



Sonnenkinder

Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart

Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

Christina Kieslinger, Thomas Meyer

Stuttgart, September 2012

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS)
an der Dualen Hochschule Baden Württemberg Stuttgart
Herdweg 29
70174 Stuttgart
Tel. + Fax: 0700 43277848
Internet: www.ifas-stuttgart.de

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Geschichtlicher Hintergrund und Forschungsstand zum Thema Frühe Hilfen..... | 3 |
| 1.1 | Ausgangssituation | 3 |
| 1.2 | Entstehung und Struktur der Frühen Hilfen..... | 4 |
| 1.3 | Nationaler und internationaler Forschungsstand..... | 7 |
| 2 | Das Projekt „Sonnenkinder – Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart“ | 9 |
| 2.1 | Aufbau und Ziele des Projekts | 9 |
| 2.2 | Einordnung des Projekts in das Themenfeld Frühe Hilfen | 10 |
| 3 | Aufgabe und Rolle der wissenschaftlichen Begleitforschung im Projekt | 12 |
| 3.1 | Ziele und geplante Vorgehensweise..... | 12 |
| 3.2 | Bislang durchgeführte Schritte..... | 13 |
| 3.2.1 | Teamcoaching | 13 |
| 3.2.2 | Instrumentenentwicklung..... | 17 |
| 3.2.3 | Fallzahlen..... | 19 |
| 4 | Auswertung der bisherigen Dokumentation | 21 |
| 4.1 | Projektvorstellung, Kontaktaufnahmen und Erstgespräche..... | 21 |
| 4.2 | Betreuungsfälle..... | 24 |
| 4.2.1 | Personenspezifische Informationen der Mutter | 25 |
| 4.2.2 | Merkmale des Kindes..... | 30 |
| 4.2.3 | Betreuung und Beratung..... | 31 |
| 4.2.4 | Beendigungen | 35 |
| 4.2.5 | Entwicklung der elterlichen Kompetenzen..... | 35 |
| 4.3 | Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen | 38 |
| 4.4 | Fortbildungen..... | 41 |
| 5 | Zusammenfassung und Perspektiven..... | 45 |
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 51 |

1 Geschichtlicher Hintergrund und Forschungsstand zum Thema Frühe Hilfen

1.1 Ausgangssituation

In den zurückliegenden Jahren nahm die Anzahl der zur Anzeige gebrachten Kindesmisshandlungen in Deutschland stetig zu. Im Zeitraum zwischen 1990-2005 haben sich die Anzeigen zu Vernachlässigung und Misshandlung beinahe verdreifacht (Kißgen/Heinen 2010, S. 7f.). Im Jahre 2009 betrug die Anzahl von Kindesmisshandlungen laut Polizeistaatlicher Kriminalstatistik 3490 Fälle und 4126 Opfer. Diese Daten geben jedoch nur einen Hinweis auf die Häufigkeit von Kindesmisshandlungen. Verlässliche Aussagen können nicht getroffen werden, da in Deutschland im Gegensatz zu Großbritannien, Kanada sowie den USA keine Statistik zu Kinderschutzfällen existiert. Darüber hinaus kann das Ausmaß an Kindesvernachlässigungen noch weniger bestimmt werden. Allerdings wird vermutet, dass vor allem Kindesvernachlässigung die häufigste Gefährdungsform der bekannten Fälle in der Kinder- und Jugendhilfe darstellt. Dies zeigt eine landesweite Befragung von Jugendämtern. In 50% ihrer Fälle, in denen das Familiengericht eingeschaltet wurde, wies sich die Vernachlässigung als ein zentrales Gefährdungsmerkmal aus. In Bezug auf das Ausmaß von Kindstötungen meldete die amtliche Todesursachenstatistik im Jahre 2009 38 Kinder unter 10 Jahren, die an unterschiedlichen Formen von Misshandlung und Vernachlässigung starben. Die Tendenz ist allerdings laut Erkenntnissen der Familienforschung Baden-Württemberg rückläufig. Über die genannten Zahlen hinaus werden weitere Fälle von Kindeswohlgefährdungen vermutet. Von einer hohen Dunkelziffer ist vor allem angesichts der starken Abhängigkeit der Kinder zu den Tätern und die häufig im Privaten vorkommenden Übergriffe auszugehen (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg 2010, S. 2-5).

Das Maß an Inobhutnahmen sowie Sorgerechtsentzüge lässt sich im Gegensatz zu den gemeldeten Fällen von Kindeswohlgefährdungen genauer bestimmen. Eine Veröffentlichung aus Baden-Württemberg zeigt beispielsweise, dass die Zahlen in den vergangenen Jahren stetig angestiegen sind: „Die Anzahl der Inobhutnahmen und Sorgerechtsentzüge ist seit 2005 sowohl im Bundesgebiet als auch in Baden-Württemberg deutlich angestiegen. Im Südwesten erreichte die Zahl der Inobhutnahmen 2009 den höchsten Stand seit Einführung der Statistik im Jahr 1995 (2009: 2736 Kinder und Jugendliche)“ (ebd., S. 2). Differenzierte regionale Daten zur Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen liegen ferner aus der Landeshauptstadt Stuttgart vor. Dort wurden im Jahr 2011 insgesamt 110 Kinder und Jugendliche zwischen 0-14 Jahren im Notaufnahmebereich bei elf Platzzahlen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 21,2 Tagen untergebracht. Betroffen waren hierbei mehr Jungen (50,9%) als Mädchen (49,1%) (vgl. Landeshauptstadt Stuttgart 2012, S. 103).

Die Ursachen der Gefährdungsrisiken bezüglich des Kindeswohls sind in der „Kumulation und Wechselwirkung von Risikolagen bei gleichzeitigem Fehlen von Schutzfaktoren“ (vgl. ebd., S. 4) zu

suchen, welche zu wiederkehrenden und schwerwiegenden Überlastungssituationen führen. Zu den Risikofaktoren zählen sowohl biologische und psychische Faktoren des Kindes als auch sozio-ökonomische Faktoren, d.h. Armut, Arbeitslosigkeit und Kriminalität im unmittelbaren Umfeld des Kindes (vgl. Jungmann/ Pfeiffer 2010, S. 18f.).

Aufgrund dieser Erkenntnisse lässt sich die rasante Entwicklung von Projekten im Bereich der Frühen Hilfen verstehen.

1.2 Entstehung und Struktur der Frühen Hilfen

Die oben skizzierte Entwicklung sowie die tragischen Kinderschutzfälle in den Medien lösten in Deutschland eine landesweite Kinderschutzdebatte aus, woraufhin fachliche Initiativen und die Politik tätig wurden und im Koalitionsvertrag Maßnahmen formulierten (vgl. Sann/Schäfer 2008, S. 111; Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg 2010, S. 3). Durch diese Maßnahmen sollen vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden, welche nicht selten Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung sind (vgl. Schröder 2010).

Zur Umsetzung des im Koalitionsvertrag vereinbarten Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen förderte der Bund zunächst im Zeitraum von fünf Jahren (2006-2010) ein landesweites Aktionsprogramm *Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühsysteme* mit 10 Mio. Euro. Zeitgleich zur Entstehung des Aktionsprogramms beauftragte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Deutsche Jugendinstitut (DJI) mit der Durchführung einer Kurzevaluation von bestehenden Projekten zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder sowie zu sozialen Frühwarnsystemen in allen Bundesländern. Insgesamt wurden dabei 19 verschiedene Projekte auf verschiedene Merkmale hin untersucht. Alles in allem können die untersuchten Projekte im Bereich der Frühen Hilfen als äußerst heterogen bezeichnet werden (z.B. in Bezug auf das Setting, den Zeitrahmen, die Professionen, Angebotsbreite etc.) (DJI 2006, S. 9f.; S. 26).

In Folge des Aktionsprogramms wurden zehn bundesweite Modellprojekte initiiert sowie im Jahre 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gegründet (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg 2010, S. 3). Dieses unterliegt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2010, S.14). Es zielt auf die Entwicklung von geeigneten Strukturen und gelingenden Kooperationsformen im Bereich der Frühen Hilfen (vgl. Sann/Schäfer 2008, S.104).

Zur Verwirklichung dieser Arbeitsaufträge nutzt das NZFH die empirisch abgesicherten Erkenntnisse aus den vom Bund initiierten und von ihr betreuten Modellprojekten. Diese bestehen durchgängig aus zwei Komponenten: Sie stellen ein Praxisangebot der Frühen Hilfen dar, das durch eine wissenschaftliche Begleitung evaluiert wird (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2010, S. 15).

Die gewonnenen Erkenntnisse werden auf einer Plattform des NZFH sowohl der Forschung und Praxis als auch der Allgemeinbevölkerung zugänglich gemacht. Dadurch leistet das NZFH einen Beitrag im

Auf- und Ausbau sowie in der Weiterentwicklung der Frühen Hilfen (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2010, S.14). Abgesehen davon treibt das NZFH die Qualifizierung von Fachkräften aus unterschiedlichen Professionen, die im Bereich der Frühen Hilfen tätig sind, mittels Kongressen, Tagungen, Workshops etc. voran und initiiert einen kontinuierlichen Austausch mit verantwortlichen Akteuren in Ländern, Kommunen, Wissenschaft und Fachverbänden (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2010, S.14f.; BMFSFJ 2012).

Die systematische Auswertung und Evaluation dieser Modellprojekte förderte insbesondere den Entwicklungsprozess einer gesetzlichen Regelung zur Verbesserung des Kinderschutzes in Deutschland (vgl. Deutsches Jugendinstitut 2008, S. 2). Eine erste Version wurde 2009 in Baden-Württemberg in Kraft gesetzt (vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren 2011, S. 2). Eine überarbeitete Fassung erschien dann im Januar 2012. Mit einem Kinderschutzgesetz sollen insbesondere Kleinkinder vor Vernachlässigung, Verwahrlosung sowie Gewalt und Missbrauch geschützt und ein schnellerer Eingriff bei Handlungsbedarf gewährleistet werden. Der Bund fördert deshalb maßgeblich den Ausbau der Frühen Hilfen und zielt auf eine Zusammenführung aller wesentlichen Akteure im Kinderschutz zu einem Kooperationsnetzwerk. Darüber hinaus sind fortan verschiedene Maßnahmen im Bereich Früherkennung und Prävention verpflichtend und Fachkräfte müssen eine bestimmte Qualifikation vorlegen (vgl. Bundesregierung 2012, o.S.).

Die Unterstützungsleistungen im Bereich der Frühen Hilfen stellen grundlegend Angebote im Sinne der Gesundheitsförderung dar, welche sich zunächst an alle „Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2010, S.14) richten (universelle/primäre Prävention). Abgesehen davon wenden sich die Hilfeangebote insbesondere an psychosozial belastete Familien. Ziel ist es, die Belastungsfaktoren, welche sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken, wahrzunehmen und zu reduzieren (selektive/sekundäre Prävention). Sind die Hilfen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung nicht ausreichend, trägt die Frühe Hilfe Sorge dafür, dass weitere Interventionen eingeleitet werden. Das „Screening“ der Frühen Hilfen bzw. der sozialen Frühwarnsysteme ist somit auch ein Kontrollinstrument zur Messung der elterlichen Befähigung hinsichtlich ihrer Erziehungskompetenzen (vgl. Schröder 2010).

Angesichts der schwierigen Erreichbarkeit der überwiegenden Zielgruppe - sogenannte Hochrisikofamilien - stellen die präventiven Maßnahmen der Frühen Hilfen im Säuglings- und Kleinkindalter oftmals aufsuchende Hilfeangebote dar. Anstelle von herkömmlichen „Komm-Strukturen“, wie z.B. die Teilnahme an Kursen oder das Aufsuchen von Beratungsstellen, sind niederschwellige „Geh-Strukturen“ erforderlich. Diese Programme zielen dabei insbesondere auf die Förderung der Erziehungskompetenzen von (werdenden) Eltern und auf das Hinwirken einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Jungmann/Pfeiffer 2010, S. 30). Eltern erfahren Unterstützung hinsichtlich einer verbesserten Wahrnehmung von kindlichen Signalen und

Bedürfnissen, der realistischen Einschätzung des Entwicklungsstands ihres Kindes und lernen mit ihrem Kind adäquat umzugehen (vgl. Deutsches Jugendinstitut 2006, S.9). Darüber hinaus wirken die Programme auf die „Verbesserung der Gesundheit der Mütter, [...] der elterlichen Lebensbewältigung und der sozialen Beziehungen“ (Jungmann/Pfeiffer 2010, S.30f.) hin. Die Programme richten sich also primär an die Eltern; obgleich die kindliche Entwicklungsförderung im Zentrum der Zieldefinition steht (vgl. ebd., S. 29-31).

Angesichts der Zielsetzung „Förderung der Eltern-Kind-Beziehung“ können solche Programme eine entscheidende Auswirkung auf das spätere Verhalten von Kindern und Jugendlichen und auf ihre neurologischen Prozesse haben. So belegen neuere Forschungsergebnisse der Gehirnforschung die Abhängigkeit zwischen der emotionalen Sicherheit in den sensiblen Phasen der Entwicklung und dem späteren Umgang mit Stress sowie der Zusammenhang zwischen früheren hochunsicheren Bindungserfahrungen und der Ausprägung von aggressiven Verhaltensweisen (vgl. ebd., S. 19f.). Kriminologische und neurologische Forschungsbefunde sowie eine Schülerbefragung 2005/06 untermauern damit eine Erkenntnis: Eine frühzeitige Identifikation und Auflösung der innerfamiliärer Gewalt minimiert den kriminellen Werdegang als Mehrfachtäter im Jugendalter und wirkt sich positiv auf einen konstruktiven Umgang mit Konflikten und auf die Emotionsregulierung von Jugendlichen aus (vgl. ebd., S. 26). Eine verbesserte emotionale sowie kognitive Entwicklung von Kindern bringt u.a. erhebliche sozialstaatliche Ersparnissen mit sich: So wies eine US-Amerikanische Wirksamkeitsstudie des Nurse-Family Partnership (NFP-) Programms 15 Jahre nach der Beendigung nach, dass die Kinder, deren Eltern durch die nurses begleitet wurden, signifikant seltener mit dem Gesetz in Konflikt gerieten und seltener zu den Klientel der Heimerziehung zählten (vgl. ebd., S. 31f.). Sind die Präventionsprogramme im Säuglings- und Kindesalter zudem *passgenau* an die elterlichen Bedarfe und Bedürfnisse zugeschnitten und haben einen *längerfristigen* Charakter, werden sie *frühzeitig eingesetzt*, sowie *biologische und psychische als auch soziale Risikolagen* mitberücksichtigt, so ist laut verschiedenen Metaanalysen zu amerikanischen Präventionsprogrammen mit positiveren Resultaten zu rechnen (vgl. ebd., S. 19-32).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die durch das DJI evaluierten Projekte und die vom Bund initiierten Modellvorhaben im Bereich der Frühen Hilfen zwar in ihren Rahmenbedingungen (Setting, Zeitrahmen, Professionen etc.) unterscheiden, zugleich aber auch viele Gemeinsamkeiten aufweisen und übergreifende Ziele verfolgen: Grundlegend stellen die Unterstützungsleistungen Angebote zur Gesundheitsförderung dar.

Die überwiegende Zielgruppe - alle (werdenden) Eltern mit Kindern zwischen null bis drei Jahren, mit einem Schwerpunkt auf Eltern in psychosozialer Problemlage - wird oftmals von Fachkräften der Gesundheits- und Jugendhilfe in Kooperation betreut und beraten. Dabei haben die Angebote meistens einen aufsuchenden Charakter mit niederschweligen „Geh-Strukturen“.

Übergreifend zielen die Projekte auf folgende Schwerpunkte: Förderung der elterlichen Erziehungskompetenzen, Herstellung einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung, Verbesserung der

Gesundheit von Mutter und Kind, Unterstützung in der elterlichen Lebensbewältigung und im Auf- und Ausbau von sozialen Beziehungen.

1.3 Nationaler und internationaler Forschungsstand

Das Deutsche Institut für Urbanistik (2009) verzeichnet in Baden-Württemberg eine mittlerweile große Anzahl an Jugend- und Gesundheitsämtern, welche im Bereich der Frühen Hilfen aktiv sind: Laut einer Befragung von 573 Jugend- und Gesundheitsämtern befassen sich beinahe alle Jugendämter (96%) sowie viele Gesundheitsämter (79%) mit Themen der Frühen Hilfen. Dabei stehen „die Intensivierung der Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, die Bereitstellung zusätzlicher, niederschwelliger Angebote für Familien und den Aufbau interdisziplinärer Netzwerke“ (Landua u.a. 2009, S. 58) im Vordergrund der Aktivitäten (vgl. ebd., S. 2; S. 17; S. 58). Auch die Forschungsschwerpunkte nahezu aller vom Bund initiierten Modellprojekte ähneln diesen Aktivitäten, obgleich insbesondere die Arbeit von Familienhebammen evaluiert wird. Folgende drei Forschungsschwerpunkte bilden sich in den Modellprojekten ab:

- Tätigkeiten von Familienhebammen
- Spezielle, nach Bedarf „hoch dosierte“, Hilfeformen
- „Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen Akteuren unterschiedlicher Hilfesysteme, insbesondere des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2010, S. 16).

Ein weiteres gemeinsames Anliegen aller Forschungsteams der Modellprojekte stellt der Erkenntnisgewinn und Erfahrungsaustausch zu den im Aktionsprogramm festgelegten Qualitätsdimensionen der Frühen Hilfen dar (vgl. ebd.). Konkretisiert bedeutet diese projektübergreifende Zielsetzung der Modellprojekte erstens Aussagen zu systematischen *Zugangswegen zur Zielgruppe* treffen zu können. Zweitens sollen auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen *Instrumente zur Erkennung sowie Einschätzung möglicher Risikolagen* hinsichtlich einer gesunden Entwicklung von Kindern konzipiert werden. Weiterhin bedarf es an Erkenntnissen zu Strategien bezüglich der *Aktivierungsmöglichkeiten von Familien* und zu *passgenauen Unterstützungsformen* an den spezifischen elterlichen Hilfebedarf.

Darüber hinaus stellen das *Monitoring zwischen den unterschiedlichen Hilfeanbietern* im Prozess der Hilfeerbringung und *verschiedene Kooperationsmodelle* für eine disziplinübergreifende Vernetzungsarbeit zwei weitere Bausteine einer wissenschaftlichen Begleitevaluation dar. Zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit sollen die Unterstützungsleistungen schließlich ins Regelsystem verankert werden (vgl. ebd., S.12f.).¹

¹ Diese Erkenntnisse zur Erfüllung der Qualitätsdimensionen der Frühen Hilfen konnte das NZFH mittels einer explorativen Befragung der zehn Modellprojekte in Erfahrung bringen. Die projektübergreifenden Erfahrungswerte sind in der Publikation *Modellprojekte in den Ländern* zusammengefasst.

Die Zielgruppe der Modellprojekte variieren je nach Schwerpunkt der Modellprojekte. Handelt es sich vielmehr um die Untersuchung von Vernetzung und Coaching bilden verschiedene staatliche und nichtstaatliche Akteure, deren Anliegen der Kinderschutz ist, die Zielgruppe der Programme. Modellprojekte, die ihren Schwerpunkt auf Intervention legen, adressieren mit ihren Tätigkeiten überwiegend risikobelastete Familien (vgl. ebd., S. 36-55).

Abgesehen von nationalen Programmen bestehen auch auf internationaler Ebene zahlreiche Projekte, die im Bereich der Frühen Hilfen intervenierend ansetzen. Drei Meta-Analysen, welche unterschiedliche Evaluationsdesigns im Bereich der Frühen Hilfen im Zeitraum von 1976 bis 2007 untersuchten, fassen die projektübergreifenden Zielsetzungen, Zielgruppen, Programmdauer und die darin tätigen Akteure zusammen²:

- Die *Hauptziele* stimmte im Wesentlichen in allen drei Meta-Analysen überein: Befähigung der Eltern in Bezug auf ihre Erziehungsfähigkeit und Verbesserung der Kindesentwicklung und des Kindeswohlbefindens. Darüber hinaus zielen die Programme auf die elterliche Befähigung in Bezug auf ihre Lebensbewältigung, Bereitstellung von Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge, präventive Maßnahmen zum Kinderschutz, soziale Unterstützung sowie Stärkung der Selbsthilfefähigkeit und Selbstversorgung der Eltern.
- Die *Zielgruppe* der untersuchten Programme waren durchgängig Familien, welche verschiedene Risikofaktoren aufwiesen die zur Gefährdung des Kindeswohls beitragen könnten.
- Die *Programmdauer* der untersuchten Projekte variierte deutlich. Die meisten Programme in den USA wurden auf eine maximale Dauer von einem Jahr angelegt, während die analysierten Projekte von Sweet und Applebaum zwischen neun bis 36 Monate andauerten. Die Betreuung der Eltern fand oftmals schon während der Schwangerschaft statt.
- Die Eltern wurden sowohl von Professionellen und Semi-Professionellen als auch von ehrenamtlich Tätigen unterstützt. Bezugnehmend auf die im Bereich der Frühen Hilfen *tätigen Professionen* wurden die Hausbesuche, laut Bilukha et al., von Hebammen, Sozialarbeiter/-innen sowie weiteren Personen der Sozial- und Jugendhilfe durchgeführt (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen 2009, S. 20-23).

Die Erkenntnisse des internationalen Forschungsstands bestätigen insgesamt die bereits oben dargestellten Erfahrungen zu den national verankerten Unterstützungsleistungen im Bereich der Frühen Hilfen (siehe Kapitel 1.2).

² Layzer, Goodson, Bernstein & Price (2001) untersuchten 427 Programme aus dem Bereich der Frühen Familienhilfen in den USA. Sweet & Applebaum (2004) analysierten 60 Home-visiting-Programme und Bilukha et al. (2005) fassten 21 Hausbesuchsprogrammen zusammen.

2 Das Projekt „Sonnenkinder - Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart“

2.1 Aufbau und Ziele des Projekts

Das Projekt *Sonnenkinder - Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart* stellt ein Projekt im Bereich der Frühen Hilfen in Stuttgart dar. Mittels präventiver und intervenierender Maßnahmen geht es sowohl um die Förderung von Familien als auch um die Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen (vgl. Caritasverband für Stuttgart e.V. o.Jg., S. 2).

Das Projekt richtet sich an alle (werdenden) Mütter des Marienhospitals und der St. Anna-Klinik in Stuttgart im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsprävention. Das Projektteam Sonnenkinder³ erreicht somit etwa 38% der Familien und deren neugeborenen Säuglings in Stuttgart. Die Kontaktaufnahme zu den Eltern findet in den zwei Kliniken entweder bereits vor oder nach der Geburt statt. Ursprünglich geplant war, dass die Erstbesuche durch das Pflegepersonal der geburtshilflichen Stationen durchgeführt werden, was sich in der Praxis allerdings dann änderte: Die Erstbesuche erfolgten zuerst in der St. Anna Klinik und letztendlich auch im Marienhospital ausschließlich durch das multidisziplinäre Kernteam des Projekts Sonnenkinder.

Im Rahmen der Erstbesuche werden alle (werdenden) Eltern in den beteiligten Kliniken zum Projekt informiert (primäre Prävention). Bei Bedarf erhalten sie weitere Informationen oder eine durch das Kernteam erbrachte weitergehende Hilfe. Dieses Hilfeangebot stellt eine kontinuierliche Unterstützung dar und wird kombiniert mit niederschweligen Veranstaltungen der Familienbildung (sekundäre Prävention). Die maximale Länge der Unterstützungsleistung kann sich bis zum ersten Lebensjahr des Kindes erstrecken (vgl. ebd., S. 3-5.).

Das Angebot richtet sich zwar potentiell an alle werdenden Eltern, es wird jedoch vermutet, dass es in der Regel sozial schwächer gestellte Familien sind, die einen Bedarf an einer entsprechenden Unterstützung haben. Sie befinden sich nicht selten in einer „besonderen“ sozioökonomischen Situation oder es liegen familien- bzw. kinderspezifische Merkmale vor, die als Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung des Säuglings definiert werden. Diese abzuwenden und weitere Risikolagen, aus denen sich eine Kindeswohlgefährdung herauskristallisieren könnte, mittels präventiver Maßnahmen im Sinne des SGB VIII vorzubeugen, stellt eines der primären Ziele des Projekts dar (vgl. ebd., S. 5). In Fällen, die Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls geben, wird das Sonnenkinder-(Kern-)Team auch weiterführende Hilfen einleiten müssen⁴. Insbesondere in

³ Das Projektteam Sonnenkinder setzt sich aus einem multidisziplinären Kernteam des Caritasverbands Stuttgart und dem Pflegepersonal der geburtshilflichen Stationen des Marienhospitals und der St. Anna-Klinik zusammen.

⁴ Das Sonnenkinderteam unterliegt der bindenden Vereinbarung des § 8a, SGB VIII.

solchen schwierigen Situationen kommt es auf eine möglichst schnelle Unterstützung der Familien an.

Gemeinsam mit den Eltern wird der „Hilfedschungel“ der Unterstützungsleistungen, die es für Kinder und Mütter in Stuttgart gibt, gelichtet und nach passgenauen Unterstützungsformen für den jeweiligen Hilfebedarf gesucht. Darüber hinaus werden die Eltern bei Bedarf zu verschiedenen sozialen Dienstleistungen begleitet (vgl. ebd.). Wie in den vorherig dargestellten Projekten zielt das auch das Projekt „Sonnenkinder“ auf die Befähigung bzw. Anleitung der Eltern ab. Dabei sind insbesondere fünf verschiedene Bereiche relevant:

- Elternkompetenzen (Organisation des Familienlebens, Versorgung des Kindes, gelingende Interaktion mit dem Kind etc.)
- alltägliche Bewältigungskompetenzen (Haushalt, Finanzen etc.)
- Fähigkeit mit der persönlichen Situation zu Recht zu kommen (Gesundheit, Stress etc.),
- Ausbau an Kenntnissen zum deutschen Hilfesystems
- Förderung der Bereitschaft eigenständig Hilfe zu suchen, bzw. anzunehmen.

Die Betreuungssettings des Projekts variieren: So wird die Beratung sowohl Einzelnen als auch in Gruppen oder mittels einer ambulante Familienunterstützungsmaßnahme durchgeführt. Überwiegend haben die Angebote einen aufsuchenden Charakter, was die Erreichbarkeit potentieller Risikofamilien erleichtert. Die Gespräche finden daher entweder in der Klinik, ambulant oder zuhause bei der Familie statt. Lediglich die zukünftigen etablierten Angebote der Familienbildung werden nach dem Verfahren der „Komm-Struktur“ ausgelegt.

Abgesehen von der unmittelbaren Arbeit mit den Familien zielt das Projekt Sonnenkinder auf den Aufbau und die Sicherstellung einer nachhaltigen Vernetzungsstruktur zwischen den im Bereich der Frühen Hilfen in Stuttgart tätig Akteuren ab. Zu diesen Akteuren zählen sowohl Mitarbeiter/-innen der Jugend- und Sozialhilfe, des Gesundheitswesens als auch Personen, die sich ehrenamtlich engagieren. Die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens werden in Fortbildungen für Belange von Kindern und Eltern sowie für potentielle Notlagen geschult (vgl. ebd.).

2.2 Einordnung des Projekts in das Themenfeld Frühe Hilfen

Rückblickend auf die Modellprojekte des NZFH beziehen sich die Schwerpunkte der vom Bund initiierten Modellprojekte auf den Aufbau einer interdisziplinären Vernetzungsstruktur und auf angemessene Unterstützungsleistungen zur Befähigung von Eltern. Dabei geht es oftmals um spezielle, „hoch dosierte“ Hilfeformen, mit welchen insbesondere sozial schwächer gestellte Familien erreicht werden. Diese Hilfeangebote werden vorrangig von Familienhebammen angeboten, weshalb vor allem die Arbeit von Familienhebammen einen Forschungsschwerpunkt in den Modellprojekten darstellt.

Die primären Ziele des Teams Sonnenkinder richten sich ebenso auf die Beratung und Begleitung von Eltern, mit dem Ziel, sie hinsichtlich ihrer verschiedensten Kompetenzen, die es für eine gesunde Entwicklung des Säuglings benötigt, zu fördern. Ein sekundäres Ziel ist gleichermaßen wie in vielen anderen Modellprojekten auch der Auf- und Ausbau einer interdisziplinären Vernetzungsstruktur, insbesondere zwischen der Jugend- und Gesundheitshilfe.

Die Zielgruppe bilden zunächst alle (werdenden) Eltern des Marienhospitals und der St. Anna-Klinik. Erst nach zwei Gesprächen in der Klinik wird zwischen Familien, die einen Unterstützungsbedarf benötigen, bzw. nicht benötigen, unterschieden. Die Familien mit Unterstützungsbedarf erhalten nach ihrem Klinikaufenthalt eine weiterführende, kontinuierliche Unterstützung durch Projektmitarbeiterinnen. Durch diese, anfänglich nicht eingegrenzte Zielgruppe (im Sinne einer Zuordnung zu „Risikofamilien“) grenzt sich das Team Sonnenkinder von anderen Projekten im Bereich der Frühen Hilfen ab. Viele dieser Projekte fokussieren meist von Beginn an die Unterstützung von sozial schwächer gestellten Familien.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied findet sich im Aufbau der Personalstruktur. Während überwiegend Familienhebammen in den Modellprojekten tätig sind und deren Arbeit evaluiert wird, grenzt sich das Team Sonnenkinder mit seiner spezifischen Personalstruktur von anderen Projekten, die sich auf die Begleitung und Beratung von Familien im Säuglings- und Kleinkindalter spezialisieren, ab. Das Team setzt sich aus Fachkräften des Gesundheitssystems (Kinderkrankenschwestern & Hebammen mit Zusatzqualifikationen) und aus Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe (Sozial-Pädagoginnen mit Zusatzqualifikationen) zusammen. Personaltechnisch betrachtet besteht das Team Sonnenkinder aus Personalkapazität der Erziehungsberatung des Caritasverbands Stuttgarts e.V., der Schwangerschaftsberatung des Sozialdiensts der katholischen Frauen in Stuttgart und aus Pflegepersonal der Kliniken. Zudem besteht Kapazität für weiteres Personal im Sinne von befristeten Honorarvereinbarungen.

Ein multiprofessioneller Wissensaustausch steigert die professionelle Kompetenz des Teams und gewährleistet eine multiperspektivische Unterstützung der Eltern im Prozess eines Aufwachsens ihrer Kinder in Stuttgart. Weiterhin erleichtert diese multidisziplinäre Teamstruktur die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit disziplinübergreifenden Kooperationspartnern. So sind die Strukturen des Gesundheits- bzw. der Sozial- und Jugendhilfe durch den kontinuierlichen Informationsaustausch im Team bereits bekannt.

3 Aufgabe und Rolle der wissenschaftlichen Begleitforschung im Projekt

3.1 Ziele und geplante Vorgehensweise

Der Gegenstand der wissenschaftlichen Projektbegleitung durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften in Stuttgart ist die Begleitung des Implementierungsprozesses und Arbeit des Teams zur Umsetzung der Angebote für (werdende) Eltern und ihre Kinder im Rahmen des Projekts „Sonnenkinder“. IfaS legt seinen Schwerpunkt auf die Begleitung und Evaluation zweier Gegenstandsbereiche des Projekts:

- Das Primärziel des Projekts ist die Gewährleistung einer adäquaten Unterstützungsstruktur für werdende Eltern in Stuttgart. Dazu sollen effiziente Formen der Frühen Hilfen für Eltern mit entsprechendem Unterstützungsbedarf entwickelt werden. Die Effizienz dieser Unterstützungsstrukturen wird mithilfe ausführlicher Falldokumentationen evaluiert. Hierfür entwickelt IfaS in Zusammenarbeit mit dem Projektteam verschiedene Instrumente und wertet dieses kontinuierlich aus.
- Als Sekundärziel sollen darüber hinaus nachhaltige Vernetzungsstrukturen aufgebaut werden. Dazu sind u.a. die Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens durch Fortbildungsangebote und fallbezogenes Coaching für die Belange von Eltern und ihren Kinder zu sensibilisieren und zu begleiten. Weiterhin sollen Ehrenamtliche gewonnen werden, die ebenfalls zu qualifizieren und zu begleiten sind. Die Zusammenarbeit verschiedener Akteure stellt daher ein weiteres wichtiges Thema der Evaluation dar. Im Rahmen der Untersuchung von Kooperationsbeziehungen werden nachhaltige Rahmenbedingungen für eine gelingende Zusammenarbeit analysiert.

Die Kernaufgaben der wissenschaftlichen Begleitung sind dabei das kontinuierliche Projektmonitoring sowie die Unterstützung des Projektteams bei der praxis- und theoriegeleiteten Entwicklung von Evaluationsinstrumenten. In einem Coachingprozess werden die Projektziele sowie die Zielerreichung kontinuierlich aufgearbeitet und reflektiert. Entsprechend werden auch die Instrumente auf ihre Validität hin überprüft und das Evaluationsdesign ggf. angepasst. Darüber hinaus wird das Projektteam im Umgang mit Evaluationsinstrumenten geschult. Eine regelmäßige Berichterstattung (Herbst 2012 und 2013) dient der Offenlegung der Projektentwicklung und Zielerreichung. Die Wirkungen des Projekts werden schließlich in der abschließenden Berichterstattung unter Einbezug der Fachliteratur reflektiert (Ergebnisevaluation).

Mit dieser anwendungsorientierten Forschung und Beratung wird das Themenfeld im Bereich der Frühen Hilfen sowohl praxisorientiert erschlossen als auch nutzerorientiert aufbereitet und ein Beitrag zur aktuellen Theoriebildung geleistet.

3.2 Bislang durchgeführte Schritte

3.2.1 Teamcoaching

Im Rahmen des kontinuierlichen Teamcoachingprozesses fanden im Zeitraum zwischen Januar und September 2012 neben einem Auftakttreffen zu Beginn des Jahres und einer moderierten Gruppendiskussion im September insgesamt vier Workshops mit dem Projektteam statt, die sich inhaltlich auf die nachfolgend dargestellten sechs Schwerpunkte bezogen:

Workshop I: Anpassung der forschungsleitenden Fragestellungen an Primär- und Sekundärziele des Projekts und Festlegung der Erhebungsinstrumente:

Auf Basis der Projektziele formulierte IfaS für die Evaluation relevante forschungsleitende Fragestellungen. Diese wurden im Workshop vorgestellt und diskutiert. Parallel wurden die Erhebungsinstrumente gemeinsam mit dem Projektteam entwickelt und festgelegt. Im Folgenden werden die forschungsleitenden Fragestellungen aufgeführt:

- Erlangen Eltern einen **geeigneten Überblick** über wichtige Unterstützungsleistungen und Angebote für Kinder und Eltern in Stuttgart?
- Erhalten Eltern bei schwierigen Situationen **schnellstmöglich** die dafür notwendige Hilfe?
- Werden im Rahmen der Frühen Hilfen **effiziente Formen** der Unterstützung entwickelt/angeboten und welche **Rahmenbedingungen** müssen geschaffen werden, um Eltern eine passgenaue Unterstützungsstruktur anzubieten?
- Wird den Eltern der **Zugang** zu den relevanten Angeboten ermöglicht?
- Werden die Eltern zu **Eigeninitiative und Selbsthilfe befähigt** und welche **Rahmenbedingungen** müssen geschaffen werden, damit Eltern in zentralen gesundheitlichen und sozialen Belangen ihrer Kinder befähigt werden sich selbst zu helfen?
- Inwiefern kann durch das Projekt einer Kindeswohlgefährdung **vorgebeugt** werden?
- Was sind Gründe der **Nichtinanspruchnahme** oder des **Abbruchs** der Unterstützungsleistung?
- Wie sollte die **Fortbildung** von Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens aussehen, um diese für die Belange von Kindern und Eltern sowie für potentielle Notlagen zu **sensibilisieren**?
- Was sind die **spezifischen Beiträge** der beteiligten Personengruppen (Gesundheitswesen und Jugendhilfe) bei der Verwirklichung dieses Projekts? Wie kann die **Kooperation nachhaltig** gesichert werden?

Die Zielerreichung wird durch den Einsatz von verschiedenen Forschungsinstrumenten evaluiert. Einige der Ziele werden mit einem fallspezifischen Dokumentationssystem oder anhand der Tätigkeitsnachweise der Projektmitarbeiterinnen untersucht. Das Dokumentationssystem bzw. die Fallakte erfasst fallspezifisch die sozioökonomischen Daten der Eltern und ihrer Kinder,

Risikofaktoren und den Inhalt des Hilfeverlaufs. Für die Evaluation der Primärziele, *Passgenauigkeit einer Hilfebringung* und *elterliche Befähigung*, wird aktuell ein Instrument zur Befragung der Eltern konstruiert. Ein weiterer Fragbogen wurde bereits für die Erhebung des Sekundärziels, *Sensibilisierung der Mitarbeiter/-innen des Gesundheitswesens durch Fortbildungen* entwickelt. Die Methode zur Evaluation des Sekundärziels, *Kooperation/Vernetzung*, wird in der anstehenden Projektphase weiter erarbeitet. Bislang wurde hierzu ein Fragebogen zur Erfassung der bestehenden Kooperationspartner entworfen. Im nachfolgenden Kapitel 3.2.2, Instrumentenentwicklung, wird der Aufbau aller bislang bestehenden Instrumente näher beschrieben.

Workshop I & II: Praxisgeleitete Reflexion zur theoriegeleiteten Kategorienentwicklung und Strukturierung des Tätigkeitsnachweises sowie des fallbezogenen Dokumentationssystems:

Unter Hinzuziehung von Literatur und Forschungsdesigns anderer Praxisprojekte im Bereich der Frühen Hilfen wurden die bislang eingesetzten Instrumente überarbeitet bevor man sie hinsichtlich ihrer praktischen Tauglichkeit in den Workshops reflektierte und an die Veränderungsvorschläge der Projektmitarbeiterinnen anpasste.

Workshop II: Klärung des Erkenntnisinteresses zum Thema Kooperationen und erster Einsatz eines Erhebungsinstrumentes:

In einem Projektteamtreffen wurde das Erkenntnisinteresse hinsichtlich der Evaluation der Kooperationsarbeit geklärt und mögliche Erhebungsinstrumente zur Netzwerkanalyse präsentiert. Zur Untersuchung von Strukturen der jeweiligen Kooperationspartner und des bestehenden Kontakts konstruierte IfaS einen Fragebogen. Anhand dieses Fragebogens analysiert das Projektteam seine bisherigen Kooperationspartner. Weiterhin werden zeitnah die wünschenswerten Kooperationen zusammengefasst und nach möglichen Themen einer Kooperationsarbeit recherchiert. Geplant ist, zu einem späteren Zeitpunkt anhand der Methode eines Gitternetzes „Kooperationslücken“ des Projekts aufzudecken. Weiterhin sollen aus der Zusammenführung der inhaltlichen Themen einer Kooperation, an denen sich eine zufriedenstellende Kooperation festmachen lässt, Items für die spätere Befragung der Kooperationspartner resultieren.

Workshop III: Methodenreflexion zur Erfassung von projektinternen Fallzahlen sowie Rückmeldung und Anpassung der entwickelten Kategorien für die interne Fallzahlerhebung durch den Tätigkeitsnachweis; zusätzlich Rückmeldung und Diskussion zu recherchierten Fallzahlen von Fachkräften, die im Bereich der Frühen Hilfen beraterische Tätigkeiten ausführen:

Für den Nachweis an Fallzahlen wurde IfaS mit einer Recherche beauftragt. Dabei ging es um eine Recherche nach Fallzahlen von Fachkräften, die im Bereich der Frühen Hilfen beraterische Funktionen ausüben. Die Erkenntnisse wurden in ein Projektteamtreffen eingebracht und diskutiert. Um Aussagen über die Anzahl an eigenen Fällen treffen zu können, wurden im Tätigkeitsbericht Kategorien aufgenommen, die zur Messung der internen Fallzahlen dienen (siehe Kapitel 3.2.3, Fallzahlen).

Workshop III: Reflexion der Teamziele sowie persönlichen Ziele der Projektmitarbeiterinnen:

Die Teamziele aller Projektmitarbeiterinnen wurden in einem Workshop zusammengeführt und von den Mitarbeiterinnen nach ihrer Wichtigkeit bewertet. Diese Ziele ließen sich in drei Oberkategorien einteilen: Gewährleisten und Aufrechterhaltung der Qualität, Teamentwicklung, Außenwirkung/ Transparenz/ Profil. In einem weiteren Schritt wurden zu diesen Zielen mögliche Umsetzungsstrategien entworfen und Risiken benannt (eine Übersicht über die Ziele, Faktoren der Zielerreichung und die genannten Risiken findet sich in der Tabelle auf der nachfolgenden Seite)

Workshop IV: Theorie- und praxisgeleitete Klärung und Diskussion von Erhebungsinstrumenten zur Messung der elterlichen Befähigung und Zufriedenheit:

IfaS entwickelte zunächst einen Fragebogen zur Messung der elterlichen Zufriedenheit mit der vollbrachten Unterstützungsleistung (siehe Kapitel 3.2.2). Dieser wurde in das Projektteamtreffen eingebracht und hinsichtlich seines Inhalts diskutiert. Darüber hinaus wurde ein theoriegeleiteter Input zu Faktoren, die sich auf das elterliche Erziehungskonzept auswirken und dementsprechend eine gesunde Entwicklung eines Kindes begünstigen bzw. erschweren, gegeben (Versorgungskompetenzen, Kompetenzüberzeugung, Erziehungseinstellung etc.). Diese Indikatoren werden zeitnah zur Messung des Konstrukts „Erziehungskompetenzen“ operationalisiert, um die elterliche Befähigung durch das Projekt erheben zu können.

Gruppendiskussion:

Zusätzlich zu den vier themenzentrierten Workshops wurde im September 2012 im Rahmen der Prozessevaluation eine einstündige Gruppendiskussion mit den Mitarbeiterinnen des Projekts Sonnenkinder durchgeführt. Schwerpunkte dieses Gesprächs waren die Themen „Team- und Klientenarbeit“, „Arbeitsstrukturen“ und „Projektverlauf“ (siehe Kapitel 3.1.2).

| Kategorien | Priorisierte Ziele | Faktoren zur Zielerreichung | Mögliche Risiken |
|--|--|--|--|
| Gewährleisten und Aufrechterhaltung der Qualität | <ul style="list-style-type: none"> - Die Familien/Frauen erhalten eine gute und effektive Beratung/ Begleitung - Regelmäßige Fallarbeit - Unsere Außenwirkung ist gut und trägt dazu bei dass wir als gleichberechtigte Kooperationspartner gesehen werden - Basiswissen für alle Mitarbeiterinnen | <ul style="list-style-type: none"> - Auftragsklärung - Zielvereinbarung - Überprüfung von Zielen - Rückmeldung der Eltern - Fortbildungen - Zeit für Wissenserschließung - Gemeinsame (Basis-) Standards - Konzepte für Angebote | <ul style="list-style-type: none"> - Intervention vor Prävention - Quantität vor Qualität - Fehleinschätzung des Teams bezügliche Hilfebedarf der jeweiligen Familien |
| Teamentwicklung | <ul style="list-style-type: none"> - Basiswissen für alle Mitarbeiterinnen - Gute Teamerweiterungen mit den neuen Mitarbeiterinnen | <ul style="list-style-type: none"> - Interne Rollenklärung - Identifikation & Abdecken von Lücken - Definition von Standards zur Orientierung im Team - Austausch stärken (Patenmodell, Teamtag) - Qualifizierung | <ul style="list-style-type: none"> - Untergruppenbildung - Konkurrenz - Unterschiedlichkeit wird nicht als Bereicherung gesehen |
| Außenwirkung/ Transparenz/ Profil | <ul style="list-style-type: none"> - Unsere Außenwirkung ist gut und trägt dazu bei dass wir als gleichberechtigte Kooperationspartner gesehen werden - Klares Profil des Projekts und der Mitarbeiterinnen | <ul style="list-style-type: none"> - Auftragsdefinition - Alleinstellungsmerkmal - Netzwerkarbeit - Definition von (Qualitäts-) Standards - Identifikation & Abdecken von Lücken | <ul style="list-style-type: none"> - Das Team Sonnenkinder wird nicht ernst genommen - Fälle werden ‚zugeschoben‘ - Alleinstellungsmerkmal gelingt nicht |

3.2.2 Instrumentenentwicklung

In der ersten Projektphase wurden bislang vier Erhebungsinstrumente konzipiert und zwei bestehende Evaluationsdesigns überarbeitet. Dabei dienten Literaturrecherchen zu Themen wie z.B. Risikofaktoren, Erziehungskompetenzen etc. und die Sichtung von Forschungsdesigns zu verschiedenen Praxisprojekten, als Grundlage und Inspiration. Die auf Theorie basierenden Erhebungsinstrumente wurden in den Workshops praxisgeleitet reflektiert und an die Veränderungsvorschläge der Projektmitarbeiterinnen angepasst. Im Folgenden werden die überarbeiteten bzw. neu entwickelten Erhebungsinstrumente dargestellt:

Überarbeitung des Tätigkeitsnachweises der Projektmitarbeiterinnen sowie des fallbezogenen Dokumentationssystems:

Der monatliche Tätigkeitsnachweis der Projektmitarbeiterinnen und das fallspezifische Dokumentationssystem, bestehend aus dem Deckblatt zum Betreuungsbeginn und -ende sowie der Fallakte zur Dokumentation der jeweiligen Beratungssituationen, wurden um einige Aspekte ergänzt, umformuliert und minimiert.

- Der Tätigkeitsnachweis wurde um fünf Kategorien zur Erfassung der Fallanzahl ergänzt: „Durchgehend betreute Fälle“, „ruhende Fälle“, „Neuzugänge“, „Beendigungen“, „Anzahl an Fällen gesamt“. Weiterhin wurden die Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen in projekt- und fallbezogene Tätigkeitskategorien aufgegliedert. Durch diese Trennung lassen sich fallbezogene vs. projektbezogene Tätigkeiten im Projektverlauf nachzeichnen.
- Im Deckblatt zum Betreuungsbeginn wurden Merkmalsausprägungen der Items „Allgemeine Angaben“ und „Besondere Situation“ umgestellt bzw. neu zugeordnet, umformuliert oder mit neuen Antwortkategorien erweitert. Einige Ankreuzoptionen des Items „Besondere Situation“ wurden dem neuen Item „Risikofaktoren“ untergeordnet. Das hinzugefügte Item „Risikofaktoren“ ermöglicht eine fachmännische Beurteilung der Risikolage hinsichtlich einer gesunden Entwicklung des Säuglings. Die Projektmitarbeiterinnen können innerhalb dieses Items sowohl kindliche als auch elterliche Gefahrenmerkmale einschätzen. Abgesehen davon dient die Erweiterung der Fallakte um das Item „Einschätzung der Kompetenzen der Eltern“ der Messung der elterlichen Befähigung innerhalb verschiedener Kompetenzbereiche (Bewältigung Alltag, Familienleben, Versorgung des Kindes, Interaktion mit Kind, Persönliche Situation, Kenntnisse des deutschen Hilfesystem, Bereitschaft Hilfe zu suchen/anzunehmen).
- Dieselben Kompetenzbereiche zur Messung der elterlichen Befähigung werden zur Beendigung der Unterstützungsleistung durch die Projektmitarbeiterinnen erneut eingeschätzt. Neben der Erweiterung des Deckblatts zum Betreuungsende um das Item „Befähigung der Eltern nach Beendigung“ wurden die Items „Beendigungsgrund“ und „Weitergehende Hilfen“ um zwei Spezifizierungen ergänzt: „Gründe für Abbruch“ und „Art der weitergehenden Hilfe“.

- Für eine strukturierte Erfassung des Beratungssettings und der Beratungssituationen wurde die Fallakte durch die Items „Betreuungsart“ und „Beratungsthemen“ ergänzt. Das Item „Betreuungsart“ besteht aus drei Antwortkategorien: „Einzelbetreuung“, „Gruppenangebot“, „Ambulante Familienunterstützung“. Die Kategorien zu den Beratungsthemen umfassen elf mögliche Themenstellungen einer Beratung (geburtsspezifische Themen, Schwangerschaftsproblem, Informationen/Vermittlung, gesunde Entwicklung Säugling, Probleme Mutter/Vater (Einzelbetreuung), Probleme der Eltern (Paarberatung), Eltern-Kind-Bindung, Kinderunfallprävention, Kinderbetreuung/Haushaltsorganisation/Alltagsbewältigung, Umgang mit Ämtern/Finanzen, Sprachkenntnisse) sowie eine zusätzliche Möglichkeit zur Spezifizierung. Die Entwicklung dieser Kategorien dient der Strukturierung der qualitativen Daten des Feldes „Situationsbeschreibung“ der Beratung.

Konstruktion von Evaluationsinstrumenten zur Messung der elterlichen Zufriedenheit & Befähigung (Elternfragebogen):

Die Eltern sollen im weiteren Projektverlauf zu ihrer Zufriedenheit hinsichtlich folgender Dimensionen befragt werden: Häufigkeit, Inhalte und Qualität der Angebote, Verlässlichkeit, Kompetenz, Engagement der Mitarbeiterin, entgegengebrachter/s Respekt/Verständnis, Tipps/Informationen, die sie erhalten haben, Einbezug ihrer Wünsche und Bedürfnisse. In diesem Fragebogen haben die Eltern zusätzlich die Möglichkeit ihre Kompetenzerweiterung einzuschätzen. Für diese Selbsteinschätzung werden dieselben Kompetenzbereiche (Bewältigung Alltag, Familienleben, Versorgung des Kindes, Interaktion mit Kind, Persönliche Situation, Kenntnisse des deutschen Hilfesystems, Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen) verwendet wie in der Fallakte der betreuenden Fachkraft zur Erfassung der Kompetenzerweiterung der Eltern (siehe oben). Dadurch können Erkenntnisse zur Selbst- und Fremdeinschätzung verglichen werden. Darüber hinaus sollen Eltern einschätzen, inwiefern sie sich durch die Hilfeleistung besser informiert fühlen und sie bereit sind, Unterstützung zu suchen. Hinsichtlich der Messung der elterlichen Befähigung ist geplant, die elterlichen Erziehungskompetenzen zeitnah in einem größeren Umfang mit mehreren Antwortkategorien zu erheben.

Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung der bisherigen Kooperationspartner:

Das Erkenntnisinteresse dieses Fragebogens liegt im Erfassen des organisatorischen Aufbaus und der jeweiligen Zielgruppen und Angebote der Kooperationspartner (Trägerschaft, Organisationsform, Zielgruppe, tätige Fachkräfte, Angebote). Des Weiteren soll die Intensität des bestehenden Kontakts gemessen werden. Hierbei wird nach der Kontakthäufigkeit und -art sowie nach der Qualität der Zusammenarbeit gefragt.

Entwicklung eines Feedbackfragebogens für die Evaluation von Fortbildungen:

Für die Evaluation der Fortbildungen wurde ein Feedbackfragebogen mit 18 geschlossenen Fragen und zwei offenen Fragen konstruiert. Die geschlossenen Fragen erheben die Methodik und Didaktik der Dozentin sowie die Lernatmosphäre und persönliche Motivation der Teilnehmer/-innen. Verbesserungsbedarfe und Rückmeldungen zu besonderen Inhalten werden mit den zwei offenen Fragen untersucht. Der Feedbackfragebogen konnte in allen stattfindenden Fortbildungen eingesetzt werden.

Konzipierung eines Gesprächsleitfaden für eine Gruppendiskussion im Rahmen der Prozessevaluation:

Der Gesprächsleitfaden für die Gruppendiskussion im September 2012 diente der inhaltlichen Vorstrukturierung der Diskussion mit den Projektmitarbeiterinnen und umfasst folgende Dimensionen: Team- und Klientenarbeit, Arbeitsstrukturen, Projektverlauf. Zu jeder Dimension wurden die Projektmitarbeiterinnen zu förderlichen und hinderlichen Faktoren sowie zu ihrem Umgang mit den jeweiligen Herausforderungen befragt. Auf Basis der zuletzt genannten Herausforderungen wurde dann eine Diskussion eingeleitet. Durch die Ergebnisse dieser Gruppendiskussion bzw. Projektreflexion auf der Metaebene kann der Projektprozess angepasst und optimiert werden (Prozessevaluation).

3.2.3 Fallzahlen

Die Erfassung von projektinternen Kontakten zu Familien und die Anzahl von Fällen sollte im Projektverlauf kontinuierlich mitberücksichtigt werden.

Die Kontakte sind anhand der Anzahl der dokumentierten Erstkontakte durch das Besuchsprotokoll messbar. Sie zeigen die Anstrengungen der Fachkräfte bei der Kontaktaufnahme und die Reichweite des Projekts in den Kliniken. Bis zur Aufnahme weiterer Hilfemaßnahmen finden maximal zwei Kontakte statt. Ab dem dritten Kontakt mit den Eltern wird der Kontakt als „Betreuungsfall“ definiert und das Besuchsprotokoll zwecks der Zuordnung der Eltern zur Fallakte geheftet. Das Besuchsprotokoll gibt in diesem Fall Aufschluss darüber, ob ein „Fall zum Fall“ wird (dritter Kontakt).

Neben der ausführlichen Fallakte geben die Tätigkeitsnachweise der Projektmitarbeiterinnen Einblick in die Anzahl an Fällen. In den Tätigkeitsberichten werden die Gesamtzahl an Fällen, die Anzahl an durchgehend betreuten und ruhenden Fällen sowie Neuzugänge und Fallbeendigungen erfasst. Mit dieser Dokumentation der Fallzahlen kann das Verhältnis Fallzahlen vs. zeitlicher Aufwand im Projektverlauf nachgezeichnet und die Stundenanzahl für Fallarbeit nachgewiesen werden.

Zusätzlich zur Kategorienentwicklung für die Erfassung projektinterner Fallzahlen wurde IfaS mit der Recherche nach Fallzahlen von Fachkräften, die im Bereich der Frühen Hilfen beraterische

Funktionen ausüben, beauftragt. Die Zahlen sollten dazu dienen, Aussagen über die etwa zu benötigten Fallzahlen pro Fachkraft treffen zu können. Im Rahmen der Recherche wurden Akteure aus verschiedenen Bereichen der Frühen Hilfen (Forschung und Wissenschaft, Jugendhilfeplanung, Basisfachkräfte im Bereich der Frühen Hilfen) nach ihren Erkenntnissen und Einschätzungen bezüglich der Anzahl an Fällen pro Fachkraft im Jahr telefonisch oder per Emailkontakt befragt.

In einer Zweitbefragung wurden diese Akteure zusätzlich um Auskunft zu folgenden Hintergrunddaten ihrer Tätigkeiten gebeten: Angebotsform (EF,GA), Vollzeitequivalente, Präsenzzeit im Fall, Basis der Berechnung der Fallzahlen (direkte Klientenarbeit, Fahrtzeit, Dokumentation, Jahr oder gleichzeitig betreute Fälle), Falldefinition. Es hat sich herausgestellt, dass ein Vergleich der Fallzahlen aufgrund der unterschiedlichen Konzeptionen der Projekte im Bereich der Frühen Hilfen und unterschiedlichen Intensitäten der Fälle nicht möglich ist. Somit gewähren die Rechercheergebnisse nur einen Einblick in die mögliche Spannweite der Fallzahlen pro Fachkraft und Jahr.

4 Auswertung der bisherigen Dokumentation

4.1 Projektvorstellung, Kontaktaufnahmen und Erstgespräche

Mit Beginn des Projekts im Herbst 2011 fanden die ersten Kontaktaufnahmen zu (werdenden) Müttern in den beiden Kliniken statt. Dabei konnten im Rahmen dieser *Erstkontakte* im Zeitraum November 2011 bis August 2012 insgesamt 1073 Frauen besucht und mit Hilfe von Flyern über das Projekt Sonnenkinder informiert werden (St. Anna-Klinik: 545, Marienhospital: 528).⁵

Seit Beginn des Projekts fanden in der St. Anna-Klinik dabei jeden Monat kontinuierlich zwischen etwa 40 und 70 Erstkontakte statt. Aus dem Marienhospital liegen hingegen für den Beginn des Projekts (d.h. die Zeit zwischen Dezember 2011 bis März 2012) keine detaillierten Informationen über die Anzahl der stattgefundenen Erstkontakte vor. In den Monaten April bis August betrug die Anzahl jedoch zwischen 70 und bis zu 110 Erstkontakte (vgl. Abbildung 1).

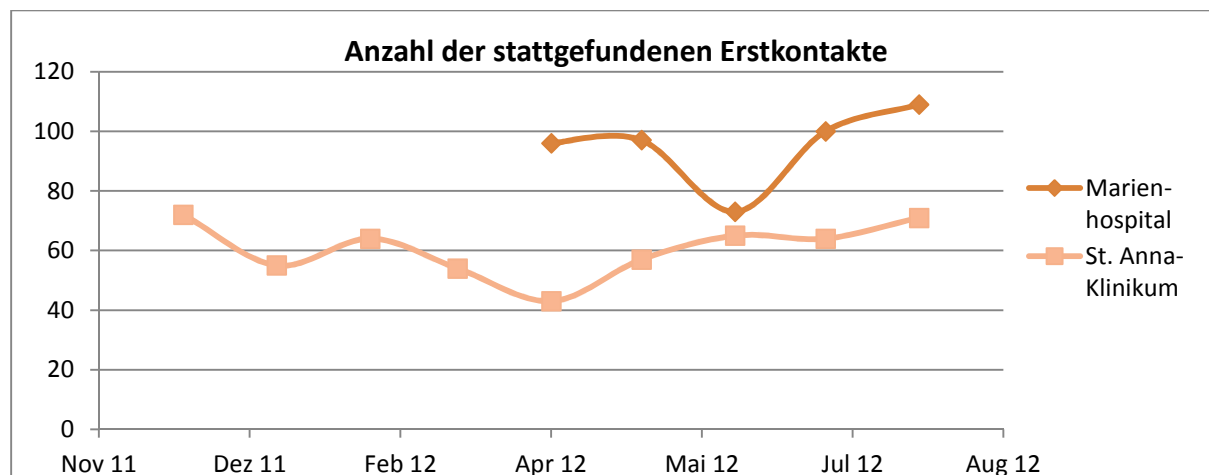


Abbildung 1: Anzahl der stattgefundenen Erstkontakte nach Klinik im Zeitvergleich

Die fehlenden Informationen zur genauen Anzahl der monatlichen Erstkontakte im Marienhospital lassen sich mit der ursprünglich geplanten Vorgehensweise erklären. Die Erstkontakte und somit auch das Austeilen von Flyern wurden zu Beginn des Projekts durch das Pflegepersonal im Marienhospital umgesetzt. Die jeweilige Anzahl an Erstkontakte wurde hierbei leider nicht dokumentiert. Des Weiteren fehlen Informationen zur Anzahl an Erstkontakte, die an Wochenenden oder Feiertagen stattfanden. Diese Aufgabe übernehmen an diesen Tagen die Pflegefachkräfte der geburtshilflichen Station.

Der wissenschaftlichen Begleitforschung liegen seit Juni 2012 Daten zur Anzahl an Geburten in der St. Anna Klinik vor. Zukünftig kann somit die Anzahl an verteilten Flyer mit der Anzahl an Geburten ins Verhältnis gesetzt werden, so dass fortan auch Aussagen zur quantitativen Reichweite des Erstkontakts getroffen werden können.

⁵ Gemessen werden die Erstkontakte mittels der Anzahl an ausgeteilten Flyern.

Neben der Anzahl an verteilten Flyern zur Bestimmung der Kontaktaufnahmen (Erstkontakt) ist für den Projektverlauf vor allem von Interesse, wie viele (längere) **Erstgespräche** stattgefunden haben. Zum Zwecke der Dokumentation wurde hierzu ein Besuchsprotokoll entwickelt, welches sowohl den Zeitpunkt und die Dauer der ersten Gespräche als auch die **Vermittlung zu weiterführenden Hilfsangeboten** bzw. die **Weiterbetreuung durch das Sonnenkinder-Kernteam (Betreuungsfälle)** dokumentieren soll. Neben diesen Besuchsprotokollen fungieren aber auch die Fallakten als Datenquelle zur Ermittlung der Anzahl an Betreuungsfällen (etwa wenn die Erstgespräche nicht dokumentiert wurden oder die Eltern/Familien sofort zu einem Betreuungsfall wurden).

Die Auswertung dieser beiden Datenquellen zeigt, dass mit mindestens 238 (werdenden) Müttern im Zeitraum zwischen Dezember 2011 bis August 2012 intensivere (Erst-)Gespräche bzw. Beratungsaktivitäten stattfanden.⁶ Gemessen an der Anzahl an verteilten Flyern (n=1073) ergibt sich damit eine Quote von etwa 22%, d.h. mit jeder fünften Mutter/Familie wurden *erste (längere) Gespräche* geführt. *Diese Erstgespräche können dabei durchaus auch schon konkrete Beratungstätigkeiten umfassen.*

Weiterhin wurden von diesen 238 Müttern/Familien 79 Personen zu **Betreuungsfällen** (7,4% aller 1073 informierten Mütter/Familien bzw. ein Drittel der Mütter/Familien, mit denen erste Gespräche geführt wurden). Über die genaue Anzahl an **weitervermittelten Fällen** gibt es leider keine exakten Anhaltspunkte, da die Weitervermittlung nur in den Besuchsprotokollen erfasst wurde. Entsprechend liegen nur zu 188 von insgesamt 238 Müttern/Familien, mit denen ein intensiverer Kontakt stattfand, nähere Informationen in den Besuchsprotokollen vor (siehe Fußnote 6). Von diesen 188 dokumentierten Besuchen wurde in 31 Fällen eine weiterführende Hilfe vereinbart (vgl. Tabelle 1).

| Anzahl der ausgeteilten Flyer (Erstkontakt) | Mindestanzahl der geführten (Erst-)Gespräche | Tatsächliche Anzahl der Betreuungsfälle | Weiterführende Hilfen vereinbart (Angaben nur auf Basis der Besuchsprotokolle) |
|---|--|---|--|
| 100,0% (n=1073) | 22,2% (n=238) | 7,4% (n=79) | 2,9% (n=31) |
| - | 100,0% (n=238) | 33,2% (n=79) | 13,0% (n=31) |

Tabelle 1: Erstkontakte, Erstgespräche und Anzahl der weiterbetreuten/weitervermittelten Fälle

⁶ Von diesen 238 Eltern/Familien existieren in 188 Fällen auch ein Besuchsprotokoll, welches durch die Mitarbeiterinnen des Kernteams ausgefüllt wurde (d.h. Erstgespräche wurden genauer dokumentiert). Zu den restlichen 50 Frauen existiert hingegen kein Besuchsprotokoll, d.h. die 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 50 Personen liegen lediglich Informationen darüber vor, wann die Betreuungsmaßnahme begonnen hat (9x im November und Dezember 2011, 10x im Januar und Februar 2012, 5x im März und April 2012, 13x Mai und Juni 2012, 10x Juli und August 2012, in drei Fällen fehlen Angaben zum Beginn der Betreuung).

Da nur in 188 von 238 Fällen ein detailliertes Besuchsprotokoll vorliegt, lässt sich eine detaillierte Auswertung über den Zeitpunkt der Erst- und Zweitgespräche sowie die Dauer dieser Gespräche nur auf Basis dieser 188 Besuchsprotokolle vornehmen. Die nachfolgenden Darstellungen stützen sich daher auf n=188 Mütter/Familien.

Eine genaue Auswertung zum Thema „Zeitpunkt der ersten Gespräche“ zeigt, dass intensivere Kontaktaufnahmen im Zeitraum Dezember 2011 bis April 2012 kontinuierlich ansteigen, sich dann aber zwischen 15 und 30 Gesprächen einpendeln. Im Juli fanden dabei die meisten Erstgespräche mit den Müttern/Familien statt. Ferner fanden in den beiden Kliniken in etwa gleich viele Gespräche statt (vgl. Tabelle 2).

| Datum der Erstgespräche | Anzahl | Prozent | Klinik | Anzahl | Prozent |
|-------------------------|------------|-------------|-----------------|------------|-------------|
| Dezember 2011 | 16 | 8,5% | Marienhospital | 99 | 52,7% |
| Januar 2012 | 18 | 9,6% | St. Anna-Klinik | 89 | 47,3% |
| Februar 2012 | 18 | 9,6% | Gesamt | 188 | 100% |
| März 2012 | 22 | 11,7% | | | |
| April 2012 | 25 | 13,3% | | | |
| Mai 2012 | 20 | 10,6% | | | |
| Juni 2012 | 15 | 8,0% | | | |
| Juli 2012 | 33 | 17,6% | | | |
| August 2012 | 21 | 11,2% | | | |
| Gesamt | 188 | 100% | | | |

Tabelle 2: Ersterfassungsdatum des Erstgesprächs und Verteilung in den Kliniken

Die im Rahmen der Besuchsprotokolle dokumentierten Erstgespräche dauerten im Schnitt etwa 20 Minuten (87,2% der Gespräche dauerten zwischen 10 bis 30 Minuten). Der Median, d.h. der mittlere Wert der Verteilung, beträgt jedoch nur 15 Minuten. Dieser Unterschied zwischen Mittelwert und Median entsteht durch die große Streuung bei der Dauer der jeweiligen Gespräche. So gab es einzelne Gespräche, die überproportional lange dauerten und den Durchschnittswert entsprechend verzerren (im Maximum 90 Minuten). Insgesamt wurden bislang 62 Stunden von der bisherigen Arbeitszeit in Erstgespräche umgesetzt (siehe Tabelle 3).

| | Zeitdauer des Erstgesprächs in Minuten |
|--------------------|--|
| Mittelwert | 20,6 |
| Median | 15,0 |
| Minimum | 5 |
| Maximum | 90 |
| Summe | 3720 |
| Gültig | 181 |
| fehlende Antworten | 7 |

Tabelle 3: Zeitdauer des Erstgesprächs in Minuten

Nach den ersten Gesprächen wurde schließlich die weitere Betreuung durch das Sonnenkinder-Kernteam vereinbart. Diese Personengruppe wird im Folgenden als Betreuungsfälle bezeichnet (Kapitel 4.2).

4.2 Betreuungsfälle

Insgesamt wurden 79 (werdende) Mütter/Eltern im Rahmen des Projekts intensiver betreut und beraten. Bei 29 dieser Fälle liegt auch ein Besuchsprotokoll vor (Erst- und Zweitgespräche). Bei den restlichen 50 Personen fehlen die Informationen zum Erst- und Zweigespräch (siehe Fußnote 6).

Von den 79 betreuten Müttern/Familien gelten 43 Fälle als beendet und 36 als laufend bzw. ruhend. Abbildung 2 zeigt die Fallverteilung in den jeweiligen Kliniken an: Über die Hälfte der betreuten Personen brachten ihr Kind im Marienhospital zur Welt (n=42), weitere 40% in der St. Anna-Klinik (n=31). Die Fallarbeit in den restlichen Krankenhäusern ist hingegen sehr gering. Dies hat damit zu tun, dass die Projektmitarbeiterinnen für die Beratung und Begleitung von Frauen aus der St. Anna-Klinik und dem Marienhospital zuständig sind. Kommt es allerdings zu Anfragen von Eltern aus anderen Krankenhäusern, wird die Zielgruppe erweitert. Bislang wurde keine Beratung von (werdenden) Müttern aus anderen Krankenhäusern abgelehnt. Es wurden dabei 4 Frauen aus der Frauenklinik in Bad-Cannstatt und jeweils eine Frau aus dem Charlottenhaus und dem Robert-Bosch-Krankenhaus beraten.

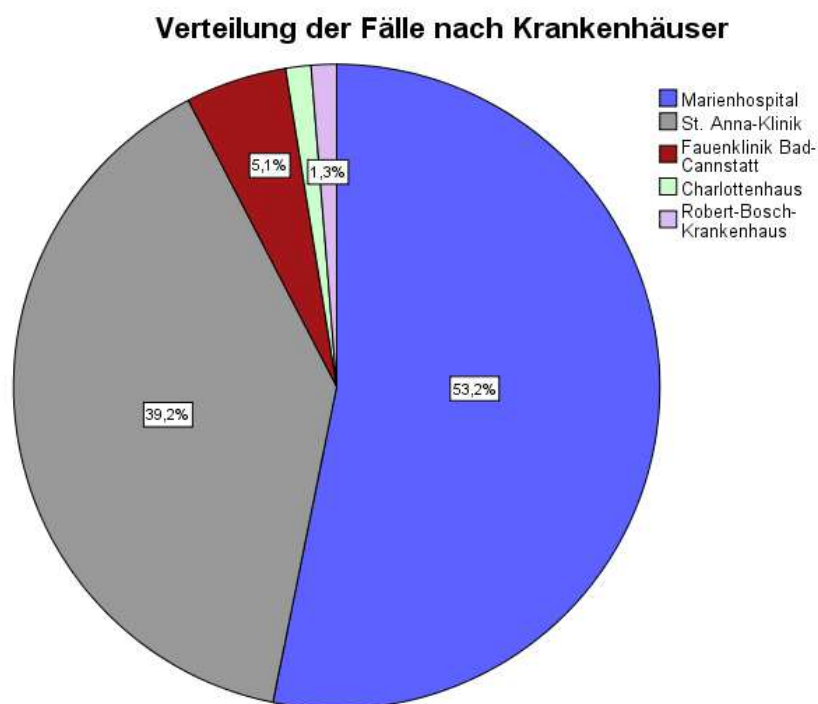


Abbildung 2: Verteilung der Fälle nach Krankenhäuser

4.2.1 Personenspezifische Informationen der Mutter

Die erfassten Mütter sind im Schnitt etwa 30 Jahre alt (die Zielgruppe 29-34 Jahre überwiegt deutlich). Eine minderjährig Schwangere gab es nur in einem Fall. Weiterhin haben 72,2% der betreuten Fälle einen Migrationshintergrund und kommen überwiegend aus Nicht-EU-Ländern (bzw. aus EU-Beitrittsländern), häufig aus dem ehemaligen Jugoslawien oder aus afrikanischen und asiatischen Ländern (vgl. Tabelle 5 und 6).

| Alter | |
|--------------------|-----------|
| 17-22 | 10 |
| 23-28 | 11 |
| 29-34 | 32 |
| 35 und älter | 15 |
| Gesamt | 68 |
| Fehlende Antworten | 11 |

Tabelle 5: Alter der Mütter

| Migrationshintergrund | | Nationen bei Migrationshintergrund | |
|-----------------------|-----------|---|-----------|
| ja | 57 | EU-Länder (Frankreich, Portugal, Griechenland, Rumänien) | 4 |
| nein | 20 | Nicht-EU-Länder/Beitrittsländer | 45 |
| Gesamt | 77 | Davon: | |
| Fehlende Angaben | 2 | Ehem. Jugoslawien/Kosovo/Albanien | 16 |
| | | Türkei, Ungarn | 4 |
| | | Afrika (Algerien, Äthiopien, Kenia, Sudan Ghana, Kamerun, Marokko, Nigeria) | 9 |
| | | Vorderasien (Afghanistan, Arabien, Irak) | 7 |
| | | Asien (China, Vietnam, Indonesien, Pakistan) | 6 |
| | | Ehemalige GUS-Staaten (Russland, Ukraine) | 2 |
| | | Lateinamerika (Paraguay) | 1 |
| | | Gesamt | 49 |
| | | Fehlende Angaben | 8 |

Tabelle 6: Angaben über Migrationshintergrund der Mütter

Die Tabelle zeigt, dass nur eine Minderheit der Frauen aus Deutschland (n=20) oder aus einem EU-Land kommen (n=4). Ebenso selten vertreten sind aber auch „klassische“ Migrantengruppen wie Menschen aus der Türkei. Die vertretenen Nationalitäten sind für die weitere Interpretation der Ergebnisse daher von zentraler Bedeutung. Die im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts erreichten Mütter/Familien zeichnen sich aufgrund ihres Migrationshintergrunds und dem oftmals fehlenden EU-Status ihrer Herkunftsländer durch besondere Merkmale aus, die eine Relevanz für die weiteren Interpretationen haben und wie folgt zusammengefasst werden können:

- 1) Es handelt sich häufig um Nationen, in denen es aufgrund von (Bürger-) Kriegen oder politischen Umbrüchen zu Migrationswellen kam. Entsprechend kann vermutet werden, dass die jeweiligen Mütter/Familien aufgrund einer möglicherweise noch nicht lange zurückliegenden Migration nur über eingeschränkte Netzwerke in Stuttgart verfügen. Diese fehlenden Netzwerke könnten sich sowohl auf die Möglichkeiten der konkreten sozialen Unterstützung (etwa Kinderbetreuung, Alltagsbewältigung usw.) als auch auf die Möglichkeiten, sich über die Kinderpflege und Entwicklung des Säuglings zu informieren, auswirken. Es ist beispielsweise anzunehmen, dass sich Menschen mit einem entsprechenden sozialen Netzwerk (wie dies etwa bei der türkisch- oder italienischstämmigen Bevölkerung der Fall ist) über informelle Quellen (eigene Eltern, Verwandte usw.) über Themen der Säuglingspflege entsprechend informieren können.
- 2) Im Gegensatz zu Migrant/innen, die aufgrund der bundesdeutschen Geschichte bereits seit Jahrzehnten in Deutschland leben (etwa Türk/innen, Italiener/innen, Spanier/innen usw.), verfügen die betroffenen Personen eventuell nur über unzureichende Kenntnisse über das deutsche Gesundheits- und Hilfesystem. Eine noch nicht lange zurückliegende Migration bringt es zudem mit sich, dass die deutschen Sprachkenntnisse nicht besonders gut ausgeprägt sind. Des Weiteren ist denkbar, dass der Migrations- und Aufenthaltsstatus eine entsprechend prekäre finanzielle und ausländerrechtliche Situation nach sich zieht.

Insgesamt kann daher vermutet werden, dass das Sonnenkinder-Projekt aufgrund seiner „Geh-Struktur“ eine besondere Attraktivität für diese Personengruppe hat, zumal diese Personen über herkömmliche Beratungs- und Hilfsangebote (etwa Schwangerschaftsberatung, Familienbildung usw.) nur unzureichend erreicht werden dürften.

Ein weiteres Charakteristikum der im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts erreichten Personengruppen ist der Anteil an erstgebärenden Müttern. Die nachfolgende Tabelle 7 bildet die jeweilige Anzahl an erstgebärenden Müttern bzw. Mütter, die bereits ein oder mehr Kind(er) haben, ab. An der Anzahl der erstgebärenden Mütter wird der hohe Anteil der präventiven Arbeit des Sonnenkinderteams deutlich: Der Anteil an erstgebärenden Mütter beträgt 45%. Insgesamt sind also fast die Hälfte der dokumentierten Fälle erstgebärende Mütter, d.h. es handelt sich um Personen, die noch keine (eigenen) Erfahrungen mit Säuglingen haben. Der Grund, weshalb diese Mütter die Unterstützungsleistung durch das Sonnenkinder-Team wahrnehmen, kann daher zum einen mangelnde Erfahrung im Umgang mit dem ersten Kind, zum anderen aber auch eine durch die Geburt hervorgerufene Krise sein.

Betrachtet man die Mütter, die schon ein oder mehrere Kind(er) haben (n=41), zeigt sich zudem, dass es sich bei den dokumentierten Fällen nicht wirklich um kinderreiche Familien handelt. Einige dieser Personen haben erst ein Kind (n=24), weitere 10 Mütter haben zwei Kinder. Lediglich 7 Personen können zu den kinderreichen Familien gezählt werden, d.h. haben bereits drei oder mehr Kinder (vgl. Tabelle 7).

| Erstgebärend | | Anzahl Kinder (<u>einschließlich</u> des neu geborenen Kindes) | |
|--------------------|-----------|---|-----------|
| ja | 34 | 1 (erstgebärend) | 34 |
| nein | 41 | 2 | 24 |
| Gesamt | 75 | 3 | 10 |
| Fehlende Antworten | 4 | 4 | 4 |
| | | 5 | - |
| | | 6 | 2 |
| | | 7 | 1 |
| | | Gesamt | 75 |
| | | Fehlende Antworten | 4 |

Tabelle 7: Angaben über Erstgeburt und Anzahl an Kinder

Was den Wohnort dieser 79 Mütter/Familien betrifft, so wohnen die meisten unmittelbar im Stadtkern Stuttgarts (n=26). Ein weiterer großer Anteil der befragten Eltern leben in Stuttgart Bad-Cannstatt (n=24) oder Stuttgart-Vaihingen (n=11). Der Rest verteilt sich auf die Filderebene, Feuerbach/Weilimdorf/Zuffenhausen/Stammheim oder die Neckarvororte.

Die meisten Mütter, die im Rahmen des Sonnenkinderprojekts beraten werden, sind verheiratet (64,4% der Fälle) und leben mit ihrem (Ehe-)Partner (78,1% der Fälle) zusammen (vgl. Tabelle 8). Die Risikogruppe „Alleinerziehende“ ist entsprechend selten vertreten.

| Familienstand | | Haushaltsstand | |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| verheiratet | 47 | mit (Ehe-)Partner | 50 |
| ledig | 19 | allein lebend | 13 |
| geschieden | 6 | WG | 1 |
| getrennt lebend | 1 | Gesamt | 64 |
| verwitwet | - | Fehlende Antworten | 15 |
| Gesamt | 73 | | |
| Fehlende Antworten | 6 | | |

Tabelle 8: Angaben zum Familien- und Haushaltsstand der Mütter

Überwiegend sind die Mütter zum aktuellen Zeitpunkt nicht erwerbstätig⁷. Genaue Kenntnisse über den Schul- und Berufsabschluss liegen zur Zeit leider nur in beschränktem Maße vor, da in über der Hälfte der 79 Fällen die Angaben in der Falldokumentation fehlen. Die vorliegenden Daten zeigen jedoch, dass die betreuten Mütter nicht immer über einen allgemeinen Schul- bzw. Berufsabschluss verfügen (vgl. Tabelle 9)

⁷ Um genauere Aussagen zur Erwerbstätigkeit von den betreuten Müttern treffen zu können, wurde das Instrument zur Erfassung der sozioökonomischen Situation der Eltern für zukünftige Auswertungen um die Kategorie „Mutterschutz“ erweitert.

| Schulabschluss | | Berufsabschluss | | Erwerbssituation | |
|----------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| allgemeiner Schulabschluss | 27 | abgeschlossene Berufsausbildung | 26 | Hausfrau | 42 |
| ohne Abschluss | 5 | ohne Abschluss | 10 | Erwerbslos/arbeitslos | 15 |
| Gesamt | 32 | Gesamt | 36 | Ausbildung/ Studium | 6 |
| Fehlende Antworten | 47 | Fehlende Antworten | 43 | Vollzeit erwerbstätig | 3 |
| | | | | Teilzeit erwerbstätig | 3 |
| | | | | Elternzeit | 2 |
| | | | | noch in der Schule | 1 |
| | | | | Gesamt | 72 |
| | | | | Fehlende Antworten | 7 |

Tabelle 9: Angaben zum Schul- und Berufsabschluss sowie zur Erwerbssituation der Mütter

Die nachfolgenden zwei Tabellen 10 und 11 geben schließlich einen Überblick über die sozioökonomische Situation der Familien und deren Unterstützungsbedarf, welcher sich aus den jeweiligen Risikofaktoren der Falldokumentation herauslesen lässt.

Bei den Situationsvariablen (Tabelle 10) zeigt sich: Die meisten der 77 Mütter/Familien (in zwei Fällen fehlen die Angaben) befinden sich in einer schwierigen finanziellen Lage. Darüber hinaus haben viele Mütter einen Mangel bei den Kenntnissen über Angebote der medizinischen Versorgung, über das bundesdeutsche Hilfesystem sowie über die Versorgung und Pflege ihres Babys (hierbei wurden im Grunde alle Wissensbereiche genannt). Schließlich lässt sich auch eine mangelnde Einbindung in entsprechende soziale Netzwerke beobachten. Die Themen Alleinerziehend, selbst eine problematische Familiengeschichte erlebt zu haben und keine, bzw. eine geringe, soziale Unterstützung zu haben, werden bei den betreuten Müttern hingegen nur stellenweise genannt. Der Risikofaktor „Großfamilie“ scheint zudem nur eine nachrangige Rolle einzunehmen.

Insgesamt decken sich diese Situationsvariablen in hohem Maße mit den oben getroffenen Annahmen zu den Personenmerkmalen, vor allem im Hinblick auf den Migrationshintergrund (finanzielle Lage aufgrund des Migrationsstatus, mangelnde Kenntnisse über die Pflege und Entwicklung des Säuglings, fehlende soziale Netzwerke usw.).

| | Anzahl der Angaben | Prozent der Fälle (bei n=77) |
|---|--------------------|------------------------------|
| Besondere Situation | | |
| Schwierige finanzielle Lage | 32 | 48,5% |
| Wenig Kenntnisse über Angebote der medizinischen/psychosozialen Versorgung | 24 | 36,4% |
| Ohne Kenntnisse des deutschen Hilfesystems | 20 | 30,3% |
| Wenig Kenntnisse über Pflege, Ernährung, sozialemotionale Bedürfnisse von Babys | 19 | 28,8% |
| Fehlendes familiäres/nachbarschaftliches/freundschaftliches Netzwerk | 19 | 28,8% |
| Alleinerziehend | 17 | 25,8% |
| Problematische Familiengeschichte | 14 | 21,2% |
| Keine/wenige soziale Unterstützung | 14 | 21,2% |
| Unzureichende Wohnverhältnisse | 12 | 18,2% |
| Ohne Deutschkenntnisse | 10 | 15,2% |
| Soziale Belastungen | 8 | 12,1% |
| Sonstige Nennungen* | 8 | 12,1% |
| Lebend bei Eltern/ Schwiegereltern | 4 | 6,1% |
| Fehlende Krankenversicherung | 4 | 6,1% |
| Mehrere Kinder in der Familie unter 5 Jahren | 3 | 4,5% |
| Unerwünschte Schwangerschaft | 2 | 3,0% |
| Minderjährig Schwangere | 1 | 1,5% |
| Gesamt | 211 | 319,7% |

* Als sonstige Nennungen wurden folgende problembehafteten Situationen benannt: Nur Aufenthaltsvisum für Studierende/Doktorantin, illegaler Aufenthalt in Deutschland, Mutter befindet sich im Methadonprogramm, Brustkrebs, Partner in Haft, Schwangerschaftsprobleme.

Tabelle 10: Besondere Situation der Mütter/Familien (Mehrfachnennungen möglich)

Da es sich bei diesen Situationsvariablen um Mehrfachantworten handelt, zeigt die Anzahl an Antworten dennoch ein multiples Spektrum an Problemfaktoren. Im Schnitt lassen sich hierbei etwa 3 Problemfelder je Mutter/Familie zuordnen (211 Nennungen auf 77 Fälle). Die Problembereiche konzentrieren sich jedoch auf die finanzielle Lage, die mangelnden Kenntnisse sowie auf fehlende Netzwerke und Unterstützung.

Als nächstes kann das Spektrum der sogenannten Risikofaktoren betrachtet werden (Tabelle 11). Hier zeigt sich: Der überwiegend genannte Risikofaktor ist die psychosoziale Belastung der Mutter. Weiter werden Probleme in der Alltagsbewältigung angegeben. Einige Mütter/Familien scheinen zudem unter gesundheitlichen oder psychischen Beeinträchtigungen zu leiden oder haben die Geburt als schwer bzw. traumatisierend erlebt.

| | Anzahl der Angaben | Prozent der Fälle (bei n=77) |
|--|--------------------|------------------------------|
| Risikofaktoren⁸ der Mütter/Eltern | | |
| Psychosoziale Belastung | 37 | 69,8% |
| Probleme bei der Alltagsbewältigung | 20 | 37,7% |
| Geburt als schwere/traumatisierende Erfahrung | 8 | 15,1% |
| Gesundheitliche Beeinträchtigung | 8 | 15,1% |
| Psychische Beeinträchtigung | 7 | 13,2% |
| Konflikthafte Beziehung der Eltern/Beziehungsstörung | 7 | 13,2% |
| Eigene Erfahrung mit Misshandlung/Vernachlässigung | 3 | 5,7% |
| Intellektuelle Beeinträchtigung | 3 | 5,7% |
| Eingeschränkte Fähigkeit beim Umgang mit Stress | 2 | 3,8% |
| Alkohol/Drogensucht beider Eltern/eines Elternteils | 1 | 1,9% |
| Sonstige Nennungen (Unsicherheit) | 1 | 1,9% |
| Gesamt | 97 | 183,0% |

Tabelle 11: Elterliche Risikofaktoren der Mütter/Familien

4.2.2 Merkmale des Kindes

Beim Geschlecht der Kinder von den Müttern/Familien, die zu einem Betreuungsfall wurden, überwiegen deutlich die männlichen Säuglinge (vgl. Tabelle 12). Des Weiteren gab es eine Mutter, die Zwillinge zur Welt brachte (dabei handelte es sich um ein Mädchen und einen Jungen).⁹

| | Antworten | Prozent der Fälle |
|--------------------|-----------|-------------------|
| Geschlecht | N | |
| männlich | 34 | 55,0% |
| weiblich | 27 | 43,4% |
| Zwillinge | 1 | 1,7% |
| Gesamt | 60 | |
| Fehlende Antworten | 19 | |

Tabelle 12: Geschlecht des Kindes

⁸ Die Risikofaktoren werden zeitnah überarbeitet. Insbesondere gilt es die Kategorie „psychosoziale Belastung“ näher zu definieren.

⁹ Die fehlenden Antworten in Tabelle 12 können darauf zurückgeführt werden, dass die Beratung bereits vor der Geburt stattgefunden hat; das Geschlecht des Kindes zu diesem Zeitpunkt somit unbekannt war.

Was die kindspezifischen Risikofaktoren betrifft, so wurden hier nur wenige Angaben gemacht. Dieses Phänomen hängt möglicherweise mit den Kooperationskliniken des Projekts zusammen. Das Marienhospital und die St. Anna-Klinik sind keine spezialisierten Kinderkliniken. Trotz den geringen Risikofaktoren überwiegt hier die Angabe „erhöhter Betreuungsaufwand“ (siehe Tabelle 13). Bei den sonstigen Nennungen handelt es sich um „Zwillinge“ und „unreifes Saugverhalten“.

| | Anzahl der Angaben | Prozent der Fälle |
|--|--------------------|-------------------|
| Merkmale des Kindes | | |
| Unsicheres Bindungsverhalten | - | - |
| Erhöhter Betreuungsaufwand | 5 | 6,5% |
| Frühgeburt | 3 | 3,9% |
| Entwicklungsbeeinträchtigung/Verhaltensauffälligkeit | 2 | 2,5% |
| Sonstiges | 2 | 2,5% |
| Gesamt | 12 | 15,4% |

Tabelle 13: Risikofaktoren des Kindes

4.2.3 Betreuung und Beratung

Im Schnitt erstreckte sich die Betreuung der Mütter bzw. Familien über eine Zeitspanne von knapp 43 Tagen (etwa 1,5 Monate). Der Median liegt allerdings bei 23,5 Tagen, d.h. einige Betreuungen nahmen sehr viel Zeit in Anspruch, so dass der Durchschnittswert entsprechend verzerrt ist. Die Spannweite der Betreuungen beträgt daher zwischen einem Tag und 203 Tagen (ca. 6,5 Monate).

Aus der folgenden Tabelle 14 kann die jeweilige Verteilung entnommen werden. Man erkennt deutlich, dass sich die meisten Betreuungen auf eine Zeitspanne zwischen 21 und 50 Tagen erstreckten (31,2%). Es gab jedoch auch einen beträchtlichen Anteil an Betreuungsverhältnissen (26,3%), die zwischen nur einem Tag und bis 10 Tagen andauerten.

| Dauer der Betreuungen in Tage | |
|--------------------------------------|-------------|
| 1-10 | 26,2% |
| 13-20 | 16,7% |
| 21-50 | 30,9% |
| 51-98 | 14,3% |
| 104-203 | 11,9% |
| Gesamt | 100% |
| Fehlende Antworten | 1 |

Tabelle 14: Dauer der Beratungen in Tage

Seit Juli 2012 können auch Aussagen zum Beratungsort gemacht werden, da seit diesem Monat der Tätigkeitsbericht um ein weiteres Item erweitert wurde. Hier zeigt sich, dass die Beratungen am häufigsten zuhause bei der Familie stattfanden (45,8%). Der Beratungsort „Klinik“ wurde ähnlich häufig genannt (38,3%). Ambulante Beratungen in der Schwangerschaftsberatungsstelle des

Sozialdiensts katholischer Frauen oder in der Erziehungsberatungsstelle des Caritasverbands Stuttgart e.V. nehmen einen Anteil von 15,8% ein. Insgesamt wurden in den Monaten Juli und August bei den 79 Betreuungsfällen 120 Beratungen durchgeführt.

Weiterhin wurden bislang im Durchschnitt pro betreute Mutter/Familie knapp 5 Termine (direkte Fallarbeit) bzw. Kontakte umgesetzt. Hierbei wurden nicht nur die unmittelbare Beratung, sondern auch fallbezogene Tätigkeiten wie Telefonate mit den Müttern und weiteren Ansprechpartnern, Rechercharbeit usw. dokumentiert. Im Rahmen der unmittelbaren Arbeit mit den Familien wurden überwiegend Einzelbetreuungstermine wahrgenommen. Termine der ambulanten Familienunterstützung fanden hingegen etwas seltener statt und Teilnahme an Gruppenangeboten gab es bislang nur eine. Unterscheidet man zwischen abgeschlossenen und laufenden Fällen, so wurden im Rahmen der abgeschlossenen Fälle 5 Einzelbetreuungsmaßnahmen, 1 Gruppenangebot und 3 Angebote der ambulanten Familienunterstützung durchgeführt. Bei den laufenden Fällen waren es im Schnitt 6 Einzelberatungstermine und 3 Angebote der ambulanten Familienunterstützung. Teilnahmen an Gruppenangeboten gibt bei den derzeit betreuten Familien bislang keine.

Die Beratungsthemen können auf zwei verschiedenen Ebenen ausgewertet werden: Zum einen lässt sich aus dem Dokumentationsformular herauslesen, welche Themen über alle 79 Betreuungsfälle hinweg am häufigsten besprochen wurden (Häufigkeit der Beratungsthemen über alle Fälle), zum anderen aber auch wie häufig diese Themen *pro Fall* zur Sprache kamen (Häufigkeit der besprochenen Beratungsthemen je Fall). Letztere Auswertungsmöglichkeit bezieht sich auf die Angaben je dokumentierten Termin. Hier konnten die Mitarbeiterinnen beispielsweise vermerken, welche Themen in den einzelnen Terminen besprochen wurden.

Was die Häufigkeit der Beratungsthemen über alle Fälle hinweg betrifft, so handelt es sich sowohl bei den abgeschlossenen als auch bei den laufenden Fällen vor allem um das Finden von passenden Unterstützungsangeboten. In etwa zwei Dritteln der Fälle wurde dieser Beratungsbedarf genannt. Weitere wichtige Themen sind die gesunde Entwicklung des Säuglings, Kinderbetreuung, Haushaltsorganisation, Alltagsbewältigung und der Umgang mit Ämtern/Finanzen. Bei etwa der Hälfte aller bisher betreuten Mütter waren diese Themen Inhalt der Beratung. Themen wie Probleme der Eltern (im Sinne einer Paarberatung) oder zur Kinderunfallprävention werden weitaus seltener in Beratungssituationen besprochen. Daneben wurden noch sonstige Themen genannt (z.B. die Begleitung zu verschiedenen sozialen Dienstleistungen, Nachsorge und das Stillen). (vgl. Tabelle 15).

| Beratungsthemen | Abgeschlossene Fälle (n=33) | Laufende Fälle (n=28) |
|--|------------------------------------|------------------------------|
| Finden/Vermittlung passender Unterstützungsangebote | 87,9% (n=29) | 85,7% (n=24) |
| Gesunde Entwicklung des Säuglings | 66,7% (n=22) | 64,3% (n=18) |
| Kinderbetreuung, Haushaltsorganisation, Alltagsbewältigung | 54,5% (n=18) | 67,9% (n=19) |
| Umgang mit Ämtern/Finanzen | 54,5% (n=15) | 46,3% (n=13) |
| Geburtsspezifische Themen | 54,5% (n=18) | 35,7% (n=10) |
| Probleme Mutter/ Vater (Einzelbetreuung) | 36,4% (n=12) | 42,9% (n=12) |
| Schwangerschaftsprobleme | 30,3% (n=10) | 14,3% (n=4) |
| Eltern-Kind-Bindung | 36,4% (n=12) | 28,6% (n=8) |
| Sonstiges | 24,2% (n=8) | 50,0% (n=14) |
| Migrationsfragen (z.B. Aufenthalt, Sprache) | 15,2% (n=5) | 17,9% (n=5) |
| Probleme der Eltern (Paarberatung) | 6,1% (n=2) | 3,6% (n=1) |
| Kinderunfallprävention | 3,0% (n=1) | 17,9% (n=5) |
| Gesamt | n=33 | n=28 |

Tabelle 15: Beratungsthemen (Mehrfachantworten; nach Häufigkeit sortiert)

Im Rahmen der Beratung wurde folglich sowohl in den abgeschlossenen als auch in den laufenden Fällen bislang überwiegend über „passende Unterstützungsangebote“, Fragen der gesunden Entwicklung des Säuglings sowie über die Problematik der Alltagsbewältigung, Kinderbetreuung und Haushaltsorganisation gesprochen. Prinzipiell entspricht dabei der Beratungsinhalt der noch laufenden Fälle den Themen der Beratung von Müttern, deren Unterstützungsleistung beendet wurde.

An den Beratungsthemen erkennt man ebenso Parallelen zu den obigen Annahmen bezüglich der personenbezogenen Merkmale der Mütter mit Migrationshintergrund, die im Rahmen des Sonnenkinderprojekts betreut werden (Finden von passenden Unterstützungsleistungen angesichts fehlender Kenntnisse über das deutschen Gesundheits- und Hilfesystem; Umgang mit Ämtern/Finanzen; Auswirkung fehlender sozialer Netzwerke auf die Problematik der Kinderbetreuung, Haushaltsorganisation und Alltagsbewältigung sowie auf Fragen zur gesunden Entwicklung des Säuglings).

Dass das Thema „Migrationsfragen (z.B. Aufenthalt, Sprache)“ im Hinblick auf den hohen Anteil der Mütter mit Migrationshintergrund eine eher geringe Bedeutung in Beratungssituationen einnimmt, wird mit der schwierigen Trennbarkeit dieses Items von anderen Beratungsthemen begründet. So werden entsprechende Migrationsfragen möglicherweise bereits im Kontext des Umgangs mit Ämtern geklärt.¹⁰

Zusätzlich zu der Häufigkeit der Beratungsthemen kann auf Basis der Angaben in der Fallakte analysiert werden, wie häufig jede Mutter/Familie zu einem bestimmten Thema beraten wurde (d.h. wie häufig ein bestimmtes Thema bei den Beratungsterminen je Fall besprochen wurde). Die Analyse soll verdeutlichen, welche Beratungsthemen jeweils dominierten. Zur Auswertung dieser Häufigkeiten wurden jedoch nur die abgeschlossenen Fälle (n=33) verwendet.

Die Betrachtung zeigt, dass Beratungen über die gesunde Entwicklung des Säuglings sowie über die Eltern-Kind-Bindung dominierten. Je Fall wurde das Thema „gesunde Entwicklung des Säuglings“ im Schnitt über 4 Mal angesprochen. Das Thema „Eltern-Kind-Bindung“ kam bei den Beratungen knapp 3 Mal pro Fall vor. Im Anschluss folgen die Themen „Umgang mit Ämtern/Finanzen“ und „Migrationsfragen“ sowie die bereits oben genannten Aspekte der Vermittlung passender Unterstützungsangebote und Alltagsbewältigung, Haushaltsorganisation, Kinderbetreuung (vgl. Tabelle 16). Im Vergleich zur *Häufigkeit der Beratungsthemen* (Tabelle 15) zeigt sich hier, dass die Themen „Gesunde Entwicklung des Säuglings“ und „Eltern-Kind-Bindung“ zwar nur bei zwei Drittel bzw. einem Drittel der betreuten Mütter/Familien eine Rolle spielten, dort aber dafür umso häufiger Gegenstand der Beratungen waren. Gleiches gilt für Migrationsfragen.

| Beratungsthemen der abgeschlossenen Fälle | Mittelwert (Thema als Gegenstand der Beratungen) |
|--|---|
| Gesunde Entwicklung des Säuglings | 4,4 |
| Eltern-Kind-Bindung | 2,8 |
| Umgang mit Ämtern/ Finanzen | 2,7 |
| Migrationsfragen (z.B. Aufenthalt, Sprache) | 2,6 |
| Probleme Mutter/ Vater (Einzelbetreuung) | 2,5 |
| Finden/Vermittlung passender Unterstützungsangebote | 2,1 |
| Kinderbetreuung, Haushaltsorganisation, Alltagsbewältigung | 2,0 |
| Geburtsspezifische Themen | 1,9 |
| Schwangerschaftsproblem | 1,7 |
| Probleme der Eltern (Paarberatung) | 1,5 |

Tabelle 16: Beratungsthemen je Betreuungsfall

¹⁰ Das Konstrukt „Beratungsthemen“ wurde dementsprechend um die Ausprägung „Migrationsfragen (z.B. Aufenthalt, Sprache)“ gekürzt. Stattdessen werden die Mütter zukünftig hinsichtlich Fragen zu Sprachkenntnissen beraten.

Eine differenzierte Analyse zeigt zudem, dass sich die Häufigkeit der Beratungsthemen pro Fall bei den abgeschlossenen Fällen von den Themen der laufenden Fälle unterscheiden. Im Vergleich zwischen laufenden und abgeschlossenen Fällen steht bei den laufenden Fällen das Finden von passenden Unterstützungsleistungen und Themen zur Eltern-Kind-Bindung, zur Kinderbetreuung/ Haushaltsorganisation/Alltagsbewältigung sowie zum Umgang mit Ämtern/Finanzen im Vordergrund. Diese Themen nehmen in den Beratungen der laufenden Fälle einen bisher höheren Stellenwert als beispielsweise das Thema „Gesunde Entwicklung des Säuglings“.

4.2.4 Beendigungen

In den meisten Fällen endete die Betreuung im gegenseitigen Einvernehmen (bei 89,7% der abgeschlossenen Fälle). In zwei Fällen wird von einem Abbruch durch die Mutter berichtet (vgl. Tabelle 17). Als sonstige Beendigungsgründe wurde die Entlassung aus der Klinik und Weiterbetreuung durch den ASD Bad Cannstatt genannt.

Was den Beendigungsgrund betrifft, so wurde bei 71,8% der Fälle „keine weitere Hilfe erforderlich“ angegeben. 28,2% der betreuten Mütter nehmen eine weiterführende Hilfe in Anspruch (vgl. Tabelle 17). Hierbei wurden folgende Unterstützungsleistungen genannt: Akupunktur, ASD, Jugendamt (n=2), stationärer Aufenthalt, Kontrolle durch den Kinderarzt bzw. Familienhebamme, Schuldnerberatung und Schwangerschaftsberatung (n=2). Zu einem Kinderschutzfall kam es bislang nicht.

| Ende der Betreuung | | Weiterführende Hilfen | |
|----------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
| einvernehmlich | 35 | Keine weitere Hilfe erforderlich | 28 |
| Abbruch durch Mutter | 2 | Weitere Hilfe erforderlich | 11 |
| sonstige Beendigungsgründe | 2 | Gesamt | 39 |
| Gesamt | 39 | Fehlende Antworten | 4 |
| Fehlende Antworten | 4 | | |

Tabelle 17: Ende der Betreuung und Notwendigkeit einer weiterführenden Hilfe

4.2.5 Entwicklung der elterlichen Kompetenzen

Um Aussagen über elterliche Kompetenzen treffen zu können, wurden verschiedene Fähigkeiten der Mütter/Eltern durch die jeweils betreuende Fachkraft eingeschätzt. Dabei bewerteten die betreuenden Fachkräfte in der Falldokumentation jeweils zu Beginn und am Ende der Betreuungsmaßnahme das Vorhandensein bestimmter Fähigkeiten. Zu *Beginn der Betreuung* sollten die jeweiligen Fachkräfte dabei auf einer Skala von 1-5 einschätzen, wie gut bzw. schlecht einzelne Fähigkeiten ausgeprägt sind. Ebenfalls auf einer Skala von 1-5 gaben die Fachkräfte dann auch am *Ende der Betreuungsmaßnahme* an, wie sich die Kompetenzen jeweils entwickelt haben.

Betrachtet man zunächst die Einschätzungen der mütterlichen/elterlichen Kompetenzen zu *Beginn der Betreuungsmaßnahme*, so zeigt sich, dass insbesondere die persönliche Situation (Gesundheit, Stress) und die Kenntnisse des deutschen Hilfesystems als relativ schlecht bzw. mittelmäßig eingeschätzt werden. Aber auch die Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen und die Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen) werden als eher mittelmäßig bewertet. Relativ gute Einschätzungen erzielen hingegen die Fähigkeiten „Familienleben“, „Interaktion mit dem Kind“ und „Versorgung des Kindes (Pflege)“ (vgl. Tabelle 18).

| | Einschätzung der Kompetenzen zu Beginn der Betreuung ¹ |
|---|---|
| Persönliche Situation (Gesundheit, Stress) | 2,63 |
| Kenntnisse des deutschen Hilfesystems | 3,20 |
| Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen | 3,41 |
| Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen) | 3,52 |
| Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation) | 3,67 |
| Interaktion mit dem Kind | 3,81 |
| Versorgung des Kindes (Pflege) | 3,86 |

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

Tabelle 18: Einschätzung der elterlichen Kompetenzen zu Beginn der Betreuung

In der Tabelle 18 zeigen sich tatsächlich wiederum verschiedene Tendenzen, die mit den bereits genannten personenbezogenen Merkmalen und Beratungsthemen der im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts betreuten Mütter/Familien deutlich zusammenhängen: Eine schwierige sozio-ökonomische Lebenslage, psychosoziale Probleme, Migrationshintergrund, fehlende Kenntnisse über das deutsche Gesundheits- und Hilfesystem, fehlende/eingeschränkte soziale Netzwerke und Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung.

Zusätzlich zur Bewertung der elterlichen Kompetenzen am Anfang der Betreuung sollten die jeweiligen Fachkräfte mit *Beendigung der Begleitung* eine Einschätzung darüber abgeben, wie sich diese Kompetenzen entwickelt haben. Für die folgende Analyse dieser Entwicklung wurden nur die Werte der abgeschlossenen Fälle verwendet, weil auch nur bei diesen Fällen Informationen über die Beendigung der Hilfemaßnahme vorliegen. Dabei ist es jedoch sinnvoll, zusätzlich zu unterscheiden zwischen Fällen, bei denen nach der Beendigung der Begleitung eine weiterführende Hilfe erforderlich wurde, und Fällen, bei denen dies nicht der Fall war bzw. deren Betreuung erfolgreich beendet wurde („keine weitere Hilfe erforderlich“).

Aus Tabelle 19 geht hervor, dass sich bei den Müttern/Eltern, die nach Beendigung der Betreuung *keine weitere Hilfe* benötigten, die meisten Kompetenzen deutlich verbessert haben, etwa die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, das Familienleben, die Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen sowie die Fähigkeit zur Versorgung des Kindes und die Mutter-Kind-Interaktion.

Bei Müttern/Eltern, bei denen hingegen eine *weiterführende Hilfe* erforderlich wurde, fiel die Einschätzung der Entwicklung fast aller Kompetenzen bei Beendigung der Betreuung schlechter aus. Bei diesen Eltern/Mütter lässt sich lediglich eine leichte Verbesserung ihrer Alltagskompetenz und bei der Versorgung des Kindes verzeichnen. Hingegen blieben vor allem die Kompetenzen unverändert bzw. haben sich sogar leicht verschlechtert, die sich auf die persönliche Situation, die Organisation des Familienlebens, die Kenntnisse des deutschen Hilfesystems, die Bereitschaft, Hilfe zu suchen/anzunehmen sowie die Interaktion mit dem Kind, beziehen (vgl. Tabelle 19).

| | Einschätzung der Kompetenzen beim Abschluss der Betreuung ² | |
|---|--|-----------------------------------|
| | Keine weitere Hilfe erforderlich (n=28) | Weitere Hilfe erforderlich (n=11) |
| Persönliche Situation (Gesundheit, Stress) | 3,23 | 2,75 |
| Kenntnisse des deutschen Hilfesystems | 3,35* | 2,44 |
| Bereitschaft Hilfe zu suchen/ anzunehmen | 3,59* | 2,67 |
| Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen) | 4,14* | 3,56 |
| Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation) | 3,76* | 2,83 |
| Interaktion mit dem Kind | 3,60 | 3,00 |
| Versorgung des Kindes (Pflege) | 3,57 | 3,33 |

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

* signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei $p > 0,1$

Tabelle 19: Einschätzung der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen nach Beendigung der Betreuung.

In der Tabelle 19 zeigt sich deutlich die Wirkung der Betreuung durch das Sonnenkinder-Team. Bei allen Fällen, die als „erfolgreich beendet“ bezeichnet werden können, haben sich die relevanten Fähigkeiten (vgl. Tabelle 18) teilweise merklich verbessert. Bei diesen Müttern/Eltern liegt kein Wert unter dem Skalenwert 3, d.h. es lässt sich keine Verschlechterung verzeichnen. Lediglich die persönliche Situation sowie die Kenntnisse des deutschen Hilfesystems können als relativ „unverändert“ bezeichnet werden, weisen jedoch einen leichten Trend zur „Verbesserung“ auf. Hingegen liegen vier von sieben Werten bei den Müttern/Familien, bei denen mit Beendigung der Betreuung eine weiterführende Hilfe notwendig wurde, unter dem Skalenwert 3, d.h. haben sich eher verschlechtert. Dies sollte allerdings keinesfalls als ein „Scheitern“ der Betreuung durch das Sonnenkinder-Team gewertet werden. Hingegen muss für diese Fälle eher vermutet werden, dass eine Weitervermittlung nötig war.

Einschränkend muss für die Analyse der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen angemerkt werden, dass diese Einschätzungen ausschließlich durch die Fachkräfte des Sonnenkinder-Kernteams vorgenommen wurden. Eine ergänzende Erfassung der Entwicklung dieser Fähigkeiten auf Basis einer Befragung der Mütter/Eltern ist jedoch für das kommende Jahr geplant (Elternbefragung).

4.3 Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen

Die folgenden Kapitel stützen sich auf die Tätigkeitsberichte der Mitarbeiterinnen des Sonnenkinder-Teams. Die Auswertung soll verdeutlichen, welchen Umfang die fall- und projektbezogenen Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen jeweils einnehmen. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass der Tätigkeitsnachweis für die Projektmitarbeiterinnen durch die wissenschaftliche Begleitforschung im März 2012 überarbeitet und verändert wurde.¹¹ Für die Auswertung liegen somit zwei verschiedene Versionen des Tätigkeitsberichts vor. Aus diesem Grunde müssen bei den nachfolgenden Themen stets zwei getrennte Auswertungen dargestellt werden (Tätigkeitsbericht alt; Tätigkeitsbericht neu).

Insgesamt ist für den Zeitraum November 2011 bis Februar 2012 eine Zunahme an fallbezogenen Tätigkeiten zu erkennen: Während sich im November 2011 projekt- und fallbezogene Tätigkeiten etwa gleich verteilt darstellen (projektbezogene: 47,4%; fallbezogene: 52,5%), waren die Projektmitarbeiterinnen im Februar 2012 häufiger in fallspezifische Tätigkeiten involviert (77,4%). Zwischen Dezember 2011 und Januar 2012 nahm das Pensum an fallbezogenen Tätigkeiten zwar wieder etwas ab (Dezember: 69%; Januar: 63,5%), insgesamt pendelte sich der Anteil an Arbeitszeit für fallspezifische Tätigkeiten allerdings über den Beobachtungszeitraum bei etwa 70% ein (vgl. Abbildung 3).

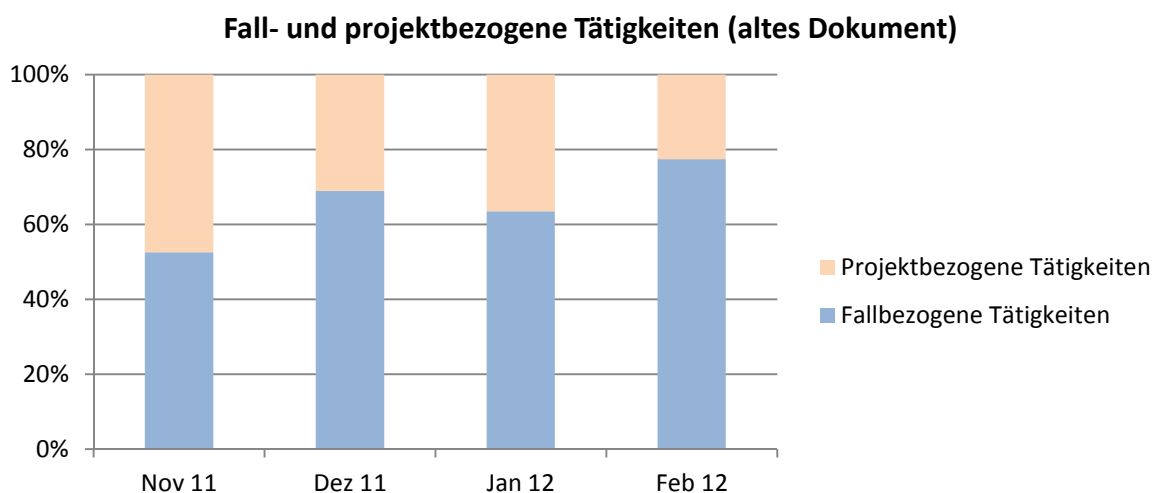


Abbildung 3: Gewichtung der fall- und projektbezogenen Tätigkeiten (altes Dokument)

Was die jeweiligen Themen der *fallbezogenen Aktivitäten* betrifft, so zeigt sich folgendes Bild: Mit Ausnahme des Monats November 2011 überwiegt in den nachfolgenden Monaten die fallbezogene Tätigkeit „Beratung in Klinik/Beratungsstelle“ (46%). Die ambulante Beratung nimmt als Beratungssetting ebenso einen noch hohen Stellenwert ein (33,5%). Hingegen fanden nur selten eine

¹¹ Die erste Version zu Erfassung der Tätigkeiten wurde im Projektzeitraum November 2011 bis Februar 2012 verwendet. Ab März wurde die neue Version des Tätigkeitsnachweises eingesetzt. Eine Mitarbeiterin verwendete in diesem Monat allerdings noch das alte Dokument. Dieses bleibt im Rahmen der Auswertung der alten Dokumente unberücksichtigt.

ambulante pflegerische Unterstützungsleistung (9,1%) und eine Beratungen vor der Geburt (7,6%) statt. Beratungskontexte der ambulanten Familienunterstützung wurden am wenigsten umgesetzt (3,8%). Gruppenangebote konnten keine durchgeführt werden (vgl. Abbildung 4).

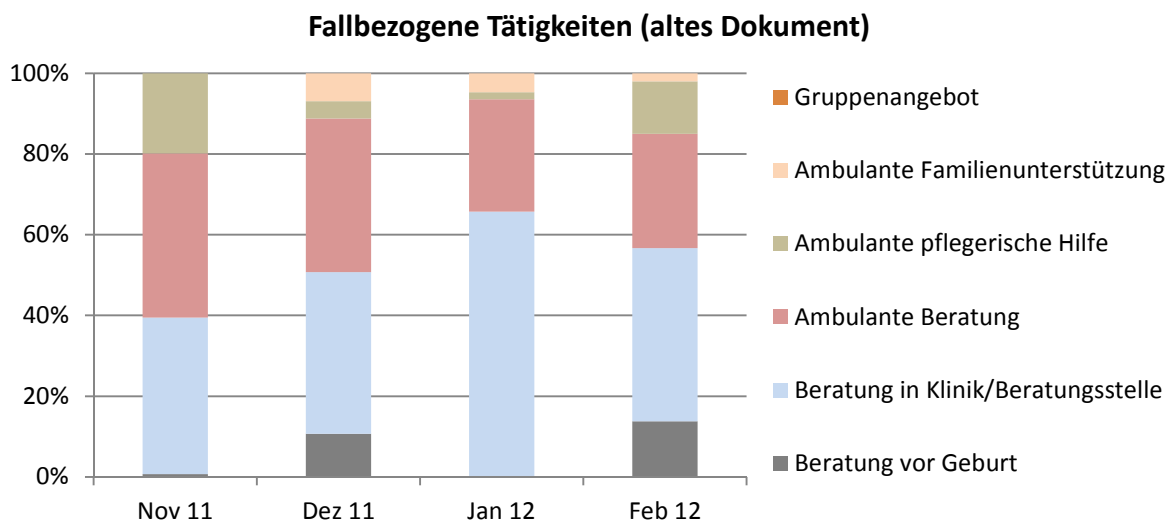


Abbildung 4: Fallbezogene Tätigkeiten (altes Dokument)

Im Hinblick auf die *projektbezogenen Tätigkeiten* der Mitarbeiterinnen überwog in den Monaten November 2011 bis Februar 2012 die Arbeit mit sonstigen Kooperationspartnern (52,9%). Die Kooperation mit Pflegekräften der beiden Kliniken (29,9%) hatte im Gegensatz zur Zusammenarbeit mit Ärzten der Kliniken (11,9%) einen höheren Arbeitsanteil (vgl. Abbildung 5).

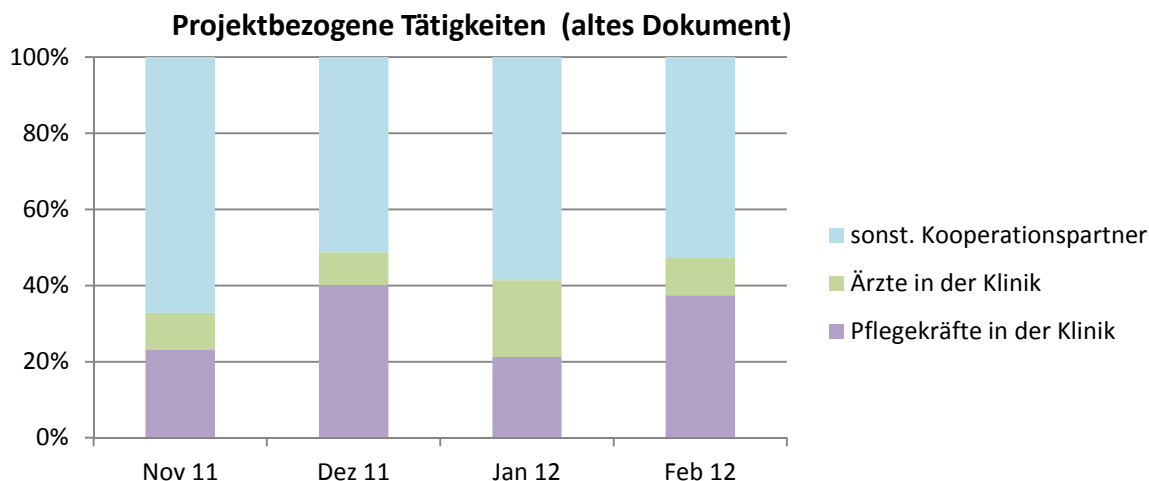


Abbildung 5: Projektbezogene Tätigkeiten (altes Dokument)

Ab März 2012 konnte dann ein neues Dokument zur Erfassung der Tätigkeiten der Projektmitarbeiterinnen eingesetzt werden. Im neuen Dokument wurden die bestehenden Tätigkeitskategorien zusammengefasst und umbenannt sowie neue Kategorien hinzugefügt.

Insgesamt wurde in den Monaten März 2012 bis August 2012 mehr Arbeitszeit in fallbezogene als in projektbezogene Tätigkeiten investiert (56,1%). Dabei lag die fallspezifische Arbeit ab März bis Mai

bei ungefähr 60% der jeweiligen monatlichen Arbeitszeit. Im Juni und August befassten sich die Mitarbeiterinnen zwar im Vergleich zu projektbezogenen Tätigkeiten immer noch häufiger mit Aufgaben im Rahmen der Fallarbeit (Juni: 55%; August 51,1%), dennoch nahm die Arbeitszeit an projektspezifischen Aufgaben wieder etwas zu (Juni 45%; August 48,9%). Im Juli überwog der Anteil an projektbezogener Arbeit um etwa 10% (54,2% im Vergleich zu fallbezogene Arbeitszeit: 45,8%) (vgl. Abbildung 6).

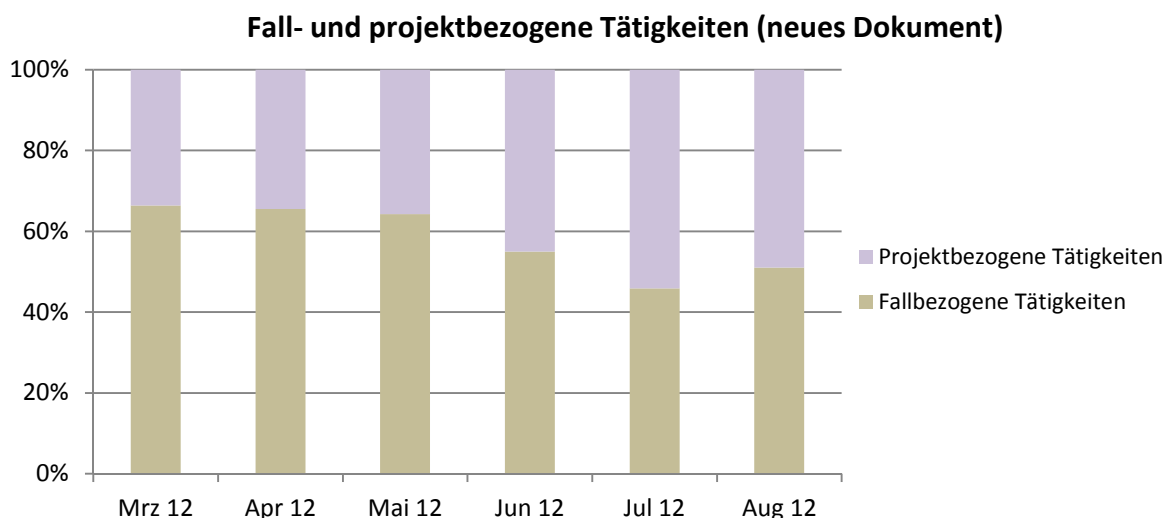


Abbildung 6: Gewichtung der fall- und projektbezogene Tätigkeiten (neues Dokument)

Aus Abbildung 7 geht schließlich hervor, dass im Rahmen der *Fallarbeits* insbesondere die unmittelbare Arbeit mit Familien im Vordergrund steht (35,2%). Dokumentation, fallspezifische Büro-/Teamarbeit sowie die Fahrtzeit nehmen jeweilig etwa ein Fünftel an fallbezogener Arbeitszeit ein. Die fallspezifische Kooperationsarbeit hat bislang einen sehr geringen Stellenwert (9% der fallspezifischen Arbeitszeit).

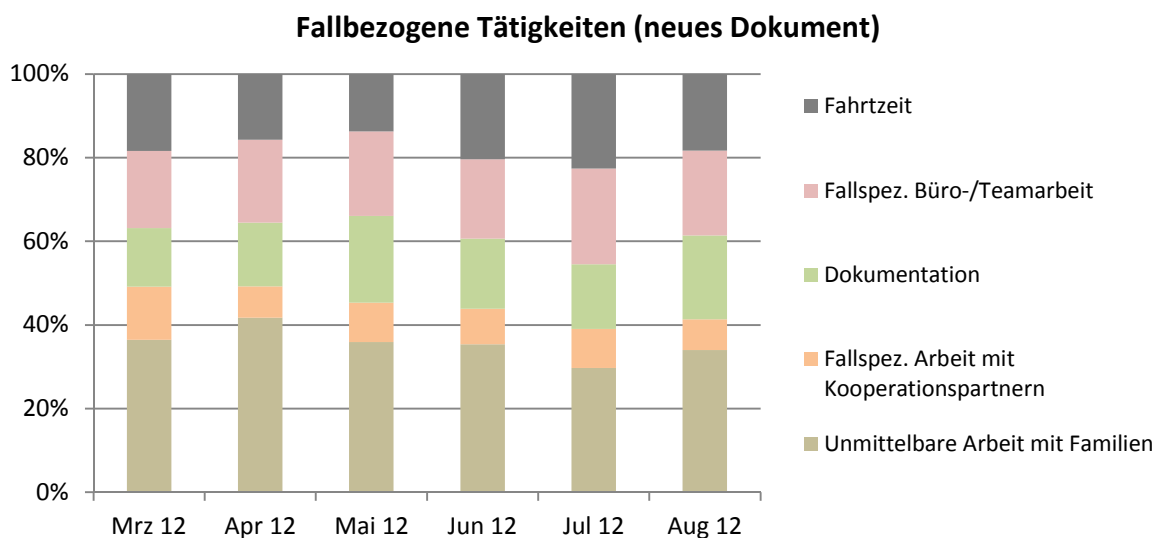


Abbildung 7: Fallbezogene Tätigkeiten (neues Dokument)

Im Rahmen der *projektbezogenen Tätigkeiten* überwiegt deutlich die Büro-/Teamarbeit, in der es um die Organisation des Projekts geht (68,3%). Die Öffentlichkeitsarbeit seitens des Kernteams nimmt einen geringen Stellenwert in der Arbeitszeit ein (1,3%).¹² Der Arbeitsaufwand in sonstiger Kooperationsarbeit (10,5%), in der Organisation und Durchführung von Fortbildungen (12,9%) und in der Erst- und Zweitkontaktaufnahme mit den Familien in der Klinik (7,9%) beträgt etwa ein Zehntel der projektspezifischen Arbeitszeit (vgl. Abbildung 8). Die Kategorie „Erst- und Zweitkontakt in der Klinik“ wurde erst im Juli in das Dokument des Tätigkeitsnachweises aufgenommen, weshalb die dafür aufgebrauchte Arbeitszeit prinzipiell nicht mit anderen projektspezifischen Tätigkeiten in den Monaten März 2012 bis Juni 2012 ins Verhältnis gesetzt werden kann.

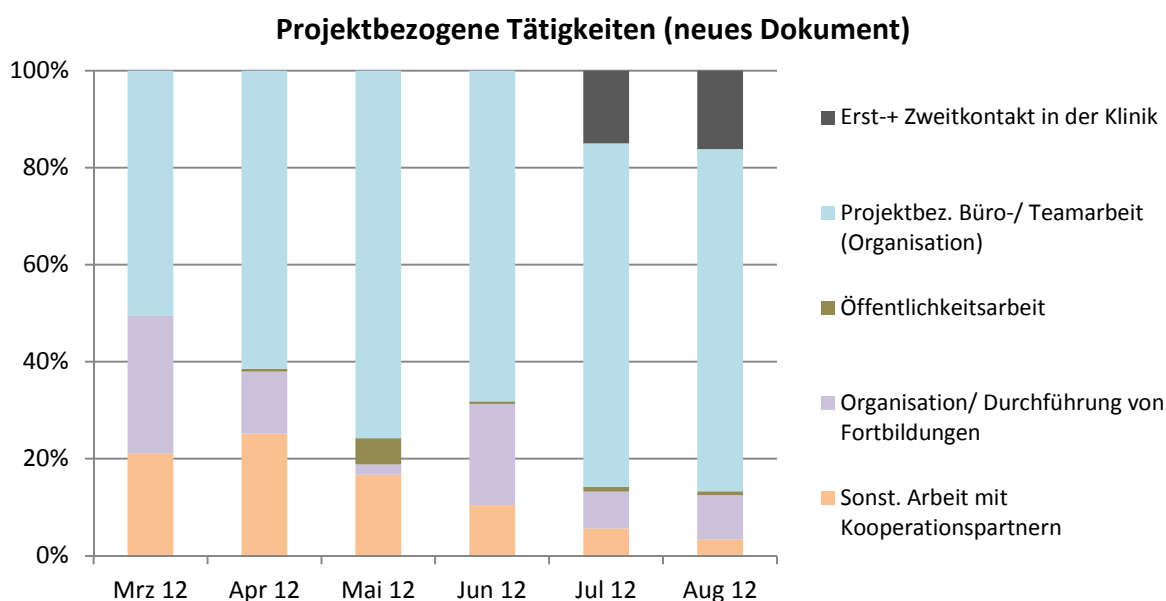


Abbildung 8: Projektbezogene Tätigkeiten (neues Dokument)

4.4 Fortbildungen

Bislang fanden insgesamt sechs Fortbildungen in den beiden Kliniken zu folgenden Themen statt:

- „Besonderheiten in der Betreuung von Schwangeren bzw. Familien und Kinder mit *Migrationshintergrund*“ (diese Fortbildung fand in beiden Kliniken statt),
- „Grundlagen des *Aufenthaltsrechts*“ (zu diesem Thema gab es ebenso zwei Termine),
- „*Familienpflege/Haushaltshilfe* - das beste Placebo für jede kranke Mutter“,
- „*Ein guter Start auf Station* - ein Beitrag zur Vermeidung von Misshandlung und Vernachlässigung in der frühen Kindheit“.

¹² Die Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt übernimmt maßgeblich die Geschäftsführung des Projekts. Ihre Tätigkeiten werden in der Evaluation nicht mit berücksichtigt.

Die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit der Qualifikation der Referentinnen, mit den Lernmethoden und -inhalten sowie mit den Rahmenbedingungen des Kurses wurde im Anschluss an die Fortbildungen mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens erfasst. Ihre Zufriedenheit sollten die befragten Teilnehmer/innen dabei auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) ausdrücken. Zusätzlich wurden die Teilnehmer/innen in diesem Fragebogen zu ihrem persönlichen Interesse und der Motivation, an der Fortbildung teilzunehmen, befragt. In der nachfolgenden Auswertung konnten 75 Feedbackfragebögen berücksichtigt werden.

Der folgenden Tabelle 20 ist die Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit den verschiedenen Fortbildungen zu entnehmen. Deutlich wird, dass die Teilnehmer/innen insgesamt sehr zufrieden mit der Durchführung und den Inhalten der Fortbildungen waren (nahezu alle Werte liegen zwischen 4 und 5, d.h. zwischen eher zufrieden und sehr zufrieden). Nur die Schnelligkeit der Dozent/innen und das Bereitstellen von Arbeitsmaterialien werden im Verhältnis ‚schlechter‘ bewertet als die anderen Faktoren.

Die erste Fortbildung (Besonderheiten in der Betreuung von Schwangeren bzw. Familien und Kindern mit Migrationshintergrund) schneidet in der Zufriedenheitsanalyse mit Abstand am besten ab. Hier wurde im Vergleich zu den anderen Fortbildungen bei fast allen items ein höherer Zufriedenheitswert genannt. Hingegen ist die Zufriedenheit beispielsweise bei der Fortbildung zu den Grundlagen des Aufenthaltsrechts im Vergleich zu den anderen Fortbildungen etwas geringer ausgeprägt. Allerdings wurden hierbei vor allem die Rahmenbedingungen des Kurses und die Lernmethoden der Dozentin als sehr gut bewertet.

In der nachfolgenden Tabelle 20 werden jeweils die Durchschnittswerte der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der jeweiligen Fortbildung dargestellt. Werte, die kursiv geschrieben sind, drücken eine im Vergleich zu den anderen Fortbildungen niedrigere Zufriedenheit aus. Fett geschriebene Werte zeigen eine im Vergleich sehr hohe Zufriedenheit. Markante Unterschiede im Antwortverhalten der Teilnehmer/innen aus verschiedenen Fortbildungen bestehen lediglich im Hinblick auf die Frage nach der Verständlichkeit und Schnelligkeit der Dozentin sowie bei der Bewertung von Arbeitsmaterialien.

| <i>Qualifikation der/s Referenten/in</i> | | Alle Fortbildungen | Migration | Aufenthaltsrecht | Familienpflege/Haushaltshilfe | Guter Start auf Station |
|---|--|--------------------|-----------|------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Fachliche Kompetenz | Die Dozentin schätze ich als fachlich kompetent ein | 4,92 | 4,96 | 4,78 | 5,00 | 4,92 |
| Verständlichkeit | Der Dozentin ist es gelungen die Inhalte verständlich zu vermitteln*** | 4,88 | 5,00 | 4,44 | 4,83 | 4,92 |
| Beteiligung der Teilnehmer/-innen | Dozentin ging angemessen auf Fragen und Beiträge der Teilnehmer/-innen ein | 4,81 | 4,91 | 4,67 | 4,67 | 4,81 |
| Beteiligung der Teilnehmer/-innen | Diskussionen wurden zugelassen | 4,81 | 4,87 | 4,67 | 5,00 | 4,81 |
| Schnelligkeit | Das Tempo des Vorgehens seitens der Dozentin war angemessen*** | 4,75 | 4,95 | 3,89 | 4,83 | 4,83 |
| Anforderungen | Die Anforderungen seitens der Dozentin waren zu hoch* | 1,50 | 1,05 | 2,00 | 1,50 | 1,64 |
| <i>Bewertung der Lernmethode</i> | | Alle Fortbildungen | Migration | Aufenthaltsrecht | Familienpflege/Haushaltshilfe | Guter Start auf Station |
| Gliederung des Inhaltes | Der inhaltliche Aufbau war logisch, der „rote Faden“ war erkennbar* | 4,61 | 4,87 | 4,56 | 4,60 | 4,46 |
| Arbeitsmaterialien | Es wurden ausreichend Begleitmaterialien ausgegeben*** | 4,27 | 3,52 | 5,00 | 4,00 | 4,57 |
| Organisation gesamt | Die Organisation der Fortbildung war insgesamt gut | 4,69 | 4,70 | 4,44 | 4,67 | 4,76 |
| <i>Bewertung des Lerninhalts</i> | | Alle Fortbildungen | Migration | Aufenthaltsrecht | Familienpflege/Haushaltshilfe | Guter Start auf Station |
| Theorieteil | Theoretische Kenntnisse wurden gut vermittelt** | 4,74 | 5,00 | 4,56 | 4,60 | 4,65 |
| Praktische Umsetzbarkeit | Den Fortbildungsinhalt kann ich gut in die Praxis umsetzen | 4,42 | 4,52 | 4,44 | 4,17 | 4,39 |
| Aktuelle Entwicklungen | Es wurde Bezug auf aktuelle Entwicklungen genommen* | 4,26 | 4,52 | 4,67 | 4,17 | 4,00 |
| Praktische Relevanz | Der Nutzen der Inhalte für meine berufliche Tätigkeit hat sich mir erschlossen | 4,63 | 4,68 | 4,89 | 4,50 | 4,56 |
| Schwierigkeit | Der Schwierigkeitsgrad des Lerninhalts war angemessen | 4,78 | 4,86 | 4,67 | 4,50 | 4,81 |
| <i>Selbsteinschätzung</i> | | Alle Fortbildungen | Migration | Aufenthaltsrecht | Familienpflege/Haushaltshilfe | Guter Start auf Station |
| Persönliches Interesse | Mein persönliches Interesse am Fortbildungsinhalt war hoch | 4,71 | 4,78 | 4,78 | 4,83 | 4,62 |
| Zufriedenheit gesamt | Insgesamt bin ich mit der Fortbildung zufrieden | 4,84 | 4,91 | 4,78 | 4,67 | 4,84 |
| <i>Bewertung der Rahmenbedingungen des Kurses</i> | | Alle Fortbildungen | Migration | Aufenthaltsrecht | Familienpflege/Haushaltshilfe | Guter Start auf Station |
| Lernatmosphäre | Die Lernatmosphäre in der Fortbildung war angenehm | 4,83 | 4,78 | 5,00 | 4,83 | 4,81 |
| Motivation der Teilnehmer/innen | Die Teilnehmer/-innen waren motiviert** | 4,77 | 4,91 | 5,00 | 4,83 | 4,61 |

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

*** höchst signifikante Unterschiede bei $p < 0,01$

** signifikant bei $p < 0,05$

* schwach signifikant bei $p < 0,1$

Tabelle 20: Bewertung der Zufriedenheit der Fortbildungen

Die Teilnehmer/innen der Fortbildungen wurden zusätzlich danach befragt, welche Aspekte in der Fortbildung verändert bzw. beibehalten werden sollten (vgl. Tabelle 21 und 22):

| Vorgeschlagene Veränderungen | Häufigkeit |
|---|------------|
| Zeitliche Verlängerung | 5 |
| Planung (genügend Unterlagen, Wegweiser, Absprache mit der Klinik, Ankündigungen und Teilnehmerliste und Auswertungsbogen früher Aushändigen) | 4 |
| Mehr (eigene) Fallbesprechungen | 2 |
| Referent/in: bessere Ausdrucksweise; kurze gewählte Antworten | 2 |
| Auf Akustik achten, ggf. Mikrofon verwenden | 2 |
| Raum für anschließende Fragen | 1 |
| Wiederholung der FoBi zu einem späteren Zeitpunkt | 1 |
| Bessere Ankündigungen (Imbiss, Ablauf) | 1 |
| Besserer Einbezug von (Familien-) Hebammen | 1 |

Tabelle 21: Veränderungsvorschläge

| Beizubehaltende Aspekte | Häufigkeit |
|---|------------|
| Beispiele (Rollen- und Fallbeispiele) | 3 |
| Gruppengröße | 1 |
| Referent/in (Moderation) | 2 |
| Diskussionen | 2 |
| Einsatz unterschiedlicher Medien (z.B. Videos, Handout) | 2 |
| Verpflegung/ Atmosphäre | 2 |
| Einbeziehung der Teilnehmer/-innen in Gestaltung & Ablauf | 1 |
| Mischung der unterschiedlichen Professionen | 1 |

Tabelle 22: Beizubehaltende Aspekte

5 Zusammenfassung und Perspektiven

Im ersten Projektjahr bestand die Rolle und Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung vor allem in der Begleitung und dem Coaching des Kernteams. Dabei wurden die forschungsleitenden Fragen, die Evaluationsziele sowie insbesondere auch die Teamziele identifiziert, visualisiert und reflektiert.

Des Weiteren stand die Überarbeitung und Neuentwicklung verschiedener Erhebungsinstrumente im Vordergrund der Aktivitäten. Dabei wurden die bereits bestehenden Dokumentationsformulare (Fallakte, Besuchsprotokoll, Tätigkeitsbericht) überarbeitet und teilweise ergänzt. Zusätzlich entwickelte IfaS in Zusammenarbeit mit den Projektmitarbeiterinnen drei Erhebungsinstrumente zur Messung der elterlichen Zufriedenheit und Befähigung, zur Sammlung und Beschreibung bestehender Kooperationspartner und für die Bewertung der Fortbildungen. Wie aus Kapitel 4 (Auswertung der bisherigen Dokumentation) zu entnehmen ist, lassen sich mittels der durch diese Instrumente erhobenen Daten auch bereits einige zentrale Aussagen zu den betreuten Müttern/Familien sowie zu verschiedenen Themen des Projektprozesses und -verlaufs zusammenfassen:

Erstkontakte und Entwicklung der Fallzahlen

Insgesamt fanden im Zeitraum Dezember 2011 bis August 2012 mindestens 1073 Erstkontakte mit (werdenden) Müttern/Eltern zu etwa gleichen Anteilen in den beiden Kliniken statt.¹³ Mit insgesamt 238 (werdenden) Müttern bzw. Familien wurden intensivere Erstgespräche geführt bzw. (erste) Beratungsaktivitäten umgesetzt (gemessen an der Anzahl der ausgeteilten Flyer entspricht dies etwa jeder fünften Mutter/Familie). Von diesen 238 Müttern/Familien wurden 79 Personen zu Betreuungsfällen, d.h. 7,4% aller 1073 informierten Mütter/Eltern bzw. ein Drittel der 238 Mütter/Familien, mit denen erste Gespräche geführt wurden. Mit weiteren 31 Fällen wurde eine weiterführende Hilfe vereinbart.¹⁴

Personengruppe der betreuten Mütter/Familien

Die Personengruppe der bisher betreuten Mütter bzw. Familien lässt sich durch die in der Fallakte erfassten sozio-ökonomischen Merkmale und Risikofaktoren bestimmen. Hierbei wird deutlich, dass die begleiteten Mütter mehrheitlich in etwa 30 Jahre alt. Minderjährig Schwangere oder verhältnismäßig junge Mütter sind in der Betreuungsgruppe hingegen selten vertreten. Insbesondere minderjährig Schwangere als eine in der Literatur häufig genannte „Risikogruppe“ sind vermutlich für das Sonnenkinder-Projekt deswegen weniger relevant, weil in solchen Fällen bereits das Jugendamt eingeschaltet sein dürfte.

¹³ Gemessen werden die Erstkontakte mittels der Anzahl an ausgeteilten Flyern. Die Anzahl der vom Pflegepersonal verteilten Flyer wurde nicht dokumentiert. Angesichts dieser fehlenden Informationen kann davon ausgegangen werden, dass deutlich mehr Erstkontakte stattfanden.

¹⁴ Die Angaben zu den weiterführenden Hilfen beziehen sich auf 188 Mütter/Familien, zu denen auch ein Besuchsprotokoll vorliegt. Die tatsächliche Anzahl liegt vermutlich etwas höher.

Des Weiteren weisen die betreuten Mütter/Familien sehr häufig einen Migrationshintergrund auf (74%). Davon stammen die meisten Mütter/Familien ursprünglich aus Nicht-EU-Ländern bzw. aus EU-Beitrittsländern (92%). Allein etwa ein Drittel dieser Mütter/Eltern kommen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. aus dem Kosovo und aus Albanien, ein Viertel aus Asien bzw. Vorderasien und knapp 20% aus einem afrikanischen Land. Die Migration aus diesen teilweise krisengeschüttelten Ländern bringt vermutlich eine spezifische sozio-ökonomische Lebenslage mit sich, die sich auch in den untersuchten Problemlagen und Betreuungsthemen niederschlägt: Eine schlechte finanzielle und psycho-soziale Lebenssituation, mangelnde Sprachkenntnisse und Kenntnisse über das deutsche Gesundheits- und Hilfesystem, fehlende soziale Netzwerke und wenig Unterstützung im Alltag sowie mangelnde Kenntnisse über die Pflege und gesunde Entwicklung der Säuglinge (auch bedingt durch fehlende soziale Netzwerke). Zudem bestehen möglicherweise Ängste im Umgang mit Ämtern und Behörden, was sich auch auf die Bereitschaft, Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen, auswirken könnte. Entsprechend kann angenommen werden, dass insbesondere für diese Menschen aufgrund des aufsuchenden Charakters des Sonnenkinder-Projekts eine wichtige Lücke im System der Frühen Hilfen geschlossen werden kann.

Ein weiteres Charakteristikum der betreuten Mütter/Familien ist, dass der Anteil der erstgebärenden Mütter nahezu die Hälfte aller Betreuungsfälle umfasst (45%). Dieses Personenmerkmal verdeutlicht hierbei insbesondere die präventive Bedeutung der Arbeit des Kernteams. Es werden damit auch häufig Eltern erreicht, die keine (eigenen) Erfahrungen mit Säuglingen haben.

Sind die Mütter nicht erstgebärend, so haben sie in den meisten Fällen nur ein Kind. Der Risikofaktor „kinderreiche Familie“ (d.h. Familien mit 3 und mehr Kindern) lässt sich entsprechend nur bei 23% der Betreuungsfälle identifizieren. Gleiches gilt für alleinerziehende Mütter: Das Merkmal „Alleinerziehend“, als ein in den Frühen Hilfen oftmals genannter Risikofaktor, liegt nur bei 22% der betreuten Fällen vor. Die Mütter sind hingegen häufig verheiratet, nicht erwerbstätig¹⁵ und leben mit ihrem (Ehe-) Partner zusammen. Auch in dieser Hinsicht zeigt sich, dass im Wesentlichen andere, d.h. vor allem sozio-ökonomische Problemlagen im Vordergrund der Betreuung stehen.

Problemlagen der betreuten Mütter/Familien

Als bedeutendste Situationsvariablen der Mütter/Eltern werden eine schwierige finanzielle Lage, mangelnde Kenntnisse über Angebote und Strukturen des deutschen Hilfesystems, fehlende soziale Netzwerke sowie Themen rund um die gesunde Entwicklung des Säuglings genannt. Diese Situationsvariablen korrespondieren deutlich mit den genannten personenbezogenen Merkmalen der überwiegenden Mehrheit der betreuten Frauen/Eltern, vor allem aufgrund des Migrationshintergrunds. Angesichts ihres Migrationsstatus befinden sie sich vermutlich in einer

¹⁵ Genaue Angaben zur Erwerbstätigkeit können nicht gemacht werden. Das Instrument zur Erfassung der sozioökonomischen Situation der Eltern wurde dementsprechend für zukünftige Auswertungen um die Kategorie „Mutterschutz“ erweitert.

schwierigen sozialen und finanziellen Lage. Weiterhin verfügen sie möglicherweise nur über eingeschränkte soziale Netzwerke in Stuttgart. Durch diese mangelnden Netzwerke fehlen dann wiederum zwangsläufig informelle Kontakte, über die wichtige Informationen eingeholt werden können, etwa die eigenen Eltern, Verwandte, Freunde etc.. Neben Informationen über das deutsche Gesundheits- und Hilfesystem betrifft dies auch Themen der Säuglingspflege und der gesunden Entwicklung des Kindes, denn bei vorhandenen sozialen Netzwerken können üblicherweise auch die eigenen Eltern, Geschwister oder Freunde und Bekannte beratend zur Seite stehen.

Diese Faktoren, aber auch die Tatsache, dass viele der betreuten Mütter erstgebärend sind, begründen also möglicherweise einen mangelnden Kenntnisstand bezüglich der Pflege und Ernährung des Säuglings sowie hinsichtlich der Befriedigung sozialemotionaler Bedürfnisse. Fehlende Kenntnisse über die Angebote der medizinischen/psychosozialen Versorgung sowie bezüglich des deutschen Hilfesystems können ebenso durch den Migrationsstatus zustande kommen. Zusätzlich bestehen möglicherweise kulturell bedingte Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheits- und Hilfesystem (z.B. sprachliche Barrieren, geringe Akzeptanz). Erfahrungen aus einem Projekt zum interkulturellen Öffnungsprozess in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe zeigen beispielsweise, dass Menschen mit Migrationshintergrund das staatlich-professionelle Hilfesystem nicht selten als Einmischung bzw. Entfremdung von primären sozialen Netzwerken erleben.¹⁶ Hinzu kommt, dass bestimmte Personengruppen aufgrund von negativen Erfahrungen in ihrem Herkunftsland eventuell zusätzlich Ängste, Unsicherheiten oder Schamgefühle gegenüber deutschen Behörden und Einrichtungen haben.

Was die wahrgenommenen Probleme betrifft, so lässt sich bei der bisherig betreuten Gruppe im Projekt vor allem die psychosoziale Belastung der Mütter als ein hauptsächlicher Risikofaktor identifizieren (knapp 70%). Dies deckt sich grundsätzlich mit der Zielgruppendefinition anderer (Modell-) Projekte im Bereich der Frühen Hilfen in Deutschland (vgl. dazu Kapitel 1.2). Weiterhin werden Probleme bei der Alltagsbewältigung und gesundheitliche oder psychische Beeinträchtigungen benannt. Diese Risikofaktoren spiegeln wiederum den Migrationsstatus der Mütter/Eltern wieder: Fehlende soziale Netzwerke können zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf, z.B. im Hinblick auf die Bewältigung des Alltags, führen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können angesichts der Unkenntnis zu Angeboten und Strukturen des deutschen Gesundheits- und Hilfesystems sowie durch bestehende Zugangsbarrieren zustande kommen. Psychische Beeinträchtigungen können wiederum mit Überforderungssituationen aufgrund von kulturellen und gesellschaftlichen Barrieren sowie wegen der Unkenntnis bezüglich des deutschen Gesundheits- und Hilfesystems seitens der Menschen mit Migrationshintergrund zusammenhängen. Diese Vermutung deckt sich ebenfalls mit der Erkenntnis aus einem Projekt zum interkulturellen Öffnungsprozess in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe (vgl. Fußnote 16).

¹⁶ Erkenntnisse dazu wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Neue Bausteine der Eingliederungshilfe, Baustein 3.1.: Einander Sehen - einander verstehen, Interkulturelle kommunale Netzwerke in der Behindertenhilfe“ gesammelt. http://www.ifas-stuttgart.de/sites/projekte/neue_b2.php.

Da die bisher gesammelten Daten auf der Einschätzung der betreuenden Fachkraft beruhen, können diese Einschätzungen lediglich als Tendaussage bzw. Tendenz angesehen werden, die darauf hindeuten, in welcher ‚besonderen‘ Situation sich die Mütter bzw. Familien befinden und welche Risikofaktoren vorliegen. Erst im Laufe des weiteren Projektverlaufs lässt sich diese Einschätzung validieren bzw. widerlegen. Im Gespräch mit den Fachkräften stellte sich beispielsweise heraus, dass bestimmte Problemfelder von den Müttern/Familien erst im Verlauf des Betreuungsprozesses bekannt werden.

Begleitungsdauer, Beratungsthemen und Entwicklung der elterlichen Kompetenzen

Über die Zeitspanne der Begleitung lässt sich keine einheitliche Aussage treffen, da sich die Betreuung von einem bis hin zu 203 Tagen (6,5 Monate) erstreckt. Im Durchschnitt wird eine Mutter/Familie jedoch 42,8 Tage d.h. etwa 1,5 Monate lang begleitet (Median: 23,5 Tage). Was die Art der Beratung betrifft, so überwiegen Einzelbetreuungsmaßnahmen (61,1%). Diese finden zudem häufig zuhause statt (45,8%). In der Begleitung der Mütter/Familien geht es schwerpunktmäßig um das Finden von passenden Unterstützungsangeboten. Weiterhin werden die Mütter/Eltern häufig zum Themenspektrum „Kinderbetreuung, Haushaltsorganisation, Alltagsbewältigung“ und „Umgang mit Ämtern/Finanzen“ sowie zu geburtsspezifische Fragen und zur gesunden Entwicklung des Säuglings beraten. Zwar sind die Themen Säuglingspflege und Mutter-Kind-Bindung nicht bei allen betreuten Eltern/Familien dominierend, dort wo sie aber eine Rolle spielen, werden sie überproportional häufig besprochen. Der hohe Stellenwert dieser Beratungsthemen zeigt daher insgesamt, dass Alltagsunterstützung sowie die Geburt des Säuglings und dessen Sicherheit im Vordergrund der Begleitung der Mütter/Eltern stehen. Probleme in der Paarbeziehung werden beispielweise deutlich weniger besprochen. Gleiches gilt für das Beratungsthema „Kinderunfallprävention“. Vermutlich wird dieses Thema aber erst mit steigendem Alter und der damit zusammenhängenden Mobilität des Kleinkinds relevant.

Der hohe Stellenwert der Themen Alltagsbewältigung, Familienleben, Vermittlung passender Unterstützungsangebote und Säuglingspflege in den Beratungen spiegelt sich ebenso in der Analyse der Entwicklung der mütterlichen Kompetenzen: Die Kompetenzeinschätzung durch die betreuenden Fachkräfte zeigt, dass sich die Alltagskompetenzen der beendeten Fälle, die keine weitere Hilfe benötigen, am stärksten verbessert haben (Durchschnittswert zum Betreuungsende: 4,14). Auch beim Thema Familienleben (Kinderbetreuung, Organisation) lässt sich eine merkliche Verbesserung verzeichnen. Dasselbe gilt auch für einen weiteren Schwerpunkt der Beratung: Das Finden von passenden Unterstützungsstrukturen. Auch hier zeigt sich bei der Entwicklung der elterlichen Kompetenzen, dass sich sowohl die Kenntnisse des deutschen Hilfesystems als auch die Bereitschaft, Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen, am Ende der Betreuung verbessert haben. Verbesserungen gibt es ferner bei den Themen Interaktion mit dem Kind und Versorgung/Pflege des Säuglings.

Abgesehen von den verbesserten elterlichen Kompetenzen kann der bisherige Erfolg des Projekts aber auch an dem einvernehmlichen Betreuungsende (87%) und an der geringen Notwendigkeit, weitere Hilfemaßnahmen in Anspruch zu nehmen (72%), festgemacht werden.

Augenscheinlich lässt sich aber auch eine Personengruppe identifizieren, bei denen eine weiterführende Hilfe erforderlich wurde (28% aller beendeten Fälle). Bei diesen Fällen ist im Gegensatz zu den anderen Müttern/Familien nur bei drei der sieben Kompetenzbereiche eine Verbesserung zu verzeichnen, zudem auch nur eine leichte Verbesserung. In vier Bereichen - bei der persönlichen Situation, bei den Kenntnissen des deutschen Hilfesystems, bei der Bereitschaft, Hilfe zu suchen bzw. anzunehmen sowie beim Familienleben und der Organisation der Kinderbetreuung - ist hingegen sogar eine leichte Verschlechterung zu beobachten. Die Hintergründe dieser Entwicklungen gilt es daher im nächsten Projektjahr unbedingt näher zu betrachten.

Für die Evaluation des Projektziels „Befähigung der Eltern“ wird daher zeitnah ein weiteres Erhebungsinstrument zur direkten Befragung der Mütter/Familien entwickelt. Grundlage hierfür ist das Modell des elterlichen Erziehungskonzepts von Bastian et al. (2008). IfaS verspricht sich durch die zusätzliche Erhebung der elterlichen Kompetenzen mit Hilfe der direkten Befragung der Eltern eine höhere Reliabilität und Validität der Einschätzungen, da diese Erhebung bisher nur über die Fachkräfte erfolgt.

Tätigkeitsschwerpunkte im Projekt

Aufgrund unterschiedlicher Versionen des Tätigkeitsberichts (dieser wurde im März 2012 komplett überarbeitet), lässt sich die Entwicklung der verschiedenen Tätigkeitsschwerpunkte innerhalb der Arbeitszeit nicht genau miteinander vergleichen. Es zeigt sich jedoch, dass die fallbezogenen Tätigkeiten zu Beginn des Projekts systematisch zugenommen haben und teilweise sogar drei Viertel der Arbeitszeit einnahmen, sich mittlerweile aber bei etwa der Hälfte der gesamten Arbeitszeit einpendeln. Der Rest der Arbeitszeit wird für projektspezifische Tätigkeiten verwendet.

Innerhalb der fallspezifischen Tätigkeiten überwiegt aktuell die unmittelbare Arbeit mit den Familien, gefolgt von fallspezifischer Dokumentation und fallspezifischen Teambesprechungen. Aber auch die Fahrtzeit nimmt einen nicht unerheblichen Raum ein. Fallspezifische Kooperationsarbeit spielt hingegen bislang nur eine untergeordnete Rolle. Unter den projektspezifischen Tätigkeiten dominieren aktuell organisatorische Aufgaben im Projekt (Büro- und Teamarbeit), gefolgt von Fortbildungsaktivitäten und Kooperationsarbeit.

Die bisher angebotenen Fortbildungen werden im Gesamtschnitt äußerst positiv bewertet. Ausnahmen stellen hier nur die Einschätzungen zur Bereitstellung von Arbeitsmaterialien und das Tempo des Vorgehens während der Fortbildung dar. Hier fällt die Bewertung nur mittelmäßig aus.

Ausblick und zukünftige Herausforderungen im Projekt

Insgesamt konnten die Auswertungen zum ersten Projektjahr bereits ein differenziertes Bild der betreuten Mütter bzw. Familien zeichnen. Deutlich wurde, dass im Rahmen des Sonnenkinder-Projekts zwar ein heterogener Personenkreis erreicht wurde, dieser sich jedoch durchaus im Hinblick auf spezifische personenbezogene Merkmale und Lebenslagen charakterisieren lässt.

Eine zentrale Rolle für die weitere Evaluation der Reichweite und Wirkung des Projekts könnten hierbei vor allem die sich aus dem jeweiligen Migrationshintergrund ergebenden Lebenslagen in Verbindung mit den genannten Unterstützungsbedarfen spielen. So drängt sich die These auf, dass mit dem Sonnenkinder-Projekt insbesondere Personengruppen erreicht werden, die aufgrund des jeweiligen Migrationshintergrunds und der damit zusammenhängenden kulturellen und sozialen (Zugangs-) Barrieren nicht oder nur wenig von anderen Hilfsangeboten erreicht werden. Vor allem für diese Personengruppen könnte sich der aufsuchende Charakter des Sonnenkinder-Projekts als einmalige Chance erweisen.

Dabei schlägt sich diese spezifische Lebenslage deutlich in den bisherigen Unterstützungsbedarfen und Beratungsthemen nieder: Die finanzielle und soziale Situation, psychosoziale Belastungen, mangelnde Sprachkenntnisse, geringe Kenntnisse über das deutsche Gesundheits- und Hilfesystem, mangelnde Unterstützung im Alltag, fehlende soziale Netzwerke sowie damit ebenfalls einhergehende mangelnde Kenntnisse über die Pflege und gesunde Entwicklung des Säuglings. Auch im Hinblick auf diese Themenvielfalt könnte sich das Sonnenkinder-Projekt aufgrund der multidisziplinären Zusammensetzung des Teams als einmalige Chance erweisen.

Insgesamt legen die bisherigen Daten den Schluss nahe, dass das Sonnenkinder-Projekt vor allem in Bezug auf bestimmte Personengruppen sowie damit einhergehende spezifische Unterstützungs- und Beratungsthemen durchaus eine Lücke im System der Frühen Hilfen schließen könnte. Die weitere Beobachtung dieser personenbezogenen Merkmale und der damit zusammenhängenden Situationsvariablen und Unterstützungsthemen werden den weiteren Projektverlauf sowie die wissenschaftliche Begleitforschung sicher maßgeblich bestimmen.

Unabhängig davon sollte nach Ansicht der wissenschaftlichen Begleitung im kommenden Projektjahr jedoch ein weiteres Themenfeld stärker in den Blick genommen werden, nämlich das gesamte Spektrum kooperationspezifischer Tätigkeiten. Sowohl projektspezifische als auch fallspezifische Kooperationsarbeit nimmt aktuell noch einen geringen Stellenwert ein. Dasselbe gilt für Gruppenangebote und Arbeit mit Ehrenamtlichen. Zur Bearbeitung der beiden zuletzt genannten Tätigkeitsfelder wurden im Sommer 2012 allerdings zwei Stellen geschaffen. Diese Themenfelder werden also im kommenden Projektjahr sicher eine sehr viel wichtigere Rolle spielen als bisher.

6 Literaturverzeichnis

Bastian, P./Diepholz, A./Linder, E. (Hrsg.) (2008): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH.

Caritasverband für Stuttgart e.V. (o.Jg.): Sonnenkinder - Gesund und geborgen aufwachsen in Stuttgart. Stuttgart. (Konzeption)

Deutsches Jugendinstitut e.V. (2006): Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. (Pdf.-Datei).

Jungmann, T./Pfeiffer, C. (2010): Zur Notwendigkeit und Prävention für Kinder sozial benachteiligter Familien - eine kriminologische Betrachtung. In: Kißgen, R./Heinen, N. (Hrsg.): Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen. Diagnostik und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; S. 17-46.

Kißen, R./Heinen, N. (Hrsg.) (2010): Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen. Diagnostik und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Landua, D./Arlt, M./Sann, A. (2009): Ergebnisbericht (1. Teiluntersuchung) zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“. (Pdf.-Datei).

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (2010): Familien in Baden-Württemberg. Kinderschutz und Frühe Hilfen. (Pdf.-Datei).

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich der Frühen Hilfen. (Pdf.-Datei).

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. (Pdf.-Datei).

Sann, A./Schäfer, R. (2008): Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen - eine Plattform zur Unterstützung der Praxis. In: Bastian, P./Diepholz, A./Linder, E. (Hrsg.): Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme. Münster: Waxmann Verlag GmbH; S. 103-122.

Internetquellen:

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Aus- und Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen. Online im Internet: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119200.html>. Stand: 2012-09-05.

Deutsches Jugendinstitut (2008): Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Online im Internet: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/BewertungLaendergesetzgesamt.pdf. Stand: 2012-10-25.

Die Bundesregierung (2012): Neues Kinderschutzgesetz eingeführt. Online im Internet: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/01/2012-01-03-kinderschutz.html>. Stand: 2012-10-25.

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (o.Jg.): neue Bausteine in der Eingliederungshilfe 2. Online im Internet: http://www.ifas-stuttgart.de/sites/projekte/neue_b2.php. 2012-10-30.

Landeshauptstadt Stuttgart (2012): Geschäftsbericht Jugendamt 2011. Online im Internet: <http://www.stuttgart.de/img/mdb/publ/15809/47824.pdf>. Stand: 2012-10-25.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2011): Kinderschutzkonzept Baden-Württemberg. Online im Internet: http://www.sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/Kinderschutzkonzept_Internet.pdf. Stand: 2012-10-25.

Schröder, J.-A. (2010): Kinderschutz und bzw. oder versus Frühe Hilfen. Online im Internet: http://www.supervision-schroeder.com/details.php?typ=js_news&idx=61. Stand: 2012-09-05.