eigene Erfahrung mit Misshandlung/ Vernachlässigung	3	5,1%	2	3,6%	5	4,4%
Intellektuelle Beeinträchtigung	3	5,2%	2	3,6%	5	4,4%
Eingeschränkte Fähigkeit beim Umgang mit Stress	2	3,4%	1	1,8%	3	2,6%
Sonstige Nennungen**	-	-	3	5,4%	3	2,6%
Alkohol/Drogensucht beider Eltern/eines Elternteils	1	1,7%	1	1,8%	2	1,8%
<b>Gesamt</b>	<b>109</b>	<b>187,9%</b>	<b>94</b>	<b>167,9%</b>	<b>203</b>	<b>178,1%</b>
Fehlende Antworten	26		28		54	

\*Eine psychosoziale Belastung kann prinzipiell mit einer sozialen Belastung gleichgesetzt werden bzw. stellt im Grunde eine schwierige soziale Situation dar, in der sich eine Mutter befindet. Daher wurde die Variable „psychosoziale Belastung“ in „soziale Belastung/schwierige soziale Situation“ abgeändert.

\*\*Als sonstige Nennungen wurden folgende Risikofaktoren genannt: 12-Jährige Tochter lebt beim Ex-Ehepartner, ängstliche Frau

\*\*\* Variable „trifft nichts zu“ wurde im zweiten Projektjahr in das Dokumentationssystem aufgenommen, da wiederkehrend keine Angaben zur besonderen Situation der Mütter gemacht wurden.

Das Geschlecht der Kinder von den Müttern, die zu einem Betreuungsfall wurden, ist in beiden Projektjahren ähnlich verteilt: Insgesamt sind 53% der Säuglinge männlich und 48% weiblich. Dabei gab es zwei Mütter, die Zwillinge zur Welt brachten. In den meisten Fällen liegt kein unmittelbarer Risikofaktor bei dem neu geborenen Kind vor (42,6%). Liegt ein Risikofaktor beim Neugeborenen vor, handelt es sich meistens um einen erhöhten Betreuungsaufwand durch z.B. Stillprobleme (26,2%), gefolgt von dem Risikofaktor Frühgeburt (16,4%). (vgl. Tab. 22 & 23).

**Tabelle 22: Geschlecht des Säuglings**

<i>Geschlecht</i>	Antworten		Antworten		Antworten	
	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)	Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)	Gesamt (Dez 11 – Aug 13)
Männlich	35	53,0%	37	53,6%	72	53,3%
Weiblich	32	48,5%	33	47,8%	65	48,1%
<b>Gesamt</b>	<b>67</b>	<b>101,5%</b>	<b>70</b>	<b>101,4%</b>	<b>137</b>	<b>101,5%</b>
Fehlende Antworten <sup>10</sup>	18		15		33	

**Tabelle 23: Risikofaktoren des Säuglings**

<i>Merkmale des Kindes</i>	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)		Gesamt (Dez 11 – Aug 13)	
	Trifft nichts zu	1	7,7%	25	53,2%	26
Erhöhter Betreuungsaufwand	6	46,2%	9	19,1%	16	26,2 %
Frühgeburt	3	23,1%	7	14,9%	10	16,4%
Entwicklungsbeeinträchtigung/Verhaltensauffälligkeit	2	15,4%	5	10,6%	7	11,5%
Sonstiges*	1	7,7%	4	8,5%	5	8,2%
Unsicheres Bindungsverhalten	-	-	2	4,3%	2	3,3%
Aufnahme in Kinderklinik/ Kinderstation	-	-	2	4,3%	2	3,3%
<b>Gesamt</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>114,9%</b>	<b>68</b>	<b>111,5%</b>
Fehlende Angaben	71		30		100	

\*Als sonstige Risikofaktoren wurden folgende Merkmale genannt: Ikterus (Gelbsucht), Raucherkinder, Magensonde, Zwillinge (2x)

<sup>10</sup> Die fehlenden Antworten zum Geschlecht des Kindes in Tabelle 21 können darauf zurückgeführt werden, dass die Beratung bereits vor der Geburt stattgefunden hat; das Geschlecht des Kindes zu diesem Zeitpunkt somit unbekannt war.

## 2.3 „Harte Daten“ zur Fallbegleitung

In den Beratungen ging es über die beiden Projektjahre hinweg vor allem darum, die Eltern/Mütter im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung ihres Säuglings zu beraten (78,2%) oder Ihnen Informationen zu unterbreiten bzw. sie an weitere Hilfeinstanzen zu vermitteln (78,2%). Weitere wichtige Themenstellungen in den Betreuungsleistungen stellen geburtsspezifische Themen (59,2%), die Haushaltsorganisation/Alltagsbewältigung (51,7%) und die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung (47,6%) dar. Die Beratungen wurden dabei am häufigsten persönlich (67,4%) oder telefonisch (28,6%) durchgeführt. Im Schnitt fanden dabei etwa fünf persönliche bzw. zwei telefonische Beratungsgespräche pro Fall statt. Maximal wurden 24 persönliche bzw. 28 telefonische Beratungsgespräche in einem Fall umgesetzt (vgl. Tab. 24 & 25).

**Tabelle 24: Beratungsthemen (Mehrfachantworten; nach Häufigkeit sortiert)**

<i>Beratungsthemen</i>	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (n=73)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (n=74)	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (n=147)
	Projektjahr I (Dez 11 – Aug 12)		Projektjahr II (Sep 12 – Aug 13)		Gesamt (Dez 11 – Aug 13)	
Gesunde Entwicklung des Säuglings	55	75,3%	60	81,1%	115	78,2%
Informationen/ Vermittlung	63	86,3%	52	70,3%	115	78,2%
Geburtsspezifische Themen	36	49,3%	51	68,9%	87	59,2%
Haushaltsorganisation Alltagsbewältigung	48	65,8%	28	37,8%	76	51,7%
Eltern-Kind-Bindung	26	35,6%	44	59,5%	70	47,6%
Umgang mit Ämtern, Finanzen/Existenzsicherung	39	53,4%	28	37,8%	67	45,6%
Probleme Mutter/Vater	30	41,1%	28	37,8%	58	39,5%
Stillberatung	9	12,3%	42	56,8%	51	34,7%
Schwangerschaftsproblem	18	24,7%	15	20,3%	33	22,4%
Probleme der Eltern	7	9,6%	15	20,3%	22	15,0%
Hilfe bei Gestaltung eines sozialen Netzwerks	3	4,1%	17	23,0%	20	13,6%
Fallbesprechung mit Kolleginnen*	-	-	10	13,5%	10	6,8%
Sprachkenntnisse/ Migrationsfragen**	4	5,5%	3	4,1%	7	4,8%
Klärung der Wohnsituation*	-	-	5	6,8%	5	3,4%
<b>Gesamt</b>	<b>338</b>	<b>463%</b>	<b>398</b>	<b>537,8%</b>	<b>736</b>	<b>500,7%</b>

\*Variablen wurden im Frühjahr 2013 hinzugefügt.

\*\*Variable „Sprachkenntnisse“ wurde im Frühjahr hinzugefügt und beinhaltet u.a. die Variable „Migrationsfragen“

**Tabelle 25: Angaben zu den Beratungsarten**

<i>Beratungsart</i>	<b>Einzelbetreuung persönlich</b>	<b>Einzelbetreuung telefonisch</b>	<b>Gruppenangebot</b>	<b>Ambulante Familien- unterstützung</b>
Mittelwert	5,10	2,16	1,33	1,83
Medium	3,00	1,00	1,00	1,00
Minimum	0	0	1	1
Maximum	24	28	3	4
<b>Gesamt</b>	<b>566</b>	<b>240</b>	<b>12</b>	<b>22</b>
Fehlende Angaben	111	111	9	12

In Anlehnung an die obigen Erkenntnisse zu den Beratungsarten konnte auch durch den Tätigkeitsnachweis der Projektmitarbeiterinnen verdeutlicht werden, dass die Beratung von Familien/Müttern am häufigsten persönlich zu Hause bei diesen Müttern/Familien stattfindet (39,6%). Weiter wird diese aber auch oftmals in den Kliniken umgesetzt (23,7%) oder findet telefonisch (23,5%) statt. Die telefonischen Beratungsgespräche, die seit Oktober 2012 erfasst werden, nehmen monatlich kontinuierlich zu, sodass im August 2013 sogar mehr telefonische (39,67%) als persönliche (38,02%) Beratungsgespräche stattfanden.<sup>11</sup> Die ambulante Beratung, die meistens in Beratungsstellen des Sozialdiensts katholischer Frauen durchgeführt wurde, kommt im Verhältnis zu anderen Beratungsorten eher seltener vor (10,52%). Die Begleitung zu Dritten, welche nicht mit den anderen Beratungsorten ins Verhältnis gesetzt werden kann (Kategorie wird erst seit April 2013 erfasst), findet im Zeitraum April 2013 bis August 2013 genauso häufig wie die ambulante Beratung statt (n=34) (vgl. Abb. 2).

Zeitgleich zum Sonnenkinderprojekt verfügen die Mütter oftmals noch über weitere Beratungskontakte. Hierzu liegen von 129 betreuten Müttern Erkenntnisse vor: Im Durchschnitt haben die Mütter zwei weitere Beratungskontakte (vgl. Tab 26). Diese bestehen am häufigsten zu ÄrztInnen, wie z.B. zu KinderärztInnen, HausärztInnen, GynäkologInnen usw (n=67). In weiteren 43 Fällen tritt die Hebamme als zusätzliche Beratungsperson ein. Weitere wichtige Beratungskontakte stellen die Beratungszentren in Stuttgart (n=28) und die Schwangerschaftsberatung (n=23) dar. In der nachfolgenden Tabelle 26 werden die hierzu vorliegenden Erkenntnisse aufgeführt:

<sup>11</sup> Dass im August vermehrt telefonische Gespräche stattfanden, wird einerseits der in der Ferienzeit schlechten Hebammensituation in Stuttgart und andererseits der Urlaubszeit der Projektmitarbeiterinnen geschuldet. So war die Fülle der Frauen, die eine Nachsorgehebamme benötigten, kaum zu bewältigen. Die Fälle wurden durch Vertretungen bearbeitet, welche jedoch gleichzeitig ihre eigenen Fälle betreuen mussten und dadurch oftmals nur in telefonischem Kontakt mit den jeweiligen Familien/Müttern standen.



Abbildung 2: Angaben zu den Beratungsorten

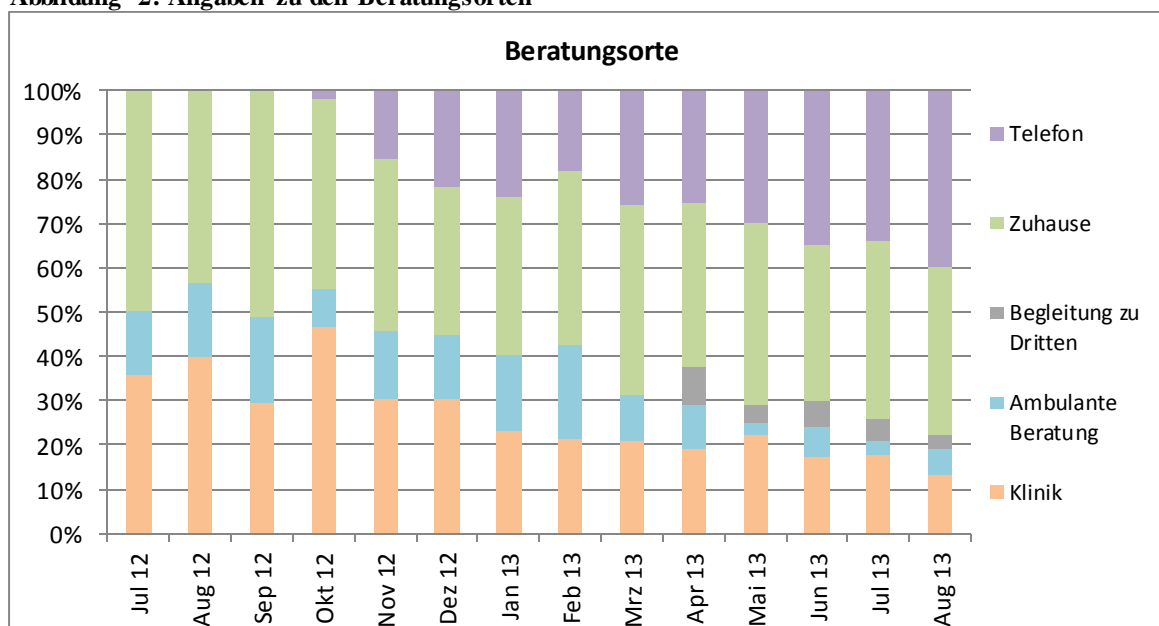


Tabelle 26: Angaben zur Anzahl weiterer Beratungskontakte nach Zuordnung

Anzahl weiterer Beratungskontakte	Angaben	Zuordnung der Beratungskontakte	Anzahl der Angaben	Prozent der Fälle (n=129)
1	47	Ärzte	67	51,9%
2	50	Hebammen	43	33,3%
3	23	ASD/ Beratungszentren Stuttgart	28	21,7%
4	6	Schwangerschaftsberatung	25	19,4%
5	2	Sozialer Dienst Krankenhaus/ Patientenmanagement/ Gesundheitsamt	15	11,6%
<b>Gesamt</b>	128	Flüchtlingshilfe/ Migrationsdienst/ Beratung für Migranten	8	6,2%
Fehlende Angaben	40	PsychiaterIn/ PsychologIn/ PsychotherapeutIn	5	3,9%
		Jobcenter	4	3,1%
		Projekt im Bereich Frühe Hilfen	3	2,3%
		Hilfe zur Erziehung	3	2,3%
		Sozialamt	3	2,3%
		Familienkinderkrankenschwester	2	1,6%
		Betreutes Wohnen	2	1,6%
		Schuldnerberatung	1	,8%
		Kinderschutzzentrum	1	,8%
		Kindergarten	1	,8%
		Jugendarbeit	1	,8%
		Patenschaft	1	,8%
		Migrantenmedizin	1	,8%
		Frauenhaus	1	,8%
		Mieterschutzbund	1	,8%
		<b>Gesamt</b>	216	167,4%

Überwiegend endete die Betreuung bis zum heutigen Zeitpunkt (August 2013) im gegenseitigen Einvernehmen (n=99). In neun Fällen wurde von einem Abbruch durch die Mutter bzw. in zwei Fällen von einem Abbruch durch den Vater berichtet. Was den Beendigungsgrund betrifft, so war bei 74 Fällen „keine weitere Hilfe erforderlich“. Weitere 41 Mütter nehmen allerdings eine weiterführende Hilfe in Anspruch. Dabei handelt es sich am häufigsten um eine weiterführende Begleitung durch den Sozialdienst katholischer Frauen (n=11), eine Betreuung durch das Beratungszentrum bzw. um eine HzE-Maßnahme (n=9) oder um eine Unterstützung durch eine Hebamme. In einem Fall musste eine Notaufnahme bei einer Mutter-Kind-Einrichtung aufgrund von Kindeswohlgefährdung eingeleitet werden. (vgl. Tab. 27 & 28).

**Tabelle 27: Ende der Betreuung und Notwendigkeit einer weiterführenden Hilfe**

Ende der Betreuung		Weiterführende Hilfen	
Einvernehmlich	99 (83,19%)	Keine weitere Hilfe erforderlich	74 (64,35%)
Abbruch durch Mutter	9 (7,56%)	Weitere Hilfe erforderlich	41 (35,65%)
Abbruch durch den Vater	2 (1,68%)		
sonstige Beendigungsgründe*	9 (7,56%)		
<b>Gesamt</b>	<b>119 (100%)</b>	<b>Gesamt</b>	<b>115 (100%)</b>
Fehlende Antworten	49	Fehlende Antworten	53

\*Als sonstige Beendigungsgründe wurde Folgendes benannt: HzE als Alternative; Ablehnung weiterer Hilfe-maßnahmen; Umzug zur Schwiegermutter ins Allgäu, Flüchtlingsunterkunft in Karlsruhe; keine Frühe Hilfen Themen mehr; nach zwei Monaten keine Anfrage mehr; wohnhaft in Leonberg.

**Tabelle 28: Weiterführende Beratungsinstanzen**

Beratungsart	Angaben
Sozialdienst katholischer Frauen/Schwangerschaftsberatung/Projekt Miriam/finanzielle Unterstützung	11
Betreuung durch das Beratungszentrum/HzE/Sozialberatung	9
(Familien)Hebamme	7
Familienpatin	2
Aufnahme im Frauenhaus	2
Flüchtlingsunterkunft	2
Gesundheitsamt	1
Häusliche Kinderkrankenpflege	1
Hilfe bei Wohnungssuche und in Ämterangelegenheiten erfolgt weiterhin durch das Jugendamt	1
Kinderärztliche Kontrollen	1
Müttercafé	1
Clearing-Stelle	1
Stationärer Aufenthalt	1
Akupunktur	1

## 2.4 Entwicklung der elterlichen Kompetenzen

Bereits im ersten Zwischenbericht wurde die Entwicklung der elterlichen Kompetenzen zwischen dem Beginn und dem Ende der Betreuung durch das Sonnenkinderteam dokumentiert. Allgemein konnte hierbei eine Verbesserung verschiedener Kompetenzen nachgewiesen werden (Kieslinger/Meyer 2012). Inwiefern dies ausschließlich auf die Betreuung zurückgeführt werden kann, ist mit Hilfe des vorliegenden Designs nicht eindeutig zu beantworten. Die Einschätzung dieser Entwicklung erfolgte jedoch mit Hilfe eines einfachen Single-Subject-Designs, basierend auf einem Vergleich der Werte zwischen Baseline (Erfassung der Kompetenzen am Anfang der Fallarbeit) und Folgerhebung (zu Betreuungsende). Dieses quasi-experimentelle Vorgehen ermöglicht daher im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten (fehlende Kontrollgruppe, fehlende vollständige Kontrolle der Einflussfaktoren) durchaus eine Einschätzung dieser Entwicklung. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass diese Einschätzung durch die betreuenden Fachkräfte vorgenommen wurden, was gewisse Verzerrungen durchaus mit sich bringen kann.

Die folgende Tabelle 29 zeigt die Unterschiede zwischen Betreuungsanfang und Betreuungsende. Diese Unterschiede können mit Hilfe von Mittelwertvergleichen abgebildet werden. Für alle betreuten Mütter sollte hierbei von den betreuenden Fachkräften auf einer Skala von 1 bis 5 jeweils zu Beginn und am Ende der Betreuung angegeben werden, wie hoch die Kompetenzen in verschiedenen Bereichen eingeschätzt werden. Diese Einschätzungen werden schließlich addiert und durch die Anzahl der Fälle geteilt. So erhält man einen Mittelwert, der die eingeschätzten Kompetenzen aller betreuten Mütter abbildet. In diese Auswertung wurden allerdings nur die Fälle einbezogen, die zum Zeitpunkt der Datenerfassung für den zweiten Zwischenbericht (Ende August 2013) abgeschlossen waren, weil nur so valide Aussagen über den Erfolg der Betreuung getroffen werden können.

**Tabelle 29: Einschätzung der mütterlichen/elterlichen Kompetenzen zu Beginn der Betreuung**

	<b>Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung<sup>1</sup></b>	<b>Einschätzung der Kompetenzen zu Ende der Betreuung<sup>2</sup></b>
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	<b>2,91</b>	<b>3,80</b>
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	<b>3,40</b>	<b>3,78</b>
Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen	4,01	3,93
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	<b>3,64</b>	<b>4,17</b>
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	<b>3,78</b>	<b>4,02</b>
Interaktion mit dem Kind	4,11	4,10
Versorgung des Kindes (Pflege)	4,28	4,21

<sup>1</sup> Skala zur Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung: 5=sehr gut; 4=eher gut; 3=teils/teils; 2=eher schlecht; 1=schlecht

<sup>2</sup> Skala zur Einschätzung der Entwicklung der Kompetenzen am Ende der Betreuung: 5=deutlich verbessert; 4=eher verbessert; 3=unverändert; 2=eher verschlechtert; 1=deutlich verschlechtert

Die Tabelle 29 zeigt, dass sich fast alle Kompetenzbereiche seit Beginn der Betreuung verbessert haben. Besonders deutlich wird diese Verbesserung in den Bereichen „Persönliche Situation“ und „Bewältigung des Alltags“, gefolgt von „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“ und „Familienleben“. Nahezu gleich geblieben sind jedoch die Kompetenzen in den Bereichen „Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen“, „Interaktion mit dem Kind“ und „Versorgung des Kindes“. Hier ist keine Verbesserung zu verzeichnen.

Um diesen Befund zu vertiefen, wurde bereits im ersten Zwischenbericht unterschieden zwischen Fällen, bei denen zum Zeitpunkt der Beendigung keine weitere Hilfe erforderlich wurde, und Fällen, die weitere Hilfe benötigten bzw. die in weiterführende Hilfsangebote vermittelt wurden. Wie bereits im ersten Zwischenbericht deutlich wurde, verbessern sich hierbei bei allen abgeschlossenen Fällen, die keine weitere Hilfe brauchen, die meisten Kompetenzen deutlich. Weniger verbessert haben sich hingegen die Kompetenzen bei den Fällen, die weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Tabelle 30)

**Tabelle 30: Einschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen nach Beendigung der Betreuung**

	Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung <sup>1</sup>	Einschätzung der Kompetenzen beim Abschluss der Betreuung <sup>2</sup>	
		Keine weitere Hilfe erforderlich (n=74)	Weitere Hilfe erforderlich (n=41)
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	2,91	<b>3,96</b>	3,50
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	3,40	<b>3,84</b>	3,68
Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen	4,01	4,03	3,74
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	3,64	<b>4,30</b>	3,94
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	3,78	<b>4,09</b>	3,87
Interaktion mit dem Kind	4,11	4,11	4,08
Versorgung des Kindes (Pflege)	4,28	4,20	4,23

<sup>1</sup> Skala zur Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung: 5=sehr gut; 4=eher gut; 3=teils/teils; 2=eher schlecht; 1=schlecht

<sup>2</sup> Skala zur Einschätzung der Entwicklung der Kompetenzen am Ende der Betreuung: 5=deutlich verbessert ; 4=eher verbessert; 3=unverändert; 2=eher verschlechtert; 1=deutlich verschlechtert

Tabelle 30 verdeutlicht dabei wichtige Auffälligkeiten:

- 1) In den bereits oben genannten Kompetenzbereichen mit deutlicher Tendenz zur Verbesserung (Persönliche Situation, Bewältigung des Alltags, gefolgt von Kenntnisse des deutschen Hilfesystems und Familienleben) ist bei beiden Gruppen eine solche Verbesserung zu beobachten. Insbesondere in diesen Bereichen konnte das Sonnenkinderteam also vermutlich unabhängig von einem nach wie vor bestehenden Hilfebedarf zu einer Kompetenzsteigerung beitragen. Die ohnehin große Kompetenzsteigerung ist jedoch noch ausgeprägter bei den Fällen, die keine weiterführenden Hilfen benötigen.
- 2) Hingegen haben sich die Kompetenzen in den Bereichen „Bereitschaft Hilfe zu suchen“, „Interaktion mit dem Kind“ und „Versorgung des Kindes“ bei beiden Gruppen nicht verbessert. Merkwürdiger als zu Betreuungsbeginn wurde hierbei vor allem die Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen, bei den Fällen eingeschätzt, die in weitere Hilfen vermittelt wurden (möglicherweise als Auslöser für diese Notwendigkeit).

## 2.5 Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen

Die folgenden Ausführungen in diesem Kapitel beziehen sich auf die Dokumentation der Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen im Projekt Sonnenkinder. Durch sie soll der Umfang der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten analysiert und verdeutlicht werden.

Auch im zweiten Projektjahr wurde der Tätigkeitsbericht fortwährend überarbeitet. So wurden die projektbezogenen Kategorien „Organisation und Durchführung von Gruppenangeboten“ im Dezember 2012 und „Ehrenamt“ im Januar 2013 in den Tätigkeitsbericht zusätzlich eingefügt.<sup>12</sup> Neben diesen projektbezogenen Tätigkeitskategorien wurden der Tätigkeitsnachweis auch noch um zwei weitere Kategorien zur Operationalisierung des Beratungsortes erweitert: „Telefon“ im Oktober 2012 und „Begleitung zu Dritten“ im April 2013.

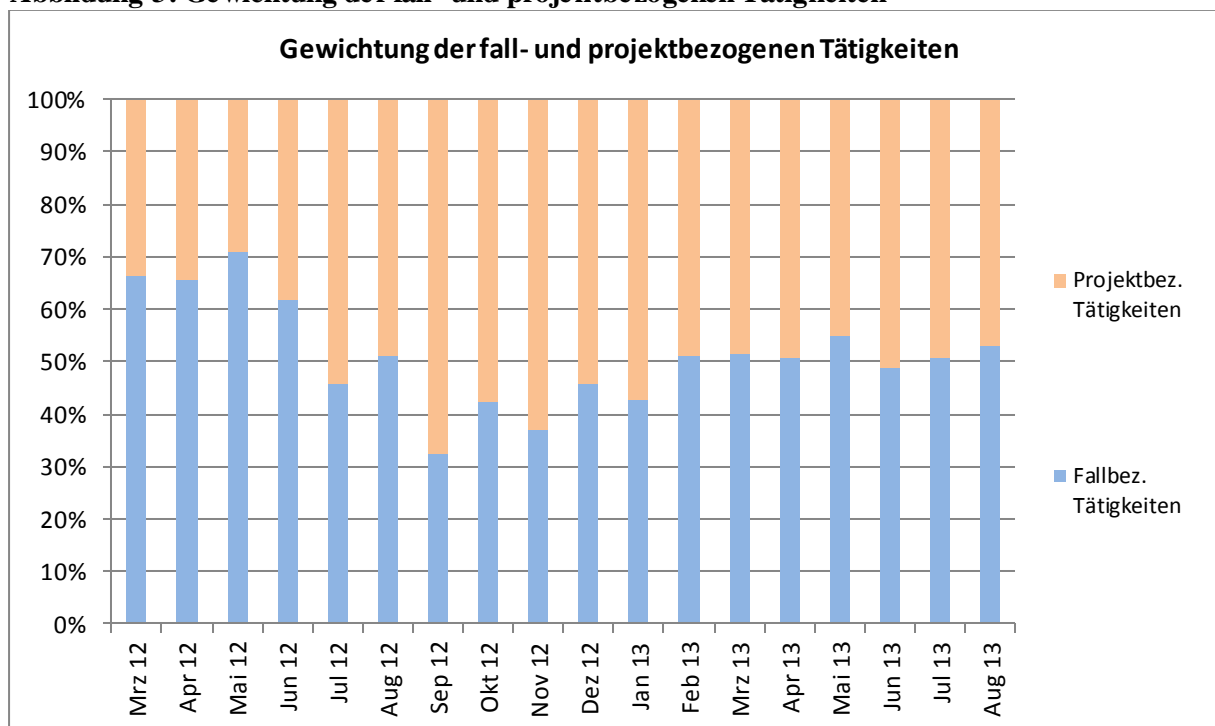
Die folgenden Erkenntnisse beziehen sich auf die Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen im Zeitraum März 2012 bis August 2013.<sup>13</sup> Für diesen Zeitraum zeigt die Gegenüberstellung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten zunächst ab März 2012 bis Januar 2013 (mit Ausnahme des Monats August 2012) eine Ungleichverteilung der projekt- und fallspezifischen Tätigkeiten: Im März 2012 bis Juni 2012 überwiegen fallbezogene Tätigkeiten, während im Juli 2012 und September 2012 bis Januar 2013 wieder projektbezogene Tätigkeiten dominieren. Ab Februar 2013 bis August 2013 pendelt sich die Verteilung zwischen fall- und projektbezogenen Tätigkeiten ein, so dass etwa die Hälfte der Arbeitszeit jeweils für beide Tätigkeitsspektren verwendet wird (vgl. Abb. 3).

---

<sup>12</sup> Dass diese Kategorien erst zu diesen Zeitpunkten in den Nachweis aufgenommen wurden, stellt für die Darstellung der Längsschnitsergebnisse kein weiteres Problem dar, da man sich erst zu diesem Zeitpunkt mit den Themen Gruppenangebote und Ehrenamt intensiver im Projekt auseinandersetze.

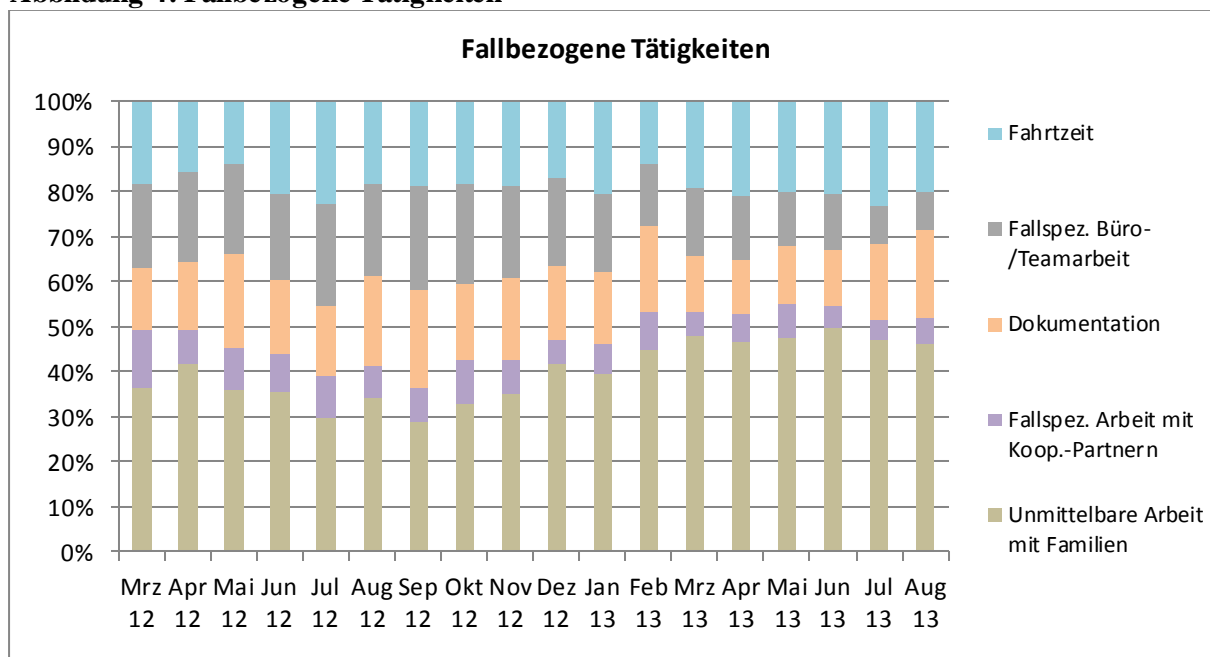
<sup>13</sup> Für die Auswertung der Tätigkeiten für den Zeitraum November 2011 bis Februar 2012 liegt ein weiterer, „älterer“ Tätigkeitsnachweis vor, der seitens der wissenschaftlichen Begleitung grundlegend überarbeitet und verändert wurde. Dieser wurde getrennt von dem jetzigen Tätigkeitsnachweis ausgewertet, da er im Aufbau und Inhalt grundlegend anders konzipiert wurde.

Abbildung 3: Gewichtung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten



Im Hinblick auf die fallbezogenen Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen nahm die unmittelbare Arbeit mit Familien während des Zeitraums (März 2012 bis August 2013) durchgängig im Vergleich zu den anderen Tätigkeiten den höchsten Stellenwert ein (die hierfür investierte Zeit beträgt im Mittel  $M= 40,03\%$ ). Im Kontext der unmittelbaren Arbeit mit den Familien, die überwiegend zu Hause bei den Familien stattfindet (vgl. Abb. 4), ist der hohe Anteil der Fahrtzeit der Projektmitarbeiterinnen im Rahmen der ausgewerteten fallbezogenen Tätigkeiten wenig erstaunlich ( $M= 18,86\%$ ). Einen etwa gleichen Arbeitsanteil nehmen die Tätigkeiten der Dokumentation ( $M=16,47\%$ ) und der fallspezifischen Büro- und Teamarbeit ( $M=17,13\%$ ) ein. Die fallbezogene Arbeit mit KooperationspartnerInnen nimmt im Gesamten den geringsten Arbeitsanteil ein ( $M=7,5\%$ ) (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Fallbezogene Tätigkeiten

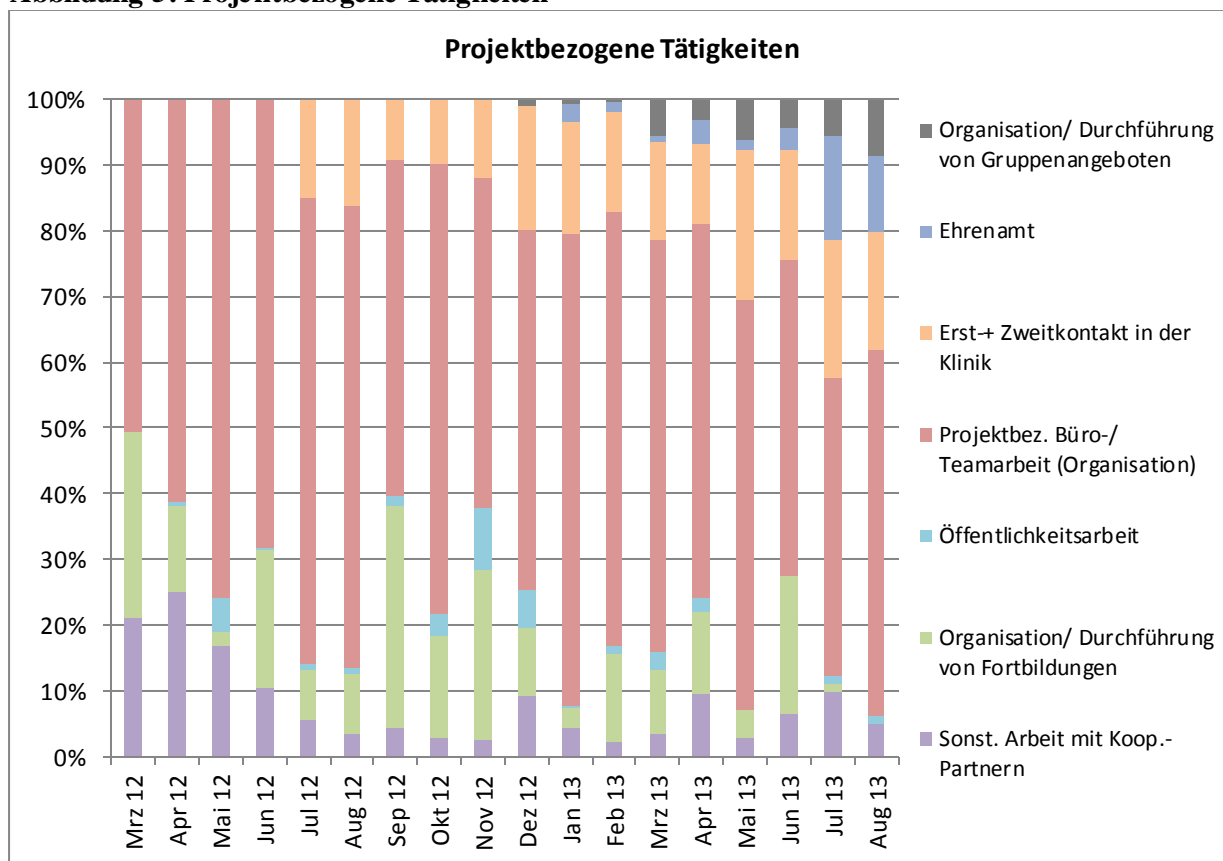


Die nähere Betrachtung der projektbezogenen Tätigkeiten (Abbildung 5) zeigt, dass für die projektbezogene Büro-/Teamarbeit (Organisation) durchgängig über den Zeitraum März 2012 bis August 2013 die meiste Arbeitszeit investiert wurde ( $M= 60,57\%$ ). Die Organisation und Durchführung von Fortbildungen wie auch die Erst- und Zweitkontakte in den Kliniken nehmen im Durchschnitt denselben Arbeitsanteil ein:  $M_{Fortbildungen}= 12,86\%$ ;  $M_{Erst- und Zweitkontakte in der Klinik}=12,16\%$ . Dabei muss allerdings angemerkt werden, dass die Kategorie „Erst- und Zweitkontakte in der Klinik“ erst ab Juli 2013 in das Dokument des Tätigkeitsnachweises aufgenommen wurde. Demnach kann vermutet werden, dass die hierfür erbrachte Arbeitszeit im Verhältnis zu den anderen projektbezogenen Tätigkeiten höher liegt.

Die sonstige Arbeit mit KooperationspartnerInnen nimmt in etwa im Verhältnis dieselbe Arbeitszeit ein, die für die fallbezogene Arbeit mit KooperationspartnerInnen investiert wurde ( $M=8,05\%$ ). Die Öffentlichkeitsarbeit hat in der Gesamtarbeitszeit für projektbezogene Tätigkeiten hingegen den geringsten Stellenwert:  $M=2,06\%$ . Da die Kategorien „Organisation und Durchführung von Gruppenangeboten“ und „Ehrenamt“ erst im Dezember 2012 bzw. Januar 2013 in den Tätigkeitsnachweis aufgenommen wurde, kann die dafür erbrachte Arbeitszeit prinzipiell nicht mit anderen projektbezogenen Tätigkeiten in den Monaten März 2012 bis August 2013 ins Verhältnis gesetzt werden. Dennoch wird ab Dezember 2012 3,9% für die Organisation und Durchführung von Gruppenangeboten und ab Januar 2013 4,59% zur Bearbeitung des Themas Ehrenamts investiert (vgl. Abb. 5).



Abbildung 5: Projektbezogene Tätigkeiten



## 2.6 Fortbildungen

Im zweiten Projektjahr wurden Fortbildungsangebote zu drei verschiedenen Themen durch die Mitarbeiterinnen des Sonnenkinderteams in den beiden Kliniken durchgeführt. Aus der folgenden Tabelle 31 ist die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen an diesen durch das Sonnenkinderteam angebotenen Fortbildungsveranstaltungen zu entnehmen. Die Auswertung bezieht sich auf 165 TeilnehmerInnen. Im Vergleich zum ersten Projektjahr liegen im zweiten Projektjahr keine wesentlichen Unterschiede bei dieser Zufriedenheit vor. Nach wie vor ist die Bewertung der TeilnehmerInnen hinsichtlich der Qualifikation der ReferentInnen und der Rahmenbedingungen des Kurses äußerst gut („sehr zufrieden“). Auch die Selbsteinschätzung bezüglich des eigenen Interesses sowie die insgesamt Zufriedenheit fallen nahezu ausnahmslos sehr positiv aus. Hinsichtlich der Lernmethode und des -inhalts liegen die Werte jedoch näher bei dem Skalenpunkt 4, d.h. hier äußerten sich die TeilnehmerInnen „eher zufrieden“. So wurde beispielsweise die Lernmethode der siebten Fortbildung schlechter bewertet ( $M=3,76$ ), als in den Fortbildungen V und VI. Hingegen wurde der Lerninhalt in Fortbildung V und VI schlechter bewertet, als in Fortbildung VII ( $M_{FB\ V}=4,43$ ;  $M_{FB\ VI}=4,39$ ;  $M_{FB\ VII}=4,49$ ).

**Tabelle 31: Bewertung der Zufriedenheit der Fortbildungen**

		<b>FB im Projekt- jahr I</b>	<b>Guter Start auf Station (FB V)</b>	<b>Stille Geburt (FB VI)</b>	<b>Früherken- nung von Risiken (FB VII)</b>	<b>FB ge- samt</b>
<b>Fachliche Kompetenz</b>	Die Dozentin schätze ich als fachlich kompetent ein	4,92	4,92	4,69	4,67	4,88
<b>Verständlich- keit**</b>	Der Dozentin ist es ge- lungen die Inhalte ver- ständlich zu vermitteln	4,88	4,92	4,75	4,86	4,82
<b>Beteiligung der Teilneh- mer/-innen</b>	Dozentin ging angemess- en auf Fragen und Bei- träge der Teilnehmer/- innen ein	4,81	4,81	4,77	4,48	4,76
<b>Beteiligung der Teilneh- mer/-innen*</b>	Diskussionen wurden zugelassen	4,81	4,81	4,78	4,60	4,79
<b>Schnellig- keit**</b>	Das Tempo des Vorge- hens seitens der Dozentin war angemessen	4,75	4,83	4,22	4,48	4,57
<b>Anforderun- gen*</b>	Die Anforderungen sei- tens der Dozentin waren zu hoch	1,50	1,70	2,00	1,20	1,56
<b>Qualifikation Referenten/in gesamt</b>		-	4,85	4,66	4,70	4,78
<b>Gliederung des Inhaltes</b>	Der inhaltliche Aufbau war logisch, der „rote Faden“ war erkennbar	4,61	4,46	4,31	4,33	4,45
<b>Arbeitsmater- ialien**</b>	Es wurden ausreichend Begleitmaterialien ausge- geben	4,27	4,57	4,59	2,79	4,18
<b>Organisation gesamt**</b>	Die Organisation der Fortbildung war insges- amt gut	4,69	4,70	4,62	3,95	4,59
<b>Bewertung der Lernmethode gesamt</b>		-	4,58	4,51	3,76	4,41
<b>Theorieteil**</b>	Theoretische Kenntnisse wurden gut vermittelt	4,74	4,68	4,41	4,60	4,62
<b>Praktische Umsetzbar- keit*</b>	Den Fortbildungsinhalt kann ich gut in die Praxis umsetzen	4,42	4,39	4,28	4,19	4,33
<b>Aktuelle Ent- wicklungen</b>	Es wurde Bezug auf aktu- elle Entwicklungen ge- nommen	4,26	3,94	4,25	3,84	4,09
<b>Praktische Relevanz*</b>	Der Nutzen der Inhalte für meine berufliche Tä- tigkeit hat sich mir er- schlossen	4,63	4,42	4,47	4,76	4,51
<b>Schwierigkeit*</b>	Der Schwierigkeitsgrad des Lerninhalts war an- gemessen	4,78	4,68	4,53	4,62	4,63
<b>Bewertung des Lerninhalts gesamt</b>		-	4,43	4,39	4,49	4,45

<i>Bewertung der Selbsteinschätzung</i>		<b>FB im Projektjahr I</b>	<b>Guter Start auf Station (FB V)</b>	<b>Stille Geburt (FB VI)</b>	<b>Früherkennung von Risiken (FB VII)</b>	<b>FB gesamt</b>
<b>Persönliches Interesse*</b>	Mein persönliches Interesse am Fortbildungsinhalt war hoch	4,71	4,62	4,84	4,86	4,73
<b>Zufriedenheit gesamt</b>	Insgesamt bin ich mit der Fortbildung zufrieden	4,84	4,84	4,78	4,57	4,79
<b><i>Selbsteinschätzung gesamt</i></b>		-	4,73	4,81	4,71	4,76
<b>Lernatmosphäre**</b>	Die Lernatmosphäre in der Fortbildung war angenehm	4,83	4,78	4,66	4,14	4,70
<b>Motivation der Teilnehmer/innen</b>	Die Teilnehmer/-innen waren motiviert	4,77	4,51	4,68	4,76	4,66
<b><i>Bewertung der Rahmenbedingungen des Kurses gesamt</i></b>		-	4,65	4,66	4,45	4,68

Skala: 5=trifft voll zu; 4=trifft eher zu; 3=teils/teils; 2=trifft weniger zu; 1=trifft überhaupt nicht zu

\* signifikante Unterschiede in der Bewertung bei  $p < 0,05$

\*\* hoch signifikante Unterschiede in der Bewertung bei  $p < 0,01$

Die TeilnehmerInnen der Fortbildungen wurden zusätzlich danach befragt, welche Aspekte in der Fortbildung verändert bzw. beibehalten werden sollten. Bei den Veränderungswünschen zeigt sich, dass die Fortbildungen vor allem zeitlich verlängert werden sollten ( $n=12$ ). Was die beizubehaltenden Aspekte betrifft, so wurde vor allem darauf verwiesen, dass bislang gute ReferentInnen eingeladen wurden (vgl. Tabelle 32 und 33):

**Tabelle 32: Veränderungswünsche**

<b>Vorgeschlagene Veränderungen</b>	<b>Häufigkeit</b>
Zeitliche Verlängerung	12
Planung (genügend Unterlagen (z.B. Handout), Literaturhinweise, Wegweiser, Absprache mit der Klinik, kleinere Gruppen, Ankündigungen, Teilnehmerliste und Auswertungsbogen früher Aushändigen)	5
Mehr (eigene) Fallbesprechungen	4
Auf Akustik achten, ggf. Mikrofon verwenden	3
Wiederholung der FoBi zu einem späteren Zeitpunkt	3
Referent/in: bessere Ausdrucksweise; kurze gewählte Antworten	2
Raum für anschließende Fragen	2
Bessere Ankündigungen (Imbiss, Ablauf)	2
Besserer Einbezug von (Familien-) Hebammen	2
Aktuelle Gesetzeslage einbeziehen	1
Thema Gesprächsführung praktisch demonstrieren	1
Mehr Rollenspiele	1

**Tabelle 33: Beizubehaltende Aspekte**

<b>Beizubehaltende Aspekte</b>	<b>Häufigkeit</b>
Referent/in (Moderation, Flexibilität)	6
Beispiele (Rollen- und Fallbeispiele)	5
Diskussionen	5
Einsatz unterschiedlicher Medien (z.B. Videos, Handout)	5
Einbeziehung der Teilnehmer/-innen in Gestaltung & Ablauf	4
Verpflegung/ Atmosphäre	2
Mischung der unterschiedlichen Professionen	1
Gruppengröße	1
Kostenlose Teilnahmemöglichkeit	1
Inhalt	1

### 3 Elterliche Erziehungskompetenzen

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, baut der Anamnesebogen zur Befragung der Mütter/Eltern zum Beginn der Betreuung bzw. der Elternfragebogen zum Abschluss der Begleitung auf dem Modell „*Erziehungskompetenzen im Säugling- und Kleinkinderbereich*“ von Bastian et al. auf. Aus diesem Grund wird dieses elterliche Erziehungskonzept im Folgenden ausführlicher dargestellt, bevor anschließend die bisherigen Erkenntnisse aus der Elternbefragung im Rahmen des Sonnenkinderprojekts präsentiert werden.

#### 3.1 Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al.

Das elterliche Erziehungskonzept setzt sich aus drei Kompetenzbereiche zusammen: „die Fähigkeit von Mütter zur Versorgung von Säuglingen [...], ihre eigene Kompetenzüberzeugung [...] und ihre Erziehungseinstellung“ (Bastian et al. 2008, S. 93). Erstere, die elterliche Versorgungskompetenzen, scheinen für diese Kindheitsphase die wichtigsten Erziehungskompetenzen zu sein. Sie lassen sich in vier Bereiche zusammenfassen:

- (1) *Dimension Entwicklung*: Elterliches Wissen über Vorlieben und Abneigungen des Kindes, über die altersgemäße Kompetenzen des Kindes und entwicklungsfördernde Verhaltensweisen der Eltern
- (2) *Dimension Gesundheit*: Kindbezogene gesundheitsfördernde Tätigkeiten der Eltern
- (3) *Dimension Sicherheit*: Elterliche Beachtung der Kinderunfallprävention durch z.B. einer kindergerechten Ausstattung der Wohnung, Verwendung von sicherem Spielzeug
- (4) *Dimension Ernährung*: Eltern achten auf gesunde/entwicklungsfördernde Ernährung

Der zweite Schwerpunkt des Konzepts, die elterliche Kompetenzüberzeugung, meint „die Einschätzung des Elternteils, durch eigenes Handeln im Umgang mit dem Kind die im Alltag auftretenden Anforderungen und Probleme bewältigen und die Entwicklung des Kindes beeinflussen zu können“ (ebd., S. 94).

Schließlich bezieht sich die dritte Dimension, die Erziehungseinstellung, auf die elterliche Einstellung im Hinblick auf verschiedene Subdimensionen: „Freude am Kind“ (ebd., S. 95), „Überforderung mit dem Kleinkind“ (ebd.), „Tendenz zum Strafen“ (ebd.), „Rollenumkehr“ (ebd.), „Überfürsorge aus Angst“ (ebd.) und „Frustration“ (ebd.).

Diese drei Dimensionen des elterlichen Erziehungskonzepts stehen in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander und prägen nach Bastian et al. das Erziehungsverhalten von Eltern. Entsprechend steht im Mittelpunkt aller Maßnahmen der Frühen Hilfen, diese Variablen zu verändern bzw. zu stärken, d.h. die professionell tätigen AkteurInnen im Feld der Frühen Hilfen befähigen die Mütter aber auch die Väter zu einem angemessenen Erziehungsverhalten (vgl. ebd., S. 96).

Neben diesen drei beschriebenen Variablen wird das elterliche Erziehungsverhalten allerdings auch durch verschiedene Kontextfaktoren beeinflusst. Diese Kontextfaktoren können sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren darstellen, d.h. „je nach Ausprägung und wechselseitigen Wirkungen können diese Faktoren potentielle Gefährdungen nach sich ziehen oder aber verhindern“ (ebd., S. 97). Zum Beispiel stellen Schutzfaktoren „eine gute Beziehung zu einer Bezugsperson, [ein] gutes soziales Netzwerk, [ein] offenes auf Selbstständigkeit orientiertes Erziehungsklima [...] [und eine] hohe Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern [dar]“ (ebd.). Als Risikofaktoren, die eine gesunde Entwicklung des Kindes möglicherweise gefährden, können beispielsweise folgende Aspekte benannt werden: Psychische Beeinträchtigungen der Eltern verursacht durch Sucht und Depressionen, elterliche biographische Vorbelastungen (Vernachlässigung, negative Bindungserfahrungen und Beziehungsabbrüche), eigene häusliche Gewalterfahrung der Eltern und Gewalt in der Partnerschaft, frühe Mutterschaft oder alleinerziehend ohne ein soziales Unterstützungssystem, fehlende Erziehungskennnisse oder eine unrealistische Erwartungshaltung gegenüber dem Kind, mangelnde finanzielle Ressourcen, häufige Umzüge, Wohnen in deprivierten Wohnquartieren bis hin zu Problemen, die mit mangelnder Bildung und Armut einhergehen etc. Neben diesen Problemlagen können auch

Merkmale des Kindes die schwierige familiäre Lage verursachen, wie z. B. Behinderung oder ein schwieriges Temperament (vgl. DJI 2009, S. 70; Thyen 2012, S. 16).

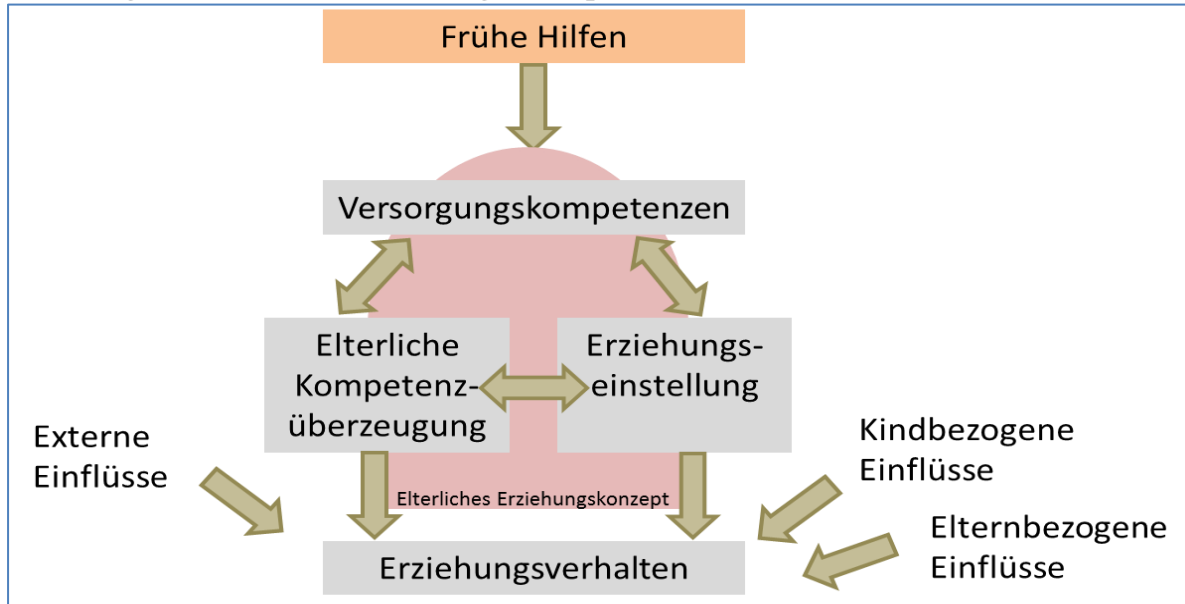
Daraus ableitend lassen sich die Kontextfaktoren, die eine gesunde Entwicklung des Kindes fördern oder aber auch gefährden können, in folgende drei Bereiche unterscheiden (Bastian et al. 2008, S. 97):

- „Bedingungen, die in den Besonderheiten des Kindes liegen – Kindbezogene Einflüsse“
- „Bedingungen in der Situation und dem Kontext – Externe Einflüsse“
- „Bedingungen, die das Verhalten der Eltern beeinflussen – Elternbezogene Einflüsse“

Was Letzteres anbelangt, d.h. elternbezogene Einflüsse, versteht Bastian et al. die Lebenszufriedenheit der Eltern, ihr Eingebundensein in soziale Netzwerke, die (Ehe)Partnerschaft und die allgemeine Selbstwirksamkeit der Eltern als relevante Einflussgrößen auf ihr Erziehungsverhalten.

In der folgenden Abbildung 6 wird das elterliche Erziehungskonzept grafisch veranschaulicht:

**Abbildung 6: Das elterliche Erziehungskonzept nach Bastian et al. (leicht verändert nach CK)**



*Operationalisierung der drei Kompetenzbereiche des elterlichen Erziehungskonzepts nach Bastian et al.*

Zu diesem elterlichen Erziehungskonzept bestehen drei Studien, in denen die verschiedenen Dimensionen/Kompetenzbereiche in Items operationalisiert wurden.<sup>14</sup> Insgesamt wurden dabei zu allen drei Variablen 178 Items bzw. Fragen konstruiert. Bastian et al. entwarf mit von diesen Items ausgewählten Fragestellungen einen vierseitigen Fragebogen. Dieser enthält zudem Fragen zu verschiedenen Kontextfaktoren, die das Erziehungsverhalten ebenfalls beeinflussen. Dieser Fragebogen aber auch die „*Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)*“, „*Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)*“ und der Fragebogen zur „*Einstellung von Müttern zu Kindern im Kleinkindalter (EMKK)*“ wurden bei der Konstruktion des Elternfragebogens im Rahmen des Sonnenkinderprojekts hinzugezogen. Der Fragebogen für die Elternbefragung im Rahmen des Sonnenkinderprojekts stellt somit eine Auswahl an Items zu diesen Dimensionen des elterlichen Erziehungskonzepts dar. Er enthält allerdings keine spezifischen Fragen zu verschiedenen Kontextfaktoren. Diese Variablen werden bereits mittels des bestehenden Dokumentationssystems erfasst.

Das entwickelte Instrument wird zu zwei Messzeitpunkten, d.h. zu Beginn und am Ende der Begleitung im Rahmen des Sonnenkinderprojekts eingesetzt. Beide Vorlagen enthalten dieselben Items, um diese bei der Auswertung gegenüberstellen und schließlich eine Verbesserung oder Verschlechterung der elterlichen Kompetenzen nachvollziehen zu können. Allerdings ist das Instrument zur Befragung der Eltern zum ersten Messzeitpunkt als eine Art Checkliste/Anamnesebogen konzipiert. Dies wurde von den Projektmitarbeiterinnen als Alternativlösung zur elterlichen Befragung als geeigneter angesehen, da eine Befragung die Kontaktaufnahme und Vertrauensbildung zwischen Eltern und Mitarbeiterin möglicherweise erschwert. Zum Endzeitpunkt ist das Instrument hingegen wie ein Fragebogen aufgebaut, der neben dem Thema Elternkompetenzen zusätzlich die elterliche Zufriedenheit mit der Betreuungsleistung erfasst. Zur besseren Verständlichkeit enthält das Instrument zudem Smileys für die fünf unterschiedlichen Skalenausprägungen und wurde für Eltern mit Migrationshintergrund ins Englische übersetzt. Der ausführliche Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

---

<sup>14</sup> In der *Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)* von Prasopkittikun et al. (2006) wurde das elterliche Selbstvertrauen in die Versorgungskompetenzen des Kindes „und das Wissen über den kompetenten Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern“ (ebd., S. 94) erfasst. Die *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)* von Johnston/Jay Mash (1989) und Miller (2001) untersuchte „das Konzept der elterlichen Kompetenzüberzeugung und dessen Bedeutung für das Erziehungsverhalten“ (ebd., S. 95), während die Erziehungseinstellung mit einem Fragebogen zur „*Einstellung von Müttern zu Kindern im Kleinkindalter*“ (EMKK) von Condreau/Engfer (1984) und Lindner (2005) operationalisiert wurde (vgl. ebd.).

### 3.2 Bisherige Erkenntnisse aus der elterlichen Befragung

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen der wissenschaftlichen Begleitung 41 Anamnesebögen und 15 Fragebögen der elterlichen Befragung zum Betreuungsende vor. Die folgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick zur mütterlichen Selbsteinschätzung zu ihrer Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit, ihren Ressourcen, ihrem Befinden in der Schwangerschaft und ihrem elterlichen Kompetenzgefühl sowie zu ihrer Einstellung zum Kind.<sup>15</sup> In Anlehnung an Bastian et al. (2008) beeinflussen diese Schwerpunkte das elterliche Erziehungskonzept (vgl. Kapitel 3.1).

Aus der folgenden Tabelle 34 wird zunächst deutlich, dass sich die Mütter in der Gesamttendenz eher positiv zu den oben genannten Schwerpunkten äußern. Dies gilt sowohl für den Betreuungsbeginn als auch für das Betreuungsende. Betrachtet man die Einschätzungen zu Beginn der Betreuung, so liegen die Werte in der Tendenz zwischen „teils/teils“ und „trifft eher zu“ (d.h. zwischen den Skalenwerten 3 und 4). Im Verhältnis am schlechtesten eingeschätzt wird die Lebenszufriedenheit, gefolgt von der Selbstwirksamkeit und dem elterlichen Kompetenzgefühl (das Thema Schwangerschaft wird hier nicht berücksichtigt, da dies nur acht Personen betrifft).

Um valide Aussagen zur *Entwicklung bzw. Verbesserung* der elterlichen Kompetenz treffen zu können, wurden die Werte der Eltern, die sowohl einen Anamnesebogen als auch einen Elternfragebogen ausfüllten, gegenübergestellt (Tabelle 34: letzte und vorletzte Spalte).<sup>16</sup> In den beiden letzten Spalten wird dabei vor allem deutlich, dass sich die Mütter zum Endzeitpunkt der Betreuungsleistung in der Summe tendenziell besser einschätzten als zum Betreuungsbeginn. Betrachtet man jeweils nur die aufsummierten Mittelwerte, so zeigt sich teilweise eine Verbesserung von bis zu 0,4 Punkten auf der 5er-Skala. Eine Ausnahme bildet die Kategorie „Elterliches Kompetenzgefühl“. Hier sind in der Summe keine Verbesserungen erkennbar.

In der folgenden Tabelle werden die Erkenntnisse zusammengefasst dargestellt (vgl. Tab. 34).

---

<sup>15</sup> Letztere Skalen wurden nur von Müttern ausgefüllt, die ihr Kind bereits entbunden hatten. Das Befinden in der Schwangerschaft wurde wiederum nur bei Müttern erfragt, die sich noch in der Schwangerschaft befinden.

<sup>16</sup> Hier wurden nur Familien/Mütter im Hinblick auf eine Entwicklung betrachtet, die sowohl einen Anamnesebogen als auch einen Elternfragebogen ausgefüllt haben, d.h. deren Betreuung zum aktuellen Zeitpunkt auch beendet wurde. Damit sollte sichergestellt sein, dass die dokumentierten Veränderungen innerhalb einer definierten Population auf die jeweilige Ausgangslage (Baseline) bezogen werden kann.



**Tabelle 34: Mütterliche Selbsteinschätzung zu Beginn und zum Endzeitpunkt der Betreuung<sup>1</sup>**

	<b>Mütterliche Ein- schätzung zu Be- ginn der Betreu- ung (alle; n=40)</b>	<b>Mütterliche Ein- schätzung zu Be- ginn der Betreuung (beendet; n=11)</b>	<b>Mütterliche Ein- schätzung zum Endzeitpunkt der Betreuung (n=11)</b>
Ich bin mit meinem gegenwärtigen Leben zufrieden.	3,98 (n=40)	3,82 (n=11)	4,27 (n=11)
Ich bin mit meiner finanziellen Situation zufrieden.	3,20 (n=41)	2,91 (n=11)	3,45 (n=11)
Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden.	3,43 (n=40)	3,45 (n=11)	3,64 (n=11)
<b><i>Lebenszufriedenheit gesamt</i></b>	<b>3,54</b>	<b>3,39</b>	<b>3,78</b>
Ich habe genug Selbstvertrauen, um meine Probleme anzugehen.	3,53 (n=40)	3,82 (n=11)	3,82 (n=11)
Ich habe meist das Gefühl, dass ich alles geschafft habe.*	2,84 (n=38)	3,00 (n=11)	2,82 (n=11)
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich alle Fähigkeiten habe, eine gute Mutter zu sein/zu werden.	4,32 (n=41)	4,09 (n=11)	4,64 (n=11)
Ich fühle mich nicht erschöpft.*	2,93 (n=41)	3,00 (n=11)	3,30 (n=10)
Ich fühle mich nicht mit meinen Problemlagen allein gelassen.*	3,97 (n=39)	4,09 (n=11)	4,00 (n=10)
Ich habe Vertrauen in die Zukunft.	4,09 (n=34)	4,00 (n=11)	4,30 (n=10)
<b><i>Selbstwirksamkeit gesamt</i></b>	<b>3,61</b>	<b>3,67</b>	<b>3,80</b>
Ich fühle mich über die Angebote und Hilfen, die es für Familien gibt, gut informiert.	3,91 (n=34)	3,64 (n=11)	4,20 (n=10)
Es war/ist für mich nicht schwierig, Hilfe von anderen anzunehmen.*	3,29 (n=34)	3,36 (n=11)	3,40 (n=10)
Meine Familie unterstützt mich, wenn ich Hilfe brauche.	4,06 (n=33)	3,91 (n=11)	3,70 (n=10)
<b><i>Ressourcen gesamt</i></b>	<b>3,75</b>	<b>3,39</b>	<b>3,64</b>
Ich bin ein gutes Vorbild für andere Eltern.	3,36 (n=33)	3,56 (n=9)	3,80 (n=10)
Mutter zu sein stresst mich nicht.*	3,88 (n=34)	3,50 (n=10)	3,40 (n=10)
<b><i>Elterliches Kompetenzgefühl gesamt</i></b>	<b>3,62</b>	<b>3,55</b>	<b>3,36</b>
Ich weiß, was meinem Kind fehlt, wenn es schreit.*	2,85 (n=34)	3,10(n=10)	3,10 (n=10)
Ich weiß genau, wie ich mein Kind trösten kann, wenn es schreit.	3,85 (n=33)	3,80 (n=10)	4,50 (n=10)
Es macht mir Spaß, mit meinem Kind zu spielen.	4,47 (n=34)	4,80 (n=10)	4,60 (n=10)
Mir fällt es nicht schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.*	3,53 (n=34)	2,90 (n=10)	3,30 (n=10)
Wenn mein Kind krank ist, weiß ich was ich tun muss.	3,53 (n=34)	3,40 (n=10)	4,30 (n=10)

	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (alle; n=40)	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (beendet; n=11)	Mütterliche Einschätzung zum Endzeitpunkt der Betreuung (n=11)
Ich kann einschätzen, wann mein Kind Hunger hat.	4,32 (n=34)	4,30 (n=10)	4,60 (n=10)
Beim Stillen und Füttern meines Kindes fühle ich mich sicher.	4,18 (n=34)	4,20 (n=10)	4,56 (n=9)
<b>Elterliche Einstellung zum Kind gesamt</b>	<b>3,82</b>	<b>3,72</b>	<b>4,14</b>

<sup>1</sup>Skala: 5=trifft voll zu; 4=trifft eher zu; 3=teils/teils; 2=trifft weniger zu; 1=trifft überhaupt nicht zu

\*Diese items sind im Fragebogen negativ formuliert. Um den Gesamtwert berechnen zu können, wurden die items in dieser Tabelle umgepolt.

Den Müttern bzw. Eltern wurden in dem Elternbefragungsbogen zum Ende der Betreuung zusätzlich die gleichen Kompetenzbereiche wie den Fachkräften vorgelegt (siehe Kapitel 2.4), um einen Vergleich zwischen der Einschätzung der Fachkräfte und der Selbsteinschätzung der Mütter/Eltern zu ermöglichen. Werden die Kompetenzeinschätzungen der Mütter und ihrer fallverantwortlichen Fachkraft gegenübergestellt, stellt sich heraus, dass beide Personengruppen die Ausprägung der Kompetenzen relativ ähnlich einschätzen (vgl. Tab. 35).

**Tabelle 35: Gegenüberstellung der Fremd- und Selbsteinschätzung zur Ausprägung der elterlichen Kompetenzen am Ende der Betreuungsleistung**

	Fremdeinschätzen der Kompetenzen durch Fachkräfte (am Ende der Betreuung) <sup>1</sup>	Selbsteinschätzung der Kompetenzen durch Mütter (am Ende der Betreuung) <sup>1</sup>	
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	3,80 (n=105)	3,79 (n=14)	
Kenntnisse des deutschen Hilfesystems	3,78 (n=105)	-	
Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen	3,93 (n=106)	Bereitschaft von Angehörigen/ Freunden/Bekanntem Hilfe zu suchen <sup>2</sup>	3,71 (n=14)
		Bereitschaft von sozialen Diensten (Beörden/Ämter, ÄrztInnen) Hilfe zu suchen <sup>2</sup>	3,50 (n=14)
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	4,17 (n=102)	4,00 (n=14)	
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	4,02 (n=98)	4,29 (n=14)	
Interaktion mit dem Kind/Erziehung Kind	4,10 (n=88)	3,79 (n=14)	
Versorgung des Kindes (Pfleger)	4,21 (n=94)	4,43 (n=14)	

<sup>1</sup> Skala zur Einschätzung der Kompetenzen: 5=sehr gut; 4=eher gut; 3=teils/teils; 2=eher schlecht; 1=schlecht

<sup>2</sup> Skala zur Einschätzung der Bereitschaft: 5=sehr hoch; 4=hoch; 3=mittel; 2=weniger; 1=gar nicht

Um eine umfassende Analyse der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen zu ermöglichen, wurden noch weitere Fragen in den Anamnese- bzw. Elternfragebogen zum Ende der Betreuung integriert, beispielweise Fragen zu den Themen Vorsingen, Fernsehen und Rauchen in der Wohnung. Hierbei zeigt sich, dass die Mütter am Ende der Betreuung einen bewussteren Umgang entwickelt haben. So singen sie ihrem Kind häufiger etwas vor ( $M=3,00$ ) und lassen seltener den Fernseher laufen ( $M=2,20$ ) als zu Beginn der Betreuung. Zudem geben alle Frauen zum Endzeitpunkt der Betreuung an, nicht in der Wohnung zu rauchen und auch, dass niemand (mehr) in der Nähe des Kindes raucht ( $M=1,20$ ). Zuletzt besuchen mittlerweile auch alle befragten Mütter regelmäßig die Vorsorgeuntersuchung (vgl. Tab. 36).

**Tabelle 36: Mütterliche Unterstützung der kindlichen Entwicklung<sup>1</sup>**

Unterstützung in der Entwicklung/Sicherheit	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (n=34)	Mütterliche Einschätzung zu Beginn der Betreuung (n=10)	Mütterliche Einschätzung zum Endzeitpunkt der Betreuung (n=10)
Wie häufig singen Sie ihrem Kind etwas vor?	2,79	2,90	3,00
Wie häufig läuft bei Ihnen der Fernseher?	2,38	2,50	2,20
Rauchen Sie in der Wohnung?	Ja: 8,6% (n=3) Gesamt: 35	Ja: 0%	Ja: 0%
Wie häufig raucht jemand in der Nähe ihres Kindes?	1,25	1,00	1,20
Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung mit ihrem Kind (U-Untersuchung)?	Ja: 93,8% (n=30) Gesamt: 32	Ja: 87,5% (n=7) Gesamt: 8	Ja: 100% (n=9)

<sup>1</sup> Skala zur Häufigkeit: 4=Fast immer; 3=häufig; 2=selten; 1=nie

Weiterhin wurde erhoben, über welche Unterstützungsressourcen die Mütter verfügen. Hierbei zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen dem Betreuungsbeginn und dem Ende der Betreuung. Zu beiden Messzeitpunkten kennen die meisten Mütter Menschen, die ihnen einen guten Arzt empfehlen, die sie beim Haushalt unterstützen, und die sie bei der (zukünftigen) Kindererziehung/-pflege um Rat fragen könnten. Zudem befinden sich die überwiegenden Frauen in einer Partnerschaft und sind mit dieser auch zufrieden (vgl. Tab. 37).

**Tabelle 37: Mütterliche Angaben zu ihrem sozialen Netzwerk und zu ihrer Partnerschaft**

	<b>Mütterliche Einschätzung (Beginn der Betreuung)</b>	<b>Mütterliche Einschätzung (Beginn der Betreuung)</b>	<b>Mütterliche Einschätzung (Ende der Betreuung)</b>
Kennen Sie privat Menschen, die Ihnen einen guten Arzt empfehlen können?	Ja: 75% (n=30) Gesamt: 40	Ja: 81,8% (n=9) Gesamt: 11	Ja: 80% (n=8) Gesamt: 10
Kennen Sie privat Menschen, die Ihnen im Haushalt helfen können?	Ja: 75% (n=30) Gesamt: 40	Ja: 63,6% (n=7) Gesamt: 11	Ja: 90% (n=9) Gesamt: 10
Kennen Sie privat Menschen, die Sie bei der (zukünftigen) Kindererziehung/-pflege um Rat fragen können?	Ja: 92,3% (n=36) Gesamt: 39	Ja: 90,9% (n=10) Gesamt: 11	Ja: 100% (n=10) Gesamt: 10
	<b>Mütterliche Einschätzung (Beginn der Betreuung)</b>	<b>Mütterliche Einschätzung (Beginn der Betreuung)</b>	<b>Mütterliche Einschätzung (Ende der Betreuung)</b>
Befinden Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft?	Ja: 87,5% (n=35) Gesamt: 40	Ja: 81,8% (n=9) Gesamt: 11	Ja: 81,8% (n=9) Gesamt: 11
Sind Sie mit ihrer Partnerschaft zufrieden?	Ja: 93,3% (n=28) Gesamt: 30	Ja: 88,9% (n=8) Gesamt: 9	Ja: 87,5% (n=7) Gesamt: 8

Skala: 5=sehr hoch; 4=hoch; 3=mittel; 2=weniger; 1=gar nicht

Zum Ende der Betreuung gaben 100% (n=14) der befragten Müttern an, sich durch die Hilfeleistung besser informiert zu fühlen. Auch der Mittelwert zur Zufriedenheit mit verschiedenen Themen rund um die Betreuungsleistung tendiert in Richtung einer hohen Zufriedenheit. Daraus ableitend sind überwiegend alle Mütter mit der Häufigkeit der Angebote, der Verlässlichkeit, Kompetenzen und Engagement der Mitarbeiterinnen, dem Inhalt und der Qualität der Beratung, dem Einbezug ihrer Wünsche und Bedürfnisse, den Tipps/Informationen, die Sie erhalten haben sowie mit dem entgegengebrachten Respekt/Verständnis sehr zufrieden. In den folgenden Tabellen werden die mütterliche Zufriedenheit und weitere Anmerkungen seitens der Mütter aufgeführt (vgl. Tab 38 & 39).

**Tabelle 38: Angaben zur mütterlichen Zufriedenheit mit der Unterstützungsleistung**

Zufriedenheit mit...	Mittelwert der mütterlichen Angaben <sup>1</sup>
Häufigkeit der Angebote	4,93
Verlässlichkeit der Mitarbeiterinnen	4,93
Inhalt und Qualität der Beratung	4,93
Einbezug der Wünsche und Bedürfnisse	4,87
Tipps/Informationen, die die Mütter erhalten haben	4,80
Kompetenz der Mitarbeiterin	4,87
Engagement der Mitarbeiterin	4,93
Entgegengebrachter Respekt und Verständnis	4,93

<sup>1</sup> Skala zur Zufriedenheit: 5=sehr zufrieden; 4=eher zufrieden; 3=teils/teils; 2=eher unzufrieden; 1=gar nicht zufrieden

**Tabelle 39: Weitere Anmerkungen seitens der Mütter**

Anmerkungen zur Zufriedenheit

- Sehr gute Erreichbarkeit und Zuverlässigkeit, Flexibilität und schnelle Vereinbarung von Terminen, geringe Wartezeiten
- Bessere Anleitung erwünscht, viele gute Tipps bekommen, Kontakt zur Bereitschaftspflege hergestellt
- Sehr viel Respekt und Verlässlichkeit entgegengebracht, insgesamt ein sehr positiver Kontakt, Vertraulichkeit

## 4 Kooperationen/Vernetzungsaktivitäten

Wie bereits im ersten Zwischenbericht herausgestellt wurde, basiert der Arbeitsansatz der Frühen Hilfen „auf einem System von aufeinander bezogenen Unterstützungsangeboten im Rahmen eines Netzwerks Frühe Hilfen“ (Paul 2012, S. 6). Unter ‚Hilfesystem‘ wird dabei der „organisierte Ablauf von miteinander verknüpften Aktivitäten durch verschiedene Berufsgruppen verstanden [...], die ein gemeinsames spezifisches Ziel, erreichen möchten[;] [nämlich die Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern]“ (Thyen 2012, S. 20). Dieses Netzwerk soll zunächst bis 2015 weiter aus- und aufgebaut werden, bevor seine Sicherstellung ab 2016 durch einen Bundesfond von 51 Mio. jährlich gewährleistet wird (vgl. BMFSFJ 2013, S. 7).

Rechtlich verankert ist dieses Vorhaben, d.h. der Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen im Hinblick auf ihre kommunikative Prozesse, Verbindlichkeit und Systematik, im Bundeskinderschutzgesetz, das zum 1. Januar 2012 in Kraft trat. Dieses basiert auf einer Kombination von präventiven und intervenierenden Maßnahmen, stellt das Gesetz zum Thema *Kooperation und Information im Kinderschutz* (KKG) in den Mittelpunkt seiner Gesetzesgrundlage und sieht weitere Änderungen vor, wie z.B. die Erhöhung verbindlicher fachlicher Richtlinien der Kinder- und Jugendhilfe, Stärkung des Einsatzes von Familienhebammen, Sicherstellung der Weitergabe von notwendigen Informationen zwischen Jugendämtern bei Ortswechsel der Familie und die Gewährleistung einer Schweigepflichtentbindung für Berufsheimnisträger (ÄrztInnen, PsychologInnen, LehrerInnen usw.) im Falle einer Kindeswohlgefährdung (vgl. MfAS – BW 2010, S. 14; BMFSFJ 2012, o. S.).

Auch die Praxis zeigt deutlich, dass der Aufbau kommunaler Netzwerke Früher Hilfen voranschreitet. So wurden zu diesem Thema in den Jahren 2009 und 2010 zwei bundesweite Erhebungen durchgeführt, in den 95% der befragten Jugendämter von einem Aufbau interdisziplinärer Netzwerke im Bereich der Frühen Hilfen berichten (BMFSFJ 2013, S. 301).

Dass dieser Aufbau von Netzwerken im Bereich der Frühen Hilfen solch eine hohe Bedeutung erfährt, ist dabei wenig erstaunlich, wenn man die Erkenntnis einer wissenschaftlichen Evaluation der vom NZFH bundesweit initiierten Modellprojekten im Bereich der Frühen Hilfen betrachtet: „eine verbesserte Netzwerkarbeit und verbindliche Kooperationen [scheinen] der Schlüssel zum Erfolg [zu sein], um Familien nicht nur zu erreichen, sondern sie auch wirksam zu unterstützen“ (Thyen 2012, S. 22). Mit der Überwindung von Systemgrenzen der unterschiedlichen NetzwerkpartnerInnen, die z.B. durch eine Niederlassung von Familienbildungskursen in Räumlichkeiten der Geburtsklinik erreicht wird<sup>17</sup>, können folgerichtig Berührungs- sowie Schwellenängste für Eltern minimiert werden. Dennoch bestehen hierbei „deutliche Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit [...]: Die kommunalen Behörden der Jugendhilfe und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes schreiben einerseits der Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe und der Pädiatrie im Bereich der Frühen Hilfen eine sehr hohe Bedeutung zu, andererseits aber weisen die Qualität dieser Zusammenarbeit offenbar Mängel auf“ (BMFSFJ 2013, S. 301).

---

<sup>17</sup> Im Sonnenkinderprojekt finden die Müttercafés ebenso in Räumlichkeiten der Kliniken statt; genauso wie in den Kliniken vor Ort Eltern zu ihrem Hilfebedarf angesprochen werden.

Welche Berufsgruppen es in das Netzwerk zu integrieren gilt, soll im Folgenden dargestellt werden, bevor anschließend das kommunale Netzwerk Früher Hilfen in Stuttgart kurz erläutert und auf die Ergebnisse einer Netzwerkanalyse im Rahmen des Sonnenkinderprogramms eingegangen wird.

#### 4.1 Tragende Subsysteme im Netzwerk Früher Hilfen

Um die Vernetzungsaktivitäten abbilden zu können, gilt es zunächst, alle Instanzen zu identifizieren, die sich in jeglicher Hinsicht mit dem Thema Kinderschutz befassen. Dazu werden VertreterInnen der *Kinder- und Jugendhilfe*, des *medizinischen Sektors*, der *Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen* und *weitere AkteurInnen* wie Arbeitsagenturen, Polizei und Familiengerichte gezählt (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 71).<sup>18</sup> Diese Berufsgruppen sind durch eine große Heterogenität im Hinblick auf ihre Trägerschaft, Finanzierungsquellen, ihrer unterschiedlichen Selbstverständnisse (ressourcen- vs. defizitorientierter Ansatz, familien-/individuumbezogene Arbeit) und Systemlogiken gekennzeichnet, was eine Kooperation oftmals erschwert (vgl. Thyen 2012, S. 16; Hahn 2011, Folie 22):

Die Aufgaben des ersten Subsystems des Netzwerks Früher Hilfen, die *Kinder- und Jugendhilfe*, sind im Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert und reichen von allgemeinen Angeboten zur Förderung von Familien über individuelle Unterstützungsmaßnahmen bis zum Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdungen und greifen – in Ausnahmefällen – bereits vor der Geburt des Kindes ein (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 75).

Daraus ableitend ergibt sich die doppelte Aufgabenstellung der Kinder- und Jugendhilfe: Einerseits geht es um die *Hilfe und Unterstützung* von Familien im Hinblick auf deren Erziehungsaufgaben, andererseits obliegt der Kinder- und Jugendhilfe ein *Wächteramt*, indem sie den Schutz von Kindern vor Gefährdungen sicherstellt (vgl. Thyen 2012, S. 22). Im Kontext der Frühen Hilfen sind seitens dieses Subsystems insbesondere folgende Aufgabenbereiche als relevant anzusehen: „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ (§16 SGB VIII), „Erziehungsberatung“ (§28 SGB VIII), „Sozialpädagogische Familienhilfe“ (§31 SGB VIII) und „Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder“ (§19 SGB VIII). Angebote wie Kindertageseinrichtungen und -krippen nach §§22-26 SGB VIII haben ebenfalls im

---

<sup>18</sup> Neben diesen Berufsgruppen gibt es zahlreiche weitere Organisationen wie Mutter-Kind-Zentren, Selbsthilfegruppen, Babystuben und Stillgruppen, deren Arbeitsweise an diese Stelle nicht näher beschrieben werden kann (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 94).

Bereich der Frühen Hilfen eine wichtige, vor allem kompensatorische, Funktion. Das für diesen Arbeitsansatz relevante Angebotsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe erstreckt sich somit inhaltlich „von Kindertageseinrichtungen über Familienbildung und Beratung bis zu ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zur Erziehung“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 78).

Die Aufgaben des *Gesundheitswesens* stellen sowohl aufsuchende als auch allgemeine Hilfen für (werdende) Mütter dar, welche im Fünften und Neunten Sozialgesetzbuch (*Gesetzliche Krankenversicherung* sowie *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*) aufgeführt werden. Während sich der Träger von Leistungen nach SGB V auf die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt, können die Leistungen nach SGB IX seitens der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe erbracht werden. Rehabilitationsdienste bzw. -einrichtungen können dabei z. B. Frühförderstellen, Einrichtungen zur Intervention bei Suchterkrankungen und Sozialpädiatrische Zentren darstellen (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 83).

Leistungen nach SGB V werden hingegen seitens Krankenhäuser, VertragsärztInnen, VertragspsychotherapeutInnen und seitens LeistungserbringerInnen von Hilfsmitteln wie ErgotherapeutInnen gewährleistet. Im Kontext der Prävention von Kindeswohlgefährdungen leisten dabei insbesondere niedergelassene ÄrztInnen für Gynäkologie, Allgemeinmedizin sowie Pädiatrie einen wertvollen Beitrag (vgl. Ziegenhain et al. 2010, S. 87f.). Ihre allgemeinen, durch die Krankenkassen finanzierten Angebote zeichnen sich für ihre niederschwellige und breite Zugangsweise zu allen Familien aus und sind demzufolge durch kein Stigma vorbelastet (vgl. Paul 2012, S. 6).

Gleiches gilt für Geburts- bzw. Frauen- und Kinderkliniken: Während in Geburtskliniken ein frühzeitiger Zugang zu beinahe allen Eltern gewährleistet wird und dadurch der Hilfebedarf der Familien früh wahrgenommen, und in Folge dessen, ihre Vermittlung zu anderen Hilfeinstanzen zu einem frühen Zeitpunkt gewährleistet werden kann, hat das Fachpersonal von Kinderkliniken „Zugang zu Familien, bei denen bereits Risiken durch Auffälligkeiten, Störungen oder Erkrankungen des Kindes vorliegen oder die durch Verletzungen der Kinder bei Verdacht auf Misshandlung auffallen“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 85). Neben diesen Instanzen sind dem medizinischen Sektor ferner (Familien)Hebammen/ Entbindungspfleger sowie Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger zuzuordnen. Erstere, (Familien)Hebammen/ Ent-



bindungspfleger kennzeichnen sich durch ihre aufsuchende Arbeit. Sie betreuen und begleiten die Familie in ihrem häuslichen Umfeld und erhalten dadurch umfassende Einblicke in die familiäre Gesamtsituation (vgl. ebd., S. 86).

Von diesen aufgezählten AkteurInnen haben insbesondere freiberufliche Entbindungspfleger/Hebammen und niedergelassene KinderärztInnen eine unkomplizierte und vertrauensvolle Beziehung zu Familien, wobei gleichzeitig Handlungsaufträge eingebaut werden, die dem vertrauensgeprägten Beziehungscharakter zwischen den in diesem Feld tätigen Professionellen und den Eltern widersprechen (vgl. Thyen 2012, S. 21). Weiter geben zwar bisherige Rückmeldungen von Kliniken, Hinweis auf „eine erhöhte Handlungssicherheit und damit Arbeitszufriedenheit im Umgang mit kritischen Fällen sowie eine persönliche Entlastung“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 85) durch die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen AkteurInnen, obwohl die Vernetzung mit freiberuflichen und stationären AkteurInnen der Gesundheitsberufe zeitgleich erschwert ist (vgl. ebd.; Thyen 2012, S. 21). Bei diesen Instanzen herrschen ein Mangel an systematischer Unterstützung (z.B. mangelnde zeitliche Ressourcen für ein Mitwirken in Hilfekonferenzen) sowie fehlende systeminterne Netzwerke (vgl. Thyen 2012, S. 21).

Die Leistungen des Dritten und somit letzten tragenden Subsystems der Frühen Hilfen – Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen – „sind im Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) beschrieben“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 91). Noch vor den Geburtskliniken haben diese Beratungsstellen neben GynäkologInnen den frühesten Zugang zu Eltern. Das bedeutet, dass bei erkennbaren Risiken frühzeitig Angebote gemacht, auf Unterstützungsleistungen anderer Instanzen hingewiesen oder Übergänge zu externen Hilfeinstanzen vermittelt werden können.

Die längere Zuständigkeit dieser Beratungsstellen bis zum dritten Lebensjahr eines Kindes ermöglicht die Familie frühzeitig über einen längerfristigen Zeitraum in der sensiblen Entwicklungsphase des Kindes zu begleiten und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen (vgl. ebd.). Dieses Vertrauensverhältnis wird dabei durch eine besondere Verpflichtung zur Verschwiegenheit (§203 StGB „Verletzung von Privatgeheimnissen“) gewährleistet, welches die Anonymität ihrer Klientel regelt. Jedoch müssen die AkteurInnen der Beratungsstellen bei „rechtfertigendem Notstand (§34 StGB) und akut erkennbarer Gefahr [eine Meldung] für das Leben und Wohl eines Kindes nach der Geburt machen“ (Thyen 2012, S. 22).

Neben diesen tragenden Subsystemen des Netzwerks sind Kooperationen zu Arbeitsagenturen, der Polizei und dem Familiengericht wesentlich. Erstere Organisationsform hegt einen regelmäßigen Kontakt zu KlientInnen, die sich in finanziellen Notlagen befinden. Diese Familien werden von den benannten Subsystemen nicht ohne weiteres erreicht. Somit erweitern diese Instanzen die Chance, auch diese Eltern zu erreichen, sie auf ihren Hilfebedarf anzusprechen, auf Unterstützungsangebote aufmerksam zu machen und sie ggf. zu anderen Hilfesystemen zu begleiten. Die Polizei und Familiengerichte können hingegen Informationen über strukturierte Handlungsabläufe in familiären Eskalationen geben. Allerdings profitieren nicht nur die anderen Instanzen im Netzwerk von ihren Kompetenzen und ihrer Arbeit, auch diese drei Instanzen selbst erfahren einen entsprechenden Profit, indem sie Zugang zu HelferInnen und „Institutionen mit pädagogischen und psychologischen bzw. klinisch-therapeutischen [Fach]Kompetenzen [erlangen]“ (Ziegenhain et al. 2010, S. 93).

#### 4.2 Vernetzungsaktivitäten im Sonnenkinderprojekt

Die Bedeutung der Vernetzung im Sonnenkinderprojekt wurde mit Hilfe einer Netzwerkanalyse im Frühjahr 2013 näher analysiert. Im Rahmen dieser Untersuchung erfassten die Projektmitarbeiterinnen mit Hilfe eines Dokumentationsformulars insgesamt 100 KooperationspartnerInnen. Im Folgenden werden ausgewählte Erkenntnisse dieser Netzwerkanalyse vorgestellt. An dieser Stelle muss allerdings darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich die Vernetzungsaktivitäten im Projekt Sonnenkinder kontinuierlich erweitern, die folgenden Erkenntnisse somit nur eine aktuelle Tendenz der Kooperationsbeziehungen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts angeben. Die erfassten Vernetzungsaktivitäten lassen sich in drei Arten gliedern:

**Tabelle 40: Art der Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis**

Art	Häufigkeit
Einrichtung/Träger	91
Gremien/Arbeitskreise	2
Einrichtung/Träger + Gremium/Arbeitskreis	1
Gesamt	94
Fehlend*	6

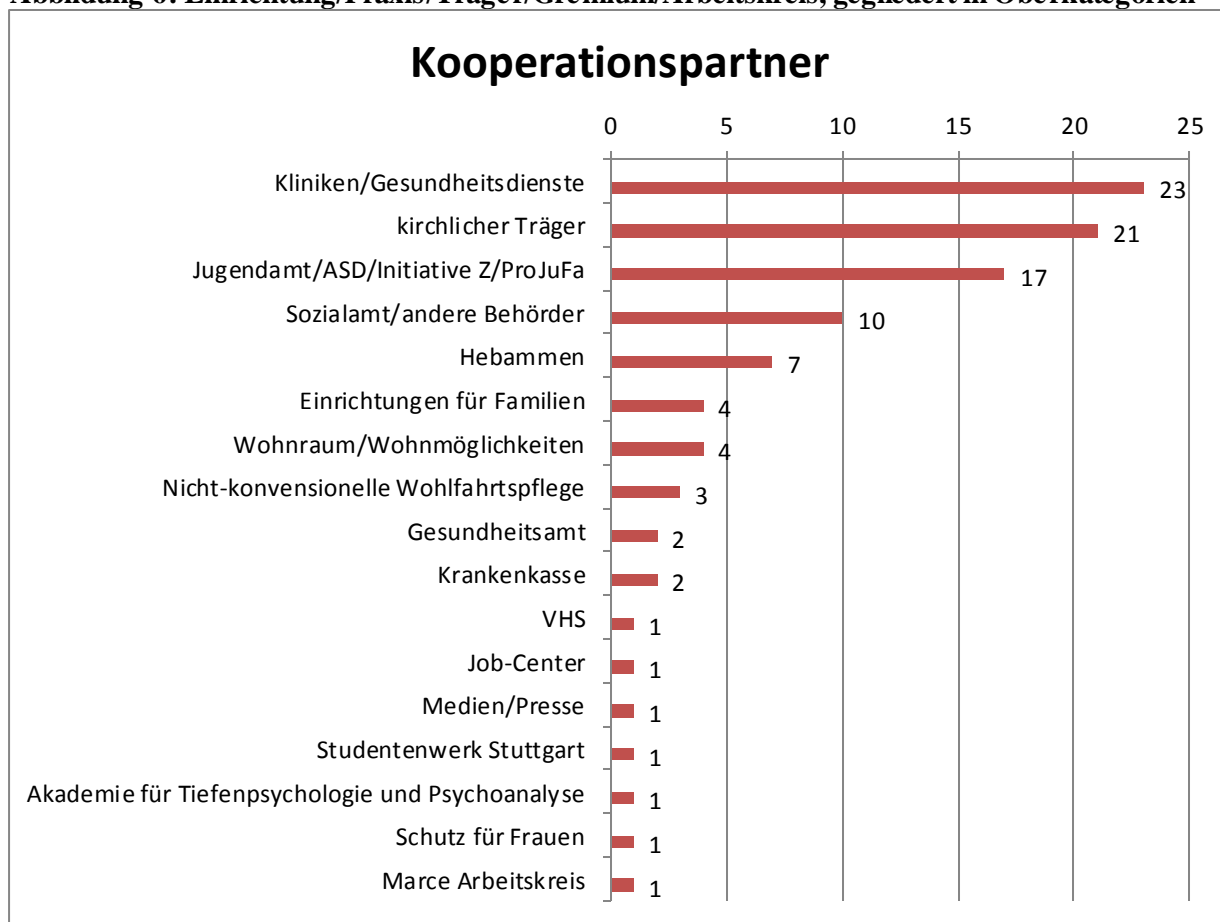
\*Fehlende Werte beziehen sich auf Hebammen. Hier wurde keine Zuordnung vorgenommen.

Nahezu alle Vernetzungsaktivitäten werden mit Einrichtungen/Trägern eingegangen (n=91). Neben Kontakten mit spezifischen Einrichtungen/Trägern sind die Mitarbeiterinnen zudem in

drei Gremien/Arbeitskreise tätig: AG Frühe Hilfen, Marcé Arbeitskreis Stuttgart (Interdisziplinärer Arbeitskreis für peripartale psychische Erkrankungen) und der Arbeitskreis Sozialdienst katholischer Frauen e.V. In diesen Einrichtungen bzw. Gremien/Arbeitskreisen kooperieren die Mitarbeiterinnen etwa im gleichen Ausmaß mit Fachkräften aus dem Gesundheitswesen (n=69) und mit Fachkräften aus sozialen und pädagogischen Berufen (n=63). Auch zu verschiedenen SachbearbeiterInnen/Fachangestellten/Verwaltungsorganen (n=17), Leitungsorganen/DirektorInnen (n=6), ehrenamtlichen Kräften (n=4) und zu einem Redakteur bestehen Vernetzungsaktivitäten.

Werden die erfassten KooperationspartnerInnen in verschiedene Kategorien zugeordnet, handelt es sich wie Abbildung 6 zeigt überwiegend um Kontakte mit Kliniken/Gesundheitsdiensten (n=23) und mit sozialen Diensten in konfessioneller Trägerschaft (n=21), etwa mit dem Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF), der evangelischen Gesellschaft (eva), dem Caritasverband für Stuttgart e.V. etc. Weitere wichtige KooperationspartnerInnen sind das Jugendamt/ASD/ InitiativeZ/ProJuFa (n=17).

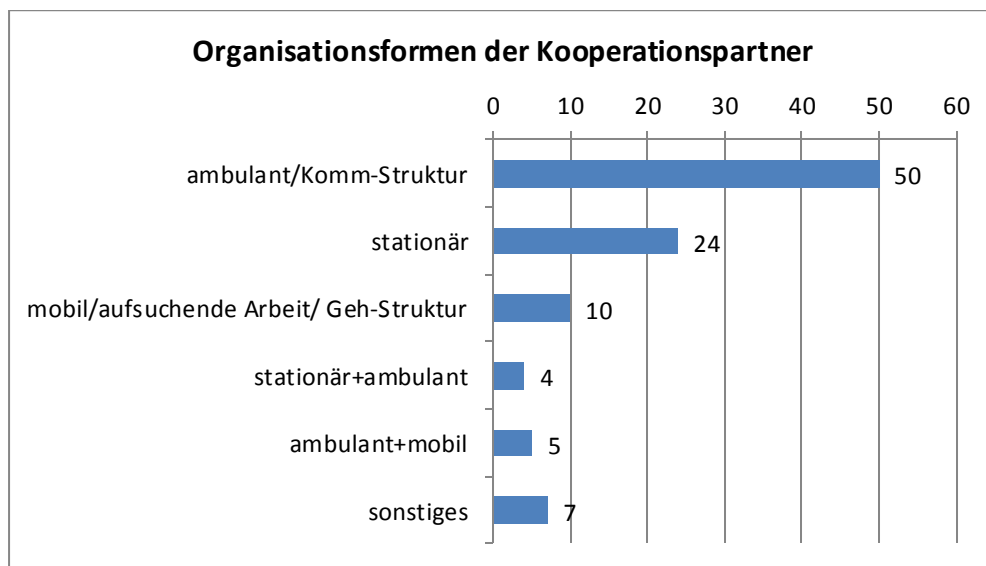
**Abbildung 6: Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis, gegliedert in Oberkategorien**



Gesamt: 100; eine Doppelnennung (Elterntreff Zack)

Die Organisationsformen dieser KooperationspartnerInnen sind überwiegend ambulant bzw. weisen eine „Komm-Struktur“ auf (n=50). Weitere 24 Akteure bieten stationäre Unterstützungsleistungen an und 10 PartnerInnen leisten aufsuchende Arbeit (Geh-Struktur).

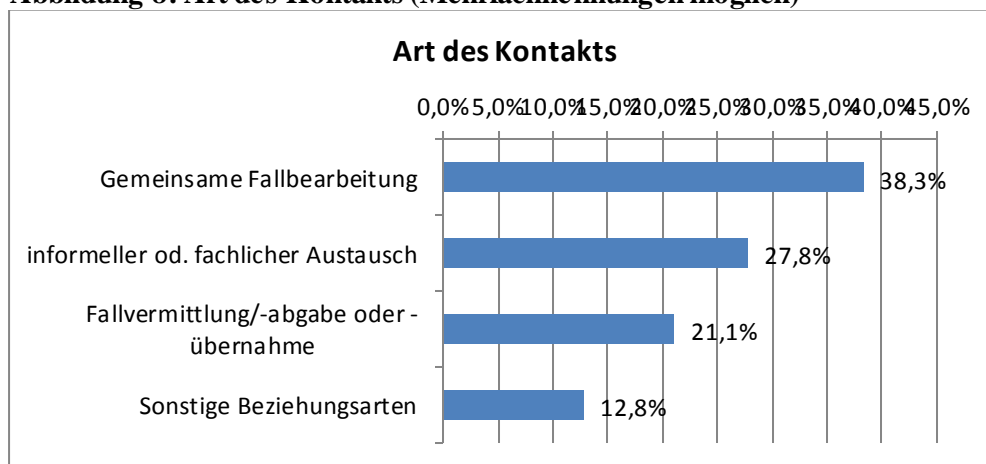
**Abbildung 7: Organisationsformen der KooperationspartnerInnen**



Sieben KooperationspartnerInnen konnten keiner Organisationsform zugeordnet werden (Zuordnung in sonstiges): Arbeitskreis (2x), Kita, Presse, Studentenwerk, SWSG.

Inhaltlich kommen die Kontakte oftmals aufgrund des fachlichen Austauschs bei einer gemeinsamen Fallbearbeitung zustande (n=38,3%). Abgesehen davon stellen etwa 28% aller Kontakte einen informellen oder fachlichen Austausch dar und 21% werden zur Fallvermittlung/-abgabe oder -übernahme genutzt. Weitere 13% sind sonstige Beziehungsarten, deren Auflistung im Anhang zu finden ist.

**Abbildung 8: Art des Kontakts (Mehrfachnennungen möglich)**

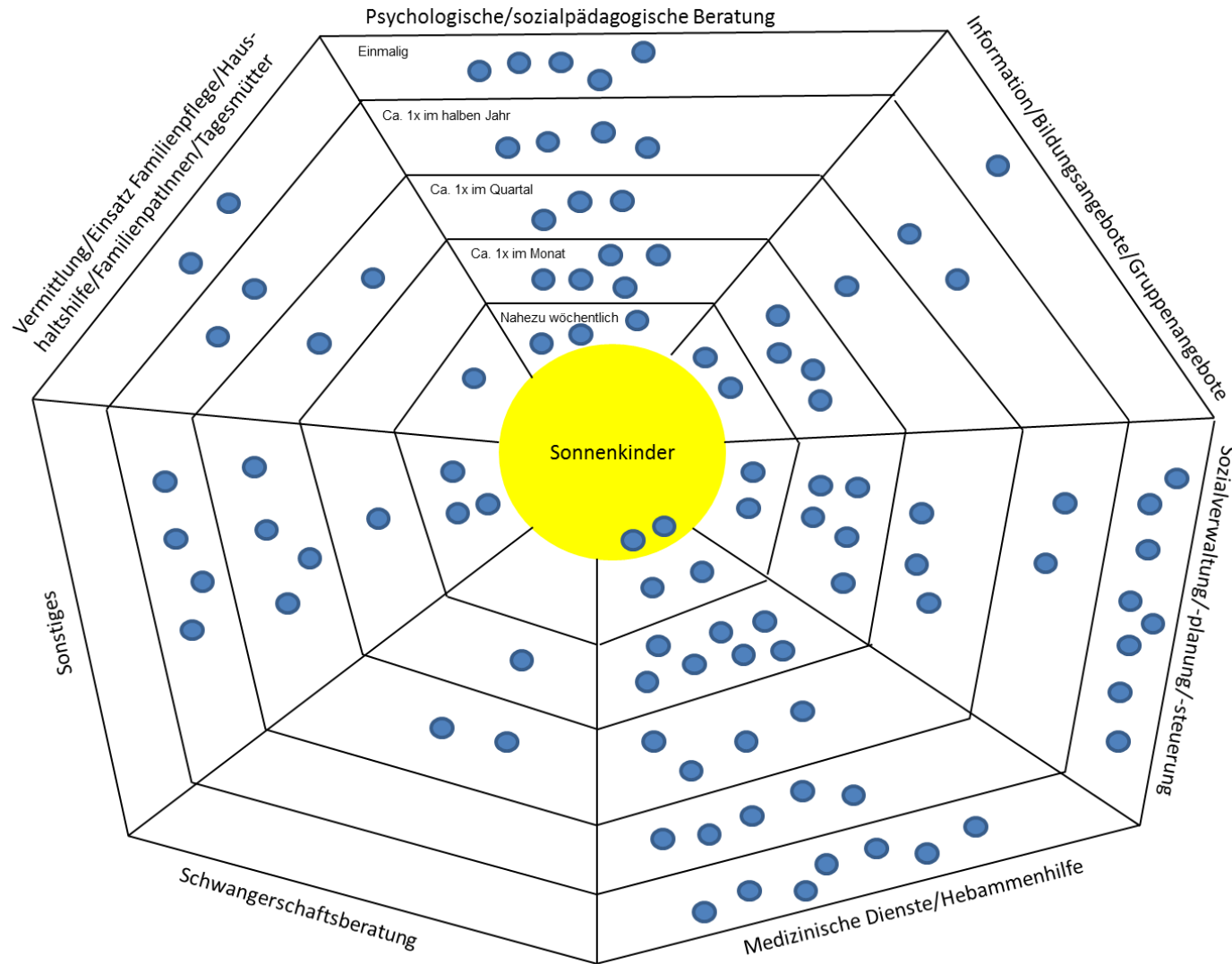


Ergänzend zu diesen Informationen konnte ein Spinnennetz konstruiert werden, in welchem die einzelnen KooperationspartnerInnen in sieben Kategorien unterteilt und grafisch abgebildet werden konnten:

- a) Vermittlung/Einsatz Familienpflege/Haushaltshilfe/FamilienpatInnen/Tagesmütter
- b) Psychologische/sozialpädagogische Beratung,
- c) Information/Bildungsangebote/Gruppenangebote
- d) Sozialverwaltung/-planung/-steuerung
- e) Medizinische Dienste/Hebammenhilfe
- f) Schwangerschaftsberatung
- g) Sonstiges

Neben diesen Kategorien wurden die erhobenen Instanzen in dem Spinnennetz einer weiteren Differenzierung zugeteilt, die sich auf die Kontakthäufigkeit der Kooperationen beziehen: Nahezu wöchentlich, einmal im Monat, einmal im Quartal, einmal im halben Jahr, einmalig (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Spinnennetz KooperationspartnerInnen



Die meisten Kontakte sind im Bereich medizinische Dienste/Hebammenhilfe zu finden (n=27). Weitere wichtige Kooperationen finden im Bereich psychologische/ sozialpädagogische Beratung und im Sektor Sozialverwaltung/-planung/-steuerung (n=20) statt. Während im Hinblick auf Informations-/Bildungs-/Gruppenangebote zu zehn Kooperationspartnern Kontakte bestehen, sind es bezüglich Vermittlung/Einsatz von Familienpflege/Haushaltshilfe/FamilienpatInnen/Tagesmüttern nur sieben und zu Schwangerschaftsberatungsstellen lediglich drei VernetzungspartnerInnen. Grund hierfür ist, dass es in Stuttgart nicht wesentlich mehr Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen gibt. Neben diesen Instanzen besteht zudem Kontakt zu zwölf sonstigen KooperationspartnerInnen (Flüchtlingsunterkunft/-wohnheim, Paulusstift Mutter-Kind-Heim, Frauenpension, Kindertageseinrichtung Rosenstein, Wohnanlage für Alleinerziehende, Schutz für Frauen, Hotel Bruy, Weraheim, Stuttgarter Wohn- und Städtebaugesellschaft, Studentenwerk Stuttgart, Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse e.V. Stuttgart). Was die Kontakthäufigkeit anbelangt, ist diese bei den ‚Haupt-KooperationspartnerInnen‘ (s.o.) nahezu gleichverteilt. Im Sektor Vermittlung/ Einsatz Familienpflege/ Haushaltshilfe/ FamilienpatInnen/ Tagesmütter ist die Kontakthäufigkeit eher gering. Dies kann damit zusammenhängen, dass es in diesem Bereich oftmals darum geht, eine einmalige Vermittlung einer Familienpflege/Haushaltshilfe/FamilienpatInnen/Tagesmütter in die Familie einzuleiten.

Abgesehen von dieser Auswertung konnte auch in einer Masterthesis, die im Rahmen des Sonnenkinderprojekts angefertigt wurde, die Bedeutung der Vernetzung im Hinblick auf die Fallarbeit untermauert werden. Ein Erkenntnis der empirischen Untersuchung im Rahmen dieser Masterthesis war, dass ‚komplexe mütterliche Bedarfslagen Vernetzungsaktivitäten mit externen (Hilfe-)Instanzen, vor allem zwischen den Subsystemen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens im Netzwerk Früher Hilfen [erfordern]‘ (Kieslinger 2013, S. 72). Aufgrund dessen kommt es für ein gelingende Fallarbeit dringend auf das ‚Verweisungswissen‘ seitens der Mitarbeiterinnen an (vgl. ebd.).

## 5 Gruppenangebote

### 5.1 Erkenntnisse aus dem Projekt

#### 5.1.1 Charakteristika

Seit Februar 2013 haben Mütter die Möglichkeit an kostenlosen, offenen Gruppenangeboten im Rahmen des Sonnenkinderprojekts teilzunehmen. Diese finden wöchentlich über eineinhalb Stunden in Räumlichkeiten der St. Anna-Klinik und des Stadtteilhauses Mitte statt. Ab August 2013 wird darüber hinaus ein Gruppenangebot für jüngere Mütter angeboten, d.h. Mütter, die im Durchschnitt unter 22 Jahren sind. Für dieses, im zweiwöchentlichen Rhythmus stattfindende, Gruppenangebot gibt es bislang zwölf Interessentinnen. Das Gruppenangebot wurde initiiert, da die Akquise dieser Zielgruppe, laut einer Projektmitarbeiterin, schwierig sei (zumal die angesprochenen jüngeren Mütter Bedarf und Interesse an Gruppenangeboten signalisierten und sich gerne mit Frauen des gleichen Alters treffen möchten). Bei der Planung und Gestaltung dieses Angebots werden die Bedürfnisse und Interessen der Mütter berücksichtigt. Dabei soll so vorgegangen werden, dass am Ende eines jeden Angebots die Mütter nach ihren Themenvorschlägen für das nächste Treffen gefragt werden.

Im Rahmen des Gruppenangebots im St. Anna-Klinikum wird die Vorgehensweise zur Planung des Angebots allerdings anders gehandhabt. Hier ist der Rahmen stets vorgegeben: Angeleitete Aktivitäten, etwa verschiedene Anregungen für das Kind und Spielangebote zur Verbesserung der Mutter-Kind-Bindung sowie Beratungsmöglichkeiten, wechseln sich mit offen gehaltene Austauschmöglichkeiten ab. Die Mütter werden bei der Themenwahl der Angebote somit wenig beteiligt. Was die persönlichen Beratungsangebote anbelangt, kann bei größerem Bedarf ein weiterer Termin – außerhalb der Gruppenangebote – vereinbart werden.

Die Akquise der Mütter für alle Gruppenangebote findet einerseits in den am Projekt beteiligten Kliniken während den Präsenzzeiten der Mitarbeiterinnen bzw. in den Erstgesprächen mit den Müttern statt. Andererseits wird versucht, die Mütter über Öffentlichkeitsarbeit des Stadtteilhaus Mitte zu erreichen, d.h. über deren Homepage und vor Ort ausgelegte Flyer. Die Praxis zeigt allerdings, dass viele der teilnehmenden Mütter das Gruppenangebot über Mund-zu-Mund-Propaganda erreichen. Daher nehmen auch Frauen an den Angeboten teil, die in keiner der beiden Kliniken entbunden haben.



### 5.1.2 Erfahrungen

Das Kriterium für die Akquise, nach welchem die Mütter ausgewählt wurden, war zu Anfangszeiten der Gruppenangebote im Frühjahr 2013 zunächst wie folgt definiert: Ursprünglich wurden lediglich Mütter angesprochen, bei denen der Bedarf an gruppenspezifischen Angeboten offensichtlich erschien. Diese Mütter, so wurde vermutet, benötigen die Angebote zur Erschließung sozialer Kontakte und/oder zur Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse. Weiter wurde vermutet, dass eben diese Mütter mit bestehenden Angeboten der Frühen Hilfen in Stuttgart weniger erreicht werden; im Gegensatz zu anderen Mütter, etwa Frauen ohne Migrationshintergrund. Oftmals bestehen verschiedene Zugangsbarrieren, wie z.B. eine schlechte Zugänglichkeit dieser Angebote, eine zu große Gruppe etc. Daher wurde die Initiierung kleinerer Gruppen und die Lösung der mangelnden Zugänglichkeit über eine „persönlichere/vertraulichere“ Akquise der für die jeweilige Mutter bekannten Projektmitarbeiterinnen und somit Ansprechpartnerinnen geplant. Dieses Vorhaben erwies sich allerdings in der Praxis als nicht erfolgreich und die erhoffte Teilnahme dieser Mütter an eben diesen Angeboten blieb aus. Das Auswahlkriterium wurde daher neu definiert: Fortan werden nun alle Mütter auf das Angebot aufmerksam gemacht, die im sozialen Nahraum des Veranstaltungsortes leben.

#### *Gruppenangebot in der St. Anna-Klinik*

An den Gruppenangeboten der St-Anna-Klinik nehmen durchschnittlich zehn bis 14 Mütter mit ihrem drei bis viermonatigem Säugling teil. Mütter mit jüngeren, drei- bis vier Wochen alten Säuglingen nutzen das Angebot eher selten. Die soziale Zugehörigkeit der teilnehmenden Mütter bildet, anders als erwartet, eher den gesellschaftlichen Mittelstand ab. Sozial schwächere Mütter suchen das Angebot nicht auf. Die Mütter, die das Angebot nutzen, kennen sich untereinander (u.a. durch den Geburtsvorbereitungskurs) und bringen eher weniger persönliche Beratungsbedarfe mit. Insgesamt wurde hierbei auch ein verstärkter Gruppenbildungsprozesse beobachtet werden, wofür scheinbar die wöchentliche Kontinuität der Angebote ein ausschlaggebender Faktor ist.

Viele der Teilnehmerinnen nutzen das Angebot, laut der Aussage einer Projektmitarbeiterin, als Alternativlösung zur Pekip-Spielgruppe und zur Erschließung neuer sozialer Kontakte. Oftmals nehmen sie im Anschluss an das wöchentliche Treffen am Rückbildungskurs teil. Demzufolge scheint das Müttercafé für die Mütter zeitlich passend zu liegen.

Im Hinblick auf die inhaltliche Planung der Gruppenangebote (Wechsel zwischen angeleiteten Aktivitäten und offene Austauschmöglichkeiten) wird das Angebot von den Müttern gut angenommen. Gruppenangebote, die auf Gesprächskreisen basieren, scheinen im Vergleich jedoch weniger gut angenommen zu werden.

#### *Gruppenangebot im Stadtteilhaus*

Das Gruppenangebot, welches ebenfalls in einem wöchentlichen Rhythmus im Stadtteilhaus stattfindet, läuft im Gegensatz zum Gruppenangebot in der St. Anna-Klinik eher schleppend an. Häufig sagen die Mütter ihre Teilnahme ab, was ggf. damit zu tun haben könnte, dass viele Mütter nicht im sozialen Nahraum wohnen, die Räumlichkeiten nicht kennen und demzufolge keine Anknüpfungspunkte zum Stadtteilhaus haben. Zudem kennen sich die teilnehmenden Mütter nicht untereinander und auch die Organisation dieses Gruppenangebots vor allem in der Ferienzeit scheint verbesserungswürdig zu sein (Vorfinden abgeschlossener Räumlichkeiten, mangelnde Informationsweitergabe vor Ort zur Durchführung des Angebots etc.). Angesicht dieser Erfahrungen wird geprüft, ob das Gruppenangebot zukünftig im Marienhospital stattfinden könnte, um auch hier die Identifikation der Frauen mit „ihrer“ Geburtsklinik nutzen zu können.

### **5.1.3 Schlussfolgerungen und weiterführende Überlegungen**

„Nichtbürgerliche Frauen brauchen irgendwie ein anderes Angebot oder brauchen eine ganz lange Anlaufphase über eine Hauptamtliche oder eine Begleitung in irgendeiner Form um anzukommen, um sich dort wohlfühlen.“ (Auszug aus einem Interview mit einer Mitarbeiterin des Sonnenkinderprojekts)

Die befragten Mitarbeiterinnen vermuten noch immer das Bestehen von Abgrenzungstendenzen zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, was ggf. einer der Gründe der Nichtteilnahme der eigentlichen Zielgruppe darstellt. Ferner wirkt sich vermutlich der gewachsene Zusammenhalt der Gruppe auf ‚neuhinzukommende‘ Mütter hemmend aus, wie auch die Tatsache, dass die bislang teilnehmenden Mütter von keinem ernsthaften Problem in der Gruppe berichteten, wie es in einem Fall sehr deutlich wurde: Eine Erstteilnehmerin traute sich ihr Problem in der Gruppe nicht anzusprechen, da die Probleme der anderen Mütter scheinbar im Verhältnis zu ihrem Anliegen sehr gering waren. Hemmende Faktoren könnten aber auch der kulturelle Hintergrund der Mütter oder Scham, ihr Anliegen vorzutragen, sein. Denkbar ist aber auch, dass diese Mütter über bereits gut funktionierende soziale Kontakte

und bestehende Ansprechpersonen verfügen, u.a. durch die Großfamilie und betreuende Fachkraft des Sonnenkinderprojekts.

Um die mangelnde Teilnahme der ursprünglichen Zielgruppe anzugehen und diese Mütter vermehrt für diese Angebote gewinnen zu können, sehen die befragten Mitarbeiterinnen einen Bedarf der persönlichen Begleitung dieser Zielgruppe zu den jeweiligen Gruppenangeboten. Diese Begleitung sollte dabei nicht einmalig sein. Stattdessen muss diese über einen längeren Zeitraum, z.B. über drei bis vier Treffen angelegt, und entweder von ehrenamtlichen Familienpatinnen oder von der jeweiligen betreuenden Fachkraft durchgeführt werden. Werden die Begleitungen durch Fachkräfte umgesetzt, gilt es dabei keine weiteren Termine in der Familie zu vereinbaren, sondern die wöchentlichen Besuchszeiten hierfür zu nutzen.

Neben der möglichen Begleitung von Müttern zu Gruppenangeboten, könnten ehrenamtliche Familienpatinnen durchaus auch bei der Vorbereitung und Durchführung von Gruppenangeboten zur Unterstützung der hauptamtlichen Mitarbeiterin eingesetzt werden. Zumindest rechtfertigt die Anzahl von zehn bis vierzehn Müttern mit ihren Kleinkindern diesen Unterstützungsbedarf.

## **6 Ehrenamt**

### **6.1 Ehrenamt im Bereich der Frühen Hilfen**

Generell alle Felder der Sozialen Arbeit, dabei auch explizit die Frühen Hilfen, sind neben der professionellen Arbeit auf das ehrenamtliche Engagement von BürgerInnen angewiesen, dies vor allem aus Kostengründen. Kostengünstige Kombi-Modelle aus Semi-Professionellen und ausgebildete Fachkräften müssen oftmals gefunden werden, um spezifische Bereiche der Sozialen Arbeit abzusichern und mehrere KlientInnen gleichzeitig zu erreichen (vgl. Henn 2013, S. 46).

Mit der Nutzung ehrenamtlichen Engagements sind aber nicht nur Einsparpotenziale für die Einrichtungen verbunden, darüber hinaus ermöglicht das Ehrenamt auch Gewinnaussichten für die Politik und Gesellschaft sowie Lern- und Entwicklungsperspektiven für die ehrenamtlich Tätigen selbst. Konkret bringt das Ehrenamt für die engagierte Person einige Vorteile mit sich, z.B. Spaß und Freude, einen Ausgleich zum Berufsalltag, gesellschaftliche Anerkennung

und Partizipation an politischen sowie administrativen Entscheidungen, den Zugewinn an neuen Kompetenzen und ein weiteres herausragendes Merkmal im Lebenslauf, welches bei einem späteren Arbeitgeber durchaus einen positiven Eindruck erweckt und ggf. neue Wege eröffnet.

Ehrenamt fördert also sowohl die Persönlichkeitsentwicklung als auch die Integration und Teilhabe eines Menschen. Im Umkehrschluss beinhaltet das Ehrenamt auch für die Soziale Arbeit einen entscheidenden Nutzen: Die Arbeit der Fachkräfte wird durch das Engagement von Ehrenamtlichen vervollständigt, wenn nicht sogar erweitert. Neue Sichtweisen und Dynamiken werden in die Einrichtung hineingetragen sowie die Kapazität von Hauptamtlichen vergrößert. Die neuen Sichtweisen sind dabei ausschlaggebend, denn häufig beteiligen sich BürgerInnen in einem für sie ‚fremden‘ Feld, das nur wenige bis keine Ähnlichkeiten mit ihrer Erwerbstätigkeit aufzeigt. Durch deren berufliche Kompetenzen bringen sie aber trotzdem neue Erfahrungen für die in Feldern der Sozialen Arbeit tätigen Professionellen mit und erweitern dementsprechend deren Wissen und Fähigkeiten. Somit wird ‚fach-fremden‘ Ehrenamtlichen häufig eine MultiplikatorInnen-Funktion zugesprochen. Darüber hinaus können durch Ehrenamtliche neue freiwillig Engagierte gewonnen werden, etwa wenn diese ihren Familienangehörigen, Freunden, Bekannten oder KollegInnen von positiven Erfahrungen in ihrem Ehrenamt berichten, für soziale Fragen sensibilisieren, oder andere zur Reflexion anregen und Berührungängste abbauen (vgl. ebd., S. 30-33).

Zuletzt gibt es noch einen entscheidenden Vorteil ehrenamtlicher Tätigkeit, der vor allem der klientenspezifischen Arbeit zu Gute kommen kann: Der Beziehungsaufbau zu KlientInnen gelingt Ehrenamtlichen oftmals einfacher, da ihnen die Begegnung auf Augenhöhe leichter fällt. Zudem werden ehrenamtliche Kräfte häufig von der sozialarbeiterischen Klientel gleichberechtigt eingeschätzt, wodurch ihre Begegnung von Beginn an vertrauensvoller zu sein scheint und das klientenspezifische Anliegen ehrlich und frei geäußert werden kann (vgl. ebd., S. 33). In einer Meta-Analyse von Sweet und Appelbaum (2004) im Bereich der Frühen Hilfen wird diese Notwendigkeit des Einsatzes von semi-professionellen HelferInnen zur Verringerungen von Kindesmisshandlungen deutlich: Während professionelle HelferInnen insbesondere dann eingesetzt werden müssen, wenn es um die Verbesserung elterlicher Belange geht (elterliches Wissen/Einstellungen, Erziehungsverhalten, Organisation des Familienlebens, (mentale) Gesundheit, ökonomische Selbststeuerung), können semi-professionelle Kräfte

ten vor allem im Hinblick auf eine Verringerung von (akuter) Kindesmisshandlungen nützlich sein, weil „solche Personen den größten Einfluss haben, die einerseits selbst früher in einer ähnlichen Situation waren und andererseits selbst früher Hilfe erhalten haben“ (Lengning/Zimmermann 2009, S. 23 zitiert in Kieslinger 2013, S. 13).

Trotz der Chancen, die das Ehrenamt mit sich bringt, bestehen in der Praxis Ängste gegenüber dem Einsatz ehrenamtlich qualifizierter Kräfte. Die sozialpädagogischen Fachkräfte vermuten durch die ehrenamtliche Arbeit eine Schmälerung ihrer beruflichen Kompetenzen und ihrer Professionalität, zumal die gesellschaftliche und politische Akzeptanz und Anerkennung ohnehin sehr gering ist. Darüber hinaus sehen sie eine Gefahr darin, dass die ehrenamtliche Arbeit mit der von Fachkräften gleichgesetzt wird bzw. als gleichwertig eingeschätzt wird und sie dadurch nicht nur Angst um ihre Beschäftigung haben, sondern zusätzlich eine Entprofessionalisierung der Sozialen Arbeit befürchten. Dieser Entprofessionalisierung der Sozialen Arbeit kann allerdings entgegengewirkt werden, wenn die ehrenamtlichen Kräfte sorgfältig ausgewählt, qualifiziert und intensiv begleitet werden. Erste Herausforderungen begegnen den Fachkräften dabei allerdings bereits bei dem Zeitpunkt der Anwerbung. Diese setzt eine sorgfältige Planung sowie Organisation voraus: Zunächst müssen die AnwerberInnen über ein geeignetes, öffentlichkeitswirksames Medium erreicht werden. Nicht geeignete ehrenamtliche Kräfte sollten zudem abgelehnt werden, denn häufig scheint den Verantwortlichen eine Zurückweisung offenbar schwerer zu fallen als eine vertragliche Abmachung m, vor allem dann, wenn ein Mangel an ehrenamtlich engagierten MitarbeiterInnen besteht. In einem weiteren Schritt muss mit dem/der Ehrenamtlichen Haftungsangelegenheiten besprochen werden, damit diese/r Handlungssicherheit bekommt und frei in seinem/ihrer Rahmen agieren kann. Schließlich muss das Ehrenamt mit dem hauptamtlichen Beruf des/der Ehrenamtlichen vereinbar sein. Daher sollten sich die Beteiligten über den zeitlichen Umfang des Ehrenamts vor der vertraglichen Bindung austauschen (vgl. Henn 2013, S. 35-39; 46f.).

Ein beispielhaftes ehrenamtliches Patinnenprojekt im Bereich Frühe Hilfen stellt das Patenschaftsmodell des Kinderschutzbundes der Stadt Bielefeld dar. In diesem Projekt erfahren sogenannte Risikofamilien und sozial schwache Familien Unterstützung und Entlastung durch alltagspraktische Begleitung und Beratung von speziell geschulten ehrenamtlichen Kräften. Dabei geht es z.B. darum, dass sich Patinnen um Kinder und Mütter zu kümmern, wie etwa durch gemeinsames Spielen, ihre Anwesenheit bei Mahlzeiten und durch Gesprächsbereit-

schaft. Ihre Arbeit zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe und kann ferner „integrative Hilfen für Familien mit Migrationshintergrund“ (Hensel/Sommerkamp 2010, S. 139) oder ihre Weitervermittlung an externe Hilfeinstanzen etc. umfassen. Geduld, Empathie und Toleranz zeichnet ihre Arbeit aus, denn es geht manchmal auch darum, die Familien für ihre Mitarbeit zu motivieren. Für diese Tätigkeiten werden die Patinnen, die im Alter von etwa 35 bis 60 Jahre alt sind, in vier modularen Fortbildung zu folgenden Themenstellungen geschult: Gesetzliche Grundlagen, Familiendynamiken, entwicklungspsychologische Grundlagen und mögliche Unterstützungsinstanzen in Bielefeld etc. Nach der Schulung wird nach einer passenden zu betreuenden Familie gesucht und der Kontakt im Beisein mit einer Mitarbeiterin des Kinderschutzteams aufgebaut. Der Einsatz in der Familie umfasst dann in etwa einen ein- bis zweimal wöchentlich stattfindenden Kontakt à ca. zwei bis fünf Stunden, manchmal aber auch ganze Tage, wobei er sich prinzipiell an den Bedürfnislagen und den Problemen der Familie orientiert. In dieser Zeit werden die Patinnen weiterhin von einer hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des Kinderschutzteams begleitet, indem persönliche Beratungen und Supervisionen stattfinden, bei familiären Konflikten unterstützend eingegriffen und monatliche Austauschtreffen der Patinnen organisiert werden. Insgesamt umfasst die Betreuung der Patinnen etwa fünf bis sieben Wochenarbeitsstunden. Die Grenzen in diesem Patenschaftsmodell liegen in familiären Situationen, in denen „eine akute Kindeswohlgefährdung oder der Verdacht darauf besteht“ (ebd., S. 144).

## 6.2 Aufgaben und bisherige Erfahrungen mit der Gewinnung von Ehrenamtlichen im Sonnenkinderprojekt

Die (geplanten) Aufgaben und Herausforderungen ehrenamtlich tätiger Frauen im Sonnenkinderprojekt sind äußerst komplex: Ehrenamtliche müssen einen Aufwand von zwei bis drei Stunden pro Woche aufbringen und eine gefestigte Persönlichkeit haben. Bereitschaft zur Offenheit gegenüber fremden Familien, vorurteilsfreie Begegnungen, keine Berührungängste und vor allem Akzeptanz sowie Verständlichkeit gegenüber fremden Kulturen stellen wichtige Eigenschaften einer Familienpatin dar. Neben diesen Merkmalen, sollten die Ehrenamtlichen Erfahrungen im Umgang mit Säuglingen bzw. Kleinkindern mitbringen und Interesse an Teamarbeit haben. Dass im Sonnenkinderprojekt gezielt nach weiblichen Ehrenamtlichen geworben wird, ist von den zukünftigen Tätigkeiten einer Familienpatin abhängig, die zeitweise auch sehr persönlich und körpernah in den jeweiligen Familien sein kann.

Insgesamt ist das Aufgabenspektrum einer Familienpatin sehr individuell und vom Bedarf der Familie abhängig. Neben dem Angebot, „einfach“ nur Gesprächspartnerin zu sein, sind Begleitungen zu verschiedenen Gruppenangeboten der Mütter (s.o.) möglich, die Unterstützung in der Freizeitgestaltung der Kinder (z.B. durch Vorlesen oder gemeinsames Spielen), Hilfe im Alltag (wie etwa Einkaufen) und/oder Unterstützung bei der Integration der Mütter (z.B. durch Begleitungen zu Behörden/Ämter). Der Einsatz der Familienpatinnen ist dabei nicht als Ersatz der professionellen Kräfte zu verstehen, sondern als Ergänzung oder weiterführende Unterstützung im Anschluss an die Begleitung der Familie durch eine Mitarbeiterin. Demzufolge werden Familienpatinnen nicht in Familien eingesetzt, in denen es um selektive Präventionsmaßnahmen geht, d.h. Kinderschutz gewährleistet bzw. aufgebaut werden muss. Sie stellen somit keine „Notfallhelferinnen“ bzw. „Kontrollleurinnen“ von Familien in besonderen Lebenslagen dar.

Damit Familienpatinnen ihren Aufgaben gerecht werden und ihre Motivation längerfristig aufrechterhalten bleibt, kommt es auf die Begleitung durch das Sonnenkinderteam und die Planung ihres Einsatzes im Rahmen des Projekts an. Vor allem gilt es, den Kontakt bzw. Austausch mit anderen Familienpatinnen zu pflegen und kontinuierlich zu begleiten. Regelmäßige Zusammenkünfte mit allen Familienpatinnen sowie deren Anbindung an das hauptamtliche Team sind unabdingbar. Darüber hinaus sollten sie die Möglichkeit haben, sich bezüglich unterschiedlicher Themenstellungen, wie etwa zum Kinderschutz und „Erste Hilfe für den Säugling bzw. Kleinkind“, durch externe ReferentInnen weiterzubilden. Eine angenehme Atmosphäre in der Familie sowie die familiäre Anerkennung und Wertschätzung der Aufgaben der Ehrenamtlichen steigern deren Unterstützungsbereitschaft zuletzt nachhaltig. Inwiefern dabei die „Chemie“ zwischen den Beteiligten stimmt, kann lediglich über eine angemessene persönliche Begleitung der jeweiligen Familienpatinnen herausgefunden werden. Eine Ansprechperson, die die Prozesse steuert und koordiniert ist daher von hoher Bedeutung.

Die Erfahrungen mit ehrenamtlichen Kräften bzw. mit sogenannten Familienpatinnen beziehen sich allerdings bisher lediglich auf die Akquise. Zum Interviewzeitpunkt konnten noch keine Erfahrungen mit dem Einsatz von Familienpatinnen berichtet werden. Die Akquise, so stellte sich im zweiten Projektjahr heraus, gestaltet sich aufwendiger, als sich die Mitarbeiterinnen des Projekts vorgestellt haben. Insgesamt haben bislang allerdings zehn Frauen Interesse an einer Patenschaft signalisiert.

Die Gründe für die schwierige Akquise könnte verschiedene Hintergründe haben: Im Großraum Stuttgart bestehen vielzählige Projekte im Bereich der Frühen Hilfen, die ebenfalls ehrenamtliche Kräfte gewinnen möchten (z.B. klassische Projekte wie etwa welcome, Initiative Z, Opstapje und das FamilienpatInnenprojekt des Sozialdiensts katholischer Frauen e.V., sowie weitere Projekte, die nach Jobpatenschaften oder LesepatInnen suchen). Außerdem könnte angenommen werden, dass die zeitlich benötigten Ressourcen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts von zwei bis drei Stunden pro Woche für berufstätige Frauen zu viel bzw. zu anspruchsvoll ist. Ein dritter Grund könnte sein, dass im Gegensatz zum Engagement im Projekt Sonnenkinder ein kirchliches oder vereinsinternes Engagement bevorzugt wird. Hier bewegen sich die Ehrenamtlichen in ihrer spezifischen Community, während sie im Rahmen des Sonnenkinderprojekts „fremde Welten“ bzw. „Neuland“ betreten (gemeint ist damit die Begleitung von anfangs fremden Familien). Verstärkt wird eine Hemmung dabei ggf. auch durch die kulturelle Herkunft der Familien und deren oftmals unzureichende Deutschkenntnisse.

Um ehrenamtliche Patinnen an Familien vermitteln zu können, wurde im Sommer 2013 die Kampagne „Werden Sie Sonnenkinder-Patin!“ gestartet. Es wurden 5000 Flyer gedruckt und in unterschiedlichen Einrichtungen verteilt. Weiterhin wurde auf verschiedene Veranstaltungen (etwa auf dem Fest der Kulturen, auf der Ehrenamtsbörse etc.) für das Ehrenamt geworben, Termine zu Projektvorstellungen und Ehrenamtsbewerbungen in verschiedenen Gruppierungen vereinbart (wie z.B. im Degerlocher Frauenkreis, in verschiedenen Kirchengemeinden etc.), mittels Presseartikel auf das Projekt aufmerksam gemacht und T-Shirts mit der Inschrift „Werden Sie Sonnenkinderpatin“ gedruckt. Darüber hinaus wurden verschiedene wirtschaftliche Unternehmen gewonnen, um für Sonnenkinderpatinnen in ihrem Betrieb zu werben. Zuletzt ist das Sonnenkinderprojekt in zwei Ehrenamtsbörsen vertreten: In der Freiwilligenbörse der Stadt Stuttgart und im Kaleidoskop des Caritasverbands für Stuttgart e.V.<sup>19</sup> Neben diesen Strategien findet zeitnah eine Informationsveranstaltung zum Ehrenamt im Sonnenkinderprojekt statt, wodurch sich die Projektmitarbeiterinnen die Teilnahme vieler interessierter Frauen erhoffen.

---

<sup>19</sup> In den Freiwilligenzentren werden am Ehrenamt interessierte BürgerInnen für ihr bürgerschaftliche Engagement qualifiziert, an verschiedene soziale Träger vermittelt und durch Fachkräfte begleitet (vgl. Henn 2013, S. 63).



## 7 Zusammenfassung und Perspektiven

Auch im zweiten Projektjahr bestand die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung vor allem in der kontinuierlichen Auswertung der Dokumentationsunterlagen sowie in der Begleitung und dem Coaching des Kernteams. Dabei konzentrierte sich die Team-Begleitung im letzten Jahr insbesondere auf fünf neue Forschungsschwerpunkte bzw. Evaluationsziele:

- (1) Entwicklung/Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen durch die Betreuung (“Befähigung“ der Eltern)
- (2) Zufriedenheit der Eltern mit der Unterstützungsleistung durch das Sonnenkinderteam
- (3) Bestehende Vernetzungsaktivitäten im Projekt
- (4) Reichweite und Bewertung der Gruppenangebote im Rahmen des Projekts
- (5) Potenziale und Grenzen ehrenamtlicher Tätigkeiten im Projekt

Alle fünf Themenbereiche wurden in insgesamt vier verschiedenen Workshops sowie in einer Gruppendiskussion mit dem Kernteam bearbeitet. Dabei wurden weitere, neue Instrumente entwickelt, die seitdem im Rahmen der Projektaktivitäten regelmäßig eingesetzt werden. Während die elterliche Befähigung im ersten Projektjahr beispielsweise nur durch die Fremdeinschätzung der fallverantwortlichen Fachkraft erfasst wurde, konnte zusätzlich im zweiten Projektjahr ein weiteres Instrument zur schriftlichen Befragung der begleiteten Eltern theorie- und praxisgeleitet konstruiert werden. Anhand dieses standardisierten Fragebogens kann fortan auch die Zufriedenheit der Eltern mit der Unterstützungsleistung am Ende der Begleitung erfasst werden. Weiterhin wurden im zweiten Projektjahr die Vernetzungsaktivitäten im Sonnenkinderprojekt anhand einer Netzwerkanalyse (Kooperationsfragebogen) vertieft reflektiert sowie die Themen Gruppenangebote und ehrenamtliche Tätigkeiten im Projekt mit Hilfe einer Gruppendiskussion näher untersucht.

Neben der Neuentwicklung verschiedener Erhebungsinstrumente stand im zweiten Projektjahr auch die Überarbeitung der bereits bestehenden Dokumentationsformulare (Fallakte, Besuchsprotokoll, Tätigkeitsbericht) im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitung. Diese Instrumente wurden theorie- und praxisgeleitet gemeinsam mit dem Projektteam stellenweise abgeändert und erweitert.

Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus Kapitel 2 bis 6 zusammengefasst und einige zentrale Aussagen zu den betreuten Müttern/Familien sowie zu verschiedenen Fragen des Projektprozesses und -verlaufs dargestellt. Die nachfolgenden Aussagen bestätigen dabei durchaus einige Erkenntnisse des ersten Zwischenberichts im Herbst 2012:

## 1) Fortlaufende Dokumentationsergebnisse

### *Erstkontakte und Entwicklung der Fallzahlen*

Insgesamt fanden im Zeitraum Dezember 2011 bis August 2013 mindestens 2911 Erstkontakte mit Müttern/Eltern zu etwa gleichen Anteilen in den beiden Kliniken statt (Projektjahr I: 1073 und Projektjahr II: 1838 Erstkontakte).<sup>20</sup> Dabei kam es auch zu Erstkontakten mit schwangeren Frauen (Jan 13 - Aug 13: 19,6%; n=243). Mit insgesamt 555 (werdenden) Müttern bzw. Familien wurden intensivere Erstgespräche geführt bzw. (erste) Beratungsaktivitäten umgesetzt (gemessen an der Anzahl der ausgeteilten Flyer entspricht dies, wie im ersten Projektjahr auch, etwa jeder fünften Mutter/Familie). Die Gesprächsinhalte bezogen sich dabei schwerpunktmäßig auf die Klärung einer Hebammenunterstützung. Ferner standen sozialrechtliche und finanzielle Themenstellungen sowie die psychische und körperliche Gesundheit der Mutter im Mittelpunkt der geführten Erstgespräche. Von den 555 erreichten Müttern/Familien wurden 224 Personen zu Betreuungsfällen, d.h. 7,7% aller 2911 informierten Mütter/Eltern bzw. 40,1% der 555 Mütter/Familien, mit denen erste Gespräche geführt wurden. Diese Mütter/Familien wurden, wie im ersten Projektjahr auch, immer noch überwiegend über die am Projekt beteiligten Kliniken erreicht. Allerdings lassen sich im zweiten Projektjahr auch einige Frauen finden, die über andere Kliniken einen Zugang zum Projekt fanden (11,5% der betreuten Frauen). Neben 224 Betreuungsfällen gab es weiterhin 148 Familien/Mütter, mit denen im Erst- oder Zweitgespräch in den Kliniken eine weiterführende Hilfe vereinbart wurde.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Gemessen werden die Erstkontakte mittels der Anzahl an ausgeteilten Flyern. Die Anzahl der vom Pflegepersonal verteilten Flyer wurde nicht dokumentiert. Angesichts dieser fehlenden Informationen, die sich vor allem auf den Zeitraum des Projektbeginns beziehen, kann davon ausgegangen werden, dass deutlich mehr Erstkontakte stattfanden.

<sup>21</sup> Die Angaben zu den weiterführenden Hilfen beziehen sich auf 448 Mütter/Familien, zu denen auch ein Besuchsprotokoll vorliegt. Die tatsächliche Anzahl liegt vermutlich etwas höher.

### ***Personengruppe der betreuten Mütter/Familien***

Die Zielgruppenstruktur zeigt im Vergleich zum ersten Projektjahr keine wesentlichen Unterschiede. Auch im zweiten Projektjahr wurden überwiegend Frauen erreicht, die im Schnitt 30 Jahre alt waren. Nur jede siebte betreute Mutter war in den beiden Projektjahren zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes jünger als 23 Jahre (d.h. zwischen 17 und 22 Jahre alt), d.h. die in der Literatur als Risikogruppe bezeichneten minderjährigen bzw. jüngeren Mütter sind im Sonnenkinderprojekt nicht sonderlich stark vertreten. Vermutlich werden aber insbesondere minderjährige Mütter bereits durch andere Institutionen betreut. Dasselbe gilt für alleinerziehende Frauen: In den beiden Projektjahren waren ca. ein Drittel der Mütter alleinerziehend, während über zwei Drittel der Frauen angaben, verheiratet zu sein und mit ihrem (Ehe-) Partner zusammenzuleben (Projektjahr I: 76,8%; Projektjahr II: 80,3%). Ferner brachten die Mütter/Eltern häufig bereits Erfahrungen im Umgang mit Kleinkindern mit. So stellt das Neugeborene oftmals das zweite Kind der Familien dar (Projektjahr I: 30,8%; Projektjahr II: 30,3%). Bei 18,8% der betreuten Familien handelte es sich in beiden Projektjahren um so genannte Großfamilien, d.h. Familien, die drei oder mehr Kinder haben.

Über beide Projektjahre hinweg hat sich auch die Tendenz, dass das Sonnenkinderprojekt schwerpunktmäßig Mütter/Familien mit Migrationshintergrund erreicht, nicht verändert (Projektjahr I: 72,3%; Projektjahr II: 68,8%). Beinahe alle erreichten Mütter/Familien mit Migrationshintergrund kommen dabei, wie bereits im ersten Projektjahr, aus Nicht-EU-Ländern. Allerdings sind im zweiten Jahr etwas weniger Frauen aus Balkanländern (v.a. Kosovo oder Albanien) vertreten, stattdessen wird die Unterstützung verhältnismäßig häufig von afrikanischen Müttern/Familien genutzt.

### ***Problemlagen der betreuten Mütter/Familien sowie elterliche und kindliche Risikofaktoren***

Die betreuten Mütter/Familien zeichnen sich, wie im ersten Projektjahr auch, im Schnitt durch etwa drei verschiedene problembehaftete Situationsvariablen aus. Diese Problembereiche konzentrieren sich dabei vor allem auf zwei Themen: Auf die finanzielle Lage der Familie (Projektjahr II: 50,8%) sowie auf fehlende soziale Netzwerke (Projektjahr II: 31,7%). Im Gegensatz zum ersten Jahr haben die im zweiten Projektjahr betreuten Mütter/Familien allerdings einen etwas besseren Kenntnisstand über Angebote der medizinischen/psychosozialen Versorgung (Projektjahr I: 36,6%; Projektjahr II: 23,2%).

Was die Risikofaktoren betrifft, so dominiert in beiden Projektjahren die schwierige soziale Situation, in der sie sich die Mütter/Eltern befinden (Projektjahr I: 70,7%; Projektjahr II: 60,7%). Allerdings haben die im zweiten Projektjahr betreuten Mütter/Familien weniger Probleme bei der Alltagsbewältigung (Projektjahr I: 36,2%; Projektjahr II: 23,2%). Stattdessen fanden die MitarbeiterInnen des Sonnenkinderprojekts häufiger eine konflikthafte Beziehung zwischen den Eltern vor (Projektjahr I: 15,5%; Projektjahr II: 26,8%).

### **Beratungszeitraum**

Im Kontext der genannten multiplen Belastungslagen der Mütter/Eltern ist es wenig erstaunlich, dass es in der Begleitung sowohl im ersten als auch im zweiten Projektjahr vor allem um die Informationsweitergabe bezüglich verschiedener Hilfoptionen sowie um die Vermittlung an externe Unterstützungsinstanzen ging (Projektjahr I & II: 78,2%). Gleichzeitig wurden die Mütter/Eltern ebenso häufig im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung des Säuglings beraten (Projektjahr I & II: 78,2%). Betrachtet man die beiden Projektjahre getrennt, so zeigt sich, dass die betreuten Mütter/Eltern im zweiten Projektjahr insbesondere zu geburtsspezifischen Themen (Projektjahr I: 49,3%; Projektjahr II: 68,9%) sowie zum Thema „Eltern-Kind-Bindung“ beraten wurden (Projektjahr I: 35,6%; Projektjahr II: 59,5%). Themen zur Haushaltsorganisation und Alltagsbewältigung wurden hingegen etwas weniger besprochen (Projektjahr I: 65,8%; Projektjahr II: 37,8%).

Wie im ersten Projektjahr auch wurde die Unterstützungsleistung am häufigsten einvernehmlich beendet (Projektjahr I & II: I: 83,2%). In 35,7% der Fälle war allerdings eine weiterführende Hilfe von Nöten. So wurden die betreuten Frauen im Anschluss an die Begleitung oftmals zu einem Angebot des Sozialdiensts katholischer Frauen, zu verschiedenen Beratungszentren der Stadt Stuttgart oder an Hebammen weitervermittelt.

### **2) Elterliche Erziehungskompetenzen: Befragung der Eltern**

Alle befragten Mütter fühlen sich durch die im Rahmen des Sonnenkinderprojekts erbrachte Unterstützungsleistung besser informiert und sind mit der Betreuungsleistung tendenziell hoch zufrieden. Was die einzelnen elterlichen Kompetenzbereiche („Lebenszufriedenheit“, „Selbstwirksamkeit“, „Ressourcen“, „Elterliches Kompetenzgefühl“, „Elterliche Einstellung zum Kind“) betrifft, so geben sowohl die betreuenden Fachkräfte (siehe unten) als auch die befragten Mütter tendenziell eine Verbesserung im Vergleich zum Betreuungsbeginn an. Eine

Ausnahme bildet die Kategorie „Elterliches Kompetenzgefühl“. Hier sind in der Summe keine Verbesserungen zwischen Betreuungsbeginn und -ende erkennbar. Weiterhin zeigt auch die Gegenüberstellung der Fragen zu den Themen „dem Kind was vorsingen“, Fernsehen und Rauchen in der Wohnung, dass die Mütter am Ende der Betreuung einen bewussteren Umgang entwickelt haben. Zudem besuchen mittlerweile auch alle befragten Mütter regelmäßig die Vorsorgeuntersuchung.

Die positive Entwicklung der elterlichen Kompetenzen am Ende der Betreuung bestätigt sich auch in der Fremdeinschätzung der Fachkräfte. Diese gaben an, dass sich vor allem die „persönliche Situation der Mütter (Gesundheit, Stress)“ und die „Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)“ verbesserten haben, gefolgt von „Kenntnisse des deutschen Hilfesystems“ und „Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)“. Diese Fremdeinschätzung durch die Fachkräfte deckt sich dabei mit der Selbsteinschätzung der Mütter zu eben diesen Kompetenzbereichen. Nahezu gleich geblieben sind hingegen die Kompetenzen in den Bereichen „Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen“, „Interaktion mit dem Kind“ und Versorgung des Kindes“.

Werden zuletzt nur die Fälle betrachtet, die im Anschluss an die Unterstützungsleistung keine weiterführende Hilfe benötigten, so zeigt sich, dass sich gerade bei diesen Müttern im Vergleich zu den Fällen, die eine weiterführende Hilfe benötigten, die größten Verbesserungen in den genannten Kompetenzen beobachten lässt.

Trotz dieser positiven Ergebnisse muss angemerkt werden, dass sich die Befragungsergebnisse zur Entwicklung der elterlichen Kompetenzen (Selbsteinschätzung der Mütter) aktuell auf gerade einmal zehn bzw. elf Mütter/Familien beziehen. Das liegt daran, dass zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (Sommer 2013) nur etwa zehn Mütter/Eltern befragt wurden und nicht immer eine Elternbefragung stattfinden konnte. Um validere Daten präsentieren und interpretieren zu können, müssen weitere Fragebögen ausgewertet werden. So sollten alle über einen längeren Zeitraum begleiteten Mütter/Eltern zum letzten Gesprächstermin einen Fragebogen erhalten. Für Familien mit Migrationshintergrund kann dabei der englischsprachige Anamnese bzw. Endbefragungsbogen genutzt werden.

### 3) Kooperationen/Vernetzungsaktivitäten

Aus der Theorie und dem aktuellen Forschungsstand abgeleitet, sind für den Arbeitsansatz der Frühen Hilfen insbesondere Vernetzungsaktivitäten relevant. Demzufolge hat auch das ‚Verweisungswissen‘ von AkteurInnen der Frühen Hilfen eine wesentliche Bedeutung. Die zentrale Bedeutung von Vernetzungsaktivitäten bestätigte sich auch im Sonnenkinderprojekt anhand einer Netzwerkanalyse: Im Frühjahr 2013<sup>22</sup> bestanden vielfältige Vernetzungsaktivitäten zu verschiedenen AkteurInnen der Kinder- und Jugendhilfe, des medizinischen Sektors und der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Dabei überwiegen vor allem die Kontakte mit Kliniken/Gesundheitsdiensten und mit sozialen Diensten in konfessioneller Trägerschaft. Weitere wichtige KooperationspartnerInnen sind das Jugendamt/ASD/InitiativeZ/ProJuFa (Projekt Frühe Hilfen). Die Kooperationen kommen dabei am häufigsten aufgrund des fachlichen Austauschs bei einer gemeinsamen Fallbearbeitung zustande. Werden die KooperationspartnerInnen anhand ihrer vorgehaltenen Angebote in Kategorien unterteilt, sind die meisten Kontakte im Bereich medizinische Dienste/Hebammenhilfe zu finden. Weitere wichtige Kooperationen finden im Bereich psychologische/sozialpädagogische Beratung und im Sektor Sozialverwaltung/-planung/-steuerung statt. Etwa zu gleichen Anteilen bestehen Kontakte zu Einrichtungen, die Informations-/Bildungs-/Gruppenangebote anbieten.

Aufgrund der hohen Bedeutung von Vernetzungen/Kooperationen im Arbeitsansatz der Frühen Hilfen sollten sich die Fachkräfte weiterhin mit bestehenden KooperationspartnerInnen kontinuierlich austauschen, aber auch neue und wünschenswerte Kooperationen zu verschiedenen Professionen und Einrichtungen herstellen. Da im Frühjahr 2013 nur zu drei Gremien/Arbeitskreise Kontakt bestand, könnte sich die Anwesenheit seitens MitarbeiterInnen des Sonnenkinderprojekts in eben solchen Gremien zukünftig noch erhöhen. Ferner ließen sich bei Bedarf auch Vernetzungsaktivitäten mit der Polizei oder dem Familiengericht aufbauen. VertreterInnen dieser beiden Bereiche sind laut der Theorie ebenso für das Netzwerk Frühe Hilfen relevant.

---

<sup>22</sup> Die Vernetzungsaktivitäten im Projekt Sonnenkinder erweitern sich kontinuierlich. Daher geben die Erkenntnisse nur eine aktuelle Tendenz der Kooperationsbeziehungen im Rahmen des Sonnenkinderprojekts an.

#### 4) Gruppenangebote

Aus der Auswertung der Gruppendiskussion lässt sich festhalten, dass eine breit angelegte Teilnehmerinnen-Akquise, kosten- sowie zwanglose Teilnahmemöglichkeiten, die wöchentliche Kontinuität der Angebote in für die Teilnehmerinnen bekannten und erreichbaren Räumlichkeiten, die Bekanntschaft unter den Teilnehmerinnen sowie angeleitete Aktivitäten in Kombination mit offenen Austauschmöglichkeiten förderliche Rahmenbedingungen bei der Planung und Durchführung von Gruppenangebote im Sonnenkinderprojekt darstellen.

Im letzten Projektjahr wird das Thema Gruppenangebote ein erneuter Untersuchungsschwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitevaluation sein. Gewonnen werden sollen dabei u.a. Erkenntnisse über verschiedene sozioökonomische Daten der Teilnehmerinnen sowie zu ihren Zugangswegen, zu ihrer Teilnahmemotivation und zu dem persönlichen Nutzen.

#### 5) Ehrenamt

Die Akquise von ehrenamtlichen Kräften bzw. sogenannter Familienpatinnen gestaltete sich im zweiten Projektjahr sehr aufwendig. Als Erfahrungswert lässt sich daher festhalten, dass eine Akquise für das Ehrenamt breit angelegt sein muss und die Auswahl möglicher Familienpatinnen an verschiedenen Kriterien festgemacht werden sollte.

Zukünftig werden die ehrenamtlichen Kräfte im Sonnenkinderprojekt als Ergänzung zu hauptamtlichen Fachkräften gesehen, deren Aufgaben sehr vielfältig sein können. Sie sollten an das hauptamtliche Team angebunden und eine feste Ansprechperson haben. Zudem sollte ihre Arbeit von allen Beteiligten anerkannt werden und Wertschätzung erfahren.

Während im zweiten Projektjahr Erfahrungen mit der Akquise gesammelt wurden, wird im letzten Projektjahr der Einsatz der Familienpatinnen seitens der wissenschaftlichen Begleitevaluation näher betrachtet. Dies ließe sich mittels Interviews mit der dafür zuständigen Fachkraft und/oder mit Familienpatinnen und/oder Müttern/Familien untersuchen.

## 8 Literatur und aktuelle empirische Untersuchungen

- Bastian, P./ Böttcher, W./ Lenzmann, V./ Lohmann, A./ Ziegler, H. (2008): Frühe Hilfen und die Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenzen. In: Bastian, P./ Diepholz, A./ Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH, S. 83-101.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Online im Internet: [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/14-Kinder-und-Jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/14-Kinder-und-Jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf). Zugriff: 2013-06-27.
- Caritasverband für Stuttgart e.V. (o. Jg.): Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart. Online im Internet: [www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Konzeption\\_Sonnenkinder-Kurzfassung.pdf](http://www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Konzeption_Sonnenkinder-Kurzfassung.pdf). Zugriff: 2013-02-27.
- Hahn, M. (2011): Netzwerke Frühe Hilfen. Was brauchen sie um wirksam zu sein? Interdisziplinäre Kooperationsstagung am 14.11.2011 in Berlin. Online im Internet: [www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Netzwerke\\_Frueher\\_Hilfen\\_11\\_2011.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Netzwerke_Frueher_Hilfen_11_2011.pdf). Zugriff: 2013-06-24.
- Henn, C. (2013): Engagierte Bürger als „Geburtshelfer“. Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige im Rahmen des Sonnenkinderprojekts. Bachelorthesis, DHBW Stuttgart (unveröffentlichtes Manuskript).
- Hensel, M./ Sommerkamp, H. (2008): Soziales Frühwarnsystem Bielefeld – Das Patenschaftsmodell des Kinderschutzbundes. In: Bastian, P./ Diepholz, A./ Lindner, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH, S. 135-149.
- Kieslinger, C./Meyer, T. (2012): Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Online im Internet: [www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Zwischenbericht\\_Sonnenkinder\\_Herbst\\_2012.pdf](http://www.sonnenkinder-stuttgart.de/medien/Zwischenbericht_Sonnenkinder_Herbst_2012.pdf). Zugriff: 2013-01-30.
- Kieslinger, C. (2013): Die Sonnenkinder. Explorative Fallanalysen zu drei Hilfeverläufen. Masterthesis, Universität Tübingen (unveröffentlichtes Manuskript).
- Lengning, A./Zimmermann, P. (2009): Interventions- und Präventionsmaßnahmen. Online im Internet: [www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Interventions\\_und\\_Praeventionsmassnahmen\\_2010.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Interventions_und_Praeventionsmassnahmen_2010.pdf). Zugriff: 2013-05-03.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (2012): Familien in Baden-Württemberg. Kinderschutz und Frühe Hilfen. Online im Internet: [www.statistik.baden-wuerttemberg.de/bevoelkgebiet/Fafo/Familien\\_in\\_BW/R20103.pdf](http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/bevoelkgebiet/Fafo/Familien_in_BW/R20103.pdf). Zugriff: 2013-04-06.
- Paul, M. (2012): Was sind Frühe Hilfen? In: Nationales Zentrum Früher Hilfen Frühe Hilfen (Hrsg.): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Jg. 14, Sonderausgabe 2012, S. 6f.
- Thyen, U. (2012): Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: Nationales Zentrum Früher Hilfen Frühe Hilfen (Hrsg.): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Jg. 14, Sonderausgabe 2012, S. 16-23.
- Ziegenhain, U./Schöllhorn, A./ Künster, A-K./ Hofer, A./ König, C./ Fegert, J.-M. (2010): Modellprojekt. Guter Start ins Kinderleben. Niestetal: Silber Druck.




## 9 Anhang

### Anhang 1: Instrument zur Befragung der Eltern am Endzeitpunkt der Begleitung

**Liebe Eltern,**

**Sie und ihr Kind wurden von Mitarbeiterinnen des Projekts Sonnenkinder des Caritas Verband Stuttgart e.V. in ihrer ersten Phase des Elternseins begleitet. Wir möchten nun von Ihnen wissen, wie zufrieden sie mit dieser Betreuung waren und was es Ihnen persönlich gebracht hat. Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen. Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym.**



		Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Teils/ Teils	Eher un zufrieden	Gar nicht zufrieden	Kann ich nicht
Welche/s Beratungsangebot/e nehmen bzw. nahmen Sie in Anspruch?							
Einzelbetreuung	<input type="checkbox"/>						
Gruppenangebot	<input type="checkbox"/>						
Amb. Familienunterstützung	<input type="checkbox"/>						
<b>Wie zufrieden waren Sie mit...</b>		😊	🙂	😐	😞	😡	
... der Häufigkeit der Beratungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Verlässlichkeit der Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Anmerkungen zum Thema Häufigkeit und Verlässlichkeit (zu beispielsweise Wartezeit bis zum nächsten Treffen, Verlässlichkeit, Flexibilität und Erreichbarkeit der Mitarbeiterin):							
<b>Wie zufrieden waren Sie mit...</b>		😊	🙂	😐	😞	😡	
... den Inhalten und der Qualität der Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Einbezug ihrer Wünsche und Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Tipps/Informationen, die Sie erhalten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Anmerkungen (zu beispielsweise Qualität der Hilfe, Abstimmung der Hilfe auf meine Bedarfe, Tipps/Informationen für weitere Hilfen, Einbezug der Wünsche und Vorschläge, Nachvollziehbarkeit):							
<b>Wie zufrieden waren Sie mit...</b>		😊	🙂	😐	😞	😡	
... der Kompetenz der Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Engagement der Mitarbeiterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem entgegengebrachten Respekt/Verständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Anmerkungen (zu beispielsweise Verständnis und Engagement der Mitarbeiterin für meine Situation, Ermutigung, Gefühl, ernst genommen zu werden, Atmosphäre, Respekt, Wertschätzung, Offenheit, Vertraulichkeit):							

**Fühlen Sie sich durch die Hilfeleistung jetzt besser informiert?**  
 ja  nein

**Wie schätzen Sie Ihre Bereitschaft ein, Unterstützung zu suchen...**






	Sehr hoch	Hoch	Mittel	Weniger	Gar nicht	Kann ich nicht
...von Angehörigen/Freunden/Bekanntnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...von sozialen Diensten (Behörden/Ämter, Ärzten usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stellen Sie auf einer Skala dar, wie sie folgende Dinge nach der Hilfeleistung einschätzen:**

	Sehr gut	Eher gut	Teils / Teils	Eher schlecht	Sehr schlecht	kann ich nicht beantw.
Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung des Kindes (Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Situation (Gesundheit, Stress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stellen Sie auf einer Skala dar, wie sie folgende Dinge nach der Hilfeleistung einschätzen:**

	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	kann ich nicht beantw.
<b>Themenblock I: Lebenszufriedenheit, Ressourcen, Selbstwirksamkeit</b> (von allen auszufüllen)						
Ich bin mit meinem gegenwärtigen Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meiner finanziellen Situation zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meiner Wohnsituation zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe genug Selbstvertrauen, um meine Probleme anzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal habe ich das Gefühl, als ob ich nicht alles geschafft habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin fest davon überzeugt, dass ich alle Fähigkeiten habe, eine gute Mutter zu sein/zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mit meinen Problemlagen allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich über die Angebote und Hilfen, die es für Familien gibt, gut informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war/ist schwierig für mich, Hilfe von anderen anzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Familie unterstützt mich, wenn ich Hilfe brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Vertrauen in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie privat Menschen, die Ihnen einen guten Arzt empfehlen können?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie privat Menschen, die Ihnen im Haushalt helfen können?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie privat Menschen, die Sie bei der (zukünftigen) Kindererziehung/-pflege um Rat fragen können?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Themenblock II: Situation A: Schwangerschaft</b> (bitte nur ausfüllen, wenn die Frau sich i der Schwangerschaft befindet.)						
Ich genieße die Schwangerschaft.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich freue mich auf mein Kind.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst vor der Geburt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Themenblock III: Situation B: Kind ist bereits entbunden</b> (bitte nur ausfüllen, wenn das Kind bereits entbunden ist.)						
Ich bin ein gutes Vorbild für andere Eltern.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter zu sein stresst mich.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin manchmal unsicher was meinem Kind fehlt, wenn es schreit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß genau wie ich mein Kind trösten kann, wenn es schreit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir Spaß, mit meinem Kind zu spielen.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal fällt es mir schwer, mit meinem Kind geduldig zu sein.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mein Kind krank ist, weiß ich was ich tun muss.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann einschätzen, wann mein Kind Hunger hat.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Stillen und Füttern meines Kindes fühle ich mich sicher.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung mit ihrem Kind (U-Untersuchung)?						
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja: Wann ist der nächste Termin? _____						
		Fast immer	Häufig	Selten	Nie	
Wie häufig singen Sie ihrem Kind etwas vor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie häufig läuft bei Ihnen der Fernseher?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie in der Wohnung?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Wie häufig raucht jemand in der Nähe von ihrem Kind?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anhang 2: Instrument der Netzwerkanalyse

Sonnenkinder -  
Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart



Fragebogen zur Erfassung der Kooperationspartner (auszufüllen durch das Projektteam)

1. Name der Einrichtung/Praxis/Träger/Gremium/Arbeitskreis...

Einrichtung/ Träger \_\_\_\_\_

Gremium/Arbeitskreis \_\_\_\_\_

2. Abteilung

3. Anschrift der Einrichtung  
Straße:

PLZ:

Ort:

4. Organisationsform (stationär, ambulant, mobil etc.)

stationär  „Komm-Struktur“/ambulant  „Geh-Struktur“/aufsuchende Ar.

Anmerkung \_\_\_\_\_

5. Fachkräfte in der Kooperation (keine Namen, nur der Bezeichnung der Berufsgruppen; Sozialpädagogen/innen, Hebammen, Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Erzieher, Ergotherapeuten etc.)

6. Angebote (Informationsveranstaltungen, Beratung, Behandlung, Einzel- und Gruppenförderung/ -therapie, Familienberatung, Elternkurs/ -trainings etc.)

7. Wie häufig stehen Sie mit diesem Kooperationspartner bezüglich Fallarbeit in Kontakt?

einmalig  ca. 1x im halben Jahr

ca. 1x im Quartal  ca. 1x im Monat

nahezu wöchentlich

8. Worin besteht der Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)

informeller od. fachlicher Austausch (z.B. auch Arbeitskreise)

gemeinsame Fallbearbeitung

Fallvermittlung/-abgabe oder -übernahme

sonstige Beziehungsarten: \_\_\_\_\_

9. Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern?

schlecht  eher schlecht  mittel  eher gut  gut

Anmerkungen:

Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010): Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben. 3. Auflage. Niestetal: Silber Druck.

Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010): Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Köln: Rasch, Bramsche.

**Anhang 3: Kooperationspartner den Oberkategorien zugeordnet**

<b>Name</b>	<b>Häufigkeit</b>
<b>Kliniken/Gesundheitsdienst</b>	<b>23</b>
<b>St. Anna gGmbH</b>	<b>6</b>
Belegärzte und Kinderarzt	
Pflegedienstleitung	
Praxis Nawroth/Rosenberg Esslingen	
Elternschule	
Wochenbettstation St. Anna-Klinik	
Kreißsaal St. Anna-Klinik	
<b>Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH</b>	<b>4</b>
Pflegedienstleitung/neuer Pflege- dienstdirektor	
Kreissal Marienhospital	
Wochenstation Marienhospital	
Sozialdienst	
<b>Kinderklinik Olgahospital</b>	<b>3</b>
Case Management	
Neo 2	
SPZ (sozialpädiatrisches Zentrum); Neonologie 1, Psychologischer Dienst	
<b>Klinikum Stuttgart</b>	<b>2</b>
Bürgerhospital Stuttgart/ psychiatri- sche Institutsambulanz	
Mutter-Kind-Einheit	
<b>Kinderklinik Waiblingen / Pflegerische Elternberatung</b>	<b>1</b>
<b>KinderärztInnen</b>	<b>5</b>
<b>Gynäkologische Praxis</b>	<b>1</b>
<b>Häusliche Kinderkrankenpflege</b>	<b>1</b>
<b>Soziale Dienste in konfessioneller Trägerschaft</b>	<b>21</b>
Malteser Migranten Medizin	1
Ev. Haus- und Familienpflege	1
katholische Familienpflege	1
Eva	2
Beratungsstelle für Schwangere	
Flüchtlingsunterkunft	
<b>SKF</b>	<b>6</b>
Paulusstift (Mutter-Kind-Heim)	
Schwangerenberatung	
Bereichsleitung (offene Hilfen)/ Fach- dienstleitung (Schwangerenberatung)	
Familienpatenschaft	
Schwangerschaftsberatung Esslingen	
Projekt Mirjam	

Caritasverband für Stuttgart e.V.	10
Sozial- und Lebensberatung	
Migrationsdienst	
Frauenberatungszentrum	
Psychologische Beratungsstelle Bad Cannstatt	
Tagesmütterbörse	
Fachdienst Suchtberatung und -behandlung, psychosoziale Beratungsstelle	
Frauenpension	
HZE	
Flüchtlingswohnheim	
Migrationsdienst	
<b>Jugendamt/ASD/Initiative Z/ProJuFa</b>	<b>17</b>
<b>Beratungszentren</b>	<b>4</b>
ASD	3
Jugendhilfeplanung	1
Adoptionsvermittlung	1
Kinderschutzteam Olgahospital	1
AG Frühe Hilfen	1
Familienhebammen	1
Familieninformationsstelle	1
Tageseinrichtungen Kita Rosenstein	1
Elternseminar Initiative Z	1
Wohnanlagen für Alleinerziehende	1
Projufa	1
<b>Sozialamt/andere Behörden</b>	<b>10</b>
Wohngeld, Sozialversicherung, Aussiedler und Lastenausgleich	1
Sozialamt - Freiwillige Leistungen	1
Fachstelle Migration	1
Fachstelle zur Verhinderung von Wohnungslosigkeit	1
Leistungsgewährung für Flüchtlinge	1
Standesamt Bad Cannstatt	1
Erziehungsgeldstelle	1
Standesamt	1
Ausländerbehörde	1
Asylbewerberleistungen	1
<b>Schutz für Frauen</b>	<b>1</b>
<b>Hebammen</b>	<b>7</b>

<b>Wohnraum/Wohnmöglichkeiten</b>	<b>4</b>
<b>Amt für Liegenschaften und Wohnen</b>	1
Hotel Bruy	1
Weraheim	1
SWSG (Stuttgarter Wohn- und Städtebaugesellschaft)	1
<b>Einrichtungen für Familien</b>	<b>4</b>
Haus der Familie in Stuttgart e.V.	1
Mutterzentrum Müze Süd	1
Stadtteilhaus Mitte	1
Elterntreff Zack (SKF → ist auch in Kategorie kirchlicher Träger erfasst)	1
<b>Soziale Dienste in nicht-konfessioneller Trägerschaft</b>	<b>3</b>
<b>Arbeiterwohlfahrt Esslingen</b>	1
AWO	1
Dritte Welt e.V.	1
<b>Sonstiges</b>	<b>12</b>
<b>Job-Center</b>	3
Krankenkasse	2
	AOK
	Techniker Krankenkasse
<b>Gesundheitsamt</b>	2
Medien/Presse (Stuttgarter Zeitung)	1
VHS (Esslingen)	1
Studentenwerk Stuttgart	1
Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse e.V. Stuttgart	1
Marce Arbeitskreis	1
<b>Gesamt</b>	<b>100</b>

10 \*eine Doppelnennung (Elterntreff Zack (SKF))

#### Anhang 4: Auflistung der sonstigen Beziehungsarten

Art	Häufigkeit
(gemeinsame) Fortbildungen	8
Vermittlung einer Klientin bzw. Vermittlung Telefon	2
Nutzung der Räume für Kursangebot	2
AG	1
Antragstellung, Anruf	1
Beratung zum Thema Berufsperspektive	1
BZ hat zu "Sonnenkinder" vermittelt	1
Hilfevermittlung /Anrufe wegen Infos	1
Hospitation	1
Personalabsprache	1
Sonnenkinder sind rechenschaftspflichtig	1
Thementag für Patinnen	1
Unterstützung in der Klinik in allen Angelegenheiten	1
wichtige Ansprechpartnerin	1